

magazine

nr. 2 • maggio 2026

San.ita

Il periodico di sanificazione e salute circolare promosso da Copma



LA SALUTE COME SISTEMA: IL RUOLO DEGLI AMBIENTI

Con questo secondo *numero di San.ita magazine* prosegue un percorso editoriale che nasce con un obiettivo preciso: contribuire a una maggiore consapevolezza sui temi della sicurezza degli ambienti e della salute pubblica, offrendo strumenti di lettura accessibili e fondati su evidenze scientifiche.

Il recente **convegno San.ita 2026** ha rappresentato un momento di confronto significativo tra ambiti diversi, sanitario, istituzionale e scientifico, confermando quanto il tema delle infezioni correlate all'assisten-

za e della resistenza antimicrobica richieda oggi un approccio condiviso e sistemico.

I dati attuali e prospettici delineano infatti uno scenario che non può essere affrontato in modo settoriale, ma che chiama in causa responsabilità diffuse e scelte consapevoli.

È ormai evidente il **ruolo dell'ambiente** come fattore determinante nei processi di prevenzione. Parlare di sanificazione significa superare una visione limitata alla pulizia per introdurre il concetto di igiene stabile, capace di mantenere nel tempo condizioni favorevoli alla salute. Come cooperativa che opera in contesti ad alta responsabilità, riteniamo che la

divulgazione rappresenti parte integrante del nostro contributo.

Questo magazine si inserisce in tale direzione: uno spazio aperto, orientato alla condivisione di conoscenze e alla costruzione di una cultura diffusa della prevenzione. In questo numero restituiamo una sintesi degli interventi del convegno del 21 aprile a Bologna, con l'obiettivo di rendere accessibili i principali elementi emersi anche a chi non ha potuto partecipare.



Silvia Grandi
Presidente COPMA
Scpa

Sicurezza delle cure: visione e responsabilità

La sicurezza delle cure rappresenta oggi uno degli indicatori più significativi della qualità dei sistemi sanitari. In un contesto definito come “ultra sicuro” dall’OMS, le Infezioni Correlate all’Assistenza continuano tuttavia a costituire un elemento critico, evidenziando un paradosso della medicina contemporanea: l’evoluzione delle pratiche cliniche, sempre più efficaci, introduce al contempo nuovi livelli di rischio.

Il dottor **Francesco Veneri**, clinical risk manager della Regione Toscana, ha affrontato il tema sottolineando come la sicurezza non possa essere considerata un adempimento formale, ma una componente strutturale del diritto alla salute. La prevenzione delle ICA richiede allora il superamento di logiche organizzative frammentate e l’adozione di un approccio sistemico, capace di coinvolgere in modo trasversale tutte le professionalità che operano nei contesti di cura.

Un elemento centrale è rappresentato dalla costruzione di una cultura condivisa della sicurezza, fondata su modelli organizzativi orientati al miglioramento conti-

nuo. Assume particolare rilevanza, a questo proposito, il principio del “no blame”, che consente di trasformare la segnalazione dell’errore in uno strumento di apprendimento, superando una visione punitiva e favorendo l’evoluzione dei processi.

La gestione del rischio infettivo passa inoltre attraverso una maggiore integrazione tra ambito clinico, organizzativo e operativo. Il coinvolgimento del personale addetto alla sanificazione, insieme alla formazione continua e alla corretta applicazione dei protocolli, diventa parte integrante delle strategie di prevenzione.

Emerge con chiarezza, in tutto questo, il ruolo della governance, chiamata a orientare le scelte verso soluzioni validate e a garantire condizioni organizzative in grado di ridurre il rischio. La sicurezza delle cure si configura così come un processo complesso e condiviso, che richiede responsabilità diffuse e una visione coerente dell’intero sistema.

RSA e infezioni: un rischio sottovalutato

Le Residenze Sanitarie Assistenziali rappresentano oggi uno degli ambiti più complessi nella gestione del rischio infettivo. Contesti nati per garantire assistenza e qualità della vita a persone fragili si trovano sempre più spesso ad accogliere ospiti con condizioni cliniche assimilabili a quelle dei pazienti ospedalieri, determinando un’evoluzione sostanziale del profilo di rischio.

Il dottor **Enrico Ricchizzi**, ricercatore presso l’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell’Emilia-Romagna, ha evidenziato come le RSA costituiscano veri e propri ecosistemi fragili, nei quali la com-



ponente sanitaria si intreccia con quella sociale. In queste strutture, il termine “ospite” non è soltanto una definizione, ma riflette un modello assistenziale che deve conciliare cura, quotidianità e relazioni.

I dati disponibili delineano uno scenario significativo: una quota rilevante dei decessi nelle lungodegenze è associata alle infezioni correlate all’assistenza, in particolare di natura respiratoria e urinaria. A incidere sono diversi fattori, tra cui la presenza di dispositivi invasivi, la fragilità clinica e cognitiva degli ospiti e una minore disponibilità di strumenti diagnostici rispetto al contesto ospedaliero.

Le RSA possono diventare, per questo, anche un importante serbatoio di microrganismi resistenti, contribuendo alla diffusione della resistenza antimicrobica. La gestione del rischio richiede quindi un rafforzamento dei protocolli di prevenzione, ma anche un investimento strutturale in formazione e competenze.

La complessità di questi contesti impone un approccio integrato, in cui la prevenzione non sia limitata agli aspetti clinici, ma includa in modo sistematico l’organizzazione degli ambienti e delle pratiche assistenziali. Solo attraverso una visione complessiva è possibile intervenire in modo efficace su uno dei nodi più critici della sanità contemporanea.



ICA e responsabilità: cosa deve provare la struttura

Nel contenzioso relativo alle infezioni correlate all'assistenza, la questione centrale non è l'evento in sé, ma la capacità della struttura di dimostrare di aver adottato tutte le misure necessarie a prevenirlo.

L'avvocato **Maurizio Hazan**, presidente della Fondazione Italia in Salute, ha ricondotto il tema alla Legge 24/2017, che ha spostato il baricentro della responsabilità civile verso la struttura, chiamata a rispondere delle carenze organizzative.

La responsabilità per ICA non è tuttavia oggettiva: la struttura può essere esentata se prova di aver rispettato le *leges artis*.

Il nodo diventa quindi probatorio.

La Cassazione, con la sentenza n. 6386/2023, ha individuato un insieme di requisiti, il cosiddetto "terdecalogo", che include, tra gli altri, igiene delle mani, sanificazione degli ambienti, gestione dei dispositivi e formazione del personale.

Non è sufficiente l'adozione for-

male: le misure devono essere applicate e documentate nel caso concreto.

Vale la pena sottolineare anche la distinzione tra misure specifiche, riferite al singolo paziente, e misure generali, che riguardano l'organizzazione complessiva e possono essere dimostrate attraverso sistemi di controllo e monitoraggio. Un passaggio particolarmente rilevante riguarda inoltre l'obbligo, per le strutture, di adottare tecnologie innovative validate, laddove disponibili, per la riduzione del rischio infettivo. La mancata adozione può configurare una responsabilità in capo ai livelli apicali.

A rafforzare questo impianto interviene il DM 232/2023, che dal marzo 2026 introduce requisiti stringenti in materia organizzativa e assicurativa, rendendo la gestione del rischio una condizione per l'accesso alle coperture.

La prevenzione assume così anche una dimensione economica: il costo crescente dei risarcimenti impone un ripensamento del sistema.

A questo proposito, è stato richiamato il modello indennitario francese, come possibile evoluzione.

La sicurezza delle cure si configura quindi come un processo dimostrabile, che intreccia dimensione clinica, organizzativa e giuridica.

Sanificazione probiotica: cambio di paradigma

La gestione del rischio infettivo negli ambienti costruiti si confronta oggi con un limite strutturale delle pratiche tradizionali: la disinfezione chimica garantisce un abbattimento immediato della carica microbica, ma non è in grado di mantenerlo nel tempo e può favorire la selezione di microrganismi resistenti.

La professoressa **Elisabetta Caselli**, professore associato in Microbiologia clinica all'Università di Ferrara, ha proposto un cambio di paradigma basato sul concetto di microbioma ambientale.

Gli ambienti non sono superfici neutre, ma ecosistemi complessi nei quali le comunità microbiche interagiscono in modo dinamico.

In questo contesto si inserisce la **sanificazione probiotica**, che utilizza microrganismi non patogeni del genere *Bacillus* per riequilibrare il microbioma attraverso meccanismi di esclusione competitiva. A differenza della disinfezione chimica, l'obiettivo non è l'eliminazione indiscriminata, ma la stabilizzazione dell'ambiente nel tempo.

I dati presentati evidenziano una riduzione stabile dei principali patogeni ospedalieri, inclusi quelli appartenenti al gruppo ESKAPE, superiore all'80%, accompagnata da una diminuzione delle infezioni correlate all'assistenza pari al 52%. Parallelamente, si registra una riduzione significativa del consumo di antibiotici, fino al 60%, con un impatto diretto anche sui costi sanitari.

Un ulteriore elemento riguarda la sicurezza del sistema: studi condotti su lungo periodo dimostrano che i ceppi utilizzati non acquisiscono né trasferiscono geni di





resistenza, mantenendo stabilità genetica anche in ambienti complessi.

L'approccio si inserisce nel modello One Health, che considera in modo integrato salute umana, ambientale e animale. La sanificazione diventa così uno strumento attivo di prevenzione, capace di intervenire non solo sull'esposizione al rischio, ma anche sulle dinamiche evolutive dei microrganismi.

Il passaggio da una logica di abbattimento a una di equilibrio rappresenta uno dei cambiamenti più rilevanti nella gestione degli ambienti di cura, con implicazioni che si estendono oltre il contesto sanitario.

Prevenzione ICA: il problema è applicare le regole

Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano uno degli indicatori più rilevanti della qualità delle cure e, al tempo stesso, uno degli ambiti in cui il divario tra conoscenza e pratica resta più evidente.

Il dottor **Massimo Sartelli**, chirurgo e presidente SIMPIOS, ha definito le ICA un vero e proprio fallimento assistenziale, sottolineando come la loro prevenzione non possa essere delegata a singole figure specialistiche, ma debba diventare una responsabilità condivisa all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Le linee guida esistono e sono consolidate. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato otto pilastri per l'Infection Prevention and Control, che includono sorveglianza, formazione, igiene delle mani, uso appropriato degli anti-

biotici e gestione degli ambienti. Il problema, ha evidenziato Sartelli, non è la mancanza di indicazioni, ma la loro applicazione nella pratica quotidiana.

Il fattore determinante, allora, è il contesto organizzativo. La capacità di tradurre le raccomandazioni in comportamenti sistematici dipende dal cosiddetto "*clima di sicurezza*", ovvero dall'insieme di condizioni che favoriscono l'adesione alle buone pratiche. Senza un ambiente organizzativo coerente, anche le migliori linee guida restano inefficaci.

Un ulteriore elemento riguarda la forte variabilità territoriale, che caratterizza il sistema sanitario italiano. Le differenze tra regioni in termini di implementazione delle strategie di prevenzione incidono direttamente sugli esiti e sulla diffusione della resistenza antimicrobica.

La prevenzione delle ICA richiede quindi un approccio multidisciplinare, che integri competenze cliniche, organizzative e operative. Anche il comportamento umano assume un ruolo centrale: il cambiamento non è solo tecnico, ma *culturale*.

La sfida non è definire nuove regole, ma rendere applicabili quelle esistenti, adattandole ai contesti e garantendone la continuità nel tempo.



Infodemia e scienza: ricostruire fiducia

L'accesso diffuso alle informazioni non coincide automaticamente con una maggiore conoscenza.

Nell'attuale ecosistema comunicativo, la sovrabbondanza di contenuti produce spesso l'effetto opposto: disorientamento, soprattutto su temi scientifici complessi.

Ennio Battista, giornalista scientifico e moderatore del convegno, ha descritto questo scenario come una condizione in cui l'eccesso informativo favorisce la diffusione di semplificazioni e narrazioni distorte.

Il pubblico tende così a selezionare le informazioni che confermano convinzioni preesistenti, rafforzando meccanismi di bias cognitivo.

Battista definisce il ruolo contemporaneo del divulgatore come quello di un "igienista mentale", riprendendo Ortega y Gasset: una figura chiamata a fare chiarezza all'interno di una produzione informativa sempre più ampia e stratificata.

Non si tratta solo di trasmettere contenuti, ma di aiutare a distinguere tra ciò che è fondato e ciò

che è costruito.

La sfida si è ulteriormente evoluta con l'intelligenza artificiale, che sposta il problema dalla veridicità alla riconoscibilità dell'informazione.

La difficoltà non è più soltanto verificare se un contenuto sia corretto, ma comprendere se sia autentico o generato, in un contesto in cui il confine tra reale e sintetico diventa sempre meno evidente. La manipolazione dell'informazione, tuttavia, non è un fenomeno esclusivamente contemporaneo. Battista richiama casi storici, come quelli legati a tabacco, amianto e zucchero, per evidenziare come la produzione scientifica sia stata, nel tempo, esposta a pressioni economiche e culturali.

In questo scenario, la comunicazione scientifica assume una funzione strategica: non solo informare, ma costruire un'alleanza orizzontale con il cittadino, restituendo strumenti critici e capacità di interpretazione.

La qualità dell'informazione diventa così un elemento integrante dei processi di prevenzione, incidendo direttamente sui comportamenti individuali e collettivi.

Ricostruire fiducia nella scienza significa, quindi, rendere comprensibile il metodo, più che semplificare i contenuti.

Pulizia e microbi: verso un nuovo equilibrio

La qualità degli ambienti indoor rappresenta un fattore determinante per la salute, considerando che la maggior parte del tempo viene trascorsa in spazi chiusi. Il concetto di pulizia assume qui un significato più ampio, che va oltre l'eliminazione visibile dello sporco. **Lucia Cuffaro**, divulgatrice scientifica, ha proposto una riflessione sul rapporto tra esseri umani e microrganismi, evidenziando come l'obiettivo non debba essere la sterilizzazione totale, ma il mantenimento di un equilibrio microbiologico.

Un approccio coerente con il modello One Health, che integra salute umana, ambientale e comportamenti quotidiani.

Un elemento critico riguarda la cosiddetta "chimica invisibile", ovvero l'insieme di sostanze contenute nei prodotti di uso comune, come tensioattivi derivati dal petrolio, composti organici volatili e ftalati, che possono agire come interferenti endocrini. L'esposizione prolungata a queste sostanze è associata a effetti sulla salute respiratoria e sul sistema ormonale, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili.

La ricerca di ambienti sempre più "sterili", ottenuta attraverso un uso intensivo di prodotti chimici aggressivi, può inoltre generare effetti controproducenti, contribuendo a ridurre la biodiversità microbica e favorendo condizioni di maggiore vulnerabilità.

Diventa quindi rilevante sviluppare una maggiore consapevolezza nell'uso dei prodotti per la detergenza, a partire dalla lettura delle etichette e dalla scelta di soluzioni meno impattanti. Tra queste, l'impiego di sostanze di origine natu-





rale o sistemi basati su microrganismi non patogeni rappresenta una possibile alternativa.

La gestione degli ambienti non si limita quindi al controllo del rischio, ma si configura come una pratica quotidiana orientata alla costruzione di condizioni favorevoli alla salute.

Un cambiamento che richiede conoscenza, attenzione e un diverso rapporto con ciò che, pur non essendo visibile, incide in modo significativo sul benessere.

AMR: una pandemia silenziosa da fermare

La resistenza antimicrobica rappresenta oggi una delle principali minacce per la salute globale, con un impatto già evidente e prospettive in ulteriore peggioramento nei prossimi decenni.

Il professor **Matteo Bassetti**, ordinario di Malattie Infettive all'Università di Genova, ha definito l'AMR una "pandemia silenziosa", sottolineando come entro il 2050 possa diventare la prima causa di morte a livello globale.

In Europa, e in particolare in Italia, il fenomeno assume dimensioni rilevanti, con livelli di resistenza tra i più elevati e una quota significativa dei decessi correlati.

Uno degli elementi più critici riguarda l'estensione dei contesti a rischio. Le infezioni non sono più confinate all'ospedale, ma interessano sempre più RSA, ambulatori e assistenza domiciliare, richiedendo un approccio più ampio alla prevenzione.

La gestione dell'AMR, però, non può essere affidata esclusivamente alla terapia farmacologica. L'uso inappropriato degli antibiotici, spesso influenzato da fattori culturali e organizzativi, contribuisce alla selezione di ceppi resistenti, rendendo meno efficaci le opzioni terapeutiche disponibili.

La risposta deve essere integrata. Accanto all'Antimicrobial Stewardship, assume un ruolo centrale la prevenzione ambientale. Bassetti ha evidenziato a questo proposito l'efficacia di sistemi di sanificazione evoluti come il **PCHS®**, definito uno strumento capace di agire sul reservoir microbico ambientale riducendo in modo significativo i geni di resistenza, inclusi mecA e Oxa, senza esercitare quella pres-

sione selettiva tipica dei disinfettanti chimici.

Parallelamente, è necessario mantenere il focus sulle misure realmente efficaci. Interventi come l'igiene delle mani e la corretta gestione dei dispositivi invasivi restano centrali, mentre pratiche "cosmetiche", come l'uso improprio di calzari o camici sterili, rischiano di distogliere attenzione dalle azioni a maggiore impatto.

La gestione dei microbi richiede quindi una visione sistemica, che integri dimensione clinica, comportamentale e ambientale. Solo attraverso questo approccio è possibile intervenire in modo concreto su una delle sfide più complesse della sanità contemporanea.



Da una storia solida crescono serie prospettive



Cooperativa
per natura.



COPMA



PCHS



COPMA

san·ita

PCHS