

Corso di Aggiornamento ECM

FHAIT 2026

FRONTIERS IN HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTION'S THERAPY

9 ottobre 2026

Nuovo Ospedale dei Castelli

Ariccia (RM)

Razionale Scientifico

Negli ultimi anni, l'antimicrobico-resistenza (AMR) si è imposta come una delle principali sfide per la sanità pubblica a livello globale, minando l'efficacia delle terapie antibiotiche e aumentando la complessità nella gestione delle infezioni. In questo contesto, questo congresso multidisciplinare ha l'obiettivo di riunire esperti clinici, microbiologi, farmacisti ospedalieri e operatori sanitari del territorio per un confronto aperto e aggiornato sui temi più rilevanti in ambito infettivologico.

Il congresso affronterà, in particolare:

- Le più recenti evidenze scientifiche sull'antimicrobico-resistenza e le sue implicazioni cliniche;
- Le buone pratiche di Antimicrobial Stewardship, fondamentali per un uso razionale degli antibiotici;
- Le nuove metodiche di laboratorio per una diagnosi microbiologica rapida e mirata;
- Le terapie antibiotiche innovative, inclusi i nuovi agenti antimicrobici e le combinazioni terapeutiche.
- I nuovi modelli di integrazione ospedale-territorio mediante telemedicina e teleconsulto multidisciplinare

Un focus particolare sarà dedicato all'Infection Control e alla gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), con un'analisi delle strategie di prevenzione e contenimento implementate nelle strutture sanitarie.

Verrà inoltre sviluppata una sessione dedicata alla simulazione interattiva di casi clinici multidisciplinari, finalizzata a favorire il confronto pratico tra specialisti, il ragionamento clinico condiviso e l'applicazione operativa dei percorsi diagnostico-terapeutiche nella pratica quotidiana.

L'iniziativa si propone come momento di aggiornamento, riflessione e condivisione di buone pratiche, nella convinzione che solo attraverso una sinergia tra ospedale, territorio, farmacia e laboratorio sia possibile affrontare in modo efficace le nuove sfide infettivologiche e garantire cure appropriate e sostenibili.

Responsabili Scientifici: Prof.ssa Filomena Pietrantonio, Dott. Fabio Vinci

Programma Scientifico

- 08.00 **Apertura segreteria e iscrizione partecipanti**
- 08.30 **Presentazione del Congresso e Saluto delle Autorità**
Dott. Giovanni Profico – Direttore Generale ASL RM 6
Dott. Maurizio Ferrante – Direttore Sanitario ASL RM 6
Dott.ssa Barbara Bagnato – Direttore Sanitario Ospedale dei Castelli
Dott.ssa Cinzia Sandroni – Direttore Dipartimento Professioni Infermieristiche

SESSIONE I – ANTIMICROBIAL E DIAGNOSTIC STEWARDSHIP: NUOVE PROSPETTIVE

Moderatori: Prof.ssa Filomena Pietrantonio, Prof.ssa Loredana Sarmati

- 09.00 **Contrasto all'antimicrobico resistenza: le nuove sfide**
Relatore: Dott. Fabio Vinci
- 09.20 **Impatto farmaco-economico dei programmi di Antimicrobial Stewardship**
Relatore: Dott.ssa Claudia Di Martino
- 09.40 **Nuove tecniche di diagnostica microbiologica**
Relatore: Dott.ssa Carla Fontana
- 10.00 **Strategia e ottimizzazione dei processi nella continuità Ospedale – Territorio**
Relatori: Dott. Stefano Villani, Prof.ssa Filomena Pietrantonio
- 10.20 **Discussione sui temi trattati**
- 10.30 *Coffee Break*

SESSIONE II – NUOVE TERAPIE NELLE INFEZIONI DA MDRO

Moderatori: Dott.ssa Carla Giancotti, Dott. Angelo Serao

- 10.45 **Nuove terapie nella gestione dei batteri Gram negativi**
Relatore: Dott. Luca Dori
- 11.05 **Nuove terapie nella gestione dei batteri Gram positivi**
Relatore: Dott. Paolo Carfagna
- 11.25 **Gestione infettivologica nel paziente chirurgico: strategie integrate e multidisciplinari**
Relatore: Dott. Fabrizio Taglietti
- 11.45 **Terapia empirica ragionata**
Relatore: Dott. Francesco Lamanna
- 12.05 **Discussione sui temi trattati**
- 12.45 *Light Lunch*

I dati qui riportati sono gestiti in conformità al D. Lgs. 196/2003 e Art. 29 del regolamento 2016/679/UE sulla protezione dei dati personali (GDPR)

E.C.M. 2 Srl

Via degli Olmetti, 44, 00060 Formello - Roma Tel.: +39 06/299987

P. IVA n. 12439851002- www.ecm2srl.it - E-mail: info@ecm2srl.it

SESSIONE III – CLINICAL SCENARIOS

Moderatori: Dott. Fabio Vinci, Dott. Guido Fabbri

- 13.30 **Infection control challenge**
Relatori: Dott.ssa Maria Paola Moscatelli, Dott.ssa Alessandra Calcagni, Dott. Fabio Vinci
- 14.00 **Clinical scenario 1: Caso clinico in Medicina Interna**
Relatore: Dott.ssa Mariam Anechoum
- 14.30 **Clinical scenario 2: Caso clinico in Rianimazione**
Relatore: Dott.ssa Laura Perciballi
- 15.00 **Clinical scenario 3: Caso clinico in Chirurgia**
Relatore: Dott.ssa Giulia Del Corpo
- 15.30 **Clinical scenario 4: Caso clinico in Pronto Soccorso**
Relatore: Dott. Alessandro Ragno
- 16.00 **Clinical scenario 5: Caso clinico sul Territorio**
Relatore: Dott. Francesco Izzo
- 16.30 **Discussione sui temi trattati**
- 16.45 **Take home messages**
Relatori: Prof.ssa Filomena Pietrantonio, Dott. Fabio Vinci
- 17.00 **Questionario ECM e chiusura del Congresso**

CASI CLINICI

CASO CLINICO 1: Sepsis da Germe Multi-Resistente (KPC)

Il paziente è stato dimesso 2 settimane fa da un reparto di sub-intensiva dove era ricoverato anche un paziente colonizzato da KPC (*Klebsiella pneumoniae* produttrice di Carbapenemasi). Questo dettaglio anamnestico alza drammaticamente il sospetto di un'infezione da germe resistente anche ai normali carbapenemici (come il solo Meropenem o l'Ertapenem).

2. Sintomatologia e Ingresso : Il paziente si presenta in sepsi severa (qSOFA = 3), ipoteso, febbrile (39.1°C), con duplice focus infettivo: polmonare e urinario (pielonefrite). 3. Diagnosi Microbiologica e Razionale Clinico Inizialmente il paziente viene impostato con una terapia empirica ad ampio spettro. A 48 ore dall'ingresso, il quadro clinico non migliora significativamente e arrivano i risultati microbiologici critici: Emocolture e Urinocoltura: Positive per *Klebsiella pneumoniae*. Antibiotogramma: Il ceppo mostra resistenza a Cefalosporine, Piperacillina / Tazobactam, Fluorochinoloni, Aminoglicosidi e, criticamente, resistenza a Meropenem e Ertapenem. Test Molecolare rapido: Positivo per Carbapenemasi di classe A di Ambler. Diagnosi Definitiva: Sepsis da *Klebsiella pneumoniae* produttrice di carbapenemasi (KPC) con focus urinario e polmonare. Dato che il meropenem da solo fallirebbe a causa dell'idrolisi da parte dell'enzima KPC, è mandatorio switchare la terapia a Meropenem/Vaborbactam, dove il vaborbactam "protegge" il meropenem dall'azione della carbapenemasi.

I dati qui riportati sono gestiti in conformità al D. Lgs. 196/2003 e Art. 29 del regolamento 2016/679/UE sulla protezione dei dati personali (GDPR)

E.C.M. 2 Srl

Via degli Olmetti, 44, 00060 Formello - Roma Tel.: +39 06/299987

P. IVA n. 12439851002- www.ecm2srl.it - E-mail: info@ecm2srl.it

CASO CLINICO 2: il paziente si trova in Rianimazione e vogliamo impostare una terapia mirata per un batterio multi-resistente (sospetto o confermato KPC/CRE), le opzioni terapeutiche di riferimento in Terapia Intensiva si orientano su farmaci di ultima generazione o su combinazioni sinergiche. In base alla risposta nelle due ore successive?

CASO CLINICO 3: n un paziente post-operatorio con febbre alta, sepsi e sospetto di germe multi-resistente (KPC), le cause chirurgiche più probabili sono:
Una deiscenza anastomotica (apertura dei punti di una sutura intestinale) con conseguente peritonite.
Un ascesso intra-addominale (raccolta di pus).
Un'infezione profonda del sito chirurgico.
Il primo esame da fare con urgenza assoluta è una TC addome con mezzo di contrasto per mappare l'infezione. E successivamente?

CASO CLINICO 4: L'infezione da Clostridium difficile recidiva dopo un primo trattamento
Una Signora di 88 anni viene ricoverata in PS per l'insorgenza da 48 ore di diarrea acquosa (10-12 evacuazioni/die) e dolori addominali crampiformi localizzati prevalentemente ai quadranti addominali inferiori. Non riferita febbre al domicilio. In Pronto Soccorso si riscontra febbre (TA 37.7), l'addome si presenta diffusamente trattabile ma dolorabile alla palpazione, la peristalsi è valida. La Rx addome non evidenzia livelli idro-aerei né aria libera in sede sotto-diaframmatica. Agli esami ematici si riscontra in particolare leucocitosi (GB 18.400/mm³) e incremento degli indici infiammatori (PCR 13.6 mg/dl). All'ingresso in PS vengono raccolte coproculture, risultate poi negative, e viene eseguita la ricerca nelle feci delle tossine A e B del Clostridium difficile, che risulta positiva. Sei settimane prima la paziente era stata ricoverata, sempre in Medicina, per una sepsi a partenza urinaria; in tale occasione era stata trattata con ceftriaxone ev e durante la degenza aveva sviluppato una infezione da Clostridium difficile, trattata con Metronidazolo per via orale (500 mg x 3/die per complessivi 10 giorni) con ottenuta risoluzione del quadro clinico.

CASO CLINICO 5: Se l'infezione o il forte sospetto di un germe multi-resistente (come un KPC) si manifestasse sul Territorio, la gestione da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) cambierebbe completamente impostazione. Se il paziente ha la febbre, ha una storia di recente ricovero (fattore di rischio KPC), ma è clinicamente stabile (pressione normale, vigile, non ha insufficienza respiratoria), il MMG può tentare una strategia territoriale in attesa di dati certi:
L'esame colturale immediato: Il MMG non prescrive mai un antibiotico al buio se sospetta un germe resistente. Dispone subito un'urinocoltura o un tampone con richiesta di urgenza.
Terapia empirica "ponte" con i pochi farmaci orali/domestici ancora utili:
Esistono pochissimi antibiotici somministrabili a casa (orali o con una semplice iniezione intramuscolare al giorno) che mantengono a volte una parziale efficacia contro alcuni ceppi CRE/KPC. Il MMG potrebbe impostare?

- 1) Fosfomicina trometamolo
- 2) Minociclina o Tigeciclina
- 3) Cotrimossazolo

ACRONIMI:

ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza

MDRO: Microrganismi Multifarmaco Resistenti

CCICA: Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza