

**Tutelare la salute in RSA:
verso un'assistenza senza infezioni**

SEMINARIO ECM GRATUITO **Crediti ECM: 7.8**

9 marzo 2026 ore 9.00-17.00

Firenze – Auditorium della Fondazione Cassa di Risparmio
via Folco Portinari, 5

La sorveglianza delle ICA nelle RSA: pilastro della sicurezza nelle cure a lungo termine

Caterina Rizzo

Professoressa Ordinaria di Igiene e
Medicina Preventiva

Università di Pisa

con la partecipazione del
network toscano
www.valoreinrsa.it

ARS TOSCANA Regione Toscana

Sicurezza del paziente: la missione della sanità pubblica

"La Sanità Pubblica è la scienza e l'arte di prevenire la malattia, di prolungare la vita e di promuovere l'efficienza fisica tramite sforzi con unitari organizzati per l'igiene dell'ambiente, il controllo delle infezioni comunitarie, l'educazione del singolo sui principi dell'igiene personale, l'organizzazione dei servizi medici ed infermieristici per la diagnosi precoce delle malattie, e l'incremento dei meccanismi sociali capaci di garantire a ciascun individuo e alla comunità uno standard di vita adeguato per il mantenimento della salute."

— Hobson, 1961

Questa definizione, ancora attuale, pone le basi su cui si costruisce ogni sistema di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: la sorveglianza sistematica nelle RSA è un'espressione concreta di questa missione collettiva.



Perché il rischio in RSA è sistemico

Un ecosistema favorevole alla trasmissione

Le RSA ospitano persone con caratteristiche cliniche e ambientali che, combinate, creano condizioni strutturalmente favorevoli alla diffusione delle infezioni. Il rischio non è accidentale: è inscritto nel contesto stesso.

→ Fragilità clinica avanzata

Immunosenescenza, malnutrizione e comorbidità riducono la capacità di risposta alle infezioni.

→ Polipatologia e politerapia

L'uso cronico di farmaci, inclusi antibiotici, altera la flora batterica e favorisce la resistenza.

→ Vita comunitaria e mobilità ridotta

La condivisione degli spazi e la dipendenza dagli operatori amplificano la trasmissione diretta e indiretta.

→ Intensità medica inferiore

Meno risorse diagnostiche rispetto all'ospedale, con conseguente ritardo nel riconoscimento e trattamento delle infezioni.

Le ICA in RSA: stessa definizione, contesto diverso

Le infezioni correlate all'assistenza nelle RSA condividono la definizione formale, ma si presentano con caratteristiche epidemiologiche, cliniche e gestionali profondamente diverse.

Diagnosi prevalentemente clinica

Accesso limitato a laboratorio e imaging: la diagnosi si basa spesso su criteri clinici senza conferma microbiologica.

Sintomatologia atipica

Febbre assente o attenuata, confusione mentale acuta, calo funzionale: i classici segni di infezione possono mancare completamente.

Antibiotici empirici frequenti

La terapia viene avviata senza coltura, aumentando il rischio di selezione di resistenze e di uso inappropriato.

Interfaccia continua con ospedale e territorio

I frequenti trasferimenti creano un costante scambio di patogeni tra setting assistenziali diversi.

📌 L'epidemiologia delle RSA non è quella dell'ospedale: adottare strumenti e definizioni calibrati sul contesto è una condizione imprescindibile per una sorveglianza efficace.

HALT: un modello europeo di riferimento

Il progetto HALT (Healthcare -Associated Infections in Long -Term Care Facilities) è coordinato dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e rappresenta il più importante sistema europeo di sorveglianza delle ICA nelle strutture di cura a lungo termine.

Studio di prevalenza puntuale (PPS)

Fotografia standardizzata della situazione infettiva e dell'uso di antibiotici in un singolo giorno.

Standardizzazione europea

Definizioni e metodologie condivise permettono confronti affidabili tra paesi e nel tempo.

Confrontabilità longitudinale

Quattro edizioni (HALT-1 fino a HALT-4, 2023–2024) consentono di analizzare l'evoluzione del fenomeno.



Long-term care: una frontiera critica della sicurezza

I dati ECDC del quarto studio HALT (2023–2024) confermano che le strutture di cura a lungo termine non sono contesti a basso rischio infettivo. Le ICA interessano una quota rilevante di residenti e molti casi coinvolgono patogeni resistenti.

3.1%

Prevalenza ICA

dei residenti in LTC europee ha almeno una ICA correlata alla struttura

86%

Siti principali

dei casi riguarda tratto urinario, respiratorio o cute/ferite

23%

AMR

degli isolati mostra resistenza antimicrobica: un dato che impone attenzione

❏ Le RSA non sono contesti a basso rischio: sorvegliare è un atto di responsabilità clinica e istituzionale.

Healthcare-associated infections – a threat to residents of long-term care facilities in Europe



In 2023–2024, ECDC coordinated the fourth point prevalence survey of healthcare-associated infections (HAIs) and antimicrobial use in European long-term care facilities (LTCFs). While the prevalence of HAIs in LTCFs is lower than in acute care hospitals, they are still of concern. Although some HAIs can be treated easily, others may seriously affect individual's health.

HAIs are a problem for LTCFs



3.1%

of LTCF residents have at least one HAI associated with their LTCF.



86%

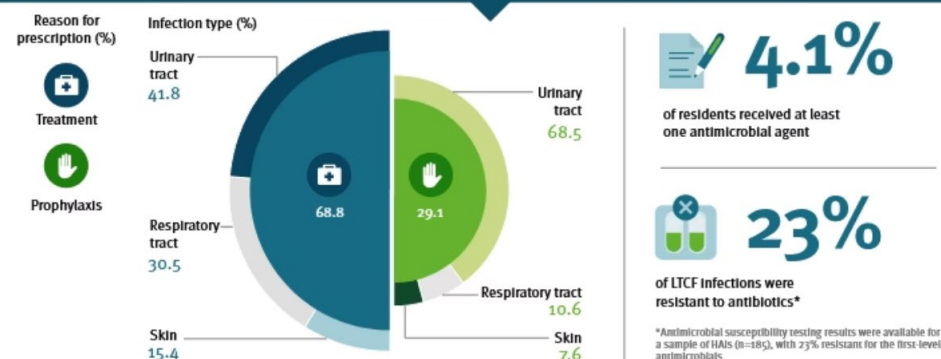
of cases are urinary tract, respiratory tract or skin infections



20%

of these cases had a positive microbiological result

Many infections detected in LTCFs are resistant to antimicrobials, and antimicrobials continue to be overprescribed



Dati italiani: cosa emerge dal confronto HALT

Il confronto tra i dati HALT -3 (2016–2017, con 418 strutture partecipanti) e il Pilota 2022 (15 strutture) offre una fotografia dell'evoluzione del fenomeno in Italia, evidenziando profili di infezione e uso di antibiotici sostanzialmente stabili.

1

Prevalenza ICA ~2–4%

Il tratto respiratorio e urinario si confermano i siti più frequentemente coinvolti in entrambe le rilevazioni.

2

Uso antibiotici ~3–4%

La quota destinata a terapia supera l'87% del totale; la profilassi incide per circa il 12–13%.

3

Pattern stabile nel tempo

Nonostante la pandemia, le prevalenze restano comparabili, segnalando un problema strutturale persistente.

HALT 3 2016-2017		HALT PILOTA 2022	
418		15	
Strutture partecipanti			
		Tutte le ICA (incluso SARS-CoV-2)	ICA escludendo SARS-CoV-2
3,9%	Prevalenza di infezione	2,5%	2,1%
Siti di infezione:			
36,6%	Tratto respiratorio	40,6%	2,2%
26%	Tratto urinario	28,1%	31,3%
15,7%	Cute/ferita	6,3%	12,5%
5,2%	Occhio, orecchio, naso, bocca	3,1%	6,3%
7,7%	Gastrointestinali	0,0%	0,0%
4,2%	Prevalenza uso di antibiotico	3,0%	
12,3%	Profilassi	12,8%	
87,7%	Terapia	87,1%	
Siti di infezione trattati (% sul totale):			
39,6%	Tratto respiratorio	22,6%	
26,3%	Tratto urinario	29,0%	
12,3%	Cute/ferita	9,7%	

RSA e antibiotico-resistenza

Le RSA sono ambienti in cui la pressione selettiva degli antibiotici è costante: l'uso frequente, spesso empirico e prolungato, favorisce la selezione e la circolazione di microrganismi resistenti in contesti dove la loro diffusione è difficilmente controllabile.

Prescrizione empirica senza coltura

L'assenza di conferma microbiologica porta a trattamenti a largo spettro che amplificano la resistenza.

Ambienti chiusi e condivisione degli spazi

La vita comunitaria favorisce la trasmissione di ceppi resistenti tra residenti e operatori.

Sorveglianza = appropriatezza prescrittiva

Monitorare le ICA significa anche valutare la qualità e la pertinenza delle scelte terapeutiche.

Figure 13. Prevalence of eligible LTCF residents receiving at least one antimicrobial agent on the day of the PPS, HALT-4, 2023–2024

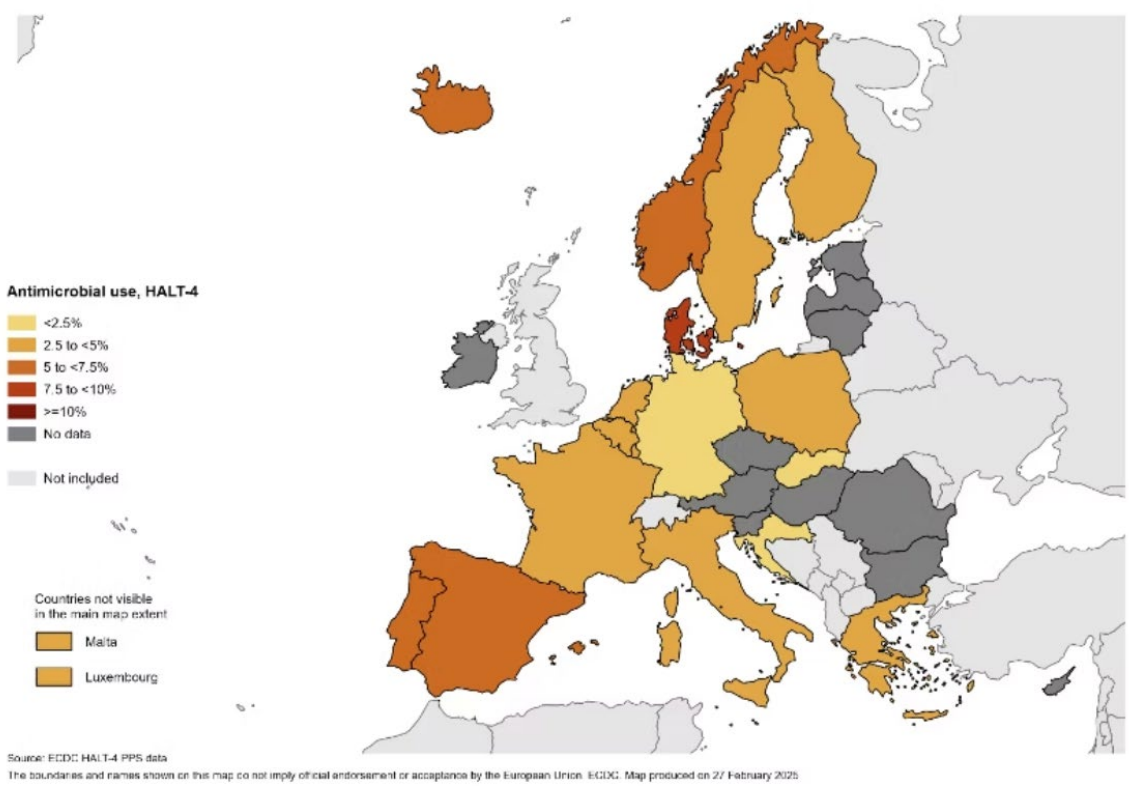


Table 20. Number and prevalence of eligible LTCF residents receiving at least one antimicrobial agent on the day of the PPS, by country, HALT-4, 2023–2024

Country	No. of eligible residents	No. of residents with antimicrobial agents	Prevalence (%) of residents with at least one antimicrobial agent (LTCF mean and percentiles)*					No. of antimicrobial agents
			AU%	Mean	P25	Median	P75	
Belgium	7 345	337	4.6	4.6	2.6	3.8	6.8	347
Croatia	974	17	1.7	1.6	0.5	1.0	2.6	17
Denmark	3 890	297	7.6	7.6	2.6	6.8	11.5	313
Finland	2 611	115	4.4	4.1	0.0	3.4	6.3	118
France	3 140	81	2.6	2.6	0.0	2.5	3.9	86
Germany	3 988	49	1.2	1.3	0.0	0.9	2.0	51
Greece	1 366	49	3.6	3.5	1.6	3.1	5.1	58
Iceland	1 390	97	7.0	7.4	5.6	6.2	10.4	102
Italy	3 587	116	3.2	4.9	1.3	2.5	6.7	124
Luxembourg	5 420	185	3.4	3.6	2.0	3.1	4.9	195
Malta	2 800	82	2.9	2.8	0.7	2.2	3.7	89
Netherlands	3 005	152	5.1	6.3	2.9	5.4	8.5	163
Norway	5 231	284	5.4	5.4	1.6	4.5	8.3	296
Poland	2 109	52	2.5	2.9	0.0	2.7	4.4	60
Portugal	1 310	67	5.1	5.7	0.0	4.6	8.5	70
Slovakia	4 301	99	2.3	2.4	0.0	1.8	3.2	106
Spain	7 316	375	5.1	6.5	2.9	4.8	6.9	384
Sweden	1 262	48	3.8	4.6	0.0	0.0	7.1	48
Total	61 045	2 502	4.1	4.7	0.0	3.3	6.7	2 627

RSA e ospedale: un sistema assistenziale interconnesso

Le RSA e gli ospedali non sono sistemi separati. I frequenti trasferimenti dei residenti — verso il pronto soccorso, i reparti per acuti e le strutture di riabilitazione — creano connessioni strutturali che determinano flussi bidirezionali di pazienti e, con essi, di patogeni.

Mobilità dei pazienti

I trasferimenti frequenti tra RSA, ospedali e territorio sono un determinante chiave della diffusione di AMR nei sistemi sanitari locali.



Rete assistenziale integrata

RSA, ospedali per acuti e strutture territoriali formano un'unica rete: le infezioni che circolano in un nodo si propagano agli altri.



Circolazione di AMR

Studi recenti (Tadese et al.; Bower et al.) confermano che la mobilità inter-strutturale è il principale vettore della diffusione territoriale dei patogeni resistenti.

Le strutture con alta centralità sono i principali amplificatori del rischio: intervenire su di esse ha effetto moltiplicatore sull'intera rete.

Valutare il rischio nella propria RSA

Non tutte le RSA presentano lo stesso profilo di rischio infettivo. La sorveglianza efficace parte dalla conoscenza del contesto specifico: ogni struttura deve costruire la propria mappa del rischio prima di definire le priorità di intervento.



Carico assistenziale

Rapporto operatori/residenti, ore di assistenza pro capite e turnover del personale influenzano direttamente il rischio di trasmissione.



Percentuale allettati e dispositivi

Catetere vescicale, PEG, accessi venosi e lesioni da pressione sono fattori di rischio indipendenti per le ICA.



Struttura fisica

Disposizione delle stanze, disponibilità di bagni dedicati e aree di isolamento determinano le possibilità di contenimento.



Formazione del personale

Il livello di competenza su igiene delle mani, isolamento e uso dei DPI è un fattore protettivo fondamentale.

La valutazione del rischio: un approccio strutturato

Cos'è il rischio?

Il rischio è la **combinazione tra la probabilità che si verifichi un evento dannoso e la gravità delle sue conseguenze** su individui o popolazioni. Nella sorveglianza delle ICA in RSA, questa definizione si traduce in una valutazione sistematica di minacce, vulnerabilità e impatti attesi.



La valutazione del rischio: uno strumento operativo

Costruire una valutazione del rischio infettivo nella propria RSA non è un esercizio teorico, ma uno strumento operativo che consente di classificare le minacce infettive per concentrare risorse e azioni dove sono più necessarie.

guida le priorità di intervento. La matrice rischio-probabilità

Rischio Trascurabile

**Bassa probabilità,
basso impatto.**



Rischio Moderato

**Media probabilità,
medio impatto.**



Rischio Elevato

**Alta probabilità,
alto impatto.**



Rischio Critico

**Alta probabilità,
alto impatto.
Azioni prioritarie.**



Ogni struttura dovrebbe condurre questa analisi almeno annualmente, aggiornandola dopo focolai, cambiamenti organizzativi o nuove indicazioni normative.

Cosa significa sorvegliare in RSA

La sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive si basa tipicamente sul contatto del caso con un operatore sanitario: senza diagnosi formale, non c'è notifica. In RSA, dove la sintomatologia è atipica e l'accesso diagnostico limitato, rischiamo di vedere soltanto la punta dell'iceberg.

Misurare sistematicamente

Non affidarsi alla percezione clinica: definire periodicità, metodi e responsabilità per la raccolta dati.

Usare definizioni standardizzate

Adottare criteri condivisi (es. criteri McGeer o NHSN) per garantire confrontabilità interna e con benchmark nazionali/europei.

Restituire i dati alla struttura

Il feedback ai professionisti è il motore del cambiamento: i dati devono tornare a chi può agire su di essi.

Attivare miglioramento continuo

La sorveglianza non è un fine, ma un mezzo: i dati devono tradursi in piani di azione verificabili e aggiornabili.

Indicatori che contano

Una sorveglianza efficace non richiede un sistema sofisticato: richiede indicatori **semplici, riproducibili e sistematici**. Pochi dati raccolti con regolarità valgono più di molti dati raccolti in modo sporadico e inconsistente.

Prevalenza ICA Quota di residenti con almeno una ICA attiva in un giorno indice: indicatore sintetico dello stato infettivo della struttura.	Uso antibiotici Percentuale di residenti in terapia antibiotica, con distinzione tra uso terapeutico e profilattico.	Focolai infettivi Numero, tipologia e durata degli episodi epidemici: segnale precoce di criticità organizzative o strutturali.
Dispositivi a rischio Prevalenza di residenti con catetere vescicale, SNG/PEG, CVC o lesioni da pressione aperte.		Aderenza alle buone pratiche Conformità all'igiene delle mani, alle precauzioni standard e alle procedure di isolamento: il processo che genera l'esito.

La sorveglianza è un processo di team

Non è compito di uno solo

La sorveglianza delle ICA non può essere delegata a un singolo professionista. È un processo distribuito che richiede il contributo attivo di ogni figura presente nella struttura.

Ogni RSA deve designare un **responsabile per il controllo delle infezioni**, supportato da personale adeguatamente formato e da una cultura organizzativa orientata alla sicurezza.



Direzione sanitaria e medici

Definiscono protocolli, validano i dati e guidano le decisioni cliniche basate sulla sorveglianza.



Infermieri e coordinatori

Raccolgono i dati sul campo, rilevano i segnali precoci e coordinano l'applicazione delle misure.



OSS e personale assistenziale

Prima linea di osservazione e applicazione delle pratiche di prevenzione quotidiana.



Direzione generale

Fornisce risorse, formalizza responsabilità e promuove una cultura della sicurezza a livello istituzionale.



Cosa cambia in una RSA che sorveglia

Avviare un sistema di sorveglianza strutturato produce effetti concreti e misurabili sull'organizzazione e sulla qualità dell'assistenza. Il cambiamento non è immediato, ma progressivo e sostenibile.



Meno interventi "a sensazione"

Le decisioni si basano su dati oggettivi e tendenze osservate, non su percezioni soggettive o allarmi occasionali.



Maggiore appropriatezza antibiotica

Monitorare l'uso degli antibiotici consente di identificare prescrizioni non giustificate e avviare percorsi di stewardship antimicrobica.



Intercettazione precoce dei focolai

Un sistema di segnalazione attivo permette di riconoscere i cluster infettivi nelle prime fasi, limitando la diffusione.



Migliore comunicazione interna

I dati diventano linguaggio condiviso tra figure professionali diverse, rafforzando la coesione del team e la cultura della sicurezza.



Conclusione

Non possiamo eliminare tutta la fragilità. Possiamo governare il rischio infettivo.

Le RSA accolgono le persone più vulnerabili del nostro sistema sanitario. La sorveglianza sistematica delle ICA non è un adempimento burocratico: è il primo atto concreto di responsabilità verso chi vive e lavora in struttura.

Misurare

Costruire un sistema di raccolta dati semplice, sistematico e standardizzato. Senza dati, non c'è conoscenza del rischio.

Agire

Trasformare i dati in decisioni: protocolli, formazione, stewardship antibiotica, gestione dei focolai.

Migliorare

Verificare l'efficacia degli interventi, condividere i risultati e alimentare un ciclo continuo di apprendimento organizzativo.



Misurare è il primo atto di responsabilità verso chi vive in RSA.
possibile, è doverosa, e produce risultati.

La sorveglianza è



UNIVERSITÀ
DI PISA



Grazie per l'ascolto!

caterina.rizzo@unipi.it

