

delle vie urinarie, le diarree (*C. difficile*), il piede diabetico, la tubercolosi polmonare, le infezioni post-chirurgiche e le ectoparassitosi (scabbia) sono le malattie prevalenti che si riscontrano nelle strutture per anziani con una frequenza che raggiunge anche l'11% ed oltre secondo recenti lavori.

Inoltre, i residenti nelle LTCF sono spesso colonizzati da microrganismi antibiotico-resistenti come gli MRSA, i VRE, gli pneumococchi penicillino-resistenti, le ESBL, i gram negativi resistenti ai fluorochinoloni ed il *C. difficile*.

E pertanto fondamentale, nella gestione del rischio di infezione nell'anziano, intervenire sul cambiamento struttura/paziente attuando delle procedure di controllo, sorveglianza e prevenzione sia attiva che passiva limitando, nel contempo, la diffusione delle resistenze: in tal senso potrebbero essere utili i tests di screening al momento dell'accesso (tampone nasale per MRSA, urocoltura, tampone rettale per ESBL) che permettono di mettere in atto misure di isolamento preventivo (da contatto, da coorte o strutturali).

Per quanto riguarda l'approccio terapeutico delle infezioni esso deve essere considerato secondo visione "globale" del problema tenendo conto dei diversi e complessi fattori che caratterizzano lo "status" relativo dell'anziano. La terapia antibiotica deve essere ritagliata nei confronti del singolo paziente avvalendosi sia delle linee guida internazionali ma soprattutto dell'epidemiologia locale fondamentale per un buon esito del trattamento.

In definitiva, il concetto classico di infezione è cambiato: nell'anziano e nella continuità assistenziale esso va correlato più in generale alle attività sanitarie e va sempre considerata la stratificazione del rischio di contrarre un'infezione al momento del ricovero o per trasferimento da un'altra struttura.

#### S4.4

### LE STRATEGIE ORGANIZZATIVE NELLE STRUTTURE SANITARIE PER IL TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI ANZIANI

**Brusaferro S.**

*Dipartimento di Patologia e Medicina Sperimentale e Clinica - Università degli Studi di Udine*

L'articolazione dell'offerta clinico assistenziale e l'attenzione crescente da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai percorsi clinico assistenziali oltre che l'evoluzione dei sistemi di accreditamento verso una valutazione costruita a partire dal percorso paziente rendono ragione del perchè sia necessario adattare a questa realtà anche i sistemi di sorveglianza e control-

lo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA).

In particolare questo è essenziale per il paziente anziano che sempre più nei suoi percorsi assistenziali, oltre alle strutture per acuti, ha una tappa obbligata nelle cosiddette Long Term Care Facilities (LTCF) che in Italia ricomprendono molteplici strutture, dalle residenze assistenziali (RSA) alle case di riposo per non autosufficienti, agli hospice, alle strutture di riabilitazione.

Il rischio di contrarre una ICPA è ben noto sia negli ospedali che nelle LTCF con una dimensione che in queste ultime varia se espressa in prevalenza tra il 2,4 ed il 32.7% e se espressa in incidenza tra il 2,6 ed il 9,5 infezioni per 1.000 giornate di degenza. Meno noti sono gli impatti (su se stessi, sugli altri degenti, sugli operatori) che pazienti infetti e/o colonizzati provocano nel trasferirsi da una struttura all'altra.

È anche rilevante ricordare come la tipologia più frequente di infezioni varia tra i diversi tipi di struttura ed a fronte delle infezioni del tratto urinario, delle infezioni delle ferite chirurgiche, del tratto respiratorio e del torrente ematico più presenti nelle strutture per acuti, nelle LTCF prevalgono quelle del tratto urinario, delle basse vie respiratorie, della cute e dei tessuti molli e del tratto gastrointestinale.

Un fenomeno di interesse emergente è la gestione dei pazienti infetti o colonizzati da particolari patogeni (es. MRSA, ESBL). Infatti a fronte di evidenze crescenti sulla circolazione di microrganismi resistenti agli antibiotici, le peculiari caratteristiche delle LTCF non sempre rendono facile utilizzare sistematicamente gli approcci raccomandati come l'utilizzo della diagnostica di laboratorio, l'adozione di procedure come il cohorting ecc. e molto spesso questo tipo di problematica ha scarso interesse nei protocolli di comunicazione tra i vari momenti assistenziali.

La sorveglianza e controllo delle ICPA e delle farmacoresistenze in Italia hanno ampi margini di miglioramento sia nelle strutture per acuti che nelle LTCF ma, rispetto al problema dei percorsi assistenziali, un punto sembra più essenziale degli altri ed è l'essere inseriti in una rete locale di sorveglianza e controllo (in genere facente capo all'ASL) capace di tracciare il rischio e rendere sinergiche le azioni lungo tutte le tappe del percorso paziente.

Dietro tutto questo c'è al sfida di garantire buoni standard di qualità e sicurezza al paziente (anche infetto e/o colonizzato) nelle varie fasi dell'assistenza.