

Sabato
11 Maggio
2024
(8:30- 17:00)

ARCADIA Presso Hotel
"DG GARDEN"
C.da San Chirico
82100 Benevento (BN)


Destinatari attività formativa:
INFERMIERI E INFERMIERI
PEDIATRICI

Numero Partecipanti:
100

Evento gratuito riservato agli
iscritti in regola all' OPI DI
BENEVENTO

Info e iscrizioni sul sito
www.opibn.it

Segreteria Organizzativa:
Anna Ciullo
Caterina M. Volpe
Carmen Forestiere
Antonio Martino
Antimo Antonio Caiazza

Tel. 0824 310911
Mail: info@opibn.it

Responsabile Scientifico
Massimo Procaccini
PRESIDENTE OPI BENEVENTO

Crediti ECM: 7
ID Evento n. 419108
Edizione I

Corso Residenziale



GESTIONE DEL RISCHIO: le infezioni correlate all'assistenza

Presentazione del corso: Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite in ambito assistenziale: ospedali, ambulatori, daysurgery, lungodegenze, etc... Esse costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria comportando un prolungamento della durata della degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e soprattutto elevata mortalità dell'assistito.

Obiettivi Formativi: Formare il professionista infermiere a riconoscersi e valorizzarsi nel ruolo attivo di sorveglianza prevenzione e gestione delle ICA, promuovendo nei diversi contesti un elevato standard qualità dell'assistenza grazie all'acquisizione di tecniche di pratica clinica basate sull'evidenza (EBN).

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)
- Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale.

Strumenti Operativi: Lezioni frontali e discussioni interattive su tematiche emerse.

Programma del corso

08:30-08:45: Registrazione partecipanti

08:45-09:00: Saluto del Presidente OPI e presentazione dell'evento

I SESSIONE (09:00 - 12:00)

Moderatore: M. Procaccini

09:00-10:30: Controllo delle ICA e stewardship antibiotica: "il potenziale" ruolo dell'infermiere

E. Lombardi

10:30-12:00: La prevalenza delle ICA e le infezioni da germi multiresistenti

F. Caccavale

II SESSIONE (12:30 - 17:00)

Moderatori: F. Olivieri, F. Tornusciolo

12:00-13:00: La prevenzione del rischio: "l'importanza" del lavaggio delle mani

A. Lamberti

13:00 - 14:00 LUNCH

14:00-15:00: Cateterismo vescicale: linee guida e procedure per la corretta esecuzione

M. Forgione

15:00-16:00: La gestione degli accessi vascolari

V. Franciosa

16:00-17:00: Best practice sulla corretta procedura del prelievo per l'emocoltura

L. Di Polvere

17:00: Questionario di apprendimento e chiusura lavori



Dott. F. Caccavale
U.O.S. di Rianimazione
Ospedale Sacro Cuore di Gesù
Benevento



OSPEDALE

Edificio, o con
cittadini, e o
mantenimento
feriti: o. pu
cura o cliniche)



a sanitaria dei
il ricovero, il
di ammalati e
am. case di



TRECCANI

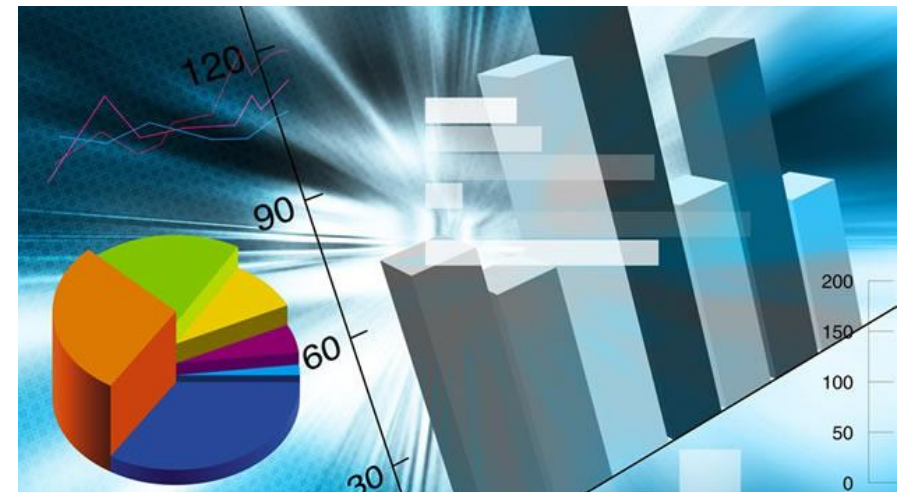
Definizioni



- **ICA:** sono definite come quelle infezioni che i pazienti acquisiscono mentre ricevono cure sanitarie. Insorgono almeno 48 ore dopo il ricovero in ospedale, entro 30 giorni da un intervento chirurgico o entro i 3 giorni successivi alle dimissioni in un paziente in cui al momento dell'ingresso in ospedale non erano presenti né come manifeste, né in incubazione. Il termine include le infezioni acquisite anche in altri contesti in cui i pazienti ricevono assistenza sanitaria come l'assistenza nelle lungodegenze e l'assistenza ambulatoriale.
- **Infezioni comunitarie:** infezioni già clinicamente manifeste o in incubazione al momento del ricovero.

ICA

Queste infezioni, che rappresentano un effetto indesiderato dell'assistenza, sono responsabili di aggravamento della patologia di base, prolungamento della durata della degenza e disabilità a lungo termine. La ICA oltre a comportare costi elevati per i pazienti e per le loro famiglie, aggravano anche il carico economico per i sistemi sanitari e, in ultimo, possono provocare morti evitabili.





L'episodio ricorda da vicino quello che accadde quattro anni fa quando rimase chiusa quattro mesi per la citrobacter



tg24.sky.it
Verona, tre neonati infettati da batterio nell'ospedale di Borgo Trento

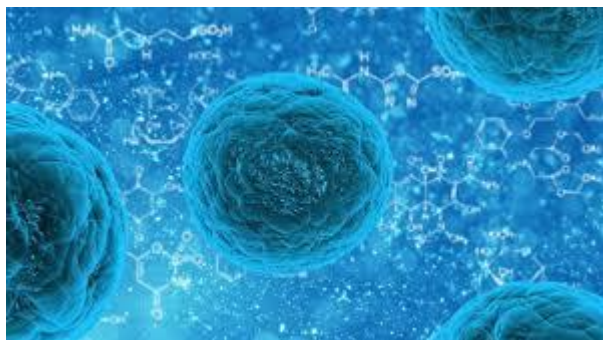


“Se un paziente contrae un’infezione nel corso della degenza, potrebbe agire in giudizio:

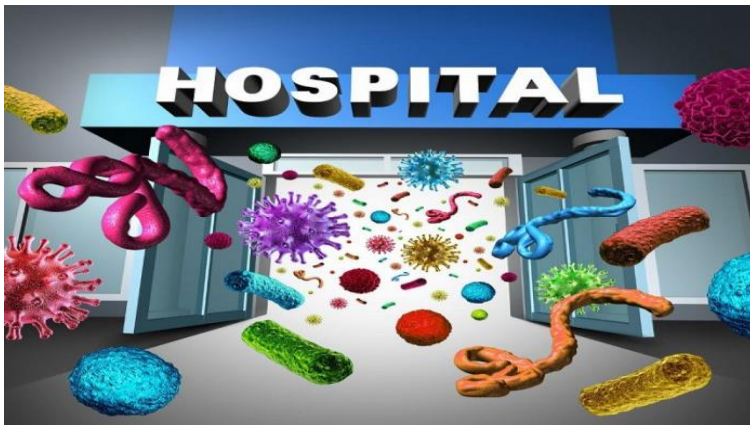
- contro l’Azienda Sanitaria da cui dipende la struttura in cui si è (o si sarebbe) verificato l’evento lesivo;
- contro il personale medico e sanitario che potrebbe aver contribuito a determinare tale evento.”



Nel luglio 2008 il coordinamento del progetto europeo IPSE e la sua sezione dedicata alla sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza sono state trasferite all'ECDC per creare una rete di sorveglianza. Successivamente l'ECDC ha sviluppato un protocollo per lo studio della prevalenza puntuale (PPS) delle infezioni legate all'assistenza e sull'utilizzo degli antibiotici negli ospedali per acuti.



Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici sono stati identificate dal Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) come problemi che rappresentano un pericolo significativo per la salute pubblica e che richiedono interventi specifici.



Changes in Prevalence of Health Care–Associated

Table 4. Percentages of All Surveyed Patients with Specific Types of Health Care–Associated Infection, 2011 vs. 2015 Survey.*

Type of Infection	2011 Survey			2015 Survey			P Value†
	No. of Patients with Infection	No. of Infections	Percentage of Patients with Infection (95% CI)	No. of Patients with Infection	No. of Infections	Percentage of Patients with Infection (95% CI)	
Pneumonia	110	110	0.98 (0.81–1.20)	110	110	0.89 (0.74–1.10)	0.52
Ventilator-associated pneumonia	43	43	0.38 (0.28–0.51)	39	39	0.32 (0.23–0.43)	0.41
Other pneumonia	67	67	0.59 (0.47–0.75)	71	71	0.58 (0.46–0.73)	0.87
Gastrointestinal infection	86	86	0.76 (0.62–0.94)	91	91	0.74 (0.60–0.91)	0.84
<i>Clostridium difficile</i> infection‡	61	61	0.54 (0.42–0.69)	66	66	0.54 (0.42–0.68)	0.97
Other gastrointestinal infection	25	25	0.22 (0.15–0.33)	25	25	0.20 (0.14–0.30)	0.76
Surgical-site infection	109	110	0.97 (0.80–1.20)	69	69	0.56 (0.44–0.71)	<0.001
Deep incisional or organ-space infection	77	77	0.68 (0.55–0.85)	54	54	0.44 (0.34–0.57)	0.01
Superficial incisional infection	33	33	0.29 (0.21–0.41)	15	15	0.12 (0.07–0.20)	0.004
Bloodstream infection	50	50	0.44 (0.34–0.58)	51	52	0.41 (0.31–0.55)	0.74
Central catheter–associated bloodstream infection	42	42	0.37 (0.27–0.50)	37	38	0.30 (0.22–0.42)	0.35
Other primary bloodstream infection	8	8	0.07 (0.03–0.14)	14	14	0.11 (0.07–0.19)	0.29
Urinary tract infection	65	65	0.58 (0.45–0.73)	39	39	0.32 (0.23–0.43)	0.003
Catheter-associated urinary tract infection	44	44	0.39 (0.29–0.52)	24	24	0.20 (0.13–0.29)	0.005
Other urinary tract infection	21	21	0.19 (0.12–0.29)	15	15	0.12 (0.07–0.20)	0.21
Other infection§	78	83	0.69 (0.55–0.86)	61	66	0.50 (0.39–0.64)	0.05
Any infection	452	504	4.0 (3.7–4.4)	394	427	3.2 (2.9–3.5)	<0.001

* A total of 11,282 patients were included in the 2011 survey, and 12,299 in the 2015 survey; these values are the denominators for the percentages of patients with infection. Patients could have more than one health care–associated infection.

† P values were calculated by a mid-P exact test.

‡ *Clostridium difficile* is now known as *Clostridioides difficile*.

§ Other infections in the 2011 survey included the following: ear, eye, nose, and throat infections (28 infections); lower respiratory tract infection (20); skin and soft-tissue infections (16); cardiovascular infection (6); bone and joint infections (5); central nervous system infection (4); reproductive tract infection (3); and systemic infection (1). Other infections in the 2015 survey included the following: skin and soft-tissue infections (22 infections); ear, eye, nose, and throat infections (21); lower respiratory tract infection (18); bone and joint infections (2); central nervous system infection (1); cardiovascular infection (1); and reproductive tract infection (1).

- The prevalence of health care–associated infections was lower in 2015 than in 2011.
- To continue to make progress in the prevention of such infections, prevention strategies against *C. difficile* infection and pneumonia should be augmented.

TABLE 2A

Prevalence and estimated incidence of healthcare-associated infections in European acute care hospitals, 28 EU/EEA countries and Serbia, 2016–2017 (n = 325,737 patients)

Country	Patients in PPS sample	Patients with at least one HAI in PPS sample (HAI prevalence) ^a			Validation-corrected HAI prevalence ^b	Occupied beds in the country (average per day)	Patients with at least one HAI on a given day, estimated		Hospital discharges annually in the country	HAI incidence, estimated		Patients with at least one HAI, annually, estimated	
		n	%	95% CI			n	95% CI		n	%	95% CI	95% CI
Austria	13,461	541	4.0	3.4–4.7	NR	36,351	1,461	1,243–1,716	2,707,753	2.3	1.5–3.3	62,306	40,978–89,762
Belgium	11,800	856	7.3	6.4–8.3	NR	37,651	2,731	2,397–3,109	1,858,726	5.4	3.7–7.6	101,110	68,186–141,713
Bulgaria ^c	2,200	76	3.5	1.7–6.8	NR	25,324	875	434–1,733	1,632,089	1.8	0.9–3.8	29,572	13,909–61,597
Croatia	10,466	551	5.3	4.5–6.2	NR	11,047	581	495–683	667,849	4.1	2.8–5.6	27,129	18,937–37,561
Cyprus	1,036	85	8.2	5.4–12.4	ND	1,437	118	77–178	166,295	4.8	2.5–8.7	8,010	4,158–14,541
Czech Republic	15,117	1,015	6.7	5.9–7.6	NR	40,691	2,732	2,413–3,090	2,260,239	5.4	3.9–7.3	122,313	87,039–165,208
Estonia	4,220	178	4.2	2.4–7.3	NR	4,582	193	111–332	222,363	3.3	1.6–6.6	7,393	3,558–14,761
Finland	9,079	803	8.8	7.5–10.4	NR	15,894	1,406	1,187–1,660	915,892	5.1	3.3–7.5	46,735	30,053–68,350
France	16,522	965	5.8	4.9–7.0	NR	159,810	9,334	7,823–11,116	11,330,996	4.1	2.7–5.9	467,961	311,830–671,498
Germany	11,324	409	3.6	2.8–4.7	NR	400,132	14,452	11,087–18,789	19,480,504	3.1	1.9–4.8	604,495	373,766–938,383
Greece	9,401	938	10.0	8.5–11.6	NR	18,252	1,821	1,559–2,121	1,562,761	4.3	3.1–5.7	66,487	48,386–89,068
Hungary	20,588	818	4.0	3.3–4.8	NR	46,134	1,833	1,516–2,212	2,226,485	3.5	2.1–5.4	78,095	46,906–120,082
Iceland	633	40	6.3	0.8–36.8	5.7	642	41	5–237	39,198	6.7	0.6–48.6	2,609	239–19,038
Ireland	10,333	633	6.1	5.0–7.5	NR	10,932	670	546–820	705,000	4.2	2.7–6.3	29,671	18,846–44,323
Italy	14,773	1,186	8.0	6.8–9.5	NR	167,619	13,457	11,362–15,800	8,930,979	6.0	4.2–8.3	534,709	373,705–740,544

CI: confidence interval; EU/EEA: European Union/European Economic Area; HAI: healthcare-associated infection; NA: not applicable; ND: validation study not done NR: validation study not representative of country PPS sample; PPS: point prevalence survey; UK: United Kingdom.

^a Country-weighted HAI prevalence for the EU/EEA = estimated number of patients with at least one HAI a single day / occupied beds.

^b Validation-corrected prevalence of patients with at least one HAI: only given for countries that reached national representativeness for their national validation study (at least 75% of recommended sample size of 750 validated patients and/or validation of at least 75% of included hospitals).

^c Poor country representativeness in Bulgaria and the Netherlands.

OBIETTIVI

- Stimare le dimensioni globali (prevalenza) delle HAI e dell'uso di antibiotici negli ospedali per acuti in Europa;
- Descrivere: i pazienti, le procedure invasive, le infezioni (siti, microrganismi coinvolti inclusi i markers di resistenza antibiotica) e gli antibiotici prescritti (molecole, associazioni, indicazioni d'uso)
 - Per tipo di pazienti, specialità e strutture di ricovero;
 - Per nazione Europea, attraverso dati aggiustati o stratificati;
- Descrivere le procedure di prevenzione delle HAI e delle resistenze antibiotiche a livello ospedaliero e di reparto in Europa;
- Diffondere i risultati a coloro che hanno necessità di conoscerli – a livello locale, regionale, nazionale ed europeo per:
 - Aumentare l'attenzione al problema;
 - Formare e rinforzare infrastrutture e competenze per attuare la sorveglianza;
 - Identificare i problemi comuni a livello europeo e stabilire priorità condivise;
 - Valutare gli effetti delle strategie ed indirizzare le politiche a livello locale /nazionale/ regionale (PPS ripetuti in tutti i Paesi Membri)
- Fornire agli ospedali uno strumento standardizzato per individuare obiettivi di miglioramento della qualità.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

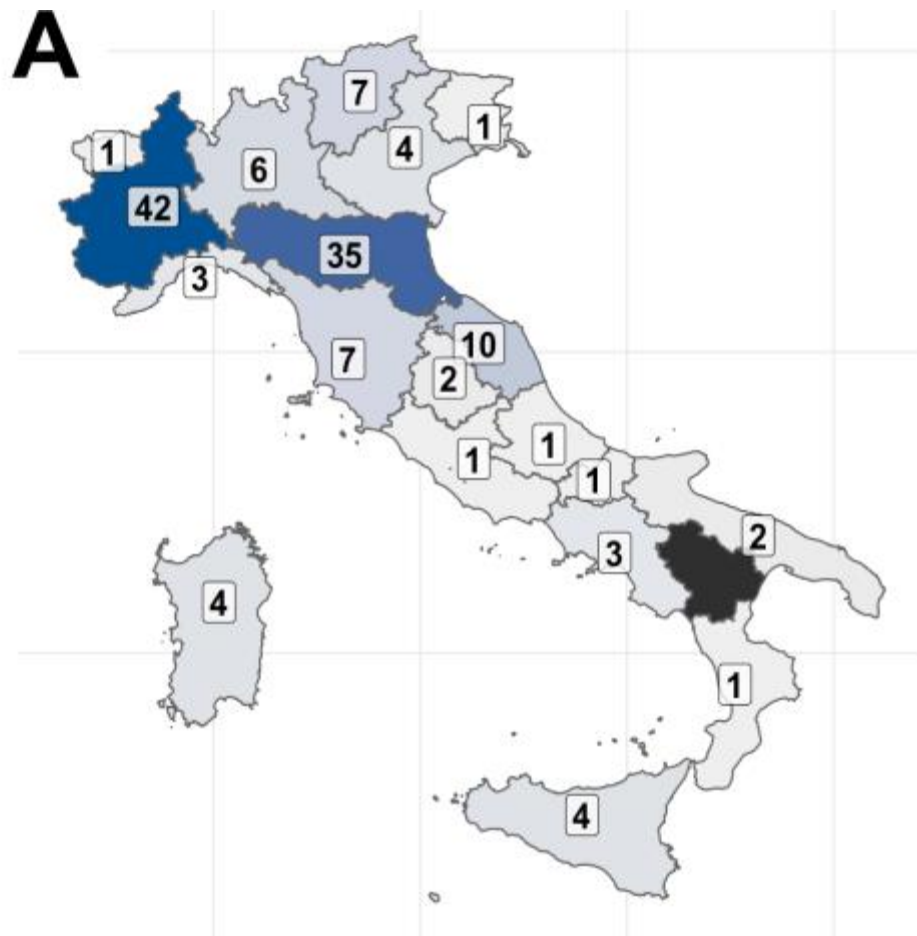
REPORT ITALIANO

PPS2

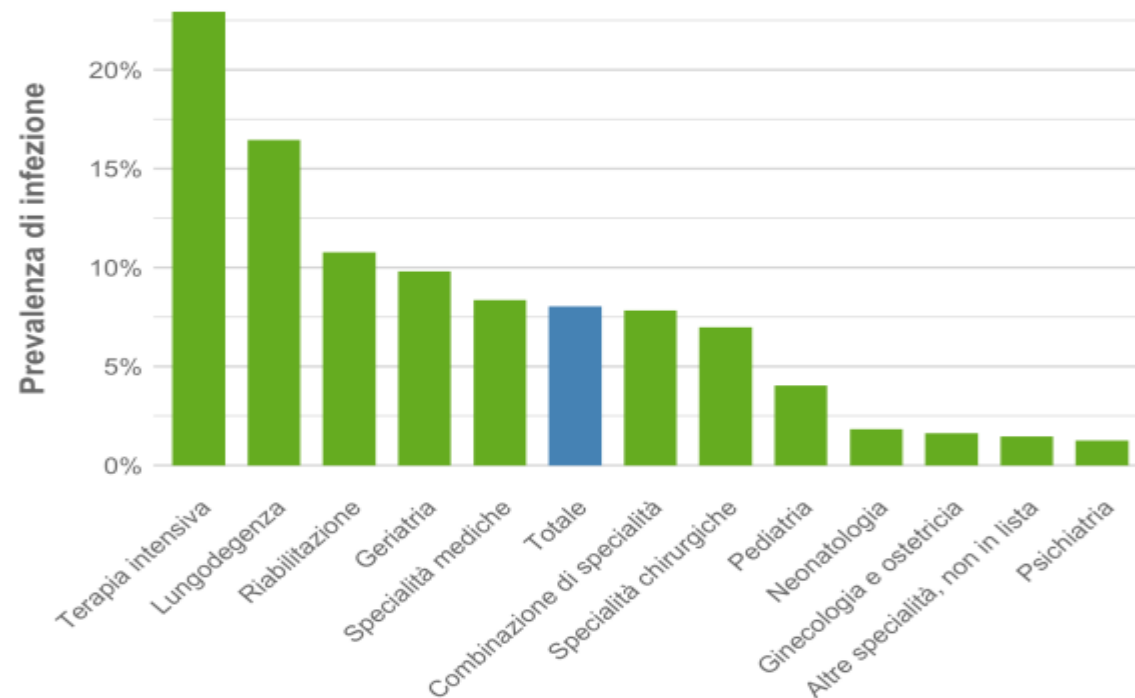
2016/2017

STUDIO DI PREVALENZA ITALIANO SULLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI
NEGLI OSPEDALI PER ACUTI - PROTOCOLLO ECDC

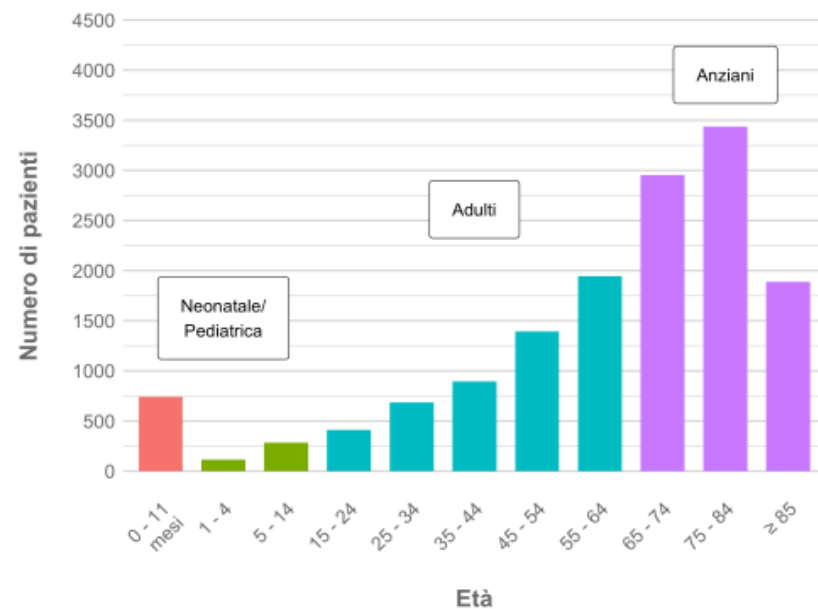




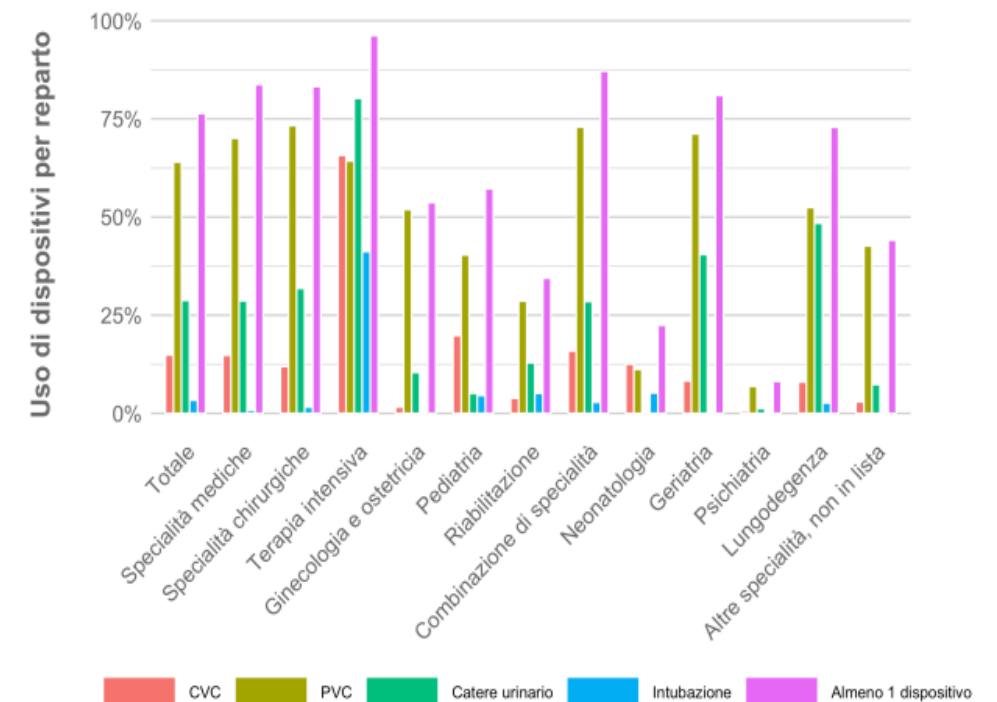
Lo studio è stato condotto nel periodo di ottobre-novembre 2016 e vi hanno partecipato 135 ospedali di 19 Regioni/Province autonome. Sono stati raccolti dati su 28.157 pazienti (media in ciascun ospedale pari a 209 ± 194 ; mediana 151; range: 8 - 1.040).



Figura

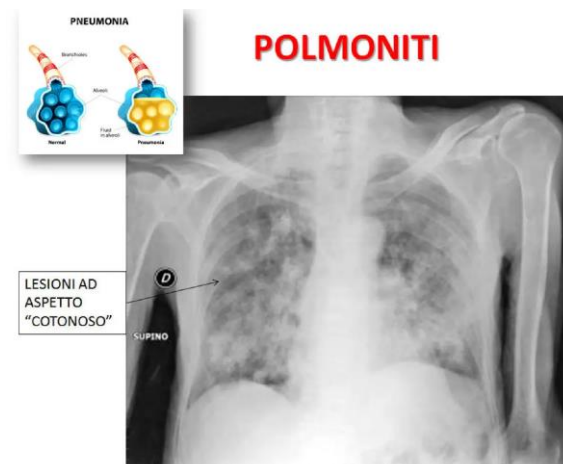


La prevalenza di pazienti con almeno un'infezione correlata all'assistenza è dell'8,03% (1.186 casi), calcolata come numero di pazienti con almeno un'ICA sul totale dei pazienti eleggibili. La media delle prevalenze degli ospedali invece è risultata essere del 6,5% (IC 95%: 5,22% - 7,78%)





- infezioni del sito chirurgico **14.4%**
- batteriemie correlate al catetere venoso centrale **18.3%**
- infezioni del tratto urinario associate al catetere **18%**
- polmoniti associate al ventilatore/polmoniti acquisite in ospedale (HAP/VAP) **23.5%**
- infezioni da *Clostridioides difficile*



L'intensità delle cure ai pazienti negli ospedali per acuti può facilitare lo sviluppo di ICA per molteplici motivi

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi e gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire lo sviluppo delle ICA
- il trattamento di pazienti sempre più anziani o più vulnerabili che presentano un indebolimento del sistema di difesa dell'organismo o gravi patologie concomitanti
- la scarsa applicazione di misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale

Migliora la qualità delle cure

Migliora i risultati delle cure

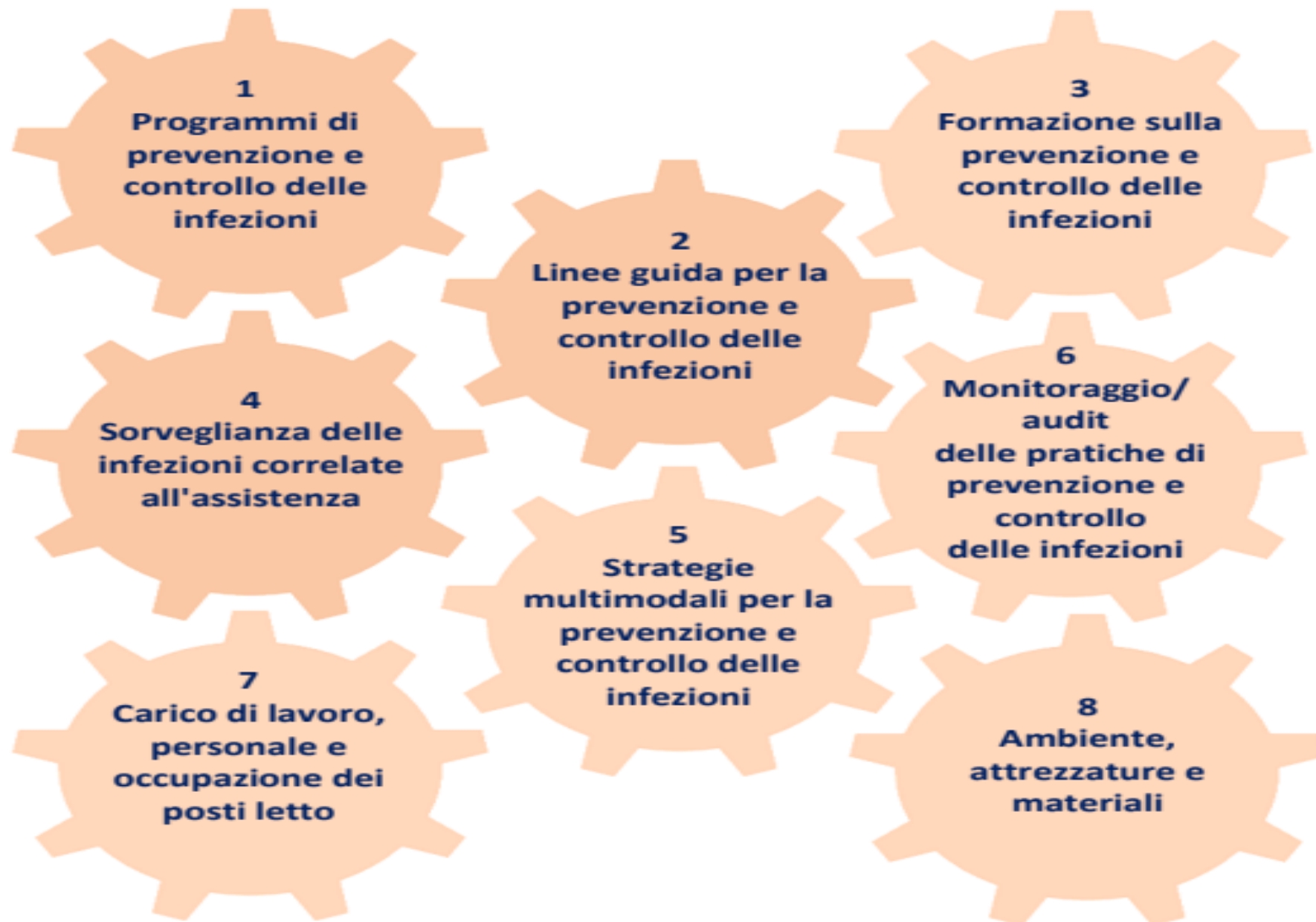
Riduce i costi sanitari

Si basa su strategie di provata efficacia

È facilmente adattabile al contesto locale

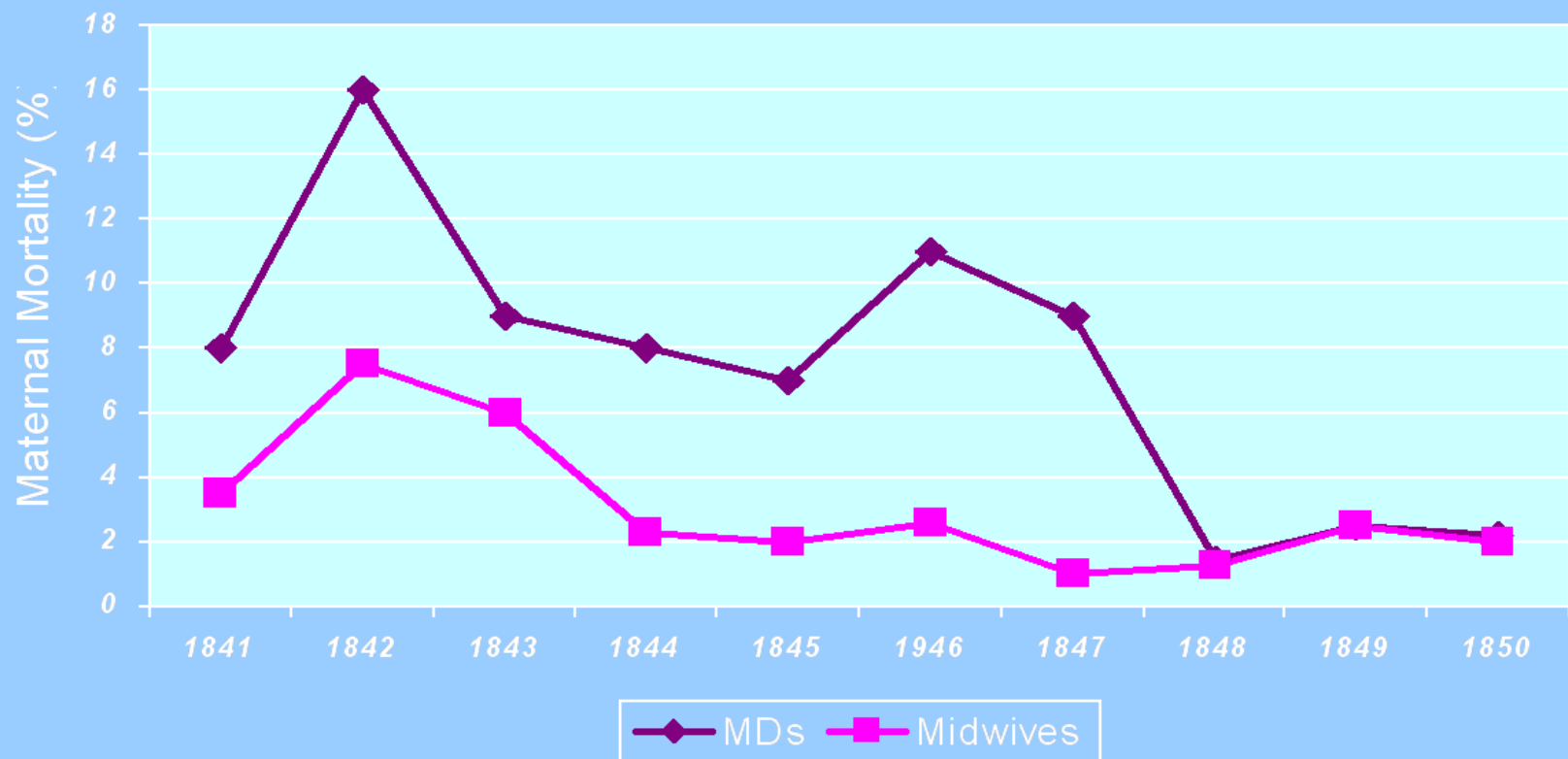


**PREVENZIONE E
CONTROLLO DELLE
INFEZIONI**



Ignac S
il medi
insegn
le man

Maternal Mortality due to Postpartum Infection General Hospital, Vienna, Austria, 1841-1850



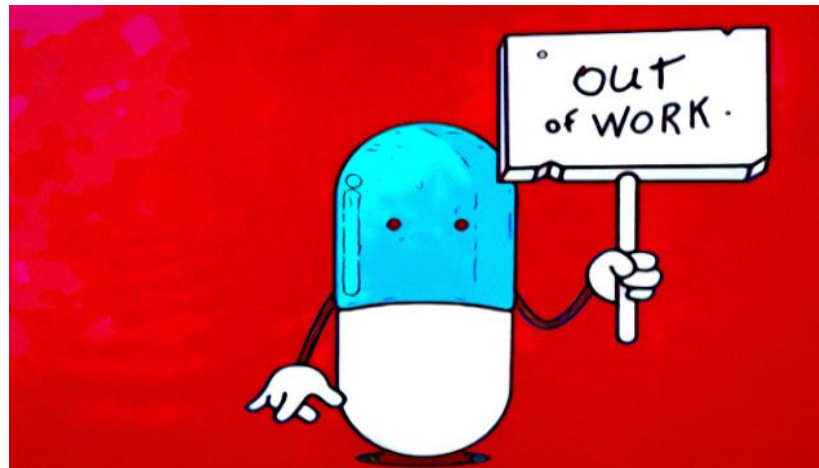
L'intensità delle cure ai pazienti negli ospedali per acuti può facilitare lo sviluppo di ICA per molteplici motivi:

- la progressiva intensificazione delle cure, con l'uso prolungato di diuretici, antibiotici, farmaci antitumorali, interventi chirurgici complessi, che, per la loro azione, possono contribuire all'insorgenza della malattia, possono favorire lo sviluppo di ICA
- il trattamento di pazienti più vulnerabili che presentano un indebolimento dell'organismo o gravi patologie coesistenti
- la scarsa applicazione di misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso inappropriato o eccessivo di questi farmaci, che può complicare ulteriormente il decorso di molte ICA



Una minaccia per la salute pubblica a livello mondiale

La resistenza antimicrobica (AMR), e in particolare agli antibiotici (ABR), è la capacità di un microrganismo di sopravvivere o crescere in presenza di una concentrazione di agente antimicrobico generalmente sufficiente a inibire o uccidere tale microrganismo. Si tratta di una minaccia sanitaria sempre più significativa a livello globale, che genera gravi sfide sociali ed economiche.



IL PESO DELLA MINACCIA AMR

5 milioni
DI DECESSI

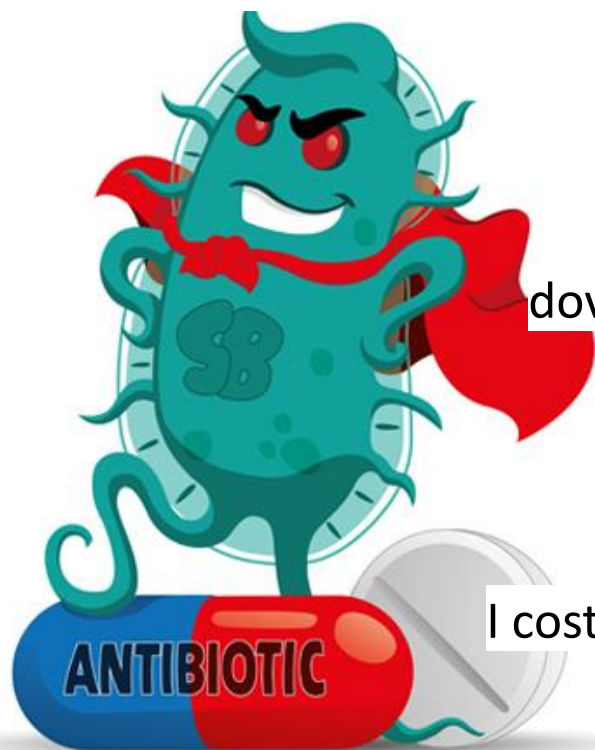
associati alla resistenza antimicrobica nel 2019, a livello globale

670 000
INFEZIONI

dovute ad AMR all'anno in EU/EEA

€1,5
MILIARDI

I costi sanitari extra all'anno in EU/EEA



Gli indicatori per l'accesso e la qualità delle cure sono, in generale, buoni, ma per le prescrizioni di antibiotici nelle cure primarie l'Italia è al secondo posto nell'OCSE contribuendo potenzialmente a un più alto tasso di resistenza antimicrobica.

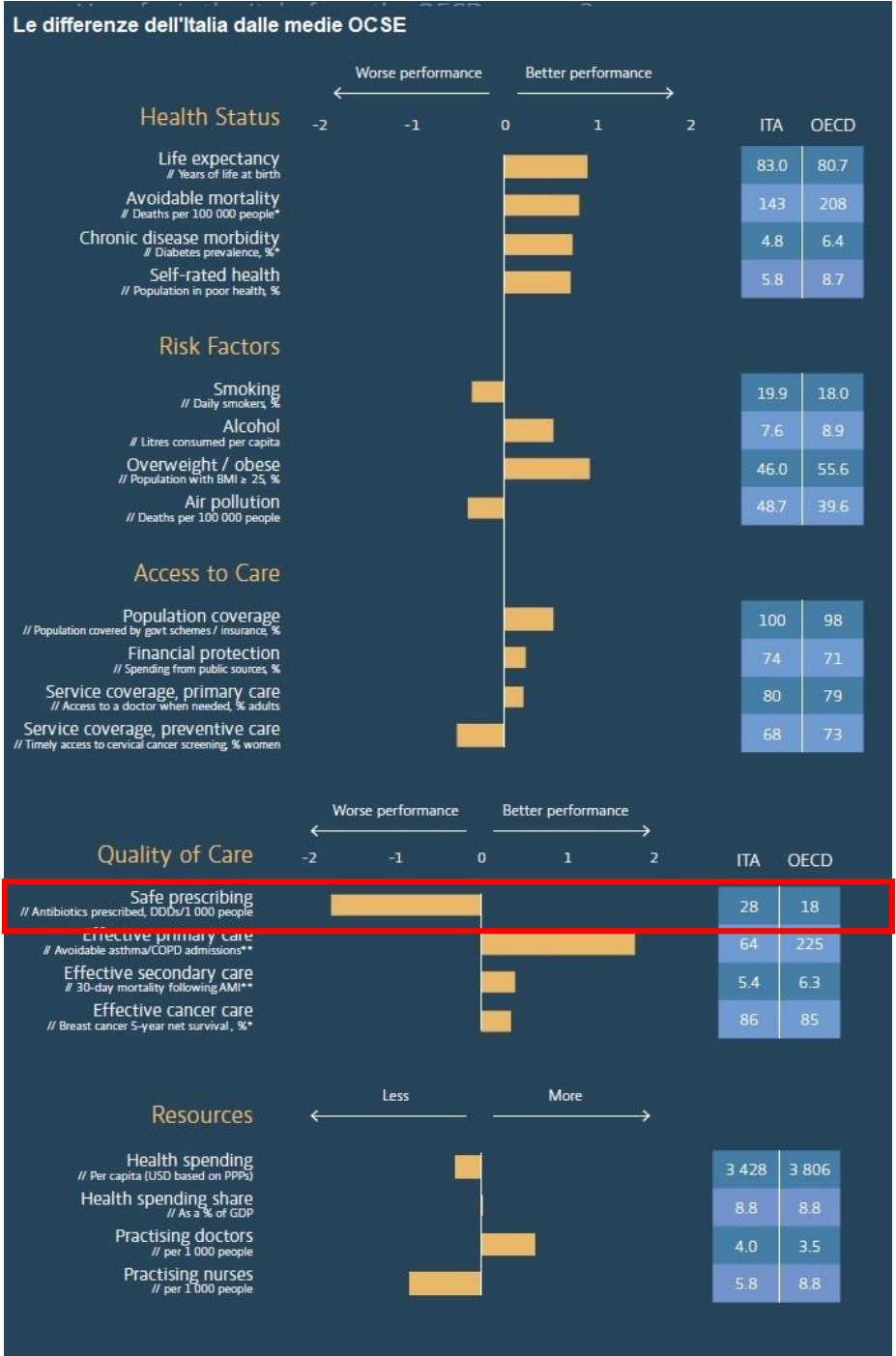
La resistenza antimicrobica (AMR) rappresenta un grande rischio per la salute, oltre ad essere un onere per la spesa nel suo insieme. La prescrizione eccessiva e inappropriata di antibiotici contribuisce alla diffusione di microrganismi resistenti.

Nel 2017, il volume totale degli antibiotici prescritti nelle cure primarie era di 28 dosi giornaliere per 1.000 abitanti al giorno, il secondo più alto nell'OCSE, rispetto a una media di 18.

La resistenza agli antibiotici influisce sulla sicurezza del paziente negli ospedali e in Italia si registrano anche tassi superiori alla media di infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA), con quasi il 6% dei pazienti ospedalizzati.

Le infezioni possono anche essere mortali e costare fino al 6% del budget degli ospedali. I batteri resistenti agli antibiotici possono rendere le infezioni difficili o addirittura impossibili da trattare: è necessario dunque per l'Ocse attuare politiche per combattere la diffusione della resistenza antimicrobica anche con campagne di sensibilizzazione, prescrizione ritardata di antibiotici e formazione dei fornitori.

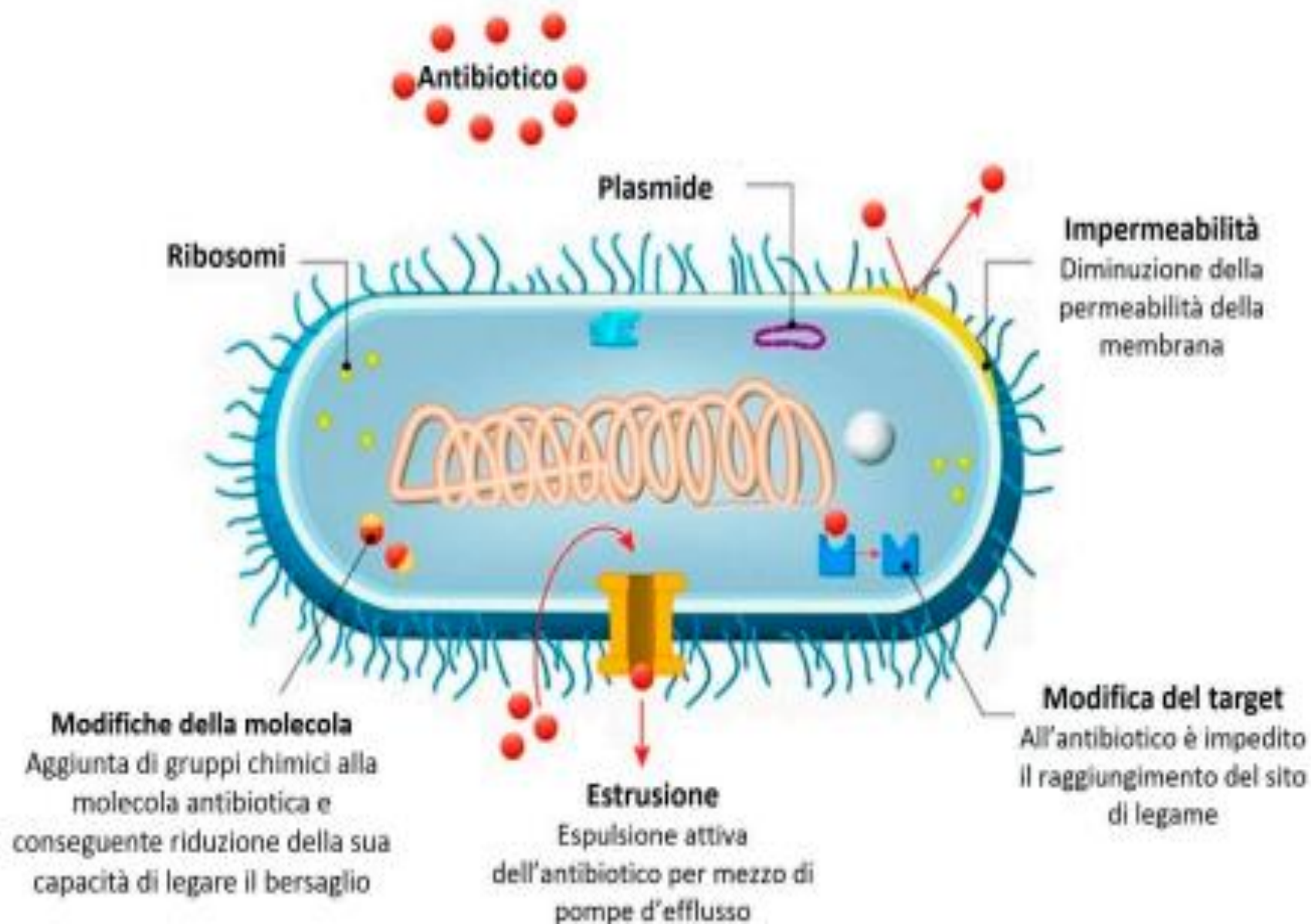
Rapporto sanità Ocse 2019



COSA SI INTENDE PER RESISTENZA ANTIMICROBICA

- La AMR può essere naturale (intrinseca e indotta) o acquisita:
- **resistenza intrinseca**, se dovuta alla natura stessa dell'organismo
 - **resistenza indotta**, se causata da modificazioni genetiche avvenute nell'organismo, a seguito di un uso eccessivo e persistente del farmaco nell'ambiente.



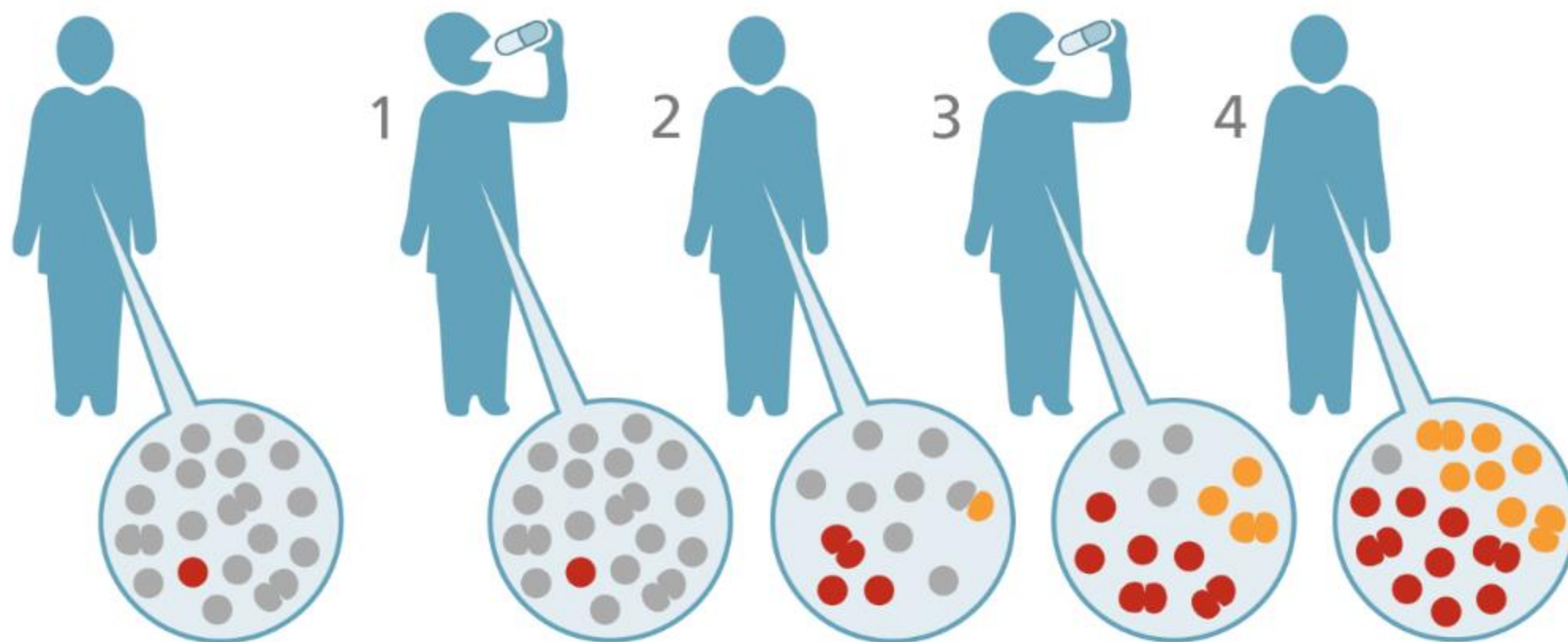


L'uso improprio degli antibiotici

Un antibiotico viene usato in modo improprio quando:

- non è adatto a quel particolare patogeno
- non è indicato per quella specifica patologia
- la dose e/o la durata del trattamento sono ridotti in modo arbitrario





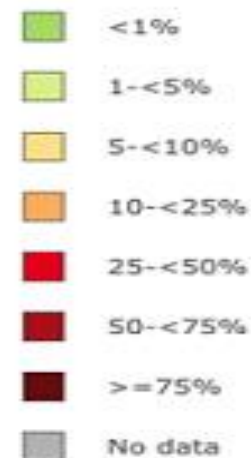
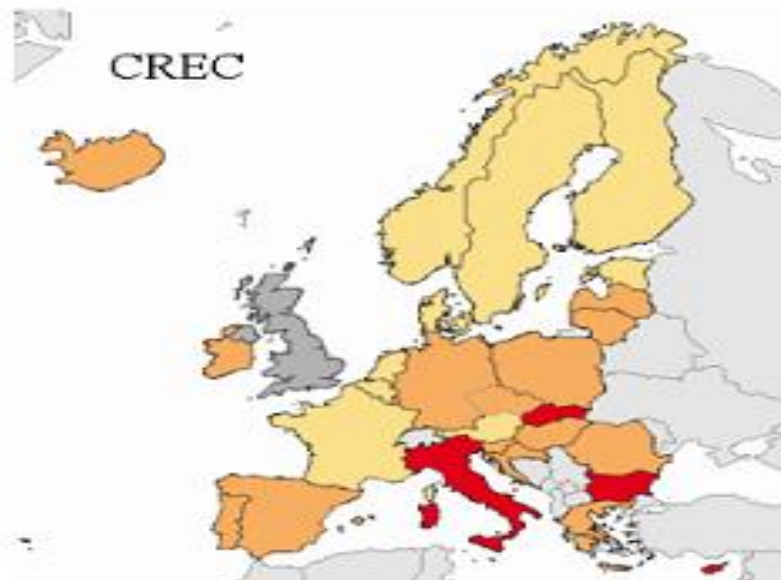
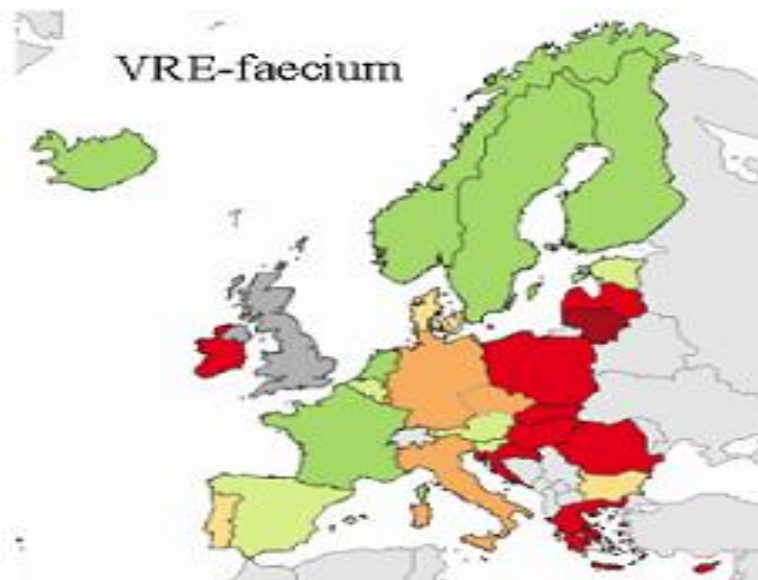
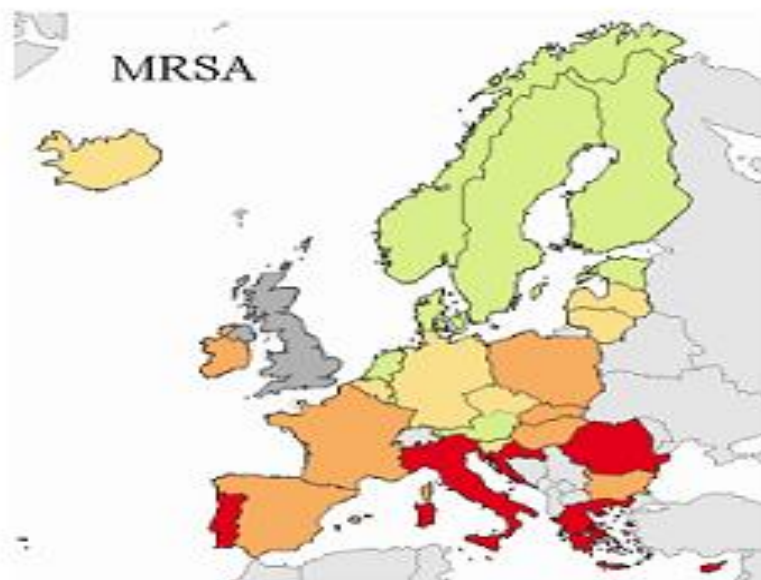
- batterio sensibile all'antibiotico
- batterio resistente all'antibiotico, presente prima del trattamento
- batterio resistente apparso nel corso del trattamento (mutazione)



K. pneumoniae è intrinsecamente resistente all'ampicillina a causa della presenza di un gene chiamato penicillinasi SHV-1 nel suo cromosoma. Recentemente, si è osservato un rapido aumento del numero di ceppi di *K. pneumoniae* multiresistenti, con particolare attenzione rivolta a quelli che producono beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL). Questi ceppi mostrano resistenza alle penicilline, alle cefalosporine

Acinetobacter sono bacilli aerobi gram-negativi non fermentanti. Sono onnipresenti, vivono nel suolo e nelle acque. Possono sopravvivere per lunghi periodi nell'ambiente e tollerano sia il bagnato che l'asciutto. Possono sopravvivere per mesi su capi di abbigliamento e lenzuola, biancheria da letto, ventilatori e altre superfici ambientali, rendendo la trasmissione nosocomiale estremamente difficile da controllare.

Percentuale di isolati resistenti nelle 4 combinazioni patogeno/antibiotico principali sotto osservazione (2020)



MRSA: *S. aureus* resistente alla meticillina

VRE-faecium: *E. faecium* resistente alla vancomicina

CREC: *E. coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione

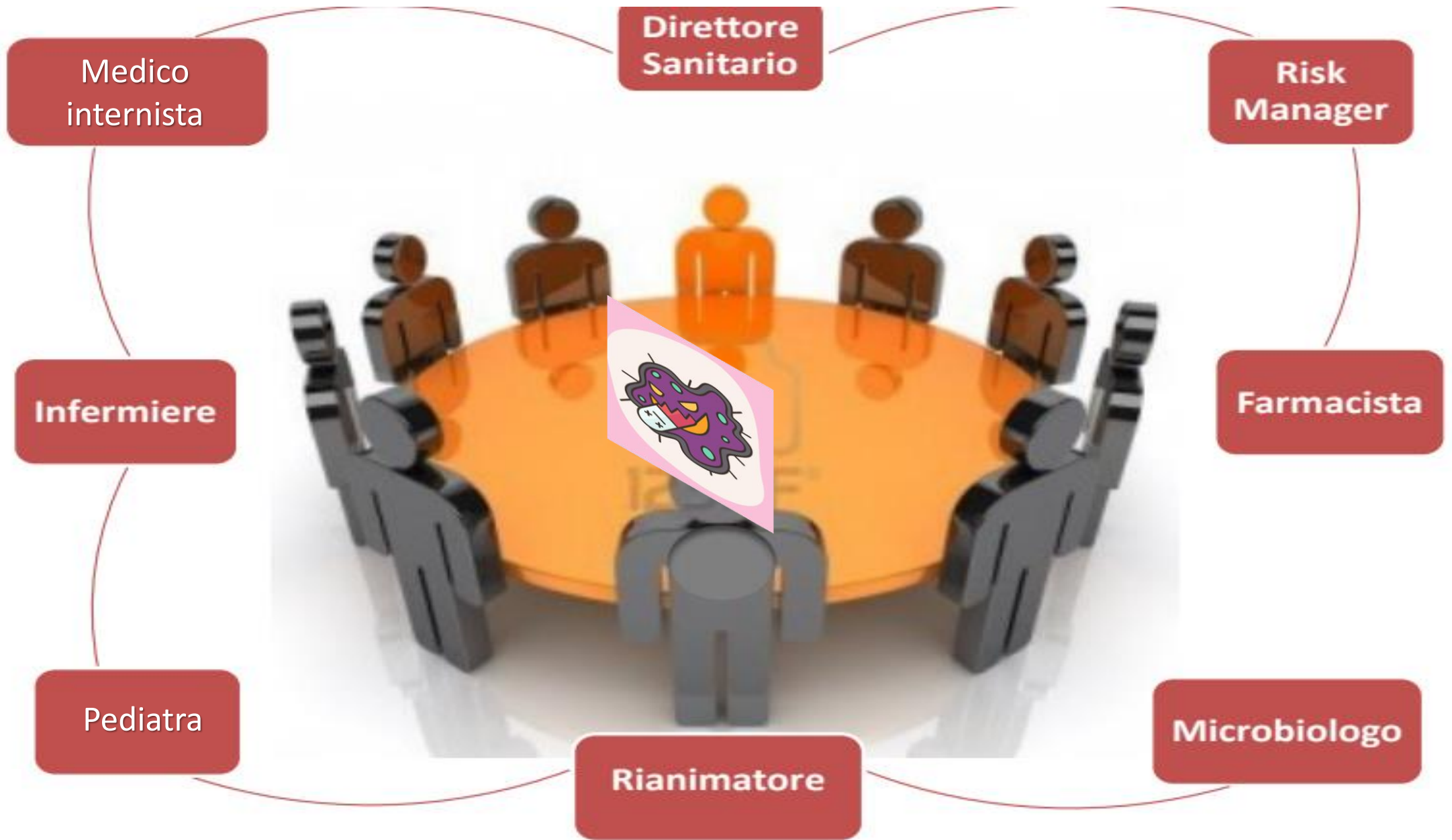
CRKP: *K. pneumoniae* resistente ai carbapenemi

Fonte dati e immagini: ECDC Surveillance Atlas of Infectious Disease

<https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/surveillance-and-disease-data/data-ecdc>

Nostra esperienza in Terapia Intensiva







1. Il comitato per l'uso degli antibiotici fornisce un formulario ospedaliero e le linee guida per la terapia

1. Forte impegno di leadership.

1. linee guida per trattamento empirico e mirato delle infezioni più frequenti, con indicazioni del dosaggio e durata della

FORMAZIONE





OSPEDALE "SACRO CUORE DI GESÙ" FATEBENEFRAPELLI
BENEVENTO

Viale Principe di Napoli 14/a – 82100 Benevento

SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO – DIRETTORE: DOTT. N.R. FORTE

SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO
DIRETTORE: DOTT. N.R. FORTE

Controllo microbiologico UTIC/UTIR

Controllo del 28/03/2024

Ora del prelievo 11:00

UTIR

SUPERFICI		N° CFU/25 cm ²
1	Ventilatore letto (325A)	ASF
2	Ultrafiltratore letto (325A)	ASF
3	Pompe infusionali letto (325A)	ASF
4	Monitor letto (324C)	ASF
5	Ventilatore (letto 324C)	ASF
6	Letto (324C)	ASF
7	Defibrillatore	ASF
8	Carrelli per medicali	ASF
9	Stanza monitor	15*

**Staphylococcus epidermidis* (MRSA meticillino-resistenti)

ASF= assenza di sviluppo di flora batterica

N.B. L'indagine è stata condotta mediante l'impiego di dispositivi di contatto
costituiti da mezzo di coltura pronto all'uso

MATERIALE: ICR+CONTACT TSA LT (MILLIPORE)

Benevento, 28 /03 /2024



Sir James Simpson (1867)



«L'uomo posto sul tavolo operatorio in un nostro reparto di chirurgia è esposto a più rischi di morte del soldato inglese sul campo di Waterloo»