

**Al Dipartimento di Prevenzione ASP di Enna
Direttore U.O.C. Igiene degli Ambienti di Vita e Sanità Pubblica
per il tramite del referente di Igiene Pubblica
del Comune di _____**

Il sottoscritto _____

titolare dello studio odontoiatrico (indicare eventuale denominazione e ubicazione)

dichiara, ai sensi del Decreto Assessorato della Salute Regione Sicilia del 05/08/2015 recante il recepimento delle Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi, di aver attuato tutte le procedure previste alla sezione “*Settore odontoiatrico*” del suddetto decreto, al fine di minimizzare i rischi legati alla legionellosi.

A tale fine dichiara di aver effettuato quanto segue:

- Eliminato dal circuito idrico dello studio tratti privi di flusso dove possa ristagnare acqua;
- Messo in atto procedure in grado di far circolare l’acqua quando il riunito è inutilizzato per più di tre giorni per evitare ristagno;
- Alimentato il circuito con soluzioni sterile, dopo averlo isolato dalla rete idrica, durante le procedure chirurgiche ritenute particolarmente invasive;
- Attuato le pratiche di disinfestazione delle attrezzature secondo le indicazioni previste dalle ditte costruttrici.

Al fine di ridurre l’esposizione del paziente e degli operatori da aerosol si provvederà:

- Ad inizio della giornata lavorativa, attuare il flussaggio dell’acqua per un periodo minimo di 2 minuti da ciascuno degli strumenti operativi. Determinare per lo stesso periodo di tempo lo scorrimento dell’acqua dal gruppo idrico (bacinella e erogatore dell’acqua per il bicchiere)
- Al termine del trattamento di ogni paziente effettuare il flussaggio dell’acqua dagli strumenti del riunito per un periodo di almeno 40 secondi
- Disporre l’uso di dispositivi di protezione individuali per il personale medico e gli assistenti
- Acquisire preliminarmente all’inizio delle cure, informazioni sulla salute del paziente

Si dichiara che è stato aggiornato il DVR per il rischio di legionellosi ed istituito il registro degli interventi effettuati.

Luogo e data _____

Firma
