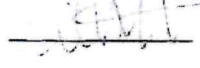
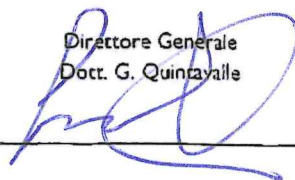
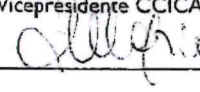
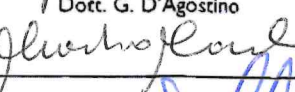
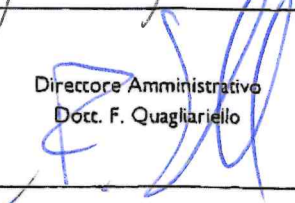


	REGIONE LAZIO - ASL ROMA I CCICA Vicepresidente Dir. Dott.ssa P. Magrini		 REGIONE LAZIO	
	Gestione e Infection Control di Candida auris		Rev. 0 del 28/07/2026	Pag. 1 a 12
			PRO CCICA 22	

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev.0 (Emissione)	28/07/2026	GdL	Dott.ssa M. Quintili Dir. UOC Risk Management 	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle 
			Dott.ssa P. Magrini Vicepresidente CCICA 	Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino 
			Dott. C. Turci Dir. Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali 	Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliarello 
				Data: _____

Gruppo di lavoro

Dott. M. Meledandri Direttore Dipartimento dei Laboratori – Coordinatore GTO
Dott. A. Bossi Dirigente medico UOC Risk Management
Dott. A. Di Giangiacomo Infermiere - UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica Referente Attività Infermieristiche COT-D 14
Dott.ssa B. Di Lazzaro FO "Sicurezza e Comfort Ospedale SFN" UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Dott.ssa A. Ferrari Specialista in Anestesia Rianimazione e Malattie Infettive UOC Anestesia e Rianimazione - Responsabile UOS Terapia Intensiva Ospedale SFN e Coordinatore TEAM Infettivologico Aziendale
Dott.ssa A. Ferraro Dirigente farmacista UOC Farmacia Ospedaliera Ospedale SFN
Dott. G. Furia Dirigente medico Direzione Sanitaria Ospedale S. Spirito
Dott.ssa S. Greghini FO Risk Management
Dott.ssa G. Mastropietro Dirigente Farmacista UOC Farmacia Ospedaliera e Logistica del Farmaco Ospedale S. Spirito
Dott.ssa L. Paglia Dirigente farmacista UOC Farmacia Ospedaliera e Logistica del Farmaco
Dott.ssa F. Zorisco Assistente Sanitaria UOC Direzione Sanitaria S. Spirito
Dott. F. Cerquetani Dirigente medico Direzione Sanitaria Ospedale SFN
Dott.ssa Deborah Pacifico Infermiera UOC Direzione Sanitaria S. Spirito
Dott.ssa Giovanna Pezzella Infermiera Igiene Ospedaliera Ospedale SFN

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. SCOPO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. GLOSSARIO.....	4
5. RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVE.....	4
6. MODALITÀ OPERATIVE.....	4
6.1 VALUTAZIONE FATTORI DI RISCHIO.....	4
6.2 AZIONI PREVISTE	5
6.3 MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO	6
6.4 IGIENE AMBIENTALE.....	6
6.5 STUDIO DI COLONIZZAZIONE: ASPETTI MICROBIOLOGICI E OPERATIVI	7
6.6 GESTIONE DI CLUSTER EPIDEMICI (OUTBREAK).....	7
6.7 CAPACITA' DIAGNOSTICA AZIENDALE	8
7. FORMAZIONE.....	8
8. INDICATORI DI PROCESSO.....	8
9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI.....	8
9.1 SITOGRAFIA.....	9
10. ALLEGATI.....	9

I. INTRODUZIONE

Candida auris - *Candidozyma auris* secondo recente riclassificazione¹ - è un patogeno emergente multidrug-resistant associato ad outbreak sanitari e ad alta capacità di persistenza.

Il motivo per cui *Candida auris* rappresenta una minaccia maggiore di Sanità Pubblica a livello internazionale, nazionale e locale è che questo microrganismo presenta alcune caratteristiche peculiari:

- circa il 90% degli isolati di *C. auris* risultano resistenti almeno ad una delle 3 classi di antifungini disponibili;
- i pazienti possono rimanere a lungo colonizzati;
- la mortalità riscontrata è elevata (da circa 30% a circa 70%);
- l'infezione spesso interessa pazienti già ospedalizzati, può svilupparsi diverse settimane dopo il ricovero, e il decesso può avvenire in pochi mesi;
- è particolarmente contagioso;
- è persistente nell'ambiente e difficile da eradicare;
- la scarsa conoscenza di questa specie nelle strutture sanitarie può comportare, per un paziente, una diagnosi ritardata, l'assunzione di un trattamento inefficace e un rischio elevato di decesso, nonché la diffusione nell'ambiente e il contagio di altri soggetti.

In sintesi, *Candida auris* (di seguito abbreviata anche come *C.auris*) è caratterizzata da:

- alta resistenza ambientale
- trasmissione nosocomiale facile e prolungata
- colonizzazione persistente (mesi-anni)
- multiresistenza agli antifungini
- difficoltà di eradicazione ambientale e biologica

2. SCOPO

La presente procedura definisce le modalità operative finalizzate alla identificazione precoce, alla sorveglianza epidemiologica, alla gestione clinico-assistenziale e all'adozione di misure di infection control nei confronti di casi di infezione o colonizzazione da *Candida auris*.

La procedura è incentrata sulla iniziale sorveglianza di routine del laboratorio, cui devono fare seguito una serie di azioni dopo il rilevamento del primo caso (caso indice).

Essa si inserisce nell'ambito delle strategie locali di contrasto all'antimicrobico-resistenza, in coerenza con il Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028) e il conseguente Piano Attuativo Aziendale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PAACA 2026-2028), nonché in conformità alle indicazioni vigenti del Ministero della Salute e del Centro Europeo di Controllo delle Malattie (ECDC).

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le strutture aziendali, comprendendo i presidi ospedalieri a gestione diretta (San Filippo Neri, Santo Spirito/NRM, Ospedale Oftalmico) e i setting territoriali.

Nell'ambito territoriale, la procedura si applica sia alle strutture territoriali di degenza, quali gli Ospedali di Comunità, sia ai servizi territoriali ad accesso libero o programmato, definibili "di transito" quali Case della Comunità, diagnostica territoriale, consultori, e altri servizi distrettuali, secondo la tipologia di prestazione

¹ Tassonomia non adottata nel presente documento per ragioni di semplicità. Per maggiori dettagli cfr. Zhang SX et al. Reaffirming the importance of nomenclature stability for *Candida auris* and its associated disease of candidiasis. J Clin Microbiol. 2026 Feb 11;64(2):e0155025.

Gestione e Infection Control di <i>Candidozyma auris</i> (ex <i>Candida auris</i>)	PRO CC-ICA 22	REV. 0 del 28/07/2026	Pag. 3 a 12
---	---------------	-----------------------	-------------

erogata, il livello di rischio assistenziale, la durata della permanenza dell'utente/paziente e la possibilità di garantire misure organizzative e ambientali adeguate.

Va ricordato che tutti i contesti aziendali ad alta intensità assistenziale possono trasformarsi in serbatoi epidemiologici rilevanti.

Non bisogna tuttavia dimenticare che, per *C. auris*, anche un accesso ambulatoriale può avere rilevanza se il paziente è noto colonizzato/infetto e utilizza attrezzature, superfici o dispositivi condivisi e soprattutto se fa accessi ripetuti (per es. medicazioni e/o infusioni tutti i giorni della settimana).

Si evidenzia che, allo stato attuale (giugno 2026), *Candida auris* non è mai stata rilevata nei presidi ospedalieri aziendali a gestione diretta, né come agente infettante né come colonizzante. Lo stesso dicasi per il Territorio a gestione diretta. Tale dato epidemiologico impone di mantenere elevati livelli di attenzione, preparedness e capacità di risposta precoce.

In una logica di razionalizzazione delle risorse di sorveglianza, il focus di applicazione sarà – nel primo anno di vigenza della procedura – principalmente quello ospedaliero.

4. GLOSSARIO

C. auris: *Candida auris*

CCICA: Commissione Controllo Infezioni Correlate All'Assistenza

GTO: Gruppo Tecnico Operativo del CCICA

PAACA: Piano Attuativo Aziendale Controllo Antibiotico Resistenza

PARCA: Piano Attuativo Regionale Controllo Antibiotico Resistenza

SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

5. RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVE

La Direzione Sanitaria Aziendale assicura la supervisione complessiva dell'applicazione della presente procedura, avvalendosi del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) e del collegato Gruppo Tecnico Operativo (GTO).

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) svolge un ruolo centrale nella gestione del rischio infettivo, contribuendo in modo determinante alla sorveglianza epidemiologica, alla gestione dei flussi informativi verso le autorità competenti e alla conduzione delle indagini epidemiologiche.

Il SISP opera in stretta integrazione con il CCICA, garantendo il raccordo tra ambito ospedaliero e territoriale e coordinando le attività di sanità pubblica nei casi che richiedano interventi estesi. Il SISP, in sostanza, coordina la sorveglianza territoriale estesa e la gestione dei casi "multi-struttura". A tal fine il SISP può decidere di nominare un referente aziendale per *C. auris*, con la finalità di coordinare meglio i flussi informativi, l'outbreak management, gli audit. La UOC Microbiologia e Virologia assicura la tempestiva identificazione del patogeno e la comunicazione dei risultati, mentre i clinici garantiscono la presa in carico del paziente e l'appropriatezza del trattamento.

6. MODALITÀ OPERATIVE

6.1 VALUTAZIONE FATTORI DI RISCHIO

L'infezione invasiva si è verificata in soggetti di tutte le età (dai prematuri agli anziani) e in presenza di fattori di rischio. Gli elementi più frequentemente implicati, allo stato attuale delle conoscenze, sono rappresentati da:

- colonizzazione nota da *C. auris* o recente infezione,
- recente intervento chirurgico,
- ricovero in unità di terapia intensiva,
- esposizione a dispositivi medici (per es., respiratori, cateteri venosi centrali e urinari),
- diabete,

Gestione e Infection Control di <i>Candidozyma auris</i> (ex <i>Candida auris</i>)	PRO CC-ICA 22	REV. 0 del 28/07/2026	Pag. 4 a 12
---	---------------	-----------------------	-------------

- infezione da HIV,
- tumori solidi e neoplasie ematologiche,
- terapia antibiotica ad ampio spettro o trattamento con antimicotici sistemici.

La colonizzazione può comunque verificarsi in assenza di evidenti comorbidità.

6.2 AZIONI PREVISTE

Nel caso di identificazione di *Candida auris*, il laboratorio provvede alla comunicazione immediata del risultato al clinico, alla Direzione Sanitaria Ospedaliera, all'Igiene Ospedaliera, al CCICA e al SISP, nel rispetto delle disposizioni nazionali vigenti, attivando contestualmente le procedure di notifica previste (Allegato I - Scheda di notifica Seresmi).

La segnalazione è necessaria anche in assenza di infezione (colonizzazione), con attivazione immediata di alert microbiologico e flag informatico paziente, nelle modalità previste dagli applicativi in uso (Mercurio, AI-Plan, etc.).

Di base, il paziente viene posto in isolamento, come previsto anche dalla vigente procedura aziendale per MDRO trasmissibili, cfr "codice rosso". Vista l'attuale assenza di questo microrganismo nell'ecosistema ospedaliero, è fortemente raccomandato l'usod della stanza singola con servizi dedicati; in presenza di casi multipli, in regime di coorte con casi documentatamente omogenei, mantenendo una distanza tra un paziente ed un altro di almeno un metro.

Le misure assistenziali prevedono l'utilizzo sistematico dei dispositivi di protezione individuale e il rispetto delle pratiche di igiene delle mani. L'isolamento deve essere rigoroso. È auspicabile assistenza dedicata. Va, comunque, data preferenza assoluta a device monouso o dedicati. Particolare attenzione va riservata termometri, saturimetri e ventilatori. Ricordare che *C. auris* sopravvive a lungo sulle superfici e si diffonde facilmente tramite operatori e dispositivi.

Nelle strutture territoriali di degenza, quali gli Ospedali di Comunità, le misure di isolamento devono essere applicate secondo le modalità previste per la degenza, privilegiando stanza singola, servizi dedicati, dispositivi dedicati/monouso e assistenza organizzata in modo da ridurre il rischio di trasmissione. Nei servizi territoriali ad accesso ambulatoriale o di transito, le misure di isolamento da contatto devono essere declinate in modalità organizzative proporzionate al setting, prevedendo, ove possibile, accesso programmato o in fascia dedicata, riduzione dei tempi di permanenza, limitazione dei percorsi interni, utilizzo di locale/area facilmente sanificabile, impiego di dispositivi dedicati o monouso e sanificazione delle superfici e delle attrezzature utilizzate.

In presenza di un caso indice, viene avviata, sotto il coordinamento del SISP e in collaborazione con il CCICA, una indagine epidemiologica strutturata, che include uno studio di colonizzazione dei contatti, finalizzato alla identificazione precoce di eventuali casi secondari e alla delimitazione della diffusione del microrganismo.

I pazienti contatto vanno isolati fino a esclusione di colonizzazione. I tamponi ascellari e inguinali per i contatti vanno effettuati secondo lo schema "3 screening consecutivi a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro" (3 set di tamponi ascellari + inguinali $\geq 24h$ apart). Si veda anche schema a seguire.

Gestione contatti	Indicazione
Isolamento	☒ Sì (precauzioni da contatto fino a esclusione)
Sedi tamponi	☒ Ascella + inguine (composito)
Numero tamponi	☒ 3 campioni
Intervallo	☒ ≥ 24 ore tra ciascun tampone
Fine isolamento	☒ dopo screening negativo

La gestione clinica del paziente prevede il coinvolgimento specialistico e l'adozione di terapia antifungina mirata, nonché la rivalutazione dell'utilizzo dei dispositivi invasivi. Ricordare che la prima linea è, in genere,

rappresentata dalle echinocandine, ancorchè sia necessario un monitoraggio, per l'insorgenza di resistenze secondarie. Importante: non esistono protocolli validati di decolonizzazione

In caso di accesso programmato o invio del paziente/utente presso servizi territoriali, ambulatoriali, diagnostici o altra struttura aziendale/extra-aziendale, lo stato di colonizzazione/infezione deve essere comunicato preventivamente al servizio ricevente, al fine di predisporre le misure organizzative, assistenziali e ambientali necessarie. Con garanzia del rispetto della normativa vigente / privacy.

In sintesi, in occasione di trasferimenti intra- o extra-aziendali, le informazioni relative allo stato di colonizzazione o infezione vengono quindi condivise con le strutture riceventi e, ove appropriato, con il SISP territorialmente competente.

6.3 MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO

- Igiene accurata delle mani con acqua e sapone, o, se non disponibili, con un disinfettante a base alcolica per le mani, prima e dopo aver toccato la persona colonizzata o infetta da *C. auris* o i suoi effetti personali o gli oggetti nella sua stanza;
- usare precauzioni da contatto, come indossare il camice e i guanti monouso;
- cambiare i dispositivi di protezione individuale, ed eseguire una corretta igiene delle mani, nel passaggio da un paziente all'altro;
- usare dispositivi mono-paziente (es. termometri) o, se non possibile, assicurare la pulizia e la disinfezione di qualsiasi apparecchiatura condivisa tra i pazienti subito dopo il loro utilizzo;
- assicurare la stretta aderenza alle norme igieniche per l'inserimento e il mantenimento dei cateteri e la cura meticolosa dei siti di tracheotomia.
- valutare continuamente la necessità dei dispositivi invasivi e rimuoverli tempestivamente quando non siano più indispensabili.
- La biancheria utilizzata deve essere conferita nei sacchi dedicati alla biancheria infetta o potenzialmente infetta e collocata nel deposito dello sporco prima della sua asportazione.

6.4 IGIENE AMBIENTALE

Particolare attenzione è riservata alla sanificazione ambientale, effettuata con disinfettanti efficaci nei confronti del patogeno, e alla gestione delle attrezzature, preferibilmente dedicate o sottoposte a rigorosa disinfezione. Deve essere effettuata una sanificazione terminale rinforzata dell'isola paziente, articolata secondo le modalità di seguito descritte:

- La disinfezione con cloroderivati rappresenta la misura da adottare a completamento della pulizia ambientale, che deve essere comunque eseguita preventivamente con i detergenti in uso nel reparto. La disinfezione va effettuata con NaDCC alle concentrazioni di 1.000 ppm e 5.000 ppm, quest'ultima concentrazione deve essere utilizzata esclusivamente per la sanificazione ambientale finale in assenza del paziente.
- L'efficacia della pulizia e della successiva sanificazione ambientale dipende in misura rilevante dalle modalità operative adottate; pertanto, è fondamentale che il personale addetto alle pulizie sia adeguato per numero e formazione;
- Il corretto utilizzo del NaDCC (diluito alla concentrazione di 1.000 ppm) prevede quanto segue:
 - primo passaggio: dopo aver effettuato la pulizia con il consueto detergente, trattare tutte le superfici con il prodotto, garantendo un tempo di contatto di almeno 10 minuti (fase critica);
 - secondo passaggio: al fine di potenziare l'azione disinfettante, ripetere il trattamento prolungando il più possibile il tempo di contatto;
 - ripetere la procedura 3 volte al giorno e, comunque, ogniqualvolta si verifici, o si sospetti, uno spandimento di materiale biologico;
 - alla dimissione del paziente, ripetere la procedura utilizzando NaDCC alla concentrazione di 5.000 ppm e provvedere alla sostituzione degli effetti lettereci.

Gestione e Infection Control di <i>Candido</i> <i>auris</i> (ex <i>Candida auris</i>)	PRO CC-ICA 22	REV. 0 del 28/07/2026	Pag. 6 a 12
--	---------------	-----------------------	-------------

Per la preparazione della corretta diluizione, attenersi alle indicazioni riportate nell'Addendum della procedura aziendale di sanificazione ambientale (PRO CC-ICA n°3 del 26/06/2023 rev.1). Vedi allegato 2. Durante l'esecuzione delle operazioni di pulizia e sanificazione ambientale, la stanza deve essere adeguatamente areata. Una volta completate tutte le operazioni sopra descritte, sarà possibile procedere a un nuovo ricovero/accesso. Assicurare particolare attenzione nella gestione della biancheria dei pazienti con C. auris, in tutte le fasi di manipolazione, raccolta, trasporto e trattamento utilizzando esclusivamente i sacchi della biancheria dedicati alla raccolta di biancheria infetta o in caso di sospetta infezione.

6.5 STUDIO DI COLONIZZAZIONE: ASPETTI MICROBIOLOGICI E OPERATIVI

Lo studio di colonizzazione rappresenta uno strumento essenziale nell'ambito della sorveglianza attiva ed è attivato in presenza di un caso indice.

Lo screening è rivolto ai pazienti esposti nello stesso setting assistenziale e ad altri contatti identificati sulla base della valutazione epidemiologica condotta congiuntamente Direzione Sanitaria Ospedaliera/Igiene Ospedaliera, CCICA e SISP. Per setting assistenziale si intende, in prima battuta, la stanza di degenza condivisa con il caso indice. L'eventuale estensione del setting sorvegliato all'intero reparto o ad altri ambiti dovrà essere oggetto della valutazione congiunta, eventualmente usando la metodologia dei cerchi concentrici.

Il campionamento viene effettuato mediante tamponi tipo-floccati nei siti anatomici raccomandati, con particolare riferimento a ascelle e inguine, che rappresentano le sedi standard per lo screening. In relazione alle condizioni cliniche del paziente, possono essere inclusi ulteriori siti quali naso, ferite, siti di inserzione di dispositivi, stomie, urine o altri distretti rilevanti.

I campioni biologici vengono trasportati in laboratorio secondo le procedure standard e processati mediante metodiche affidabili, che includono l'identificazione mediante MALDI-TOF MS con database aggiornati e, ove necessario, tecniche molecolari.

Il laboratorio garantisce la tempestiva refertazione e segnala immediatamente eventuali positività al CCICA, alla Direzione Sanitaria Ospedaliera/Igiene Ospedaliera e al SISP, contribuendo all'interpretazione epidemiologica dei risultati.

Lo screening viene ripetuto almeno ogni settimana e proseguito anche dopo negativizzazione iniziale, fino alla definizione di un quadro epidemiologico stabile. Ricordare che la colonizzazione può essere intermittente e di lunga durata.

Per il paziente che entra ed esce dallo stato di colonizzazione non esiste un numero definito di tamponi s per definire l'avvenuta negativizzazione.

Ricordare che il criterio “≥3 tamponi negativi seriati (≥24h)”, usato per escludere che i contatti iniziali abbiano acquisito la colonizzazione, non può essere usato per il monitoraggio di chi ha avuto una positività documentata. Il paziente deve essere cautelativamente lasciato in isolamento spaziale.

Per questi ultimi, valgono le regole cautelative indicate nella tabella a seguire.

Pregressi casi positivi	Comportamento
Durante ricovero	✗ Non si considera mai “negativizzato”
Tamponi negativi occasionali	✗ Non sufficienti
Dimissione/riammissione	☒ Va sempre considerato C. auris positivo
Isolamento	☒ Mantenerlo

I risultati dello studio di colonizzazione orientano le decisioni relative alle misure di isolamento, alla gestione dei pazienti e alle strategie di contenimento.

6.6 GESTIONE DI CLUSTER EPIDEMICI (OUTBREAK)

Nel caso di identificazione di più casi (cfr. PRO CC-ICA n. 13 del 01/02/2024), deve essere sospettata la presenza di un cluster epidemico e devono essere attivate senza ritardo misure straordinarie di contenimento.

In ambito territoriale, il sospetto cluster deve essere valutato anche in presenza di casi correlabili a una stessa struttura, servizio, percorso assistenziale o utilizzo di ambienti/attrezzature condivise. Particolare attenzione deve essere posta ai percorsi multi-struttura, nei quali il paziente/utente accede a più servizi aziendali o extra-aziendali.

La gestione dell'outbreak avviene sotto il coordinamento congiunto della Direzione Sanitaria Ospedaliera/Igiene Ospedaliera, del CCICA e del SISP, che guida l'indagine epidemiologica e assicura l'interfaccia con le autorità sanitarie. Viene costituito un gruppo multidisciplinare e viene attivato uno **studio di colonizzazione**, progressivamente ampliato sulla base dell'evoluzione epidemiologica e ripetuto nel tempo fino al controllo della diffusione.

Contestualmente, vengono rafforzate le misure di isolamento, limitati i trasferimenti non indispensabili e intensificate le attività di sanificazione ambientale. La conclusione dell'outbreak viene formalizzata in assenza di nuovi casi per un periodo congruo, mediante redazione di una relazione finale. Operativamente, nella routine applicativa (da linee guida internazionali e prassi), si tende a considerare almeno 4 settimane (28 giorni) senza nuovi casi. In genere vale schema:

- ≥ 4 settimane senza nuovi casi
- + screening negativi ripetuti nei contatti/pazienti a rischio

In contesti ad alto rischio (es. terapia intensiva) il periodo può essere esteso a 6–8 settimane, oppure fino a quando: tutti i contatti sono negativi e non emergono nuovi cluster

6.7 CAPACITA' DIAGNOSTICA AZIENDALE

La UOC Microbiologia e Virologia dispone di metodologie diagnostiche idonee all'identificazione affidabile di *Candida auris*, basate sull'impiego di tecnologie avanzate. La partecipazione al programma di Valutazione Esterna di Qualità (VEQ) UK NEQAS ha confermato la capacità del laboratorio aziendale di identificare correttamente tale patogeno, attestando l'elevato standard qualitativo delle procedure adottate. Il laboratorio deve comunque sempre considerare il rischio di misidentificazione (es. *Candida haemulonii* complex). Il laboratorio deve quindi valutare costantemente la necessità di database aggiornati e di fruire, in caso di dubbio diagnostico, dell'expertise del Laboratorio di Riferimento Regionale, c/o Microbiologia Virologia Policlinico A.Gemelli UCSC. Questo, anche al fine di fruire di:

- PCR specifiche
- sequencing (NGS) in contesti outbreak.

7. FORMAZIONE

L'Azienda promuove programmi di informazione e formazione dedicato agli operatori sanitari riguardo la diffusione della presente procedura.

8. INDICATORI DI PROCESSO

Al fine di garantire il monitoraggio dell'efficacia delle misure adottate e dell'aderenza alla presente procedura, l'Azienda utilizza indicatori di processo definiti e analizzati annualmente dal CCICA.

- T° identificazione microbiologica/comunicazione a reparti-DSPO

- N° casi segnalati/anno

9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- CDC Emerging Infectious Diseases (2025–2026)
- Clinical Microbiology and Infection (2026)
- Cortegiani A. et al., Critical Care, 2018
- Eyre D.W. et al., New England Journal of Medicine, 2018
- Jeffery-Smith A. et al., Clinical Microbiology Reviews, 2018
- Lockhart S.R., Journal of Fungi, 2019
- Schelenz S. et al., Journal of Hospital Infection, 2016

Gestione e Infection Control di <i>Candido</i> <i>auris</i> (ex <i>Candida auris</i>)	PRO CC-ICA 22	REV. 0 del 28/07/2026	Pag. 8 a 12
--	---------------	-----------------------	-------------

9.1 SITOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica- <https://www.epicentro.iss.it/candida-auris/>
- Treatment and Management of Infections and Colonization. Recommendations for treatment of Candida auris infections Candida auris. Info for Laboratorians and Health Professionals Centers for Disease Control and Prevention - <https://www.cdc.gov/candida-auris/hcp/infection-control/index.html>
- <https://www.gimplos.it/archivio/2904/articoli/29265/>

10. ALLEGATI

Allegato 1 SEGNALAZIONE INFEZIONI E COLONIZZAZIONI DA CANDIDA AURIS

Allegato 2 ADDENDUM ALLA PROCEDURA AZIENDALE DI PULIZIA E DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE

Gestione e Infection Control di Candidozyma auris (ex Candida auris)	PRO CC-ICA 22	REV. 0 del 28/07/2026	Pag. 9 a 12
--	---------------	-----------------------	-------------

Allegato I
SEGNALAZIONE INFEZIONI E COLONIZZAZIONI DA CANDIDA AURIS

secondo indicazioni del Ministero della Salute note n 3368 del 07/05/2018, n 19275 del 05/06/2020, n 12465 del 27/03/2021, n 4265 del 29/11/2021 e n 33554 del 22/07/2022

☐ Primo Invio ☐ Aggiornamento

Data di segnalazione:

Infezione da *C. auris* ☐ Colonizzazione da *C. auris* ☐

INIZIALI NOME INIZIALI COGNOME

DATA DI NASCITA

GENERE M ☐ F ☐
STRUTTURA SANITARIA E REPARTO OVE IL PAZIENTE E' RICOVERATO AL MOMENTO DELL'ISOLAMENTO DI *C. AURIS*

DATA RICOVERO

SE TRASFERITO DA ALTRO OSPEDALE O RSA, SPECIFICARE NOME STRUTTURA DI PROVENIENZA

EVENTUALI TRASFERIMENTI FRA REPARTI DURANTE L'ATTUALE DEGENZA:

REPARTO

DAL AL

REPARTO

DAL AL

REPARTO

DAL AL
DIAGNOSI AL RICOVERO

ULTERIORI DIAGNOSI (indicare in particolare la presenza condizioni associate ad immunodepressione compreso diabete mellito, malattia renale cronica, tumori solidi e neoplasie ematologiche)

.....

SEDE ISOLAMENTO C. AURIS

- ☐ sangue urine
☐ tampone rettale
☐ BAL/espettorato
☐ tampone inguinale
☐ ferita chirurgica
☐ altro, Specificare.....

DATA PRELIEVO CAMPIONE POSITIVO PER C. AURIS | | |

TIPO DI TEST EFFETTUATO PER L'IDENTIFICAZIONE MICROBIOLOGICA DI C. AURIS:

.....

SPECIFICARE LO STATO CLINICO DEL PAZIENTE:

Se infezione, specificare:

- data inizio sintomi | | |

Sintomi presenti.....

SPECIFICARE SE IL PAZIENTE È STATO SOTTOPOSTO, NEI 30 GIORNI PRECEDENTI L'ISOLAMENTO DI C. AURIS, ALLE SEGUENTI PROCEDURE:

ventilazione meccanica SI ☐ NO ☐

posizionamento CVC SI ☐ NO ☐

intervento chirurgico SI ☐ NO ☐ se SI, specificare data intervento chirurgico | | |

tipo di intervento

.....

ESITO RICOVERO
☐ dimissione, data | | |

☐ exitus, data | | |

☐ trasferimento pressodata | | |

Medico che compila la scheda:
Cognome: | **Nome:** |

Telefono | **Email** |

Allegato 2

ADDENDUM ALLA PROCEDURA AZIENDALE DI PULIZIA E DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE

1. Obiettivo dell'Addendum

Integrare la procedura di sanificazione ambientale con uno schema operativo destinato al personale che effettua le pulizie e con le azioni correlate al monitoraggio e alla verifica della corretta esecuzione del servizio di pulizia e sanificazione.

2. Schema Operativo per la diluizione dei disinfettanti

SUPERFICI AMBIENTALI	PRODOTTO	QUANTITÀ	CONCENTRAZIONE	NOTA BENE
Pavimenti, pareti, servizi igienici, unità di degenza del paziente	TABS Chlorine della Sutter	7 CPR IN 10 LITRI DI ACQUA	1000 PPM	
Pavimenti, pareti, servizi igienici, unità di degenza del paziente	TABS Chlorine della Sutter	34 CPR IN 10 LITRI DI ACQUA	5000PPM	USARE QUESTA CONCENTRAZIONE IN PRESENZA DI CLOSTRIDIODES
Pavimenti, pareti, servizi igienici, unità di degenza del paziente	GIODICLONIL	4 CPR IN 10 LITRI DI ACQUA	1000 PPM	
Pavimenti, pareti, servizi igienici, unità di degenza del paziente	GIODICLONIL	20 CPR IN 10 LITRI DI ACQUA	5000 PPM	USARE QUESTA CONCENTRAZIONE IN PRESENZA DI CLOSTRIDIODES
Superfici metalliche, di alluminio e di acciaio, per gli strumenti elettromedicali, per i PC e le tastiere, per i mobili e arredi	Xtra-Alcol	Soluzione Alcolica	75%	
Spandimenti biologici	Granuli di isocianurato		Q.B. per assorbimento liquido	