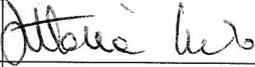


TITOLO DOCUMENTO **Programma di controllo della Legionellosi 2025**

TIPO DOCUMENTO  POS – Procedura Operativa Standard  IOP – Istruzione Operativa  LG – Linea Guida  
 PROT - Protocollo  PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale  
 REG - Regolamento  Altro (specificare) **PROGRAMMA**

	FUNZIONE	NOMINATIVO	FIRMA	DATA
ELABORATO	Medico Direzione Sanitaria/Coordinatore Comitato ICA	V. Rendo		
VERIFICATO	Resp. Qualità Accreditamento e Processi	L. Farella		
APPROVATO	Direttore Sanitario	G. Capalbo		
	Direttore Generale	D. Piacentini		

Archiviazione originale  UFFICIO QUALITÀ  Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
Copia Controllata  Intranet aziendale  Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
Lista di distribuzione  Tutto il personale interessato  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

REVISIONI (n/data)	MOTIVO DELLA REVISIONE
0 24/02/2025	Implementazione programma in ottemperanza della nota regionale prot. N. 0079798 del 22/01/2025
1	
2	
3	

## Sommario

1. ATTIVITA' DEL GRUPPO DI LAVORO PER IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI .....	3
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' .....	4
3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO E GESTIONE DEI punti di prelievo POSITIVI .....	5
4. INDICATORI.....	6

## 1. ATTIVITA' DEL GRUPPO DI LAVORO PER IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Presso l'Ospedale Isola tiberina Gemelli Isola (ITGI) è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare con prot. N. 324 del 24/02/2025 con il compito di definire con cadenza annuale il Programma di controllo della legionellosi.

Il gruppo di lavoro è costituito dai seguenti componenti:

1. Medico di Direzione Sanitaria e/o coordinatore del Comitato ICA
3. Risk Manager
4. Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
5. Dirigente dell'Ufficio Tecnico
6. Responsabile DEA
7. Direttore UOC Medicina di Laboratorio

Il Programma di controllo della legionellosi riproduce in parte le indicazioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione e il controllo della legionellosi ITGI DS POS 19 rendendo operative le attività di prevenzione e controllo per la legionellosi.

Nel presente programma sono riportate le attività del gruppo di lavoro da aggiornare annualmente in base alla matrice di rischio, dipendente dal numero dei casi e dal numero di campioni positivi per legionella.

Le attività del programma di controllo della Legionellosi per il 2025 sono:

1. Piano di controllo degli impianti idrici interni, che preveda controlli relativi a piombo, Legionella e L. Pneumophila.
2. effettuare operazioni di pulizia e disinfezione sugli impianti a rischio;
3. effettuare celermente campionamenti dell'acqua per la ricerca di Legionella nel caso in cui le misure di controllo non possano essere tutte immediatamente messe in atto:
  - a. il campionamento deve essere effettuato prima che venga attuato un qualunque intervento di disinfezione o pratica preventiva (pulizia e/o disinfezione con qualunque metodo) oppure a distanza di un tempo congruo dalla sua esecuzione;
  - b. nel caso in cui uno dei campionamenti evidenzia positività, viene svolta un'ulteriore azione di controllo (vedi cap.3)
4. conservare la documentazione relativa a:
  - a. eventuali modifiche apportate a ciascun impianto a rischio;
  - b. interventi di manutenzione ordinari e straordinari, relativi al controllo del rischio applicati su ciascun impianto a rischio;
5. segnalazione tempestiva alla ASL competente per territorio di ogni caso nosocomiale sospetto o confermato;
6. nei reparti interessati, senza attendere gli esiti del campionamento, devono essere fin da subito:
  - informati i soggetti potenzialmente interessati (operatori sanitari, pazienti, ecc.);
  - monitorate le procedure assistenziali;
  - implementare la sorveglianza clinica sui pazienti e garantire la tempestiva esecuzione di test diagnostici al presentarsi di sintomi compatibili con legionellosi;

- attuate le prime misure per minimizzare l'eventuale rischio derivante dagli impianti idrici e aeraulici, escludendo ad esempio l'uso delle docce, disattivando la funzione di umidificazione delle UTA, ecc.;

7. assicurare la disponibilità dei test diagnostici di laboratorio da parte dei medici e ne devono verificare periodicamente l'effettivo utilizzo;

8. analizzare, almeno una volta ogni anno, la proporzione di pazienti ricoverati con polmonite o con polmonite insorta durante il ricovero per i quali è stato richiesto ed effettuato almeno un test per Legionella;

9. comunicare formalmente ai reparti gli esiti della valutazione del rischio, compresa quella effettuata a seguito di casi nosocomiali;

10. provvedere all'informazione/formazione dei medici in merito a:

- elevato sospetto per la polmonite da Legionella associata a pratiche assistenziali ed utilizzo di test diagnostici appropriati;

- sulle misure di controllo delle legionellosi associate alle pratiche assistenziali.

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

I componenti del Gruppo di lavoro insieme agli uffici coinvolti nella gestione del controllo della legionella sono responsabili dell'applicazione del programma di controllo annuale.

Hanno partecipato alla verifica del programma i componenti del gruppo di lavoro senza apposizione di firma.

ATTIVITÀ	Direzione Sanitaria/Coordinatore Comitato ICA	Resp. Ufficio Tecnico	RSP	GDL	Direttori UU.OO.
Interventi di prevenzione e manutenzione sugli impianti sanitari	C	R	I	I	I
Gestione e controllo documentazione su impianti	I	R	I	I	
Valutazione del rischio	C	C	R	C	I
Collabora alla valutazione del rischio e aggiorna il programma di controllo della legionellosi				R	
Implementazione di buone pratiche per contenere il rischio e revisione procedura	R				
Verifica adozione misure igienico-sanitarie e supervisiona stato manutentivo rete idrica	R				
Indagine ambientale per la valutazione del rischio identificando i punti critici		R			
Vigila sulle ditte esterne incaricate della gestione e della manutenzione degli impianti tecnologici		R			
Misure di bonifica		R			
Campionamenti ambientali	R		C	I	C

Verifica ambienti di lavoro e se necessario aggiorna il DVR			R		
Esecuzione indagine epidemiologica in caso di legionellosi isolata o in cluster epidemico	R				
Notifica di denuncia Legionella e scheda di sorveglianza	R	I	C	C	R

In procedura aziendale ITGI DS POS 19 vengono riportati i punti di prelievo per la ricerca della Legionella in ospedale, eseguiti a cadenza semestrale, tranne nei casi di positività, dove, a seguito dell'intervento di sanificazione, vengono ripetuti mensilmente fino alla negatività del campione.

### 3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO E GESTIONE DEI PUNTI DI PRELIEVO POSITIVI

La direzione sanitaria ogni anno analizza il numero dei pazienti ricoverati con polmonite con test positivo per Legionella e i valori dei campionamenti sugli impianti idrici e areaulici e sugli ambienti risultati positivi alla ricerca di Legionella.

Queste analisi vengono discusse in sede di riunione del GDL e vengono messi in atto gli interventi correttivi a seconda dell'andamento dei dati registrati.

**Tabella 1- casi notificati di legionella e punti di prelievo positivi – Triennio 2022-2024**

Anno	Casi notificati di Legionella tra i pz ricoverati (di cui casi di polmonite da L.)	n. prelievi	n. positivi
2022	6 (4)	18	2(11%)
2023	4 (1)	24	6(25%)
2024	23(5)	23	4(17%)

A seguito dell'analisi dei dati in caso di riscontri negativi ai controlli microbiologici post disinfezione dopo il primo caso positivo di prelievo vengono eseguiti controlli trimestrali.

Se persiste la negatività i controlli saranno semestrali.

Se invece persiste la positività dopo l'intervento di disinfezione viene valutata la concentrazione di Legionella e a seconda del livello si decidono gli interventi correttivi da eseguire.

**Tabella 2 - Interventi correttivi in base al livello di concentrazione di Legionella**

Valori soglia Legionella (UFC/L)	Intervento
Sino a 100	Permane piano di prevenzione
Tra 101 e 1000	Verificare attività di flussaggio Verificare presenza di incrostazioni Pulizia del terminale dell'impianto Valutare eventuale sostituzione dell'elemento terminale Valutare sostituzione del rompigitto Valutare introduzione filtri antibatterico

	Ricampionare entro 30 giorni dall'intervento
Tra 1001 e 10.000	Interdizione punto idrico Verificare corretta clorazione Verificare possibilità di disinfezione dell'impianto Ripetere azioni del punto precedente Ricampionare entro 15 giorni dall'intervento
Superiore a 10.000	Interdizione punto idrico Verificare corretta clorazione Verificare possibilità di disinfezione dell'impianto Verificare eventuali interventi manutentivi che possano aver generato aumentato rischio specifico (es.: creazione ramo terminale, riattivazione punto idrico in disuso) Ripetere azioni del primo punto Ricampionare entro 7 giorni dall'intervento

Eseguita la disinfezione, qualora i campioni fossero ancora positivi, viene effettuato un nuovo intervento seguito da due campionamenti: uno immediatamente dopo la disinfezione ed uno a distanza di circa 48 ore dalla stessa. Tale procedimento è da ripetere fino alla non rilevabilità della Legionella nei campioni di controllo microbiologico.

#### 4. INDICATORI

Tabella 3 – Indicatori di processo e di esito

indicatori	Standard	Responsabile flusso	Frequenza rilevazione	Fonte
Scheda di segnalazione del caso entro 48 ore dalla diagnosi	100%	Medico di reparto e Direzione Sanitaria	Semestrale	Scheda di Segnalazione
n. di campionamenti in reparti critici	≥4 per U.O.	Direzione Sanitaria	Semestrale	Rapporti di campionamento
n. interventi di manutenzione ordinaria	1 ogni 6 mesi	Ufficio Tecnico	Semestrale	Rapporti di manutenzione
n. casi legionellosi nosocomiale/anno	0	Direzione Sanitaria/coord. Comitato ICA	annuale	Scheda di notifica