

# ISTITUTO SANTA CECILIA SRL

Sede legale ed operativa: Via Maratona, 11 – 00053 Civitavecchia (RM)

C.F.: 0230299051

P.IVA: 01040621003

## PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

# PARS 2025

<b>Data: 27/02/2025</b>	<b>Elaborazione a cura di:</b>
<b>Nominativo</b>	<b>Funzione</b>
Prof. Francesco Maria Mannozi	Risk Manager

*Il presente documento è unico e di proprietà esclusiva dell'Istituto Santa Cecilia Srl. Ogni divulgazione, riproduzione anche parziale o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dal Titolare.*

Matrice delle revisioni

Edizione	Revisione	Data	Descrizione della modifica
01	04	27/02/2025	Emissione documento 2025
01	03	12/02/2024	Emissione documento 2024
01	02	09/02/2023	Emissione documento 2023
01	01	17/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio

 Istituto <b>Santa Cecilia S.r.l.</b>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO <b>PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

Indice del documento

INTRODUZIONE.....	3
B0 - AMBITO DI APPLICAZIONE .....	3
B1 - CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	3
B2 – RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	4
B3 – DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....	5
B4 – RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE .....	5
B5 – MATRICE DELLE RESPONSABILITA' .....	7
B6 – OBIETTIVI E ATTIVITA' .....	7
B7 – MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	10
B8 – BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI .....	10

	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

## INTRODUZIONE

La Regione Lazio nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 del 08/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da Sars-CoV-2, ha ritenuto opportuno rivedere il contenuto del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assesment.

## B0 - AMBITO DI APPLICAZIONE

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, l'elaborazione del documento è interessa tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, del Servizio Sanitario Regionale.

Il presente Piano annuale viene redatto ai sensi del Documento di indirizzo regionale per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) ed in particolare dell'allegato B, riferito alle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza extra-ospedaliera.

La gestione del rischio clinico nella Struttura viene esercitata in conformità alle norme nazionali e regionali.

## B1 - CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Istituto Santa Cecilia Srl è un'associazione apolitica e senza scopo di lucro che gestisce un centro rieducativo e riabilitativo per soggetti invalidi civili, affetti da discinesie motorie, da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali. Inoltre effettua progetti riabilitativi in regime di degenza per pazienti adulti inviati da Strutture Sanitarie pubbliche o accreditate della Regione dopo trattamenti chirurgici e/o

	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

accidenti vascolari inabilitanti. Infine opera anche, esclusivamente per soggetti minori, con una riabilitazione psicomotoria, logopedica od occupazionale in reparto dedicato denominato della "Età Evolutiva".

L' Istituto Santa Cecilia srl è inserita nella programmazione sanitaria della Regione Lazio, con la quale opera in regime di accreditamento (Decreto del Commissario ad Acta n. U00269 del 26/06/2013).

L' Istituto S. Cecilia, risulta strutturato come Presidio sanitario unico, articolato in più funzioni.

È prevista una netta divisione tra le strutture di degenza ordinaria (progetti riabilitativi residenziali) e di Day-Hospital (cioè riabilitazione in regime semiresidenziale), rispetto agli spazi ed al personale dedicati ai trattamenti ambulatoriali, a loro volta suddivisi tra quelli rivolti agli adulti e quelli dedicati alla cosiddetta "Età Evolutiva".

I posti letto complessivi accreditati sono 94 (novantaquattro) e si suddividono in numero variabile tra regime residenziale di Mantenimento (alto o basso), con progetti di 180 gg rinnovabili alla scadenza e soggetti in regime Estensivo della durata di 60 gg, preventivamente autorizzati dalla Asl, eventualmente prorogabili, per specifiche documentate necessità di recupero, per un massimo di ulteriori gg.30.

Sono accreditati 21 posti letto in regime semiresidenziale.

Vengono effettuate prestazioni ambulatoriali specialistiche sia per pazienti adulti che per minori.

#### Tabella – Dati di attività

<b>DATI STRUTTURALI aggiornati al 31/12/2024</b>														
<b>Posti letto ordinari</b>	Numero 94													
<b>Posti diurni</b>	Numero 21													
<b>DATI DI ATTIVITÀ al 31/12/2021 e al 31/12/2022</b>														
<b>Ricoveri ordinari</b>	REGIME ESTENSIVO	NUMERO UTENTI RICOVERATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO												
		Anno	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
	2024	59	54	48	50	43	42	47	47	44	54	49	51	
	MANTENIMENTO	NUMERO UTENTI RICOVERATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO												
Anno		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	
2024	43	44	46	42	43	45	45	44	47	47	46	46		
<b>Pazienti Ambulatoriali</b>	ETA' ADULTA	NUMERO UTENTI RIABILITATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO												
		Anno	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
	2024	136	137	164	157	151	135	130	129	135	136	135	118	
	ETA' EVOLUTIVA	NUMERO UTENTI RIABILITATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO												
Anno		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	
2024	105	105	112	116	118	104	111	95	102	97	99	95		
<b>Semi residenziali</b>	NUMERO UTENTI PRESENTI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO													
	Anno	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	
2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

## **B2 – RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

Con "rischio clinico" si definisce la possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO <b>PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

**Tabella – Eventi segnalati nel 2024 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(B)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss <sup>(A)</sup>	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) Ecc.
Eventi Avversi <sup>(A)</sup>	0			
Eventi Sentinella <sup>(A)</sup>	0			

**Tabella – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

Anno	N. Sinistri <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2019	0	0
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0
2023	1	0
2024	0	1
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

### B3 – DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Struttura dal punto di vista della copertura assicurativa ai fini della R.C.T. e R.C.O. ha la seguente posizione.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio
2024	RC Rischi diversi N° 202310716315378 (31/12/2024)	ITALIANA ASSICURAZIONI	€ 10.476,00
2025	RCO-RCT-RC FABBRICATO N° 5048425KH (31/12/2025)	SARA ASSICURAZIONI	€ 18.000,00
2025	MULTIRISCHIO RC Rischi diversi N° 2019/30/6223100 (06/05/2025)	ITALIANA ASSICURAZIONI	€ 1.726,00

### B4 – RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione per il PARS sono elencate le attività che erano previste nel PARS 2024.

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO <b>PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

#### ATTIVITA' PREVISTE NEL PARS 2024

<b>OBIETTIVO: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione del Rischio Clinico"	SI	Eseguito seminario interno di formazione nell'anno 2024
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	Eseguito focus teorico/pratico nell'anno 2024
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso per l'applicazione delle procedure adottate sulla qualità delle prestazioni sanitarie: corretta compilazione modulistica"	SI	Eseguito seminario interno specialistico di formazione nell'anno 2024
<b>OBIETTIVO: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Ampliamento del numero di dispenser nella Struttura, monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta	SI	Eseguito monitoraggio e implementazioni del corso dell'anno 2024
Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica	SI	Eseguito monitoraggio del consumo del 2024
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla corretta igiene delle mani	SI	Eseguito focus teorico/pratico nell'anno 2024

<b>OBIETTIVO: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Valutazione del rischio cadute degli ospiti e del rischio di sviluppare lesioni da pressione: monitoraggio e prevenzione delle stesse	SI	Effettuata valutazione del rischio caduta e del rischio LdP dei pazienti nel corso dell'anno 2024
Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure	SI	Analisi e resoconto delle comunicazioni pervenute alla struttura da parte degli utenti.
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla corretta esecuzione delle procedure associate alla prevenzione del e controllo delle infezioni da Clostridium difficile	SI	Eseguito focus teorico nell'anno 2024

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO <b>PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

## B5 – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità,

1. il Risk Manager che lo redige e ne monitorizza il miglioramento;
2. la Direzione Strategica che lo adotta con deliberazione e si impegna a fornire al Risk Manager le direttive e le risorse di budget necessarie alle attività in esso previste.

Nel Ns. Istituto la figura di Risk Manager coincide con quella di Direttore Sanitario, mentre la Direzione Strategica è assunta dal Rappresentante Legale della Associazione.

Il compito di redigere annualmente il PARS, proporre le delibere operative e monitorarlo è peculiare del Direttore Sanitario/Risk Manager, mentre l'adozione dei provvedimenti operativi compete al Rappresentante Legale.

Ovviamente entrambe le figure saranno coinvolte ed interessate ai rispettivi profili di responsabilità secondo la seguente distinzione:

Azione	Risk Manager / Direttore Sanitario	Direzione Amministrativa	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	-
Adozione PARS con deliberazione	I	C	-
Monitoraggio PARS	R	C	C

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

## B6 – OBIETTIVI E ATTIVITA'

Le linee di indirizzo della Regione Lazio per l'adozione del PARS, individuano i tre obiettivi strategici che le Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza extra-ospedaliera debbono impegnarsi a raggiungere:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C. 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. Dall'autovalutazione effettuata per l'anno 2023 in data 28/12/2023 dal Risk Manager/Direttore Sanitario la struttura si colloca in una fascia INTERMEDIA.

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO <b>PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

- D. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

In questa sezione del documento vengono definiti per l'anno 2024 gli obiettivi che l'Istituto Santa Cecilia Srl ha individuato.

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulle procedure associate alla prevenzione e assistenza nel soggetto fragile"		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione del Corso entro il 31.12.2025		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Formazione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	I

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITÀ 2</b> – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulle procedure associate alla prevenzione delle infezioni in ambienti sanitario e delle lesioni da pressione"		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione del Corso entro il 31.12.2025		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Formazione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	I

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b>		
<b>ATTIVITÀ 3</b> – Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure		
<b>INDICATORE</b> Compilazione della scheda di gradimento da parte degli utenti e resoconto		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Personale sanitario</b>
<b>Valutazione</b>	R	C
<b>Controllo schede</b>	R	I

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO <b>PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

<b>OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>		
<b>ATTIVITÀ 4</b> – Ampliamento del numero di dispenser nella Struttura, monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta		
<b>INDICATORE</b> - Numero di dispenser inseriti all'interno della struttura		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
<b>Acquisto dispenser</b>	C	R
<b>Revisione Piano</b>	R	C

<b>OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>		
<b>ATTIVITÀ 5</b> – Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica		
<b>INDICATORE</b> Consumo soluzione idroalcolica durante l'anno 2025		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
<b>Monitoraggio</b>	C	R
<b>Revisione Piano</b>	R	C

<b>OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>		
<b>ATTIVITÀ 6</b> – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla corretta igiene delle mani		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione del Corso entro il 31.12.2025		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	C	R
<b>Esecuzione del corso</b>	R	C

<b>OBIETTIVO D) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).</b>		
<b>ATTIVITÀ 7</b> – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulle procedure associate alla prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione del Corso entro il 31.12.2025		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Formazione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	I

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

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO <b>PARS</b>	PARS 2025
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

## B7 – MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento verrà diffuso a livello dell'Istituto Santa Cecilia con le seguenti modalità:

- Pubblicazione sul Sito Web dell'Istituto
- Presentazione alla Direzione Amministrativa
- Pubblicazione sull'intranet per diffusione al personale.

## B8 – BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

- SITO del Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/>
- SITO della Fondazione "Italia in Salute"
- SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)
- Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Decreto del 11 dicembre 2009 *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità*
- DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008 e s.m.i.  
*"Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"*
- Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013, n. 4968  
*Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)*
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
- Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829  
*Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC).*
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044  
*Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani".*
- Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n G09850  
*"Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".*
- Documento di indirizzo Regione Lazio  
*"Elaborazione del Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"*

# ISTITUTO SANTA CECILIA SRL

Sede legale ed operativa: Via Maratona, 11 – 00053 Civitavecchia (RM)

C.F.: 0230299051

P.IVA: 01040621003

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

*Il presente documento è unico e di proprietà esclusiva dell'Istituto Santa Cecilia Srl. Ogni divulgazione, riproduzione anche parziale o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dal Titolare.*

Matrice delle revisioni

Edizione	Revisione	Data	Descrizione della modifica
01	04	27/02/2025	Emissione documento 2024
01	03	12/02/2024	Emissione documento 2024
01	02	29/12/2023	Emissione documento 2023
01	01	17/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio

 Istituto <b>Santa Cecilia S.r.l.</b>	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

### Indice del documento

PREMESSA.....	3
Complessità organizzativa e intensità assistenziale .....	3
Modalità organizzative in atto .....	3
INTRODUZIONE.....	4
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE .....	6
ACRONIMI, TERMINIE E DEFINIZIONI .....	6
GENERALITA' .....	7
METODOLOGIA .....	7
INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI .....	8
MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO .....	10
RIFERIMENTI NORMATIVI .....	10
BIBLIOGRAFIA.....	11
ALLEGATI.....	11

 <b>Istituto Santa Cecilia S.r.l.</b>	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

## PREMESSA

### Complessità organizzativa e intensità assistenziale

L'Istituto Santa Cecilia è un centro rieducativo e riabilitativo per soggetti invalidi civili, affetti da discinesie motorie, da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali. Inoltre effettua progetti riabilitativi in regime di degenza per pazienti adulti inviati da Strutture Sanitarie pubbliche o accreditate della Regione dopo trattamenti chirurgici e/o incidenti vascolari inabilitanti. Infine opera anche, esclusivamente per soggetti minori, con una riabilitazione psicomotoria, logopedica od occupazionale in reparto dedicato denominato della "Età Evolutiva".

L' Istituto Santo Cecilia è inserita nella programmazione sanitaria della Regione Lazio, con la quale opera in regime di accreditamento (Decreto del Commissario ad Acta n.U00269 del 26/0/2013).

L' Istituto S. Cecilia, risulta strutturato come Presidio sanitario unico, articolato in più funzioni.

È prevista una netta divisione tra le strutture di degenza ordinaria (progetti riabilitativi residenziali) e di Day-Hospital (cioè riabilitazione in regime semiresidenziale), rispetto agli spazi ed al personale dedicati ai trattamenti ambulatoriali, a loro volta suddivisi tra quelli rivolti agli adulti e quelli dedicati alla cosiddetta "Età Evolutiva".

Vengono effettuate prestazioni ambulatoriali specialistiche sia per pazienti adulti che per minori.

### Modalità organizzative in atto

I documenti di sistema adottati per la prevenzione e lo gestione del rischio clinico associato alle ICA e all' Igiene delle Mani sono:

- PARS - Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario
- Procedura prevenzione e gestione ICA Procedura Gestione del rischio clinico
- Procedura Identificazione e trattamento delle infezioni da Clostridium difficile
- Opuscolo — Prevenzioni infezioni da Clostridium difficile
- Opuscolo — Igiene delle mani
- Cartello precauzioni da contorto
- Istruzione operativa Igiene delle Mani
- Volantino lavaggio mani
- Brochure e dépliant sulle corrette modalità di lavaggio delle mani e sui S momenti per l'igiene delle mani
- Scheda Osservazione per la Compliance all'Igiene delle Mani.

	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

## INTRODUZIONE

Con il termine Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si intendono tutte le infezioni riconducibili a momenti assistenziali, che al momento dell'ingresso del Paziente nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza, non erano né presenti né in incubazione e compaiono per la primo volta almeno 48 ore dopo l'inizio un processo/percorso assistenziale, che possono manifestarsi anche dopo la dimissione e che possono riscontrarsi anche tra il personale della struttura.

La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezioni sia in diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni assistenziali ai Pazienti e che, sia le debolezze fisiologiche degli stessi, che quelle del sistema, di natura strutturale tecnologico e procedurale, ne aumentino l'incidenza annuo.

Un opportuno utilizzo di protocolli atti prevenire la trasmissione di predette ICA, associato ad una costante implementazione di attività formative sul personale, rende prevenibili circa il 30% delle stesse.

L'igiene delle mani, come ha ulteriormente evidenziato la pandemia da SARS-CoV-2, è la più semplice e la più efficace tra le misure di prevenzione delle ICA. La trasmissione delle ICA avviene, infatti, quasi sempre tramite il contatto fra "fonte-veicolo-ospite" e il veicolo più frequente sono le mani degli operatori, coinvolte in tutte le pratiche terapeutiche ed assistenziali. Ne deriva che un'elevata capacità di prevenzione delle ICA è legata alla corretta igiene delle mani, che è la misura principale da applicare per la prevenzione e riduzione della trasmissione di microrganismi patogeni ai pazienti, agli operatori sanitari e a tutte le persone coinvolte nel processo assistenziale. Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio, in linea con quanto sopra indicato e con la strategia "Clean Care is Safer Care", promossa nel 2005 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha predisposto il "Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani", adottato dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria con Determinazione del 26/02/2021, n. G02044.

La strategia multimodale dell'OMS sopra richiamato, si basa sul Modello Ginevra sviluppato dal Prof. Pittet e prevede cinque componenti da ottimizzare parallelamente:

1. cambiamento del sistema (aumento della disponibilità di dispenser di soluzione idroalcolico, manutenzione dei lavelli con fornitura del sapone e delle salviette monouso);
2. formazione ed educazione degli operatori con celebrazione della giornata mondiale dell'Igiene delle Mani il 5 maggio di ogni anno;
3. monitoraggio delle pratiche di igiene delle mani;
4. feedback delle prestazioni con diffusione di promemoria sull'Igiene delle Mani all'interno della Struttura sanitaria;
5. creazione di una cultura della sicurezza, attraverso il coinvolgimento degli operatori e dei dirigenti e, necessariamente, anche dei pazienti.

 Istituto <b>Santa Cecilia S.r.l.</b>	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

Nelle diverse fasi di implementazione della strategia multimodale, rientra un modello di igiene delle mani, valido sia per la frizione idroalcolica che per il lavaggio con acqua e sapone, destinato a soddisfare le esigenze di formazione, osservazione e reporting delle strutture sanitarie.

Si tratta dell'approccio dei "cinque momenti fondamentali per l'igiene delle mani", così scanditi:

- Momento 1: prima di toccare un paziente;
- Momento 2: prima di una procedura pulita/asettica,
- Momento 3: dopo il rischio/esposizione a un liquido biologico;
- Momento 4: dopo aver toccato un paziente;
- Momento 5: dopo aver toccato ciò che è intorno al paziente.

Lo scopo della routine dell'Igiene delle Mani in questi cinque momenti è quello di rimuovere dalle mani dell'operatore la contaminazione microbica (con la frizione idroalcolica) e lo sporco (se viene eseguito il lavaggio con acqua e sapone), acquisiti dal contatto con i pazienti o con l'ambiente. Inoltre, l'approccio dei cinque momenti per l'Igiene delle Mani consente di:

- favorire il collegamento tra specifiche azioni di Igiene delle Mani e specifici esiti intettivi in pazienti e operatori sanitari;
- aumentare l'autoefficacia degli operatori fornendo indicazioni precise su come integrare l'Igiene delle Mani nel processo di cura;
- essere facile e pratico da ricordare (il numero cinque come le cinque dita della mano favorisce la memorizzazione).

Seguendo la logica della strategia dell'OMS, il "Piano di Intervento Regionale sullo "igiene delle mani" dispone che tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del servizio sanitario regionale effettuino una auto valutazione ed elaborino un piano di azione locale, basato sugli esiti di tale autovalutazione. Le misure di attuazione dello stesso devono essere inserite fra le attività previste dal PARS.

Il "Piano di azione locale per l'igiene delle mani" rappresenta per l'Istituto Santa Cecilia una sistematizzazione di un percorso di formazione, sensibilizzazione e monitoraggio già parzialmente implementato dalla Direzione Sanitaria della struttura.

Le attività previste dallo stesso si integrano con quanto svolto dal Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CCICA) attivo all'interno dell'Istituto Santo Cecilia.

Il CCICA si configura, infatti, quale organo di sorveglianza e controllo, con finalità organizzative e preventive, è costituito in forma stabile ed esercita le seguenti funzioni:

- Organizzare un sistema di sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza, individuando i dati raccogliere, le relative fonti e i flussi informativi;

	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

- Codificare e organizzare le misure di prevenzione, elaborando linee guida e procedure specifiche;
- Curare l'informazione e la formazione del personale sui programmi di sorveglianza e controllo;
- Verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia;
- Formulare proposte operative in ordine a provvedimenti di urgenza da adottarsi dalla Direzione Sanitaria in particolari evenienze di rischio infettivo.

## SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

I contenuti del documento sono prescrittivi per tutti gli esercenti la professione sanitaria, in riferimento a qualsiasi fase del processo clinico assistenziale, per cui possa essere presente un rischio infettivo ed è finalizzato alla tutela del paziente, dei lavoratori e dell'organizzazione.

## ACRONIMI, TERMINIE E DEFINIZIONI

<b>Acronimi</b>	
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all' Assistenza
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
HH	Hands Hygiene (igiene delle mani)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ECDC	European Centre fo Disease Prevention and Contro l

<b>Termini e definizioni</b>	
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l' Igiene delle Mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l' Igiene delle Mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

 <b>Istituto Santa Cecilia S.r.l.</b>	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

Frizione idroalcolica	Frizione delle mani con preparazione idroalcolica volta a ridurre la flora microbica transitorio, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure operative di livello intermedio.
-----------------------	--

## GENERALITA'

Alla luce di quanto detto precedentemente, la corretta pratica dell'Igiene delle Mani deve essere promossa attraverso la formazione e sensibilizzazione degli operatori, attuata e monitorata, con il fine di prevenire o ridurre:

- a) La colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multi-resistenti);
- b) La diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni nell'ambiente sanitario;
- c) Le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d) La colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

## METODOLOGIA

La metodologia seguita, in accordo a quanto indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" ha previsto i seguenti step:

- Autovalutazione rispetto ai seguenti ambiti:
- Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici con riferimento, ad esempio:
  - all'esistenza di percorsi sporco/pulito;
  - al rapporto lavandini/utenti;
  - alla presenza di specifiche procedure per la sanificazione;
  - alla disponibilità dei dispenser per la soluzione idroalcolica nei punti di assistenza.
- Ambito della formazione del personale, con riferimento, ad esempio:
  - all'esistenza di programmi di formazione del personale;
  - all'attuazione del monitoraggio e verifica della formazione del personale;
  - alla disponibilità di materiale formativo.
- Ambito del monitoraggio e feedback, con riferimento, ad esempio:
  - corretta Igiene delle Mani attraverso l'osservazione diretta;
  - quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della struttura;
  - formazione degli operatori sanitari in materia di Igiene delle Mani e ICA;
  - consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno dell'Istituto
- Ambito della comunicazione permanente, con riferimento, ad esempio:

 Istituto Santa Cecilia S.r.l.	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

- o disponibilità di materiale informativo (locandine, brochure) a disposizione del personale e dei visitatori e aggiornamento dello stesso;
- Ambito del clima organizzativo e commitment, con riferimento a:
  - o esistenza di un team per la promozione e implementazione della pratica dell'igiene delle mani.

Gli obiettivi specifici e il programma attuativo di miglioramento sono riportati nel seguito del documento.

## INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI

### Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Rivalutazione dei punti critici in cui si riscontra l'eventuale mancanza di dispenser	Mappatura dei punti di assistenza o ritenuti maggiormente critici in cui effettuare le installazioni.	Direzione Sanitaria	Giugno-25	Realizzazione della mappatura
	Analisi di mercato e attivazione della procedura di acquisto.	Ufficio Acquisti	Giugno-25	Individuazione, richiesta e comparazione di almeno 3 offerte

### Ambito della formazione del personale

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Aggiornamento della formazione sull'effettuazione dell'igiene delle mani, con un corso mirato	Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla corretta igiene delle mani	Direzione Sanitaria, CCICA, Ufficio formazione	Dicembre 2025	n.persone formate/n.persone da formare
Individuazione di nuovi soggetti promotori dell'Igiene delle Mani per ogni livello assistenziale (degenze, fisioterapie, ecc.)	Analisi delle professionalità esistenti e della disponibilità presente all'interno dei reparti e servizi. Individuazione del promotore e incarico rispetto alle attività da svolgere. Progettazione ed erogazione di un corso di formazione specifico rivolto ai promotori. Affiancamento nella fase operativa da parte della Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria, Coordinatori	Giugno 2025	n° promotori dell'igiene delle mani/n° dei reparti o servizi da coprire

 Istituto Santa Cecilia S.r.l.	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

### Ambito del monitoraggio e feedback

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Prevedere un feedback sistematico per gli operatori sanitari e lo Direzione con frequenza semestrale relativamente agli indicatori individuati e al rispettivo andamento nel tempo.	Aggiornamento di un cruscotto di indicatori e analisi del trend nel tempo Diffusione dei risultati di riunioni interne tra i responsabili e gli operatori, presentazione nel riesame della direzione	Direzione Sanitaria, Responsabili di funzione Coordinatori	dicembre-25	n. riunioni/anno

### Ambito della comunicazione permanente

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (od esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	Verifica almeno semestrale dell'integrità dei poster affissi	Direzione Sanitaria Coordinatori	Giugno 2025 Dicembre 2025	N° NC rilevata dei poster/ totale di poster affissi

### Clima organizzativo e Commitment

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Programmare riunioni con il Coordinatore del Gruppo operativo del CCICA e tutte le funzioni delegate e coinvolte almeno una volta l'anno per feedback e aggiornare il piano d'azione locale per l'Igiene delle Mani in base agli obiettivi raggiunti	Programmare una riunione preliminare al riesame della direzione e presentare i risultati nel corso dello stesso al fine di poterli condividere e poter pianificare le azioni necessarie.	Direzione Sanitaria	Marzo 25	n. riunioni/anno

	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

## MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente documento viene pubblicato sulla intranet aziendale accessibile a tutto il personale sanitario operante in Istituto ed allegato al PARS.

La diffusione avverrà inoltre mediante focus programmati con la Direzione Sanitaria.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina Direzione Regionale Salute ed integrazione Socio-sanitaria G02044 del 26\_02\_2021 -" Adozione del Piano di intervento Regionale sull'igiene delle Mani"
- Circolare Ministero de/la Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di corbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento de/le infezioni correlate all'assistenza sanitario (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. 700034 del 18/04/2020 "Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS — CoV -2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.
- Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 "Indicazioni od interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" - Versione del 24 agosto 2020.
- Tavolo Permanente 17 dicembre 2021
- Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitari (PARS)
- Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: lo sorveglianza";
- Circolare Ministeriale 25 febbraio 2013 "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE).
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante "Recepimento o dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge del 5 giugno 2003, n. 13 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018",
- Decreto del Commissario ad Acta del 06/07/2015, n° U000309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2014-2018), ai sensi dell'intesa Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/11/2014;

	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	PIANO IGIENE
		ed.01 rev.04
		27/02/2025

- Piano Nazionale di contrasto antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020,-
- Determinazione Regionale n° G16829 del 06/12/2017 recante Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017;
- Decreto del Commissario ad Acta del 29/10/2018, n° U00400 Recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Determinazione 11/01/2019. N° G00163 "Approvazione ed adozione del documento recante: "Le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'assistenza- PAICA";
- Sistema Nazionale di sorveglianza sentinella dell'antibiotico resistenza (AR-ISS) protocollo 2019.

## BIBLIOGRAFIA

- WHO — G/oba/ guidelines for the prevention of surgical site infection {20 1b}.
- Ministero della Salute "Risk Management in Sanità – il problema degli errori". Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 05/03/2003;
- WHO- World Alliance for Patient Safety – The second Global Patient Safety – Challenge 2008 "Safe Surgery Safe Live";
- WHO: A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement Strategy (2009);
- WHO – Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016).
- SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene:2022 Infection Control & Hospital Epidemiology (2023). 1-22

## ALLEGATI

- Allegato n. 1 - Lavaggio mani con soluzione alcolica
- Allegato n. 2 - Lavaggio mani con acqua e sapone
- Allegato n. 3 — I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani

ALLEGATO 1

# Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica

Usa la soluzione alcolica per l'igiene  
delle mani. Se sono visibilmente sporche  
lavale con acqua e sapone.



Durata della  
procedura:  
20-30 secondi



ALLEGATO 2

# Come lavarsi le mani con acqua e sapone

Lava le mani con acqua e sapone  
se sono visibilmente sporche,  
altrimenti usa la soluzione alcolica.



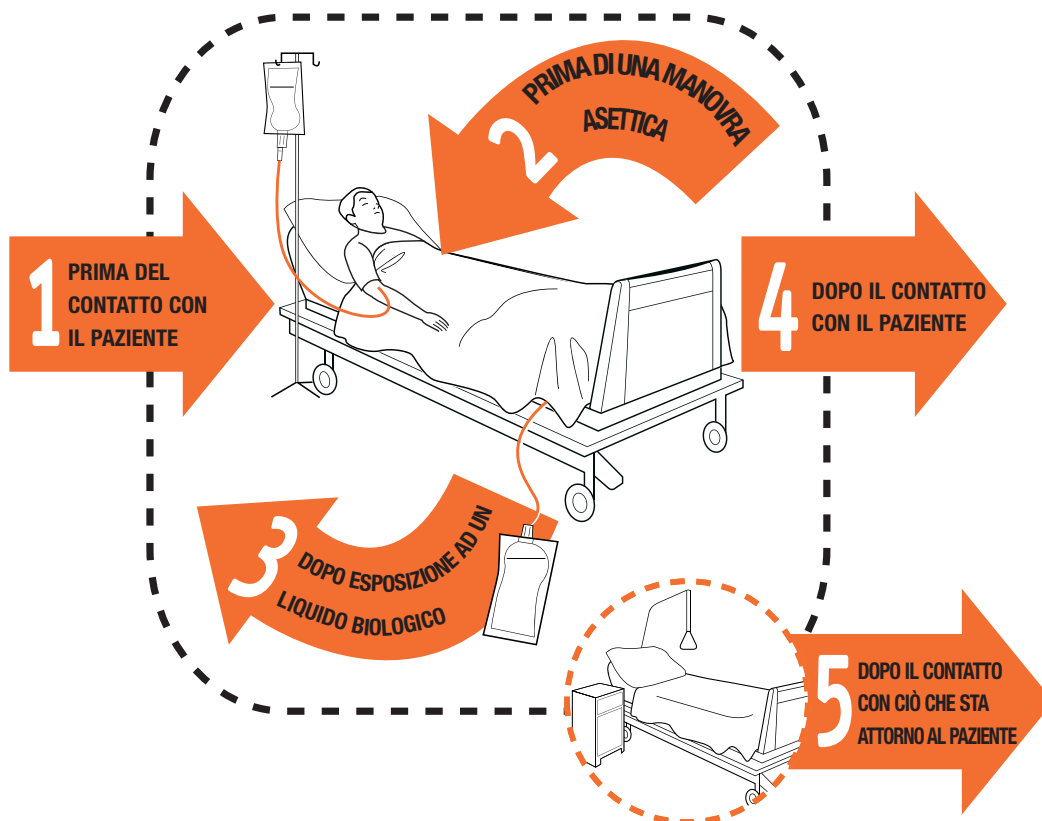
Durata della  
procedura:  
40-60 secondi



ALLEGATO 3



# I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI



<b>1</b> PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. <b>PERCHÈ?</b> Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.
<b>2</b> PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	<b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. <b>PERCHÈ?</b> Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.
<b>3</b> DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	<b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). <b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
<b>4</b> DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. <b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
<b>5</b> DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	<b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. <b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.

Unità Operativa  
Via Maratona n.11  
00053 Civitavecchia (RM)

## PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Stato delle revisioni e descrizione delle modifiche

Rev	Descrizione della modifica
27/02/2025	Recepimento del D.G.R. 460/2024

## INDICE

1.	INTRODUZIONE .....	3
2.	SCOPO .....	3
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	3
4.	MODALITA' DI TRASMISSIONE .....	4
5.	ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI .....	5
6.	MODALITA' OPERATIVE .....	7
6.1.	MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI SANITARI.....	7
6.2.	CONTROLLO UFC/LITRO DEL BATTERIO LEGIONELLA SECONDO LA ISO 11731:2017.....	8
6.3.	VALUTAZIONE DEL RISCHIO .....	9
7.	INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO CLINICO ASSISTENZIALE .....	9
8.	GESTIONE DEI CASI DI LEGIONELLA.....	11
8.1.	INTERVENTI TECNICI.....	11
8.2.	INTERVENTI CLINICO ASSISTENZIALI .....	12
8.	DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO .....	13
9.	AGGIORNAMENTO DOCUMENTO .....	13
10.	NORMATIVA DI RIFERIMENTO .....	13
11.	ALLEGATI.....	14

## 1. INTRODUZIONE

"Legionellosi" è la definizione di tutte le forme morbose causate da batteri gram-negativi aerobi del genere Legionella. Essa si può manifestare sia in forma di polmonite, sia in forma febbrile extrapolmonare o in forma subclinica. La specie più frequentemente coinvolta in casi umani è Legionella pneumophila anche se altre specie sono state isolate da pazienti con polmonite.

L'unico serbatoio naturale di Legionella è l'ambiente. Dal serbatoio naturale (ambienti lacustri, corsi d'acqua, acque termali, ecc.) il germe passa nei siti che costituiscono il serbatoio artificiale (acqua condottata cittadina, impianti idrici dei singoli edifici, piscine ecc.).

Il microrganismo è ubiquitario e la malattia può manifestarsi con epidemie dovute ad un'unica fonte con limitata esposizione nel tempo e nello spazio all'agente eziologico, oppure con una serie di casi indipendenti in un'area ad alta endemia o con casi sporadici senza un evidente raggruppamento temporale o geografico. Focolai epidemici si sono ripetutamente verificati in ambienti collettivi a residenza temporanea, come ospedali o alberghi. I casi di polmonite da Legionella si manifestano prevalentemente nei mesi estivo-autunnali per quelli di origine comunitaria, mentre quelli di origine nosocomiale non presentano una particolare stagionalità.

La Regione Lazio con DGR n 460 del 28 giugno 2024 ha adottato le linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi definendo le modalità di azione in merito a:

- sorveglianza e controllo dei casi umani di legionellosi;
- monitoraggio e Prevenzione della legionellosi;
- prevenzione del Rischio legionellosi associato ad attività lavorativa.

Successivamente, con comunicazione della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria prot. n.U0079798 del 22-01-2025 è stato stabilito che tutte le Strutture Pubbliche e Private del SSR debbano dotarsi di un Programma di controllo della Legionellosi da allegare al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS).

Il presente documento è stato redatto dal seguente **gruppo di lavoro**:

*Rappresentante della Direzione Sanitaria e Risk Manager*: Prof. Francesco Maria Manozzi

*Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione*: Ing. Marco D'Orinzi

*Rappresentanti delle Aree Cliniche*: Dott. Roberto Pirrone

**Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI)** : Dott.ssa Giorgia Carolei

## 2. SCOPO

Il documento ha lo scopo di definire e diffondere all'interno dell'organizzazione il "programma di controllo della Legionellosi" in accordo a quanto prescritto dalla Delibera G.R. n° 460/2024 inerente "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi". All'interno del documento sono indicate le attività di monitoraggio e prevenzione della legionella, le attività di sorveglianza e controllo dei casi di legionellosi, le misure di prevenzione del rischio legionellosi associato alle attività lavorative svolte all'interno delle strutture dell'Istituto Santa Cecilia.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente "programma di controllo della legionellosi" si applica all'Istituto Santa Cecilia ubicata presso il sito di via Maratona, 11 – Civitavecchia (RM) 00053, dove vengono svolte le seguenti attività:

- **trattamenti con degenza** “a tempo pieno” - riservati, principalmente, a soggetti portatori di gravi handicap;
- **trattamenti di tipo “ambulatoriale”** possono essere erogati a favore di:
  - soggetti che, a seguito di patologie congenite e/o acquisite o di incidenti traumatici, necessitano di riabilitazione fisioterapica;
  - bambini in età evolutiva, che necessitino giornalmente, di trattamenti di neuropsicomotricità infantile;
- reparto specializzato nella **riabilitazione post-acuzie**, con trattamenti effettuati in regime residenziale.

#### 4. MODALITA' DI TRASMISSIONE

L'esposizione al rischio avviene per via respiratoria:

- per inalazione dei microrganismi da goccioline di acqua contaminata aerosolizzata che può essere prodotta da docce, umidificatori dell'aria;
- 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 è mai stata dimostrata trasmissione interumana.

Recentemente è stato descritto un caso di possibile trasmissione interumana di legionellosi, tuttavia, sono necessarie ulteriori evidenze per confermare tale modalità di trasmissione.

Al momento, quindi, si conferma che per gli operatori sanitari di assistenza, il rischio di esposizione alla Legionella si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (ad esempio durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua) al quale peraltro possono essere esposti anche i pazienti.

Misure di prevenzione devono essere altresì adottate per i lavoratori delle aziende esterne che operano per il servizio di manutenzione degli impianti.

I Dispositivi di protezione collettiva sono:

- sistemi filtranti da posizionare ai punti terminali o in alternativa agli snodi degli impianti per la produzione di acqua decontaminata da Legionella;
- sistemi di disinfezione dell'acqua che dimostrino nelle condizioni di impiego una comprovata efficacia (si deve verificare la documentazione tecnico – scientifica che attesti tale efficacia).

Al riguardo tali sistemi devono essere classificati quali dispositivi di protezione collettiva ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. Gli operatori devono essere addestrati al corretto utilizzo dei DPI e disporre in quantità e taglia adeguata.

Il rischio di sviluppare la legionellosi, dopo esposizione a Legionella nell'ambiente, è:

1. **molto elevato** in pazienti profondamente immunodepressi, quali:

- pazienti sottoposti nel corso del ricovero a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche o a trapianto di organo solido.
- pazienti sottoposti a chemioterapia particolarmente immunodepressiva (ad es. per leucemia mielogena acuta dell'infanzia).
- pazienti con granulocitopenia di lunga durata (PMN neutrofili  $\leq 500/\text{mL}$ ).
- pazienti affetti da tumore sottoposti a chemioterapia preventiva e trattamento corticosteroidico ad alte dosi ( $> 5 \text{ mg/kg}$  di prednisone per più di 5 giorni) o prolungato ( $0,5 \text{ mg/kg}$  di prednisone per 30 giorni o più o equivalenti).

2. **umentato** in presenza di patologie, condizioni individuali, quali:

- abitudine al fumo
- diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, nefropatie
- intervento chirurgico in anestesia generale
- tumori maligni
- infezione da HIV
- trattamento con corticosteroidi, chemioterapia antitumorale, radioterapia, farmaci anti-TNF- $\alpha$  (Tumor Necrosis Factor- $\alpha$ ) o altri immunosoppressivi, che, per durata e/o dosaggio dei farmaci, non è tale da indurre un'immunodepressione profonda
- aumentare dell'età
- etilismo cronico
- tossicodipendenza per via venosa

Complessivamente, le condizioni di cui al punto 2 sono molto diffuse nella popolazione generale, e di conseguenza anche tra i pazienti ospedalizzati. Pertanto, più che per definire i reparti a rischio, vanno considerati come fattori di rischio individuali.

## 5. ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI

### ACRONIMI

---

CCICA	Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
DCA	Decreto del Commissario ad Acta
DGR	Deliberazione della Giunta regionale
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
DUVRI	Documento Unico di valutazione dei rischi da Interferenze
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
GIDI	Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI)
ISS	Istituto Superiore di Sanità
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione

### TERMINI E DEFINIZIONI

---

Aerosol	in questo documento è definito come una sospensione di particelle costituite da minuscole goccioline di acqua, in genere con diametro interno $< 5 \mu\text{m}$ , che possono contenere <i>Legionella</i> 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.
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.

#### GIDI

Il proprietario, il titolare, l'amministratore, il direttore o qualsiasi soggetto, anche se delegato o appaltato, che sia responsabile del sistema idropotabile di distribuzione interno ai locali pubblici e privati, collocato fra il punto di consegna e il punto d'uso dell'acqua.

#### 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.

#### Inalazione

introduzione con l'inspirazione, nell'apparato respiratorio di sostanze volatili o liquidi aerosolizzati.

#### Infezione da legionella nosocomiale

una legionellosi che si manifesti clinicamente dopo circa 8 - 10 giorni dal giorno di ricovero (periodo di incubazione).

#### 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.

#### 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).

## 6. MODALITA' OPERATIVE

### 6.1. MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI SANITARI

Impianto idrico sanitario - La produzione di acqua calda sanitaria avviene tramite scambiatori di calore e riscaldatori di acqua (bollitori), n.3 da 1000 lt isolati termicamente e collegati in serie. L'acqua calda viaggia lungo diverse colonne fino a stacchi presenti su tutti i piani. La maggior parte dei tratti terminali è dotata di valvole regolatrici di temperatura. 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. Sull'impianto idrico sanitario viene effettuata un'attività di controllo operativo svolta, manutentore esterno incaricato. Tutti i componenti di impianto sono sottoposti a regolare manutenzione secondo le indicazioni del costruttore e sulla base dei risultati della gestione degli impianti.

Clorazione - All'interno dell'unità operativa è presente un impianto di clorazione idrico denominato "Legionella free system" (disinfettante biossido di cloro).

Per l'impianto idrico sanitario sono previsti i seguenti interventi manutentivi:

Attività	Descrizione	Frequenza
Flussaggio	Per ridurre 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).	Mensile per i terminali che non vengono utilizzati con cadenza giornaliera
Rubinetteria	Mantenimento di docce, diffusori delle docce e rompigitto dei rubinetti puliti e privi di incrostazioni, sostituendoli all'occorrenza, preferendo quelli aperti (es. a stella o croce) rispetto a quelli a reticella e agli aeratori/riduttori di flusso).	Semestrale

La disinincrostazione e la disinfezione con prodotti appropriati.

Bollitori	Svuotamento e disinfezione (e ove necessario anche disincrostazione) dei bollitori/serbatoi di accumulo dell'acqua calda sanitaria (compresi i boiler elettrici) almeno due volte all'anno e ripristinarne il funzionamento dopo accurato lavaggio.	Semestrale
-----------	---	------------

Per l'impianto di climatizzazione sono previsti i seguenti interventi manutentivi:

Filtri – Fan coils	Pulizia, lavaggio, sanificazione ed eventuale sostituzione. La pulizia e il lavaggio devono essere effettuati con prodotti specifici.	Annuale
UTA	Verifica delle prese d'aria al fine di assicurarsi che non vi siano ristagni d'acqua oppure che non vi siano infiltrazioni all'interno delle stesse. Pulizia delle prese d'aria. Verifica dello stato di pulizia dei filtri. Pulizia di tutte le unità filtranti. In alternativa sostituzione con filtri nuovi. Verifica che nelle vasche di raccolta condense delle UTA non ristagni acqua. Aspirazione di eventuali ristagni d'acqua ed esecuzione di una verifica della pendenza della vasca e degli scarichi. Disinfezione della vasca con prodotti appropriati e risciacquo con acqua. Verifica, ove possibile, che non vi siano incrostazioni sulle superfici delle batterie di scambio termico. Utilizzo di un prodotto appropriato sulle batterie di 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 contaminare l'aria trattata.	Semestrale

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).

Tutte le attività sopra descritte sono opportunamente registrate a cura del manutentore, interno o esterno per quanto di competenza, su scheda datata e firmata che viene consegnata all'amministrazione.

Tali attività dovranno essere svolte nel rispetto delle misure di cooperazione e coordinamento definite con la struttura in accordo ai contenuti dell'art.26 del D.lgs.81/08 e s.m.i. Durante lo svolgimento delle attività del manutentore esterno incaricato è vietata la presenza dei manutentori interni.

## 6.2. CONTROLLO UFC/LITRO DEL BATTERIO LEGIONELLA SECONDO LA ISO 11731:2017

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

In relazione alle caratteristiche dell'impianto e dei risultati dei campionamenti effettuati negli anni, sono identificati i punti critici di controllo per il rischio legionellosi.

I campionamenti sono eseguiti allo scopo di verificare la presenza o meno di Legionella nel circuito idraulico della struttura. I punti di prelievo sono stati scelti in base alle indicazioni date dalle Linee Guida

per la “Prevenzione e il controllo della Legionellosi” (maggio 2015). Tutti i campioni sono analizzati secondo quanto previsto dalla metodica definita dallo standard UNI 11731.

### 6.3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il Datore di Lavoro, in collaborazione con il RSPP, il Medico Competente e previa consultazione del RLS 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..

La valutazione del rischio deve essere revisionata almeno ogni volta che vi siano modifiche degli impianti, della tipologia di pazienti assistiti o della situazione epidemiologica della struttura interessata o, infine, in caso di reiterata ed anomala presenza di Legionella negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio.

#### Livelli di RISCHIO LEGIONELLA

UNITA' OPERATIVE	Livello di rischio LEGIONELLA
Degenza	MEDIO
Ambulatori di riabilitazione	BASSO
Uffici	BASSO
Archivi/Magazzini	BASSO

Nella tabella seguente vengono indicati i livelli di concentrazione di Legionella raccomandabili in relazione al livello di rischio.

#### Livelli di Concentrazione di Legionella attesi

LIVELLO DI RISCHIO	
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).
RISCHIO INFETTIVO MEDIO	la concentrazione di Legionella non dovrebbe superare 100 UFC/L.
RISCHIO INFETTIVO BASSO	la concentrazione di Legionella non dovrebbe superare 1000 UFC/L

## 7. 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 trattamento degli strumenti impiegati che per il loro funzionamento.

Un evento avverso correlato alla legionellosi può verificarsi per la concomitanza di diversi fattori multidimensionali:

- caratteristiche del paziente;
- disponibilità e il corretto rispetto da parte del personale sanitario di procedure/istruzioni operative;
- comunicazione scritta e verbale all'interno dell'equipe;
- manutenzione e sanificazione delle attrezzature e la bonifica periodica degli impianti;
- cultura gestionale, organizzativa e sulla qualità e sicurezza del personale operante per l'organizzazione;
- elementi gestionali e organizzativi dell'organizzazione interna e alla gestione della struttura;
- collegamento con le organizzazioni esterne.

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 odontoiatrici;
- aerosol terapia;
- ossigenoterapia;
- parto in acqua;

per le quali sono necessari alcuni dispositivi caratterizzati da differente livello di criticità:

- maschere facciali e o tubi endotracheali;
- tubi del circuito inspiratorio ed espiratorio dei ventilatori meccanici;
- raccordo ad Y;
- pallone di Ambu con reservoir per la rianimazione;
- umidificatore.
- circuiti respiratori di ventilatori meccanici;
- spirometri e boccagli;
- broncoscopi e loro accessori (pinze per biopsia e spazzolini per campioni);
- tubi endotracheali ed endobronchiali;
- lame del laringoscopio;
- nebulizzatori, maschere ed occhialini per l'ossigenazione;
- sonde dell'analizzatore di CO<sub>2</sub> e valvole espiratorie e loro accessori;
- mandrini per intubazione;
- sondini per aspirazione e valvola di aspirazione;
- sensori di temperatura.

E' mandatorio rispettare le misure di trattamento igienico sanitario coerenti con il grado di criticità del dispositivo utilizzato.

In relazione a quanto sopra espresso, il Direttore Sanitario DEVE:

- diffondere il documento all'interno dell'organizzazione, alla relativa conservazione della lista di diffusione;
- vigilare sull'osservanza dei corretti comportamenti degli operatori durante le pratiche assistenziali;
- promuovere programmi di formazione del proprio personale, anche rivolti ai contenuti del presente documento;
- promuovere proattivamente interventi di mitigazione del rischio clinico;
- assumere idonee iniziative per implementare le buone pratiche al fine di contenere il rischio per il paziente.

Invece, la Direzione Amministrativa:

- 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 il G.I.D.I.;
- collabora con il Risk Manager a iniziative per verificare la buona condotta operativa e/o le criticità emergenti al fine dell'implementazione di buone pratiche per la riduzione del rischio.

## 8. GESTIONE DEI CASI DI LEGIONELLA

### 8.1. INTERVENTI TECNICI

Partendo dalle indicazioni delle Linee guida per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi riportate nella seguente tabella, nei casi di positività si deve procedere come di seguito indicato.

**Tabella:** *Tipi di intervento indicati per concentrazione di Legionella (UFC/l) negli impianti idrici a rischio legionellosi, esercitati in strutture nosocomiali/sanitarie*

[fonte Linee guida per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi 2015]

Legionella (UFC/L)	Intervento richiesto
Sino a 100 UFC/litro	Nessuno
Tra 101 e 1.000 UFC/litro	<p>In assenza di casi: Se meno del 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive.</p> <p>Se oltre 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una disinfezione e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive.</p> <p>In presenza di casi: A prescindere dal numero di campioni positivi, effettuare una revisione della valutazione del rischio ed effettuare una disinfezione dell'impianto.</p>
Tra 1001 e 10.000 UFC/litro	<p>In assenza di casi: Se meno del 20% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive.</p> <p>Se oltre il 20% dei campioni prelevati risultano positivi, è necessaria la disinfezione dell'impianto e deve essere effettuata una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.</p> <p>Si raccomanda un'aumentata sorveglianza clinica, in particolare per i pazienti a rischio. Evitare l'uso dell'acqua dell'impianto idrico per docce o abluzioni che possano provocare la formazione di aerosol.</p> <p>In presenza di casi: A prescindere dal numero di campioni positivi, è necessario effettuare la disinfezione dell'impianto e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato dopo la disinfezione, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.</p>
Superiore a 10.000 UFC/litro	<p>Sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una disinfezione (sostituendo i terminali positivi) e a una revisione della valutazione del rischio.</p> <p>L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.</p>

Contattare immediatamente il fornitore incaricato della gestione dell'impianto per effettuare una sanificazione dell'impianto risultato contaminato al fine di eliminare la principale causa della contaminazione da legionella. Nello specifico devono essere svolte le operazioni di svuotamento, disincrostazione e disinfezione dei serbatoi di accumulo previa scollegamento dalla rete, accurato ed esaustivo lavaggio del serbatoio e sua successiva messa in rete. Il fornitore fornirà indicazioni in merito ad ulteriori interventi tecnici ritenuti necessari.

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.

Eseguire eventuali interventi tecnici straordinari richiesti dal Medico Responsabile, previa consultazione del Risk Manager.

Programmare delle attività di controllo operativo in merito alle attività di prevenzione e gestione del rischio, con particolare riferimento al reparto interessato. Le risultanze di tale attività devono essere rendicontate al Medico Responsabile, Direttore Amministrativo, Risk Manager, RSPP.

Il RSPP acquisisce la documentazione ritenuta necessaria, se necessario, effettua l'aggiornamento della valutazione del rischio legionellosi ai sensi di cui al D.Lgs. 81/08 e s.m.i. e in caso di lavoratore positivo, collabora con il Medico Competente per la gestione del caso.

Il Medico Competente effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti e in caso di lavoratore positivo, collabora con il RSPP per la gestione del caso e ne monitora le condizioni di salute.

## 8.2. INTERVENTI CLINICO ASSISTENZIALI

Qualora si verifichi un caso di polmonite in soggetto con aumentato rischio di sviluppare legionellosi perché affetto da immunodepressione, diabete mellito, scompenso cardiaco, bronco pneumopatia cronica ostruttiva, nefropatie, tumori maligni, infezione da HIV, trattamento con terapie immunosoppressive, età superiore a 65 anni, etilismo cronico, abitudine al fumo, il medico deve considerare una possibile diagnosi differenziale e richiedere al laboratorio di riferimento gli opportuni esami di laboratorio.

Qualora il caso venga confermato, entro 12 ore dall'osservazione, deve essere effettuata, ai sensi del DM 7 marzo 2022, la notifica obbligatoria al Servizio Igiene Pubblica (SISP) della Azienda Sanitaria Locale e, se possibile, il Medico provvede alla raccolta delle secrezioni bronchiali o dell'espettorato del paziente per l'effettuazione dell'esame colturale da inviare al Laboratorio di riferimento – il Laboratorio di Microbiologia dell'INMI utilizzando l'apposito modulo (Allegato 1).

Il Medico Responsabile quindi, in presenza di un caso sospetto o confermato, adotta le seguenti misure:

- segnala tempestivamente alla ASL competente per territorio ogni caso nosocomiale sospetto o confermato nei reparti interessati, senza attendere gli esiti del campionamento;
- informa fin da subito i soggetti potenzialmente interessati (operatori sanitari, pazienti, ecc.);
- monitora le procedure assistenziali;
- implementa la sorveglianza clinica sui pazienti e garantire la tempestiva esecuzione di test diagnostici al presentarsi di sintomi compatibili con legionellosi;
- attua le prime misure per minimizzare l'eventuale rischio derivante dagli impianti idrici e aeraulici, escludendo ad esempio l'uso delle docce;
- assicura la disponibilità dei test diagnostici attraverso il laboratorio di riferimento;

- analizza, almeno una volta ogni anno, la proporzione di pazienti ricoverati con polmonite o con polmonite insorta durante il ricovero per i quali è stato richiesto ed effettuato almeno un test per Legionella;
- promuove l'esecuzione di test di laboratorio per la diagnosi di legionellosi;
- programma la formazione dei medici e del personale di assistenza;
- collabora, in presenza di casi positivi, alla indagine epidemiologica effettuata dal Dipartimento di Prevenzione della Azienda Sanitaria al fine di individuare la fonte dell'infezione.

## 8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO

Il presente documento è pubblicato nella sezione interna del sito internet dell'organizzazione cui ogni operatore può accedere tramite le proprie credenziali (utente e password). Tutto il personale viene informato dai propri responsabili della pubblicazione del documento e dell'obbligo di lettura; completata la lettura l'operatore deve recarsi all'ufficio dell'amministrazione per sottoscrivere il verbale di avvenuta lettura e comprensione.

Il documento è utilizzato anche ai fini della programmazione annuale dell'attività di formazione del personale di assistenza e dei medici.

## 9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

Il gruppo di lavoro cura l'aggiornamento del documento almeno al verificarsi delle seguenti condizioni: modifiche significative dell'attività lavorativa o degli impianti; risultanze dell'applicazione del protocollo nella pratica clinica; quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità; in occasione di nuove prove di efficacia emerse in letteratura; aggiornamenti della legislazione di riferimento.

## 10. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

**D.lgs. 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".

**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.

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

**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;

**DCA 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;

**D.lgs. 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";  
- 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);

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

**DGR n. 344 del 23 maggio 2024** - “Sorveglianza delle malattie infettive durante il Giubileo 2025. Piano Regionale 2024-2025”;

## 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



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. MIP: 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 \_\_\_\_\_

**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

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? Sì  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 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fontane, getti d'acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parchi acquatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cinema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ristoranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Negozi, supermercati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Palestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Centro anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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: \_\_\_\_\_