



BEL.GE.CA. S.r.l.

# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO “RSA MATER DEI” ANNO 2025

*Sede legale:* via Orazio, n.3 – Roma 00193

*Sede operativa:* via dei Villini, n.17 - Ariccia (RM) 00072


Ed.	Rev.	Data	Descrizione
01	01	01/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio
02	02	15/02/2023	Aggiornamento del Piano precedente
03	03	10/02/2024	Aggiornamento del Piano precedente
04	04	15/02/2025	Adeguamento alle Linee di indirizzo regionali - Aggiornamento del Piano precedente

Risk Manager	Medico Responsabile	Legale rappresentate
Dott. Vittorio Amedeo Cicogna	Dott. Luigi Casella	Dott. Giacomo Ferri

Approvato il 18/02/2025

## Indice del documento

1. Premessa	pag 3
2. Contesto organizzativo	pag 4
3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag 8
4. Descrizione della posizione assicurativa	pag 10
5. Resoconto delle attività del Piano precedente	pag 10
6. Matrice delle responsabilità	pag 14
7. Obiettivi e attività 2025	pag 14
8. Piano annuale della formazione sulle ICA	pag 17
9. Modalità di diffusione del documento	pag 18
10. Termini e definizioni	pag 19
11. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	pag 20
12. Allegati	pag 22

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 3 di 22

## 1. PREMESSA

Il presente Piano 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 territoriale extra-ospedaliera.

Con comunicazione prot. n U.0079798 del 22-01-2025 inoltre il CRRC ha raccomandato a tutte le strutture per cui è prevista l'elaborazione del PARS, di implementare quanto richiesto dal *Piano regionale di intervento regionale sull'igiene delle mani* e dal *Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*, infine andranno allegati al PARS i seguenti documenti:


- Piano di azione locale sull'igiene delle mani;
- Programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

I Piani degli anni precedenti sono stati di volta in volta elaborati tenendo conto della realtà e delle caratteristiche della Struttura, cercando di modificare i limiti e le carenze emerse. Occorre segnalare peraltro che nella Struttura si registrano frequenti avvicendamenti delle figure di assistenza a seguito della partecipazione degli operatori più giovani a bandi pubblicati da parte di Pubbliche Amministrazioni per la ricerca di personale. Tale circostanza, unita alla difficoltà di reclutamento per la carente offerta di personale infermieristico sul mercato del lavoro, notoriamente carente, comporta necessariamente di dover intervenire sui "nuovi assunti" riproponendo interventi, argomenti ed obiettivi in parte già oggetto di trattazione dei Piani precedenti.

Infatti le evidenze emerse dal monitoraggio di alcune attività documentano come sia ancora necessario proseguire nella sensibilizzazione di diverse componenti dell'organizzazione, ivi inclusa quella del "**clima organizzativo e commitment**", affinché venga pienamente recepita la rilevanza di una corretta formazione del personale e la necessità di destinare a tale funzione idonee risorse.

Negli anni è stato possibile intervenire sulla formazione degli operatori con scarse risorse, e solo nel 2023 è stato possibile organizzare presso la Struttura un Corso di Formazione in materia di Rischio Clinico, in presenza, in più edizioni, che ha consentito agli operatori sanitari di acquisire parte dei crediti formativi previsti dal programma nazionale ECM. Incontri formativi, anche se in misura ridotta, sono stati proseguiti nell'anno successivo.

Non va dimenticato inoltre che il triennio 2020-2022 è stato condizionato dalla Pandemia da SARS-CoV-2 e dall'impatto che hanno avuto sui processi assistenziali le misure di prevenzione e protezione che hanno dovuto essere adottate nella Struttura a tutela degli ospiti e del personale.

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 4 di 22

La RSA ha sede nel comune di Ariccia, e nello stesso complesso sanitario, sebbene su edifici separati, insistono anche due Centri non residenziali di riabilitazione ex art. 26, denominati “Ars Sana” e “Ars Sana 2”,

## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La RSA Mater Dei è una struttura che eroga **assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane.**

L’edificio che ospita la RSA si sviluppa su più piani, raggiungibili sia da un impianto elevatore, sia da scale interne ed esterne, dispone di stanze singole, doppie e triple, nonché di una camera di degenza singola, con annesso servizio igienico, da utilizzare in caso di necessità, per l’isolamento temporaneo dei pazienti, nelle more del trasferimento in reparto per acuti.

In caso di necessità contumaciali l’organizzazione modulare dei reparti consente inoltre la compartimentazione di interi nuclei della struttura in modo da essere utilizzati per le esigenze di isolamento di numerosi ospiti, con accessi e percorsi separati.

La Struttura dispone inoltre di un ampio terrazzo, dotato di apposite protezioni, utile a favorire le visite ed i contatti tra gli ospiti ed i familiari, evitando gli spazi chiusi.


La RSA è accreditata con il SSR per 70 posti di letto per livello assistenziale R2 (livello di assistenza mantenimento alto) e 20 posti letto per livello di assistenza estensiva.

Nella Struttura è garantita l’assistenza medica (con presenza di medici durante l’intero arco delle 24 ore), infermieristica, riabilitativa e terapia occupazionale.

Fanno parte del complesso sanitario anche due Centri di Riabilitazione non residenziali, che dispongono di personale e locali dedicati:

- a) Il Centro di Riabilitazione “Ars Sana” eroga prestazioni assistenziali ai sensi dell’art 26 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 (Prestazioni di riabilitazione) con una capacità ricettiva di 250 posti distribuiti in regime non residenziale, ambulatoriale e domiciliare secondo le esigenze dei singoli utenti.
- b) Il Centro di Riabilitazione “Ars Sana 2”, autorizzato con determina Regione Lazio n.G16262 del 27/11/2017 all’esercizio di attività ambulatoriale e domiciliare per prestazioni di riabilitazione per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

Complessivamente, nel corso dell’anno 2024, il volume delle **prestazioni residenziali** erogate presso la RSA Mater Dei è stato **pari a 31.414 giornate** di degenza, come riportato nella tabella sottostante.

	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025</b>	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 5 di 22

*Tabella 1 - Dati strutturali e di attività*

RSA MATER DEI		
Dati Strutturali		
ASL territorialmente competente	ROMA 6	
Posti residenziali	90	Posti livello assistenziale alto 70
		Posti livello assistenza estensiva 20
Dati Attività		
Giornate di assistenza residenziale	31.414*	

\* Il dato evidenzia una leggera flessione rispetto alle giornate di assistenza residenziale registrate nell'anno 2023, pari a 32.095.

## **2.1 Ubicazione della Struttura**

Il complesso, costituito da tre fabbricati principali, oltre a pertinenze accessorie, è ubicato all'interno di un parco privato con alberi secolari, nel Comune di Ariccia, che ricade nel territorio dell'Azienda USL ROMA 6. La RSA occupa il più grande dei fabbricati



## **2.2 Certificazioni**

Per le tre Strutture la società Belgeca nel 2019 ha avviato il processo di certificazione del sistema di gestione per la qualità con l'ente di certificazione "Bureau Veritas".

La certificazione conseguita è pubblicata sulla Home page del Sito Aziendale



### **2.3 CCICA**

Presso la Struttura, date le dimensioni e le professionalità sanitarie previste dai requisiti, non è possibile costituire un Comitato per il Controllo delle infezioni collegate all'assistenza (CCICA). Infatti la struttura non dispone di un servizio di Farmacia né di un laboratorio analisi e, in caso di necessità, viene fatto ricorso ai presidi del SSR presenti nel Territorio.

### **2.4 Stanze per l'isolamento dei pazienti infettivi**

Nella Struttura è disponibile una camera di degenza singola, con annesso servizio igienico, da utilizzare in caso di necessità, per l'isolamento temporaneo dei pazienti, nelle more del trasferimento in reparto per acuti.

In caso di necessità è comunque possibile realizzare l'isolamento contemporaneo di più ospiti grazie all'organizzazione modulare dei reparti che consente la compartimentazione di interi nuclei della struttura, con accessi e percorsi separati.

### **2.5 Distribuzione dei dispenser di gel idroalcolico - Report sui consumi**

Nella struttura sono presenti stabilmente flaconi con dispenser da 500 ml, nelle medicherie, in prossimità delle camere di degenza, lungo i corridoi, sono presenti altresì locandine esplicative, per l'efficace frizione idroalcolica delle mani.


Nel corso dell'anno 2024 sono stati consumati:

- 415 litri di soluzione idroalcolica (pari a 13,2 litri /1000 giornate di degenza), in leggera riduzione rispetto all'anno precedente.
- 360 litri di soluzione per sanificazione ambientale.

### **2.6 Procedure per la prevenzione delle ICA**

Ai fini della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sono presenti nella Struttura specifiche procedure di prevenzione e controllo:

- Istruzione operativa RSA QUA 6: Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (28/08/2019)
- Istruzione operativa RSA QUA 2: Cure Igieniche dell'anziano (18/03/2019)
- Istruzione operativa RSA QUA 4: Clostridium Difficile (18/03/2019, aggiornata il 13/01/2021).
- Istruzione Operativa: Gestione del catetere vescicale (aggiornata nell'ottobre 2021).
- Prevenzione e gestione dei casi di Scabbia (aggiornata nell'agosto 2024)
- Procedura per la prevenzione ed il trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP) (aggiornata nel settembre 2024)

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 7 di 22

## **2.7 Piano di Azione Locale per l'igiene delle Mani**

La struttura è dotata di un PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI, adottato nel 2021, che viene annualmente aggiornato.

Le procedure di autovalutazione seguite in occasione dell'adozione dell'originario documento consentirono di collocare la Struttura su un livello base/intermedio per ciascuno degli ambiti valutati.

Il Piano è stato aggiornato nell'anno 2024 ed i risultati conseguiti nel triennio 2021-2023, con il raggiungimento del livello intermedio sui vari ambiti di competenza, sono stati riportati nel documento allegato al PARS 2024, analogamente si procede per il corrente anno (allegato A al presente documento)

## **2.8 Programma di controllo della legionellosi**


Nella Struttura è in atto da diversi anni un **programma per la prevenzione del rischio "Legionella"** mediante il mantenimento in esercizio di un impianto di clorazione della rete idrica; nell'anno 2024 i controlli sono stati eseguiti alle scadenze programmate del 5 febbraio, 6 maggio, 25 luglio, 12 novembre. (allegato B al presente documento).

## **2.9 Esistenza di un programma di Antimicrobial Stewardship**

Il personale medico e di assistenza è sensibilizzato al corretto uso degli antibiotici ed al monitoraggio del loro consumo.

Si deve precisare al riguardo che la fornitura dei farmaci, e degli antibiotici in particolare, presso la RSA avviene attraverso due distinti percorsi:

- 1) attraverso la farmacia Ospedaliera della Azienda Sanitaria
- 2) attraverso la prescrizione dei Medici di Medicina Generale che hanno in carico gli assistiti ospiti della struttura.

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 8 di 22

## **2.10 Dotazione organica della Struttura**

La dotazione organica della RSA è riportata nella tabella sottostante

*Tabella 2 – Dotazione organica RSA Mater Dei*

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
Medici	10
Coordinatore	1
Infermieri	22
Fisioterapisti	4
Educatori	5
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	29
<b>Manutentori</b>	<b>3</b>
Amministrativi	4
<b>Totale</b>	<b>80*</b>

\* Il numero degli operatori sanitari, a causa degli avvicendamenti descritti in premessa si è ridotto di 2 unità rispetto all'anno precedente

## **3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**


Nel corso dell'ultimo triennio 2022/2024 nel sistema di Incident Reporting, sono stati registrati i seguenti eventi:

*Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2022 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)*

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0		Organizzativi 100%	Organizzative 50% Procedure/ Comunicazione 50%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	28	100%			
Eventi sentinella	1*	100%			

\*in occasione dell'evento Sentinella è stato condotto un AUDIT



	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025</b>	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 9 di 22

**Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2023 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**


Tipo di evento	N. totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	% aggressioni ad operatori sanitari	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	0	Organizzativi 100%	Organizzative 50% Procedure/ Comunicazione 50%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	42*	97,6%	2,3%			
Eventi sentinella	0	0	0			

\* N.B. Il dato dell’evidente aumento delle segnalazioni spontanee degli eventi nel periodo di osservazione è da addebitare, con ogni probabilità, alla maggiore sensibilità acquisita dagli operatori nell’uso “*dell’incident reporting*”, piuttosto che ad un aumento reale della sinistrosità.

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

Tipo di evento	N. totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Organizzativi 100%	Organizzative 50% Procedure/ Comunicazione 50%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	34*	100%			
Eventi sentinella	0	0			

\* N.B. Nel 2024, rispetto alle cadute segnalate nell’anno precedente, si è registrata una riduzione del 20%; gli esiti di danno degli eventi sono stati: nessun danno 10; danno lieve 15; danno moderato 9;

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 10 di 22

Non risultano contenziosi pendenti, né richieste di risarcimento, riferiti all'ultimo triennio, mentre risulta non ancora concluso un procedimento risalente all'anno 2018 (numero di sinistro 177/2018/51093)

La Società Bel.Ge.Ca s.r.l. è dotata di un Comitato Valutazione Sinistri (CVS) la cui composizione, al momento della adozione del presente documento, è in corso di aggiornamento ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G15665 del 23/11/2023 - "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)"

#### 4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La soc. Belgeca srl è titolare di una polizza assicurativa stipulata con la Compagnia "Le Generali Assicurazioni"- **Polizza n 390575252**, a copertura dei rischi per la RSA e le altre strutture ricadenti nel complesso.


*Tabella 6 - posizione assicurativa*

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
<b>2023</b>	n. 390575252 scad.31/10/2023	Le Generali Ass.ni	€ 30.000	€ 2.500	No
<b>2024</b>	n.390575252 scad.31/10/2024	Le Generali Ass.ni	€ 30.000	€ 2.500	No
<b>2025</b>	n.390575252 scad.31/10/2025	Le Generali Ass.ni	€ 30.000	€ 2.500	No

#### 5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PREVISTE NEL PARS PRECEDETE E DEL PIANO LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Nella adozione dei suddetti Piani si è ovviamente tenuto conto della tipologia delle attività assistenziali e delle prestazioni erogate dalla RSA, orientando quindi l'attenzione ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti della struttura ed in relazione ai trattamenti accreditati presso la stessa.

Nel corso degli anni 2020 - 2022, gli eventi collegati alla Pandemia da SARS-COV-2 hanno condizionato sensibilmente la realizzazione di alcuni interventi ed attività programmate nei suddetti Piani in quanto l'esigenza prioritaria è stata quella di limitare allo stretto necessario la presenza fisica di soggetti esterni nei reparti di degenza, evitando l'accesso di persone e l'ingiustificato affollamento nei locali sede delle attività assistenziali.

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 11 di 22

**Tutti gli ospiti della RSA nel periodo pandemico sono stati sottoposti a vaccinazione anti Covid 19 presso la Struttura.**

Superata l'emergenza pandemica gli ospiti vengono regolarmente sottoposti a vaccinazione antiinfluenzale da parte dei medici di medicina generale di libera scelta nei cui elenchi sono iscritti, con una percentuale di adesioni di circa l'80%.

I Piani di prevenzione del rischio sanitario adottati annualmente hanno comunque consentito di introdurre e portare a regime nella Struttura i seguenti interventi:

1. l'impianto del sistema di "*Incident Reporting*" per la segnalazione degli eventi avversi da parte degli operatori;
2. l'introduzione delle schede di valutazione del pazienti con riferimento al rischio cadute ed al rischio di sviluppare lesioni da pressione;
3. le verifiche per la corretta tenuta della documentazione sanitaria;
4. l'adozione/aggiornamento, delle seguenti procedure / istruzioni operative riferite a rischi specifici:
  - a) Prevenzione e gestione del rischio cadute
  - b) Gestione delle protezioni personali (mezzi di contenzione)
  - c) Corretta identificazione del paziente
  - d) Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori
  - e) Gestione e monitoraggio degli elettromedicali
  - f) Preparazione e somministrazione della terapia farmacologica
  - g) Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione
  - h) Acquisizione del consenso informato generale alle cure
  - i) Prevenzione e gestione dell'allontanamento non autorizzato del paziente dalla struttura
  - j) Procedura per la prevenzione del suicidio del paziente ospite della struttura
  - k) Procedura per la prevenzione e gestione dei casi di Scabbia

Come detto in premessa nell'anno 2023 è stato organizzato nella RSA un corso residenziale di formazione, accreditato secondo il programma nazionale ECM, che ha coinvolto 25 infermieri, 4 educatori, 3 OSS, 2 medici, 3 fisioterapisti, trattando i seguenti argomenti:

- ✓ Prevenzione delle ICA
- ✓ Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione
- ✓ Prevenzione delle Cadute
- ✓ Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori

Sono stati inoltre formati tre operatori in qualità di osservatori per la corretta pratica dell'igiene delle mani.



Il programma di formazione nell'anno 2024 è stato reiterato, anche se non in forma ECM, con priorità per la formazione degli operatori di recente assunzione. Come detto in premessa infatti si sono registrati frequenti avvicendamenti delle figure di assistenza, in quanto un discreto numero di operatori più giovani ha partecipato a bandi pubblicati da Pubbliche Amministrazioni per la ricerca di personale. Tale circostanza ha comportato necessariamente di dover riproporre interventi, argomenti ed obiettivi in parte già oggetto di trattazione dei Piani precedenti.

Il Piano di formazione **nel corso dell'anno 2024** è stato incentrato sui seguenti argomenti:

- Prevenzione dei Rischi nelle attività clinico assistenziali (Incontro formativo destinato al personale di recente assunzione)
- Prevenzione delle ICA, con focus sulla prevenzione e gestione dei casi di Scabbia;

Gli incontri formativi sono stati complessivamente 4, nelle giornate del 26 settembre, 14 ottobre, 26 ottobre e 31 ottobre; complessivamente hanno partecipato ai suddetti incontri 46 operatori tra infermieri, OSS/OTA, educatori professionali e terapisti della riabilitazione.

*Tabella 7 – grado di raggiungimento degli obiettivi del PARS 2024*

1°Obiettivo A): Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Nuova edizione di un Corso di formazione per gli operatori sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure, centrato sulle tematiche di maggior interesse per la struttura	SI	4 incontri formativi organizzati nelle giornate del 26 settembre, 14 ottobre, 26 ottobre e 31 ottobre; complessivamente hanno partecipato ai suddetti incontri 46 operatori tra infermieri, OSS/OTA, educatori professionali e terapisti della riabilitazione
2° Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al Rischio iniettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al Rischio iniettivo	SI	Negli incontri formativi sono stati trattati i seguenti Argomenti:  1) Prevenzione dei Rischi nelle attività clinico assistenziali 2) Prevenzione delle ICA, con focus sulla prevenzione e gestione dei casi di Scabbia



**3° 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**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, ottenere una riduzione delle cadute degli ospiti rispetto agli anni 2022 e 2023	SI	Il numero delle cadute nel 2024 è diminuito del 20% rispetto all'anno precedente. La valutazione del rischio caduta e del rischio LdP è regolarmente presente nella documentazione sanitaria

**4° Obiettivo C): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
A) Consentire agli operatori di rispettare i 5 momenti dell'igiene delle mani. Standard OMS consumo SIA = 20 litri/1000 g.d. B) Monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta	SI 50%	A) Nel corso dell'anno 2024 sono stati consumati 415 litri di soluzione idroalcolica (pari a 13,2 litri /1000 giornate di degenza), in leggera riduzione rispetto all'anno precedente. B) Le sedute di osservazione sono state effettuate, con la collaborazione del personale individuato e formato per le attività di osservazione, con frequenza mensile presso tutti i nuclei della RSA. Le osservazioni effettuate hanno permesso di registrare, complessivamente, il rispetto della corretta pratica dell'igiene delle mani in circa l'80% delle occasioni in cui questa avrebbe dovuto essere effettuata da parte degli operatori coinvolti nelle attività assistenziali.

**5° Obiettivo D): Sorveglianza delle infezioni da CRE**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
a) consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi b) sorveglianza attiva (tampone rettale/ coprocoltura) delle colonizzazioni/ infezioni da CRE	SI	La sorveglianza è stata eseguita in un solo paziente che ha presentato una sintomatologia riferibile ad una sospetta colonizzazione. Il controllo effettuato è risultato negativo per la presenza di enterobatteri resistenti ai carbapenemi

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Soc Belgeca srl per la redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Funzione aziendale Fase PARS	Amministrazione	Medico Responsabile	Risk Manager	Struttura di supporto tecnico-amministrativa
Nomina del Risk Manager	R	C	I	C
Redazione PARS	C	R	C	C
Approvazione PARS	R	I	I	I
Monitoraggio PARS	I	R	C	C

**Legenda** - [R]: funzione Responsabile; [C]: funzione Coinvolta; [I]: funzione Interessata.

## 7. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ 2025

Le linee di indirizzo della Regione Lazio per l'adozione del PARS, individuano i seguenti quattro obiettivi strategici che le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera (tipologia di riferimento della RSA Mater Dei) debbono impegnarsi a raggiungere:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- 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.
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale.
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Le Linee di indirizzo prevedono che le Strutture debbano declinare almeno cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici come sopra definiti.



Inoltre, con comunicazione prot. U.0079798 del 22-01-2025 il CRRC ha raccomandato a tutte le strutture per le quali nel 2025 è prevista l'elaborazione del PARS, di implementare quanto richiesto dal *Piano regionale di intervento regionale sull'igiene delle mani* e dal *Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*, allegando al PARS i seguenti documenti:

- Piano di azione locale sull'igiene delle mani;
- Programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

Per quanto attiene le attività routinarie sarà data priorità, ovviamente, all'aggiornamento delle specifiche procedure relative ai rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti della struttura.


Inoltre, sebbene si sia giunti, presso la Struttura, ad un livello di generale conoscenza delle misure di prevenzione del Rischio Clinico, a causa dei frequenti avvicendamenti di personale già descritti, occorre lavorare sui nuovi assunti per estendere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.

Tanto premesso per l'implementazione del presente Piano verranno programmati gli interventi ed le azioni compatibili con le risorse presenti, riproponendo anche alcuni degli interventi, degli argomenti e degli obiettivi in parte già oggetto di trattazione dei Piani precedenti.

#### Attività n 1

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

<b>Obiettivo:</b> Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure;			
<b>Attività:</b> Riedizione di un Corso di formazione per gli operatori sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure, centrato sulle tematiche di maggior interesse per la struttura: Prevenzione Cadute, Prevenzione Lesioni da pressione, gestione del paziente disfagico			
Indicatore: Erogazione/Mancata erogazione dell'evento			
Standard: Si			
Struttura Responsabile: Direzione/Amministrazione			
AZIONE	Medico Responsabile	Amministrazione	Direzione
Progettazione del corso	C	R	C
Approvazione del corso	C	R	C
Realizzazione del corso	C	R	C

	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025</b>	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 16 di 22

Attività n 2

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al Rischio iniettivo

<b>Obiettivo:</b> Aggiornamento del Piano annuale di formazione sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA			
<b>Attività:</b> Esecuzione della attività formativa per il personale sanitario.			
<b>Indicatore:</b> Adozione del piano annuale di formazione			
<b>Standard:</b> Si			
<b>Struttura Responsabile:</b> Direzione/Amministrazione			
<b>AZIONE</b>	<b>Medico Responsabile</b>	<b>Amministrazione</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione del corso	C	R	C
Approvazione del corso	C	R	C
Realizzazione del corso	C	R	C


Attività n 3

Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate:

- a) Valutazione del rischio cadute degli ospiti;
- b) valutazione del rischio di sviluppare Lesioni da pressione;

<b>Obiettivo:</b> Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, consolidare il trend della riduzione delle cadute degli ospiti avviato nell'anno 2024			
<b>Attività:</b> Valutazione dei pazienti per il rischio di sviluppare lesioni da pressione e prevenzione cadute.			
<b>Indicatore:</b> valutazione del rischio caduta e del rischio LdP nel 100% dei pazienti e presenza della relativa scheda nella documentazione sanitaria. Riduzione cadute rispetto al 2022 ed al 2023			
<b>AZIONE</b>	<b>Medico Responsabile</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direzione</b>
Revisione delle schede di valutazione	C	R	I
Utilizzo della schede di valutazione	R	C	I
Analisi, monitoraggio delle cadute e delle LdP, individuazione delle misure preventive	C	R	C
Rendere disponibili sistemi e dispositivi di prevenzione e protezione	C	C	R



	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025</b>	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 17 di 22

Attività 4:

Obiettivo C): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani - requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi

<b>Obiettivo:</b> consolidamento del rispetto da parte degli operatori dei 5 momenti dell'igiene delle mani. Standard OMS consumo SIA = 20 litri/1000 g.d. <b>Attività:</b> monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta			
Indicatore: rispetto del cronoprogramma			
AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione
Ampliamento TEAM degli osservatori ed delle sessioni di osservazione (sostituzione del personale cessato)	C	I	R
regolare distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura e fornitura SIA	C	I	R

Attività n 5

Obiettivo D): Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

<b>Obiettivo:</b> Sorveglianza delle infezioni da CRE <b>Attività:</b> Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi			
Indicatore: sorveglianza attiva (tampone rettale/ coprocoltura) delle colonizzazioni/ infezioni da CRE			
Standard: 100% dei pazienti eleggibili			
Struttura Responsabile Direzione Sanitaria			
AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Personale di assistenza
segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/ colonizzazioni da CRE	C	C	R
sorveglianza attiva (tampone rettale/ coprocoltura) delle colonizzazioni/ infezioni da CRE	R	C	C
identificazione di un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA	R	C	I

## 8. PIANO ANNUALE DELLA FORMAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA

L'Amministrazione della RSA si impegna a mantenere e promuovere presso gli operatori il rispetto del Piano di azione locale per l'Igiene delle mani allegato al presente documento.



La formazione degli operatori sanitari riveste un ruolo cardine nella promozione della cultura della qualità e della sicurezza nell'ambito della prevenzione del rischio infettivo, e la sensibilizzazione degli operatori è essenziale per l'effettiva applicazione delle procedure/istruzioni operative, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e controllo delle ICA.

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari e nella riedizione del Piano formativo anche per l'anno 2025 verranno previsti obiettivi formativi differenziati per le seguenti categorie di operatori:

**Osservatori:** dovranno essere formati nuovi operatori in quanto gli avvicendamenti del personale cui si è fatto cenno in premessa ne hanno ridotto la disponibilità, con effetti sulle l'attività di monitoraggio. Il ruolo degli osservatori viene valorizzato dalla RSA, che riconosce una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

**Operatori sanitari:** la formazione sarà incentrata sui seguenti argomenti

- Definizione e impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- Implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.
- Gestione del clostridium difficile e delle recidive
- Prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-COV-2 nelle strutture sanitarie.
- Antibiotico resistenza: cause e meccanismi

## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS verrà pubblicato sul Sito internet della Società BELGECA s.r.l. sulla cui home page è già presente un link che rimanda direttamente al documento.

La conoscenza del Piano verrà inoltre estesa agli operatori in occasione di incontri periodici, a piccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro.

I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione.

Tutte le procedure, le istruzioni operative adottate e i corsi di formazione organizzati sono pubblicati nell'area riservata del Sito aziendale, accessibile con password agli operatori.



## 10. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente Piano.

Termini	Definizioni
<b>Evento avverso</b>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile” <sup>[1]</sup> <sub>[SEP]</sub>
<b>Near miss</b>	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
<b>Evento sentinella</b>	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.
<b>Rischio Clinico</b>	Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”
<b>Risk Management</b>	Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.
<b>Audit Clinico</b>	L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.
<b>Incident reporting</b>	L'incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi. Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.
<b>Antisepsi delle mani</b>	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.



<b>Agente antisettico</b>	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
<b>CCICA</b>	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.
<b>CVS</b>	Comitato Valutazione Sinistri, organo collegiale della struttura con funzione consultiva nella gestione dei sinistri
<b>Colonizzazione</b>	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite
<b>Disinfezione</b>	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.
<b>ICA</b>	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
<b>Infezione</b>	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.
<b>Antimicrobico-resistenza</b>	E' un fenomeno naturale biologico di adattamento di alcuni microrganismi che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antimicrobico (es. antivirale, antifungino, antibatterico) che è generalmente sufficiente ad inibire o uccidere microrganismi della stessa specie. Questo concetto include anche l'antibiotico-resistenza che è invece è limitata agli agenti antibatterici.
<b>Antimicrobial Stewardship</b>	La antimicrobial stewardship si riferisce agli interventi che mirano a promuovere e guidare l'uso ottimale degli antibiotici, inclusi la scelta del farmaco, il suo dosaggio, la sua via di somministrazione e la durata della somministrazione.


## 11. 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 del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana**
- **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**  
*“Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”*
- **Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)**  
*«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».*
- **Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968**  
*Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)*
- **Determinazione Regionale dell’1 aprile 2014 n. G04112**  
*“Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all' assistenza (CC-ICA)"*
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208**  
*“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*
- **DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328**  
*Progetto 7.3 “contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”.*
- **Legge n 24 dell’8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)**  
*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*
- **Rapporto ISS COVID-19 • n. 4/2020 Rev. 2**  
*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali*

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO RSA MATER DEI ANNO 2025	PARS
		ed.04 rev.04
		febbraio 2025
		Pagina 22 di 22

- **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025**
- **Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829**  
*Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC).*
- **Determinazione Regione Lazio del 27 aprile 2018 n. G05584**  
*Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"*
- **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".*
- **Determinazione 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)".*
- **Determinazione Regione Lazio del 06/11/2022 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 Regione Lazio del 28/11/2022 n. G16501**  
*Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".*
- **Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28/06/2024**  
*"Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi"*
- **Comunicazione prot. U.0079798 del 22-01-2025 del CRRC della Regione Lazio**  
*oggetto: Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2025 (PARS)*

## 12. ALLEGATI

- A) Piano Locale per l'igiene delle mani anno 2025 adottato dalla RSA Mater Dei
- B) Programma di controllo della legionellosi presso la RSA Mater Dei, ai sensi delle Linee di indirizzo regionali di cui alla DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

**Allegato A)**



*BEL.GE.CA. S.r.l.*

# **PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI - ANNO 2025 - "RSA Mater Dei"**

*Sede legale: via Orazio, n.3 – Roma 00193*

*Sede operativa: via dei Villini, n.17 - Ariccia (RM) 00072*

<b>Ed.</b>	<b>Rev.</b>	<b>Data</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
01	00	15/06/2021	Emissione del documento
02	01	10/02/2024	Aggiornamento
03	02	15/02/2025	Aggiornamento
REDAZIONE			VERIFICA
RISK MANAGER			DIREZIONE/AMMINISTRAZIONE
			MEDICO RESPONSABILE

## **TITOLO**

**PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI – ANNO 2025 -**

## **DESTINATARI**

Il Piano è rivolto al Personale della RSA Mater Dei ed in particolare agli esercenti la professione sanitaria che in questa operano. Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e della Struttura; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

## **Indice**

- 1. PREMESSA**
- 2. INTERVENTI ED AZIONI A SEGUITO DI AUTOVALUTAZIONE**
- 3. GLOSSARIO**
- 4. INTERVENTI ED AZIONI POSTE IN ESSERE - RISULTATO DELLE ATTIVITA'**
  - a) ambito dei requisiti strutturali e tecnologici**
  - b) ambito della formazione del personale**
  - c) ambito del monitoraggio e feedback**
  - d) ambito della comunicazione permanente**
  - e) ambito del clima organizzativo e commitment:**
- 5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO**
- 6. RIFERIMENTI NORMATIVI**
- 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**



## **1. PREMESSA**

Il presente documento rappresenta la terza edizione del Piano locale per l'igiene delle mani adottato presso la RSA Mater Dei ai sensi delle indicazioni contenute nel PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI approvato dalla Regione Lazio con Determinazione del 26 febbraio 2021 n. G02044.

La Struttura nel triennio 2021/2023, sulla scorta della autovalutazione effettuata e con gli strumenti indicati nel primo Piano di azione locale, a cui si rimanda, si è impegnata a raggiungere un livello intermedio per ciascuno degli ambiti di propria competenza.

Le azioni individuate sono state inserite nei Piani annuali di gestione del Rischio Sanitario (PARS) adottati dalla RSA negli anni relativi al suddetto triennio, ed i risultati raggiunti sono stati descritti nella seconda edizione del Piano locale per l'igiene delle mani adottata nell'anno 2024.

Nella presente edizione vengono definite le azioni con cui la Struttura intende mantenere il livello intermedio raggiunto in tutti gli ambiti del questionario di autovalutazione e necessarie al consolidamento dei suddetti risultati.

L'attenzione rivolta all'argomento è stata motivata dalla sempre maggiore consapevolezza che le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono l'evento avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, causa del prolungamento delle degenze in ospedale, disabilità a lungo termine, decessi, e, non ultimo, il rischio di sviluppo di resistenza agli antimicrobici da parte dei microrganismi, con costi aggiuntivi significativi per il Sistema Sanitario.

Si è altrettanto rafforzata l'evidenza che l'igiene delle mani rappresenti uno strumento essenziale nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura.

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

- a) la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti);
- 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.

## 2. INTERVENTI ED AZIONI A SEGUITO DI AUTOVALUTAZIONE

Le Azioni individuate sono state poste in essere nei seguenti ambiti:

- **ambito dei requisiti strutturali e tecnologici:** con riferimento alla esistenza di percorsi sporco/pulito, di stanze di isolamento, al rapporto lavandini /letti, alla presenza di procedure specifiche per la sanificazione, alla disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;
- **ambito della formazione del personale:** con riferimento alla adozione e realizzazione di programmi di formazione del personale.
- **ambito del monitoraggio e feedback:** con riferimento ai seguenti principali aspetti:
  - a) corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;
  - b) quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;
  - c) formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;
  - d) consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura.
- **ambito della comunicazione permanente:** con riferimento alla disponibilità di materiale informativo come locandine e brochure a disposizione del personale e dei visitatori.
- **ambito del clima organizzativo e commitment:** con riferimento alla individuazione di un gruppo di operatori, appositamente formati, incaricati di promuovere e verificare il rispetto della pratica dell'igiene delle mani da parte del personale.

**In ciascuno dei suddetti ambiti l'esito della autovalutazione ha consentito inizialmente di collocare la Struttura su un livello base/intermedio ed alla conclusione del triennio di raggiungere il livello intermedio.**

Il presente Piano pertanto, come già detto, si pone come obiettivo per l'anno corrente di consolidare e mantenere il livello raggiunto in ciascuno dei suddetti ambiti.

### 3. GLOSSARIO

<b>Antisepsi delle mani</b>	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
<b>Agente antisettico</b>	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
<b>CCICA</b>	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.
	<b>Colonizzazione:</b> Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite
<b>CRRC</b>	Centro Regionale Rischio Clinico.
<b>Disinfezione</b>	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.
<b>Frizione antisettica</b>	Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, 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 a settiche di livello intermedio.
<b>ICA</b>	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
<b>Infezione</b>	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.
<b>PARS</b>	Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario.
<b>Punto di assistenza</b>	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.

#### **4. INTERVENTI ED AZIONI POSTE IN ESSERE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO LOCALE - RISULTATO DELLE ATTIVITA'**

**La RSA oggetto del presente Piano, relativamente alla complessità organizzativa ed alla intensità assistenziale, si colloca nel livello di base.**

La dotazione organica e la presenza di figure professionali è conforme a quella stabilita per le attività sociosanitarie residenziali. L'autorizzazione all'esercizio è riferita ad attività di tipo residenziale, per il cui svolgimento non sono richiesti servizi specialistici e di diagnostica di laboratorio, pertanto, in caso di necessità, i sanitari fanno riferimento ai presidi del SSR presenti nel Territorio.

Le procedure esistenti nella struttura, ovviamente, sono quelle relative ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti, in relazione ai trattamenti accreditati, ed alle linee di attività presenti, non essendo rappresentate nei processi assistenziali attività che si svolgono nei blocchi operatori o di diagnostica strumentale.

Occorre segnalare peraltro che nella Struttura si registrano frequenti avvicendamenti delle figure di assistenza a seguito della partecipazione degli operatori più giovani a bandi pubblicati da parte di Pubbliche Amministrazioni per la ricerca di personale. Tale circostanza, unita alla difficoltà di reclutamento per la carente offerta di personale infermieristico sul mercato del lavoro, notoriamente carente, comporta di dover intervenire sui "nuovi assunti" riproponendo interventi, argomenti ed obiettivi in parte già trattati.

Tanto premesso vengono di seguito descritti gli interventi e le azioni da porre in essere per l'implementazione del Piano locale, riferite a ciascuno degli ambiti esaminati nel processo di autovalutazione.

Per ciascun ambito vengono descritti i risultati ottenuti negli anni precedenti, nonché i nuovi obiettivi, le azioni e gli indicatori utili alla misura dei risultati.

##### **a) ambito dei requisiti strutturali e tecnologici**

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti e le azioni poste in essere hanno consentito di raggiungere il livello Intermedio. Sotto il profilo strutturale risultano rispettati i percorsi sporco/pulito, il rapporto lavandini /letti, la disponibilità di stanze per l'isolamento e sono presenti procedure specifiche per la sanificazione. In tutta la struttura è assicurata la disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica.

Il mantenimento dell'efficienza dei lavandini, ai fini del rispetto del rapporto ottimale tra numero di lavandini e posti letto, viene assicurato attraverso un programma di manutenzione periodica.

**I consumi di soluzione idroalcolica sono stati i seguenti:**

- ✓ Nell'anno 2021 sono stati consumati 500 litri di soluzione idroalcolica (pari a 16,8 litri/1000 giornate di degenza);
- ✓ Nell'anno 2022 sono stati consumati 493 litri di soluzione idroalcolica (pari a 17,6 litri/1000 giornate di degenza);
- ✓ Nell'anno 2023 sono stati consumati 490 litri di soluzione idroalcolica (pari a 15,3 litri/1000 giornate di degenza);\*
- ✓ Nell'anno 2024 sono stati consumati 445 litri di soluzione idroalcolica (pari a 13,2 litri /1000 giornate di degenza);\*

\*(consumo inferiore rispetto agli anni precedenti in cui maggiore è stato il rischio COVID 19)

**Obiettivi anno 2025 ambito a)**

Mantenimento requisiti strutturali e tecnologici		R
Obiettivo	a) mantenimento del rapporto lavandini/posti letto b) ampliare il numero di punti di assistenza dotati di dispenser c) standard OMS consumo SIA 20 litri/1000 g.d.	
Azione	a) manutenzione periodica programmata dei servizi igienici b) dotazione e sostituzione di dispenser nelle zone assistenziali c) incremento sessioni osservazione diretta igiene delle mani (previa sostituzione del personale cessato)	Amm. R.M.. Da/Mr
Indicatori	a) regolare fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani; b) regolare distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura c) rispetto del programma di manutenzione periodica dei servizi	

*Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile; R.M.=Risk Manager*

**b) Ambito della formazione del personale**

Negli anni precedenti sono stati effettuati presso la struttura corsi di formazione degli operatori incentrati prevalentemente sui seguenti obiettivi:

- Formare gli operatori sul rischio clinico, sulla conoscenza dei rischi insiti nelle diverse fasi e procedure dei percorsi assistenziali e sulla esistenza di specifiche Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi ed eventi sentinella.
- Diffondere la cultura del rischio clinico e della sicurezza delle cure.
- Illustrare la funzione del Risk Management nelle organizzazioni sanitarie.
- Prevenzione e controllo delle ICA

Eventi formativi specifici inoltre sono stati dedicati alla prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 nelle strutture residenziali sociosanitarie.

Negli anni si è provveduto ad una riedizione dei corsi, con i necessari aggiornamenti, resi indispensabili dalla rapida evoluzione delle conoscenze scientifiche indotta dal contrasto all'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 ed allo sviluppo delle strategie vaccinali.

In particolare nell'anno 2024 la formazione in tema di prevenzione delle ICA è stata integrata con un focus sulla prevenzione e gestione dei casi di scabbia nelle comunità.

Nei programmi di formazione è stato sottolineato l'approccio secondo "i cinque momenti dell'igiene delle mani" nonché l'importanza della prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione"

### Obiettivi anno 2025 ambito b)

Prosecuzione formazione del personale		R
Obiettivo	a) consolidare le conoscenze degli operatori sulle ICA b) prevenzione delle ICA c) accesso a corsi e materiale formativo	
Azione	a) riedizione di corsi di formazione aggiornati b) adozione di un Piano per la prevenzione della Legionellosi c) rendere disponibile il Piano Locale per l'Igiene delle mani	Amm R.M. Mr Da
Indicatori	a) partecipazione degli operatori alla formazione in misura non inferiore all'80% b) distribuzione di brochure su igiene delle mani	

Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile; R.M.= Risk Manager

### c) ambito del monitoraggio e feedback

E' stato accertato che il monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico assistenziale, mediante l'osservazione diretta, rappresenta lo strumento principale per la verifica dell'adesione degli operatori alle indicazioni del presente Piano.

Si è consapevoli, peraltro, che tale attività richiede un discreto impegno di risorse in termini di tempo-uomo, tanto da dover integrare, talvolta, i contingenti di personale impiegato nei turni di servizio, per poter espletare la funzione di osservazione.

Si deve infatti garantire, da una parte, l'espletamento delle correnti attività assistenziali nei confronti degli ospiti delle strutture, in larga misura parzialmente non autosufficienti, dall'altro un equilibrato rapporto tra costi di esercizio e remunerazione delle attività riconosciuta per il livello assistenziale corrispondente.

Pertanto, fatta questa doverosa precisazione, l'organizzazione delle attività di monitoraggio potrà essere implementata assicurando la sostituzione degli operatori che erano stati specificamente formati per tale attività e che sono cessati dal servizio per passaggio ad altre Istituzioni.

Le attività di monitoraggio potranno avvalersi anche del consumo di soluzioni idroalcoliche e di sapone all'interno della struttura, della adesione degli operatori ai cinque momenti per l'igiene delle mani, della partecipazione alle attività formative.

#### Obiettivi anno 2025 ambito c)

<b>monitoraggio e feedback</b>		<b>R</b>
Obiettivo	a) verificare il livello di compliance alla pratica dell'igiene delle mani b) assicurare competenze specifiche per il monitoraggio c) registrare e riportare i risultati del monitoraggio agli operatori	
Azione	a) rispettare il calendario delle attività di osservazione b) identificare ulteriori operatori in qualità di osservatori c) restituire i risultati della valutazione agli operatori	Da Mr Amm R.M.
Indicatori	a) ampliamento formazione rete degli osservatori b) quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza	

Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile; R.M.= Risk Manager

#### **d) ambito della comunicazione permanente**

L'importanza dell'igiene delle mani e le procedure appropriate per la sua esecuzione è stata costantemente ribadita agli operatori sanitari mediante locandine e brochure; tali strumenti sono stati utili anche per informare i pazienti e i visitatori della RSA.

Al riguardo si conferma che la Società BELGECA s.r.l. ha aderito, con proprie iniziative, alla celebrazione della Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani, promossa dall'OMS per il 5 maggio di ogni anno.

Materiale informativo è disponibile all'interno della struttura e ne è stata curata l'affissione nei punti di assistenza, parimenti viene effettuata la distribuzione di brochure agli operatori, agli assistiti, ed ai familiari.

#### **Obiettivi anno 2025 ambito d)**

<b>comunicazione permanente</b>		<b>R</b>
Obiettivo	a) promuovere l'igiene delle mani attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster b) rendere disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani	
Azione	a) progettare, realizzare ed esporre poster in prossimità di ogni lavandino e di ogni punto fisso di soluzione alcolica b) distribuire brochure agli operatori, agli assistiti, ai familiari, ai visitatori	Mr Da R.M. Amm.
Indicatori	a) presenza di una o più procedure o istruzioni operative che specifichino le modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.	

*Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile; R.M.= Risk Manager*

#### **e) ambito del clima organizzativo e commitment**

L'Amministrazione ha costituito un Team di operatori a cui ha affidato la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani mediante osservazione diretta.

Peraltro alcuni degli operatori formati per la corretta pratica dell'osservazione sono cessati dal servizio e dovranno essere sostituiti.



## Obiettivi anno 2025 ambito e)

clima organizzativo e committment		R
Obiettivo	a) implementare il Team per la promozione della pratica di igiene delle mani b) coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani	
Azione	a) Stabilire riunioni regolari del Team per avere un feedback e rivedere, se necessario, il piano d'azione b) Avviare attività di sostegno per i pazienti mediante opuscoli informativi sull'igiene delle mani	Amm Da Mr R.M.
Indicatori	a) numero di osservazioni effettuate b) risultato delle osservazioni	

*Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile; R.M.= Risk Manager*

## MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano viene archiviato in formato digitale su server aziendale ed una copia cartacea verrà resa disponibile presso le medicherie di reparto.

I contenuti del presente documento saranno condivisi con il personale della Struttura in formato digitale mediante pubblicazione nell'area riservata del Sito internet istituzionale che consente di tracciare gli accessi e di richiedere la conferma di presa visione da parte dell'operatore;

Nell'area riservata del Sito sono inoltre pubblicate tutte le procedure, le istruzioni operative adottate e i corsi di formazione organizzati.

La diffusione del documento tra gli operatori avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati nell'ambito del piano formativo aziendale.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 "Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019:

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 ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali” - Versione del 24 agosto 2020.
- Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 - Infezioni correlate all’assistenza (ICA) -
- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26\_02\_2021 - "Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"
- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G16501 del 28/11/2022 –“ Documento di indirizzo per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)”.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- Rapporto Istituto Superiore di Sanità’ “Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza svolta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019: risultati per l’Italia”
- Silvio Brusaferrò - Istituto Superiore di Sanità – “L’igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019
- Dott.ssa Maria Francesca Furmenti, Prof.ssa Carla M. Zotti - Università di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubbliche e Pediatriche “L’igiene delle mani nel nostro Paese: i dati del PPS” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019
- Stefano Bargellesi - Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitativa Unità Gravi Cerebrolesioni e Mielolesioni - Ospedale di Treviso - “Il controllo delle ICA e MDR: la specificità dei setting riabilitativi ed assistenziali”- Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019.



**Allegato B)**

**Bel.Ge.Ca. S.r.l.**

Unità Operativa

Via dei Villini n.17

00072 Ariccia (RM)

## PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Stato delle revisioni e descrizione delle modifiche

Rev.	Data	Descrizione della modifica
01	08/06/2019	Prima emissione – Implementazione del sistema di gestione per la qualità
02	02/02/2025	Revisione per integrazione dei requisiti del D.G.R. 460/2024



## INDICE

1.	INTRODUZIONE .....	3
2.	SCOPO .....	4
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	4
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 .....	9
6.3.	VALUTAZIONE DEL RISCHIO .....	9
7.	INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO CLINICO ASSISTENZIALE .....	10
8.	GESTIONE DEI CASI DI LEGIONELLA .....	11
8.1.	INTERVENTI TECNICI .....	11
8.2.	INTERVENTI CLINICO ASSISTENZIALI .....	13
9.	INDICATORI DI PRESTAZIONE .....	14
10.	DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO .....	14
11.	AGGIORNAMENTO DOCUMENTO .....	14
12.	NORMATIVA DI RIFERIMENTO .....	14
13.	ALLEGATI .....	15

## 1. INTRODUZIONE

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).

Da un punto di vista epidemiologico e clinico vengono definite come "Legionellosi" tutte le forme morbose causate da batteri gram-negativi aerobi del genere Legionella che possono manifestarsi sia in forma di polmonite, sia in forma febbrile extra polmonare 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.

Il 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. Focolai epidemici si sono 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 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 antigeni di legionella su urine.

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.

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.

Il presente documento recepisce le linee di indirizzo Regionali in misura compatibile con l'organizzazione e le figure professionali presenti nelle Strutture gestite dalla Soc. Bel.Ge.Ca., nel complesso sanitario di via dei Villini n 17 di Ariccia, costituite dalla RSA Mater Dei, e dai Centri di Riabilitazione territoriale "Ars Sana" che eroga prestazioni assistenziali in regime non residenziale,



ambulatoriale e domiciliare ed “Ars Sana 2” che eroga prestazioni di riabilitazione per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale in regime ambulatoriale e domiciliare

### **Gruppo di lavoro**

Rappresentante della Direzione Sanitaria: Dott. Luigi Casella

Risk Manager: Dott. Vittorio Amedeo Cicogna

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

**Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI):** Luigi Iacoangeli (Jaco Impianti)

## **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 della Bel.Ge.Ca.

## **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il presente “programma di controllo della legionellosi” si applica alle strutture della Bel.Ge.Ca. ubicate presso il sito di via dei Villini, Ariccia:

- RSA Mater Dei;
- ARS Sana;
- ARS Sana 2.

## **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 mielogeno 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. **aumentato** 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

<b>Aerosol</b>	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 <i>Legionella</i> ed essere inalate in profondità nei polmoni.
<b>Biocida o disinfettante</b>	sostanza capace di distruggere o inattivare irreversibilmente (in relazione alla concentrazione utilizzata ed al tempo di contatto) i microrganismi, riducendo il loro numero.
<b>Biofilm</b>	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.
<b>Caso accertato</b>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• isolamento di <i>Legionella</i> da materiale organico (secrezioni respiratorie, broncolavaggio, tessuto polmonare, essudato pleurico, essudato pericardico, sangue) o da un sito normalmente sterile;</li><li>• riconoscimento dell'antigene specifico solubile nelle urine;</li></ul> <p>aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico verso <i>L. pneumophila</i> sg 1, rilevato sierologicamente tra due sieri prelevati a distanza di almeno 10 giorni.</p>
<b>Caso probabile</b>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• positività all'immunofluorescenza diretta utilizzando reagenti a base di anticorpi monoclonali o policlonali di materiale patologico;</li><li>• aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico, relativo a sierogruppi o specie diverse da <i>L. pneumophila</i> sg1;</li></ul> <p>singolo titolo anticorpale elevato (&gt;1:256) verso <i>L. pneumophila</i> sg1. Focolaio epidemico Qualora due o più casi siano riscontrati come riconducibili ad una medesima esposizione nell'arco di sei mesi.</p>
<b>Grado di Criticità Strumenti/Dispositivi</b>	<p>in base alla possibilità che divengano veicoli di trasmissione di malattie infettive sono individuati quelli:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>non critici</u>: che vengono in contatto superficiale con la cute o mucose (ad esempio termometri, fonendoscopi). Per questi è necessaria una disinfezione a basso/medio livello</li><li>• <u>semi critici</u>: 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.</li></ul>





- 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).
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).
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.

## 6. MODALITA' OPERATIVE

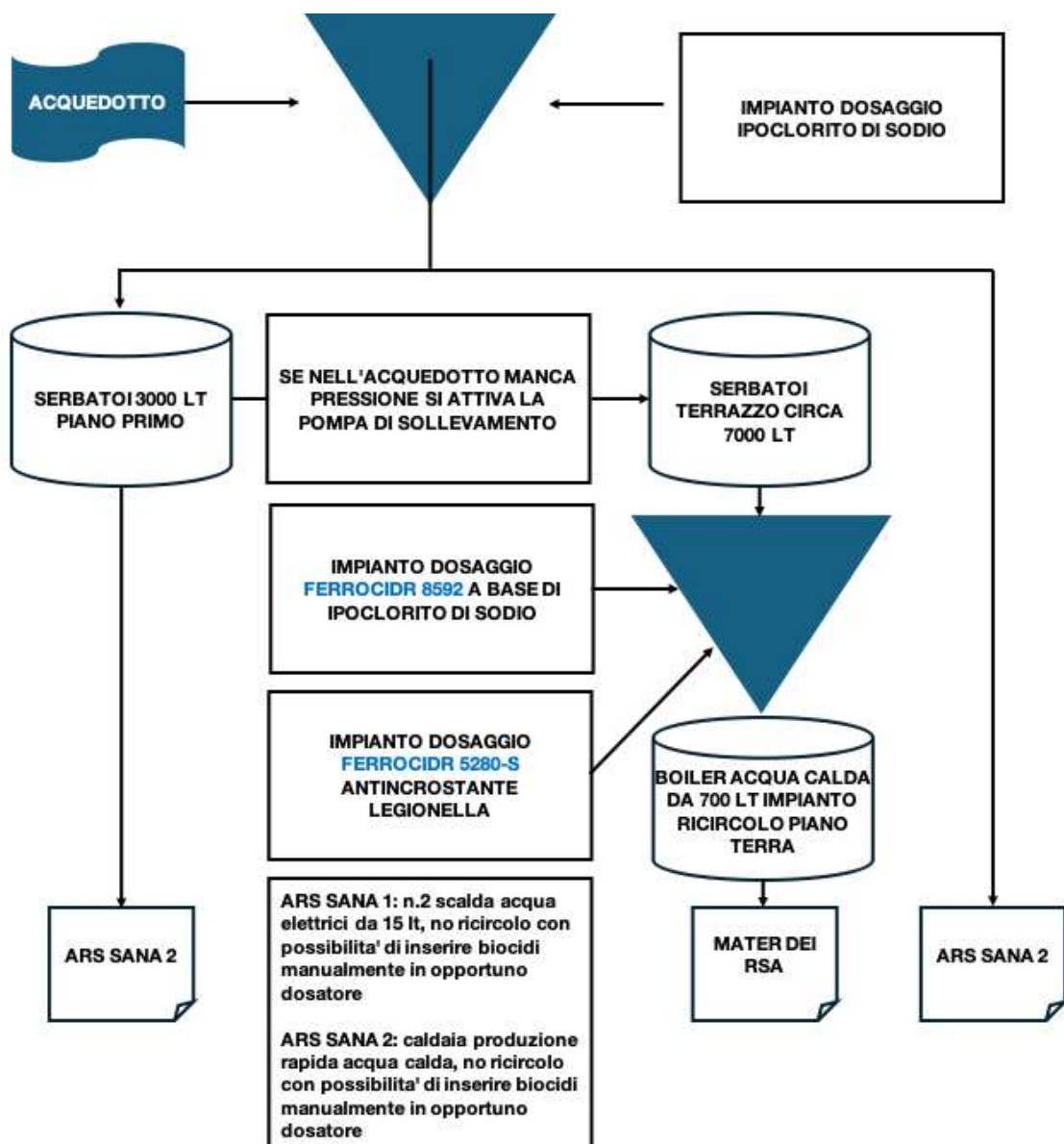
### 6.1. MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI SANITARI

Impianto idrico sanitario - La produzione di acqua calda sanitaria avviene tramite un impianto per la produzione di calore alimentata a combustibile gas. 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 di via dei Villini è presente un impianto di clorazione costituito come di seguito descritto:

- Impianto di dosaggio cloro a monte della struttura  
Le apparecchiature sono state installate a monte di tutti i servizi in prossimità dell'entrata dell'acquedotto nella struttura e della centrale termica.
- Impianto di dosaggio biocida specifico per la legionella e un prodotto destinato alla protezione della tubazione e degli impianti ad esso collegati ed evitare la degenerazione di tutte le parti dell'impianto  
Le apparecchiature sono installate nel locale tecnico di produzione dell'acqua calda sanitaria

**Schema dell'impianto di clorazione**





<b>Attività</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Frequenza</b>
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).	Trimestrale
Rubineria	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).	Trimestrale
Bollitori	La disincrostazione e la disinfezione con prodotti appropriati. Svuotamento e disinfezione (e ove necessario anche disincrostazione) dei bollitori/serbatoi di accumulo dell'acqua calda sanitaria almeno due volte all'anno e ripristinarne il funzionamento dopo accurato lavaggio.	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 periodicamente, con frequenza trimestrale, 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 microorganismo > 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 con periodicità annuale. Inoltre, deve essere ripetuta 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 (Mater Dei)	MEDIO
Ambulatori di riabilitazione (ARS Sana)	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	
AMBIENTI CON SOGGETTI A 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).
AMBIENTI CON SOGGETTI A RISCHIO INFETTIVO MEDIO	la concentrazione di Legionella non dovrebbe superare 100 UFC/L.
AMBIENTI CON SOGGETTI A 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 Medico Responsabile, con l'eventuale collaborazione del Risk Manager e del RSPP, 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]

<b>Legionella (UFC/L)</b>	<b>Intervento richiesto</b>
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. INDICATORI DI PRESTAZIONE

KPI	FREQUENZA RILEVAZIONE	Fonte
n. casi legionellosi nosocomiale/anno.	Annuale	Scheda di Segnalazione
n. di campionamenti/anno	Trimestrale	Rapporti di campionamento

## 9. 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.

## 10. 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.

## 11. 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”;

## 12. ALLEGATI

Allegato 1: SCHEDA DI NOTIFICA MALATTIA INFETTIVA

Allegato 2: SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

Allegato 3: QUESTIONARIO PER L'INDAGINE DI FOCOLAI EPIDEMICI



ALLEGATO n 1

MOD. MI/BASE

## SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

Caso di.....	Criterio diagnostico	Es. clinico <input type="checkbox"/>	Es. diretto <input type="checkbox"/>		Es. colturale <input type="checkbox"/>	Es. sierologico <input type="checkbox"/>
<b>A</b>						
COGNOME.....		NOME.....				
NASCITA.....	comune	prov. <input type="checkbox"/>	giorno <input type="checkbox"/>	mese <input type="checkbox"/>	anno <input type="checkbox"/>	sesso <input type="checkbox"/>
NAZIONALITÀ.....						
STATO CIVILE.....		TITOLO DI STUDIO.....		PROFESSIONE.....		
RESIDENZA.....	indirizzo	prov. <input type="checkbox"/>	TEL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USL <input type="checkbox"/>
COMUNITÀ FREQUENTATA.....	indirizzo	prov. <input type="checkbox"/>	TEL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USL <input type="checkbox"/>
<b>B</b>						
DATA INIZIO SINTOMI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VACCINATO IN PRECEDENZA		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	giorno	mese	anno			anno
RICOVERATO PRESSO.....	ospedale reparto		il	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				giorno	mese	anno
<b>C</b>						
FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI, RILEVANTI.....						
Medico notificante (firma e timbro)			Recapito.....			
			Telefono <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
OLTRE coop. soc.			Data di notifica <input type="checkbox"/>			
			giorno <input type="checkbox"/>			
			mese <input type="checkbox"/>			
			anno <input type="checkbox"/>			
			USL <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			



ALLEGATO n 2

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	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
Ospedale Notificante _____			
Cognome Nome del paziente _____			
Data di nascita	<input type="text"/>	Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Indirizzo di residenza _____			
Data Insorgenza sintomi	<input type="text"/>	Data Ricovero Ospedaliero	<input type="text"/>
Data Dimissione	<input type="text"/>	Esito: Miglioramento/Guarigione	<input type="checkbox"/>
		Decesso	<input type="checkbox"/>
		Non noto	<input type="checkbox"/>

**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 \_\_\_\_\_



Segue Allegato n 2

**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	[ ] [ ] [ ] [ ]



### ALLEGATO n 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 si, 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 si, quante volte? \_\_\_\_\_

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

Se si, 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 si, 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 si, dove \_\_\_\_\_ quando \_\_\_\_\_

Utilizza un umidificatore domestico Si  No

Se si, di che tipo

Vapore caldo  Vapore freddo  Ultrasuoni  Sistema centralizzato

Ha un impianto di aria condizionata: Si  No

Se si, 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



Segue Allegato n 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 si, che fabbrica è: \_\_\_\_\_

Ci sono torri di raffreddamento vicino a casa sua:

Si  No  Non so

Se si, 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 si, 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 si, 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 si, dove e quando : \_\_\_\_\_

Altri commenti: \_\_\_\_\_

Isti

“Lazzaro Spallanzani” I.R.C.C.S.

Dirigente F. Vairo