

Screening per l'individuazione di soggetti colonizzati da *Candida auris* (*C. auris*): modello organizzativo in AUSL Piacenza

B. Zerbi (Presentatore)¹, M.G. Silvotti², F. Rasi², M.G. Procopio³, F. Fichtner¹, V. Lepera⁴, G. Lo Cascio⁴, F. Federici²

¹Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli studi di Parma; ²AUSL Piacenza, Dipartimento Direzione Tecnica Direzione Medica – UOSD Igiene delle Strutture Sanitari - ³Risk Mangement –UOC Affari Generali e rapporti istituzionali; ⁴AUSL Piacenza, Dipartimento di Patologia Clinica – UOC Microbiologia

Parole chiave: Candida auris, Sorveglianza

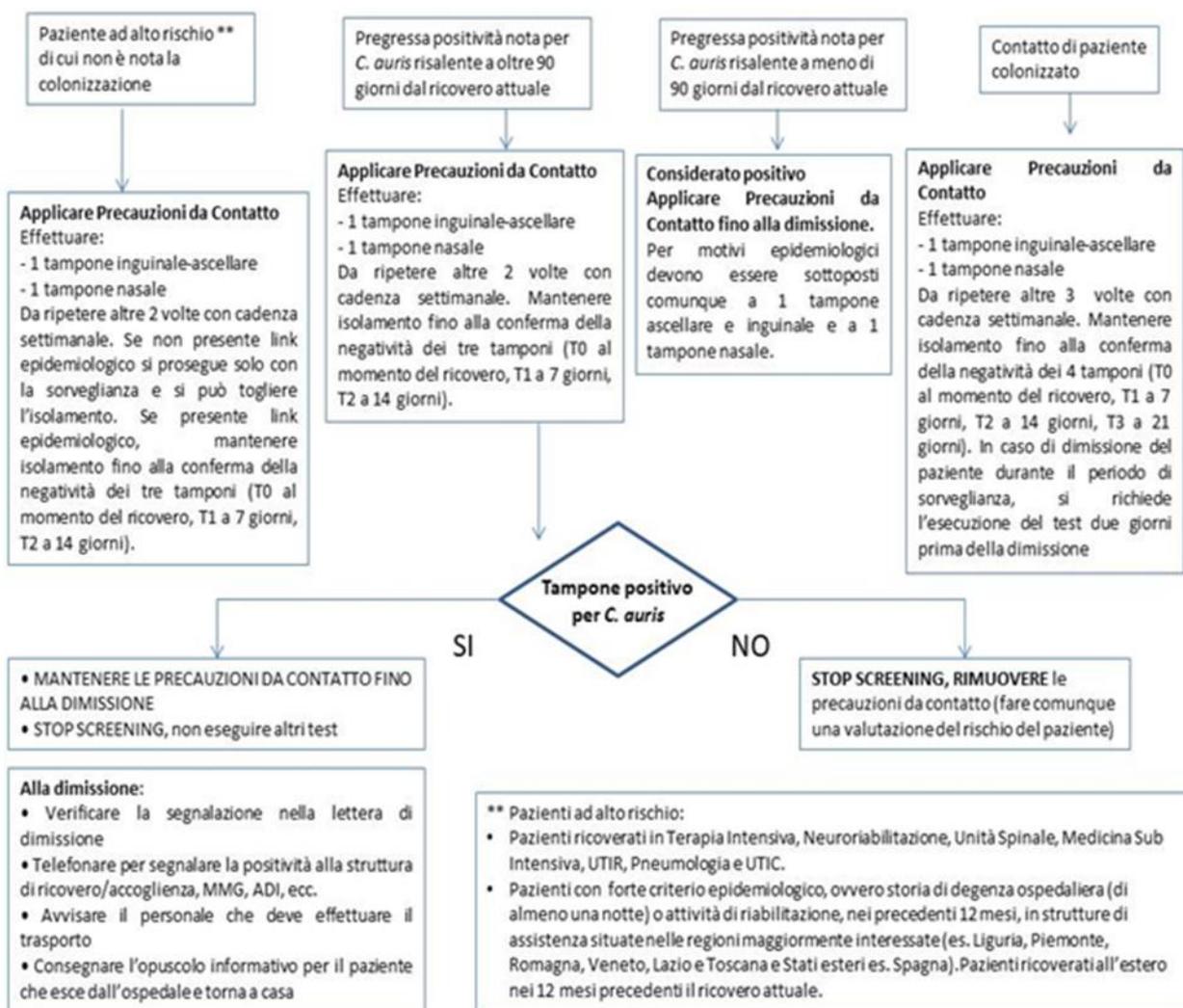
Introduzione

C. auris rappresenta una seria minaccia per la sanità pubblica, è spesso resistente a più farmaci antimicotici e presenta un tasso di letalità per candidemia del 33-57%. *C. auris* può essere trasmessa attraverso il contatto con persone colonizzate/infette superfici e/o dispositivi medici contaminati. In Italia il primo caso di infezione invasiva è stato identificato nel 2019 e dall'ultimo aggiornamento risultano notificati circa 400 casi. Progressivamente si sta rappresentando un crescente rischio di trasmissione intraospedaliera. Pertanto, si è deciso di strutturare un programma di sorveglianza attiva che consenta la tempestiva identificazione dei soggetti infetti/colonizzati.

Contenuti

Il protocollo operativo adottato in Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Piacenza fornisce un modello organizzativo e indicazioni pratiche per la sorveglianza e il controllo della trasmissione di *C. auris*. In **figura 1** è riportata la *flowchart* che definisce il percorso di screening e le modalità di gestione proposte per la nostra AUSL. Gli interventi indicati mirano principalmente a interrompere la catena di trasmissione del microrganismo, individuando precocemente i soggetti colonizzati (per alcuni reparti da effettuarsi a tutti al momento del ricovero) e il relativo follow up. Le indicazioni al test di screening e alla sorveglianza sono modulate sulla base delle caratteristiche del reparto e del paziente. Partendo in primis da un'accurata anamnesi, si rende necessario valutare: eventuali pregresse positività, presenza di *link* epidemiologico (esempio: pazienti provenienti da strutture di ricovero e riabilitazione situate nelle aree maggiormente interessate e pazienti contatti di casi noti), nonché condizioni di particolare suscettibilità del paziente (esempio: ricovero in unità di terapia intensiva e condizioni di immunosoppressione). Nel modello organizzativo sono stati coinvolti tutti coloro che programmano ed eseguono test di screening e attuano le misure di isolamento. Il documento inoltre fornisce indicazioni pratiche relative alla decontaminazione ambientale, alla corretta modalità di esecuzione dei tamponi e alle precauzioni da adottare per gli operatori sanitari. La predisposizione del programma di sorveglianza ha coinvolto già nella fase di progettazione tutti gli operatori direttamente interessati; la condivisione iniziale ha facilitato l'accettazione dell'onere organizzativo delle misure di isolamento (da adottare preventivamente e da mantenere, in caso di positività, fino a dimissione/trasferimento) e ha favorito la sensibilizzazione verso i programmi di *Infection Prevention and Control* (essenziali per prevenire la diffusione di *C. auris* in Ospedale).

Figura 1: Flowchart che descrive il programma di sorveglianza in AUSL Piacenza.



Conclusioni

Il modello di sorveglianza descritto prevede una fase di sperimentazione di 2-3 mesi che consentirà di valutare aspetti critici oggetto di discussione in fase di progettazione. Tra questi, l'appropriatezza del numero di tamponi da eseguire per confermare la negatività (1-3) e la conformità dei test di laboratorio (colturale o molecolare). Questo porterà all'ottimizzazione delle risposte di laboratorio e alla riduzione dei tempi di isolamento.