

Report sulle infezioni ospedaliere – assicurare la sicurezza dei pazienti

N Engl J Med, 2005; 353(3): 225 – 227.

Robert A. Weinstein, M.D.* , Jane D.Siegel, M.D.°, P.J.Brennan, M.D.§

* *Direttore di Malattie Infettive, Ospedale John H.Stroger, Chicago*

° *Responsabile della Commissione di Controllo delle Infezioni, Ospedale Pediatrico, Dallas*

§ *Responsabile medico, Facoltà di Medicina, Università della Pennsylvania*

L'articolo illustra le azioni intraprese negli USA a proposito dell'introduzione, in seguito a specifica normativa, dell'obbligo da parte degli ospedali di rendere pubblici i dati relativi alle infezioni nosocomiali. Tale informativa è diretta nella maggior parte dei casi verso gli organi di controllo sanitari dei diversi Stati, in alcuni casi però l'obbligo prevede anche la diffusione delle informazioni ai cittadini. Negli USA infatti il cittadino è portato a conoscenza di alcuni indicatori di qualità dell'assistenza, che vengono utilizzati per la scelta del nosocomio nel quale farsi curare. L'idea che ospedali con basso tasso di Infezioni Ospedaliere (IO) siano più sicuri e che pertanto i cittadini avranno in essi cure migliori, ha convinto diversi Stati a legiferare sull'argomento. In poco più di un anno ben 39 Stati hanno iniziato ad affrontare il problema e di questi 6 hanno deliberato leggi specifiche.

Attualmente il tasso di prevalenza è del 5-10% dei pazienti ospedalizzati. La diffusione dei dati sulla qualità dell'assistenza non è comunque una novità: per decenni diversi Stati hanno raccolto informazioni sulla mortalità in cardiocirurgia ed almeno in due casi (New York e Pennsylvania) esiste evidenza che la riduzione del tasso di mortalità del *bypass* aorto-coronarico è dovuta in parte alla diffusione dei dati sulla mortalità. La raccolta e la diffusione di tali dati comporta però la necessità di definire bene la base dati da raccogliere, effettuando anche una normalizzazione per fattori di rischio, età, dimensioni dell'ospedale, etc. E' fondamentale definire in maniera corretta gli standard di riferimento e i valori da utilizzare come confronto. Il CMS (*Center for Medicare and Medicaid Services*) ha iniziato a raccogliere dati sulle IO via *web*, individuando specifici indicatori di processo da utilizzare per il confronto. Si è preferito non partire con gli indicatori di risultato. Il CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) sta sperimentando un gruppo di confronto (*National Health Care Safety Network*) all'interno del quale i diversi ospedali hanno la possibilità, in ambito confidenziale, di confrontarsi tra loro.

Attualmente il confronto avviene su tre tipi di IO:

1. IO associate a CVC (Catetere Venoso Centrale);
2. IO del sito chirurgico;
3. polmoniti associate all'uso di respiratori automatici.

Sappiamo che informare il chirurgo del proprio tasso di infezione del sito chirurgico lo aiuta a ridurre tale complicità. Gli studi sulla efficacia della sorveglianza sanitaria condotti dal CDC negli anni '70, dimostrano che gli ospedali che hanno applicato in maniera sistematica programmi di sorveglianza sanitaria sono riusciti a ridurre del 32% il tasso di IO. Al tempo stesso però esistono delle situazioni che richiedono ulteriori approfondimenti prima di decidere di partire con la diffusione sistematica dei dati. Non è sempre facile, ad esempio, determinare l'esistenza di un nesso causale tra una polmonite e l'uso di respiratori automatici o ancora non è sempre facile seguire il paziente anche nella fase post-operatoria, visto che la degenza media è ormai ben al di sotto del periodo di incubazione di una IO. Tali criticità portano gli Autori a consigliare una politica attendista, visti anche i costi ed i problemi organizzativi prevedibili. Attualmente il CDC consiglia gli Stati di utilizzare alcuni indicatori misti, di processo e di risultato. Gli Autori forniscono qualche esempio:

- indicatori di processo: procedure seguite per la profilassi pre-operatoria, per il posizionamento del CVC, per il lavaggio delle mani;
- indicatori di risultato: tasso di IO nelle terapie intensive, tasso di re-intervento e di ricovero ripetuto per le infezioni del sito chirurgico;
- altri indicatori raccomandati: tassi di influenza in ospedale, di infezioni da virus respiratorio sinciziale, di infezioni da rotavirus e infine il numero di casi di diarrea associata a *Clostridium difficile*.

Gli Autori sottolineano come i migliori risultati siano stati ottenuti in quegli Stati nei quali la normativa è stata redatta con la collaborazione di esperti in Epidemiologia sanitaria. Gli Stati devono inoltre valutare i costi di tali programmi, valutando e promuovendo un ambito di collaborazione con le associazioni degli ospedali.

La necessità di produrre informazioni sistematiche sulle IO è ormai una realtà ineludibile, anche se richiederà in futuro una maggiore interdisciplinarietà e un ampio consenso per indirizzare l'uso delle risorse necessarie. Gli Autori affermano anche che è necessaria una ulteriore fase di ricerca per individuare gli indicatori più efficaci da monitorare e per verificare il reale incremento di sicurezza per i pazienti in seguito alla messa in opera di un sistema per il monitoraggio degli indicatori e per la loro successiva diffusione e condivisione con gli organi di governo regionale ed i cittadini.