

549.

Allegato A

## DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Comunicazioni</b> .....	2	Atti di controllo e di indirizzo .....	4
Missioni vevoli nella seduta del 18 gennaio 2016 .....	2	<i>ERRATA CORRIGE</i> .....	4
Progetti di legge (Annunzio; Modifica del titolo di proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente) .....	2	<b>Mozioni Capua, Lenzi, Nizzi, Calabrò, Gigli, Locatelli ed altri n. 1-01055, Rondini ed altri n. 1-01092 e Palese ed altri n. 1-01094 concernenti iniziative per il contrasto delle infezioni in ambiente ospedaliero e sanitario</b> .....	5
Documento ministeriale (Trasmissione) .....	3	Mozioni .....	5
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio) .....	4		
Provvedimenti concernenti amministrazioni locali (Annunzio) .....	4		

**N. B.** Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

## COMUNICAZIONI

### **Missioni valevoli nella seduta del 18 gennaio 2016.**

Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alli, Amici, Baldelli, Bellanova, Bernardo, Biondelli, Bobba, Bocci, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Censore, Cimbro, Cirielli, Costa, Crippa, D'Alia, Dadone, Dambroso, De Micheli, Del Basso de Caro, Dellai, Di Gioia, Fedriga, Ferranti, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Franceschini, Garofani, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Gozi, La Russa, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuoli, Marazziti, Merlo, Migliore, Nicoletti, Orlando, Gianluca Pini, Pisicchio, Rampelli, Ravetto, Realacci, Rosato, Domenico Rossi, Rughetti, Sanga, Scalfarotto, Scotto, Velo, Vignali, Zanetti.

### **Annunzio di proposte di legge.**

In data 15 gennaio 2016 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

**RUSSO:** « Disposizioni in favore dei soggetti incontinenti e stomizzati » (3533);

**BRIGNONE:** « Istituzione di una Commissione parlamentare di indirizzo e controllo sull'attività di prevenzione e di contrasto della violenza contro le donne e per la salvaguardia dei diritti delle donne vittime di maltrattamenti e di atti persecutori » (3534);

**MUCCI:** « Disciplina dell'eutanasia e norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari » (3535);

**CARLONI:** « Istituzione della rete dei musei nazionali di scienza e tecnica (REMUNAST) » (3536);

**VENITTELLI:** « Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro C 188 sul lavoro nel settore della pesca, fatta a Ginevra il 30 maggio 2007 » (3537).

Saranno stampate e distribuite.

### **Modifica del titolo di proposte di legge.**

La proposta di legge n. 3499, d'iniziativa dei deputati BRUNETTA ed altri, ha assunto il seguente titolo: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sullo stato del sistema bancario italiano e sui casi di crisi verificatisi dal 1° gennaio 1999, in connessione con l'inizio dell'operatività in strumenti finanziari denominati in euro ».

### **Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.**

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoindicate Commissioni permanenti:

*I Commissione (Affari costituzionali):*

**FITZGERALD NISSOLI** ed altri: « Modifica all'articolo 17 della legge 5 febbraio

1992, n. 91, in materia di riacquisto della cittadinanza da parte dei soggetti nati in Italia, che l'hanno perduta a seguito di espatrio » (3471) *Parere delle Commissioni III e V*.

*II Commissione (Giustizia):*

TARTAGLIONE ed altri: « Modifiche all'articolo 26-bis del codice di procedura civile, in materia di foro competente per l'espropriazione forzata di crediti di società » (3455) *Parere delle Commissioni I e VI*;

TARTAGLIONE ed altri: « Modifiche all'articolo 183 del codice di procedura civile, concernente la concessione di termini nell'udienza di trattazione » (3456) *Parere della I Commissione*;

TARTAGLIONE ed altri: « Modifica all'articolo 91 del codice di procedura civile, in materia di condanna alle spese » (3457) *Parere della I Commissione*;

GRECO: « Modifica all'articolo 266-bis del codice di procedura penale, in materia di intercettazione e di comunicazioni informatiche o telematiche » (3470) *Parere delle Commissioni I e IX*.

*VI Commissione (Finanze):*

NASTRI: « Agevolazioni fiscali per incentivare la contrattazione di secondo livello » (3488) *Parere delle Commissioni I, V, X e XI*;

BRUNETTA ed altri: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sullo stato del sistema bancario italiano e sui casi di crisi verificatisi dal 1° gennaio 1999, in connessione con l'inizio dell'operatività in strumenti finanziari denominati in euro » (3499) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V e XIV*.

*VIII Commissione (Ambiente):*

FUSILLI ed altri: « Interventi per fare fronte al disagio abitativo delle popolazioni colpite dagli eccezionali eventi me-

teorologici che hanno interessato il territorio della regione Abruzzo nei giorni 11, 12 e 13 novembre, 1° e 2 dicembre 2013 e nei mesi di febbraio e marzo 2015 » (3429) *Parere delle Commissioni I, II, V, XI, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali*.

*XI Commissione (Lavoro):*

CARRESCIA: « Agevolazioni per l'accesso al trattamento pensionistico in favore degli invalidi » (3448) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), V e XII*;

DURANTI ed altri: « Istituzione della Giornata della memoria delle vittime del lavoro » (3467) *Parere delle Commissioni I, V, X, XII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali*;

NASTRI: « Disposizioni per la concessione di voucher per l'acquisto di servizi per l'infanzia, di cui all'articolo 4 della legge 28 giugno 2012, n. 92, alle madri lavoratrici autonome o imprenditrici » (3482) *Parere delle Commissioni I, V, X, XII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali*.

*XII Commissione (Affari sociali):*

IORI ed altri: « Disposizioni per il riconoscimento e il sostegno dell'attività di cura e assistenza » (3414) *Parere delle Commissioni I, II, V, X, XI (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, relativamente alle disposizioni in materia previdenziale) e della Commissione parlamentare per le questioni regionali*.

**Trasmissione dal Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.**

Il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, con lettera in data 15 gennaio 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 14 della legge 11 agosto 2003, n. 231, la relazione — predisposta congiuntamente con il Ministero della difesa — sulla partecipazione italiana alle

operazioni internazionali in corso, riferita al primo semestre del 2015 (Doc. LXX, n. 6).

Questa relazione è trasmessa alla III Commissione (Affari esteri) e alla IV Commissione (Difesa).

### **Annuncio di progetti di atti dell'Unione europea.**

La Commissione europea, in data 15 gennaio 2016, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (CE) n. 1406/2002 che istituisce un'Agenzia europea per la sicurezza marittima (COM(2015) 667 final), che è assegnata in sede primaria alla IX Commissione (Trasporti); tale proposta è altresì assegnata alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 18 gennaio 2016.

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio recante modifica del regolamento (CE) n. 768/2005 del Consiglio che istituisce un'Agenzia comunitaria di controllo della pesca

(COM(2015) 669 final), che è assegnata in sede primaria alla XIII Commissione (Agricoltura).

### **Annuncio di provvedimenti concernenti amministrazioni locali.**

Il Ministero dell'interno, con lettere in data 13 e 14 gennaio 2016, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 141, comma 6, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, i decreti del Presidente della Repubblica di scioglimento dei consigli comunali di Acquaviva d'Isernia (Isernia), Bracciano (Roma), Nichelino (Torino), Novedrate (Como), Peschiera Borromeo (Milano), Pescocolanciano (Isernia), Petronà (Catanzaro), Ripacandida (Potenza), Rossano (Cosenza), Santa Maria Capua Vetere (Caserta), Spotorno (Savona), Torella dei Lombardi (Avellino), Torre di Ruggiero (Catanzaro) e Vittuone (Milano).

Questa documentazione è depositata presso il Servizio per i Testi normativi a disposizione degli onorevoli deputati.

### **Atti di controllo e di indirizzo.**

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

### **ERRATA CORRIGE**

Nell'*Allegato A* al resoconto della seduta del 21 dicembre 2015, a pagina 8, prima colonna, alle righe diciannovesima e ventesima, le parole: « alla IX Commissione (Trasporti) » si intendono sostituite dalle seguenti: « alla III Commissione (Affari esteri) ».

**MOZIONI CAPUA, LENZI, NIZZI, CALABRÒ, GIGLI, LOCATELLI  
ED ALTRI N. 1-01055, RONDINI ED ALTRI N. 1-01092 E  
PALESE ED ALTRI N. 1-01094 CONCERNENTI INIZIATIVE PER  
IL CONTRASTO DELLE INFEZIONI IN AMBIENTE OSPEDA-  
LIERO E SANITARIO**

**Mozioni**

La Camera,

premessi che:

le infezioni nosocomiali e la resistenza antimicrobica costituiscono due specifiche problematiche sanitarie richiamate nell'allegato 1 della decisione n. 2000/96/CE del 22 dicembre 1999 della Commissione europea relativa alle malattie trasmissibili da inserire progressivamente nella rete comunitaria in forza della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio;

la resistenza antimicrobica è la capacità di un microrganismo (batterio, virus o parassita) di resistere ad uno o più antimicrobici (multiresistenza) usati in via terapeutica o profilattica;

i maggiori fattori causali di tale fenomeno sono l'abuso di antimicrobici (che finisce per esercitare una pressione ecologica sui microrganismi e contribuisce alla comparsa e alla selezione di elementi resistenti), la mutazione genetica degli stessi microrganismi, la loro diffusione/trasmissione crociata uomo-uomo, animale-animale e uomo-animale-ambiente;

nell'ambito della mortalità per malattie infettive, il fenomeno dei microrganismi multiresistenti rappresenta un rischio sanitario assai rilevante, dal momento che le terapie alternative sono limitate o addirittura inesistenti e che esso

presenta un'incidenza primaria nell'ambito delle prestazioni erogate negli ospedali, in particolare nelle situazioni più critiche, ad esempio nei reparti di terapia intensiva o dove si svolge chirurgia invasiva e/o in genere nelle situazioni associate all'assistenza sanitaria (reparti di lungodegenza, ricoveri per anziani, assistenza domiciliare e altro);

oggi la mortalità per le cosiddette « infezioni ospedaliere » si aggira intorno al 25-30 per cento. L'entità di tale percentuale è talmente allarmante che l'Organizzazione mondiale della sanità ha ripetutamente dedicato negli ultimi anni documenti strategici e linee guida per quei Paesi che vogliono istituire sistemi di monitoraggio della resistenza antimicrobica e intraprendere interventi efficaci;

come per tutti i microrganismi, anche in riferimento ai « batteri antibiotico resistenti » si parla di totale o quasi totale impotenza del contrasto farmacologico alla loro proliferazione. Questi batteri producono, infatti, degli enzimi che distruggono gli antibiotici appartenenti alla classe dei « carbapenemici » (*imipenem* e *meropenem*) usati nelle infezioni più gravi. La loro proliferazione, specie in ambito nosocomiale e sanitario, permane elevata e in alcune realtà europee, come la Grecia e l'Italia, addirittura in costante aumento;

tra i batteri più insidiosi e mortali che agiscono in ambito nosocomiale, vi è la *Klebsiella pneumoniae* (KP), un entero-

batterio della famiglia delle *Enterobacteriaceae*, che comunemente convive in modo opportunistico con l'organismo umano a livello di apparato intestinale;

la *Klebsiella pneumoniae* può scatenarsi ed avere esiti fatali nell'entrare in contatto con il fisico defedato di persone affette da malattie severe e/o provate da terapie che ne hanno compromesso il sistema immunitario;

la *Klebsiella pneumoniae* resistente (CRKP — *carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae*) rappresenta il paradigma della criticità del fenomeno testé descritto, anche sotto il profilo della sua crescente diffusione e difficoltà di contrasto. Da anni si registrano in tutto il mondo casi letali di *Klebsiella pneumoniae* e nemmeno le eccellenze ospedaliere sono risultate immuni dai contagi. I reparti più colpiti sono generalmente le rianimazioni, i centri grandi ustionati, le chirurgie ed i centri di trapianti di organi;

la prima causa scatenante per la diffusione delle infezioni da batteri *Gram* negativi, produttori di carbapenemasi (CPE), è costituito dal trasferimento dei pazienti tra le diverse strutture sanitarie. Numerosi studi scientifici hanno evidenziato che i fattori di rischio per le infezioni da carbapenemasi sono: la gravità delle condizioni cliniche del paziente, il trasferimento da altre strutture ospedaliere, la permanenza, per un determinato periodo di tempo, in unità di terapia intensiva, un precedente intervento chirurgico, i trapianti di midollo o organi solidi, la presenza di ferite chirurgiche, il cateeterismo delle vie biliari, la ventilazione assistita;

le più recenti evidenze disponibili in letteratura suggeriscono che uno dei più sensibili segmenti di intervento per il contenimento dell'emergenza sanitaria legata alla trasmissione delle infezioni da carbapenemasi e, in particolare, da *carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae* rimane ancora un ricorso prudente di antimicrobici (vale a dire un uso limitato ai soli casi in

cui è realmente necessario nel rispetto delle dosi, degli intervalli e della durata del trattamento);

il *network* di sorveglianza europea sul consumo degli antimicrobici (*European Surveillance of antimicrobial consumption — Esac*), operativo nell'ambito del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma (Ecdc), ha recentemente messo in luce proprio quest'ultimo fattore e la preoccupante esistenza di un ampio *range* tra i Paesi dell'Unione europea e dell'area economica europea per uso di antimicrobici. In rapporto alla popolazione, Grecia e Cipro registrano, per la cura dei pazienti ambulatoriali, un uso per abitante/anno 3 volte maggiore rispetto ai Paesi Bassi. Questa circostanza non è casuale, laddove la Grecia risulta essere il primo Paese dell'Unione europea nella graduatoria negativa della resistenza antimicrobica alla *Klebsiella pneumoniae*;

ai fini del controllo e del contenimento della trasmissione crociata dei microrganismi resistenti agli antimicrobici, *Esac* ha inoltre evidenziato l'inderogabile necessità di implementare tutte le precauzioni igieniche ed i protocolli di sicurezza in uso negli ospedali e nelle strutture sanitarie;

il 5 giugno 2012 il Ministero della salute ha presentato le « Indicazioni contenenti le misure di prevenzione e controllo delle infezioni da CPE » e, in particolare, da *Klebsiella pneumoniae* resistente. Da tali indicazioni è emersa la necessità di implementare le precauzioni igieniche e, in particolare, rafforzare:

a) l'utilizzo scrupoloso delle precauzioni da contatto da parte del personale sanitario, attraverso una maggiore igiene delle mani prima e dopo il contatto con il paziente colonizzato o infetto da carbapenemasi, l'uso di guanti e sovracamice, l'intensificazione dell'igiene ambientale;

b) l'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti in stanza singola con bagno dedicato o loro raggruppamento in aree dedicate dell'ospedale (« *cohorting* »);

c) l'assistenza dei pazienti colonizzati/infetti da carbapenemasi da parte di personale sanitario dedicato;

d) l'educazione/formazione del personale sanitario sulle misure di sorveglianza e controllo contro le infezioni da carbapenemasi;

il 18 novembre di ogni anno il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma organizza la « Giornata europea degli antibiotici », che si inserisce in una più ampia iniziativa europea per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive;

i dati più recenti diffusi dal Centro europeo di Stoccolma confermano che nell'area dell'Unione europea il numero di pazienti infetti da batteri resistenti sia in continuo aumento e che la resistenza agli antibiotici rappresenti un problema emergente di sanità pubblica. Le cifre riportate dal *focus* sull'Italia dovrebbero indurre le istituzioni sanitarie ad innalzare la soglia di attenzione e di sorveglianza per quanto attiene, in particolare, alla diffusione della *Klebsiella pneumoniae*, la cui trasmissione permane elevata ed è addirittura in aumento;

nel triennio 2010-2013, la resistenza antimicrobica della *Klebsiella pneumoniae* è cresciuta infatti in 5 Stati su 9 (Grecia, Italia, Repubblica ceca, Francia e Spagna). Nel nostro Paese, il *trend* segue un andamento assai preoccupante: 1,3 per cento nel 2009, 16 per cento nel 2010, 26,7 per cento nel 2011 e del 13 per cento nel 2013. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma riporta che l'Italia stessa si è dichiarata in una situazione di endemicità per tale resistenza antimicrobica;

il 22 gennaio 2013 il Ministro Balduzzi rispondeva ad un atto di sindacato ispettivo in relazione al caso di tre pazienti deceduti in un brevissimo arco temporale (dal 30 gennaio all'8 febbraio 2012), all'ospedale San Bassiano, a Bassano del Grappa, per un'infezione originata dal batterio *Klebsiella pneumoniae* e riconosceva

che: « (...) le infezioni da batteri Gram negativi produttori di carbapenemasi, soprattutto delle specie *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*, rappresentano sicuramente una problematica emergente per la sanità pubblica in particolare negli ultimi dieci anni »;

il 26 febbraio 2013 il Ministero della salute ha pubblicato la circolare n. 4968 in materia di « Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) », contenente le linee di indirizzo da seguire in materia di:

a) sorveglianza passiva, attraverso la rilevazione di batteriemie da ceppi di carbapenemasi;

b) sorveglianza attiva dei contatti dei pazienti infetti o colonizzati, di tutti i pazienti identificati in precedenza come infetti o colonizzati che accedono una seconda volta in ospedale, di tutti i pazienti provenienti da Paesi endemici (Grecia, Cipro, Pakistan, Colombia, India e altri), di pazienti che vengono ricoverati o trasferiti in reparti a rischio quali terapia intensiva, oncologia, ematologia, neuroriabilitazione, unità spinale, chirurgia dei trapianti;

c) misure di controllo attraverso l'adozione di precauzioni da contatto (che ricalcano le indicazioni del Ministero della salute del 5 giugno 2012);

sono trascorsi ormai due anni dalla circolare sopra ricordata e dal tentativo delle istituzioni sanitarie italiane di instaurare un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere resistenti. Le preannunciate azioni di contrasto, avviate dal Governo, appaiono meri, seppur meritori, propositi mai divenuti concretamente operativi, a giudizio dei presentatori del presente atto di indirizzo, nelle corsie degli ospedali italiani e comunque del tutto inadeguati alla serietà della situazione in atto, soprattutto sul versante della deterrenza del consumo di antibiotici e del contenimento delle infezioni nosocomiali;

è sempre più urgente un efficace ed adeguato piano di interventi volti al controllo e al contenimento delle infezioni ospedaliere, dell'allarmante fenomeno dell'antibiotico-resistenza e dell'epidemiologia delle resistenze batteriche in relazione a tutte le infezioni da carbapenemasi e della *Klebsiella pneumoniae* in particolare;

il rischio che negli ospedali italiani si possa profilare presto un'«emergenza sanitaria» è oggi molto alto e ad aggravare tale previsione è la consapevolezza che sono pochissime le sostanze attualmente in fase di ricerca e sviluppo che potrebbero avere efficacia contro il batterio-killer della *Klebsiella pneumoniae* e che comunque tali farmaci non potrebbero essere in commercio prima dei prossimi 5-10 anni,

impegna il Governo:

a potenziare il sistema nazionale di raccolta di informazioni omogenee sulle infezioni ospedaliere resistenti, rendendo obbligatoria la notifica dei ceppi resistenti, al fine di poter disporre di un accurato monitoraggio della loro incidenza nel nostro Paese, propedeutico all'adozione delle indispensabili misure di intervento;

a dare piena attuazione al disposto della circolare n. 4968 del 2013 del Ministero della salute, anche adeguandone il contenuto alle nuove emergenze sanitarie e istituendo il sistema di sorveglianza nazionale, obbligatorio e comprensivo per i ceppi resistenti come richiesto dal Consiglio europeo (raccomandazione del Consiglio 2002/77/CE e successive raccomandazioni);

ad assumere iniziative per prevedere un percorso guidato di coinvolgimento delle regioni che garantisca la piena attuazione delle esigenze di sorveglianza sulla resistenza antibiotica, secondo le indicazioni del Ministero della salute;

a promuovere l'attivazione dei programmi di formazione professionale specifica, in particolare rivolti agli operatori nosocomiali, che consentano di certificare

il livello di qualità di tutte le specifiche procedure ospedaliere e di segnalare eventuali errori e «quasi errori» che consentano di perfezionare i percorsi di *risk management*;

ad adottare iniziative urgenti ed efficaci, volte ad elevare e standardizzare la qualità di tutti i protocolli di sicurezza in uso negli ospedali italiani, in linea con i *dossier* sanitari europei e con le linee guida internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità;

ad adottare iniziative efficaci che mirino alla riduzione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e comunitario, limitandone l'uso esclusivamente alle situazioni nelle quali ce ne sia reale necessità come, tra l'altro, raccomandato dal Consiglio dell'Unione europea (raccomandazione 2002/77/CE);

ad assumere iniziative per redigere, finanziare adeguatamente ed adottare, in collaborazione con gli esperti del settore, un vero «piano nazionale di prevenzione e controllo», con l'obiettivo di contrastare l'allarmante fenomeno della trasmissione di casi di infezione o colonizzazione da batteri antibiotico resistenti e, in particolare, *Gram* negativi, produttori di carbapenemasi in ambiente ospedaliero e sanitario;

ad implementare un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza integrato fra gli aspetti di sanità umana e sanità animale, che comprenda i dati generati nel settore veterinario (sia per gli animali da reddito, che per gli animali d'affezione), attraverso la rete degli istituti zooprofilattici, che miri all'ottenimento del consumo prudente degli antibiotici in ambito agroalimentare e veterinario.

(1-01055) «Capua, Lenzi, Nizzi, Calabrò, Gigli, Locatelli, Sbröllini, Piazzoni, Amato, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, D'Incecco, Fossati, Gelli, Grassi, Mariano, Miotto, Murer, Pa-

triarca, Piccione, Giuditta Pini, D'Agostino, Monchiero, Vargiu, Quintarelli, Matarrese, Galgano, Catania, Oliaro, Bombassei, Rabino, Palladino, Prata, Caon, Marcolin, Matteo Bragantini, Fitzgerald Nissoli, Longo, Palmieri, Picchi, Dorina Bianchi, Binetti ».

La Camera,

premessi che:

le infezioni ospedaliere costituiscono una grande sfida ai sistemi di salute pubblica, perché sono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico che hanno un elevato impatto sui costi sanitari e sono indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti ricoverati;

si definiscono così le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Sono l'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che se da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio di infezioni, dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. Un altro elemento cruciale da considerare è l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico;

negli ultimi anni l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti. Mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali, a partire dagli anni '90 sono aumentati sia i pazienti ricoverati in ospedale in gravi condizioni (quindi a elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia i luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatorio).

Da qui la necessità di ampliare il concetto di infezioni ospedaliere a quello di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;

le infezioni sono causate da microrganismi opportunistici presenti nell'ambiente, che solitamente non danno luogo a infezioni. Le infezioni ospedaliere possono insorgere su pazienti immunocompromessi durante il ricovero e la degenza o, in qualche caso, anche dopo la dimissione del paziente e possono avere diverso grado di gravità, fino ad essere letali. Le infezioni ospedaliere possono interessare anche gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti, e quindi misure adeguate devono essere prese non solo per trattare le persone ricoverate, ma anche per prevenire la diffusione delle infezioni ospedaliere tra il personale che fornisce assistenza e cura;

nonostante l'elevato impatto, sia sociale che economico, dovuto alle infezioni ospedaliere, i sistemi di sorveglianza e di controllo e le azioni per ridurre gli effetti sono invece ancora piuttosto disomogenei da Paese a Paese e a livello nazionale, anche se negli ultimi anni sono stati messi a punto e implementati numerosi programmi. Gli studi effettuati indicano che è possibile prevenire il 30 per cento delle infezioni ospedaliere insorte, con conseguente abbassamento dei costi e miglioramento del servizio sanitario. Incidendo significativamente sui costi sanitari e prolungando le degenze ospedaliere dei pazienti, le infezioni ospedaliere finiscono con l'influenzare notevolmente la capacità dei presidi ospedalieri di garantire il ricovero ad altri pazienti;

oggi la situazione delle infezioni nosocomiali è davvero preoccupante in tutti gli ospedali italiani, specialmente a causa della diffusione di *Klebsiella pneumoniae* produttore di carbapenemasi KPC (un enzima che inattiva gran parte degli antibiotici). La *Klebsiella*, normalmente ospitata nell'intestino umano, colpisce per lo più i pazienti ricoverati nelle terapie intensive e esposti a ventilatori, i portatori

di cateteri intravascolari o ammalati trattati a lungo con antibiotici. Le infezioni cui dà seguito sono polmoniti (di solito associate a ventilazione meccanica e tracheotomia), infezioni delle vie urinarie (da catetere) e sepsi correlate al catetere venoso centrale. Le opzioni terapeutiche sono molto limitate: tige ciclina, gentamicina, colistina e fosfomicina sono gli unici antibiotici che l'antibiogramma indica come attivi, ma alcuni di essi comportano effetti collaterali, altri sono difficili da reperire. Inoltre, poiché non possiedono una rapida e spiccata attività battericida ed hanno un profilo cinetico-dinamico modesto, vengono utilizzati in associazione e ad alto dosaggio;

per controllare e ridurre le infezioni ospedaliere, è necessario che le strutture agiscano su più fronti: l'attuazione di misure di prevenzione di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso azioni sulle strutture ospedaliere, sui sistemi di ventilazione e sui flussi di acqua, sull'igiene del personale e dell'ambiente; l'individuazione di personale dedicato alla sorveglianza; un protocollo di sorveglianza attiva delle infezioni che si manifestano e un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni stesse nei diversi presidi; la formazione del personale dedicato al trattamento dei pazienti, soprattutto nelle aree critiche di terapia intensiva e chirurgica, e di quello dedicato alla raccolta e analisi dei dati;

uno dei problemi relativi alle infezioni ospedaliere è la loro identificazione, classificazione e quantificazione. Per cercare di risolvere questo aspetto, sono state messe a punto definizioni di caso dai centri per la prevenzione e il controllo delle malattie americani, ma anche da programmi europei come Helics e Earss. Negli Stati Uniti e nel Nord Europa esiste un sistema di controllo e sorveglianza, mentre nel nostro Paese questo sistema non è ancora operativo. Gli studi italiani hanno però rilevato che le caratteristiche epidemiologiche delle infezioni ospedaliere individuate sono simili a quelle descritte

dal sistema americano, il *National nosocomial infections surveillance system (Nnis)*, che costituisce quindi un valido punto di riferimento,

impegna il Governo:

ad attivarsi affinché gli ospedali moderni e di terzo livello siano dotati di servizi di microbiologia permanente che permettano di accorciare i tempi di isolamento ed identificazione dei microrganismi e quelli dei test di suscettibilità agli antibiotici;

ad adoperarsi, attraverso la comunicazione a tutti i livelli, affinché l'appropriatezza terapeutica significhi usare gli antibiotici giusti e necessari, nelle giuste dosi e per il tempo adeguato, limitandone al massimo l'uso empirico, posto che combattere la spirale dell'empirismo (la sequenza febbre=infezione=antibiotico) è lo strumento più importante per limitare l'abuso di antibiotici e controllare l'emergenza delle resistenze batteriche;

a promuovere la creazione di staff specialistici multidisciplinari (intensivisti, ematologi, infettivologi, microbiologi, farmacologi) che mettano a punto protocolli diagnostico-terapeutici mirati ai singoli gruppi di pazienti a rischio per contenere la resistenza antimicrobica, ridurre l'utilizzo dei farmaci, ridurre gli eventi avversi legati all'uso improprio degli antimicrobici e ridurre i costi.

(1-01092) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguille, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

La Camera,

premesso che:

le infezioni ospedaliere e la resistenza antimicrobica continuano a rappresentare la più frequente complicanza ospedaliera e il loro *trend* sembra essere in continuo aumento;



ad assumere iniziative attraverso campagne istituzionali di informazione e di educazione sanitaria per la riduzione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero utilizzandoli solo nelle situazioni in cui ci sia reale necessità;

a valutare l'opportunità di predisporre un nuovo piano nazionale di prevenzione e controllo con l'obiettivo di contrastare le infezioni ospedaliere ed il fenomeno dell'antibiotico — resistenza;

a coinvolgere le regioni attraverso la sottoscrizione di accordi che garantiscano l'attuazione dei protocolli di sorveglianza sulla resistenza antibiotica, secondo le indicazioni del Ministero della salute.

(1-01094) « Palese, Fucci, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Latronico, Marti ».

*(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente su materia analoga)*

Stabilimenti Tipografici  
Carlo Colombo S.p.A.

