

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781-PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

Commissario Straordinario Dott. Mauro Maccari
(Decreto Presidente Regione Lazio n.T00043 del 24/05/2023)
Deliberazione del Commissario Straordinario n.1 del 26/05/2023

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO 2024/006/2025 del 18/02/2025

STRUTTURA PROPONENTE

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2025.

Estensore: Dr.ssa Antonella Stefania Morgante Morgante Antonella Stefania

Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.

Responsabile del Procedimento: Dott. Morgante Antonella Stefania

Data 17/02/2025

Firmato elettronicamente da Morgante Antonella Stefania

Il Dirigente: Dott. Morgante Antonella Stefania

Data 18/02/2025

Firmato elettronicamente da Morgante Antonella Stefania

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa:

Autorizzazione: Senza impegno di spesa

Data

Dott.ssa Antonella Rossetti

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Roberta Teodori

favorevole

☒

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

☐

Data 18/02/2025

Firmato elettronicamente da Teodori Roberta

Parere del Direttore Sanitario

Dr. Angelo Barbato

favorevole

☒

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

☐

Data 18/02/2025

Firmato elettronicamente da Barbato Angelo

IL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA
UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING

PREMESSO che: alla UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, in staff al Direttore Sanitario, è affidato il compito di implementare percorsi di gestione del Rischio Clinico e di implementazione della Qualità;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale Lazio 14/07/2006 n. 424 che dispone tra i requisiti minimi organizzativi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie l'attivazione di un programma per la gestione del Rischio Clinico;

PRESO ATTO della istituzione del progetto Rating-ASL con deliberazione Regionale n.297 del 23/05/2006 per la realizzazione della "Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio come strumento di miglioramento della qualità assistenziale";

CONSIDERATO che il Ministero della Salute con decreto del 1 Dicembre 2009 ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative a:

- Eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario);
- Denunce dei sinistri;

TENUTO CONTO dell'intesa della Conferenza Permanente Rapporti Stato – Regioni del 20/03/2008 concernente la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;

VISTO che il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 individua quale punto focale dell'azione del Sistema Sanitario Nazionale lo sviluppo del governo clinico e della qualità dei servizi sanitari;

CONSIDERATO che il suddetto Piano Sanitario Regionale implementa un "approccio di sistema" basato sull'integrazione dei diversi aspetti del sistema medesimo e sulla collaborazione multidisciplinare attraverso gli strumenti di gestione del rischio clinico, formazione, audit, medicina basata sull'evidenza, linee guida e percorsi assistenziali, gestione dei reclami e del contenzioso, gestione del personale, gestione della documentazione, comunicazione e informazione corretta e trasparente, coinvolgimento dei pazienti;

PRESO ATTO che con DCA n. U00563 del 19/11/2015 è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CR-CCICA) e costituito il Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA;

VISTA la Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

CONSIDERATO che all'art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che "in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente";

VISTA la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017";

VISTO il DCA U00400 del 29 /10/2018 recante "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";

Nota: Il documento è firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso collegate.

TENUTO CONTO che il controllo del rischio clinico, in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), alle Lesioni da Pressione, alle Cadute e a qualsiasi altro fattore che impatti nella qualità dell'assistenza, costituisce, congiuntamente alla gestione del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della "performance" aziendale;

DATO ATTO che il miglioramento della sicurezza è un obiettivo prioritario di ogni organizzazione sanitaria e deve basarsi sul cambiamento culturale favorendo la diffusione delle buone pratiche;

VISTA la determinazione della Regione Lazio del 25/01/2022, n. G00643-Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota Prot. 0079798 del 22/01/2025 “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS);

VISTA la Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";

VISTA la Deliberazione Regione Lazio 21 dicembre 2021, n. 970 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025;

VISTO il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022;

VISTA la Determinazione della Regione Lazio G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";

VISTA la Determinazione 23 novembre 2023, n. G15665 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014);

VISTO il “Regolamento sull'organizzazione e funzionamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri della ASL Rieti” approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario n.667/CS/2024 del 09/07/2024 ed elaborato secondo il “Documento d'Indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri” di cui alla Determinazione 23 novembre 2023 n. G15665 sopra citata;

VISTO il “Piano di Controllo della Legionellosi nelle Strutture della Asl di Rieti”, elaborato secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della Legionellosi* adottato con DGR n. 460 del 28/06/2024;

VISTE le azioni già poste in essere nei precedenti PARM, PAICA, PARS, Piano di Antimicrobial Stewardship, Piano di attuazione locale sull'igiene delle mani, PRP-PP10 nella logica del miglioramento continuo e dell'integrazione tra i Piani stessi;

VISTI i Piani di Azione Locali sull'Igiene delle mani 2021, 22, 23, 24, 25;

VISTE le attività in essere da parte del CC- ICA e del GOAS in tema di Infection, Prevention and Control (IPC) delle ICA e del contrasto del fenomeno dell'antibiotico resistenza (AMR);

Nota: Il documento è firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso collegate.

CONSIDERATA la costante partecipazione della ASL Rieti a tutte le iniziative e le convocazioni dei Tavoli Tecnici Regionali in tema di Rischio Clinico, ICA e AMR;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

VISTO il D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

PROPONE

DI APPROVARE il documento “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2025” recante il “Piano di Azione Locale 2024 per l'Igiene delle Mani” e il “Piano di Controllo della Legionellosi nelle Strutture della Asl di Rieti”, entrambi allegati alla presente deliberazione, della quale formano parte integrante e sostanziale;

DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

☐

per esteso

☒

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

D E L I B E R A

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781-PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

Commissario Straordinario Dott. Mauro Maccari
(Decreto Presidente Regione Lazio n.T00043 del 24/05/2023)
Deliberazione del Commissario Straordinario n.1 del 26/05/2023

n. 224/C.S./2025 del 18/02/2025

ALLEGATO DELLA DELIBERAZIONE AGLI ATTI

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2025.

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge dal 18/02/2025

La presente Deliberazione viene pubblicata, per quindici giorni consecutivi (ai sensi dell'art. 31 L.R. 31/10/1996 n. 45) nel sito web ASL RIETI – sezione Albo Pretorio (ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33)

in oggetto

☐

per esteso

☒

dal 18/02/2025 e fino al 05/03/2025

e contestualmente resa disponibile al Collegio Sindacale.

Rieti lì 18/02/2025

Il Responsabile
U.O.S.D. Affari Generali e Legali

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE

Ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i. questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle regole tecniche di cui agli artt. 3 bis e 71 del D.Lgs 82/2005 e si compone del numero di pagine indicato nel piè di pagina più il presente allegato.

PIANO AZIENDALE ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO - PARS 2025-

REDAZIONE:			APPROVAZIONE:		
DATA	FUNZIONE	VISTO*	DATA	FUNZIONE	VISTO
13/02/2025	Per tutti i proponenti* Dott.ssa A.S.Morgante Responsabile UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing Dott. M. Angelucci Presidente CC-ICA Dott. G. Fovi De Ruggiero Direttore UOC ISP Dott. S. Venarubea Direttore UOC Laboratorio Analisi Dott.ssa E. Giordani Direttore UOC Politiche del farmaco e D.M. Dott. A. Boncompagni Direttore Distretto 1 Dott. F. Mancini Direttore Distretto 2 Dott.ssa A. Martini Responsabile SPP Dott. M. Marchili Responsabile UOSD Malattie Infettive Coordinatore Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS) Dott.ssa A. Barsacchi Direttore DAPS		13/02/2025	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Angelo Barbato	

composizione CC-ICA ASL Rieti: Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente, Direttore Medico Presidio Ospedaliero, Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera, Direttore del Dipartimento di Medicina, Direttore del Dipartimento di Chirurgia, Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione, Direttore del Dipartimento dei Servizi, Direttore del Distretto 1, Direttore del Distretto 2, Direttore UOC ISP, Direttori UU.OO. Servizi Veterinari , Direttore UOC Politica del Farmaco e D.M., Risk Manager, Responsabile UOSD Malattie Infettive, Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship, Direttore UOC Laboratorio Analisi, Direttore DAPS, Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (UVC), Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Aziendale, Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione, Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA.

composizione Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS) ASL Rieti: Infettivologo, Risk Manager, Farmacista, Dirigente Medico UOC Laboratorio Analisi - sezione Microbiologia, Veterinari, Rianimatore, Medico Internista.

INDICE

1. Contesto organizzativo.....	3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	5
3. Descrizione della posizione assicurativa	6
4. Resoconto delle attività del piano precedente.....	7
5. Matrice delle responsabilità	11
6. Obiettivi e attività	11
6.1 Obiettivi	12
6.2 Attività	12
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	15
7.1 Obiettivi	17
7.2 Attività	18
8. Modalità di diffusione del documento	25
9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	20

Allegato 1: PIANO DI AZIONE LOCALE 2025 PER L'IGIENE DELLE MANI

Allegato 2: PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tipo di Struttura:

- AZIENDA SANITARIA LOCALE E PRESIDIO OSPEDALIERO DI COMPETENZA.

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti è così articolata:

- Presidio Ospedaliero – San Camillo De Lellis;
- Distretto Sanitario 1 (D1) - Rieti, Antrodoto, S. Elpidio;
- PASS Accumoli e Amatrice (affidente al D1);
- Distretto Sanitario 2 (D2) - Salaria Mirtense;
- Casa della Salute di Magliano Sabina (affidente al D2);
- Hospice San Francesco;
- Struttura Riabilitativa Residenziale pubblica ex art 26 di Poggio Mirteto (affidente al D2).

Di seguito si riporta la tabella che descrive le specificità organizzative della Asl di Rieti sulla gestione del rischio infettivo.

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	
Data costituzione CC-ICA	Anno 2010
Data revisione componenti	Anno 2020; 2022, DCS n. 815/CS/2024
Attuale composizione CC-ICA con GOAS	- Direttore Medico Presidio Ospedaliero con funzione di Presidente; - Responsabile UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing; - Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera; - Direttore del Dipartimento di Medicina; - Direttore del Dipartimento di Chirurgia; - Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione; - Dipartimento dei Servizi diagnostici; - Direttore del Distretto 1; - Direttore del Distretto 2; - Direttore del Dipartimento di Prevenzione; - Direttore UOC Igiene e Sanità Animale; - Direttore UOC Politica del Farmaco e DM; - Responsabile UOSD Malattie Infettive; - Coordinatore Gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship; - Responsabile UOC Laboratorio Analisi; - Direttore UOC Assistenza alla Persona; - Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (UVC); - Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale; - Referente/Responsabile Assistenza Domiciliare Integrata; - Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione; - Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA e funzione di segreteria
Programma Antimicrobial Stewardship	Attivazione nell'ambito del CC-ICA del Team di Antimicrobial Stewardship (TAS) con il compito di formulare proposte al CC-ICA in materia di interventi coordinati, che hanno lo scopo di promuovere l'uso appropriato degli

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025	 REGIONE LAZIO PN/110/2/2025 Rev.0 del 13/02/2025 Pagina 4 di 26
---	--	---

	antimicrobici, che indirizzano nella scelta ottimale del farmaco, della dose, della durata della terapia e della via di somministrazione e orientano l'organizzazione alla visione One-Health e all'adesione alle policy aziendali, regionali e nazionali in tema di contrasto delle ICA e del fenomeno dell'AMR.
Gestione ICA a livello Ospedaliero	Presenza Ufficio ICA con personale Infermieristico ICA, di cui una con formazione Master su Epidemiologia delle ICA, afferenti alla U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera
Numero Reparti di Malattie Infettive	N. 1 U.O.S.D. Malattie Infettive

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale (2024)

ASL RIETI			
DATI STRUTTURALI ^(A)			
Estensione territoriale	2.749,16 Km ²	Popolazione residente	149.988
Distretti Sanitari	Distretto 1 - Rieti, Antrdoco, S.Elpidio Distretto 2 - Salario Mirtense	1 unico Presidio Ospedaliero Pubblico	Ospedale "San Camillo de Lellis" di Rieti
Posti letto ordinari	254	Medicina	134
		Chirurgia	52
		Emergenza	56
		Altri	12
Posti letto diurni	14 + 8 DS	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	3	Sale Operatorie	13
Terapie Intensive	1	UTIC	1
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari *	8944	Ricoveri diurni *	1660
Accessi PS	30936	Neonati o parti *	271
Branche specialistiche	28	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	527.643

(A): Fonte dati: UOSD SIS – Fonte Dati SIO-SIAS-SIES-OrmaWeb al 31/12/2024

(*): Dato non consolidato.

Tabella 2 – Dati di attività aggregati dell’unico Presidio Ospedaliero aziendale presente (2024)

OSPEDALE SAN CAMILLO DE LELLIS			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O. (A)			
Posti letto ordinari	254	Medicina	134
		Chirurgia	52
		Emergenza	56
		Altri	12
Posti letto diurni	14+8DS	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	2	Numero Sale Operatorie	11
Numero ricoveri ordinari *	8944	Numero ricoveri diurni *	1660
Numero accessi PS	30936	Numero neonati o parti *	271

(A): Fonte dati: UOSD SIS – Fonte Dati SIO-SIES-OrmaWeb/NSIS al 31/12/2024

(*): Dato non consolidato.

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Gli eventi di seguito riportati e pervenuti tutti dal sistema di Incident Reporting strutturato in Azienda sono in totale 236 e distribuiti come indicato nella seguente tabella.

Tabella 3– Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	140 (59,57%)	90 = 5,39%	Strutturali 0,95% Tecnologici 0,45% Organizzativi 49,5% Procedure/Comunicazione 49,1%	Strutturali 0,95% Tecnologici 0,45% Organizzativi 49,5% Strutturali 0,95%	Sistemi di reporting 100% (incident reporting, emovigilanza, farmacovigilanza)
Eventi Avversi	93 (39,57%)	46,10% (n. 77)			
Eventi Sentinella	2 (0,86%)	100,00% (n. 2)			

A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025	 REGIONE LAZIO PN/110/2/2025 Rev.0 del 13/02/2025 Pagina 6 di 26
--	--	--

Tabella 4 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2020	21	4	€ 418.757,21
2021	18	7	€ 473.229,32
2022	17	13	€ 2.483.778,21*
2023	15	9	€ 1.098.824,19
2024	18	9	€ 861.291,32
Totale	89	42	€ 5.335.880,25

*scostamento imputabile a n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2015 per un importo pari a 1.408.024,11 euro più n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2013 per un importo pari a 581.327,69 euro.

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento anno 2020-2024.

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Di seguito si riporta la posizione assicurativa della Asl di Rieti dall’anno 2020 al 2024.

Tabella 5 –Posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall’08/03/2019 all’08/03/2020 prorogata fino all’08/09/2020,prorogata fino all’08/03/2021
2021	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2020 al 31/12/2021 (ripetizione polizza)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 –attualmente in corso
2022	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261-1212661 dal 30/06/2022 al 30/06/2023	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 –attualmente in corso
2023	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261-1212661 dal 30/06/2023 al 30/06/2024	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso proroga tecnica
2024	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261-1212661 dal 30/06/2024 al 30/06/2025	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	MAG Spa aggiudicataria di gara espletata.Contratto a partire dal 05/11/2024

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento dall’anno 2020 al 2024.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 6 –Resoconto delle attività 2024 del Rischio Clinico

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. A - Attività 1: Attività di formazione del personale realizzazione di almeno 1 evento formativo secondo la metodica M&M Review con revisione di almeno 2 casi critici trattati dal CAVS	SI	Mail a D'Angiolino concordato di programmare tipo di formazione alternativa effettuati n. 4 audit professionali con CVS : calendario incontri: 30/10, 25/11, 28/11, 10/12, 12/12/2024 L'organizzazione è stata predisposta direttamente da CVS e Risk M.
Ob. A - Attività 2: Attività di formazione del personale realizzazione (ovvero partecipazione dell'UOC Risk M. in caso di Provider esterno*) dell'evento formativo/relazione sulla sicurezza dal titolo "Presentazione del Manuale della Qualità sulla Radioprotezione e del nuovo SGQ documentale della ASL Rieti in materia di Radioprotezione"	SI	CORSO FORMAZIONE :27/06/2024
Obiettivo B)) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTEVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. B – Attività 1: Gestione proattiva del rischio clinico: SWR realizzazione di SWR mirate al miglioramento del livello di conoscenza e di applicazione delle procedure aziendali	SI	1° SWR il 29/05/2024 c/o SPDC 2° SWR il 18/10/24 c/o la Casa della Salute di Magliano
Ob. B – Attività 2: Verifica della qualità e completezza documentale della cartella clinica verifica di campione significativo di cartelle cliniche di ricovero Almeno 2 Audit	SI	1) Audit prot: 80635/2024 convocazione per il 21/11/2024 c/o UOC Medicina Interna 2) Audit: prot 80638/2024 convocazione per il 21/11/2024 c/o UOC Anestesia e Rianimazione

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025	 REGIONE LAZIO PN/110/2/2025 Rev.0 del 13/02/2025 Pagina 8 di 26
---	--	--

Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. C – Attività 1: Elaborazione delle indicazioni per il miglioramento culturale, clinico e organizzativo in tema di sinistrosità aziendale nell’ambito del CAVS aziendale) elaborazione di almeno 4 indicazioni aziendali per il miglioramento nel corso del 2024	SI	INDICAZIONI: 1) prot n. 2438 Del 10/1/24 2)prot n. 23531 Del 27/3/24 3)prot n. 49353 Del 9/7/24 4)prot n. 76413 Del 28/10/24
Ob. C – Attività 2: Promuovere la cultura dell’auditing sui casi significativi esecuzione di almeno un audit SEA	SI	audit SEA del 15/03/2024 - prot 22879 del 25/3/24
Obiettivo D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA’ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. D – Attività 1: Partecipazione ai tavoli regionali su rischio clinico partecipazione alle riunioni dei tavoli permanenti = 100%	SI	1^Convocazione protocollo regionale n. 663576 del 21/05/2024 Tavolo permanente del 31/05/2024 2^ Convocazione protocollo regionale n. 864418 del 4/07/2024 Tavolo permanente del 16/07/2024

Tabella 7 –Resoconto delle attività 2024 del Rischio Infettivo

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. A – Attività 1 Predisposizione di un progetto formativo multidisciplinare sul campo e/o itinerante sulle corrette modalità di adozione delle precauzioni per l’isolamento e sulle corrette modalità del lavaggio delle mani realizzazione di almeno un’edizione dell’evento	SI	2/04/24 AUDIT DAPS con Risk M e DMO 7/06/2024, 10/06/2024, 13/06/2024, 17/06/2024 formazione accreditata presso UO Malattie Infettive 4/07/24 AUDIT DAPS Corso FAD sul “Piano di intervento regionale sull’Igiene delle Mani – anno 2024” rivolto a tutti gli operatori sanitari non ancora formati, fruibile da l 3/06/24 al 30/09/24 Corso FAD sul “Piano di intervento regionale sull’Igiene delle Mani – anno 2024” rivolto agli Studenti dei CdL per le Professioni Sanitarie, fruibile dal 30/06/24 al 30/09/24

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025	 REGIONE LAZIO PN/110/2/2025 Rev.0 del 13/02/2025 Pagina 9 di 26
---	--	--

Ob. A – Attività 2 Implementazione in CCI (Cartella Clinica Informatizzata) di Check list specifiche sui bundle sulla prevenzione delle ICA realizzazione di almeno un’edizione dell’evento creazione check list informatizzate	SI	inserite n. 4 check list in cartella clinica informatizzata prot n. 76413 del 28/10/24 effettuata formazione agli operatori in collaborazione con DAPS e Dedalus
OBIETTIVO B)) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. B – Attività 1 Redazione del Piano di Azione locale sull’ igiene delle mani 2024 –Allegato 1 del PARS 2024	SI	Piano di Azione Locale per l’igiene delle mani: PN/110/02/2024 Allegato 1 del PARS 2024, inviato al CRRC come allegato al PARS 2024
OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. C – Attività 1 Conduzione di un’ INDAGINE DI PREVALENZA interna sulle ICA/ISC e/o partecipazione a studi di sorveglianza o indagini di prevalenza di livello regionale/nazionale/europei, ove previsti	SI	Indagine di prevalenza realizzata dalla DMO Dati presentati al CC_ICA Report alle strutture da parte della DMO
Ob. C – Attività 2 Monitoraggio dei consumi annuali delle molecole ad azione antimicrobica Reportistica semestrale e annuale elaborata in DDD/giornate di degenza 2 report	SI	1 ° report semestrale - prot 52003 del 18/7/24 2° report semestrale – prot n. 5049 del 20/01/2025
Ob. C – Attività 3 Adesione alle indicazioni regionali del CRRC sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza) ADESIONE ALLE INDICAZIONI REGIONALI- ALIMENTAZIONE PIATTAFORMA CSIA Report semestrale	SI	2 report semestrali inviati da DMO a piattaforma CSIA
Ob. C – Attività 4 estensione della sorveglianza di laboratorio a tutte le Enterobatteriacee produttrici di carbapenemasi (CPE)o carbapenemasi resistenti (CRE) estensione della sorveglianza di laboratorio - data di attivazione	SI	RISPOSTA ATTIVAZIONE - MAIL del 20/11/24 del Dr. S. Venarubea

OBIETTIVO D) Monitoraggio prevenzione e controllo della ferita chirurgica		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. D – Attività 1 Implementazione in cartella clinica informatizzata (CCI) della check list di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico ADOZIONE in CCI	SI	Realizzate e inserite nel gestionale informatico chek list ambulatoriale e chek list per cartella clinica inserite n. 1 check list in cartella prot n. 76413 Del 28/10/24
Ob. D – Attività 2 Survey internazionale 2024 SAFESURG-Sustainable Antimicrobial Stewardship For Effective Surgical Patient Safety Globally adesione alla survey	SI	Nota di adesione, risultati non ancora restituiti trattandosi di uno studio internazionale

OBIETTIVO E) GESTIONE DELLA SEPSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. E – Attività 1 Elaborazione procedura aziendale per la gestione della sepsi redazione della procedura	SI	Procedura aziendale cod.: P/110/13/2024

OBIETTIVO F) MISURE DI CONTRASTO ALLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI (AMR, ANTIMICROBIAL RESISTANCE)		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. F – Attività 1 Elaborazione e Attuazione del PIANO ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2024 in coerenza alle indicazioni del PNCAR 2022-2025, alla nota del CRRC prot. U0091714 del 22/01/2024, al PRP – PAP Asl Rieti 2021-2025 (PP10) e ad eventuali ulteriori indicazioni regionali REDAZIONE PIANO	SI	Adozione piano Deliberazione del Commissario Straordinario n. 420 del 3/05/2024

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella 8 –Matrice delle responsabilità

Azione	Presidente CC-ICA	Coordinatore GOAS	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Comm. Straord/Direttore Generale	SIS
compilazione TABELLE 1 e 2								R

compilazione Tabella 4 e 5	C	C	C	R				
redazione del documento	C	C	R	C	I			
Approvazione	C	C	C		R	I		
Adozione PARS con deliberazione	C	I	C			C	R	
Conduzione obiettivi, monitoraggio e rendicontazione PARS	C	C	R		I	-		

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2025

6.1 Obiettivi

Per il 2025 gli obiettivi di livello macro del Piano sono risultano indirizzati a:

- A. DIFFONDERE E CONSOLIDARE LA CULTURA DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE;**
- B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA,** attraverso la promozione di interventi o progettualità o partecipazione a progettualità/survey/studi scientifici mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, all'analisi, **monitoraggio** e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA,** che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT,** Qualità e Sicurezza delle Cure.

Per quanto riguarda le attività, si terrà conto anche delle indicazioni specifiche poste dalla Regione Lazio e dal CRRC con nota prot. n.79798 del 22/01/2025, acquisita al protocollo aziendale n.6188 del 23/01/2025.

6.2 Attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della qualità e della sicurezza delle cure					
ATTIVITÀ 1 – attività di formazione del personale					
INDICATORE: realizzazione di un programma formativo, anche biennale, di cui almeno 1 evento formativo da realizzare nel 2025, strutturato come didattica frontale, FAD o formazione on the job dedicato alla formazione dei componenti della rete aziendale dei referenti/facilitatori del Rischio Clinico.					
STANDARD: 1 evento nel 2025					
FONTE:					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	UOSD Formazione	Risk Management	Referenti/Facilitatori	Direttori UU.OO/Dpartimenti aziendali/Distretti	DS
Progettazione della Formazione	C	R	c	I	I
Accreditamento del corso	R	I			
Esecuzione del corso	C	R	C	C	I

Legenda: R* = Responsabile per l'ambito di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA,					
ATTIVITÀ 1 – verifica della qualità, completezza, appropriatezza delle prestazioni di ricovero e rispetto degli indicatori della qualità assistenziale in cartella clinica					
INDICATORI: verifica di campione significativo di cartelle cliniche di ricovero					
STANDARD: report trimestrale					
FONTE: Risk M, SIS, DMO, DAPS					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	UOC DMO	DAPS	DIRETTORI UUOO	SIS
Individuazione campione	R	C	C	I	C
Predisposizione check-list o file excel dei controlli DMO Risk e DAPS	R*	R*	R*		
Verifiche	R	C	C		C
Analisi	R*	R*	R*		R*
Audit	R	C	C	C	C

Legenda: R* = Responsabile per l'ambito di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA						
ATTIVITÀ 2 – promozione delle attività di audit and feed-back: realizzazione di audit multidisciplinari e multiprofessionali, anche accreditabili, sulle risultanze dei controlli della qualità documentale effettuati sulle cartelle cliniche						
INDICATORI: programma di audit						
STANDARD: realizzazione di almeno 1 audit nel 2025, anche in collaborazione con DMO e DAPS						
FONTE: UOC Risk M, DMO, SIS, DAPS						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager	UOC DMO	UOSD Formazione	SIS	DAPS	Personale aziendale (Referenti/Facilitatori/Direttori/Coordinatori, Posizioni)
Strutturazione Audit	R	C	C	C	C	C
Accreditamento	I	I	R	I	I	
Esecuzione audit	R	C	C	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA						
ATTIVITÀ 3 - mappatura regionale del rischio sanitario 2023-24: progressivo allineamento alle indicazioni poste dal CRRC sulle criticità riscontrate in esito all'audit regionale effettuato in data 11/11/2024						
INDICATORE: DOCUMENTO DEL CRRC						
STANDARD: documenti di evidenza adesione						
FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	RISK	Direttori UO/Strutture	Referenti/Facilitatori Qualità Rischio Clinico	Direttori Dipartimento	Controllo di Gestione	Direzione Aziendale
Elaborazione/revisione dei documenti richiesti	R	C	C	C		I
Caricamento nel Cloud Regionale	R	I	I	I	I	
Rendicontazione	R	I	I	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA						
ATTIVITÀ 1 - gestione proattiva del rischio clinico: realizzazione mappatura del rischio clinico.						
INDICATORE: documento di mappatura						
STANDARD: 100% CdR o Dipartimenti						
FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing,						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	CdG	Direttori Dipartim ento	Direttori UO/Strutt ure	Referenti/ Facilitatori Qualità rischio Clinico	Risk Management	UOSD Formazione
Elaborazione del documento		C	C	C	R	
Diffusione		I	I	I	R	
Formazione dei referenti facilitatori		C	C	C	R	C
Rendicontazi one	I	I	I	I	R	

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO D) Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management		
ATTIVITÀ 1 partecipazione riunioni del tavolo tecnico regionale		
INDICATORE: n. partecipazioni/n. convocazioni		
STANDARD: 100%		
FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	DAPS*
Partecipazione riunioni	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo e di antibiotico-resistenza, come indicato tra gli obiettivi PNCAR e PRP-PP10, anche attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Inoltre, sulla base della nota regionale prot n. 79798 del 22/01/25 assunta al protocollo aziendale n.6681 del 23/01/25, sono stati definiti quali prioritari i seguenti obiettivi per il 2025:

- D. monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)
- E. gestione della sepsi
- F. misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance),

congiuntamente all'indicazione di allineare le attività del PARS con quelle del PRP-PP10 e del PNCAR 2022-25.

7.2 Attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

ATTIVITÀ 1 monitorare gli step di adesione e di svolgimento dei corsi di formazione del programma formativo PNRR- Missione 6 - Salute- formazione degli operatori sanitari sulle ICA

INDICATORE: erogazione del percorso formativo- adempimenti 2025

STANDARD: corrispondenza agli step predefiniti dal board di coordinamento regionale dell'INMI Spallanzani per il 2025

FONTE: Risk Manager a titolo di Referente Aziendale del Progetto

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025	 REGIONE LAZIO PN/110/2/2025 Rev.0 del 13/02/2025 Pagina 16 di 26
---	--	--

Azione	Risk M (Ref Progetto)	RUP	INMI L. Spallanza ni	UOSD Formazion e (DEC)	Presidente CC-ICA	DAPS	Coordinatore GOAS
Riscontro alle note regionali/dell'I NMI/Predisposi zione note per il personale	R*	R*		R*	I	I	I
Predisposizione corso formativo modulo C	R*	I	C	C	R*	R*	R*
Monitoraggio svolgimento corsi	I	C	I	R	I	I	I
Supervisione contrattuale e adempimenti amministrativi	I	R*	I	R*	I		I
Erogazione corso modulo C (adempimenti 2025)	R*	I	I	R*	R*	R*	R*

Legenda: R* = Responsabile per l'ambito di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale						
ATTIVITÀ 1 - REDAZIONE DEL Piano di Azione locale sull'igiene delle mani 2025						
INDICATORE: documento						
STANDARD: presenza dell'ALLEGATO 1 al PARS 2025						
Fonte: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, DAPS, DMO, D1, D2, CC-ICA						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	CCICA	UOC DMO	DAPS	D1 e D2	Risk Manager	D. S.
Elaborazio ne del document o	C	C	C	C	R	
Validazion e					C	R
Attuazione	C	R*	R*	R*	C	

Legenda: R* = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10					
ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio dei consumi annuali delle molecole ad azione antimicrobica e delle classi AWaRe					
INDICATORE: Reportistica semestrale e annuale elaborata in DDD/giornate di degenza.					
STANDARD: 2 REPORT					
FONTE: UOC Politiche del Farmaco e DM					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	CCICA	UOC Politiche del Farmaco e DM	Risk Manager	Direttori UUOO/STRUTTURE	Coord. GOAS
Monitoraggio dei consumi ed elaborazione reportistica	I	R	I	I	I
Individuazione/attuazione azioni di miglioramento	C	C	C	C	R

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10							
ATTIVITÀ 2 – Adesione alle indicazioni regionali del CRRC sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza) ADESIONE ALLE INDICAZIONI REGIONALI-ALIMENTAZIONE PIATTAFORMA CSIA							
INDICATORE: Report semestrale							
STANDARD: 2 REPORT							
FONTE: ALBS SIS, DMO							
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ							
Azione	Componenti CCICA e del GO	ALBS	SIS	UOC DMO /UOS IGIENE E PROFILASSI OSP.	Risk M.	Coordinamento GOAS	Inc. Funz. Coord.
Report Ordini	I	R		I			I
Indicazione GGDD			R	I			
Elaborazione dati consumi su ggdd e alimentazione piattaforma CSIA	I		I	R	I	I	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10

ATTIVITÀ 3 – redazione, applicazione e il monitoraggio del piano per l'antimicrobial stewardship 2025 (PAMS 2025)

INDICATORE: documento PAMS 2025

STANDARD: data di pubblicazione sul sito aziendale

FONTE: Coordinatore GOAS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Dir/Resp UU.OO/Str utture	Presidente CC-ICA	RISK M	Componen ti CC-ICA e GO	Componen ti GOAS	Coordinatore GOAS
Redazione Piano	I	C	C	I	C	R
Conduzione Obiettivi	C	C	C	C	C	R
Rendicontazione annuale	I	C	C	I	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10

ATTIVITÀ 4 – introduzione di nuove metodiche per la diagnostica molecolare in microbiologia: utilizzo metodica FILMARRAY , piattaforma diagnostica integrata che utilizza in protocollo di nested multiplex PCR per identificare batteri, virus e lieviti e valutazione fenotipica delle resistenze per diagnostica sepsi, meningiti, patologie infettive gastroenteriche e delle basse vie respiratorie

INDICATORE: utilizzo FILMARRAY

STANDARD: refertazione da metodica PCR- FILMARRAY

FONTE: laboratorio analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Laboratori o analisi	President e CC-ICA	RISK M	Componen ti CC-ICA e GO	Componen ti GOAS	Coordinatore GOAS
Utilizzo metodica	R	I	I	I	I	I
refertazione	R	I	I	I	I	I

OBIETTIVO D: monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)						
ATTIVITÀ 1 – monitoraggio adesione procedura aziendale per la sorveglianza delle ISC- compilazione scheda di sorveglianza in cartella clinica informatizzata (CCI) e presso gli ambulatori della check list di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e della scheda di follow-up ambulatoriale						
INDICATORE: presenza scheda sorveglianza in cartella clinica di reparto						
STANDARD: report trimestrale						
FONTE: RISK M, DMO, SICO, DAPS, Dipartimento Chirurgico						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	RISK M	DMO	SICO	DAPS	DIRETTORE DIPARTIMENTO CHIRURGICO	CHIRURGHI
Compilazione e schede					C	R
Controllo del corrispettivo o item in cartella clinica	R	I	C	C	I	I
Reportistica trimestrale	C	I	R	I	I	I
Feed-back agli operatori	R	C		C	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO D: monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)						
ATTIVITÀ 2 – studi di prevalenza sulle ISC						
INDICATORE: documento/relazione						
STANDARD: almeno 1 studio annuale (interno o partecipazione a studio esterno di livello regionale, nazionale o internazionale)						
FONTE: UOC DMO con UOS Igiene e Profilassi						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk M.	UU.OO Dip Chirurgico e Ostetricia	UOC DMO con UOS Igiene e Profilassi	Componenti CC-ICA e GO	Coord.GOAS	Coordinamento esterno ove previsto
Attuazione studio Int/esterno	I	C	R	C	I	I
Report risultati	I	I	R	I	I	I

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2025 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del documento all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del documento sulla home page del sito aziendale;
- Pubblicazione del documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- Iniziative di diffusione del PARS 2025 a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Relatore/Docente.

Il documento, in formato pdf nativo, verrà inviato entro il 28 febbraio 2025 all'indirizzo crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 - Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota prot. n. 79798 del 22/01/2025 “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS);
- Legge 8 marzo n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Regione Lazio - Deliberazione 21 dicembre 2021, n. 970 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 – PP10;
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA),
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016;
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022;
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00642 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato”;
- Determinazione 6 novembre 2022, n. G15198 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016;

- Determinazione G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
- AIFA - gennaio 2023 – Manuale antibiotici AWARe (Access, Watch, Reserve);
- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente
<http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>
- Regione Lazio Centro Regionale Rischio Clinico
<https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico>
- Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica
<https://www.epicentro.iss.it/>

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 1 di 11

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITA' E AUDIT CLINICO

PROPOSTO	FIRMA*	VERIFICATO	APPROVATO
Per tutti i proponenti* UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dr.ssa A. S. Morgante Direttore UOC GPA Dr.ssa A. Barsacchi Direttore f.f, UOC DMO Dr. M. Angelucci		UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico <i>Dr.ssa Antonella Stefania Morgante</i> _____	Direzione Sanitaria Aziendale <i>Dr. Angelo Barbato</i> _____
Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.			

Gruppo di lavoro:

Direttore f.f UOC DMO - Dott. M. Angelucci
Dirigente Medico DMO – Dott. L. Provvidenti
Direttore DAPS - Dott.ssa A. Barsacchi
Referente Aziendale Piano Formativo Igiene Mani UOC GPA - Dott.ssa S. Tozzi
Referente Aziendale Piano Osservazioni Igiene Mani UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera (DMO) - Dott.ssa R. De Mari
Coordinatore Infermieristico UOC GPA – Dott. A. Aguzzi
Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing - Dott.ssa C. Graziani
Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing - Dott.ssa C. Vecchi
Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing - Dott.ssa C. Pitti
Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing - Dott.ssa A. Miccadei
Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing – Dott.ssa R. Bertelli

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
14/02/2023	0	Redazione Piano 2023
06/02/2024	1	Redazione Piano 2024
14/02/2025	2	Redazione Piano 2025

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 2 di 11

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL PERIODO 2021-2024 E RISULTATI RAGGIUNTI.....	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	8
5.1 COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE PERMANENTE.....	8
5.2 FORMAZIONE 2025.....	9
5.3 AZIONI DI MONITORAGGIO.....	9
6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI.....	10

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 3 di 11

1. PREMESSA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc. Le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi attribuibili, di cui 11.000 in Italia;
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa;
- costi stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti, di cui oltre 2.000.000.000 in Italia.

Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori. Anche se non tutte le ICA sono prevenibili, si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. **Fra questi interventi la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.**

La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

- a) la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti, detti MDRO);
- b) la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti, detti MDRO) nell'ambiente sanitario;
- c) le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d) la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL Rieti	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 4 di 11

nulla” dei bundle debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

2. SCOPO

L'obiettivo del documento è quello di pianificare, a livello aziendale, le attività di miglioramento necessarie per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS¹, delle indicazioni del documento “Piano di Intervento Regionale triennale sull'Igiene delle mani 2021-2023” ed in continuità con quanto fatto nel triennio 2021-2023. Il Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani 2025 costituisce parte integrante e obbligatoria del PARS 2025.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il documento è rivolto alle direzioni delle Strutture e a tutti gli esercenti le professioni sanitarie dell'Azienda Sanitaria Locale Asl Rieti e trova applicazione anche in tutte le Strutture sanitarie e socio-assistenziali della Asl Rieti.

Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, dei professionisti e delle Strutture aziendali. Le indicazioni contenute nel presente documento NON si applicano invece alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

4. RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL QUADRIENNIO 2021-2024 E RISULTATI RAGGIUNTI

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2021

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	136	102	75,00%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	103	99	96,12%
LONG SURGERY	408	236	57,84%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	259	184	71,04%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	766	513	66,97%
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	267	170	63,67%
CENTRO RIANIMAZIONE	256	179	69,92%
TOTALE	2195	1483	67,56%

¹ I documenti e le immagini prodotti dall'OMS e utilizzati per il documento sono stati tradotti e adattati al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 5 di 11

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2022

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CARDIOLOGIA/UTIC/ AMBULATORIO	749	674	89,99%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	296	255	86,15%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	188	179	95,21%
LONG SURGERY	585	420	71,79%
MEDICINA 1	455	302	66,37%
MEDINEF	1410	1609	114,11% *
MURG	281	170	60,50%
ONCOLOGIA	540	490	90,74%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	322	251	77,95%
PEDIATRIA	288	274	95,14%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	389	234	60,15%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	720	313	43,47%
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	182	144	79,12%
CENTRO RIANIMAZIONE	517	313	60,54%
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	616	366	59,42%
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE/ WEEK	416	332	79,81%
TOTALE	7954	6326	79,53%

*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 6 di 11

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2023

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CARDIOLOGIA/UTIC/ AMBULATORIO	775	723	93,29%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	1598	1450	90,74%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	805	778	96,65%
HOSPICE	502	524	104,38% *
LONG SURGERY	861	861	100%
MEDICINA 1	1105	1092	98,82%
MEDINEF	1585	1583	99,87%
MURG	1095	996	90,96%
ONCOLOGIA	480	479	99,79%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	584	578	98,97%
PEDIATRIA	776	750	96,65%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	717	695	96,93%
POGGIO MIRTETO STRUTTURA RIABILITATIVA	574	563	98,08%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	1490	1538	103,22% *
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	659	651	98,79%
CENTRO RIANIMAZIONE	466	464	99,57%
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	850	794	93,41%
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE/ WEEK	557	561	100,72% *
TOTALE	15479	15080	97,42%

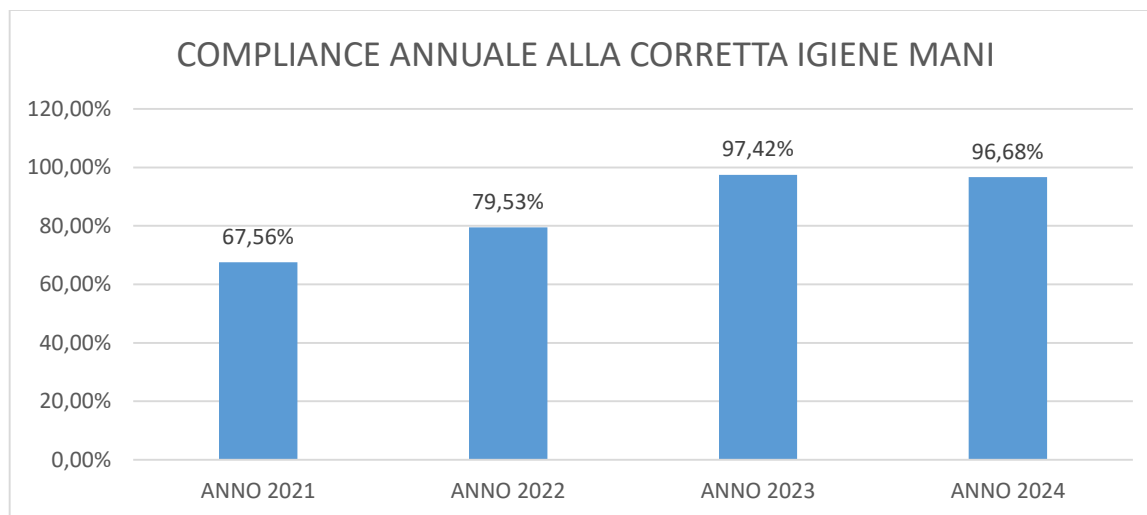
*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 7 di 11

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI GENNAIO – DICEMBRE 2024 CON TREND 2024/2023

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE Al 31/12/24	COMPLIANCE AL 31/12/23	TREND
CARDIOLOGIA/UTIC	413	399	96,61%	93,29%	+3,32%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	952	797	83,72%	90,74%	-7,02%
DIABETOLOGIA (periodo marzo- dicembre)	610	610	100%	--	--
DIALISI (periodo marzo – dicembre)	197	191	96,95%	--	--
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	497	497	100%	96,65%	+3,35%
GASTROENTEROLOGIA (periodo marzo – dicembre)	424	423	99,76%	--	--
HOSPICE	302	302	100%	104,38%	-4,38%
MULTIDISCIPLINARE LONG SURGERY	326	323	99,08%	100%	-0,92%
MALATTIE INFETTIVE (periodo marzo – dicembre)	258	258	100%	--	--
MEDICINA 1 SEZ. A	516	516	100%	98,82%	+1,18%
MEDICINA 1 SEZ. B	860	847	98,49%	--	--
MEDINEF DONNE	866	862	99,54%	--	--
MEDINEF UOMINI	894	887	99,22%	99,87%	-0,65%
MURG	386	347	89,90%	90,96%	-1,06%
PEDIATRIA/NEONATALE	1001	1000	99,90%	96,65%	+3,25%
ONCOLOGIA	284	284	100%	99,79%	+0,21%
ONCOLOGIA DH (periodo marzo – dicembre)	211	209	99,05%	--	--
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	425	423	99,53%	93,41%	+6,12%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	456	409	89,69%	98,97%	-9,28%
PNEUMOLOGIA (periodo marzo – dicembre)	315	273	86,67%	--	--
POGGIO MIRTETO AMBULATORI (periodo gennaio 2024)	38	34	89,47%	96,93%	-7,46%
POGGIO MIRTETO STRUTTURA RIABILITATIVA	489	489	100%	98,08%	+1,92%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI (periodo gennaio 2024)	64	64	100%	103,22%	-3,22%
PRONTO SOCCORSO (periodo marzo – dicembre)	295	249	84,41%	--	--
RADIOTERAPIA (periodo marzo – dicembre)	339	339	100%	--	--
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	615	584	94,96%	98,79%	-3,83%
CENTRO RIANIMAZIONE	231	231	100%	99,57%	+0,43%
SPDC (periodo marzo – dicembre)	432	432	100%	--	--
UROLOGIA (marzo – dicembre)	390	364	93,33%	--	--
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE/ WEEK SURGERY	311	309	99,36%	100,72%	-1,36%
TOTALE	13397	12952	96,68%	97,42%	-0,74%

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 8 di 11



5. MODALITA' OPERATIVE

Il Piano di Azione Locale 2025 della Asl Rieti prevede una strategia complessiva di verifica e consolidamento dei risultati del triennio e più in generale della cultura della sicurezza delle cure e della consapevolezza dell'importanza della corretta pratica dell'igiene delle mani ai fini della prevenzione delle ICA.

Le azioni di miglioramento riguardano diverse attività quali:

- attività di comunicazione/informazione permanente,
- attività di formazione del personale,
- attività di monitoraggio.

Le attività pianificate nel presente documento costituiscono il necessario continuum delle attività aziendali del triennio di applicazione del Piano Regionale, declinate a livello aziendale.

5.1 COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE PERMANENTE

Consentire al personale, ai pazienti ed all'utenza di fruire facilmente ed in qualsiasi momento delle informazioni di base relative alla corretta pratica dell'igiene delle mani. Queste attività sono state già adottate a partire dal 2021 ma necessitano di puntuale ricognizione e, ove necessario, di integrazione e/o aggiornamento.

- Affissione di infografica** relativa alla corretta igiene delle mani presso tutti i punti di lavaggio² (attività di verifica ed eventuale aggiornamento se necessario).
- Verifica della persistenza sul sito aziendale dell'infografica OMS per il lavaggio delle mani:** immagini esplicative delle fasi necessarie al corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone e con gel idro-alcoolico.

² Infografica OMS sui 5 momenti della corretta igiene delle mani. <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 9 di 11

- c) **Informazione e formazione di pazienti, caregivers, familiari e utenti:** Promozione della giornata mondiale sull'igiene delle mani (5 maggio) e della promozione continua della cultura del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure.
- d) **Coinvolgimento di pazienti e familiari sulle corrette modalità di igiene delle mani.**

5.2 PIANO FORMATIVO 2025

La formazione specifica sull'igiene delle mani è risultata essere un cardine fondamentale dei Piani di azione Locale del triennio precedente e viene riproposta nel presente Piano di Azione per il 2024 declinandola nelle seguenti attività:

- **formazione obbligatoria in modalità FAD per gli operatori neoassunti;**
- **formazione FAD per gli studenti tirocinanti dei CdL delle Professioni Sanitarie immatricolati nell'A.A. 2024-2025;**
- **proposta formativa FAD per gli studenti di Medicina che verranno immatricolati nell'AA 2024-2025 e 2025-2026 (da costruire e sottoporre al Preside della Facoltà di Medicina);**
- **formazione in presenza per gli Osservatori che saranno addetti alle attività di monitoraggio dell'adesione e corretta esecuzione dell'igiene delle mani (osservazioni, vedi par. 5.3);**
- **proposta di utilizzo del box pedagogico.**

5.3 AZIONI DI MONITORAGGIO

A partire dal 2021 è stato adottato dalla Asl Rieti un sistema di monitoraggio per verificare la effettiva e corretta applicazione delle procedure di igienizzazione delle mani mediante Osservazione diretta delle attività svolte dagli operatori sanitari nei punti di assistenza, così come richiesto dal Documento di indirizzo della Regione Lazio "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani 2021-2023"

Nel 2025 si prevedono le seguenti azioni di monitoraggio:

- **Osservazioni sul campo sulla corretta pratica dell'igiene delle mani** durante le attività assistenziali. Dal 2025 le osservazioni sull'igiene delle mani saranno inserite direttamente dagli osservatori stessi nel file di rendicontazione.

Le UU.OO. che saranno oggetto di osservazioni nel 2025, sono di seguito elencate:

1. Ostetricia/Ginecologia
2. Ortopedia/Traumatologia
3. Chirurgia Multidisciplinare 1
4. Chirurgia Multidisciplinare 2
5. Medicina 1 sez. A
6. Medicina 1 sez. B
7. Pediatria/Nido
8. Medinef Donne
9. Medinef Uomini
10. Oncologia
11. Lungod./Riabilit. Intensiva/Neurologia
12. Cardiologia/Utic
13. Centro Rianimazione
14. Medicina d'Urgenza (MURG)

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 10 di 11

15. Hospice
16. Struttura Riabilitativa (Poggio Mirteto)
17. Lungodegenza (Magliano Sabina)
18. Distretto 1 – Amatrice/Accumoli
19. SPDC
20. Pronto Soccorso (Boarding)
21. Malattie Infettive
22. Oncologia DH
23. Centro Emodialisi
24. Gastroenterologia
25. Ambulatorio Urologico
26. Radioterapia
27. Diabetologia
28. Pneumologia

- **Audit con feed-back agli operatori in collaborazione con DAPS e UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera.**
- **Consumo di gel idroalcolico:** verifica dei consumi di gel idroalcolico sulla base della reportistica UOC Acquisizione e Logistica di Beni e Servizi (con **focus sui consumi in area critica Rianimazione, UTIC, Area interventistica cardiologica, area degenza medica e chirurgica**) e dei dati SIS sulle giornate di degenza.

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Determinazione Regione Lazio - Salute e integrazione sociosanitaria n. G16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
2. Determinazione Regione Lazio 26 Febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani "- Piano triennale Regione Lazio per l'igiene delle mani 2021-2023
3. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
4. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
5. Template Action Plan, WHO, 2009
6. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
8. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
9. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025	Cod. PN/110/1/2025 Rev. 2 Del 13/02/2025
		Pag. 11 di 11

10. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
11. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti –Protocollo ECDC”. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
12. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
13. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.
14. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.
15. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:262-264.
16. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
17. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
18. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).
19. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017
20. Mar 3. PMID: 29533568.
21. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
22. Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, Journal of Hospital Infection (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>
23. E. Ricchizzi; C. Gagliotti et al. Promuovere l'adesione all'igiene delle mani: l'esperienza della regione Emilia Romagna, GIMPIOS vol. 13, gennaio-marzo 2023.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 1 di 32

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
Per * Responsabile UOC Risk Management Qualità dei Processi e Auditing Dott.ssa A. S. Morgante R.S.P.P. Dott.ssa A. Martini Responsabile UOC Tecnico Patrimoniale Ing. D. Della Vedova Responsabile UOC DMO Dott. M. Angelucci Responsabile Dipartimento di Prevenzione Dott. G. Fovi De Ruggiero Direttore Distretto 1 Dott. A. Boncompagni Direttore Distretto 2 Dott. F. Mancini Direttore UOC Laboratorio Analisi Dott. S. Venarubea Direttore DAPS Dott.ssa A. Barsacchi		U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing Dott.ssa Antonella Stefania Morgante _____	Direzione Sanitaria Aziendale Dott. Angelo Barbato _____
<i>*per tutti i proponenti</i> <i>Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.</i>			

Coordinatore Gruppo di Lavoro:

Responsabile UOC Risk Management Qualità dei Processi e Auditing – Dott.ssa Antonella Stefania Morgante

Componenti Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Rossana Bertelli; Dott.ssa Cinzia Pitti - Staff UOC Risk Management Qualità dei Processi e Auditing

Dott.ssa Antonella Martini - Responsabile Servizio Protezione e Prevenzione Aziendale

Dott.ssa Ilenia Caloisi Addetto al S.P.P.

Dott. Massimiliano Angelucci - Presidente del CCICA e Responsabile UOC DMO

Dott.ssa Rita de Mari - Infermiera ICA – UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera - UOC DMO

Dott.ssa Giovanna Giacchetti - Dirigente Medico UOSD Malattie Infettive

Dott.ssa Daniela Russetti - Responsabile Unità di Valutazione SSA - Dipartimento di Prevenzione

Dott.ssa Danila Dalla Vecchia - Dirigente Medico Distretto 1

Dott.ssa Tania Severi - Dirigente Medico Distretto 2

Dott.ssa Daniela Cacciagrano - Dirigente Medico UOC Laboratorio Analisi

Dott.ssa Fabiola Ciferri - Incarico Funzione Organizzativa Assistenza Ostetrica Percorso Nascita

Dott. Alessandro Aguzzi - Incarico Organizzativo con funzioni di Coord. – DAPS

Ing. Luca Crescenzi - UOC Tecnico Patrimoniale

P.I. Sergio De Marco - UOC Tecnico Patrimoniale

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
01/08/2017	0	Prima emissione
23/12/2024	1	Recepimento Documento di Indirizzo Regionale

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 2 di 32

INDICE

1. INTRODUZIONE CON CENNI DI EPIDEMIOLOGIA ED EZIOPATOGENESI	3
1.1 DIAGNOSI E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	3
1.2 DEFINIZIONE DEL CASO DI LEGIONELLOSI	4
1.3 MODALITA' DI TRASMISSIONE	4
2. SCOPO	5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	6
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	6
5. MODALITA' OPERATIVE	8
5.1 PREVENZIONE	8
5.1.1 INTERVENTI DI PREVENZIONE TECNICO INGEGNERISTICI	8
5.1.1.1 STRATEGIE AMBIENTALI	8
5.1.1.2 MANUTENZIONE COSTANTE SIA ORDINARIA CHE STRAORDINARIA DEGLI IMPIANTI SANITARI	8
5.1.1.3 CONTROLLO UFC/LITRO DEL BATTERIO LEGIONELLA SECONDO LA ISO 11731:2017	11
5.1.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO CLINICO ASSISTENZIALE	15
5.1.2.1 MECCANISMI DI TRASMISSIONE DELLA LEGIONELLA CORRELATI ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI	16
5.2 OBIETTIVI DI GESTIONE REATTIVA	17
5.2.1 GESTIONE DELL'INFEZIONE DA LEGIONELLA: INTERVENTI TECNICO INGEGNERISTICI	17
5.2.2 GESTIONE DELL'INFEZIONE DA LEGIONELLA: INTERVENTI CLINICO ASSISTENZIALI	19
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' 1 – FASI PREVENTIVE	23
6.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' 2- FASE REATTIVA	26
7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO	31
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO	31
9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO	31
10. NORMATIVA	31
11. ALLEGATI	32

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 3 di 32

1. INTRODUZIONE CON CENNI DI EPIDEMIOLOGIA ED EZIOPATOGENESI

Sono definite "Legionellosi" tutte le forme morbose causate da batteri Gram-negativi aerobi del genere *Legionella*¹.

I batteri del genere *Legionella* sono ubiquitari e la malattia può manifestarsi in forma di cluster epidemico dovuto all'esposizione aerea di una comunità a un'unica fonte con elevata virulenza o in forma isolata, in particolare nei soggetti con particolari fattori contribuenti di rischio individuale. I fattori predisponenti la malattia sono l'età avanzata, il fumo di sigaretta, le malattie croniche, l'immunodeficienza. Il rischio di acquisizione della malattia è principalmente correlato alla suscettibilità del soggetto esposto e al grado di esposizione, rappresentato dalla quantità di *Legionella* presente e dal tempo di esposizione. Sono importanti, inoltre, la virulenza e la carica infettante dei singoli ceppi di *Legionella*.

I casi di polmonite da *Legionella* di origine nosocomiale, a differenza dei cluster di comunità extraospedaliera, non presentano una particolare stagionalità.

Le Legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali, acque sorgive comprese quelle termali, laghi, fanghi ecc e possono raggiungere quelli artificiali, come condotte cittadine e impianti idrici degli edifici, come serbatoi, tubature, fontane, piscine ecc.

L'agente eziologico della legionellosi è veicolato dalla rete idrica distribuita per usi civili (comprese le strutture sanitarie di ricovero e cura) e può colonizzare il soggetto ricevente attraverso le attività ordinarie quotidiane (doccia o cure igieniche in genere, esposizione a microclimi sottoposti a climatizzazione con inadeguata gestione dei sistemi di filtraggio, inalazione da sistemi di nebulizzazione / umidificazione dell'aria) oppure attraverso alcune pratiche assistenziali erogate senza i necessari requisiti di sicurezza protettiva per il paziente.

La prevenzione primaria è rappresentata dalla bonifica dei serbatoi naturali e dei sistemi di convogliamento e distribuzione idrica.

La rilevazione nosocomiale di un caso isolato, o di un cluster clinico, è tuttavia rilevante in quanto espressione di un problema sistemico della struttura e dell'organizzazione sanitaria che richiede un tempestivo intervento di valutazione tecnico-microbiologica dell'impiantistica e di verifica delle buone pratiche assistenziali.

La malattia si può manifestare sia in forma di polmonite con tasso di mortalità variabile tra 10-15%, sia in forma febbrile extrapolmonare e sia in forma subclinica.

Il tasso di mortalità correlata all'infezione da *Legionella* dipende da alcuni fattori specifici (come la gravità della malattia, l'appropriatezza del trattamento antibiotico iniziale, il luogo in cui è stata contratta l'infezione, le condizioni pregresse del paziente) e può variare dal 40-80% nei pazienti immunodepressi non trattati, al 5-30% in caso di un appropriato trattamento della patologia. Complessivamente la letalità della legionellosi si aggira tra il 5% e il 10% (dati epicentro ISS).

1.1 DIAGNOSI E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

La legionellosi non presenta sintomi o segni o combinazione di sintomi specifici, pertanto la diagnosi deve essere confermata dalle prove di laboratorio e di radiologia. Il test più frequentemente utilizzato è la rilevazione di antigene di legionella su urine. La tempestività dell'esecuzione di tale indagine permette di porre diagnosi differenziale tra infezione comunitaria piuttosto nosocomiale, anche per poter intervenire tempestivamente identificando la sorgente di infezione e evitando l'insorgenza di cluster.

¹ Il genere *Legionella* comprende 61 diverse specie ma non tutte sono state associate a casi di malattia nell'uomo. La *Legionella pneumophila* è la specie responsabile dell'85% delle infezioni nel mondo.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 4 di 32

La polmonite da Legionella ha dei sintomi che sono spesso indistinguibili dalle polmoniti causate da altri microrganismi e, per questo motivo, la diagnosi di laboratorio della legionellosi deve essere considerata complemento indispensabile alle procedure diagnostiche cliniche. Gli accertamenti di laboratorio devono essere attuati possibilmente prima che i risultati possano essere influenzati dalla terapia e devono essere richiesti al fine di attuare una terapia antibiotica mirata, contenere così l'uso di antibiotici non necessari, evitare effetti collaterali, l'insorgenza di microrganismi antibiotico-resistenti e ridurre i tempi di degenza e le spese sanitarie. Inoltre, non avendo caratteristiche cliniche che permettono di distinguerla da altre forme atipiche o batteriche di polmonite comunitaria, né ha stigmati specifiche che consentono di sospettarla tra le eziologie di polmonite nosocomiale e/o dell'ospite immunocompromesso, va sempre sospettata sul piano clinico tra le infezioni polmonari comunitarie e nosocomiali.

Nel caso in cui il medico sospetti un'infezione da Legionella, in presenza di un quadro clinico riconducibile a manifestazioni sintomatologiche polmonari o simil-influenzali, quali: tosse, dolori diffusi, fiato corto, mal di testa, febbre con brividi e dolore addominale, nausea, diarrea e/o alterazioni dello stato cognitivo, nell'attesa di un riscontro con immagini radiologiche (Rx Torace /TC polmonare), è auspicabile raccogliere un campione urinario per la ricerca di antigeni urinari. È necessario raccogliere un campione di urina estemporaneo all'interno di un contenitore sterile fornito dal personale sanitario. La modalità di raccolta del campione in paziente con catetere a permanenza è la medesima raccomandata per la raccolta di campione per urinocoltura.

1.2 DEFINIZIONE DEL CASO DI LEGIONELLOSI

- **Caso Accertato** Infezione acuta delle basse vie respiratorie con segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico e/o esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare, accompagnati da uno o più dei seguenti eventi:
 - ✓ isolamento di Legionella da materiale organico (secrezioni respiratorie, broncolavaggio, tessuto polmonare, essudato pleurico, essudato pericardico, sangue) o da un sito normalmente sterile;
 - ✓ riconoscimento dell'antigene specifico solubile nelle urine;
 - ✓ aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico verso L. pneumophila sg 1, rilevato sierologicamente tra due sieri prelevati a distanza di almeno 10 giorni.
- **Caso probabile** Infezione acuta delle basse vie respiratorie con segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico e/o esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare, accompagnati da uno o più dei seguenti eventi:
 - ✓ positività all'immunofluorescenza diretta utilizzando reagenti a base di anticorpi monoclonali o policlonali di materiale patologico;
 - ✓ aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico, relativo a sierogruppi o specie diverse da L. pneumophila sg1;
 - ✓ singolo titolo anticorpale elevato (>1:256) verso L. pneumophila sg1. Focolaio epidemico Qualora due o più casi siano riscontrati come riconducibili ad una medesima esposizione nell'arco di sei mesi.

1.3 MODALITA' DI TRASMISSIONE

Avviene per via respiratoria:

- ✓ per inalazione dei microrganismi da goccioline di acqua contaminata aerosolizzata che può essere prodotta da docce, umidificatori dell'aria, rubinetti ecc;

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 5 di 32

- ✓ per contaminazione dei presidi usati per la terapia respiratoria o dispositivi medici usati sulle vie respiratorie;
- ✓ attraverso meccanismi di aspirazione dell'acqua (pazienti portatori di sonde nasogastriche).

Non sono segnalati casi di contagio e trasmissione diretta interumana di Legionella, pertanto, **per il paziente affetto da Legionella non sono necessarie precauzioni aggiuntive.**

La prevenzione e il controllo della legionellosi richiede due classi di intervento distinte per natura (tecnico-ingegneristico e clinico assistenziale) e per ambito di competenza, ovvero l'ambito della UOC Tecnico Patrimoniale per gli aspetti strutturali e manutentivi degli impianti e quello della Direzione Medica/Distretti e del Risk Management per l'implementazione sia di misure proattive finalizzate al contenimento dei casi di infezione sia reattive per la corretta gestione dei casi di legionellosi. L'esposizione degli operatori segue sul piano generale le stesse misure preventive del resto della popolazione, ovvero l'abbattimento periodico della carica batterica negli impianti tecnologici della struttura e, sotto il profilo professionale, si richiama al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) in presenza di nebulizzazioni, aerosolizzazioni e manovre, in seguito meglio descritte a carico dell'apparato respiratorio o di interventi odontoiatrici dei pazienti.

Sotto il profilo normativo, la Regione Lazio, tenuto conto della necessità di fornire indicazioni e criteri per la contestualizzazione e l'applicazione nel territorio regionale di quanto previsto dalle Linee Guida nazionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi di cui all'Accordo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 7 maggio 2015 (Rep. Atti n.79/CSR), ha emanato il Decreto del Commissario ad Acta n. U00495 del 5 dicembre 2019.

Infine la Regione Lazio ha emanato la Delibera G.R. n° 460/2024 inerente "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi", di cui il presente documento costituisce il livello di recepimento e applicazione nella A.S.L. Rieti.

La Direzione Regionale Salute, attraverso l'Area Promozione della Salute e Prevenzione, si avvale del supporto tecnico operativo del SeRESMI (Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive), dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" I.R.C.C.S. (INMI) e dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente del Lazio (ARPA) per la programmazione ed indirizzo delle attività di prevenzione, sorveglianza, formazione, informazione e comunicazione sul tema della Legionellosi.

2. SCOPO

Il presente documento definisce la governance aziendale in merito a:

- Recepimento e applicazione della D.G.R. n° 460/2024;
- Monitoraggio e Prevenzione della legionella nelle Strutture Aziendali;
- Sorveglianza e controllo dei casi umani di legionellosi;
- Prevenzione del Rischio legionellosi associato alle attività lavorative svolte all'interno delle strutture aziendali.

Gli obiettivi specifici si distinguono in Preventivi e Reattivi come segue:

OBIETTIVI DI PREVENZIONE:

Effettuare l'analisi del rischio (tipologia dei Reparti/Strutture, tipologia impianti idraulici e aeraulici dei reparti/strutture, procedure assistenziali a rischio, etc.),

- elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire la possibilità di eventi avversi (trasmissione dell'infezione da legionella a pazienti e/o operatori);

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 6 di 32

- aggiornare il piano preventivo e favorire l'implementazione di tutti gli interventi di prevenzione e controllo necessari per abbattere il rischio legionellosi all'interno delle strutture Aziendali (impianti aeraulici, idraulici, prestazioni sanitarie a rischio di aerosolizzazione);
- descrivere le azioni correttive specifiche opportune e necessarie nella gestione, controllo e manutenzione degli impianti idrici e di condizionamento
- effettuare il monitoraggio ambientale e il controllo delle attrezzature medicali,
- implementare la formazione e informazione del personale,
- individuare la figura del G.I.D.I. entro i tempi previsti dal D.Lgs 18/2023.

OBIETTIVI DI GESTIONE REATTIVA:

Descrivere le modalità di gestione reattiva dell'evento avverso mediante le attività di sorveglianza e gestione clinica dei pazienti con polmonite con diagnosi suggestiva o confermata di legionellosi.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Questa procedura si applica a tutte le strutture ospedaliere e territoriali della ASL di Rieti ai pazienti e agli operatori sanitari, tecnici e servizi esternalizzati coinvolti.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Infezione da legionella nosocomiale:** una legionellosi che si manifesti clinicamente dopo circa 8 - 10 giorni dal giorno di ricovero (periodo di incubazione).
- **Grado di Criticità Strumenti/Dispositivi:** in base alla possibilità che divengano veicoli di trasmissione di malattie infettive sono individuati quelli:
 - **non critici:** che vengono in contatto superficiale con la cute o mucose (ad esempio termometri, fonendoscopi). Per questi è necessaria una disinfezione a basso/medio livello
 - **semi critici:** che vengono a contatto con cute e mucose intatte e in cavità preesistenti (ad esempio strumenti per scopia): per questi è necessaria una disinfezione ad alto livello o dispositivi monouso.
 - **critici:** che sono destinati a penetrare nei tessuti o nel sistema vascolare o aventi azione traumatica (ad esempio strumentario odontoiatrico): per questi è necessaria la sterilizzazione o monouso.
- **Aerosol:** in questo documento è definito come una sospensione di particelle costituite da minuscole goccioline di acqua, in genere con diametro interno < 5 µm, che possono contenere *Legionella* ed essere inalate in profondità nei polmoni.
- **Biocida o disinfettante:** sostanza capace di distruggere o inattivare irreversibilmente (in relazione alla concentrazione utilizzata ed al tempo di contatto) i microrganismi, riducendo il loro numero.
- **Biofilm:** è una aggregazione complessa di microrganismi contraddistinta dalla secrezione di una matrice adesiva e protettiva, caratterizzata spesso anche da adesione ad una superficie, sia di tipo biologico che inerte, eterogeneità strutturale, interazioni biologiche complesse ed una matrice extracellulare di sostanze polimeriche, spesso di carattere polisaccaridico.
- **Filtro HEPA:** con tale termine (dall'inglese High Efficiency Particulate Air filter) si indica un particolare sistema di filtrazione ad elevata efficienza di fluidi (liquidi o gas). I filtri HEPA fanno parte della categoria dei cosiddetti "filtri assoluti", a cui appartengono anche i filtri ULPA (Ultra Low Penetration Air). Il termine "filtri assoluti" è giustificato dal fatto che tali dispositivi mostrano un'elevata efficienza di ritenzione, compresa tra l'85% (H10) e il 99,995% (H14) per gli HEPA e tra il 99,9995% (U15) e il 99,99995% (U17) per gli ULPA.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 7 di 32

- **Inalazione:** introduzione con l'inspirazione, nell'apparato respiratorio di sostanze volatili o liquidi aerosolizzati.
- **Inibitori di corrosione:** prodotti chimici che proteggono i metalli dalla corrosione mediante: (i) promozione di un film sottile di ossido di metallo (passivazione) ad opera di inibitori anodici; (ii) formazione di una barriera fisica (pellicola sottile) per deposizione controllata.
- **Microaspirazione-Aspirazione:** inalazione di secrezioni oro-faringee nell'albero bronchiale. E' un meccanismo di per sé fisiologico, sempre presente in noi anche se non ce ne accorgiamo (per esempio come succede durante il sonno), ma che tende ad accentuarsi in caso di turbe della coscienza e della deglutizione.
- **Organo alogenati:** vengono indicati come composti organo alogenati i composti organici che contengono nella loro molecola almeno un atomo di alogeno (bromo, cloro, fluoro iodio).
- **Trattamento termico:** effettuato a temperatura elevata per un determinato tempo al fine di distruggere i patogeni presenti nell'acqua o in un alimento. Numerosi studi hanno dimostrato l'effetto inattivante prodotto dall'incremento di temperatura dell'acqua calda nelle reti idriche ospedaliere ed alberghiere. Negli impianti, ove l'acqua è costantemente mantenuta a temperature comprese tra 50 e 55°C, viene inibita la proliferazione di Legionella. Valori superiori a 60°C riducono il numero di colonie in modo proporzionale al tempo di esposizione (pastorizzazione).
- **Torre evaporativa o torre di raffreddamento:** è un dispositivo di dissipazione del calore che estrae calore nell'atmosfera attraverso il raffreddamento di un flusso di acqua ad una temperatura inferiore. La dissipazione del calore in una torre di raffreddamento avviene per "evaporazione", in quanto una quota dell'acqua da raffreddare evapora in un flusso di aria in movimento contrario, al fine di fornire un raffreddamento significativo alla parte rimanente del flusso d'acqua.
- **Valvola termostatica di miscelazione (TMV):** erogatore in cui la temperatura in uscita è preselezionata e controllata automaticamente dalla valvola che rilascia l'acqua ad una temperatura di solito compresa tra i 42 - 44°C.
- **UOC T.P.:** Ufficio Tecnico Patrimoniale
- **AICA** infermiere addetto alle infezioni correlate all'assistenza.
- **D.P.I:** Dispositivi di Protezione Individuale.
- **SPP:** Servizio di Prevenzione e Protezione.
- **DVR:** Documento di Valutazione dei Rischi.
- **CC-ICA:** Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza.
- **ISS:** Istituto Superiore di Sanità.
- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità
- **DUVRI:** Documento Unico di valutazione dei rischi da Interferenze
- **EA:** Evento Avverso
- **ES:** Evento Sentinella

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 8 di 32

5. MODALITA' OPERATIVE

5.1 PREVENZIONE

5.1.1 INTERVENTI DI PREVENZIONE TECNICO INGEGNERISTICI

In questo ambito si evidenzia la necessità di agire per la prevenzione del rischio e contenimento del rischio attraverso una strategia multifattoriale.

5.1.1.1 STRATEGIE AMBIENTALI

Al fine di prevenire l'insorgenza di infezioni legate alla possibile presenza negli impianti del batterio di Legionella, la presente per proceduralizzare sinteticamente la linea di azione più efficace e compatibile con gli impianti presenti, sempre nel rispetto ed aderenza normativa.

L'obiettivo è quello di monitorare la presenza della Legionella e contenerne ovvero azzerare la sua concentrazione negli impianti interessati.

Su tale principio, la Direzione della Asl ha inteso agire operativamente perseguendo le seguenti linee di azione:

1.Realizzazione del presente documento a recepimento delle indicazioni provenienti dalle Linee di indirizzo regionali per prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi D.G.R. n° 460 del 28/06/2024;

2.Elaborazione del Piano di sicurezza dell'acqua del sistema idrico di distribuzione interna, con particolare riguardo a piombo e Legionella e del Piano di autocontrollo degli impianti idrici interni, con controllo minimo relativo a piombo, Legionella e L.pneumophila secondo le indicazioni delle Linee Guida del 7 maggio 2015 "Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi", delle Linee Guida Rapporto" ISTISAN 22/32-ISS"e delle indicazioni del D.Lgs. n° 18 DEL 23/02/2023;

3.Realizzazione di interventi di manutenzione costante sia ordinaria che straordinaria degli impianti idrici sanitari;

4.Realizzazione di indagini di monitoraggio semestrali e invio della relativa reportistica alla D.M.O., Direzione Distretti, S.P.P., Medici Competenti, GIDI, Team Leader tramite il controllo UFC/litro del batterio Legionella secondo la ISO 11731:2017 con verifica da parte di laboratorio accreditato esterno di riferimento del Servizio Appaltato dall'U.O. T.P.

Nella campagna dei campionamenti sono ricomprese tutte le strutture ambulatoriali ove sono collocati i riuniti odontoiatrici.

5.Gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria sugli impianti sono documentati attraverso il Portale Gestionale FM 360 consultabile dal DEC e dal RUP del Contratto di Gestione manutenzione multiservizio tecnologico (UOC Tecnico Patrimoniale).

5.1.1.2 MANUTENZIONE COSTANTE SIA ORDINARIA CHE STRAORDINARIA DEGLI IMPIANTI SANITARI

Tali attività vengono implementate attraverso le seguenti azioni:

- IMPIANTO IDRICO SANITARIO

L'impianto di acqua sanitaria fredda e calda è gestito con modalità atte ad evitarne il funzionamento all'interno dell'intervallo a rischio tra i 20-50 °C.

- Clorazione:

Il cloro è un agente ossidante efficace per il controllo igienico-sanitario delle acque potabili; occorre mantenere il pH dell'acqua tra i valori di 6 e 7 per poter ottenere l'attività biocida del cloro. Per la sanificazione dell'impianto è stato scelto il metodo della clorazione continua attraverso l'immissione nella rete idrica di Biossido di Cloro tramite una produzione in loco con l'installazione di appositi generatori.

Il sistema prevede la preparazione ed il dosaggio di biossido di cloro proporzionale al reale consumo

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 9 di 32

dell'acqua misurato dal contatore volumetrico.

Presso il Presidio ospedaliero e le Strutture della ASL di Rieti è attivo un sistema di clorazione dell'impianto idrico basato sul sistema di generazione di biossido di cloro. Nello specifico, i prodotti chimici vengono inviati da pompe dosatrici, appositamente calibrate, all'interno di un reattore in cui si innesca la reazione acido cloridrico-clorito che genera biossido di cloro. Quest'ultimo miscelandosi con l'acqua di diluizione arriva alla concentrazione necessaria per garantire l'attività biocida pari a 2000 ppm di biossido di Cloro nel serbatoio, con un valore di produzione oraria massima pari a 60 g/h.

I prodotti chimici sono gestiti in accordo ai contenuti delle Schede di Sicurezza a corredo degli stessi (disponibili sui luoghi di utilizzo in versione aggiornata) e le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori sono garantite dal fatto che il biossido di Cloro non viene utilizzato in forma gassosa, nonché dalla presenza di un filtro a carboni attivi presente nell'impianto.

Il rispetto della proporzione dei prodotti chimici (in percentuale del 5% per ognuno dei due reagenti utilizzati con un 90% di acqua) è garantita dalla pompa dosatrice BOILER (product specification report 1.0/51249/0318) e dalla pompa K.cloro/contatore PVDF (product specification report 1.0/51583/0418).

La lettura strumentale elettronica del potenziale redox del residuo di disinfettante presente nell'acqua consente il monitoraggio e l'eventuale correzione necessaria, al fine di ottenere costantemente la concentrazione desiderata, che possa garantire la disinfezione dell'acqua nel rispetto dei parametri di potabilità.

Il biossido di cloro viene dosato da ogni punto di produzione di acqua calda e fredda sanitaria, mentre il disinfettante residuo viene monitorato e registrato su rete attraverso prelievi periodici in punti definiti come significativi.

Sull'impianto idrico sanitario viene effettuata un'attività di controllo operativo svolta, in accordo con la U.O.C. T.P., dalla Ditta esterna che ha anche l'incarico della manutenzione e della verifica di corretto funzionamento degli impianti, con utilizzo di kit singoli per analisi acqua. Sulla base dei risultati dei controlli vengono effettuati eventuali variazioni nei dosaggi dei prodotti.

Tutti i componenti di impianto sono mantenuti e, ove applicabile, tarati secondo le indicazioni del costruttore e sulla base dei risultati della gestione degli impianti.

- **Manutenzione e sanificazione**

Sull'impianto e sui componenti di distribuzione vengono inoltre attuate le seguenti attività che costituiscono l'attuazione di misure di prevenzione del rischio:

- **Bollitori**
 - Attività: smontaggio degli scambiatori ed immersione in acido cloridrico al fine di eliminare eventuali incrostazioni calcaree. Successiva immersione in prodotti disinfettanti appropriati (DECS o similari). Verifica dell'efficacia del trattamento sul fondo del bollitore che deve essere pulito e privo ogni eventuale deposito calcareo. In caso di esito positivo della verifica lavaggio con prodotti appropriati.
 - Tempistica: trimestrale.
- **Rubinetteria**
 - Attività: Disincrostazione e disinfezione dei soffioni doccia e dei rompigetto dei miscelatori con prodotti appropriati (DECS o similari) o, nel caso di danneggiamento degli elementi, eventuale sostituzione
 - Tempistica: trimestrale.

N.B. Tutte le attività sopradescritte vengono registrate su apposita scheda datata e firmata dall'operatore oppure dal Capo Servizio della Ditta esecutrice.

Tali schede hanno valore di registrazione delle attività di prevenzione nei confronti della Legionella e sono conservate all'interno del Portale Gestionale FM 360 consultabile dal DEC e dal RUP del Contratto di Gestione manutenzione multiservizio tecnologico (UOC Tecnico Patrimoniale) fornibili su richiesta alla DMO, Direzioni di Distretto, al SPP e ai Medici Competenti, GIDI, Team Leader.

Il personale della Ditta esecutrice che effettua la manutenzione/decontaminazione degli impianti è esposto a rischio biologico e pertanto deve indossare i dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 10 di 32

(filtrante facciale, guanti, occhiali).

- **Filtrazione assoluta terminale:** per minimizzare il rischio di contaminazione biologica soprattutto nelle aree definite a rischio, sono stati installati dei Filtri Assoluti Terminali (indicato per la produzione di acqua microbiologicamente controllata) nei punti d'erogazione dell'acqua d'uso sanitario.

Tali filtri sono sostituiti secondo quanto previsto dall'All.1 del Capitolato Tecnico sopra richiamato.

È in uso un sistema di gestione computerizzato dei report di sostituzione dei filtri (firmati dai Coordinatori Infermieristici) per alimentare la reportistica sul Portale Gestionale FM 360.

- **Flussaggio:** per minimizzare il rischio di ristagni di acqua e impedire l'accumulo di sostanze organiche ed inorganiche responsabili della formazione di biofilm viene garantito il flussaggio frequente e costante dei terminali dell'impianto. Il flussaggio può essere eventualmente utilizzato, qualora ritenuto opportuno o necessario, come un supporto alle misure correttive nel caso di esiti dei campionamenti e delle analisi con rilevazione di parametri delle UFC della legionella al di fuori dei range di accettabilità. Le operazioni di flussaggio consistono nel lasciar scorrere l'acqua calda e fredda per un periodo pari a 5 minuti dai terminali di impianto (rubinetti e docce).
- **Iperclorazione:** nel caso in cui si rendano necessarie misure correttive a seguito dei campionamenti periodici e delle analisi delle acque con parametri al di fuori dei range di accettabilità può essere eseguito di trattamento di iperclorazione. Il trattamento viene effettuato su acqua a temperatura inferiore a 30°, con una singola immissione di cloro in acqua fino ad ottenere concentrazioni di cloro residuo libero di 20-50 mg/L in tutto l'impianto. Dopo un periodo di contatto che varia dalle 2h con 20 mg/L ad 1h con 50 mg/L di cloro, l'acqua viene drenata e nuova acqua viene fatta scorrere nell'impianto fino a che il livello di cloro ritorna alla concentrazione di 0,5-1 mg/L.

- IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE (AREE DI DEGENZA)

- Prese d'aria esterne
 - Verifica: verificare che in prossimità delle prese d'aria non vi siano ristagni d'acqua oppure che non vi siano infiltrazioni all'interno delle stesse.
 - Misure di prevenzione: eliminare quindi tutte le fonti di inquinamento, pulire le prese d'aria e avvisare l'U.O.C. T.P.
 - Tempistica: fatta la prima verifica e risolte eventuali fonti di inquinamento, i controlli e la pulizia delle griglie di prese d'aria esterne deve avvenire con cadenza mensile.
- Filtri
 - Verifica: verificare lo stato di pulizia dei filtri (a celle, a sacco ed assoluti).
 - Misure di prevenzione: pulire tutte le unità filtranti. In alternativa effettuare la sostituzione con filtri nuovi.
 - Tempistica: per i filtri a celle (pre-filtri): controllo settimanale ed eventuale sostituzione mensile. Per i filtri a sacco: controllo a vista ed eventuale sostituzione. Per i filtri assoluti: sostituzione con cadenza semestrale (come previsto dal contratto di manutenzione).
- Unità Trattamento Aria (U.T.A.) - Vasche di raccolta condense
 - Verifica: verificare che nelle vasche di raccolta condense delle UTA non ristagni acqua.
 - Misure di prevenzione: aspirare eventuali ristagni d'acqua ed effettuare una verifica della pendenza della vasca e degli scarichi. Disinfettare quindi la vasca con prodotti appropriati (DECS o similari) e risciacquarla con acqua.
 - Tempistica: Trimestrale.
- Unità Trattamento Aria (U.T.A.) - Batterie di scambio termico
 - Verifica: verificare, ove possibile, che non vi siano incrostazioni sulle superfici delle batterie di scambio termico, con particolare attenzione nel periodo estivo a quelle di raffreddamento.
 - Misure di prevenzione: spruzzare un prodotto appropriato (DECS o similari) sulle batterie di

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 11 di 32

scambio termico assicurandosi che il prodotto riesca a raggiungere la parte più interna della batteria stessa, quindi procedere al risciacquo con acqua in modo da ridurre o eliminare del tutto eventuali residui al fine di non rendere tossica l'aria trattata.

- Tempistica: tale procedura può essere effettuata annualmente, anche in considerazione delle difficoltà di esecuzione.
- Torri evaporative
 - Misure di prevenzione: le vasche di raccolta dell'acqua devono essere vuotate e quindi disinfettate con prodotti appropriati (DECS o similari). I pacchi di raffreddamento devono essere disinfettati con prodotti appropriati (DECS o similari).
 - Tempistica: Tale attività deve essere svolta semestralmente e comunque prima dell'inizio della stagione estiva.

N.B. Tutte le attività sopradescritte devono essere sempre registrate su apposita scheda datata e firmata dall'operatore oppure dal Capo Servizio della Ditta esecutrice della manutenzione.

Tali schede hanno valore di registrazione delle attività di prevenzione nei confronti della Legionella e devono essere conservate all'interno del Portale Gestionale FM 360 consultabile dal DEC e dal RUP del Contratto di Gestione manutenzione multiservizio tecnologico (UOC Tecnico Patrimoniale) fornibili su richiesta alla DMO, Direzioni di Distretto, al SPP e ai Medici Competenti, GIDI, Team Leader, Direzione Aziendale.

Il personale della Ditta esecutrice che effettua la manutenzione/decontaminazione degli impianti è esposto a rischio biologico e pertanto deve indossare i dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio (filtrante facciale, guanti, occhiali); i lavoratori ASL non dovranno presenziare alle attività di manutenzione/decontaminazione; ove ciò fosse necessario devono indossare i DPI, e comunque rispettare tutte le misure indicate nel DUVRI.

5.1.1.3 CONTROLLO UFC/LITRO DEL BATTERIO LEGIONELLA SECONDO LA ISO 11731:2017

Tale linea di azione viene implementata attraverso le seguenti varie azioni:

- I controlli ambientali periodici e la ricerca di Legionella nei campioni

L'U.O.C Tecnico Patrimoniale, il G.I.D.I. e il Team Leader hanno il compito di effettuare la mappatura degli impianti ed identificare i punti di campionamento e i punti critici di controllo per il rischio legionellosi sulla base delle indicazioni fornite dal SPP all'interno del DVR Legionellosi, sulla base delle criticità legate all'impianto idrico e sulla base dei risultati dei campionamenti effettuati negli ultimi anni.

È in funzione di tale mappa, che la Ditta esecutrice esterna effettua un campionamento iniziale in circa 30 punti contemporaneamente per valutare il livello di colonizzazione dell'impianto idrico.

D'intesa con la A.S.L., la Ditta esterna esegue quindi 110 campioni di acqua all'anno, ai quali sommare ulteriori 30 campioni eventualmente necessari (comprendenti anche tamponi, filtri e prelievi di depositi e incrostazioni).

I prelievi ambientali periodici per la ricerca della Legionella devono essere effettuati al fine di monitorare costantemente il livello di colonizzazione degli impianti, considerando un rischio elevato di infezioni nosocomiali da Legionella per concentrazioni del microrganismo > 100 UFC/L.

- Modalità di campionamento

- Modalità di prelievo: le modalità di prelievo sono quelle indicate dalle Linee Guida Nazionali del 07 maggio 2015.
- 1. Prelievo di acqua sanitaria da rubinetto o doccia:
 - aprire il rubinetto o la doccia (dopo, per quest'ultima, aver smontato il bulbo doccia) e, senza far scorrere acqua e/o flambare, raccogliere il primo litro d'acqua in bottiglia sterile;
 - nel caso di acqua di rete da poco clorata e/o in fase di clorazione usare recipienti sterili contenenti soluzioni al 10% di sodio tiosolfato (0,1 ml ogni 100 ml di capacità)
 - Prelievo per tamponamento:
 - introdurre e sfregare un tampone sterile all'interno del rubinetto o bulbo doccia (usare guanti

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 12 di 32

sterili); immergere successivamente il tampone in una provetta sterile con tappo a vite contenente circa 5 ml di acqua dello stesso punto di prelievo.

2. Prelievo da serbatoi:

- per il prelievo dal fondo del serbatoio procedere con le stesse modalità previste per il prelievo dell'acqua sanitaria;
- per il prelievo all'interno del serbatoio occorre far prima scorrere l'acqua per circa 5-10 minuti, flambare e successivamente campionare un litro d'acqua, eventualmente con tiosolfato in caso di acque clorate;
- Trasporto e conservazione: i campioni vanno trasportati a temperatura ambiente e conservati in idonei contenitori che garantiscano il riparo dalla luce solare; gli stessi vanno consegnati al laboratorio analisi nel più breve tempo possibile.

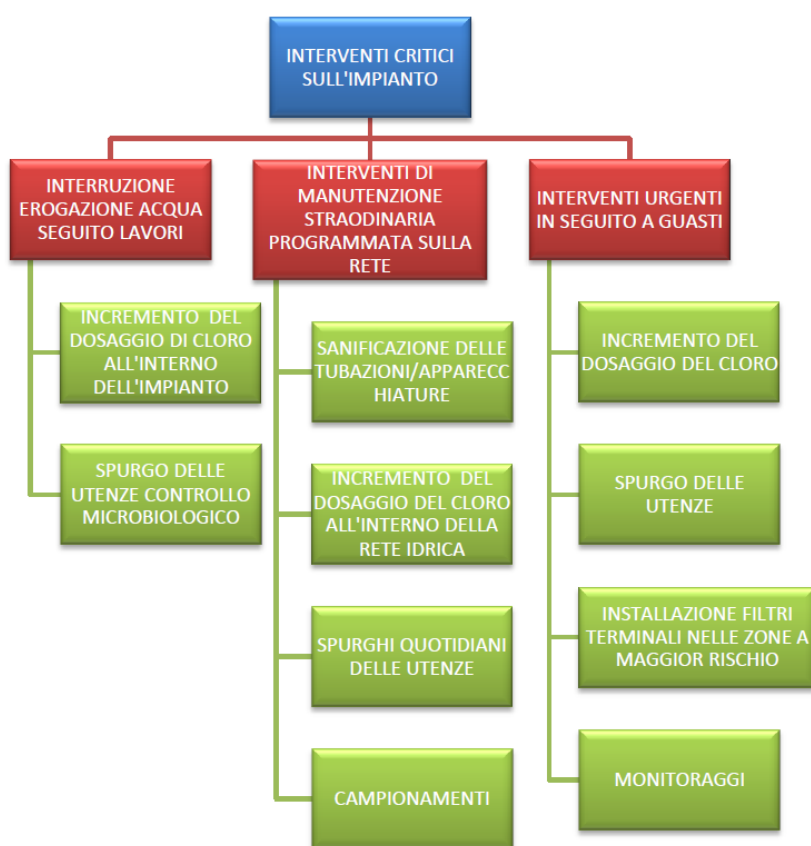


Figura 1- Interventi a rischio e misure cautelative

- IL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Effettua la valutazione del rischio legionellosi e redige il D.V.R. di cui agli artt.17 e 271 del D.Lgs 81/2008 s.m.i. (Asl Rieti "Documento Valutazione del Rischio Legionellosi"- Ultima Revisione Rev. 01 del 27/11/2024).

La valutazione del rischio è fondamentale per acquisire conoscenze sulla vulnerabilità degli impianti idrici ed aeraulici in termini di:

- potenziale di proliferazione batterica al loro interno e di esposizione ad aerosol d'acqua che essi possono determinare;
- stima del possibile impatto potenzialmente causato dagli impianti sulla salute dei loro utenti e dei lavoratori;

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 13 di 32

- definizione ed implementazione delle contromisure adeguate a mitigare il rischio, con un impegno di sforzi e risorse commisurati al potenziale impatto;
- gestione emergenze in caso di incidenti che possono provocare la dispersione nell'ambiente dell'agente biologico;
- adozione di misure idonee affinché i lavoratori e/o loro rappresentanti ricevano informazione e formazione adeguate sul rischio.

La valutazione del rischio nelle varie strutture sanitarie aziendali sarà revisionata ogni volta che vi siano modifiche degli impianti, della tipologia di pazienti assistiti e/o delle situazioni epidemiologiche che si rendessero evidenti sia a carico degli utenti che dei lavoratori presenti e, infine, in caso di anomala presenza di Legionella spp negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio che verrà effettuata in funzione del programma e della categorizzazione del rischio da parte del GIDI. Il numero di campioni dovrà essere proporzionato:

1. alle dimensioni degli impianti ed in relazione alle condizioni di funzionamento e di manutenzione della rete idrosanitaria (in particolar modo sui punti a rischio di proliferazione: rami morti, terminali scarsamente utilizzati, pulizia e disinfezione dei serbatoi e della rete idrica, pulizia dei terminali, ecc.) e della rete aeraulica;
2. alla valutazione sulle condizioni di eventuale utilizzo di dispositivi medici a rischio e in uso nei punti di esposizione sistemica;
3. alla contaminazione degli impianti con Legionella e agli interventi di disinfezione.

Livelli di RISCHIO LEGIONELLA nelle UU.OO. Ospedaliere/Strutture della ASL RI

UNITA' OPERATIVE	Livello di rischio LEGIONELLA
Rianimazione	ALTO
Terapie Intensive	ALTO
Malattie Infettive	ALTO
Blocco operatorio	ALTO
Ostetricia e Ginecologia/ OBI ostetrico	ALTO
Dialisi	ALTO
Oncologia- Ematologia	ALTO
Nefrologia	ALTO
UTIC	ALTO
Medicine	ALTO
Radioterapia	ALTO
BroncoPneumologia	ALTO
Gastroenterologia	ALTO
Chirurgie multidisciplinari	ALTO
Odontoiatria	ALTO
Urologia	ALTO
OBI MURG – Pronto Soccorso	ALTO
Lungodegenza cod. 60	ALTO
Cardiologia	ALTO

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 14 di 32

Medicina Fisica e Riabilitativa COD. 56	ALTO
Neurologia	ALTO
Stroke unit	ALTO
Pediatria/OBI pediatrico	ALTO
SPDC	MEDIO
Anatomia Patologica	MEDIO
Otorinolaringoiatria	MEDIO
Oculistica	MEDIO
Radiologia	MEDIO
Ortopedia/traumatologia	MEDIO
Degenza Infermieristica	MEDIO
Medicina Trasfusionale	MEDIO
Locali deposito strumentario chirurgico	MEDIO
Altre UU.OO.	BASSO
Uffici	BASSO
Archivi/Magazzini	BASSO
Attività di tipo Ambulatoriale/Servizi	In analogia alle branche specialistiche

Nella tabella seguente vengono indicati i livelli di concentrazione di Legionella raccomandabili per i 3 livelli di Rischio.

Livelli di Concentrazione di Legionella attesi

	LIVELLO DI RISCHIO	
Zona a Rischio 1	RISCHIO INFETTIVO ALTO	la concentrazione di Legionella dovrebbe essere assente (o inferiore al minimo rilevabile, ovvero inferiore a 100 UFC/L se il volume di matrice acquosa esaminato è un litro).
Zona a Rischio 2	RISCHIO INFETTIVO MEDIO	la concentrazione di Legionella non dovrebbe superare 100 UFC/L.
Zona a Rischio 3	RISCHIO INFETTIVO BASSO	la concentrazione di Legionella non dovrebbe superare 1000 UFC/L

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 15 di 32

N.B. Dal punto di vista preventivo, nei reparti classificati ad alto rischio, si rende necessario applicare le seguenti misure di cautela già al riscontro di una concentrazione ≥ 100

LEGIONELLA (UFC/L)	INTERVENTO
≥ 100	•Divieto immediato di utilizzo dell'acqua di rete per docce, abluzioni, pratiche assistenziali che possano generare aerosol nell'area coinvolta •Sostituzione immediata dei FAP (filtri antibatterici filtranti permanenti) dell'area coinvolta •Sorveglianza clinica nei 10 gg successivi dei pazienti ricoverati nell'area coinvolta •Ripetizione del campionamento

- IL MEDICO COMPETENTE

- Collabora con il SPP al processo di valutazione dei rischi;
- Visita gli ambienti di lavoro e redige le relazioni per quanto di competenza;
- Effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori;
- Segue il percorso clinico dei lavoratori eventualmente contagiati per gli aspetti di competenza, (sospensione e riammissione in ambito lavorativo).

5.1.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO CLINICO ASSISTENZIALE

Le procedure assistenziali che espongono al rischio di legionellosi sono quelle che coinvolgono l'apparato respiratorio, in particolare sono coinvolti quegli interventi che necessitano di acqua sia per il reprocessing degli strumenti impiegati che per il loro funzionamento.

Utilizzando le categorie di Vincent relative ai fattori contribuenti il verificarsi di un evento avverso, nello specifico per la legionellosi, è necessario inquadrare il problema della prevenzione in una prospettiva multidimensionale:

- **Caratteristiche del paziente:** per i pazienti ospedalizzati i fattori individuali contribuenti sono i seguenti:
 - Immunosoppressione dovuta a trapianti o ad altre cause,
 - interventi chirurgici a testa e collo,
 - tumori,
 - leucemie e linfomi,
 - diabete,
 - malattie croniche dell'apparato cardiaco e polmonare,
 - utilizzo di dispositivi per la respirazione assistita,
 - tabagismo e alcolismo.
- **Fattori legati al profilo professionale:** ovvero la disponibilità e il corretto rispetto da parte del personale sanitario di procedure/istruzioni operative in dotazione alle singole UU.OO.
- **Fattori legati al team di lavoro:** ovvero la cura degli aspetti comunicativi nelle sue articolazioni scritte e verbali.
- **Fattori legati all'ambiente di lavoro:** ovvero la manutenzione e sanificazione delle attrezzature e la bonifica periodica degli impianti, precedenti casi di Legionellosi, isolamento in passato di Legionella negli impianti.
- **Fattori gestionali e organizzativi:** ovvero gli aspetti direttamente correlabili alla organizzazione interna e alla gestione della Struttura.
- **Fattori legati al contesto istituzionale:** ovvero il collegamento con le organizzazioni esterne.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 16 di 32

- **Fattori culturali:** ovvero il livello di cultura gestionale, organizzativa e sulla qualità e sicurezza delle cure espressi dall'Azienda.

Per quanto sopra **risulta mandatorio** che i **Direttori di UU.OO/Strutture e gli Incarichi di Organizzazione** provvedano alla **diffusione** del documento, alla relativa conservazione della lista di diffusione ed alla **vigilanza** sull'osservanza dei corretti comportamenti degli operatori durante le pratiche assistenziali, nonché alla formazione del proprio personale sul presente documento.

5.1.2.1 MECCANISMI DI TRASMISSIONE DELLA LEGIONELLA CORRELATI ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI

L'esposizione al rischio avviene per via respiratoria tramite:

- inalazione dei microrganismi da droplet di acqua contaminata aerosolizzata che può essere prodotta da docce, umidificatori dell'aria ecc.;
- contaminazione dei presidi usati per la terapia respiratoria e dei dispositivi medici impiegati sulle vie respiratorie;
- meccanismi di aspirazione dell'acqua (colonizzazione dell'orofaringe, inserimento di sonde nasogastriche, ecc.);

Nella pratica assistenziale vi sono alcune procedure operative a maggior rischio di contaminazione/colonizzazione/infezione del paziente,

- Broncoscopia, broncoaspirazione, broncolavaggio.
- Intubazione orotracheale.
- Ventilazione Assistita.
- Tracheostomia.
- Sondino naso-gastrico.
- Trattamenti odontoiatrici².
- Aerosol terapia.
- Ossigenoterapia.
- Parto in acqua.

per le quali sono necessari alcuni dispositivi caratterizzati da differente livello di criticità (vedi definizioni) :

- Maschere facciali e sonde rinofaringee e cannule di Mayo-Guedel..
- Tubi del circuito inspiratorio ed espiratorio dei ventilatori meccanici.
- Catetere mount e raccordi per circuiti respiratori.
- Pallone di Ambu con reservoir per la rianimazione.
- Umidificatore.
- Incubatrici.
- Spirometri e boccagli.
- Broncoscopi e loro accessori (pinze per biopsia e spazzolini per campioni).
- Tubi endotracheali ed endobronchiali.
- Lame del laringoscopia..
- Nebulizzatori, maschere ed occhialini per l'ossigenazione.

² La qualità dell'acqua dei riuniti odontoiatrici è di considerevole importanza poiché sia i pazienti e soprattutto gli operatori sono regolarmente esposti all'aerosol generato dagli strumenti rotanti. Una delle caratteristiche peculiari dell'acqua che alimenta la poltrona odontoiatrica è quella di combinare la capacità di sviluppare rapidamente il biofilm con quella di generare aerosol potenzialmente contaminato. Per ridurre la contaminazione microbica e/o la formazione del biofilm all'interno dei circuiti idrici si raccomanda la predisposizione a monte del sistema di un filtro disinfettante e/o filtri a monte dei manipoli dei rotanti. Il biofilm, una volta formatosi, è particolarmente resistente alle ordinarie operazioni di lavaggio e disinfezione è pertanto necessaria la rimozione dello stesso con azioni meccaniche di pulizia.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 17 di 32

- Sonde dell'analizzatore di CO2 e valvole espiratorie e loro accessori .
- Mandrini per intubazione.
- Sondini per aspirazione e valvola di aspirazione.
- Sensori di temperatura.

E' fatto obbligo del rispetto delle misure di trattamento igienico sanitario coerenti con il grado di criticità del dispositivo utilizzato.

E' FATTO ASSOLUTO DIVIETO DI UTILIZZO DELL'ACQUA PROVENIENTE DALLA RETE IDRICA AL FINE DI UMIDIFICARE L'OSSIGENO SOMMINISTRATO.

Per l'ossigenoterapia è necessario utilizzare umidificatori preriempiti monopaziente (forniti dalla farmacia ospedadliera). Nel caso di impossibilità ad utilizzare umidificatori preriempiti monopaziente, i presidi alternativi (gorgogliatori con relativo bicchiere a vite pluriuso) dovranno essere sanificati e riempiti con acqua sterile per preparazioni iniettabili.

Pertanto le funzioni aziendali deputate alla gestione degli interventi preventivi secondo le specifiche competenze sono le seguenti:

- **LA UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING**
 - Promuove proattivamente interventi di mitigazione del rischio clinico;
 - Assume idonee iniziative per implementare le buone pratiche al fine di contenere il rischio per il paziente.
 - Partecipa alle attività di formazione.
 - Cura congiuntamente G.d.L. qui identificato, gli aggiornamenti della presente procedura in occasione di nuove evidenze scientifiche e/o perfezionamenti organizzativi e/o indicazioni Nazionali e Regionali
- **DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO/DIREZIONE DISTRETTO**
 - Garantisce la corretta condotta igienico sanitaria delle strutture aziendali a loro afferenti;
 - Supervisiona lo stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione attraverso l'interfaccia con l'Area Tecnica e il G.I.D.I.;
 - Collabora con il Risk Manager a iniziative nelle UU.OO. per verificare la buona condotta operativa e/o le criticità emergenti al fine dell'implementazione di buone pratiche per la riduzione del rischio.
- **I DIRIGENTI SANITARI E INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE**

Tutti i Dirigenti e gli Incarichi di Organizzazione, dovranno agevolare l'adozione delle misure igienico sanitarie per la prevenzione della legionellosi correlata all'assistenza, finalizzate a minimizzare il rischio di trasmissione di Legionellosi nel corso di Procedure Assistenziali.

5.2 OBIETTIVI DI GESTIONE REATTIVA

5.2.1 GESTIONE DELL'INFEZIONE DA LEGIONELLA: INTERVENTI TECNICO INGEGNERISTICI

Le azioni da adottare a breve termine in ipotesi di "Casi di Legionellosi Nosocomiale" sono le seguenti (vedi fig.2 e fig.3):

1. Effettuare una sanificazione dell'impianto risultato contaminato mediante:

- operazioni di svuotamento, disincrostazione e disinfezione dei serbatoi di accumulo: con il

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 18 di 32

semplice riempimento per almeno 24 ore del serbatoio, dopo averlo scollegato dalla rete, con una soluzione di acido cloridrico diluito, circa al 2% (che ha il vantaggio di sciogliere tutte le incrostazioni di calcare e contestualmente disinfettare il serbatoio);

- accurato ed esaustivo lavaggio del serbatoio e sua successiva messa in rete.

Tale operazione generalmente elimina la principale causa della contaminazione da legionella.

2. **Ricontrollare i punti rete** ad esso collegati e solo in caso di presenza di cariche significative di legionella (>103UFC/litro) deve essere effettuata la sanificazione della rete come segue:
 - effettuare la clorazione dell'acqua calda **in modo da ottenere una concentrazione di cloro libero ai punti periferici di utenza compreso tra 1 e 2pp.**
3. **Predisporre un'indagine ambientale per la valutazione del rischio**, sia a livello della rete idrica che dell'impianto di condizionamento, in base alla struttura dell'impianto e ai dati emersi dall'indagine epidemiologica, identificando i punti critici, per procedere al campionamento microbiologico ambientale e fornisce copia della documentazione relativa agli interventi di manutenzione effettuati.
4. **Provvedere** tempestivamente ad effettuare eventuali interventi straordinari richiesti dal Direttore Sanitario Aziendale;
5. **Audit straordinari:** devono essere realizzati con urgenza uno o più audit straordinari relativi a tutta l'attività di prevenzione e gestione del rischio, focalizzando sul sito/reparto interessato. Il rapporto di audit deve essere quanto prima esposto in una riunione che coinvolga le figure interessate (Direzione Medica/Direzione Distrettuale, GIDI, DAPS, Coordinamento del sito/reparto, Ufficio Tecnico, SPP, Risk Management, Ufficio ICA dell'UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera e altre figure secondo necessità).

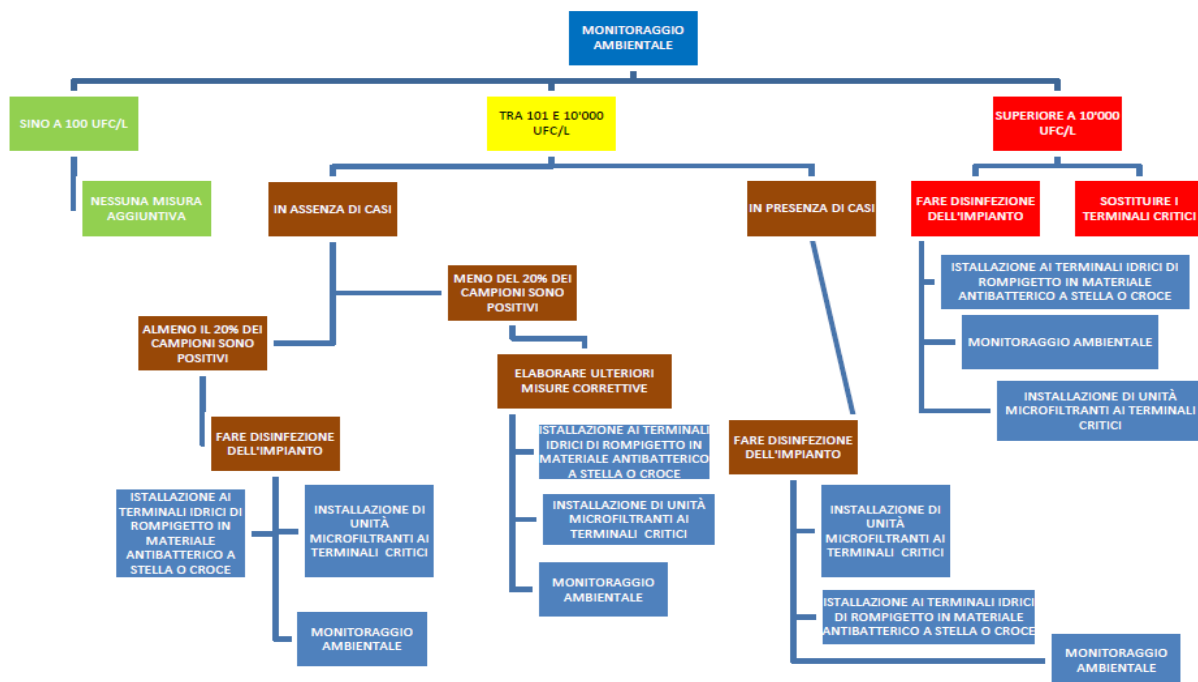


Figura 2 - Flusso degli interventi

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	
		Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 19 di 32

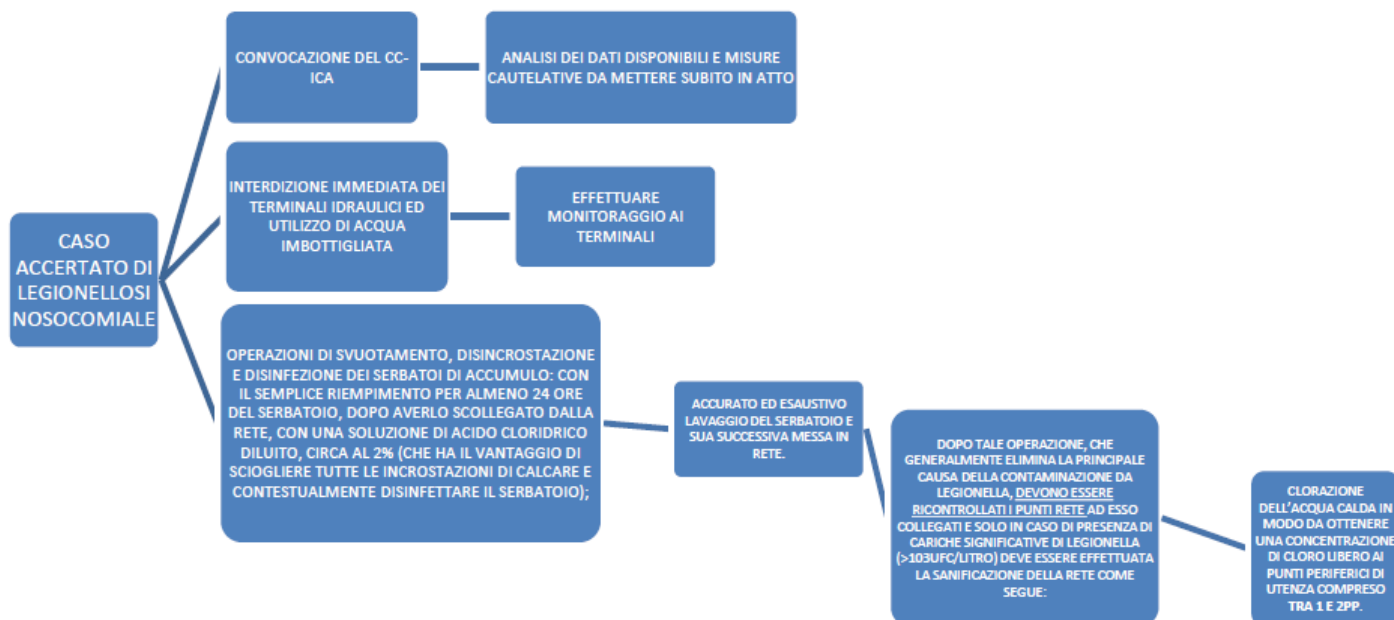


Figura 3- Misure da mettere in atto in caso accertato di legionellosi

IL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

- acquisisce la documentazione ritenuta necessaria.
- Riceve i risultati analitici ed effettua, se necessario, l'aggiornamento della valutazione del rischio legionellosi ai sensi dell'artt. 17 e 271 del D.Lgs. 81/08 e s.m. e i.
- In caso di lavoratore positivo, collabora con il Medico Competente per la gestione del caso.

MEDICO COMPETENTE

- Effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti.
- In caso di lavoratore positivo, collabora con il SPP per la gestione del caso e ne monitora le condizioni di salute.

5.2.2 GESTIONE DELL'INFEZIONE DA LEGIONELLA: INTERVENTI CLINICO ASSISTENZIALI

I metodi di diagnosi per l'infezione da Legionella correntemente utilizzati presso il Laboratorio Analisi ASL Rieti sono:

- Rilevazione dell'antigene urinario;
- Biologia molecolare PCR su materiale respiratorio profondo (Broncolavaggio, Broncoaspirato)
- NB: Il paziente che giunge in Pronto Soccorso con un quadro clinico, laboratoristico e radiologico riconducibile a caso di legionellosi (comunitaria), dovrà eseguire consulenza infettivologica per la terapia del caso. Non necessita di isolamento. Il medico di Pronto Soccorso dovrà eseguire notifica di malattia infettiva (Allegato 1).

- IL MEDICO DEL LABORATORIO

Il medico del Laboratorio che riscontra una positività dell'antigene della Legionella nelle urine deve:

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 20 di 32

- verifica l'avvenuto inserimento sul LIS del Laboratorio Analisi del risultato del test, in modo che il Medico richiedente possa autonomamente prenderne immediata visione. Qualora il Dirigente Medico di Laboratorio è in servizio attivo diurno, dopo la validazione del referto provvederà ad avvertire, in caso di positività, il reparto richiedente anche per via telefonica. In caso di paziente ricoverato da almeno 10 giorni il test legionella positivo sarà considerato ALERT e inserito nel sistema di notifica Virtuoso Plus per tutti gli atti conseguenti (vedi oltre).
- Valutare, insieme al medico di reparto, se il tempo di permanenza in ricovero del paziente è compatibile con una possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione. In particolare, se il test è stato eseguito in un paziente con sintomatologia acuta già ricoverato in Ospedale o struttura sanitaria associata continuativamente per almeno 9 - 10 giorni dall'inizio della sintomatologia, il sospetto di acquisizione nosocomiale sarà molto consistente; nel caso invece di pazienti ricoverati nelle 48 ore precedenti il test per polmonite, si tratterà di caso ad acquisizione comunitaria.
- Nel dubbio di una probabile/possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione, il Medico di Laboratorio scriverà sul referto "ALERT LEGIONELLA" e, in conformità con quanto indicato nella procedura aziendale per la sorveglianza dei germi alert, dovrà avvisare IMMEDIATAMENTE per via telefonica, oltre al medico di reparto, la DMO (se necessario, anche nella figura del reperibile) e la UOS di Igiene e Profilassi Ospedaliera l'infermiere AICA annotando e registrando le modalità dell'avvenuto contatto.
- **IL MEDICO DELLA U.O./RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA deve:**
 - richiedere la consulenza urgente dell'Infettivologo per l'eventuale trasferimento in Malattie Infettive o, in alternativa ed a seconda della situazione clinica del paziente (es. UTIC; CR...) impostare la terapia concordata con l'Infettivologo;
 - per tutti i pazienti, attivare le prime misure precauzionali tra le quali:
 - interdire l'uso della doccia ed inibire l'utilizzo di acqua proveniente dai rubinetti presenti nella stanza del paziente (usare acqua proveniente da rubinetti non interdetti o, in alternativa, richiedere fornitura di acqua distillata alla farmacia per le cure igieniche al paziente);
 - richiedere fornitura di acqua minerale per l'igiene orale e per bere
 - compilare il Modello Semplificato di Malattia Infettiva Modello MI-BASE (allegato 1) da inviare via email alla UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera/DMO (segreteriaadmo.ccica@asl.rieti.it);
 - compilare la scheda di rilevazione di microrganismo alert da inviare alla DMO come indicato nella [Procedura per la sorveglianza e il controllo della circolazione di microrganismi MDRO in ospedale: il sistema di alerting](#)
 - predisporre una relazione clinica sul paziente, che deve essere inviata alla Direzione Medica Ospedaliera/Direzione Distrettuale per la rapida attivazione del CC-ICA;
 - diffondere rapidamente l'informazione del caso a tutto il personale sanitario dell'Unità Operativa/Struttura Distrettuale interessata;
 - avviare la sorveglianza di possibili ulteriori casi;
 - redigere in collaborazione con la UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera/Direzione Distrettuale l'elenco del personale sanitario della U.O. interessata esposto alla fonte;
 - fornire alla UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera/ Direzione Distrettuale, i nominativi dei pazienti ricoverati nella stessa stanza di degenza del caso, specificando se siano ancora ricoverati o siano stati dimessi;
 - predisporre, se richiesta (es. cluster nosocomiali), la raccolta di campioni biologici per l'isolamento culturale del microrganismo da inviare al Laboratorio dell'INMI Lazzaro Spallanzani.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 21 di 32

- **LA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA**

- Ricevuta la segnalazione di alert **dal medico del Laboratorio Analisi addetto alla Microbiologia**, coordina e supervisiona l'intervento dell'infermiere AICA e:
- In caso di **Legionellosi NOSOCOMIALE**, invia la comunicazione a:
 1. UOC Tecnico Patrimoniale
 2. UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
 3. Servizio Prevenzione Protezione
 4. Medico Competente;
 5. UO/Struttura dove è ricoverato il caso
 e li convoca, anche nel contesto del CC-ICA, con massima urgenza per la definizione delle misure **da adottare nell'immediato**.
- Accerta dell'invio della scheda di notifica, da parte della UOS di Igiene e Profilassi Ospedaliera, alla UOC Igiene e Sanità Pubblica.
- Predispone dettagliata relazione finale di tutti i provvedimenti adottati da allegare al fascicolo che verrà inviato alla UOC Igiene e Sanità Pubblica.
- Fornisce un feed-back di quanto messo in atto alla U.O. segnalante.

- **IL CC- ICA**

- avvia tempestivamente l'inchiesta epidemiologica, attraverso l'Ufficio ICA della UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera per:
 - valutare la pertinenza della segnalazione, predisponendo eventualmente un secondo esame di laboratorio per la conferma diagnostica;
 - definire il caso in base ai criteri clinici e di laboratorio;
 - verificare la sussistenza dei criteri temporali utili a definire il caso come sospetto o accertato nosocomiale;
 - la ricerca dell'esposizione, luoghi frequentati e trattamenti a rischio, verificando anche le condizioni di un eventuale utilizzo dei dispositivi;
 - ricostruire la catena di contagio;
 - proporre i provvedimenti sanitari o tecnici necessari per il controllo dell'evento e per interrompere la circolazione intraospedaliera del patogeno sentinella.
- Attiva l'audit al fine di:
 - verificare e confermare la presenza di altri eventuali casi;
 - Effettuare, quando possibile, il confronto dei ceppi di Legionella isolati dai malati con quelli isolati dall'ambiente; per la tipizzazione e il confronto inviare gli isolati al laboratorio di riferimento nazionale presso l'ISS.
 - Acquisire la conferma di laboratorio della diagnosi.
 - Verificare l'applicazione della presente procedura per la ricerca di Legionella in tutti i casi di polmonite nosocomiale.
 - Descrivere la distribuzione nel tempo e nello spazio dei casi confermati e dei casi presunti rappresentando graficamente la curva epidemica ed effettuando la ricerca di esposizioni comuni.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 22 di 32

- Acquisire la risultanza delle indagini ambientali sulla rete idrica e le attrezzature sospette, mirate in base alle ipotesi emerse dallo studio descrittivo.

- Predispone la relazione finale sul caso clinico.

Nell'ipotesi in cui il caso positivo si trovi in una struttura di degenza territoriale, il CC-ICA fornirà tutte le indicazioni per la gestione clinico-assistenziale e la sorveglianza dello stesso.

- **LA U.O.C. RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING**

- Partecipa alle attività del CC-ICA e relativi audit;
- Garantisce il rispetto del flusso SIMES.

- **I DIRIGENTI E INCARICHI ORGANIZZATIVI**

- Tutti i Dirigenti e Incarichi Organizzativi dovranno agevolare l'adozione delle misure igienico sanitarie stabilite e finalizzate a minimizzare il rischio di trasmissione di Legionellosi nel corso di Procedure Assistenziali.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL Rieti	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 23 di 32

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'1 – FASI PREVENTIVE

RESPONSABILE	di COSA	COME
A) INTERVENTI DI PREVENZIONE TECNICO INGEGNERISTICI		
-Team-leader - D.Lgs 18/2023 -Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI) - D.Lgs 18/2023	Piano di sicurezza dell'acqua del sistema idrico di distribuzione interna, con particolare riguardo a piombo e Legionella. Piano di autocontrollo degli impianti idrici interni, con controllo minimo relativo a piombo, Legionella e L.pneumophila	☐ Attuazione delle indicazioni delle Linee Guida del 7 maggio 2015 “Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi”, ☐ Attuazione delle indicazioni delle Linee Guida Rapporto” ISTISAN 22/32-ISS” ☐ Attuazione delle indicazioni del D.Lgs. n° 18 DEL 23/02/2023
Gestore manutenzione multiservizio tecnologico (appalto esternalizzato)	Manutenzioni e analisi previste dal Capitolato Tecnico di Gara Comunitaria centralizzata Regione Lazio (all.1)	☐ Manutenzione costante sia ordinaria che straordinaria degli impianti idrici sanitari, ACS, ventilazione, UTA, condizionamento, umidificazione; ☐ Lavaggio filtri; ☐ Sostituzione filtri.
UOC Tecnico- Patrimoniale	Direzione esecutiva del contratto con il Gestore Manutenzione multiservizio tecnologico; Verifica reportistica degli interventi manutentivi	☐ UOC Tecnico Patrimoniale ☐ DEC Appalto ☐ Realizzazione di indagini di monitoraggio semestrali e invio relativa reportistica a cartella condivisa dedicata di consultazione e archiviazione a disposizione di: DMO, Direzioni di Distretto, al SPP e ai Medici Competenti, GIDI, Team Leader.
UOC Tecnico- Patrimoniale + ☐ Team-leader	Manutenzione impianti (Appalto Esternalizzato) Verifica e controllo su: • campionamenti programmati;	☐ Manutenzione costante sia ordinaria che straordinaria degli impianti idrici sanitari; ☐ Controllo filtri. ☐ Realizzazione di indagini di monitoraggio semestrali e invio relativa reportistica a: DMO, Direzioni di Distretto, al SPP e ai Medici Competenti.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024

Pag. 24 di 32

RESPONSABILE	di COSA	COME
☐ GIDI e Funzioni GIDI ☐ DEC Appalto	• misure preventive; • interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria sugli impianti	☐ Cura la tenuta dei Registri di Manutenzione, verbali di attività e report dei monitoraggi ☐ Mappatura progressiva impianti comprensiva di schemi funzionali e schede tecniche degli impianti ☐ identificazione dei punti di campionamento e dei punti critici di controllo per il rischio legionellosi secondo lo schema degli impianti.
Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Valuta il Rischio Legionellosi occupazionale per gli operatori aziendali suddivisi per gruppi omogenei e individua le condizioni favorevoli alla proliferazione del batterio	☐ Effettua la valutazione del rischio legionellosi e redige il D.V.R. ai sensi dell'artt. 17 e 271 del D.Lgs. 81/08 e s.m. e i. ☐ Elabora le misure preventive e protettive integrandole con le risultanze dei monitoraggi ambientali, aggiornando conseguentemente il DVR.
Medico Competente	Collabora con il SPP alla valutazione dei rischi	☐ Collabora alla valutazione del rischio legionellosi ai sensi dell'artt. 17 e 271 del D.Lgs. 81/08 e s.m. e i.
B) INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO CLINICO ASSISTENZIALE		
UOC Risk Management Qualità dei Processi e Auditing	Promuove il miglioramento della Cultura Aziendale in tema di prevenzione e controllo del rischio infettivo Promuove l'introduzione di buone pratiche clinico assistenziali in tema di prevenzione e gestione del rischio legionellosi.	☐ Coordina la redazione e la pubblicazione della presente procedura aziendale ☐ Assume idonee iniziative per implementare le buone pratiche al fine di contenere il rischio per il paziente. ☐ Partecipa alle attività di formazione. ☐ Cura gli aggiornamenti della presente procedura in occasione di nuove evidenze scientifiche e/o perfezionamenti organizzativi/indicazioni Nazionali e Regionali
Direzione di Presidio/Distretto/ Dipartimento	Garantiscono la corretta condotta igienico sanitaria delle strutture aziendali di rispettiva afferenza, con specifico riferimento anche al rischio infettivo per Legionella e alle responsabilità derivanti dal ruolo di Dirigenti Delegati.	☐ Supervisiona lo stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione attraverso i verbali di attività dell'Area Tecnica con report dei monitoraggi. ☐ Partecipa alle attività del Team Work Aziendale per l'applicazione del D.Lgs 18/2023 seguendo le indicazioni del Team Leader e del G.I.D.I.e partecipa al G.d.L. per la redazione della presente procedura Aziendale (Documento di Recepimento delle Linee d'Indirizzo Regionali Deliberazione Regionale n. 460 del 28/06/2024)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 25 di 32

RESPONSABILE	di COSA	COME
Direttore/Responsabile di UU.OO/ Incarichi di Organizzazione	Garantiscono l'applicazione della presente Procedura nelle strutture di rispettiva afferenza.	☐ Riunioni di diffusione e condivisione delle modalità operative ☐ Monitoraggio e controllo della corretta adozione della procedura ☐ Sorveglianza sulla correttezza dei comportamenti in ambito clinico-assistenziale ☐ Sorveglianza sull'applicazione delle misure di prevenzione generali a cura del personale di reparto (procedura di flussaggio ordinaria e straordinaria)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 26 di 32

6.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' 2- FASE REATTIVA

RESPONSABILE	di COSA	COME
INTERVENTI REATTIVI TECNICO INGEGNERISTICI		
Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI) - D.Lgs 18/2023	Collabora all'ispezione; Coinvolge il DEC del contratto di Gestione manutenzione multiservizio tecnologico (UOC Tecnico Patrimoniale) Informa il Team Leader mediante apposita mail	☐ Predisporre un'indagine impiantistica mirata a livello della rete idrica in base ai dati emersi alla struttura dell'impianto e ai dati emersi dall'indagine epidemiologica, identificando i punti critici, per procedere al campionamento ambientale
UOC Tecnico-Patrimoniale	Attiva le misure per risolvere le criticità strutturali, ambientali e tecnologiche emerse	☐ Informa: DMO, Direzione di Distretto, SPP, Medico Competente, GIDI, Team Leader mediante apposita mail; ☐ Fornisce mediante cartella condivisa dedicata: ▪ i risultati dei monitoraggi effettuati in seguito all'indagine epidemiologica ▪ copia delle schede di manutenzione periodica, ordinaria e straordinaria, effettuata negli ultimi sei mesi sui filtri assoluti dei terminali idrici; ▪ copia delle schede di manutenzione periodica, ordinaria e straordinaria, effettuata negli ultimi sei mesi sugli impianti di condizionamento; ▪ relazione sui trattamenti di bonifica, sanificazione ed iperclorazione effettuati sul circuito di distribuzione dell'acqua calda e fredda; ▪ relazione su impianto di climatizzazione (ubicazione delle prese d'aria, centrali di trattamento dell'aria, sistema di umidificazione, stato delle condotte dell'aria ed eventuali punti di condensa, torri di raffreddamento). ▪ Provvede tempestivamente ad effettuare tramite il Gestore manutenzione multiservizio tecnologico eventuali ulteriori interventi straordinari necessari.
SPP	Revisiona la valutazione del rischio Legionellosi	☐ Raccoglie la documentazione ritenuta utile circa le modifiche degli impianti, o della situazione epidemiologica delle strutture. ☐ Riceve i risultati analitici ed effettua, se necessario, l'aggiornamento della valutazione del rischio legionellosi ai sensi dell'artt. 17 e 271 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 27 di 32

RESPONSABILE	di COSA	COME
MEDICO COMPETENTE	Effettua la Sorveglianza Sanitaria e collabora con S.P.P.	☐ Effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti. ☐ In caso di lavoratore positivo, collabora con il SPP per la gestione del caso e ne monitora le condizioni di salute.
INTERVENTI REATTIVI AMBITO CLINICO ASSISTENZIALI		
Il medico di Laboratorio	Comunica tempestivamente l'esito positivo dell'esame di ricerca dell'antigene urinario all' U.O. richiedente	☐ Verifica l'avvenuto inserimento sul LIS del Laboratorio Analisi del risultato del test, in modo che il Medico richiedente possa autonomamente prenderne immediata visione. Qualora il Dirigente Medico di Laboratorio è in servizio attivo diurno, dopo la validazione del referto provvederà ad avvertire, in caso di positività, il reparto richiedente anche per via telefonica. In caso di paziente ricoverato da almeno 10 giorni il test legionella positivo sarà considerato ALERT e inserito nel sistema di notifica Virtuoso Plus per tutti gli atti conseguenti. ☐ Valuta, insieme al medico di reparto se il tempo di permanenza in ricovero del paziente sia compatibile con una possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione. ☐ Nel dubbio di una probabile/possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione, il Medico di Laboratorio scrive sul referto "ALERT LEGIONELLA" ☐ Il referto di "ALERT LEGIONELLA" viene inviato inoltre alla UOS Igiene e Profilassi della D.M.O

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 28 di 32

RESPONSABILE	di COSA	COME
Medico UU.OO/Medico di Guardia Interdivisionale	Prende visione del risultato di positività di Legionella Attiva consulenza Infettivologica Attiva il sistema di notifica Ulteriori azioni da intraprendere in caso di infezione NOSOCOMIALE	☐ Dal sistema gestionale di reparto ☐ Richiede la consulenza dell'infettivologo ☐ Compila il Modello Semplificato di Denuncia di Malattia Infettiva Modello MI-BASE (in allegato) da inviare alla UOS Igiene e Profilassi / DMO entro 12 h dal riscontro di positività, allegandone copia in cartella clinica. ☐ Si interfaccia con il personale della UOS Igiene e Profilassi della D.M.O. per le azioni e le verifiche successive Se, IN SEGUITO all'indagine epidemiologica (condotta dalla UOS Igiene e Profilassi/DMO) , l'infezione viene riconosciuta di origine nosocomiale: ☐ Avvia in collaborazione con la UOS Igiene e Profilassi della D.M.O la ricerca e la sorveglianza di possibili ulteriori casi ☐ Predisporre l'applicazione delle precauzioni del caso all'interno delle Unità operative.
Direttore UU.OO. Incarico di Organizzazione	Gestione clinico-assistenziale del caso.	☐ Diffonde rapidamente l'informazione del caso a tutto il personale dell'Unità Operativa interessata e al Direttore del Dipartimento, attivando tutte le attività cliniche e le misure necessarie per la gestione del caso.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024

Pag. 29 di 32

RESPONSABILE	di COSA	COME
Direzione Medica Ospedaliera (DMO) e U.O.S Igiene e Profilassi	Gestione igienistica del caso Ulteriori azioni da intraprendere in caso di infezione NOSOCOMIALE	☐ Inoltra tempestivamente la scheda di notifica del caso di Legionella all' I.S.P. e al Medico Competente. ☐ Esegue indagine Epidemiologica del caso e mette in atto le azioni di competenza ☐ Se, IN SEGUITO all'indagine epidemiologica, l'infezione viene riconosciuta di origine nosocomiale l'indagine Epidemiologica e l'elenco del personale sanitario esposto alla fonte, verranno inviati al Medico Competente; Se, IN SEGUITO all'indagine epidemiologica (condotta dalla UOS Igiene e Profilassi/DMO) , l'infezione viene riconosciuta di origine nosocomiale; ☐ Informa il Risk Manager. ☐ Convoca e presiede il CC-ICA e coordina i lavori di analisi epidemiologica in caso di legionellosi isolata o in cluster epidemico e definisce insieme ai componenti le strategie operative. ☐ Si raccorda con l'Infettivologo e con il Gruppo Operativo del CC-ICA nella sua articolazione di pronto intervento per una rapida valutazione del caso. ☐ Dispone e coordina le misure organizzative, operative e di comunicazione interna e con la Direzione Aziendale.
UOC Risk Management Qualità dei Processi e Auditing	Partecipa alle attività del CC-ICA Alimenta il flusso SIMES Partecipa/organizza Audit Straordinario	☐ Partecipa agli incontri del CC-ICA e collabora con la D.M.O. per tutti i livelli di attività successive e per le fasi di gestione del caso. ☐ In caso di evento avverso (EA/ES) cura l'alimentazione del flusso Rating / SIMES ☐ Promuove l'eventuale attuazione di Audit GRC e del relativo piano di miglioramento (PdM)
Medico U.O.C. I.S.P.	Sistema di sorveglianza e eventuale indagine epidemiologica	☐ Compila la scheda di notifica e la scheda di sorveglianza secondo la Circolare del Ministero della Sanità n. 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993 e le "Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" del 7/05/2015, provvedendo al successivo invio dei dati al S.e.R.E.S.M.I. ☐ Nel caso le indagini ambientali non abbiano permesso di identificare la fonte, per la ricerca della fonte stessa il DP può attivare uno studio epidemiologico-analitico chiedendo la collaborazione del SeRESMI ☐ Trasmettere all'ISS tutte le informazioni richieste al fine di soddisfare i debiti informativi nei confronti del Centro di Coordinamento Europeo, nell'ambito del programma ELDSnet; ☐ Verifica che i campioni umani siano inviati a Laboratorio di Riferimento Regionale presso INMI Spallanzani In caso di <u>infezione comunitaria:</u> ☐ Attiva Indagine epidemiologica territoriale ☐ Trasmette l'esito dell'Indagine epidemiologica alla DMO.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		Pag. 30 di 32

RESPONSABILE	di COSA	COME
		☐ Attiva se del caso l'A.R.P.A. Lazio Sede di Rieti per il supporto di competenza come previsto nella D.G.R. 460/2024

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 31 di 32

7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO

INDICATORI:

a) Indicatori di processo:

INDICATORE DI PROCESSO	STANDARD	RESPONSABILE RILEVAZIONE	FREQUENZA RILEVAZIONE	FONTE
Tempestivo invio delle notifiche di caso alla UOC ISP	100%	DMO	Semestrale	Scheda di Segnalazione
Alimentazione del flusso SIMES degli eventi avversi (100% dei casi segnalati)	100%	U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing	Semestrale	Scheda di Segnalazione
n. di campionamenti in Oncologia Medica, Malattie Infettive, Centro Rianimazione /anno.	≥ 4 per U.O.	UOC Tecnico Patrimoniale	Semestrale	Rapporti di campionamento
n. di campionamenti in reparti a minor rischio/anno	2 per U.O.	UOC Tecnico Patrimoniale	Semestrale	Rapporti di campionamento
n. interventi di manutenzione ordinaria	1 ogni sei mesi	UOC Tecnico Patrimoniale	Semestrale	Rapporti di manutenzione

a) Indicatori di esito:

INDICATORE DI ESITO	STANDARD	RESPONSABILE RILEVAZIONE	FREQUENZA RILEVAZIONE	FONTE
n. casi legionellosi nosocomiale/anno.	0	UOS Igiene e Profilassi	Annuale	Scheda di Segnalazione

8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO

Il presente documento è pubblicato sull'intranet aziendale. Apposita comunicazione viene inviata da parte della segreteria Risk Management a tutti i Direttori/Responsabili UU.OO./ Incarichi di Organizzazione coinvolti i quali hanno l'obbligo di diffusione a tutti gli operatori interessati, con richiesta di presa visione della stessa mediante raccolta delle firme attraverso il modulo "lista di distribuzione".

Copia di tale modulo firmato, il cui originale che andrà conservato presso la U.O. a cura degli Incarichi organizzativi con funzione di coordinamento, deve essere trasmesso alla segreteria della U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing.

I Direttori, gli Incarichi Organizzativi, i Referenti e i Facilitatori del Rischio Clinico provvederanno alla formazione del personale sul presente documento, lasciandone apposita evidenza agli atti documentali interni.

9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

L'aggiornamento del documento avviene con periodicità biennale o in base a nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

L'aggiornamento è cura del GdL.

10. NORMATIVA

Riferimenti Nazionali

Decreto Legislativo 23 febbraio 2023, n. 18 "Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano"; -

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024 Pag. 32 di 32

Decreto Ministero della Salute 7 marzo 2022, “Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL). (22A02179)” (GU Serie Generale n.82 del 07-04-2022);

Rapporto ISTISAN 22/32 - Linee guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari e in talune navi ai sensi della Direttiva (UE) 2020/2184. Gruppo di lavoro ad hoc sulla sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione idrica interni degli edifici e di talune navi;

Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi - Approvato in Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015;

Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - Accordo del 7 febbraio 2013 concernente la Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all'igiene degli impianti di trattamento aria.

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.

Riferimenti Regionali

Deliberazione della Giunta regionale n. 344 del 23 maggio 2024 “Sorveglianza delle malattie infettive durante il Giubileo 2025. Piano Regionale 2024-2025”;

Determinazione n. G 14625 del 6 novembre 2023 – “Istituzione del gruppo di lavoro per il Coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL del Lazio”;

Determinazione n. G16501 del 28 novembre 2022 – “Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)”;

Decreto del Commissario ad Acta n. U00495 del 5 dicembre 2019: “Preso d'atto dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. N. 79 CSR) del 7 maggio 2015 sul documento recante “Linee Guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi”, con il quale si confermano anche i laboratori di riferimento regionale per lo svolgimento di indagini diagnostiche relative al microrganismo “Legionella”, individuati con DCA n. U00258 del 23 giugno 2015 e DCA n. U00463 del 2 ottobre 2015;

Decreto del Commissario ad Acta n. U00463 del 2 ottobre 2015: “Prevenzione e controllo della Legionellosi” – individuazione dei Laboratori operanti presso le Sezioni Provinciali di Roma e di Latina dell'ARPA Lazio quali laboratori di riferimento regionale per il triennio 2015-2017;

Decreto del Commissario ad Acta n. U00258 del 23 giugno 2015: “Prevenzione e controllo della Legionellosi” – individuazione del Laboratorio di Microbiologia dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani (INMI) quale laboratorio di riferimento regionale per il triennio 2015/2017;

Legge Regionale 6 ottobre 1998, n. 45, “Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Lazio (ARPA)”.

11. ALLEGATI

Allegato 1: SCHEDA DI NOTIFICA MALATTIA INFETTIVA

Allegato 2: SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

Allegato 3: QUESTIONARIO PER L'INDAGINE DI FOCOLAI EPIDEMICI

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		ALLEGATO 1 Pag. 1 di 1

MOD. MI/BASE

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

Caso di.....	Criterio diagnostico	Es. clinico ☐	Es. diretto ☐
		Es. colturale ☐	Es. sierologico ☐
A			
COGNOME.....		NOME.....	
NASCITA.....	comune	prov.	giorno mese anno sesso
NAZIONALITÀ.....			
STATO CIVILE.....		TITOLO DI STUDIO.....	
PROFESSIONE.....			
RESIDENZA.....	indirizzo	prov.	TEL. USL
COMUNITÀ FREQUENTATA.....	indirizzo	prov.	TEL. USL
B			
DATA INIZIO SINTOMI	giorno mese anno	VACCINATO IN PRECEDENZA	NO ☐ SI ☐
RICOVERATO PRESSO.....	ospedale, reparto	il	giorno mese anno
C			
FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI, RILEVANTI.....			

Medico notificante
(firma e timbro)

Recapito.....

Telefono

Data di notifica

OLTRE coop. soc.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		ALLEGATO 2 Pag. 1 di 2

Il documento in formato editabile è scaricabile da <https://www.inmi.it/seresmi/>

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale della Prevenzione
Uff. V Malattie Infettive e Prof. Internazionale
via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
inviare a:
dgprev@postacert.sanita.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Registro Nazionale delle Legionellosi
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
inviare a:
Dip. MIPI: mipi@pec.iss.it
CNESPS: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda

Data

Ospedale Notificante

Cognome Nome del paziente

Data di nascita

Sesso M ☐ F ☐

Indirizzo di residenza

Data Insorgenza sintomi

Data Ricovero Ospedaliero

Data Dimissione

Esito: Miglioramento/Guarigione ☐

Decesso ☐ Non noto ☐

Diagnosi clinica

segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico SI ☐ NO ☐

esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare SI ☐ NO ☐

Diagnosi di laboratorio

Isolamento del germe SI ☐ NO ☐

Se si, specificare da quale materiale biologico

specie e siero gruppo identificati

Sierologia SI NO

1° siero: n. gg da inizio sintomi titolo specie e sg

2° siero: n. gg da inizio sintomi titolo specie e sg

Rilevazione antigene urinario Pos ☐ Neg ☐ Non eseguita ☐ Data

Immunofluorescenza diretta Pos ☐ Neg ☐ Non eseguita ☐ Data

Biologia molecolare (PCR) Pos ☐ Neg ☐ Non eseguita ☐ Data
(metodo non ancora validato)

Fattori di rischio

Abitudine al fumo SI ☐ NO ☐ da quanto tempo quantità

Abitudine all'alcool SI ☐ NO ☐ quantità

Malattie concomitanti SI ☐ NO ☐ Specificare

Trapianto d'organo SI ☐ NO ☐ Specificare

In terapia con corticosteroidi o immunosoppressori: SI ☐ NO ☐

Attività lavorativa

Mansione

Nome dell'azienda Indirizzo

con esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

con utilizzo della doccia SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

in luoghi con presenza di torri di raffreddamento SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Specificare il reparto e l'ultimo giorno di lavoro

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		ALLEGATO 2
		Pag. 2 di 2

Il documento in formato editabile è scaricabile da <https://www.inmi.it/seresmi/>

Cure odontoiatriche nei 10 giorni precedenti l'esordio SI ☐ NO ☐

specificare ambulatorio/struttura e data _____

Ricovero Ospedaliero nei 10 giorni precedenti l'esordio SI ☐ NO ☐

Ospedale _____ Reparto _____

Periodo da a

Ricovero presso strutture sanitarie/socio-sanitarie SI ☐ NO ☐

Tipo di struttura _____ Nome _____

Comune _____ periodo: da a

**Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio,
in luoghi diversi dalla propria abitazione** SI ☐ NO ☐

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, parchi acquatici,
fiere espositive, ecc..) _____

Nome e indirizzo _____ n. stanza _____

Eventuale nome operatore turistico _____

In gruppo ☐ Individuale ☐ periodo: da a

Attività di giardinaggio, uso di autolavaggio, esposizione a nebulizzatori d'acqua, ecc.

SI ☐ NO ☐

specificare sito _____ e data: _____

Trattamenti e cure inalatorie (anche presso stabilimenti termali), aerosol, ossigenoterapia
SI ☐ NO ☐ NON NOTO ☐

Nome e indirizzo _____

Uso di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi/stabilimenti balneari o frequentazione di centri
benessere e piscine, nei 10 giorni precedenti l'esordio SI ☐ NO ☐

Specificare tipo di struttura _____

Indagine Ambientale a cura del Dipartimento di Prevenzione SI ☐ NO ☐

Se SI, specificare il luogo e il materiale analizzato _____

Se SI ☐ Positiva ☐ Negativa ☐

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo _____

Note _____

Generalità e recapito del medico compilatore	
Nome Cognome _____	
Ospedale _____ Reparto _____	
Indirizzo _____ Tel. _____ Fax _____	
Data Compilazione	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		ALLEGATO 3
		Pag. 1 di 3

Deliberazione Giunta n. 460 del 28/06/2024

Questionario per l'indagine di focolai epidemici

Caso n° _____ Focolaio _____

Riferimento scheda di sorveglianza della legionellosi n° _____ dell'anno _____

Data dell'intervista _____

Informazioni personali

Nome e cognome: _____

Data di nascita: _____ Età: _____ Sesso: Maschio ☐ Femmina ☐

Residenza: via _____ Tel. _____

Comune _____ Provincia _____

Domicilio abituale: via _____ Tel. _____

Comune _____ Provincia _____

Persona che risponde al questionario

Caso ☐ o moglie/marito ☐ fratello/sorella ☐ amico o altro parente ☐

La persona vive con il paziente? Si ☐ No ☐

Nome e cognome _____ Tel. _____

Ospedalizzazione per legionellosi

Ospedale _____ Reparto _____

Medico ospedaliero _____

Medico di base _____ Tel. _____

Data di inizio _____

Ricovero _____ Data di dimissione _____

Esito Guarito ☐ Ancora malato ☐

Deceduto ☐ Data del decesso _____

Specie/ Sierogruppo Isolati

☐ L. pneumophila sierogruppo 1 ☐ L. pneumophila, altri sierogruppi (specificare): _____

☐ Altre specie (specificare): _____

☐ Tipizzazione in corso

Commenti: _____

Fattori di rischio

E' stato sottoposto a chemioterapia SI ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, data _____

Le sono stati somministrati dei corticosteroidi, per via sistemica, nelle 4 settimane precedenti l'inizio dei sintomi?

SI ☐ No ☐ Non so ☐

E' stato sottoposto ad ossigenoterapia a domicilio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

SI ☐ No ☐ Non so ☐

Ha ricevuto trattamenti medici nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? (fisioterapia, visite odontoiatriche, cure termali, ecc.)

SI ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, dove e come? _____

Ha ricevuto trattamenti medici in regime di ricovero nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Se sì, in quale ospedale? _____

In quale reparto? _____ stanza n° _____ dal _____ al _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		ALLEGATO 3
		Pag. 2 di 3

Deliberazione Giunta n. 460 del 28/06/2024

Fuma? Si ☐ No ☐ Non so ☐

Beve alcolici? Si ☐ No ☐ Non so ☐

Esposizione professionale

Professione : _____

Ha lavorato nei 10 giorni precedenti l'inizio della malattia : Si ☐ No ☐

Luogo di lavoro : _____

Percorso casa-lavoro : _____

Mezzo di trasporto: a piedi ☐ automobile ☐ bicicletta ☐ bus ☐ treno ☐

C'erano lavori in corso vicino al suo posto di lavoro? Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, di che tipo (costruzione o scavi) : _____

A quale distanza circa dal luogo di lavoro : _____

Dove pranza di solito : _____

Il suo lavoro è: in un solo posto ☐ comporta viaggi ☐

Ha fatto una doccia nel luogo di lavoro nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi:

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Se sì, quante volte? _____

Nel luogo dove lavora c'è l'aria condizionata Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, c'è una torre di raffreddamento Si ☐ No ☐ Non so ☐

C'è una torre di raffreddamento vicino al suo posto di lavoro:

Si ☐ No ☐ Se sì, dove : _____

Abitazione

Vive in:

Casa indipendente ☐ Condominio ☐ Altro _____

Se vive in un condominio, la produzione di acqua calda nel suo appartamento è

Autonoma ☐ Condominiale ☐ Non so ☐

Tipo di caldaia

Ad accumulo ☐ Boiler ☐ Istantanea ☐ Non so ☐

L'acqua potabile è:

Municipale ☐ Individuale (pozzo, sorgente...) ☐

Se individuale: approvvigionamento da:

pozzo ☐ sorgente ☐ Misto ☐ Non so ☐

Ha fatto :

Bagno ☐ Quante volte : _____

Doccia ☐ Quante volte : _____

Si è lavato nel lavandino ☐ Quante volte : _____

Bagno con idromassaggio Si ☐ No ☐

Se sì, dove _____ quando _____

Utilizza un umidificatore domestico Si ☐ No ☐

Se sì, di che tipo

Vapore caldo ☐ Vapore freddo ☐ Ultrasuoni ☐ Sistema centralizzato ☐

Ha un impianto di aria condizionata: Si ☐ No ☐

Se sì, era in funzione nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi sono stati effettuati lavori idraulici a casa sua (scaldabagno, ventilazione, aria condizionata) ?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI	Cod. PN/110/09/2024 Rev. 1 Del 23/12/2024
		ALLEGATO 3
		Pag. 3 di 3

Deliberazione Giunta n. 460 del 28/06/2024

Ci sono state interruzioni nella fornitura d'acqua nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Ci sono lavori in corso vicino a casa sua?

Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se si _____ di che tipo (costruzione o scavi) _____

A quale distanza approssimativamente _____

La sua casa è situata vicino a una fabbrica che emette pennacchi di fumo ?

Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, che fabbrica è: _____

Ci sono torri di raffreddamento vicino a casa sua:

Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, dove : _____

Commenti : _____

Abitudini sociali

Luoghi frequentati nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi:

	Si	No	Non ricordo	Indirizzo e data
Teatro	☐	☐	☐	_____
Fontane, getti d'acqua	☐	☐	☐	_____
Parchi acquatici	☐	☐	☐	_____
Cinema	☐	☐	☐	_____
Ristoranti	☐	☐	☐	_____
Negozi, supermercati	☐	☐	☐	_____
Palestre	☐	☐	☐	_____
Piscine	☐	☐	☐	_____
Centro anziani	☐	☐	☐	_____
Altro	☐	☐	☐	_____

Commenti: _____

Ha l'abitudine di passeggiare/camminare? Si ☐ No ☐

Qual'è il suo percorso abituale? _____

Ha fatto lavori di giardinaggio o di scavo nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Ha innaffiato il giardino Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Ha utilizzato acqua sotto pressione Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Dove ha fatto la spesa nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? _____

Ci sono altre attività sociali o giornaliere a cui ha partecipato nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Viaggi, luogo di residenza

Ha effettuato qualche viaggio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Se sì, dove, con chi e in quale data: _____

Ha soggiornato in albergo/campeggio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Se sì, indicare il nome della struttura e la data di soggiorno : _____

Ha soggiornato a casa di qualcuno nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Se sì, dove e quando : _____

Altri commenti: _____

Isti

"Lazzaro Spallanzani" I.R.C.C.S.

Dirigente F. Vairo