

RISCHIO INFETTIVO E RESISTENZA AGLI ANTI-MICROBICI

REPORT SORVEGLIANZA DI LABORATORIO

Presidio Ospedaliero Santo Spirito in Saxia

2° semestre 2025

FINALITÀ DEL DOCUMENTO	2
CENNI METODOLOGICI	2
RISULTATI	2
EVENTI INFETTIVI POSSIBILMENTE COLLEGATI ALL'ASSISTENZA (ICA) PER AREA	3
EVENTI INFETTIVI POSSIBILMENTE COLLEGATI ALL'ASSISTENZA (ICA) NELL'INTERO OSPEDALE	9
FLORA MICROBICA OSPEDALIERA: ANNO 2025	13
RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI (% CEPPI R PER SEMESTRE): 2015-25	14
ALERT ORGANISM-MULTI RESISTENTI PER SITO DI INFEZIONE: AREA INTENSIVA E SUB.I.- 2025	24
ALERT ORGANISM-MULTI RESISTENTI PER SITO DI INFEZIONE: AREA CHIRURGICA- 2025	25
ALERT ORGANISM-MULTI RESISTENTI PER SITO DI INFEZIONE: AREA MEDICA E RIABILIT. - 2025	26
ALERT ORGANISM-MULTI RESISTENTI PER SITO DI INFEZIONE: GLOBALE OSPEDALE- 2025	27
SORVEGLIANZA ATTIVA CPE/CRE.	29
KEY ALERT CONDITION: BATTERIEMIE DA MRSA. SORVEGLIANZA ATTIVA MRSA	32
KEY ALERT CONDITION: INFEZIONI DA CLOSTRIDIODES DIFFICILE TOSSIGENICO	34
KEY ALERT CONDITION: BATTERIEMIE ASSOCIATE A LINEA CENTRALE	35
INFEZIONI MICOTICHE SISTEMICHE	38
SINTESI	39

FINALITÀ DEL DOCUMENTO

Il documento riassume i risultati della sorveglianza di laboratorio su rischio infettivo *healthcare associated* e resistenza agli antimicrobici (AMR) nell'ASL Roma I. Sono analizzate retrospettivamente le possibili Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), gli isolamenti dei microrganismi sentinella multi-resistenti (*alert organism MDRO*¹) e i principali fenomeni di antibiotico-resistenza rilevati tra i pazienti interni (ovvero quelli ricoverati²) nel **2° semestre 2025**. Nel report sono valutate anche le infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e le azioni di sorveglianza attiva nei confronti di CPE/CRE e MRSA.

Il sistema di sorveglianza di laboratorio, nato nel 2001 per l'ospedale San Filippo Neri, è stato progressivamente esteso. L'attuale sistema è stato modificato in base alle indicazioni dei Piani Regionali di Prevenzione PRP, rispettivamente 2016-19 (punto 7.3) e 2020-25 (PPI0), nonché del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA/PARS 2019->2025) di ASL Roma I. Nello specifico, l'attività di sorveglianza di laboratorio e la relativa reportistica sono incardinate nell'attività del PARS: **Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio / contenimento delle ICA, incluse le infezioni invasive da enterobatteri resistenti alle carbapenemasi (CRE).**

In considerazione dell'organizzazione aziendale – caratterizzata da presidi con storia e caratteristiche epidemiologiche diverse – questa sorveglianza prevede l'emissione di più documenti. **Il presente report – organizzato per aree cliniche - riguarda specificamente l'ospedale S. Spirito in Saxia³.**

CENNI METODOLOGICI

Nel sistema informatico di laboratorio (LIS), gli eventi infettivi⁴ sono desunti dagli esami colturali - o antigenici, o molecolari - "francamente positivi", cioè quelli in cui il referto riporta la dizione "positivo" (non, quindi, se viene refertato un "possibile contaminante/colonizzatore"). Il conteggio statistico è effettuato di norma sui campioni clinici, cioè quelli finalizzati alla diagnostica di una possibile infezione. Sono considerati solo i campioni raccolti in modo idoneo, in accordo alle corrette procedure di preanalitica. In alcune sezioni del rapporto sono valutati anche alcuni campioni "non clinici", in particolare quelli usati per la sorveglianza attiva delle colonizzazioni dai microrganismi multi-resistenti, come MRSA o CPE/CRE. È sempre utilizzato un filtraggio dei duplicati (campioni multipli dello stesso paziente) per ridurre la sovrastima dei casi.

Sono valutati – se non altrimenti specificato - i materiali biologici indicatori di ICA, come le urine da catetere vescicale, le emocolture nei pazienti con catetere venoso centrale, il pus da ferita prelevato nei reparti chirurgici, il tracheo-bronco-aspirato. I reparti analizzati – se non diversamente indicato - sono quelli di degenza ordinaria. I dati di Pronto Soccorso sono esclusi dal presente report.

I criteri di definizione delle ICA adottati nel documento sono presuntivi: si tratta, infatti di criteri laboratoristici e non clinici. L'analisi prende in considerazione i dati del semestre appena trascorso (o dell'intero anno, in certi casi), confrontandoli con quelli in archivio attraverso criteri omogenei. **L'utilità di questi dati non risiede tanto nella valutazione del singolo periodo, quanto nell'osservazione delle tendenze temporali.**

Per l'elaborazione sono utilizzati i software "Mercurio" (Dedalus) e MS Excel. La valutazione dell'antibiotico resistenza è stata ristretta al primo isolato microbico per specie, per antibiotico, per paziente, per periodo. Si è tenuto conto della linea guida CLSI "Analysis and Presentation of Cumulative Antimicrobial Susceptibility Test Data" e dell'adattamento "Indicazioni per la reportistica epidemiologica delle antibiotico-resistenze, marzo 2014", redatto dall'Associazione Microbiologi Clinici Italiani.

RISULTATI

Le tabelle e i grafici a seguire, suddivisi per sezioni, mostrano i principali risultati della sorveglianza. In fondo alle tabelle o nelle caselle di testo sono inserite brevi note esplicative.

¹ Multi Drug Resistant Organism

² Sono esclusi da questa statistica i casi del Pronto Soccorso.

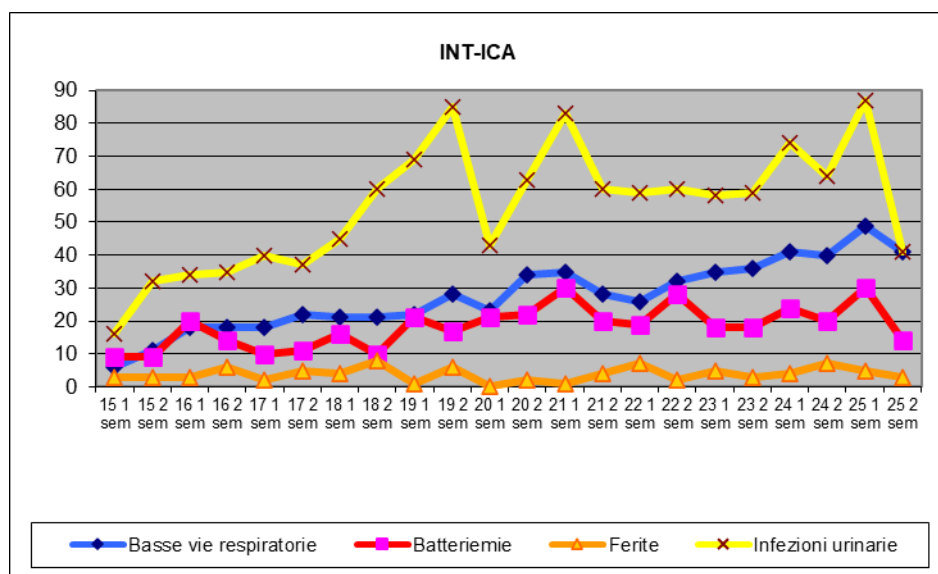
³ Per il PO S. Spirito la sorveglianza di laboratorio è attiva dal 2015.

⁴ Eventi ad eziologia batterica o fungina; le infezioni virali sono escluse da questa statistica.

Eventi infettivi possibilmente collegati all'assistenza (ICA) per area

Area intensiva e sub-intensiva: n° assoluto di eventi registrati: risultati e grafico.

Area intensiva e sub-intensiva					
presunti eventi ICA					
	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	totale int
15 1 sem	6	9	3	16	34
15 2 sem	11	9	3	32	55
16 1 sem	18	20	3	34	75
16 2 sem	18	14	6	35	73
17 1 sem	18	10	2	40	70
17 2 sem	22	11	5	37	75
18 1 sem	21	16	4	45	86
18 2 sem	21	10	8	60	99
19 1 sem	22	21	1	69	113
19 2 sem	28	17	6	85	136
20 1 sem	23	21	0	43	87
20 2 sem	34	22	2	63	121
21 1 sem	35	30	1	83	149
21 2 sem	28	20	4	60	112
22 1 sem	26	19	7	59	111
22 2 sem	32	28	2	60	122
23 1 sem	35	18	5	58	116
23 2 sem	36	18	3	59	116
24 1 sem	41	24	4	74	143
24 2 sem	40	20	7	64	131
25 1 sem	49	30	5	87	171
25 2 sem	41	14	3	41	99



Note.

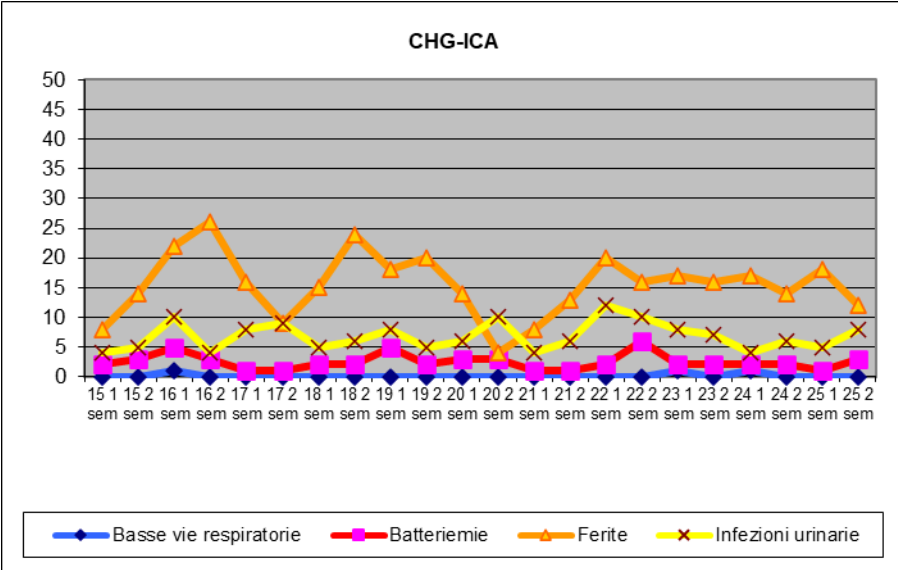
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1 Dipartimento dei Laboratori UOC Microbiologia e Virologia	SORVEGLIANZA RISCHIO INFETTIVO E RESISTENZA AGLI ANTI-MICROBICI REPORT MICROBIOLOGIA P.O. Santo Spirito in Saxia 2° SEMESTRE 2025	 Data: 09/02/2026 Pagina 4 di 40
---	---	--

- ☐ Nel 2° semestre 2025 il numero di eventi infettivi totali risulta inferiore del semestre precedente (99 vs 171) e, anche, del 2° semestre 2024. Le CAUTI (infezioni urinarie correlate al catetere vescicale), che costituiscono la casistica maggiore dell'area, sono diminuite; stesso andamento si è osservato per gli altri tipi di infezione (infez.su ferite, infezioni b.v.r. e batteriemie.⁵)
- ☐ Trattandosi di numeri assoluti, questi valori andrebbero rapportati al dato di attività, per acquisire valore informativo.

⁵ Si tratta di CLABSI, in questa elaborazione.

Area chirurgica: n° assoluto di eventi registrati: risultati e grafico.

Area chirurgica					
presunti eventi ICA					
	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	totale chg
15 1 sem	0	2	8	4	14
15 2 sem	0	3	14	5	22
16 1 sem	1	5	22	10	38
16 2 sem	0	3	26	4	33
17 1 sem	0	1	16	8	25
17 2 sem	0	1	9	9	19
18 1 sem	0	2	15	5	22
18 2 sem	0	2	24	6	32
19 1 sem	0	5	18	8	31
19 2 sem	0	2	20	5	27
20 1 sem	0	3	14	6	23
20 2 sem	0	3	4	10	17
21 1 sem	0	1	8	4	13
21 2 sem	0	1	13	6	20
22 1 sem	0	2	20	12	34
22 2 sem	0	6	16	10	32
23 1 sem	1	2	17	8	28
23 2 sem	0	2	16	7	25
24 1 sem	1	2	17	4	24
24 2 sem	0	2	14	6	22
25 1 sem	0	1	18	5	24
25 2 sem	0	3	12	8	23



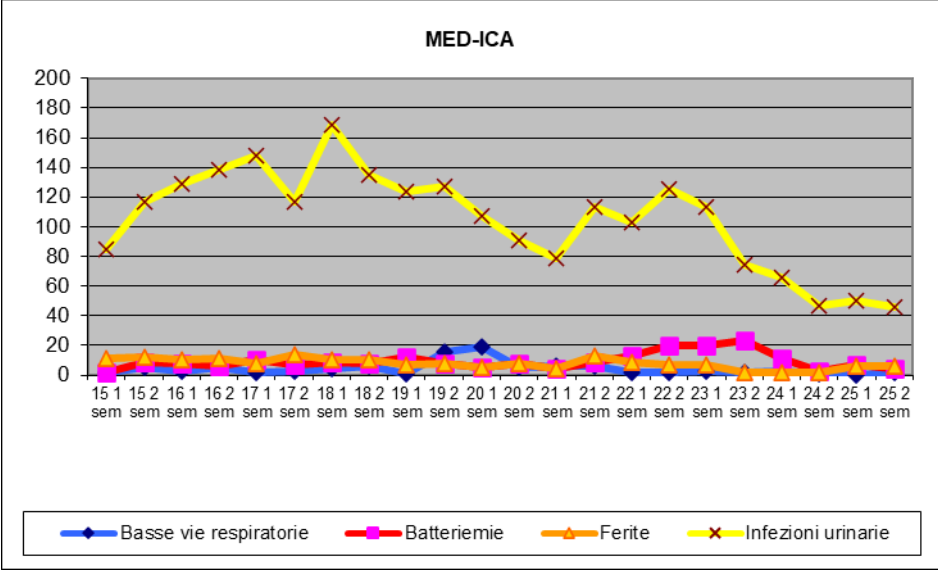
Note.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1 Dipartimento dei Laboratori UOC Microbiologia e Virologia	SORVEGLIANZA RISCHIO INFETTIVO E RESISTENZA AGLI ANTI-MICROBICI REPORT MICROBIOLOGIA P.O. Santo Spirito in Saxia 2° SEMESTRE 2025	 REGIONE LAZIO Data: 09/02/2026 Pagina 6 di 40
---	---	---

- Nel 2° semestre 2025 il numero di eventi infettivi è sovrapponibile a quello del semestre precedente (23 vs 24) e a quello del 2° semestre 2024. Il numero maggiore (relativamente) di eventi registrati è sempre quello delle infezioni della ferita chirurgica.
- Trattandosi di numeri assoluti, questi valori andrebbero rapportati al dato di attività, per acquisire valore informativo.

Area medica e riabilitativa: n° assoluto di eventi registrati: risultati e grafico.

Area medica e riabilitativa					
presunti eventi ICA					
	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	totale med
15 1 sem	2	2	11	85	100
15 2 sem	5	9	12	117	143
16 1 sem	3	8	10	129	150
16 2 sem	5	6	11	138	160
17 1 sem	2	10	8	148	168
17 2 sem	3	7	14	117	141
18 1 sem	4	9	10	169	192
18 2 sem	6	8	10	135	159
19 1 sem	1	12	7	124	144
19 2 sem	16	8	8	127	159
20 1 sem	19	5	5	107	136
20 2 sem	5	8	8	91	112
21 1 sem	6	4	4	79	93
21 2 sem	6	9	13	113	141
22 1 sem	2	13	9	103	127
22 2 sem	2	20	7	125	154
23 1 sem	3	20	7	113	143
23 2 sem	2	23	2	74	101
24 1 sem	3	11	2	66	82
24 2 sem	1	3	2	47	53
25 1 sem	0	7	6	50	63
25 2 sem	2	4	6	46	58



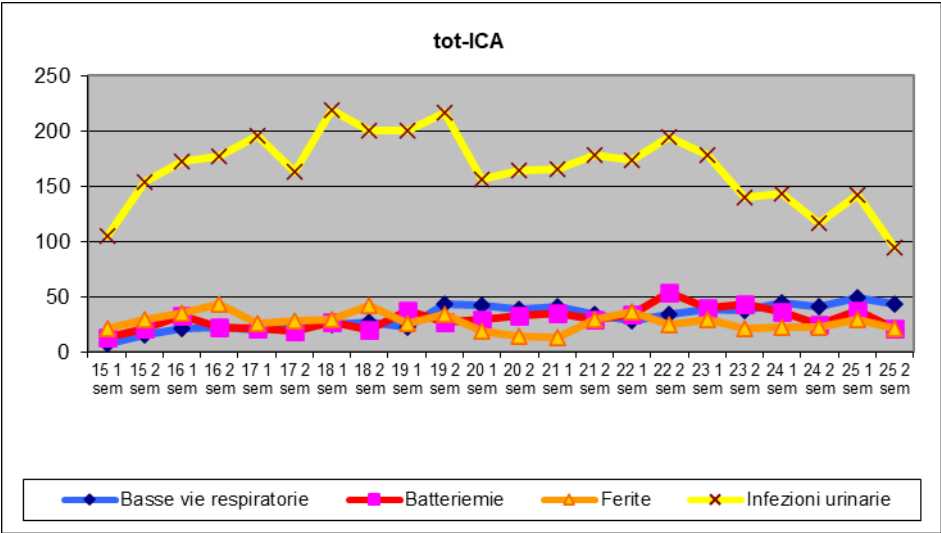
Note.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1 Dipartimento dei Laboratori UOC Microbiologia e Virologia	SORVEGLIANZA RISCHIO INFETTIVO E RESISTENZA AGLI ANTI-MICROBICI REPORT MICROBIOLOGIA P.O. Santo Spirito in Saxia 2° SEMESTRE 2025	 Data: 09/02/2026 Pagina 8 di 40
---	---	--

- Nel 2° semestre 2025 il numero complessivo di eventi infettivi è diminuito rispetto al semestre precedente (58 vs 63). La ridotta casistica dell'area medica è condizionata dalla perdurante delocalizzazione della Medicina Interna in un presidio esterno.
- Le CAUTI (infezioni urinarie correlate al catetere vescicale) costituiscono gli episodi più numerosi dell'area medica residuale.
- Trattandosi di numeri assoluti, questi valori andrebbero rapportati al dato di attività, per acquisire valore informativo.

Eventi infettivi possibilmente collegati all’assistenza (ICA) nell’intero ospedale ⁶

Globale 3 AREE					
presunti eventi ICA					
	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	totale 3 aree
15 1 sem	8	13	22	105	148
15 2 sem	16	21	29	154	220
16 1 sem	22	33	35	173	263
16 2 sem	23	23	43	177	266
17 1 sem	20	21	26	196	263
17 2 sem	25	19	28	163	235
18 1 sem	25	27	29	219	300
18 2 sem	27	20	42	201	290
19 1 sem	23	38	26	201	288
19 2 sem	44	27	34	217	322
20 1 sem	42	29	19	156	246
20 2 sem	39	33	14	164	250
21 1 sem	41	35	13	166	255
21 2 sem	34	30	30	179	273
22 1 sem	28	34	36	174	272
22 2 sem	34	54	25	195	308
23 1 sem	39	40	29	179	287
23 2 sem	38	43	21	140	242
24 1 sem	45	37	23	144	249
24 2 sem	41	25	23	117	206
25 1 sem	49	38	29	142	258
25 2 sem	43	21	21	95	180



Note.

⁶ Somma delle precedenti tre tabelle.

- Complessivamente, nell'intero ospedale, i presuntivi eventi ICA del 2° semestre 2025 (4 tipi principali, escludendo le infezioni da *C. difficile*) sono stati 180, un numero inferiore non solo al semestre precedente (258), ma alla media storica del presidio.
- Trattandosi di numeri assoluti, gli eventi rilevati andrebbero rapportati all'attività ospedaliera, per acquisire valore informativo.

- **Esprimendo i dati rispetto al numero e alle giornate di degenza ordinaria dei pazienti "dimessi" (fonte ADT), si rileva:**

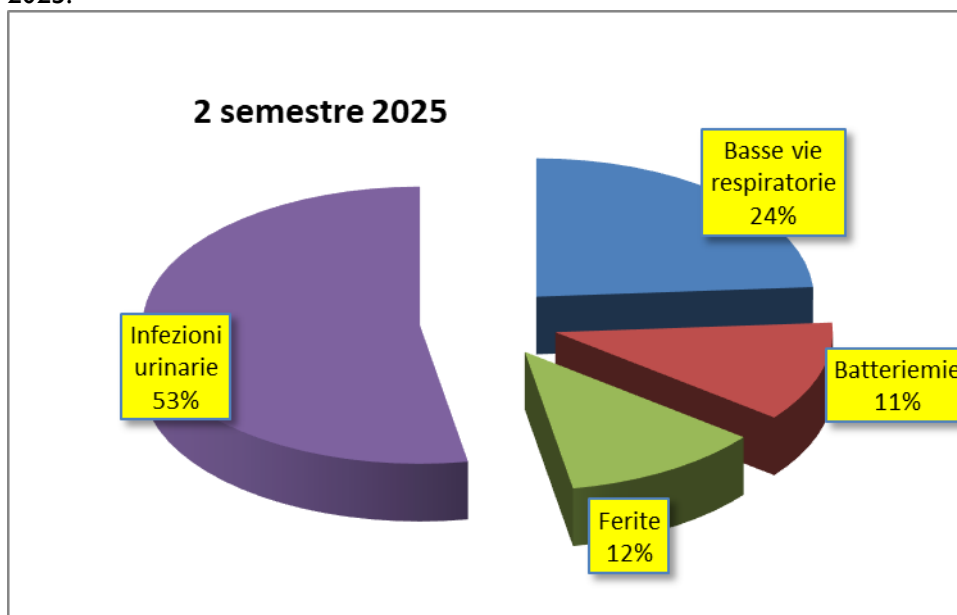
- **2° semestre 2025:**

- 180 / 3756, pari a 4.79%;
- 180 / 21295, pari a 8.45 casi su 1000 gg deg

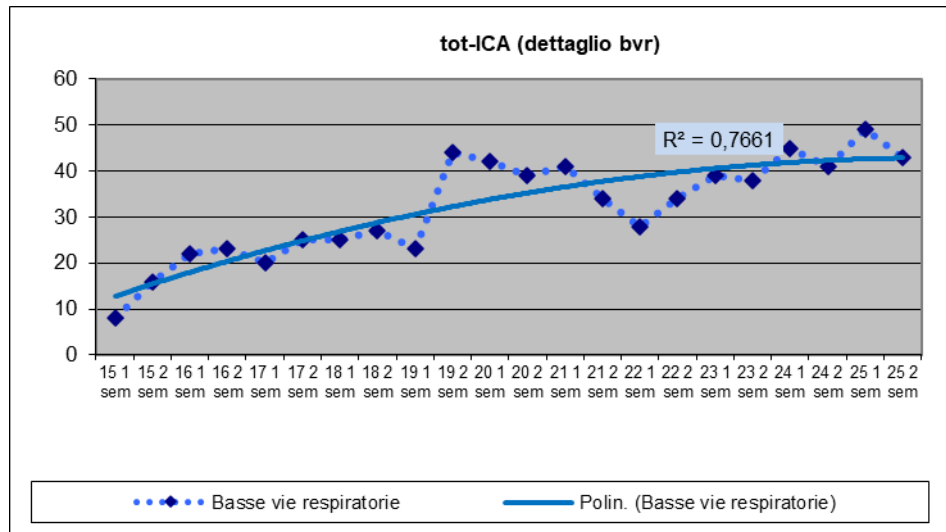
- **1° semestre 2025:**

- 258 / 4028, pari a 6.40%;
- 258 / 22163, pari a 11.64 casi su 1000 gg deg

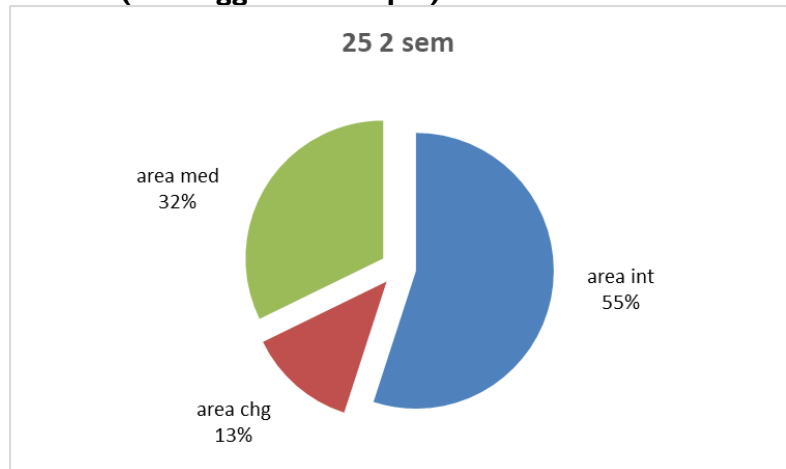
- Tra possibili ICA rilevate, le CAUTI rappresentano comunque la casistica più numerosa: 53% del totale nel trascorso semestre. Gli altri tipi di infezione, tra quelli sorvegliati, sono meno rilevanti in termini numerici.
- A seguire, si riporta in forma grafica la distribuzione complessiva dei 4 tipi di infezione nel 2° semestre 2025.



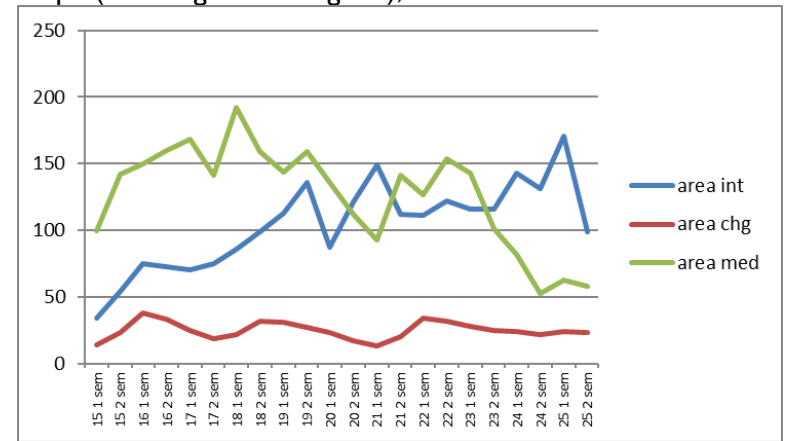
- Se si considera l'intero periodo di sorveglianza (dal 2015 a oggi), si evidenzia un incremento delle infezioni (batteriche) delle basse vie respiratorie. Si veda immagine a seguire.



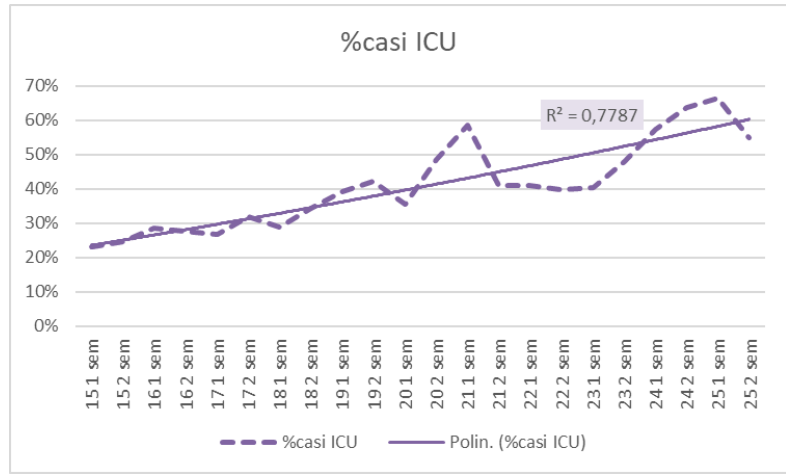
- **Nella 2 parte del 2025 si è registrato in area intensiva il maggior numero di eventi ICA in ospedale (55% del totale). A seguire, si posiziona l'area medica (32%); quindi, l'area chirurgica (13%); vedi grafico a seguire. La ripartizione evidenziata risente tuttora del ridotto campionamento dell'area medica, a causa della delocalizzazione in una struttura esterna (da maggio 2024 in poi).**



- Il contributo delle tre aree cliniche - nell'epidemiologia dei possibili casi ICA - è infatti cambiato nel tempo (vedere grafico a seguire),



- da un lato con un "peso" crescente dell'area intensiva (vedere grafico a seguire),

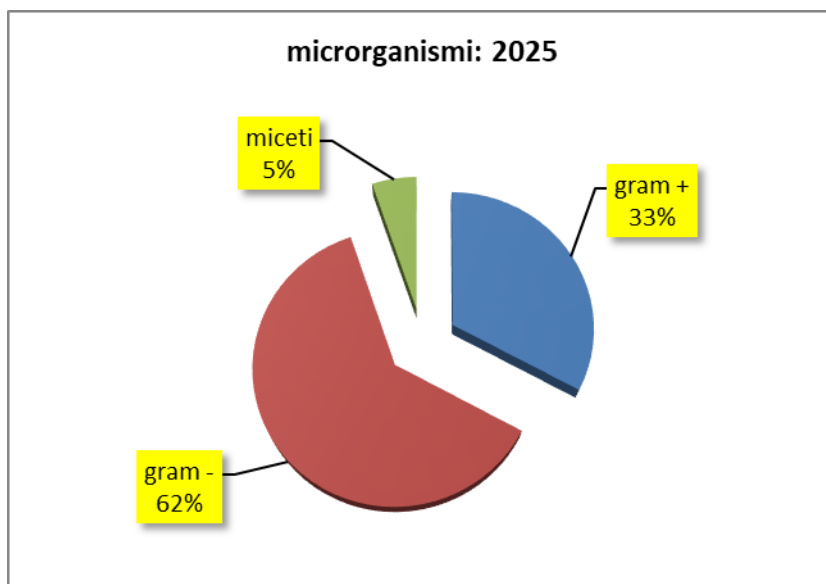


• dall'altro con un carico variabile, talvolta cospicuo, dell'area medica fino al 2023. Il “drop” del grafico dell'area medica nel 2024 è collegato alla delocalizzazione della Medicina in un presidio esterno.

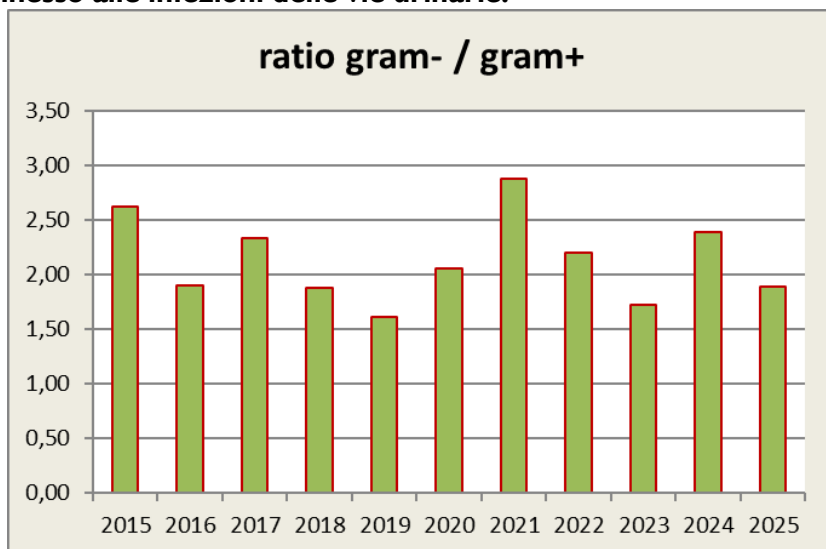
Flora microbica ospedaliera: anno 2025⁷

Nel 2025 si rileva la seguente distribuzione di specie microbiche implicate nei principali episodi infettivi (vedi anche grafico a seguire):

- Gram positivi 33%
- Gram negativi 62%
- Miceti 5%.



Il rapporto microrganismi Gram negativi / Gram positivi si è attestato a 1.89, in diminuzione rispetto al 2024 (vedi anche grafico a seguire). Il bioburden di Gram negativi è tipicamente connesso alle infezioni delle vie urinarie.



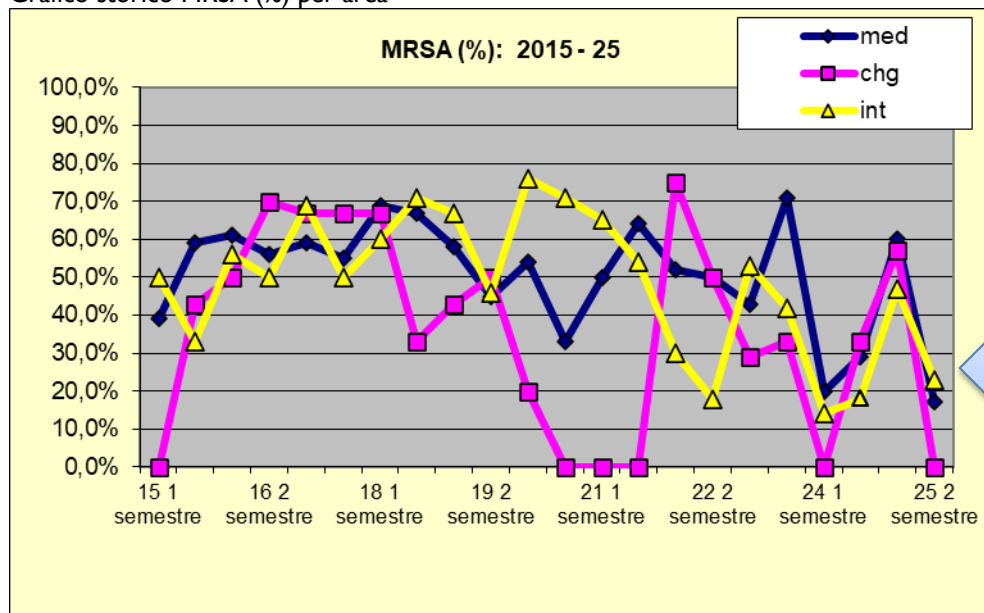
⁷ In questo caso, rilevata in tutti gli eventi infettivi, sia ICA che comunitari. I dati dal 2020 in poi sono stati ricalcolati.

Resistenza agli antibiotici⁸ (% ceppi R⁹ per semestre): 2015-25

Frequenza MRSA (%)¹⁰

	med	chg	int
15 1 seme	39,0%	0,0%	50,0%
15 2 seme	59,0%	43,0%	33,0%
16 1 seme	61,0%	50,0%	56,0%
16 2 seme	56,0%	70,0%	50,0%
17 1 seme	59,0%	67,0%	69,0%
17 2 seme	55,0%	67,0%	50,0%
18 1 seme	69,0%	67,0%	60,0%
18 2 seme	67,0%	33,0%	71,0%
19 1 seme	58,0%	43,0%	67,0%
19 2 seme	45,0%	50,0%	46,0%
20 1 seme	54,0%	20,0%	76,0%
20 2 seme	33,0%	0,0%	71,0%
21 1 seme	50,0%	0,0%	65,0%
21 2 seme	64,0%	0,0%	54,0%
22 1 seme	52,0%	75,0%	30,0%
22 2 seme	50,0%	50,0%	18,0%
23 1 seme	43,0%	29,0%	53,0%
23 2 seme	71,0%	33,0%	42,0%
24 1 seme	20,0%	0,0%	14,0%
24 2 seme	29,0%	33,0%	18,0%
25 1 seme	60,0%	57,0%	47,0%
25 2 seme	17,0%	0,0%	23,0%

Grafico storico MRSA (%) per area



Valore di riferimento ECDC-EARS-Net per Italia

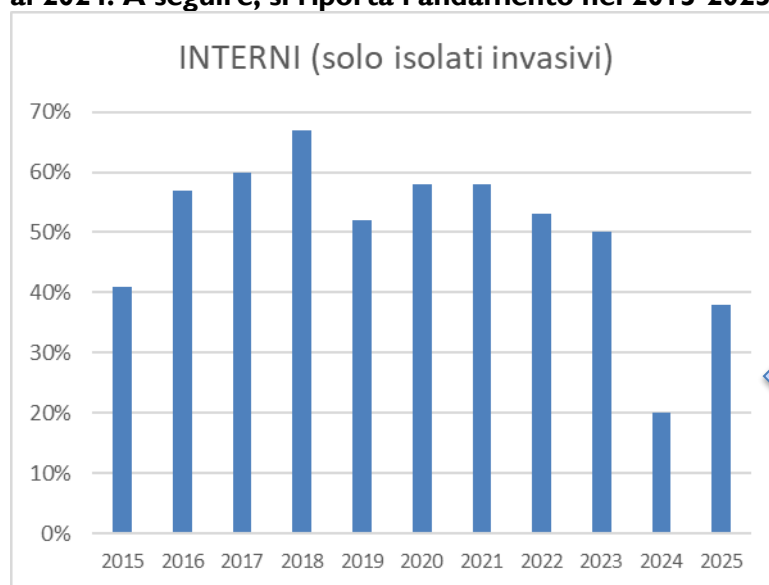
⁸ In tutti gli eventi infettivi (ICA e non)

⁹ **Resistenti, in accordo al metodo di interpretazione usato (EUCAST).**

¹⁰ Rispetto al totale dei ceppi clinici di Staphylococcus aureus isolati.

Note.

- **Nel 2° semestre 2025, la frequenza dei ceppi MRSA è diminuita rispetto al periodo precedente. I dati rilevati sono del 23% in area intensiva, 17% in area medica, zero in area chirurgica.**
- **A titolo di confronto, si ricorda infatti che la media “italiana” – riferita ai soli isolati invasivi secondo l’ultimo report ECDC-EARS-Net (su dati 2024) è pari al 25.7% (e quest’ultimo dato è più alto della media europea, che è 14.2%).**
- **Se i dati dell’intero ospedale SSP vengono “filtrati” per i soli isolati invasivi (sangue e liquor, usando il criterio ECDC), si rileva per il 2025 un valore del 38% circa, superiore al 2024. A seguire, si riporta l’andamento nel 2015-2025.**



Valore di riferimento ECDC-EARS-Net per Italia

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1 Dipartimento dei Laboratori UOC Microbiologia e Virologia	SORVEGLIANZA RISCHIO INFETTIVO E RESISTENZA AGLI ANTI-MICROBICI REPORT MICROBIOLOGIA P.O. Santo Spirito in Saxia 2° SEMESTRE 2025	 Data: 09/02/2026 Pagina 16 di 40
---	---	---

Frequenza VRE (%)¹¹

Note.

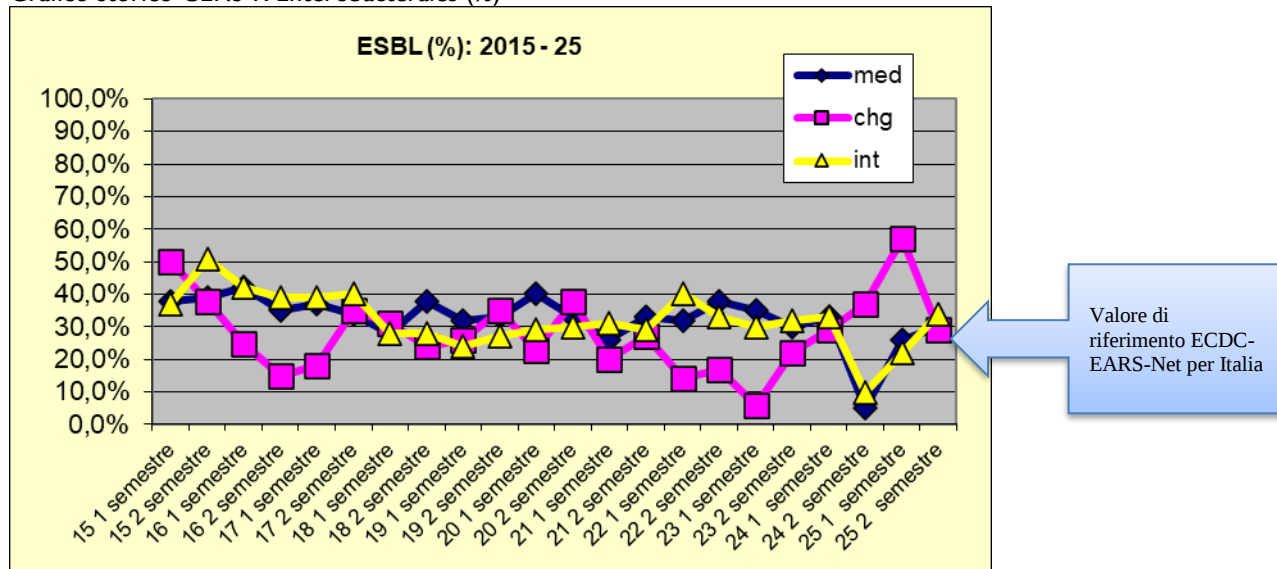
- In questo report non sono presentati la tabella e il grafico della frequenza (%) dei ceppi vancomicina-R di Enterococcus, a **causa della ridotta numerosità dei casi**.
- **Si preda di riferirsi alle sezioni successive del report per un'analisi specifica dell'epidemiologia locale di questi "alert organism".**

¹¹ Rispetto al totale dei ceppi clinici di Enterococcus faecalis ed Enterococcus faecium isolati.

Frequenza CEF.3 R¹² Enterobacterales (%)¹³

	med	chg	int
15 1 seme	38,0%	50,0%	37,0%
15 2 seme	39,0%	38,0%	51,0%
16 1 seme	42,0%	25,0%	42,0%
16 2 seme	35,0%	15,0%	39,0%
17 1 seme	37,0%	18,0%	39,0%
17 2 seme	34,0%	35,0%	40,0%
18 1 seme	28,0%	31,0%	28,0%
18 2 seme	38,0%	24,0%	28,0%
19 1 seme	32,0%	26,0%	24,0%
19 2 seme	33,0%	35,0%	27,0%
20 1 seme	40,0%	23,0%	29,0%
20 2 seme	33,0%	38,0%	30,0%
21 1 seme	26,0%	20,0%	31,0%
21 2 seme	33,0%	27,0%	29,0%
22 1 seme	32,0%	14,0%	40,0%
22 2 seme	38,0%	17,0%	33,0%
23 1 seme	35,0%	6,0%	30,0%
23 2 seme	30,0%	22,0%	32,0%
24 1 seme	33,0%	29,0%	33,0%
24 2 seme	5,0%	37,0%	10,0%
25 1 seme	26,0%	57,0%	22,0%
25 2 seme	30,0%	29,0%	34,0%

Grafico storico CEF.3 R Enterobacterales (%)



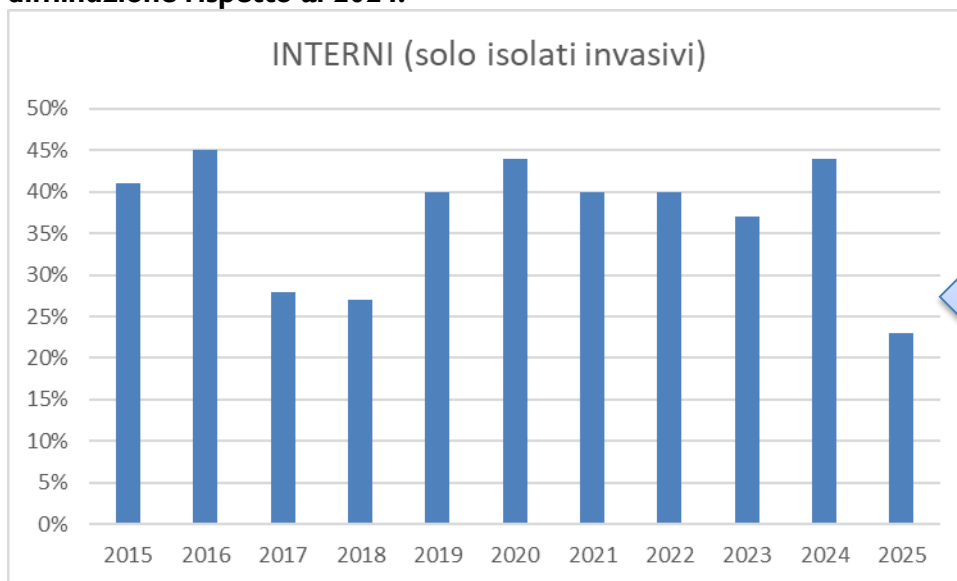
Note.

- I dati del 2 semestre 2025 mostrano un “allineamento” dei valori delle tre aree cliniche attorno al 30% circa.

¹² Ceppi resistenti al ceftazidime e/o al cefotaxime (criteri EUCAST).

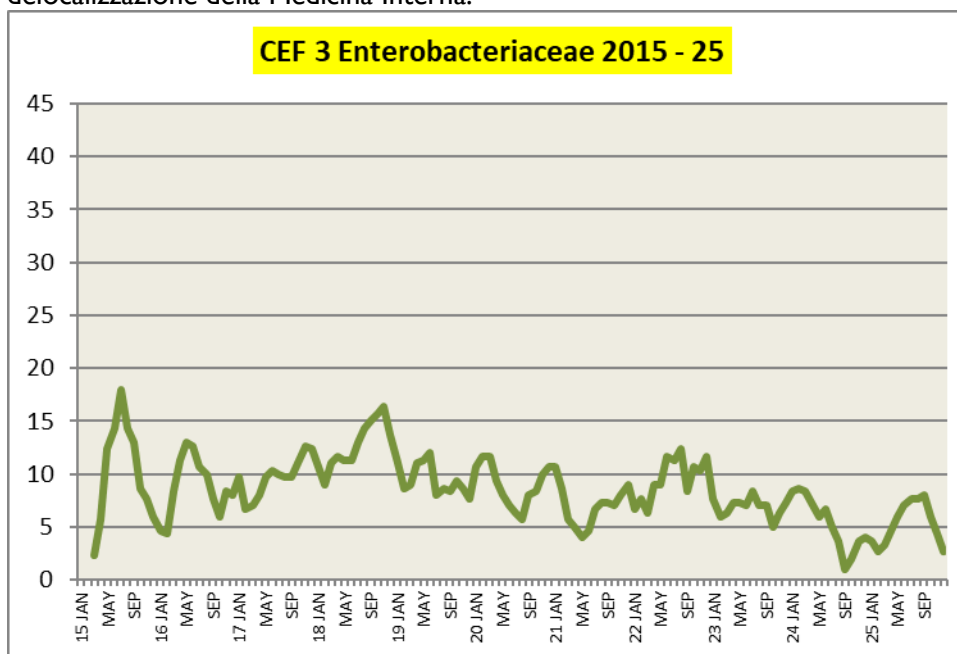
¹³ Rispetto al totale dei ceppi clinici di Enterobacteriaceae isolati; si tratta di ceppi presuntivamente ESBL.

- **A titolo di confronto si ricorda che la media “italiana”, per Escherichia coli ESBL – riferita agli isolati invasivi nell’ultimo report ECDC-EARS-Net (su dati 2024) - è pari a 27.7% (e quest’ultimo dato è superiore alla media europea, che è 16.0%).**
- **Se i dati dell’intero ospedale SSP vengono “filtrati” per i soli isolati invasivi (sangue e liquor, usando il criterio ECDC), si rileva per il 2025 un valore del 23% circa, in diminuzione rispetto al 2024.**



Valore di riferimento ECDC-EARS-Net per Italia

- Il dato di resistenza è stato probabilmente mitigato anche da un bioburden ridotto (rispetto allo storico ospedaliero) di casi ESBL in circolazione, come mostrato dal grafico dei casi mensili¹⁴ (a seguire). È probabile che la ridotta numerosità dei casi, in termini assoluti, sia collegata alla perdurante delocalizzazione della Medicina Interna.

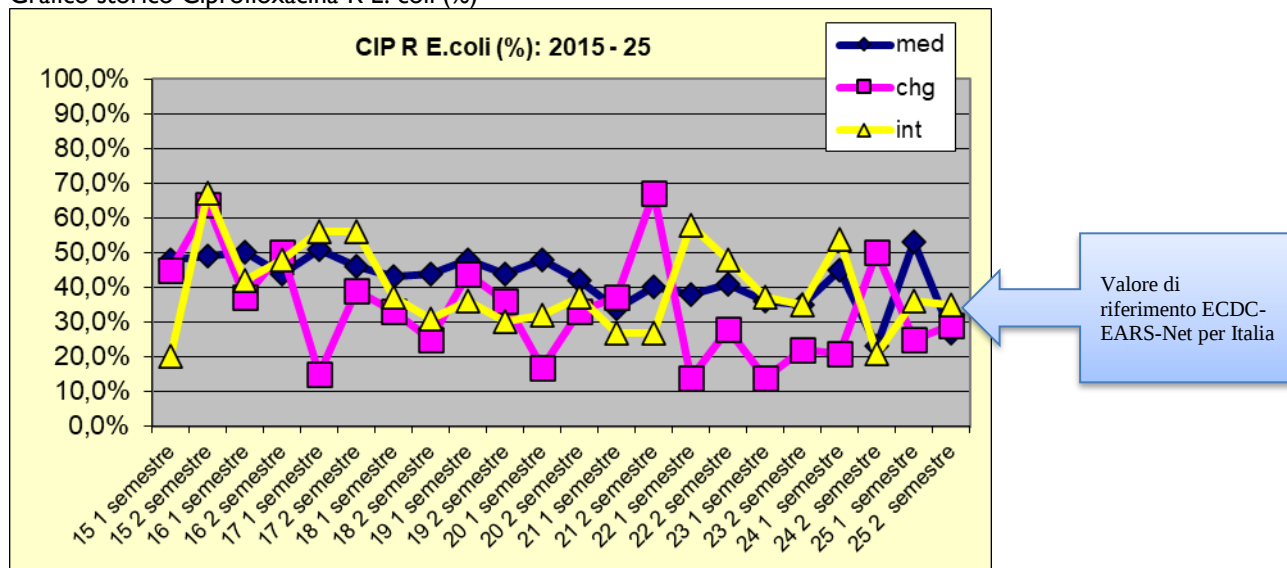


¹⁴ Tutti i materiali clinici.

Frequenza Ciprofloxacina-R E. coli (%)¹⁵

	med	chg	int
15 1 seme	48,0%	45,0%	20,0%
15 2 seme	49,0%	64,0%	67,0%
16 1 seme	50,0%	37,0%	42,0%
16 2 seme	44,0%	50,0%	48,0%
17 1 seme	51,0%	15,0%	56,0%
17 2 seme	46,0%	39,0%	56,0%
18 1 seme	43,0%	33,0%	37,0%
18 2 seme	44,0%	25,0%	31,0%
19 1 seme	48,0%	44,0%	36,0%
19 2 seme	44,0%	36,0%	30,0%
20 1 seme	48,0%	17,0%	32,0%
20 2 seme	42,0%	33,0%	37,0%
21 1 seme	34,0%	37,0%	27,0%
21 2 seme	40,0%	67,0%	27,0%
22 1 seme	38,0%	14,0%	58,0%
22 2 seme	41,0%	28,0%	48,0%
23 1 seme	36,0%	14,0%	37,0%
23 2 seme	35,0%	22,0%	35,0%
24 1 seme	45,0%	21,0%	54,0%
24 2 seme	23,0%	50,0%	21,0%
25 1 seme	53,0%	25,0%	36,0%
25 2 seme	27,0%	29,0%	35,0%

Grafico storico Ciprofloxacina-R E. coli (%)



Note.

- I dati 2025 mostrano che la resistenza di *Escherichia coli* alla ciprofloxacina¹⁶, come per ESBL, tende a stabilizzarsi nelle tre aree, con valori compresi tra 27% e 35%.

¹⁵ Rispetto al totale dei ceppi clinici di *Escherichia coli* isolati.

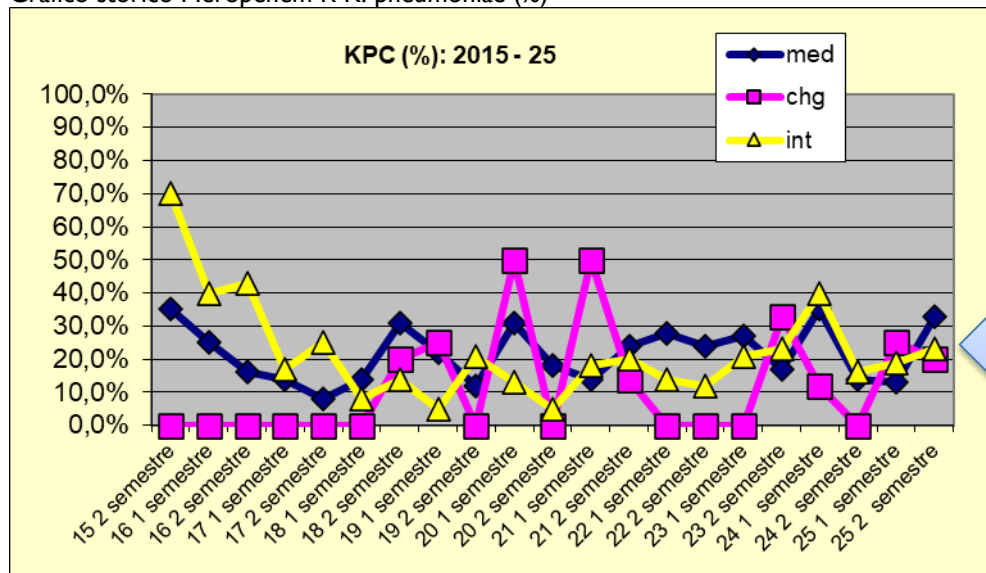
¹⁶ Si ricorda che in *Escherichia coli*, la resistenza alla ciprofloxacina è predittiva della resistenza anche alla levofloxacina.

- **A titolo di confronto, si ricorda che il dato nazionale è 34.5% - secondo l'ultimo report ECDC-EARS-Net (riferito al 2024) - e quest'ultimo è superiore alla media europea, che è 22.5%.**

Frequenza Meropenem R *K. pneumoniae* (%)¹⁷

	med	chg	int
15 1 seme	53,0%	0,0%	67,0%
15 2 seme	35,0%	0,0%	70,0%
16 1 seme	25,0%	0,0%	40,0%
16 2 seme	16,0%	0,0%	43,0%
17 1 seme	14,0%	0,0%	17,0%
17 2 seme	8,0%	0,0%	25,0%
18 1 seme	14,0%	0,0%	8,0%
18 2 seme	31,0%	20,0%	14,0%
19 1 seme	22,0%	25,0%	5,0%
19 2 seme	12,0%	0,0%	21,0%
20 1 seme	31,0%	50,0%	13,0%
20 2 seme	18,0%	0,0%	5,0%
21 1 seme	14,0%	50,0%	18,0%
21 2 seme	24,0%	14,0%	20,0%
22 1 seme	28,0%	0,0%	14,0%
22 2 seme	24,0%	0,0%	12,0%
23 1 seme	27,0%	0,0%	21,0%
23 2 seme	17,0%	33,0%	23,0%
24 1 seme	35,0%	12,0%	40,0%
24 2 seme	14,0%	0,0%	16,0%
25 1 seme	13,0%	25,0%	19,0%
25 2 seme	33,0%	20,0%	23,0%

Grafico storico Meropenem R *K. pneumoniae* (%)



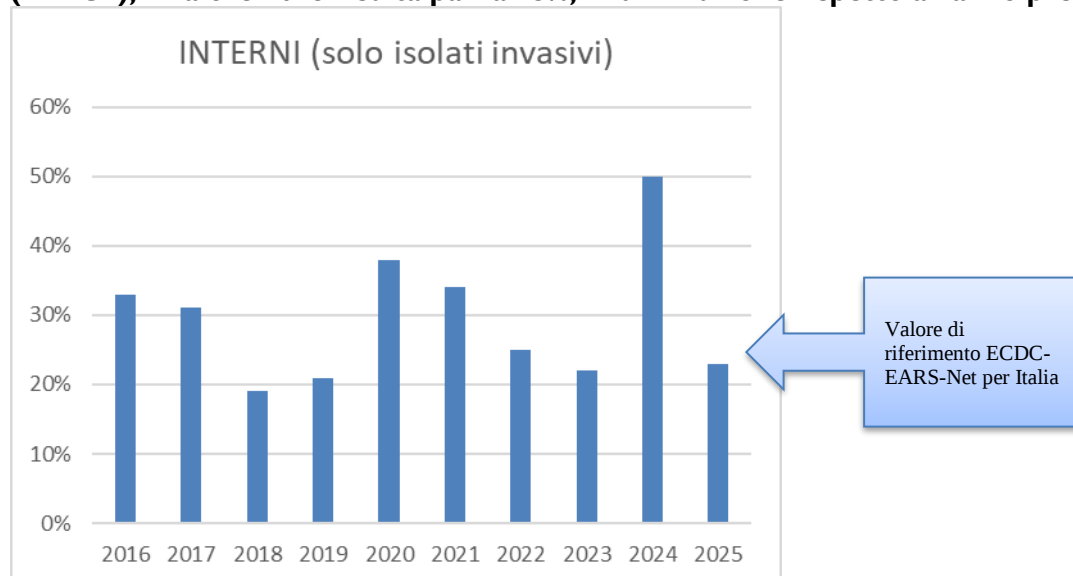
Valore di riferimento ECDC-EARS-Net per Italia

Note.

- I dati 2025 indicano, per *K. pneumoniae*, valori di resistenza ai carbapenemici compresi tra 20% (area chirurgica) e 33% (area medica).

¹⁷ Rispetto al totale dei ceppi clinici di *Klebsiella pneumoniae* isolati; si tratta di ceppi KPC, in larga parte.

- **A seguire, si mostra la situazione complessiva 2016-2025 per i soli isolati invasivi (“KPC”); il valore 2025 risulta pari a 23%, in diminuzione rispetto all’anno precedente.**



- **A titolo di confronto si ricorda che la media italiana per KPC – riferita ai soli isolati invasivi secondo l’ultimo report ECDC-EARS-Net (su dati 2024) - è pari a 24.0% (e quest’ultimo valore è maggiore della media europea, che è 11.3%).**
- **Si rimanda alle sezioni successive del report per un approfondimento sull’epidemiologia locale di CPE/CRE.**

Frequenza Carbapenem¹⁸-R *P. aeruginosa* (%)¹⁹

Note.

- In questo report non sono presentati la tabella e il grafico della frequenza (%) dei ceppi carbapenem-R di *Pseudomonas aeruginosa*, a **causa del ridotto numero di questi microrganismi**.
- **Si preda di riferirsi alle sezioni successive del report per un'analisi specifica dell'epidemiologia locale di questi "alert organism".**

Frequenza Carbapenem-R *A. baumannii* (%)²⁰

Note.

- In questo report non sono presentati la tabella e il grafico della frequenza (%) dei ceppi carbapenem-R di *Acinetobacter baumannii* complex, a **causa del ridotto numero e della pressoché totale resistenza di questi microrganismi**.
- **Si preda di riferirsi alle sezioni successive del report per un'analisi specifica dell'epidemiologia locale di questi "alert organism".**

¹⁸ Imipenem e Meropenem

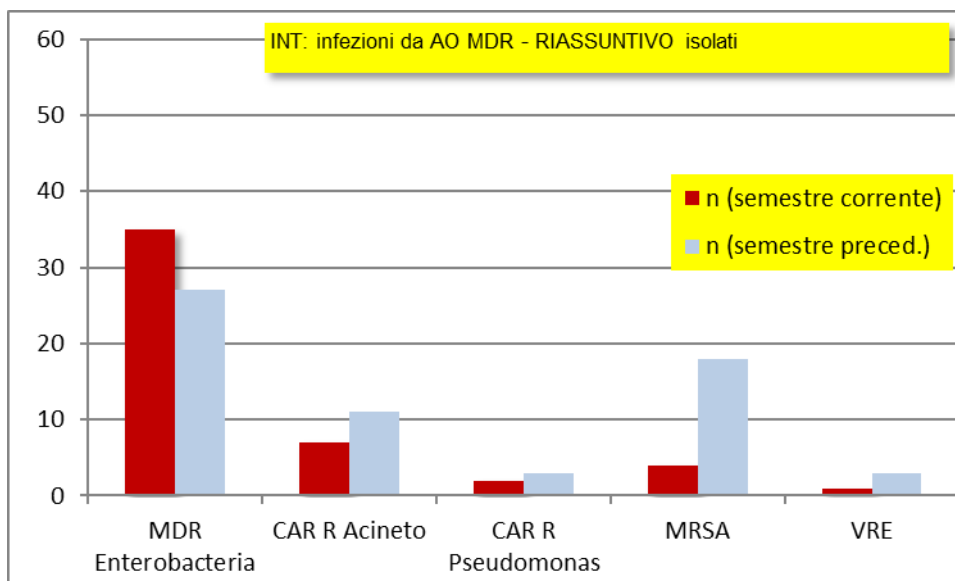
¹⁹ Rispetto al totale dei ceppi clinici di *Pseudomonas aeruginosa* isolati. Si ricorda che la non-suscettibilità di *Pseudomonas* ai carbapenemici è un buon *proxy-marker* di multi-resistenza.

²⁰ Rispetto al totale dei ceppi clinici di *Acinetobacter baumannii* isolati.

Alert organism-MULTI RESISTENTI per sito di infezione: area intensiva e sub.i.- 2025²¹

(n. assoluto – **nel 2° semestre 2025** e confronto con il semestre precedente)

Area intensiva e sub-intensiva					
presunti eventi infettivi da Alert Organism MDR					
	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	Totale
MRSA	3	1	0	0	4
VRE faecalis	0	0	0	0	0
VRE faecium	0	0	0	1	1
CEF 3 R ESC	2	4	1	12	19
CEF 3 R KLE	6	3	0	5	14
CEF 3 R PRO	0	0	0	2	2
CAR R PSEA	1	0	1	0	2
CAR R ACIB	4	2	0	1	7
totale	16	10	3	20	49



Note.

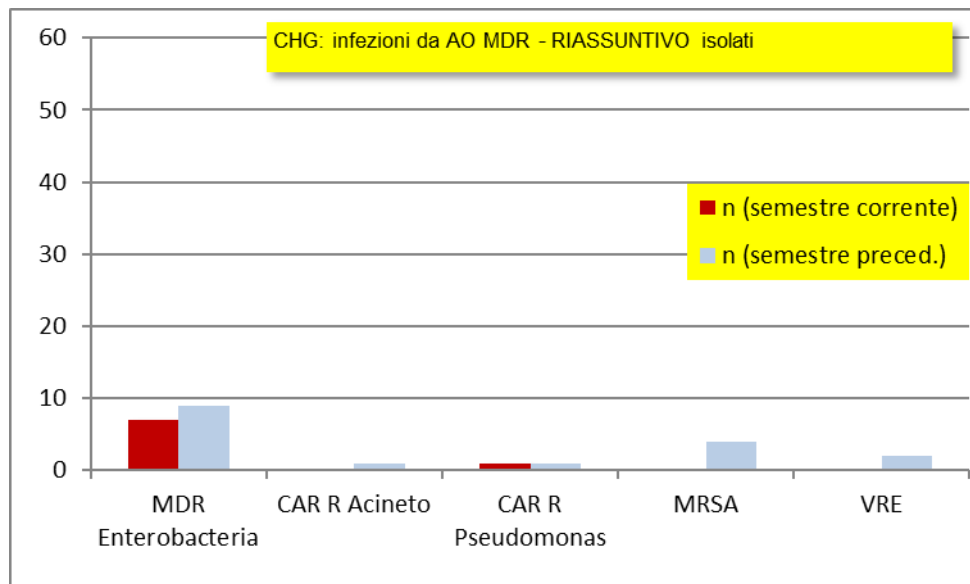
- **Nel 2° semestre 2025 è stato rilevato un numero di alert MULTI RESISTENTI inferiore rispetto al semestre precedente (49 vs 62).**
- **Gli alert organism più ricorrenti sono stati le Enterobacterales MDR.**
- **Gli eventi più frequenti, associati ad alert organismi MDR, sono state le CAUTI.**

²¹ In tutti gli eventi infettivi (ICA e non)

Alert organism-MULTI RESISTENTI per sito di infezione: area chirurgica- 2025

(n. assoluto – nel 2° semestre 2025 e confronto con il semestre precedente)

Area chirurgica					
presunti eventi infettivi da Alert Organism MDR					
	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	Totale
MRSA	0	0	0	0	0
VRE faecalis	0	0	0	0	0
VRE faecium	0	0	0	0	0
CEF 3 R ESC	0	0	0	3	1
CEF 3 R KLE	0	0	0	0	3
CEF 3 R PRO	0	0	0	0	0
CAR R PSEA	0	0	0	0	1
CAR R ACIB	0	0	0	0	0
totale	0	0	3	5	8



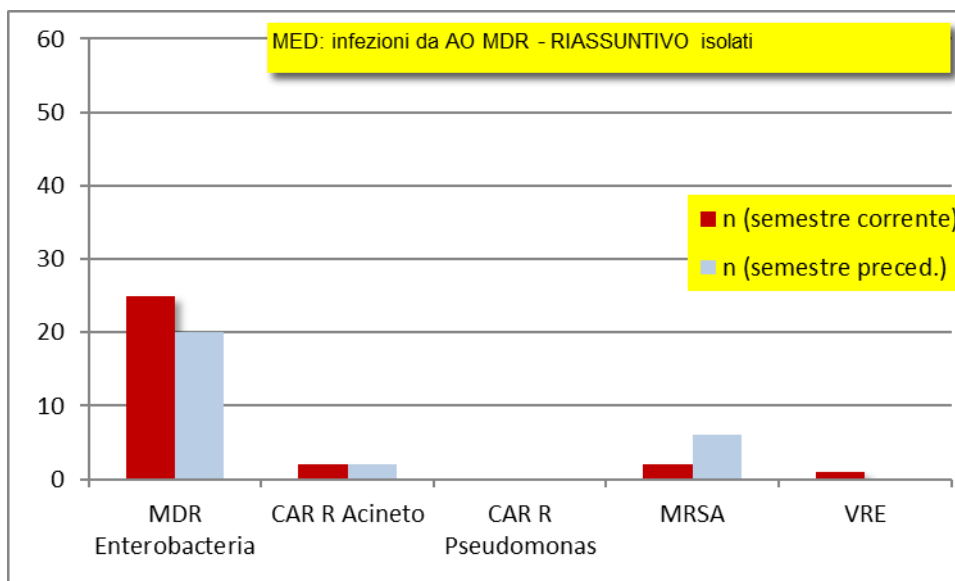
Note.

- **Nel 2° semestre 2025 sono stati rilevati meno alert MULTI RESISTENTI dei sei mesi precedenti (8 vs 17).**
- **Tra gli alert organism rilevati, quelli più numerosi (relativamente, visto l'esiguo numero di casi) sono stati i ceppi di Escherichia coli ESBL.**
- **Gli eventi tipicamente associati con gli alert MULTI RESISTENTI sono state le CAUTI.**

Alert organism-MULTI RESISTENTI per sito di infezione: area medica e riabilit. - 2025

(n. assoluto – nel 2° semestre 2025 e confronto con il semestre precedente)

Area medica e riabilitativa					
presunti eventi infettivi da Alert Organism MDR					
	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	Totale
MRSA	0	2	0	0	2
VRE faecalis	0	0	0	0	0
VRE faecium	0	0	0	1	1
CEF 3 R ESC	0	2	0	10	12
CEF 3 R KLE	0	3	0	6	9
CEF 3 R PRO	0	0	1	3	4
CAR R PSEA	0	0	0	0	0
CAR R ACIB	0	1	0	1	2
totale	0	8	1	21	30



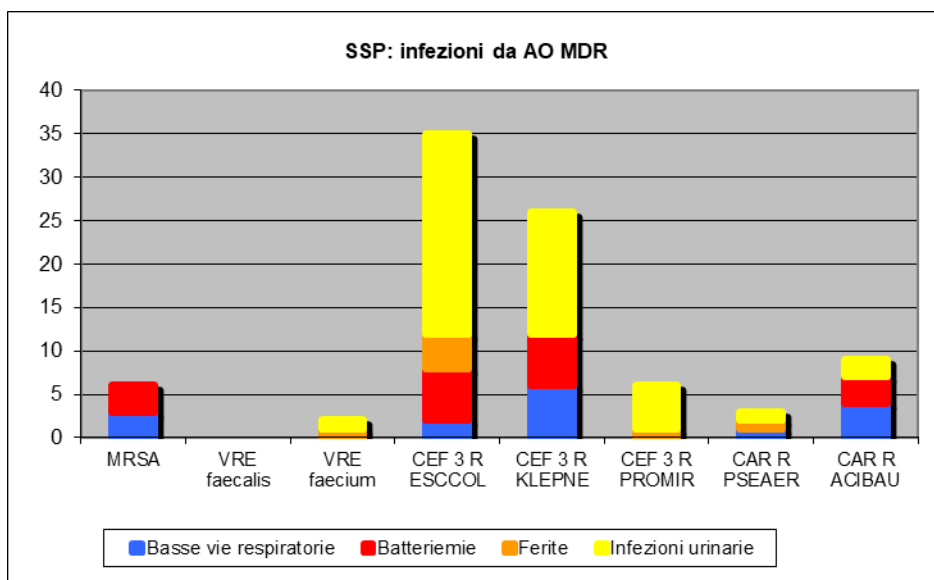
Note.

- Nel 2° semestre 2025 sono stati rilevati più alert **MULTI RESISTENTI** dei sei mesi precedenti (30 vs 28). Tale casistica è relativa alla sola area medica residuale del SSP.
- Gli alert organism più ricorrenti sono stati gli enterobatteri **MDR**, soprattutto **Escherichia coli ESBL**
- Le infezioni associate in modo caratteristico con gli alert **MULTI RESISTENTI** sono state le **CAUTI**.

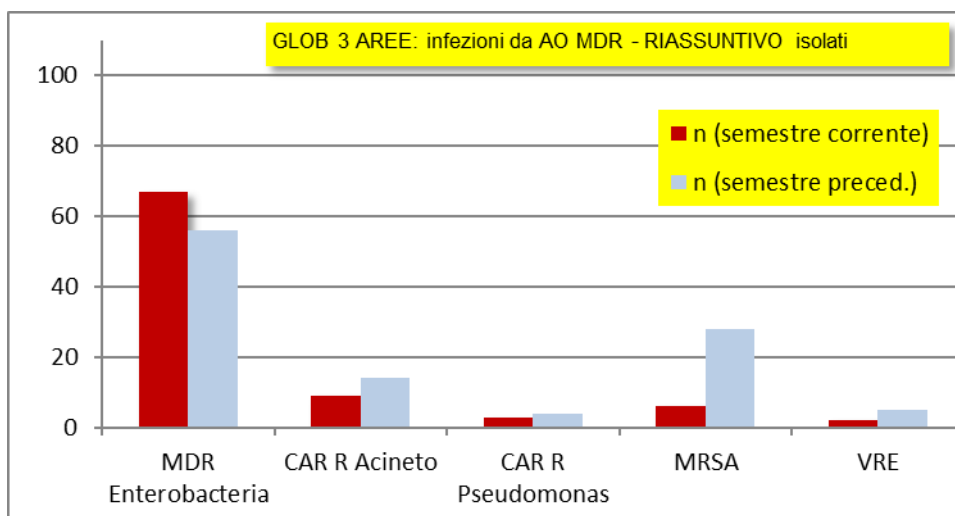
Alert organism-MULTI RESISTENTI per sito di infezione: GLOBALE OSPEDALE²²- 2025

(n. assoluto – **nel 2° semestre 2025** e confronto con il semestre precedente)

	Basse vie respiratorie	Batteriemie	Ferite	Infezioni urinarie	Totale
MRSA	3	3	0	0	6
VRE faecalis	0	0	0	0	0
VRE faecium	0	0	1	1	2
CEF 3 R ESC	2	6	4	23	35
CEF 3 R KLE	6	6	0	14	26
CEF 3 R PRO	0	0	1	5	6
CAR R PSEA	1	0	1	1	3
CAR R ACIB	4	3	0	2	9
totale	16	18	7	46	87



²² Somma delle precedenti tre tabelle



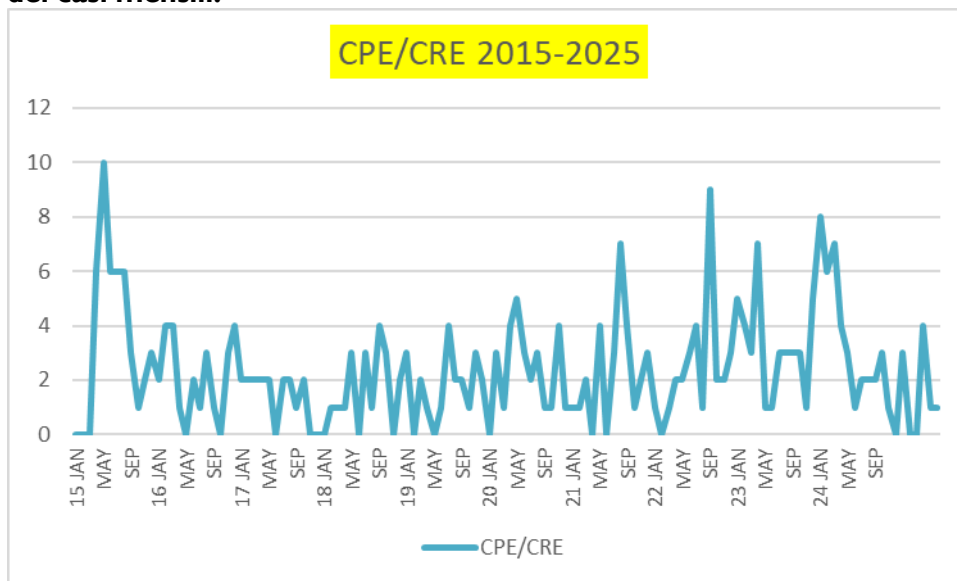
Note.

- **Nel 2° semestre 2025, nell'ospedale sono stati rilevati meno alert MULTI RESISTENTI rispetto ai sei mesi precedenti: 87 (equivalenti a 4.08/1000 gg deg) vs 107 (equivalenti a 4.83/1000 gg deg).**
- **Tra gli alert organismi rilevati, quelli più frequenti sono stati le Enterobacterales MULTI RESISTENTI, soprattutto Escherichia coli ESBL.**
- **Le infezioni associate in modo caratteristico con gli alert MULTI RESISTENTI sono state le CAUTI e batteriemie²³.**

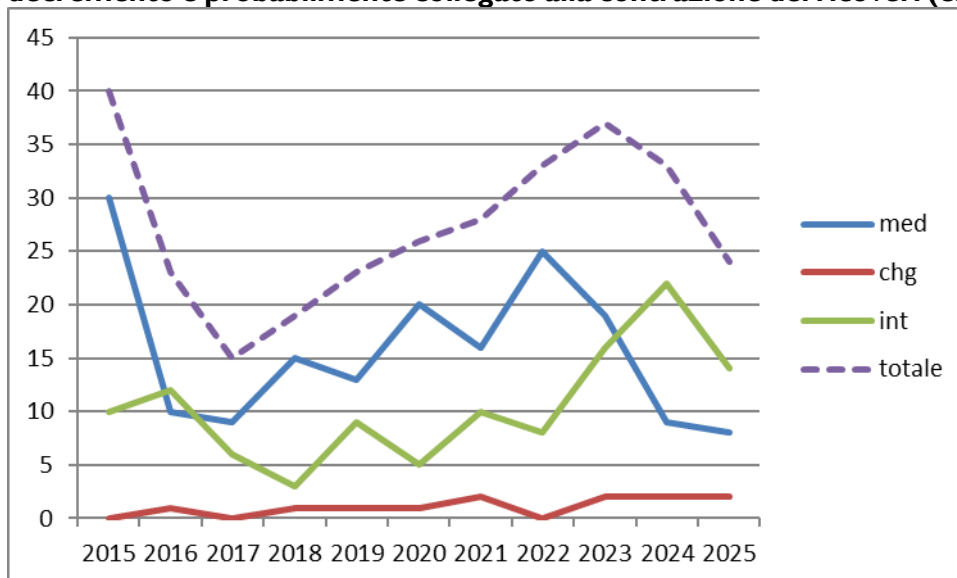
²³ In questo tipo di elaborazione sono valutate **tutte** le batteriemie collegate alla rilevazione di alert MDRO, quindi non solo quelle classificabili dal laboratorio come CLABSI.

Sorveglianza attiva CPE/CRE.

- La circolazione di Enterobacteriales CPE/CRE²⁴ negli episodi clinici²⁵ si è attestata nel 2° semestre 2025 sulla media di 2.2 episodi/mese, un dato leggermente inferiore al valore mensile medio “storico” (2.4; calcolato dal 2015 al I sem.25). Si veda, a seguire, il grafico dei casi mensili.



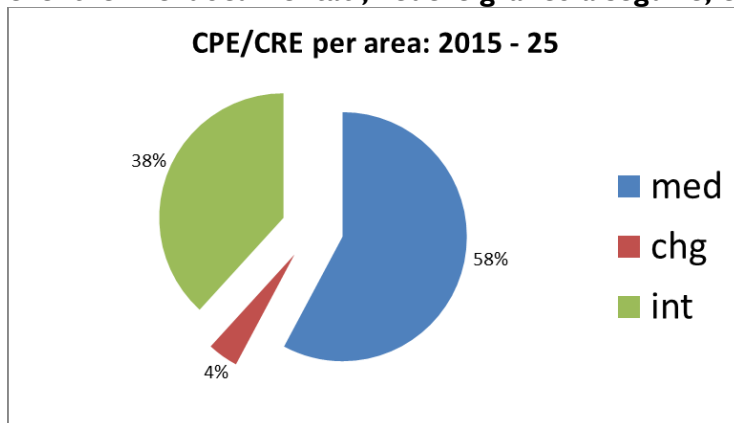
- Rappresentando gli stessi dati su base annuale, anziché mensile (vedere grafico a seguire, con l'andamento 2015-25, per area e complessivo) si rileva una diminuzione dei casi nel 2025, riferibile principalmente alle aree medica e intensiva. In area medica il decremento è probabilmente collegato alla contrazione dei ricoveri (esternalizzazione).



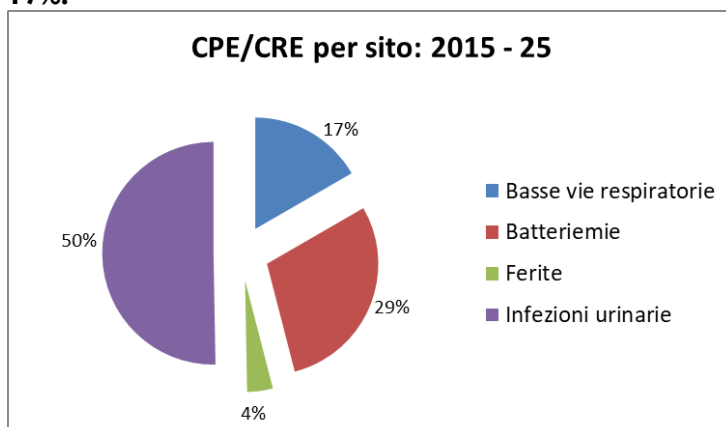
²⁴ Carbapenem Producing Enterobacteriales / Carbapenem Resistant Enterobacteriales

²⁵ Batteriemie, infezioni basse vie respiratorie, infezioni delle vie urinarie, infezioni della ferita.

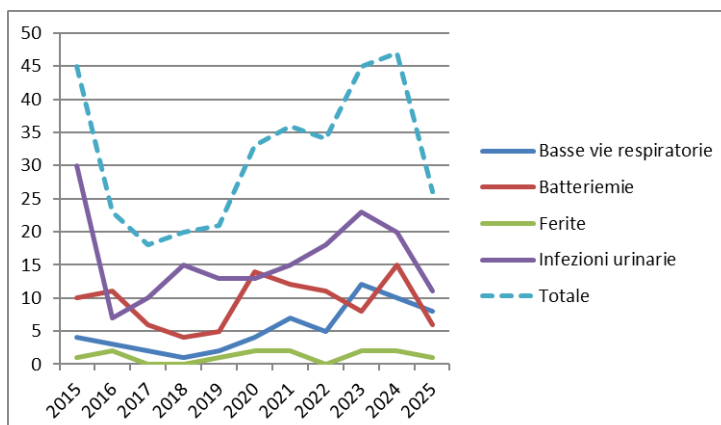
- La maggiore casistica di CPE/CRE è, tuttavia, storicamente riconducibile all'area medica, che negli anni trascorsi ha costituito il serbatoio di questi eventi (58% degli eventi clinici documentati; vedere grafico a seguire, con i dati cumulativi 2015-25).



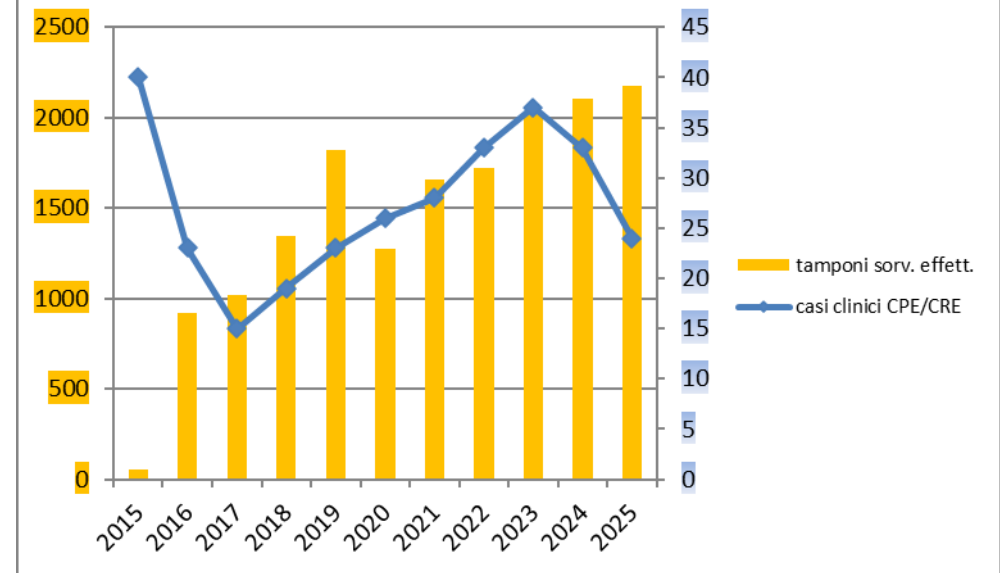
- Tra gli episodi infettivi da CPE/CRE – considerando l'intero periodo sorvegliato (15-25, vedere grafico a seguire) – sono osservate spesso le infezioni delle vie urinarie (50% dei casi) e le batteriemie (29%). Le infezioni delle basse vie respiratorie rappresentano il 17%.



- A seguire, l'andamento temporale 15-25 dei casi, per materiali biologici/siti analizzati.



- Il grafico seguente mostra l'andamento dei casi clinici da CPE/CRE in ospedale rispetto al numero dei tamponi rettali di sorveglianza effettuati.



- L'adesione alla sorveglianza attiva è in aumento nel 2025 (si stimano 2171 tamponi "colturali" vs i 2101 dell'anno precedente). L'attitudine a effettuare tamponi è prevalente nell'area intensiva. Confrontando il numero di casi clinici con quello di tamponi effettuati annualmente (2015-25), non si rileva una correlazione inversa, statisticamente significativa.

- A seguire, come da indicazioni della Regione Lazio, si indica il dato di resistenza dei ceppi CPE/CRE (rilevati sia nei campioni clinici che nei tamponi di sorveglianza) al ceftazidime-avibactam.

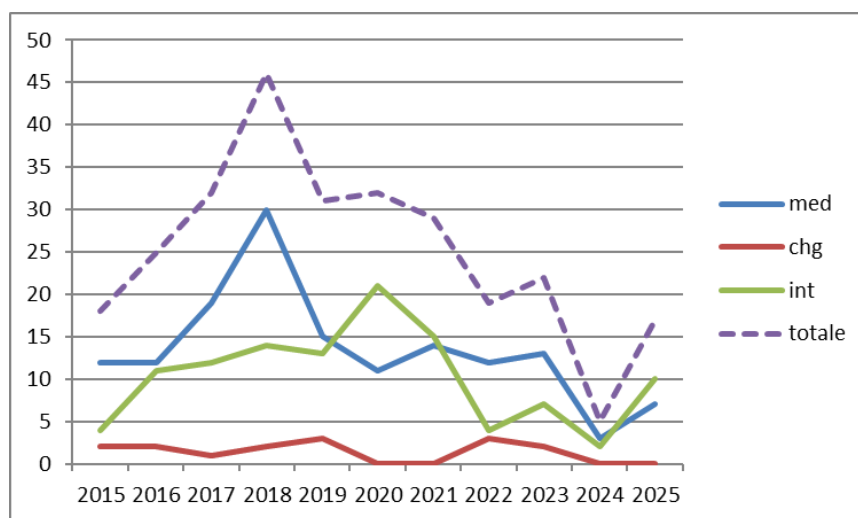
CAZ AVI R in CRE/CPE (sia clinici che CSO)			
	totale prim	R	%R
2019	1	0	0,00%
2020	26	2	7,69%
2021	4	0	0,00%
2022	29	2	6,90%
2023	62	6	9,68%
2024	46	3	6,52%
2025	37	15	40,54%

Key Alert Condition: Batteriemie da MRSA²⁶. Sorveglianza attiva MRSA

SORVEGLIANZA ANNUALE

(n. assoluto; isolati unici per anno; tabella e grafico)

batteriemie da MRSA					
	med	chg	int	totale	
2015	12	2	4	18	
2016	12	2	11	25	
2017	19	1	12	32	
2018	30	2	14	46	
2019	15	3	13	31	
2020	11	0	21	32	
2021	14	0	15	29	
2022	12	3	4	19	
2023	13	2	7	22	
2024	3	0	2	5	
2025	7	0	10	17	

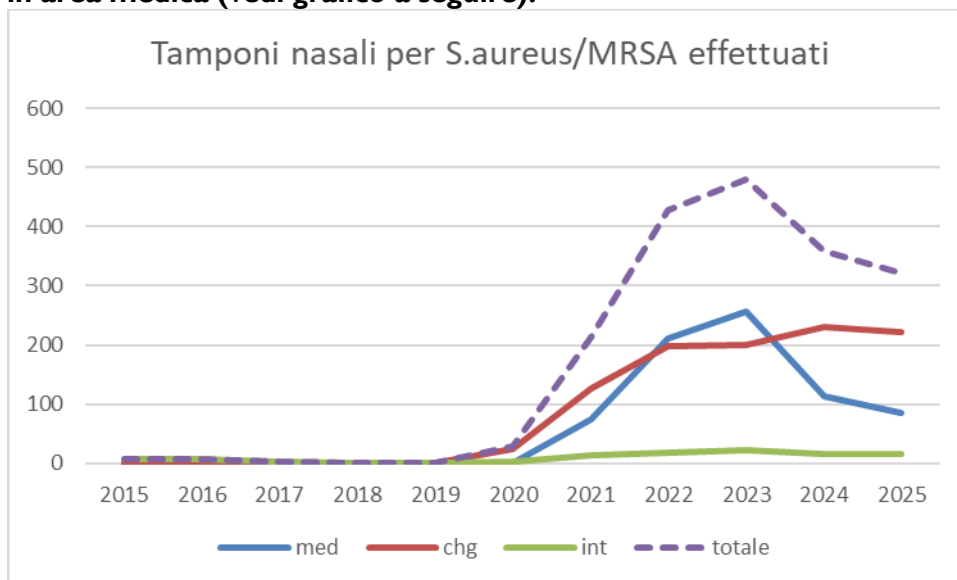


Note.

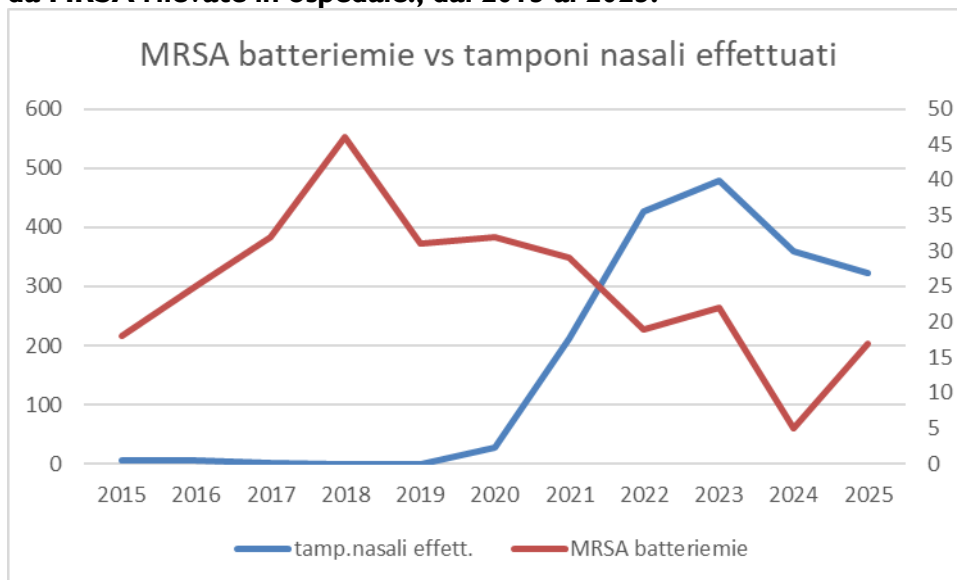
- Nel 2025 si rileva un aumento del numero di batteriemie da MRSA (n.17 episodi vs 5 del 2024). L'aumento è osservabile sia in area intensiva che in area medica.
- In questi anni, si ricorda, l'area medica ha rappresentato il reservoir delle batteriemie da MRSA (54% del totale, considerando l'intero periodo 2015-2025).
- Il campionamento nasale (strategia "search & destroy" di sorveglianza, per prevenire i casi clinici di MRSA) viene attuato in ospedale dal 2020.

²⁶ Nella sorveglianza delle batteriemie da MRSA, si è tenuto conto delle positività microbiologiche (casi unici/paziente) da emocolture e dispositivi vascolari. I dati sono espressi come n° assoluto.

- Si registra per il 2025 un'attività di campionamento pari a 322 tamponi nasali di sorveglianza (vs 359 del 2024), principalmente nelle preospedalizzazioni chirurgiche e in area medica (vedi grafico a seguire).



-
-
- A seguire, la rappresentazione grafica del n. di tamponi nasali effettuati vs le batteriemie da MRSA rilevate in ospedale., dal 2015 al 2025.

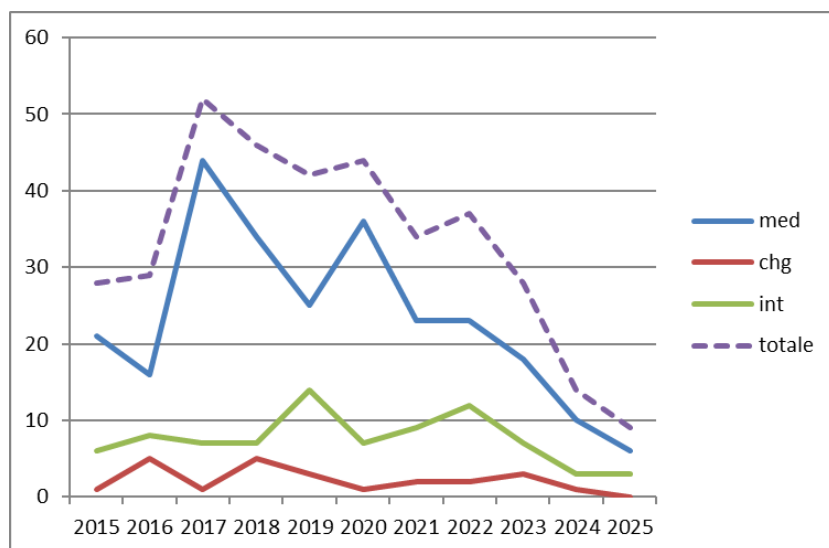


-
- Si osserva una correlazione inversa, non statisticamente significativa, tra il numero di tamponi effettuati e il numero di batteriemie rilevate.

Key Alert Condition: infezioni da *Clostridioides difficile* tossigenico²⁷

SORVEGLIANZA ANNUALE (n. assoluto; casi unici)

positivi per Clostrid.difficile (tox A o B fenotip.; oppure tox B genotipo)				
	med	chg	int	totale
2015	21	1	6	28
2016	16	5	8	29
2017	44	1	7	52
2018	34	5	7	46
2019	25	3	14	42
2020	36	1	7	44
2021	23	2	9	34
2022	23	2	12	37
2023	18	3	7	28
2024	10	1	3	14
2025	6	0	3	9



Note.

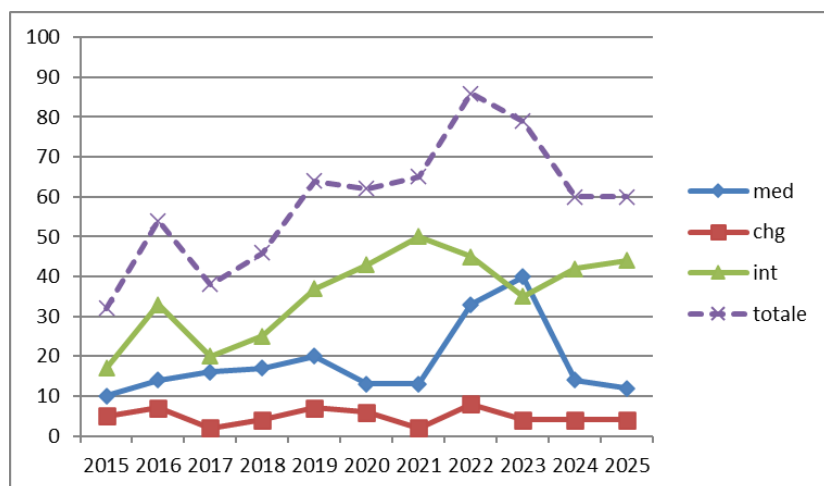
- I dati 2025 mostrano una diminuzione dei casi rispetto al 2024 (9 vs 14), probabilmente anche collegata alla perdurante contrazione dell'area medica. Si conferma comunque una tendenza alla diminuzione dal 2017 al presente.
- L'epidemiologia delle infezioni da *Clostridioides* rispecchia tipicamente l'epidemiologia dell'area medica. Considerando l'intero periodo 2015-25, gli episodi di *C. difficile* tossigenico sono infatti riferibili all'area medica per una quota pari al 70% del totale.
- Nel 2025 la quota dei casi con genotipo ipervirulento (027/NAPI) risulta pari a zero, rispetto a una media 2015-24 del 2.7%.

²⁷ Nella sorveglianza delle infezioni da *Clostridioides difficile* tossigenico si è tenuto conto delle positività (casi unici per paziente), di *C. difficile* - produttore di tossina A e/o B o del gene della tossina B - nelle feci. La tabella è stata aggiornata, tenendo conto dei risultati della biologia molecolare, anche per gli anni precedenti il 2017.

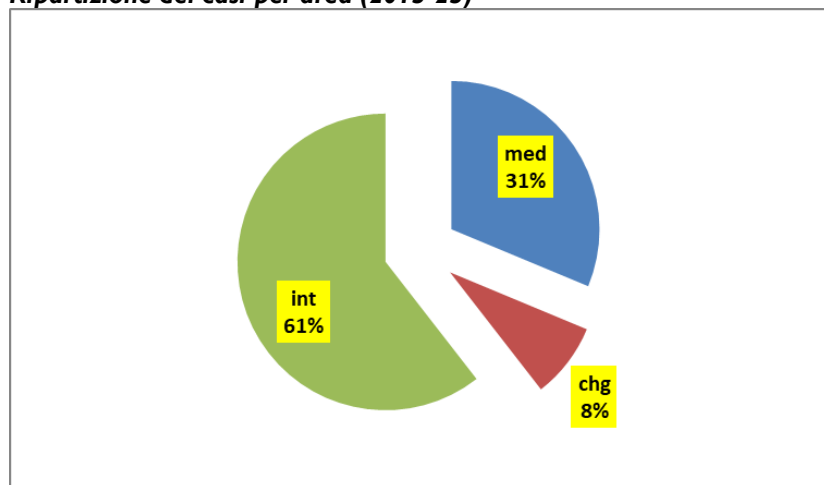
Key Alert Condition: batteriemie associate a linea centrale²⁸ (CLABSI)

SORVEGLIANZA ANNUALE N. casi, per area, per anno (tabella e grafico)

CLABSI (secondo criteri di laboratorio)					
	med	chg	int	totale	
2015	10	5	17	32	
2016	14	7	33	54	
2017	16	2	20	38	
2018	17	4	25	46	
2019	20	7	37	64	
2020	13	6	43	62	
2021	13	2	50	65	
2022	33	8	45	86	
2023	40	4	35	79	
2024	14	4	42	60	
2025	12	4	44	60	

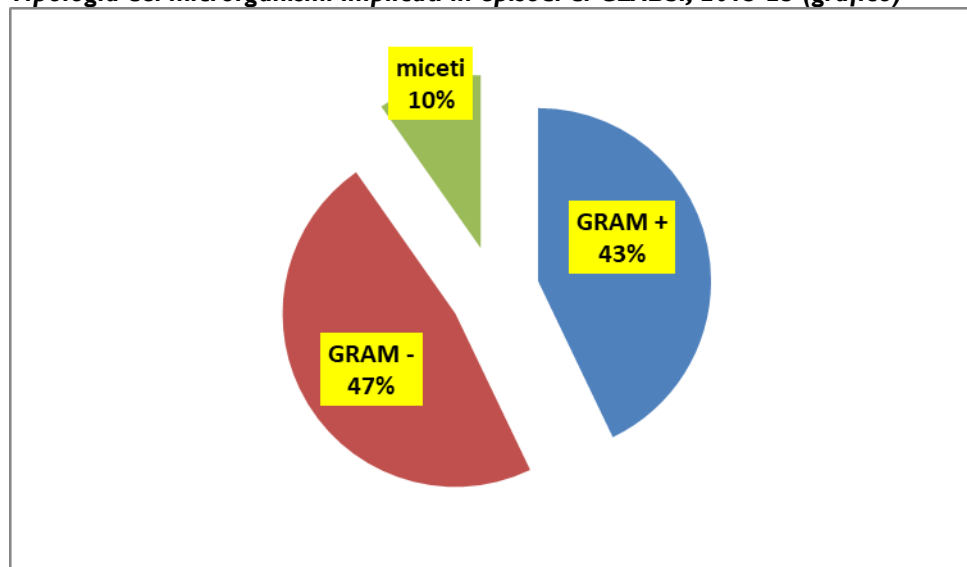


Ripartizione dei casi per area (2015-25)



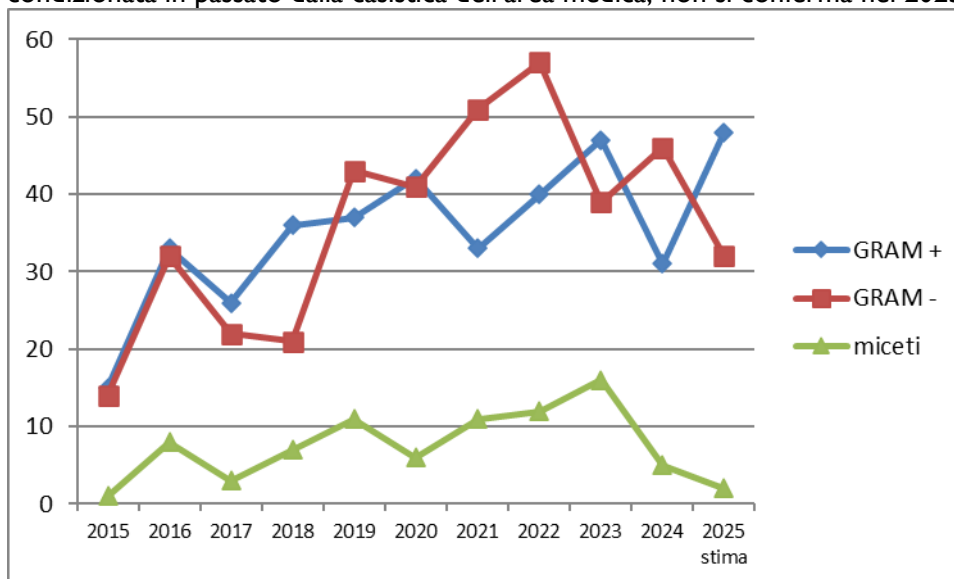
²⁸ CVC principalmente.

Tipologia dei microrganismi implicati in episodi di CLABSI, 2015-25 (grafico)

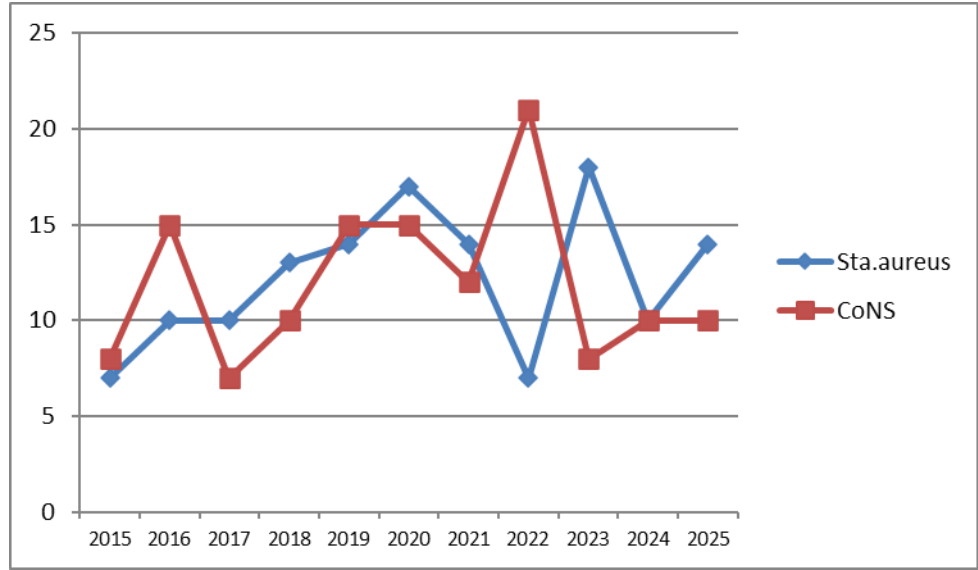


Note.

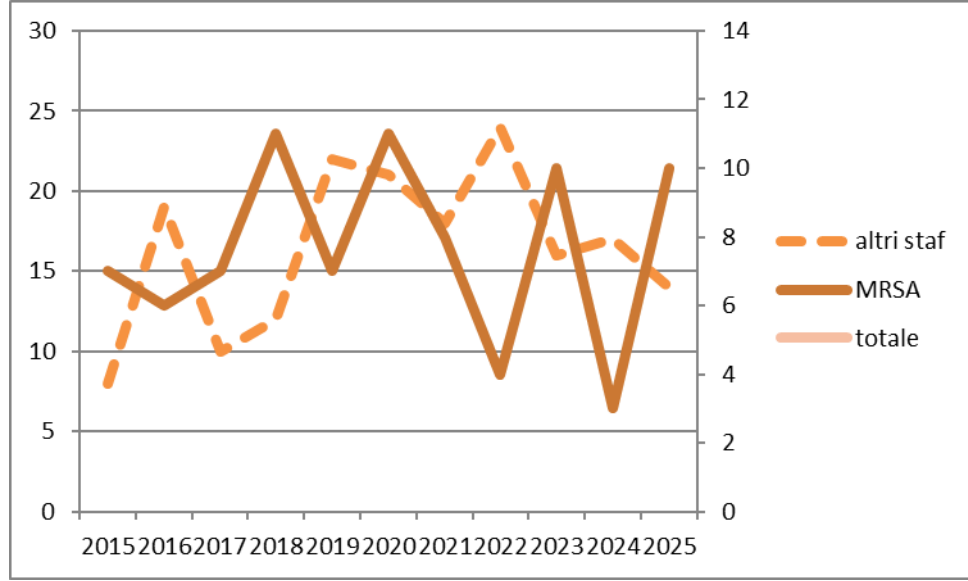
- I dati 2025 indicano un mantenimento del numero di casi 2024. In termini relativi, è leggermente aumentata la quota di casi rilevati in area intensiva.
- Tipicamente le CLABSI sono più numerose proprio in area intensiva (61% del totale, dal 2015 al 2025). Nel 2025 la quota delle CLABSI in area intensiva è stimabile come 73% degli episodi totali.
- Considerando cumulativamente il periodo 2015-25, l'eziologia delle CLABSI ospedaliere è stata spesso ascrivibile ai Gram negativi (47% degli episodi totali). Questa situazione "anomala", condizionata in passato dalla casistica dell'area medica, non si conferma nel 2025.



- Tra i Gram positivi, alla luce dei dati cumulati 2015-2025, risulta una leggera maggiore prevalenza di *Staphylococcus aureus* rispetto ai CoNS rispetto a, (51% e 49%, rispettivamente); si veda anche grafico seguente per l'andamento nel tempo.



-
-
- Nel 2025 l'impatto di MRSA quale agente di CLABSI appare maggiore rispetto al 2024.

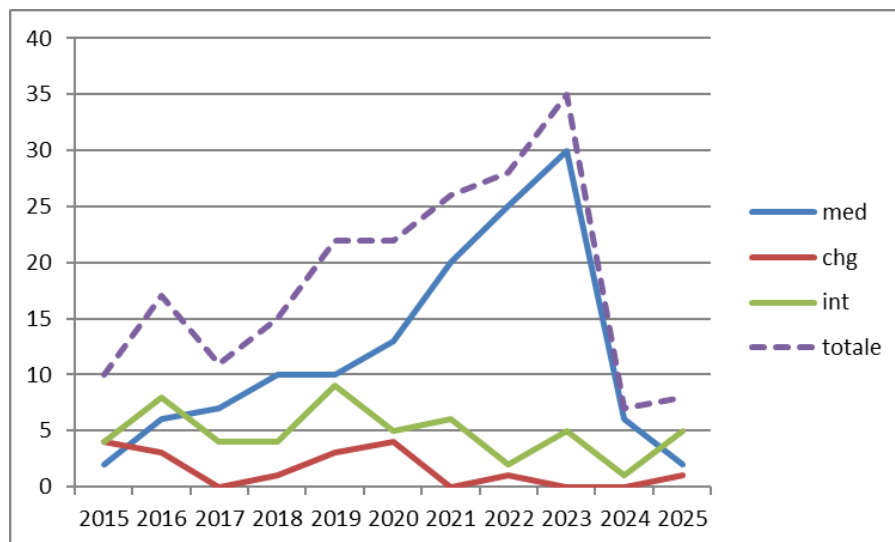


Infezioni micotiche sistemiche²⁹

SORVEGLIANZA ANNUALE

(n. assoluto; isolati unici)

infez. Micetiche SOLO sangue					
	med	chg	int	totale	
2015	2	4	4	10	
2016	6	3	8	17	
2017	7	0	4	11	
2018	10	1	4	15	
2019	10	3	9	22	
2020	13	4	5	22	
2021	20	0	6	26	
2022	25	1	2	28	
2023	30	0	5	35	
2024	6	0	1	7	
2025	2	1	5	8	



Note.

- Il numero stimato di casi 2025 è paragonabile al 2024 (8 vs 7). Si conferma il “drop” della crescita di casi iniziata nel 2017, e riconducibile all’area medica. L’epidemiologia complessiva di questi anni, infatti, è stata incentrata proprio sull’area medica, tipica localizzazione dei casi di candidemia.
- Non è stata finora osservata *Candidozyma auris*.

²⁹ Sono state valutate le sole positività su sangue (fungemie – casi unici paziente). Le infezioni documentate sono unicamente da lieviti (no ifomiceti), ICA e non.

SINTESI

1. Premessa

Nella sintesi rivedremo l'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nel secondo semestre del 2025 presso il Presidio S. Spirito in Saxia. L'obiettivo è fornire una visione d'insieme delle tendenze, delle criticità e dei progressi osservati nelle diverse aree cliniche, con particolare attenzione agli organismi multiresistenti e ai principali indicatori epidemiologici. **Per i dettagli e i dati completi, si rimanda alle sezioni**

2. Eventi ICA per area assistenziale

L'area intensiva conferma il proprio ruolo centrale nell'epidemiologia ospedaliera delle ICA. Nel semestre si osserva una riduzione marcata degli eventi (99 vs 171), con un calo significativo delle CAUTI, che rappresentano storicamente la quota più rilevante. La diminuzione riguarda anche ferite infette, infezioni respiratorie e batteriemie. Il dato, pur positivo, va interpretato alla luce dell'elevata complessità assistenziale dell'area, che continua a rappresentare oltre la metà degli eventi ICA ospedalieri.

Area chirurgica mostra una sostanziale stabilità (23 vs 24). Le infezioni della ferita chirurgica restano l'evento prevalente, in linea con il profilo di rischio atteso. Anche in questo caso, l'analisi dei soli numeri assoluti non consente una valutazione completa senza il denominatore di attività (interventi, giornate di degenza).

Area medica e riabilitativa: Il numero di eventi è in lieve diminuzione (58 vs 63), ma la casistica risulta condizionata dalla delocalizzazione della Medicina Interna, che riduce il volume dei ricoveri e quindi il potenziale di rilevazione. Le CAUTI rappresentano la quota più consistente degli episodi residui.

3. Eventi ICA complessivi ospedalieri

Nel secondo semestre 2025 sono stati rilevati 180 eventi ICA, in netto calo rispetto ai 258 del semestre precedente. **Gli indicatori rapportati all'attività mostrano: 4.79% sul totale dei dimessi; 8.45 casi per 1000 giornate di degenza.** Le CAUTI costituiscono il 53% degli eventi, confermandosi la principale tipologia di infezione sorvegliata. Distribuzione per area: intensiva 55%, medica 32%, chirurgica 13%. Il peso crescente dell'area intensiva e il calo dell'area medica riflettono i cambiamenti organizzativi in atto dal 2024.

4. Flora microbica ospedaliera (2025)

La distribuzione delle specie microbiche conferma la prevalenza dei Gram negativi: Gram negativi 62%, Gram positivi 33%, Miceti 5%. Il rapporto GN/GP (1.89) è in diminuzione rispetto al 2024, coerente con la riduzione delle IVU e del bioburden dell'area medica.

5. Resistenze antibiotiche

MRSA: Frequenze: intensiva 23%, medica 17%, chirurgica 0%. Valore ospedaliero per isolati invasivi: 38%, superiore al 2024. Confronto nazionale (EARS-Net 2024): 25.7%.

Enterobacterales CEF3-R: Valori allineati nelle tre aree (~30%). Isolati invasivi ospedalieri: 23%, in calo. Confronto nazionale: 27.7%.

E. coli Ciprofloxacina-R: Stabilizzazione tra 27% e 35%. Confronto nazionale: 34.5%.

K. pneumoniae Meropenem-R: Range 20–33% nelle aree. Isolati invasivi ospedalieri: 23%, in diminuzione. Confronto nazionale: 24%.

6. Alert organism MDR

Il numero complessivo di alert MDR è in calo (87 vs 107), con un tasso di 4.08/1000 giornate di degenza. Per area: intensiva 49 casi (in calo), chirurgica 8 casi (in calo), medica 30 casi (in lieve aumento). Gli organismi prevalenti sono le Enterobacterales MDR, in particolare E. coli ESBL. Le infezioni associate più frequenti sono le CAUTI e le batteriemie.

7. Sorveglianza CPE/CRE

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1 Dipartimento dei Laboratori UOC Microbiologia e Virologia	SORVEGLIANZA RISCHIO INFETTIVO E RESISTENZA AGLI ANTI-MICROBICI REPORT MICROBIOLOGIA P.O. Santo Spirito in Saxia 2° SEMESTRE 2025	 REGIONE LAZIO Data: 09/02/2026 Pagina 40 di 40
---	---	--

Media 2° semestre 2025: 2.2 episodi/mese, leggermente inferiore allo storico. Riduzione annuale attribuibile soprattutto alle aree medica e intensiva. Storicamente l'area medica rappresenta il 58% dei casi (2015–25). Siti più colpiti: IVU (50%), batteriemie (29%), basse vie respiratorie (17%). Tamponi rettali 2025: 2171, in aumento. Nessuna correlazione inversa significativa tra tamponi e casi.

8. Batteriemie da MRSA

Aumento significativo: 17 casi vs 5 nel 2024. Incremento in area intensiva e medica. Sorveglianza nasale: 322 tamponi (in lieve calo). Correlazione inversa non significativa tra tamponi e batteriemie.

9. Infezioni da Clostridioides difficile

Casi in calo: 9 vs 14. Trend decrescente dal 2017. Area medica = 70% dei casi storici. Genotipo 027/NAPI: 0% nel 2025.

10. CLABSI

Numero di casi stabile rispetto al 2024. Area intensiva: 73% dei casi 2025. Eziologia cumulativa 2015–25: Gram negativi 47%, Gram positivi 53% (S. aureus 51%, CoNS 49%). Maggiore impatto di MRSA nel 2025.

11. Infezioni micotiche sistemiche

Casi stabili: 8 vs 7 nel 2024. Trend in calo dal 2017. Prevalenza storica nell'area medica. Nessun caso di Candidozyma auris.

12. Considerazioni conclusive

Il secondo semestre 2025 mostra un quadro caratterizzato da una riduzione degli eventi ICA (CAUTI soprattutto), delle CDI e degli alert MDR, in particolare CRE/KPC. Emergono tuttavia interrogativi sul ruolo della delocalizzazione dell'area medica: in altre parole, la diminuzione delle ICA dipende solo da questo evento? Un focus a sé meriterebbe inoltre l'area intensiva, che ha ben operato nel controllo delle CAUTI ma che, d'altra parte, rappresenta di fatto il principale snodo epidemiologico ospedaliero. Il monitoraggio delle resistenze, in particolare MRSA e KPC, richiede ancora lavoro e attenzione, così come il mantenimento della sorveglianza attiva (tamponi rettali e nasali).