

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

Rev.	Data	Descrizione della modifica		
0	02/02/23			
1	02/02/24			
2	18/02/25			
3	26/02/26			
4				
Redatto da: Commissione Rischio Clinico		Verificato da : D.L.		Approvato da: Direzione Sanitaria

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 1 di 73
--	-----------------------------------	---	-----------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

PREMESSA

B.0 L'AMBITO DI APPLICAZIONE E TERRITORIALE

B.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

B 1.2 ORGANIGRAMMA

B 2 DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI E RISARCIMENTI EROGATI

B 3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

B 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

B5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

B 6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

B7. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

ELENCO RACCOMANDAZIONI

ALL.1 PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ALL.2 PIANO SULLE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

ALL.3 PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI PROCEDURE DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLA

PIANO DI SICUREZZA DELL'ACQUA

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 2 di 73
--	-----------------------------------	---	-----------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

PREMESSA

La gestione del rischio clinico ha assunto da anni progressiva importanza in tutte le strutture sanitarie poiché rappresenta uno strumento fondamentale per garantire il continuo miglioramento della qualità assistenziale.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la sicurezza del paziente e la qualità dell’assistenza obiettivi prioritari da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgano l’organizzazione sanitaria, gli operatori sanitari e i pazienti.

Dalla pubblicazione del report “To err is human” ad oggi sono stati fatti dei notevoli passi in avanti sulla comprensione dell’importanza della misura del fenomeno e dei sistemi preventivi da mettere in atto per la riduzione del rischio.

Nell’ambito delle attività avviate dal Ministero della Salute in tema di Qualità dei servizi sanitari, sono stati istituiti presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli essenziali di assistenza e dei Principi etici di sistema:

- ▣ la Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003)
- ▣ il Gruppo di Lavoro per il Rischio Clinico (D.D. 14 maggio 2005)
- ▣ il Gruppo di lavoro per la Sicurezza dei Pazienti (D.D. 20 febbraio 2006)
- ▣ il “Centro di riferimento nazionale sulla sicurezza dei pazienti” (dicembre 2006)
- ▣ il “Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità” (SIMES).

Questi gruppi di lavoro tecnici hanno prodotto un considerevole numero di attività volte alla formazione e coinvolgimento di operatori sanitari e utenti, alla produzione di Raccomandazioni per prevenire il verificarsi di eventi avversi nonché sono stati promotori della approvazione di una nuova legge per la responsabilità professionale e per l’assicurazione obbligatoria di Asl e Ospedali.

Nel corso dell’anno 2017 ha visto la luce un importante provvedimento legislativo che ha introdotto importanti innovazioni in materia di Sicurezza delle Cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie:

La 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”, pubblicata sulla G.U n 64 del 17/03/2017 ed entrata in vigore il 1/04/2017.

L’ articolo 1 della suddetta legge cita:

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

L'obiettivo della legge n 24 è quello di rispondere principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica.

Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 3 di 73
--	-----------------------------------	---	-----------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

Infine, del tutto recentemente, presso l'Area della Rete Ospedaliera e Risk Management della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio è stato istituito con la determinazione n. 16829 del 6 dicembre 2017, ai sensi della legge 24/2017, il “Centro Regionale per il Rischio Clinico” (CRRC).

Il CRRC ha prodotto una revisione delle Linee Guida per l'adozione del PARM da parte delle Aziende Sanitarie, recepita nella determinazione G00164 del 11/01/2019 "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) " ai sensi della legge 24/17, fornendo alcune indicazioni relative ai contenuti del Piano stesso, al fine di ottemperare agli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017 in relazione alla pubblicazione degli eventi occorsi nell'ultimo triennio (art. 2, comma 5) ed alla sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, comma 3).

A partire dal 2014 la Regione Lazio ha costituito una rete così articolata:

☐ **Comitato tecnico di coordinamento rischio clinico:** costituito da professionisti delle aziende territoriali, di quelle ospedaliere, dei policlinici universitari e delle professioni sanitarie. Il Comitato ha il compito di fornire alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali un supporto tecnico nella definizione e pianificazione delle linee di indirizzo regionali relative alla sicurezza delle cure.

☐ **Tavolo permanente dei risk manager** che, periodicamente, riunisce i *risk manager* e i rappresentanti delle professioni sanitarie che operano nelle articolazioni organizzative che si occupano della gestione del rischio clinico. Le riunioni del Tavolo permanente rappresentano un fondamentale momento di condivisione, di confronto e di scambio di idee e competenze fra le diverse, ed eterogenee, realtà regionali.

In quest'ottica emerge la necessità di istituire un sistema atto a rilevazioni delle segnalazioni del rischio clinico, il tutto finalizzato a garantire la minimalizzazione dei rischi a favore dei pazienti, dei familiari e degli operatori. Il piano annuale di risk management (PARM), elaborato nel rispetto delle Linee Guida regionali, rappresenta pertanto lo strumento per promuovere e realizzare, in sostanza, la politica aziendale in materia di prevenzione dei rischi, per la sicurezza delle cure.

Attraverso l'analisi degli eventi occorsi nella organizzazione nel corso degli anni precedenti, che oramai costituiscono un importante fonte di informazione, e sulla scorta delle evidenze descritte in letteratura, è possibile individuare le azioni e gli interventi da porre in essere ai fini del contenimento della rischiosità insita nelle attività svolte nelle strutture aziendali.

Il PARM è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

Tale piano si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio.

Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza delle cure, della qualità assistenziale e la conoscenza del rischio.

Anche attraverso il PARM, il Risk Manager, fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale, delle prestazioni assistenziali e della qualità.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 4 di 73
--	-----------------------------------	---	-----------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l’elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM.

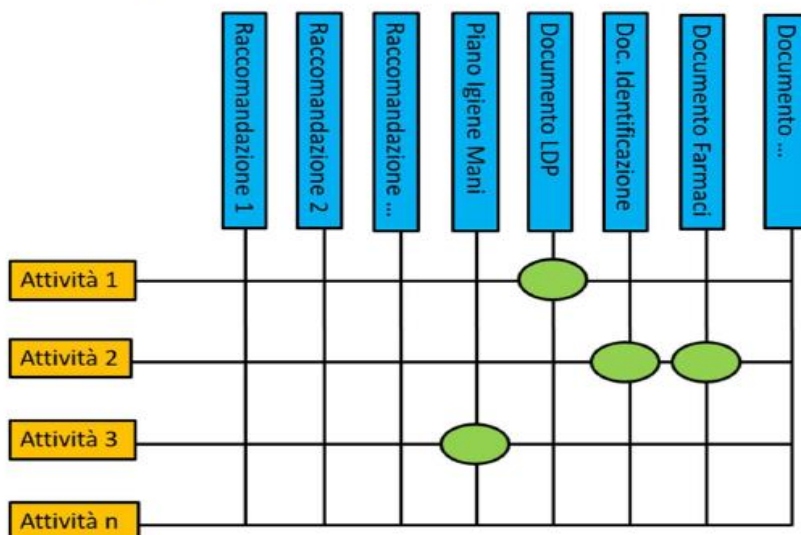
Nel 2022 con la Determinazione G00643 viene approvato il “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) che integra in un unico documento il PARM ed il PAICA.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO

La metodologia di mappatura del rischio con cui costruire una matrice da cui derivare un sistema procedurale minimo che sia in grado di garantire i requisiti di base per la gestione del rischio clinico in coerenza con i requisiti di autorizzazione e accreditamento, i documenti di indirizzo regionale e le Raccomandazioni del Ministero della Salute in materia di sicurezza delle cure è la seguente.

Il punto di avvio della valutazione del rischio prevede l’individuazione delle attività clinico assistenziali poste in essere nella struttura. Alla ricognizione delle attività svolte, segue la costruzione di una matrice a doppia entrata, disponendo i documenti contenenti gli adempimenti richiesti (requisiti di autorizzazione e accreditamento, documenti regionali, raccomandazioni ministeriali, ecc.) lungo l’asse delle ascisse e le attività clinico-assistenziali erogate lungo quello delle ordinate. A questo punto occorre valutare in quali punti queste si intersecano, in tutto o in parte, con gli adempimenti documentali o con le indicazioni contenute in linee guida o buone pratiche utilizzate in contesti organizzativi simili. Questi punti di intersezione rappresentano le evidenze documentali di cui la Struttura deve disporre per dimostrare di governare i potenziali rischi specifici legati all’erogazione delle attività clinico-assistenziali (Figura 1).

Figura 1 – Esempio di mappatura del rischio utilizzando il modello a matrice



In una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) le intersezioni fra le attività clinico-assistenziali di seguito elencate e le raccomandazioni e i documenti regionali, possono essere le seguenti:

1. Valutazione quotidiana generale del paziente, gestione della terapia farmacologica,

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

effettuazione di visite specialistiche interne ed esterne alla Struttura:

- a. Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;
- b. Raccomandazione n. 11 sul malfunzionamento del sistema di trasporto;
- c. Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA;
- d. Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica;
- e. Raccomandazione n. 18 sull’uso di sigle e acronimi;
- f. Raccomandazione n. 19 sulla manipolazione di forme orali solide;
- g. Documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica;
- h. Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.

B.0 L’AMBITO DI APPLICAZIONE E TERRITORIALE

Sono tenute all’elaborazione del PARS tutte le strutture residenziali pubbliche e private del SSR di seguito elencate:

- a) RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA);
- b) PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI;
- c) STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE;
- d) CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE);
- e) CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E AIDS;
- f) STRUTTURE RESIDENZIALI PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA;
- g) COMUNITÀ
- h) STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI (S.R.T.R. ADOLESCENTI PER TRATTAMENTI COMUNITARI INTENSIVI E PER TRATTAMENTI COMUNITARI ESTENSIVI);
- i) STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

L’ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” struttura privata convenzionata con il SSN. Situata a sud di Roma con un totale di 10 posti letto.

B.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

L’ ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” è una struttura che eroga prestazioni psicosanitarie. Nella Tabella 1 è riportato un *data set* minimo, integrabile secondo le diverse specificità.

Tabella 1 – Esempio di presentazione dei dati di attività

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente			
Posti letto	10	Eventuali divisioni (es- RSA, Hospice, ecc.)	0
			0
			0
DATI DI ATTIVITÀ			
	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 6 di 73

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Giornate di degenza	3650	Prestazioni ambulatoriali	0
Prestazioni domiciliari	0	...	0

Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)

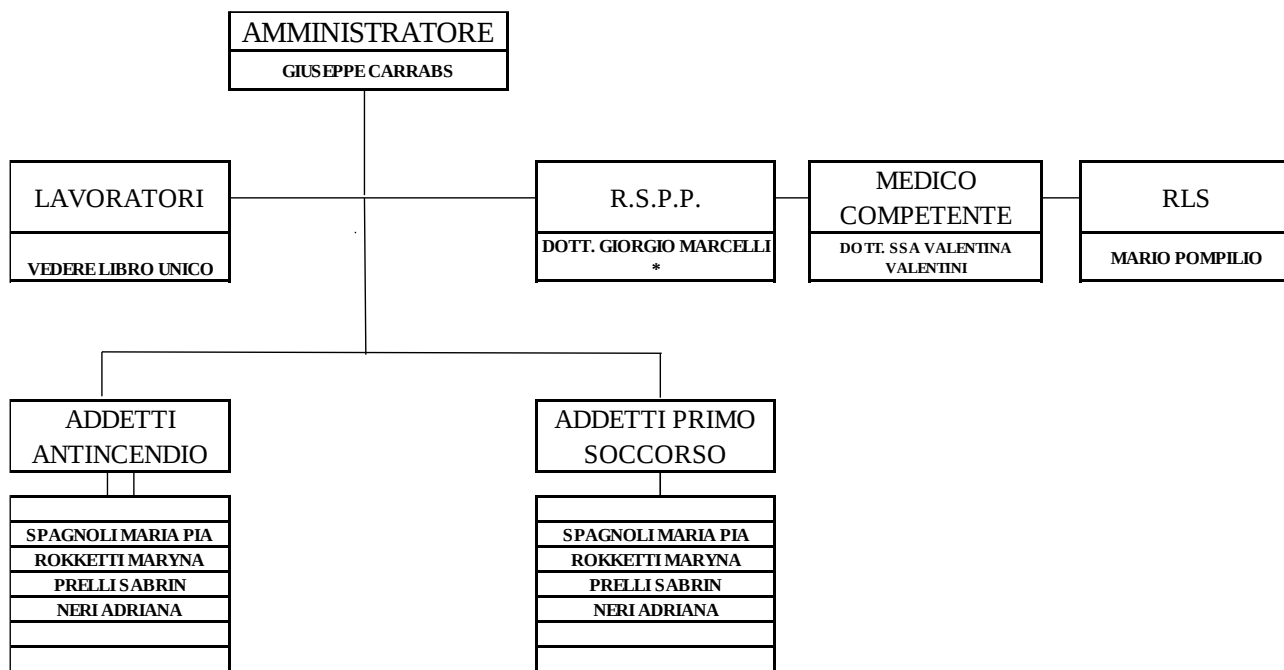
DOCUMENTI ALLEGATI

-  [Linee Guida per la “Corretta gestione di Procedure Assistenziali e Igienico-Sanitarie in Setting di Cura Ospedalieri e Territoriali”](#) (834 Kb)
-  [Manuale Operativo per l’Isolamento di pazienti con patologie contagiose e per le Misure di Controllo dei principali Microrganismi Sentinella](#) (757 Kb)
-  [Raccomandazioni da rispettare nelle strutture Sanitarie e Sociosanitarie per contenere la diffusione della Pandemia Influenzale da Virus A/H1N1v da parte degli Operatori Sanitari](#) (80 Kb)
-  [Norme da rispettare nelle strutture Sanitarie e Sociosanitarie per contenere la diffusione della Pandemia Influenzale da Virus A/H1N1v da parte di Utenti, Familiari e Visitatori](#) (35 Kb)
-  [Protocollo per la Prevenzione delle Infezioni associate all’assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria correlate all’igiene delle mani](#) (333 Kb)
-  [Procedura Lavaggio delle mani semplice/Sociale](#) (37 Kb)
-  [Procedura lavaggio delle mani Antisettico](#) (37 Kb)
-  [Procedura Antisepsi chirurgica della mani](#) (39 Kb)
-  [Procedura Antisepsi alcolica delle mani](#) (36 Kb)
-  [Manifesto Igiene mani](#) (252 Kb)

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

B 1.2 ORGANIGRAMMA

La struttura è organizzata in locali adibiti ad Uffici per la parte amministrativa e Direzione:



* SE IN REGOLA CON I PAGAMENTI

B 2 DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI E RISARCIMENTI EROGATI

La tabella di seguito riportata (Tabella 2), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 20.. (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1	1	Strutturali (1%)	Strutturali (1%)	Sistemi di reporting (%)
Eventi Avversi	0	0			Sinistri (%)
Eventi Sentinella	0	0			Emovigilanza (%)
					Farmacovig. (%)
					Dispositivovig. (%)
					ICA (%)
					ecc.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 8 di 73
--	-----------------------------------	---	-----------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

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

Di seguito riportata (Tabella 3), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
20..			
Totale			

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

B 3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Tabella 4, riporta la posizione assicurativa dell’Associazione

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2024	07/08/2023 AL 07/08/2024	POLIZZA 5021169UW – SARA ASSICURAZIONI	3600,00	no	no
2025	07/08/2024 AL 07/08/2025	POLIZZA 5021169UW – SARA ASSICURAZIONI	3600,00	no	no
2026	07/08/2025 AL 07/08/2026	POLIZZA 5021169UW – SARA ASSICURAZIONI	3600,00	no	no

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

B 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

Ponendo come fine ultimo il miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni, dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione, sono state delineate alcune attività. Sarà possibile analizzare ogni attività seguendo la logica del Ciclo di Deming (PDCA: plan-do-check-act): alla fase di pianificazione (PLAN), il Comitato di Rischio Clinico dovrà garantire l'effettiva applicazione di quanto definito in fase di programmazione (DO) e monitorare in maniera continua la qualità delle Reti, dei processi e degli esiti (CHECK), al fine di apportare azioni di miglioramento e di potenziare la qualità delle cure offerte ai pazienti dell'Associazione (ACT).

Dal 2023 la relazione riguarderà il PARS precedente.

Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti	SI	piano formazione del 2026

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^(B)	Stato di attuazione
Attività 2: Implementazione dell'informatizzazione della struttura	NO	Da riprogrammare

(A): Gli obiettivi regionali non vanno modificati. È possibile eventualmente identificarne di ulteriori.

(B): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	Realizzata^(C)	Stato di attuazione
Attività 3: CORSO VIOLENZA CONTRO OPERATORI	SI	Svolti corsi di formazione su problem solving e comunicazione efficace

Obiettivo D) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.		
Attività	Realizzata^(D)	Stato di attuazione
Attività 4: Partecipazione al tavolo regionale permanente dei Risk Manager.	NO	Partecipazione incontri a distanza

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 10 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

B5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce responsabilità non del tutto sovrapponibili a quelle previste per le strutture che erogano assistenza per l'acuzie e la post-acuzie. Spesso, infatti, la figura del Direttore Sanitario (ove presente) o del Medico Responsabile concentrano sia le responsabilità igienico-sanitarie della struttura che quelle relative alla gestione del rischio. La tabella 6, pertanto, va intesa come semplice esempio, da adattare alle specificità organizzative della singola struttura, purché per ogni attività in essa contenuta, da intendersi come minimo mandatorio, venga individuata una unica figura responsabile.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile Affari Legali/Generali*	Direttore Generale/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	C	-
Adozione PARS	I	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	C	I	C

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

*Se presente

B 6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

B 6.1 OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NON INFETTIVO

OBIETTIVI

Di seguito sono riportati gli obiettivi strategici regionali e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio NON infettivo:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo dell'Ospite, ma anche degli operatori e delle Strutture.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 11 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NON INFETTIVO

In coerenza con quanto previsto dalle LL.GG. regionali per la redazione del PARS sono state individuate per l'anno 2025 le seguenti attività di gestione del rischio sanitario NON infettivo, declinate all'interno dei tre obiettivi strategici:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

1. Corso base “Gestione del rischio clinico” per gli operatori non formati precedentemente e i neoassunti

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.

1. Almeno un audit clinico per area funzionale

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

1. Certificazione sistemi qualità salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSSL)

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

1. Corso base “Monitoraggio ICA” per tutti gli operatori.

Tabella 7 – Esempio di declinazione di un'attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31 dicembre 2026		
STANDARD SI - attestato di partecipazione		
FONTE Risk Manager - Ufficio Formazione e RAQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

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 2 - Organizzazione audit clinici			
INDICATORE Almeno un audit clinico all'anno			
STANDARD SI - presenza di almeno un audit			
FONTE Risk Manager - RAQ			
	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 12 di 73

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Organizzazione audit	R	C
Effettuazione audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
ATTIVITÀ 3 - Certificazione ISO 45001		
INDICATORE Implementazione SGS ISO 45001 entro il 30-12-2026		
STANDARD SI - Presenza del certificato		
FONTE Risk Manager - RAQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Domanda certificazione	C	C
Preparazione documentazione	C	R
Svolgimento audit certificazione	C	R

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

OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).		
ATTIVITÀ 4 - Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31-12-2026		
INDICATORE Implementazione SGS ISO 45001 entro il 30-12-2026		
STANDARD SI - Presenza attestato		
FONTE Risk Manager - Ufficio Formazione e RAQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

OBIETTIVO E): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
ATTIVITÀ 5 - Elaborazione del piano aziendale sull'Igiene delle Mani		
INDICATORE Elaborazione del piano 2026 e analisi dei risultati dell'autovalutazione		
STANDARD SI - Piano		
FONTE Risk Manager - Ufficio Formazione e RAQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 13 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Azione	Risk manager	UO Formazione
Programmazione dell'indagine	R	I
Compilazione delle schede di rilevazione	I	R
Elaborazione dei dati	R	C

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

B7. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS approvato dalla Direzione Generale avrà le seguenti modalità di diffusione:

1. Invio a mezzo e-mail ai Responsabili / Servizi;
2. Diffusione a cascata all'interno dei Reparti/Servizi;
3. Pubblicazione sulla Intranet Aziendale;
4. Pubblicazione sul sito Internet Aziendale.

Il PARS sarà inoltre inviato a mezzo e-mail (crcc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2026 al Centro Rischio Clinico della Regione Lazio, come previsto dalla determina regionale G00643 del 25/01/2022 e dalla comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U.0098868.01-02-2022.

8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante *“Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”*;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità*;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante *“Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”*;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante *“Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”*;
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante *“Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”*;

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 14 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA "INSIEME" VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante *"Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella'";*
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante *"Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";*
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";*
12. Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 *"Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012"*.
13. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante *"Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";*
14. Determinazione regionale n. G05584 del 27 aprile 2018 recante: *"Approvazione del Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"*.
15. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: *"Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico"*.
16. Determinazione regionale n. G00163 del 11-01-2019 recante: *"Approvazione ed adozione del documento recante le 'Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)'"*.
17. Determinazione regionale n. G00164 del 11-01-2019 recante: *"Approvazione ed adozione del documento recante le 'Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)'"*.
18. Comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U0063179 del 23-01-2020 recante: *"Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020"*.
19. Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante: *"Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"*.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

RACCOMANDAZIONI

Numero	Titolo	Data	Allegati
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Novembre 2019	-
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018	-
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014	-
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014	-
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	All.1 alla raccomandazione 15 (doc, 30 Kb) All.2 alla raccomandazione 15 (doc, 180 Kb)
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici In fase di aggiornamento	Novembre 2012	-
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011	All.1 alla raccomandazione 13 (doc, 176 Kb)
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike” /In fase di aggiornamento)	Agosto 2010	All.1 alla raccomandazione 12 (pdf, 88 Kb)
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010	All.1 alla raccomandazione 11 (doc, 178 Kb)
10	Prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009	All.1 alla raccomandazione 10 (doc, 180 Kb)
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (In fase di aggiornamento)	Aprile 2009	All.1 alla raccomandazione 9 (doc, 100 Kb)
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007	All.1 alla raccomandazione 8 (doc, 100 Kb)

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 16 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

RACCOMANDAZIONI			
Numero	Titolo	Data	Allegati
	(In corso di aggiornamento)		
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (In fase di aggiornamento)	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb) All.2 alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb) All.3 alla raccomandazione 7 (pdf, 80 Kb)
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb) All.2 alla raccomandazione 6 (doc, 175 Kb)
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Gennaio 2020 (prima edizione Marzo 2008)	
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008	All. 1 alla raccomandazione 4 (doc, 175 Kb)
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 Kb) All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 60 Kb) All.3 alla raccomandazione 3 (doc, 160 Kb)
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Marzo 2008	All.1 alla raccomandazione 2 (doc, 165 Kb)
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (In fase di aggiornamento)	Marzo 2008	-

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

All.1

IL PIANO DI INTERVENTO LOCALE

SULL'IGIENE DELLE MANI

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Il Piano di intervento locale sull'igiene delle mani per il 2025, è stato programmato partendo dalle indicazioni contenute nel documento Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell'OMS, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Relativamente alla sincronicità che deve essere garantita per un efficace governo del rischio infettivo, le cinque sezioni sono:

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI TECNOLOGICI

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Per l'anno 2025, per quanto attiene alla Sezione A, la struttura mantiene livello avanzato. Per quanto attiene dunque, alle indicazioni operative da mantenere entro il 31/12/2026, la struttura si propone i seguenti obiettivi:

- Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso.
- Prodotti per l'igiene delle mani: mantenere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza.
- Monitoraggio delle ICA sottese da Microrganismi allerta cadenza annuale e monitoraggio del consumo di Gel idroalcolico a cadenza semestrale, con interventi di audit nei reparti con consumo a sotto della media ospedaliera per mantenere l'attuale livello

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 19 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA "INSIEME" VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Sezione A - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile CCICA	Coordinatori	
Valutazione tollerabilità prodotti a base idroalcolica	R	C	R	C	-
Approvvigionamento dei dispenser	C	C	R	C	-
Monitoraggio ICA e consumo del Gel idroalcolico	C	R	C	C	-

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

Per il 2025 la struttura, per quanto attiene alla sezione B, si conferma al livello Base.

Le indicazioni operative da implementare per il raggiungimento degli obiettivi previsti entro il 31/12/2026 per questa sezione riguarda l'obiettivo della formazione è confermato nelle seguenti azioni:

- Continuare a monitorare e promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari.
- Diffondere messaggi chiari e non aperti all'interpretazione personale che consentono di ottenere cambiamenti permanenti sia individuali che nella cultura organizzativa della QUALITA e della SICUREZZA delle cure, garantendo che le competenze siano radicate e conservate in tutto il personale.
- Pianificazione: La Direzione della struttura nomina, le figure del Formatore e dell'Osservatore con le funzioni specifiche dettate dal Piano di Intervento Regionale;
- Esecuzione: Attuazione di un programma di formazione individuale, per Formatori, Osservatori e Personale Sanitario, entro il 31/12/2026.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 20 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Sezione B - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile CCICA	Coordinatori	
Nomina osservatori	R	C	C	C	-
Piano di formazione	C	C	R	C	-
Progettazione corsi di formazione	C	R	C	C	-

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

La struttura, per quanto attiene alla sezione C, per il 2025 conferma il livello Intermedio.

Si procede dunque a formulare le indicazioni operative al 31/12/2026, con gli obiettivi che la struttura si propone di implementare le azioni di questa sezione:

- Valutazione regolare: L'Osservatore nominato si impegna ad effettuare l'attività di osservazione della struttura con cadenza semestrale.

Gli acquisti, come indicatore di risultato continuerà a fornire a cadenza semestrale il report sul consumo di GEL idroalcolico e di sapone disinfettante;

- Il CCICA si impegna altresì ad implementare l'attività di auditing e retraining per i setting assistenziali che si collocano al di sotto degli standard sugli indicatori prefissati;

- Obiettivi: La Struttura si propone un aumento annuale di Compliance all'Igiene delle mani, registrata con la Scheda di osservazione contenuta in questo piano d'azione, del 10% entro il 31/12/2026.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 21 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Sezione C - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile CCICA	Coordinatori	Osservatori
Audit periodico al piano	R	C	R	C	R
Analisi e diffusione dati	C	R	R	C	C
Implementamento degli indicatori	C	R	C	C	R

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

Per l'anno 2025, la struttura, per quanto attiene alla sezione D mantiene il livello intermedio.

Si procede dunque a formulare le indicazioni operative al 31/12/2026, con gli obiettivi che l'Associazione si propone per confermare le azioni di questa sezione:

- Risorse: Il CCICA aderisce anche per l'anno 2025 alla promozione della Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani del 5 maggio, promuovendone gli scopi, e soprattutto i risultati ottenuti dai singoli reparti, tramite appositi poster contenenti informazioni riguardanti gli indicatori di risultato. Si implementa in tal modo la competizione tra i diversi reparti tramite un rinforzo di tipo positivo;
- Consegna dei messaggi: la struttura continuerà a promuovere con apposita cartellonistica l'utilizzo del Gel idroalcolico e le Istruzioni operative per il lavaggio delle mani in ogni ambiente deputato all'assistenza.

Sezione D - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile CCICA	Coordinatori	Osservatori
		Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 22 di 73	

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Promozione della giornata mondiale dell'igiene delle mani	R	C	R	C	R
Distribuzione materiale informativo	C	R	R	C	C

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

Per l'anno 2025, la struttura, per quanto attiene alla sezione E, mantiene il livello Intermedio.

Si procede dunque a formulare le indicazioni operative al 31/12/2026, con le azioni che l'Associazione si propone per implementare questa sezione:

- Approccio multimodale: proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti;
- Comunicazione: oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti dai diversi reparti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (social media, siti web, cartellonistica);
- Coinvolgimento dei pazienti: mantenere la diffusione di materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori da distribuire a partire dalla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani per tutto l'anno.

Sezione E - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile CCICA	Coordinatori	Osservatori
Ruoli e capacità	R	C	R	C	C
Comunicazione	C	R	R	C	C
Implementamento degli indicatori	R	R	C	C	C

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

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 23 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	Sì	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	Sì	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	15

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	Sì	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	Sì	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	Sì	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	Sì	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	10

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12
DENOMINATA "INSIEME"**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	Sì	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	Sì	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	Sì	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	Sì	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	Sì	5
C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	Sì	7.5
C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	Sì	7.5

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12
DENOMINATA "INSIEME"**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	Sì	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	Sì	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	Sì	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	Sì	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	Sì	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	Sì	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	Sì	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	Sì	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	Sì	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	Sì	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	Sì	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	Sì	5

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12
DENOMINATA "INSIEME"**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	Sì	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	Sì	15

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

All.2

**IL PIANO SULLE BUONE PRATICHE PER LA
PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE
INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA (ICA)**

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

PREVENZIONE delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA(ICA)

PREMESSA

Per Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), o Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (IOS), si intendono le infezioni contratte nel corso di processi sanitari assistenziali. Poiché, fino a qualche anno fa, l'assistenza era fornita quasi esclusivamente in Associazione, erano note come Infezioni Ospedaliere o Nosocomiali. Ma negli ultimi anni lo scenario è profondamente mutato. Oggi, infatti, sempre più prestazioni sanitarie sono erogate in ambiente territoriale extra-ospedaliero, come nell'assistenza domiciliare, negli ambulatori, nelle strutture territoriali residenziali lungodegenza: di conseguenza, si è preferito denominare le vecchie Infezioni Ospedaliere con un'accezione aggiornata e più rispondente alla realtà, come quella di ICA.

Le ICA rappresentano un fenomeno sempre più rilevante, in quanto condizionate da un aumento dei fattori di rischio dipendenti dall'evoluzione socio-economica ed ambientale degli ultimi decenni, riassumibili in:

- aumento dell'età media della popolazione e del numero di pazienti anziani, fragili, con pluripatologie e condizioni predisponenti sempre maggiori
- aumento della complessità assistenziale, del ricorso ad interventi chirurgici ed a procedure invasive (spesso in soggetti anche molto anziani o con patologie già molto gravi)
- aumento delle terapie immunosoppressive (per malattie autoimmuni, per chemioterapia nei tumori, nei trapiantati,...)
- aumento dei fenomeni di antibiotico-resistenza, con selezione di batteri causa di colonizzazioni o infezioni difficili da curare e da guarire completamente.

Le ICA sono conseguenza del superamento, da parte dei microrganismi, delle normali barriere protettive dell'organismo, come può avvenire in corso di interventi chirurgici, o per l'uso di dispositivi medici invasivi, come cateteri vescicali, vascolari, sistemi di ventilazione con intubazione, protesi e mezzi di sintesi, etc: di conseguenza, possono interessare tutti gli organi e apparati, ma le più frequenti sono quelle del tratto urinario, seguite da polmoniti, infezioni post-chirurgiche, infezioni dell'apparato circolatorio (batteriemie), infezioni gastrointestinali (in particolare la colite da *Clostridium difficile*) e della cute/sottocute.

I microrganismi responsabili hanno un'origine endogena, cioè sono già presenti nell'organismo dei pazienti prima del ricovero (o dell'inizio del percorso assistenziale), o esogena, cioè non fanno parte della flora microbica del paziente. In questo caso, vengono acquisiti nel corso del processo assistenziale, o direttamente da un ambiente già contaminato, o indirettamente attraverso un veicolo, nella maggior parte rappresentato dalle mani di chi, a diverso titolo, è a contatto con il paziente (operatori sanitari, visitatori, parenti,...).

Nel nostro Centro, le infezioni più frequentemente rilevate (circa 10% di casi nel 2016) sono quelle del tratto urinario. In genere si tratta di pazienti portatori di CV già ospedalizzati spesso da lunghi periodi (anche due mesi), in condizioni di ridotta, a volte totale assenza di autonomia, e quindi l'infezione che noi rileviamo spesso è già in incubazione. Lo stesso discorso può essere fatto per le diarree infettive e per le polmoniti. Per tutte, inoltre, bisogna poi aggiungere un altro fattore aggravante e predisponente: la mancata collaborazione del paziente quando si manifesta un disturbo cognitivo.

Studi di prevalenza condotti in Europa ed in Italia stimano i pazienti infetti compresi tra il 6,8% ed il 9,3% e le infezioni tra il 7,6% ed il 10,3%. In media, quindi, il 5% dei pazienti ospedalizzati contrae un'infezione durante il ricovero, mentre risulta infetto in un dato momento dal 7% al 9% dei pazienti ricoverati. Si può calcolare, quindi, che in Italia ogni anno si verifichino 450-700 mila infezioni in pazienti ricoverati, con una mortalità attribuibile diretta di circa l'1%.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 30 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Le ICA sono prevenibili in una percentuale limitata e non superiore al 30%. Infatti, la maggioranza di queste infezioni non è prevenibile a causa dei fattori di rischio sottostanti, che ne determinano la comparsa nonostante siano rispettati e correttamente applicati tutti i protocolli di trattamento e gestione dei pazienti, finalizzati alla prevenzione di eventi avversi in generale e di ICA in particolare. Gli sforzi per la prevenzione ed il controllo delle ICA devono quindi concentrarsi su quel 1/3 di quota prevenibile, attraverso la formazione del personale sanitario e l'applicazione rigorosa delle norme di provata efficacia per il contenimento della diffusione di queste infezioni, quali protocolli e procedure comuni a tutti gli operatori sanitari (in primo luogo, da sempre, la corretta igiene/lavaggio delle mani: vedi immagine del Dott. Semmelweis che, per primo nel 1854, fa lavare le mani in corsia ai suoi collaboratori).

INFORMAZIONI PER GLI UTENTI OSPITI DELLA STRUTTURA:

LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

LA CORRETTA IGIENE DELLE MANI

è la “pietra miliare”

per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie

In Associazione e nelle altre Strutture sanitarie-assistenziali l'igiene delle mani è effettuata utilizzando anche la frizione con un prodotto a base alcolica

LA LOTTA CONTRO LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sono infezioni acquisite dal paziente durante il ricovero in Associazione o altra struttura sanitaria assistenziale

Colpiscono dal 5 al 10% dei pazienti ricoverati

In alcuni casi possono essere molto gravi, anche se la maggior parte guarisce senza conseguenze dopo breve terapia.

Il rischio non è uguale per tutti

Fattori predisponenti sono:

- Età (rischio maggiore per anziani e prematuri)
- Presenza contemporanea di più malattie, in particolare se croniche ed in grado di ridurre le difese immunitarie
- Scarsa collaborazione dell'utente in particolare in caso di deterioramento cognitivo
- Prolungato allettamento
- Interventi chirurgici, respirazione artificiale, uso di dispositivi invasivi (cateteri vescicali, cateteri vascolari, etc..)

Le infezioni correlate all'assistenza sono prevenibili, ma non eliminabili!

Solo 1/3 può essere prevenuto

Le attività di Prevenzione e Controllo delle ICA, coordinate dal Direttore sanitario e dal Coordinatore Infermieristico con la collaborazione di tutto il personale del Centro, prevedono:

- sorveglianza, con rilevazione delle diverse Infezioni
- controllo, con aggiornamento/definizione di procedure e protocolli sulla base dell'evidenza scientifica e

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 31 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

monitoraggio delle principali pratiche di assistenza

- formazione, organizzando incontri di aggiornamento specifici per il personale.

Ogni anno ci diamo degli Obiettivi inerenti la prevenzione delle ICA

Le misure di prevenzione sono ben conosciute ed applicate dal personale sanitario. Sono ispirate a standard e linee guida nazionali ed internazionali.

I Protocolli e le procedure assistenziali presenti e applicate dal personale comprendono anche, in casi selezionati, l'isolamento del paziente portatore di alcune infezioni, con l'unico scopo di prevenire la trasmissione dell'infezione ad altri ospiti del Centro. In alcuni casi può essere necessario il ricovero in Ospedale

La prevenzione delle ICA migliora la qualità dell'assistenza e garantisce la sicurezza del paziente.

INOLTRE

Viene Monitorata con periodicità l'applicazione delle procedure assistenziali più frequenti/rilevanti in reparto

Viene Informato il paziente del rischio di infezione

In caso di infezione, vengono fornite all'interessato tutte le informazioni necessarie

INFORMAZIONI PER I VISITATORI

LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

MANTENERE PULITE LE MANI E' LA PRIMA E PIU' EFFICACE MISURA PER RIDURRE LA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI

LAVARSI LE MANI O FRIZIONARLE CON DISINFETTANTE A BASE ALCOLICA (AMUKINA) PRIMA DI ENTRARE E USCIRE DALLA STANZA

Per il benessere dei Vostri congiunti e per quello degli altri pazienti, del personale e dei visitatori, dovete conoscere e aderire ad alcune misure di sicurezza per la prevenzione della infezioni.

I germi possono essere trasmessi per:

- Via aerea: starnuti, tosse, goccioline respiratorie
- Contatto diretto (mani), e indiretto (ambiente, strumentario)

Cosa si deve fare ?

-1. Mantenere pulite le mani è la prima e più efficace misura per ridurre la diffusione delle infezioni. Tutti i visitatori devono lavarsi le mani o frizionarle con disinfettante prima di entrare ed uscire dalla stanza

2. Seguire le indicazioni del personale sulle precauzioni da adottare:

- non affollare le stanze ma utilizzare il più possibile gli spazi comuni, non sedersi sui letti dei pazienti
- non usare i servizi igienici nella stanza dei pazienti
- evitare di appoggiare oggetti personali (per es. borse, telefonini) sui letti o sui comodini dei pazienti. RICORDATE: questi oggetti li portate a casa con voi!
- evitare di portare cibi che potrebbero essere controindicati (per es. nei diabetici o diarrea) o deperibili e nel caso consumarli subito senza lasciare avanzi
- lavaggio indumenti: informarsi dal personale per eventuali precauzioni o specifiche indicazioni

3. Qualità dell'assistenza: Le precauzioni sono necessarie per prevenire il diffondersi di microrganismi ma non influiscono in alcun modo sulla qualità delle cure

Per ogni ulteriore chiarimento siete invitati a richiedere informazioni al personale infermieristico

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 32 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA "INSIEME" VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA(ICA)

Per ridurre il rischio di trasmissione dei microrganismi in Associazion vengono raccomandate dai Centrers for Disease Control (CDC) di Atlanta varie precauzioni che a seconda del tipo di paziente vengono distinte in:

1 Precauzioni standard

Sono utilizzate per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi da fonti, note o non identificate.

Costituiscono l'insieme di misure di barriera e di comportamenti atti a prevenire e contenere i germi a diffusione ematogena.

Si adottano sempre per :

SANGUE - SECREZIONI VAGINALI - SECREZIONI SPERMATICHE - LATTE MATERNO - TESSUTI -LIQUIDO AMNIOTICO - LIQUIDO CEREBRO SPINALE - LIQUIDO SINOVIALE - LIQUIDO PERITONEALE

Si adottano solo in presenza di sangue visibile per:

FECI - SECREZIONI NASALI - SALIVA - URINE - VOMITO - SUDORE - LACRIME

Sono rivolte a tutti gli operatori sanitari che possono venire a contatto con il sangue ed altro materiale biologico.

1.1 Adozione di misura di barriera

1.1.1 Mascherina con visiera o occhiali protettivi

Devono essere utilizzati durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici per proteggere le mucose degli occhi, naso e bocca.

L'uso corretto della mascherina prevede che sia manipolata solo per i lacci, che per la rimozione sia slacciato il laccio inferiore e poi quello superiore, per evitare la caduta sul collo e di conseguenza la contaminazione del camice, che sia usata una sola volta e poi gettata nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo. Visiere ed occhiali non monouso devono essere adeguatamente trattati per il riutilizzo.

1.1.2 Camici

Devono essere utilizzati per fornire una barriera protettiva atta a prevenire la contaminazione degli indumenti e quindi ridurre la trasmissione di microrganismi e a proteggere la cute. L'uso del camice totalmente impermeabile è riservato agli addetti alla sala operatoria o a determinati servizi.

1.1.3 Guanti

Devono essere indossati per procedure sul corpo del paziente, su dispositivi e su strumentario contaminati da materiale o liquidi potenzialmente infetti. Devono essere sostituiti durante procedure eseguite in sedi diverse dello stesso paziente e tra un paziente e l'altro. E' importante ricordare che i guanti se non adeguatamente utilizzati possono trasformarsi da presidi di protezione a mezzo di propagazione delle infezioni.

1.1.4 Igiene delle mani

Deve essere intesa non solo come misura di controllo delle infezioni, ma anche come misura di protezione dell'operatore. Il lavaggio delle mani va eseguito immediatamente ed accuratamente se si verifica un accidentale contatto con il sangue o materiale organico potenzialmente infetto, dopo la rimozione dei guanti, tra un paziente e l'altro e dopo procedure effettuate sullo stesso paziente ma in sedi diverse. L'uso dei guanti e il lavaggio accurato delle mani rivestono un ruolo fondamentale

di prevenzione. L'uso dei guanti non è sostitutivo del lavaggio accurato delle mani. Durante l'attività lavorativa è importante evitare atteggiamenti rischiosi quali portarsi le mani alla bocca o agli occhi, portare anelli, bracciali o altri monili.

1.2 Manipolazione di aghi od oggetti taglienti

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 33 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Durante l'utilizzo è necessario adottare tutte le precauzioni possibili.

E' fondamentale:

- 1.non rincappucciare gli aghi e non rimuoverli manualmente dalle siringhe
- 2.non piegare o rompere aghi, lame o altri oggetti taglienti
- 3.eliminare gli aghi ed altri oggetti taglienti sempre nell'apposito contenitore per prevenire l'esposizione accidentale.

1.3 Decontaminazione dello strumentario riutilizzabile

Tutto il materiale riutilizzabile venuto a contatto con sangue o altri liquidi potenzialmente infetti subito dopo l'uso e prima della pulizia deve essere immerso in soluzione disinfettante di derivati fenolici 0,4% per 30 minuti. La pulizia dello strumentario va eseguita con dovuta cautela e utilizzando guanti e mascherina con visiera. Il materiale così trattato può essere sottoposto alla disinfezione o sterilizzazione a seconda del successivo impiego. Si ricorda che per non compromettere il processo di sterilizzazione è importante che il materiale sia ben lavato ed asciugato.

1.4 Biancheria

Tutta la biancheria e in particolare quella venuta a contatto con sangue o materiale potenzialmente infetto deve essere posta negli appositi sacchi, manipolata con cautela e con guanti di protezione.

1.5 Pulizia e disinfezione ambientale

La modalità di esecuzione della pulizia e la frequenza deve variare in base alle diverse aree ospedaliere, il tipo di materiale e la superficie da trattare. Per la classificazione delle aree, la modalità, e la frequenza vedi il manuale di sanificazione. Si ricorda che la disinfezione delle superfici va effettuata solo in aree ad alto rischio o in presenza di contaminazioni o residui di materiale organico. In caso di pazienti con malattie a trasmissione per via aerea NON è più necessario ricorrere alla nebulizzazione dell'aria poiché ritenuta inefficace.

1.6 Collocazione del paziente

La collocazione del paziente in camera singola può diventare necessaria per le malattie a trasmissione aerea o da contatto (v. procedura clostridium) o quando le condizioni igieniche del paziente sono scarse al punto di diventare causa di contaminazione ambientale. In caso di mancata disponibilità della stanza singola mettersi in contatto con il Direttore Sanitario.

2 Precauzioni basate sulle vie di trasmissione

Sono destinate a pazienti riconosciuti o sospetti di essere infetti con patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente importanti, diffusi per via aerea o con goccioline o attraverso il contatto con la cute o con superfici contaminate, per i quali sono richieste ulteriori precauzioni oltre a quelle standard.

2.1 Precauzioni per la trasmissione aerea

Sono indicate per ridurre il rischio di trasmissione di agenti infettanti per via aerea. Questo tipo di trasmissione avviene perché nuclei di goccioline e particelle di polvere contenenti agenti infettanti si propagano nell'ambiente con possibilità di rimanere sospesi nell'aria per lunghi periodi di tempo. I microrganismi possono essere così dispersi tramite correnti d'aria lontano dal paziente fonte ed essere inalati o depositarsi su un ospite suscettibile.

2.2 Precauzioni per la trasmissione tramite goccioline

Sono indicate per ridurre il rischio di trasmissione di agenti infettanti attraverso goccioline. Questo tipo di trasmissione avviene a causa di grandi particelle di goccioline contenenti microrganismi generati da paziente, con patologia infettiva epidemiologicamente importante, durante accessi di tosse, starnuti, mentre parla e durante l'esecuzione di particolari indagini o procedure.

Poiché per le dimensioni le goccioline non rimangono in sospeso nell'aria, è necessario uno stretto contatto tra la persona fonte e la persona ricettiva affinché si realizzi il contagio.

2.3 Precauzioni per la trasmissione tramite contatto

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 34 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Sono indicate per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi epidemiologicamente importanti attraverso contatti diretti o indiretti. La trasmissione per contatto diretto implica un contatto di cute con cute e il trasferimento fisico di un microrganismo dalla persona infetta o colonizzata a un ospite suscettibile, ad esempio nell’atto di mobilizzazione, nel lavaggio o per altre attività sul paziente che richiedono un contatto corporeo. La trasmissione per contatto indiretto implica l’interposizione di un oggetto o strumento che fa da veicolo.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 35 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

All.3

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

PROCEDURE DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLA

05	26-02-26			
04	18-02-25			
03	15-01-19			
02	15-09-15			
01	08-01-13	PRIMA EDIZIONE	Dott. Giorgio Marcelli	Stefano Smecca
<i>N°</i>	<i>DATA</i>	<i>DESCRIZIONE</i>	<i>PREPARATO</i>	<i>APPROVATO</i>

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Autorizzazione sanitaria n° _____ del _____	
1) NOME ED UBICAZIONE AZIENDA	
2) RAGIONE SOCIALE	
3) LEGALE RAPPRESENTANTE	GIUSEPPE CARRABS
5) RESPONSABILE DELLA IDENTIFICAZIONE E DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DOTT. GIORGIO MARCELLI
6) ADDETTO AGLI IMPIANTI IDRICI	
7)ADDETTO AGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE	
8) CARATTERISTICHE DELL'APPROVVIGIONAMENTO IDRICO	
9) TIPOLOGIA DELL'IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE	

Allegare schema impianto idrico e di climatizzazione.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

INDICE

1 – PARTE INFORMATIVA

1.1 – CENNI SULLA LEGIONELLA

1.2 - Modalità di trasmissione

2 - PREVENZIONE

2.1 - Misure di prevenzione e controllo nei sistemi impiantistici

2.2 - Strategie di prevenzione nell'impianto idrico

2.2.1 - Progettazione

2.2.2 - Controllo

2.3 - Strategie di prevenzione nell'impianto di climatizzazione

2.3.1 - Progettazione

2.3.2 - Controllo

2.3.3 - Silenziatori

2.3.4 - Prese d'aria esterna

2.3.5 - Filtri

2.3.6 - Umidificatori dell'aria ambiente

3 - PARTE OPERATIVA

3.1- Personale

3.2 Misure di prevenzione per la riduzione del rischio.

3.3 - Analisi del rischio.

3.4 - Nomina di un responsabile

3.5 - Ispezione della struttura

3.6 - Periodicità

3.7 - Registro degli interventi

4 - PIANO DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLA

4.1- Tipo di intervento a seconda della concentrazione di legionella.

4.2 - Misure da porre in essere in presenza di rischio

4.3 - Siti di campionamento

4.4 - Frequenza dei controlli

5 - PROVVEDIMENTI

5.1 - Misure a breve termine

5.2 - Misure a lungo termine

6 - MISURE DI SICUREZZA PER LE PROCEDURE DI DECONTAMINAZIONE

7 – Non Conformità

8- Azioni Correttive

9 - RIFERIMENTI LEGISLATIVI

ALLEGATI:

Mod. RECOLE: Registro Controllo Legionella

Mod. Check-List: Lista di riscontro per il controllo mensile

Mod. NC AC : RegISTRAZIONI delle Non Conformità

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 38 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

SCOPO

Scopo di tale procedura è fornire precise indicazioni sulle modalità di controllo e prevenzione della Legionella.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica ai controlli e alle verifiche che vengono effettuati.

RESPONSABILITÀ

L'applicazione e il rispetto di tale procedura è affidata al responsabile dell'azienda in collaborazione con il Responsabile Identificazione e Valutazione del rischio.

1 – PARTE INFORMATIVA

1.1 – CENNI SULLA LEGIONELLA

"Legionellosi" è la definizione di tutte le forme morbose causate da batteri gram-negativi aerobi del genere *Legionella*. Essa si può manifestare sia in forma di polmonite, sia in forma febbrile extrapolmonare o in forma subclinica.

La specie più frequentemente coinvolta in casi umani è *Legionella pneumophila* anche se altre specie sono state isolate da pazienti con polmonite.

La malattia del legionario, più comunemente definita legionellosi, è un'infezione polmonare causata dal batterio gram-negativo aerobio *Legionella pneumophila*, il cui nome significa appunto "Legionella amante dei polmoni". Il genere *Legionella* è stato così denominato nel 1976, dopo che un'epidemia si era diffusa tra i partecipanti al raduno della Legione Americana al Bellevue Stratford Hotel di Philadelphia. In quell'occasione, 221 persone contrassero questa forma di polmonite precedentemente non conosciuta, e 34 morirono.

La fonte di contaminazione batterica fu identificata nel sistema di aria condizionata dell'albergo.

La legionellosi può manifestarsi in due forme distinte:

- la malattia del legionario vera e propria, che frequentemente include una forma più acuta di polmonite
- la febbre Pontiac, una forma molto meno grave

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 39 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

La *Legionella pneumophila* è l'agente batterico

La legionellosi è causata nel 90 per cento dei casi dal batterio *Legionella*, del quale sono state identificate quasi 50 specie diverse e più di 70 ceppi. Si tratta di un organismo ubiquitario che prolifera soprattutto in ambienti acquatici caldi, tra i 32 e i 45 °C. Si trova anche nei fiumi e nei laghi e in generale in tutti gli specchi d'acqua la cui temperatura non è eccessivamente bassa, anche se negli ambienti naturali è presente in dosi talmente basse da non costituire un pericolo.

La malattia può manifestarsi con epidemie dovute ad un'unica fonte con limitata esposizione nel tempo e nello spazio all'agente eziologico, oppure con una serie di casi indipendenti in un'area ad alta endemia o con casi sporadici senza un evidente raggruppamento temporale o geografico.

Focolai epidemici si sono ripetutamente verificati in ambienti collettivi a residenza temporanea, come ospedali o alberghi. I casi di polmonite da *Legionella* si manifestano prevalentemente nei mesi estivo-autunnali per quelli di origine comunitaria, mentre quelli di origine nosocomiale non presentano una particolare stagionalità.

1.2 - MODALITÀ DI TRASMISSIONE

L'infezione da *Legionella* non si trasmette da persona a persona, ma piuttosto viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione di aerosol contenente legionelle, oppure di particelle derivate per essiccamento da flussi di aerosol e di acqua contaminata, come nel caso di ambienti condizionati o con l'uso di umidificatori.

Non è dimostrato che la malattia si possa contrarre bevendo acqua contaminata.

Le goccioline si possono formare sia spruzzando l'acqua che facendo gorgogliare aria in essa, o per impatto su superfici solide. Più piccole sono le dimensioni delle gocce più queste sono pericolose.

Gocce di diametro inferiore a 5µ arrivano più facilmente alle basse vie respiratorie.

Il batterio, infatti, si riproduce soprattutto in ambienti umidi e tiepidi o riscaldati, come i sistemi di tubature, i condensatori, le colonne di raffreddamento dell'acqua, sui quali forma un film

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 40 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

batterico. Sedimenti organici, ruggini, depositi di materiali sulle superfici dei sistemi di stoccaggio edistribuzione delle acque facilitano l’insediamento della *Legionella*.

Per questo, la legionellosi pone un serio problema di salute pubblica, perché costituisce un elemento di rischio in tutte le situazioni in cui le persone sono riunite in uno stesso ambiente, come avviene in case di cura, residenze per anziani, ospedali, piscine e terme e altri luoghi pubblici, nei quali è in funzione un sistema di condizionamento, di umidificazione o di trattamento dell’aria o di ricircolarizzazione delle acque.

Mentre la maggior parte dei primi casi di legionellosi sono stati attribuiti a sostanze aerodisperse contenenti batteri provenienti da torri di raffreddamento o condensatori evaporativi o sezioni di umidificazione delle unità di trattamento dell'aria, le infezioni più recenti sono risultate causate anche dalla contaminazione di impianti di acqua potabile, apparecchi sanitari, fontane e umidificatori ultrasonici (Tabella 1).

I principali sistemi generanti aerosol che sono stati associati alla trasmissione della malattia comprendono gli impianti idrici, gli impianti di climatizzazione dell'aria (torri di raffreddamento, sistemi di ventilazione e condizionamento dell'aria, ecc.) e gli idromassaggi.

Tabella 1. Principali modalità e sorgenti di trasmissione della *Legionella sp.*

Modalità	Fonte
Inalazione di aerosol	Contaminazione dell’impianto idrico attraverso: ☐ apertura di un rubinetto o di una doccia ☐ Sciacquone di impianti igienici ☐ Bagni turchi/saune ☐ fontane ornamentali ☐ Impianti di irrigazione di giardini
	Torri di raffreddamento degli impianti di condizionamento
	Umidificazione degli impianti

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 41 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

2 - PREVENZIONE

2.1 - MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO NEI SISTEMI IMPIANTISTICI

I sistemi di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria e i loro componenti, così come pure l'acqua potabile e le attrezzature sanitarie, possono favorire e amplificare la diffusione di sostanze aerodisperse; tra queste di particolare pericolosità risulta essere *Legionella sp.*

I più comuni impianti generatori di aerosol associati ad edifici comprendono torri di raffreddamento, condensatori evaporativi, diffusori di docce, aeratori di rubinetti, nebulizzatori ed umidificatori.

L'aumento moderato della temperatura dell'acqua, rispetto a quella naturale, rappresenta uno dei principali fattori che favoriscono la crescita del batterio e la contaminazione ambientale. Altri fattori sono: il pH, la presenza di fonti di nutrimento, la presenza di altre forme di microrganismi.

La sopravvivenza della legionella è legata anche a fattori ambientali: l'aria sufficientemente umida (umidità relativa superiore al 65%), la temperatura non eccessivamente alta, e la radiazione solare non molto elevata.

Le procedure che contrastano la moltiplicazione e la diffusione di *Legionella* devono essere attentamente considerate e messe in atto durante le fasi di progettazione, di installazione, di funzionamento e di manutenzione. Per quanto tali misure non garantiscano che un sistema o un componente siano privi di legionelle, esse contribuiscono a diminuire la possibilità di inquinamento batterico grave.

Attualmente nella struttura, dopo la bonifica e dopo avere effettuato le analisi nei punti più significativi dell'impianto idrico e di condizionamento, non si è rilevato la presenza di Legionella ma proprio per questo è necessario mettere in atto tutte le misure di prevenzione per evitare in futuro che possa presentarsi tale problema.

Le presenti linee guida servono a tale scopo e devono essere seguite scrupolosamente.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 42 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

2.2 - STRATEGIE DI PREVENZIONE NELL'IMPIANTO IDRICO

2.2.1 - PROGETTAZIONE

1. Ottenimento di informazioni preliminari circa il progetto, il funzionamento e la manutenzione dell'impianto idrico.
2. Progettare l'impianto in modo da avere ben separate le tubature dell'acqua calda da quelle dell'acqua fredda.
3. Evitare l'utilizzo di gomma e fibre naturali per guarnizioni e dispositivi di tenuta;
4. Evitare di installare tubazioni con tratti terminali ciechi e senza circolazione dell'acqua;

2.2.2 - CONTROLLO

1. Programmazione di visite ispettive sull'impianto idrico al fine di: verificare possibili stagnazioni d'acqua, intersezioni tra sistemi di acqua potabile e industriale, effettuare misurazioni delle temperature di accumulo e di mandata dell'acqua calda ad uso sanitario.
2. Evitare la formazione di ristagni d'acqua;
3. Provvedere ad effettuare la pulizia periodica degli impianti;
4. Limitare la possibilità di nicchie biologiche per i microrganismi attraverso la pulizia degli impianti, la prevenzione e la rimozione dei sedimenti dai serbatoi d'acqua calda, bacini di raffreddamento e altre misure igieniche;

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

2.3 - STRATEGIE DI PREVENZIONE NELL'IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE

2.3.1 - PROGETTAZIONE

- a) Posizionare le prese d'aria degli impianti di condizionamento in modo tale da evitare che l'aria di scarico proveniente dai condensatori evaporativi entri negli edifici.
- b) prendere in esame la possibilità di drenare efficacemente i fluidi usati per la pulizia;
- c) evitare di collocare l'isolamento termico all'interno delle condotte, considerata la difficoltà di pulire in modo efficace l'isolamento stesso;
- d) dotare (a monte e a valle) gli accessori posti sui condotti (serrande, scambiatori, ecc.) di apposite aperture, di dimensioni idonee a consentire la loro pulizia, e di raccordi tali da consentirne un rapido ed agevole smontaggio e rimontaggio, assicurandosi che siano fornite accurate istruzioni per il montaggio e lo smontaggio dei componenti;
- e) utilizzare materiali sufficientemente solidi per i condotti flessibili, tali da permetterne la pulizia meccanica;
- f) utilizzare terminali (bocchette, anemostati) smontabili;

2.3.2 - CONTROLLO

1. mantenere efficienti i separatori di gocce montati a valle delle sezioni di umidificazione;
2. controllare lo stato di efficienza dei filtri ed eliminare l'eventuale presenza di gocce d'acqua sulle loro superfici. Gocce d'acqua e condensa sui filtri forniscono un ambiente ideale per la diffusione dei batteri negli ambienti condizionati. I filtri dovrebbero essere puliti o sostituiti secondo le indicazioni fornite dai costruttori.
3. Evitare la formazione di ristagni d'acqua;
4. Limitare la possibilità di nicchie biologiche per i microrganismi attraverso la pulizia degli impianti;
5. programmare visite ispettive sull'impianto di climatizzazione al fine di esaminare lo stato degli umidificatori, l'ubicazione delle prese di aria esterna e lo stato delle canalizzazioni;
6. Effettuare il controllo del programma di manutenzione. Durante l'esercizio dell'impianto è importante eseguire controlli periodici per rilevare la presenza o meno di sporcizia. Nel

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 44 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

caso, poi, di un intervento di pulizia, occorre assicurarsi successivamente che le sostanze usate siano rimosse completamente dal sistema.

2.3.3 - SILENZIATORI

I materiali fonoassorbenti impiegati di solito sono del tipo poroso e fibroso, e quindi particolarmente adatti a trattenere lo sporco e di difficile pulizia. Si raccomanda quindi l'impiego di finiture superficiali che limitino tali inconvenienti, anche se questo porta ad una maggiore estensione delle superfici e quindi a costi più elevati. Inoltre si raccomanda di osservare le distanze consigliate dai costruttori tra tali dispositivi e gli umidificatori.

2.3.4 - PRESE D'ARIA ESTERNA

Le prese d'aria esterna, se poste su pareti verticali non protette, devono essere dimensionate per velocità non superiori a 2 m/s e devono essere dotate di efficaci sistemi per evitare che l'acqua penetri al loro interno. Occorre inoltre verificare la distanza tra dette prese e possibili sorgenti di inquinanti (compresa l'espulsione dell'aria).

2.3.5 - FILTRI

Il costo di una filtrazione più efficace è molto inferiore a quello della pulizia dei componenti delle reti di distribuzione. Si consiglia pertanto di installare filtri di classe Eurovent EU71 a monte delle unità di trattamento dell'aria e ulteriori filtri di classe EU8/9 a valle di dette unità e comunque a valle degli eventuali silenziatori. Sui sistemi di ripresa dell'aria dovrebbero essere installati filtri almeno di classe EU7. Si raccomanda, ovviamente, una regolare pulizia e ricambio dei filtri.

2.3.6 - UMIDIFICATORI DELL'ARIA AMBIENTE

Deve essere assicurato che non si verifichi formazione di acqua di condensa durante il funzionamento; tutte le parti a contatto con acqua in modo permanente devono essere pulite e se necessario periodicamente disinfettate.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 45 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

3- MODALITÀ DI ESECUZIONE OPERATIVE

3.1 – PERSONALE

Tutto il personale coinvolto nelle operazioni di prevenzione e riduzione del rischio deve essere adeguatamente formato, informato e responsabilizzato sulla necessità di eseguire correttamente le procedure messe in atto e di segnalare immediatamente ogni tipo di anomalia che potrebbe essere causa di contaminazione degli impianti idrici e di climatizzazione.

Si consiglia di individuare le seguenti funzioni e di assegnare a ciascuna, tramite un mansionario, le singole responsabilità.

- **Il Responsabile della struttura** controlla tutte le attività connesse all’andamento dell’azienda ed in particolare:
 1. Nomina il Responsabile di prevenzione e riduzione del rischio;
 2. mette a disposizione tutte le risorse necessarie per garantire il corretto svolgimento delle attività necessarie alla prevenzione e al controllo della legionella
 3. provvede all’aggiornamento del personale consentendo la frequenza dei Corsi di formazione.
 4. Concorda con il Responsabile di prevenzione e riduzione del rischio le risoluzioni delle Non Conformità
 5. Partecipa all’esame delle verifiche per accertare le risoluzioni delle Non Conformità.

- **Il Responsabile di prevenzione e riduzione del rischio:**
 1. provvede a controllare, attraverso ispezioni mensili e all’occorrenza, l’attuazione delle misure previste in seguito alla redazione del documento scaturito dalla valutazione del rischio..
 2. Notifica le Non Conformità e la relativa risoluzione.
 3. si assicura che tutti gli operatori addetti alle manutenzioni e alle pulizie siano adeguatamente formati e informati sulle corrette modalità di gestione e applicazione delle procedure di prevenzione e riduzione del rischio.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 46 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

- **Il Responsabile delle pulizie:**

1. provvede a controllare che le operazioni di pulizia vengano effettuate correttamente e nei modi e nei tempi stabiliti.

- **Il Responsabile delle manutenzioni :**

1. organizza gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria in modo da adempiere alle procedure di prevenzione e riduzione del rischio
2. garantisce la perfetta efficienza di tutti gli impianti per evitare qualsiasi causa di contaminazione.

- **Il Responsabile del personale:**

1. provvede a verificare l’operato degli addetti
2. si accerta dell’adeguata formazione del personale per le materie attinenti al ruolo occupato
3. in collaborazione con il Responsabile di prevenzione e riduzione del rischio provvede a programmare la formazione quando necessaria

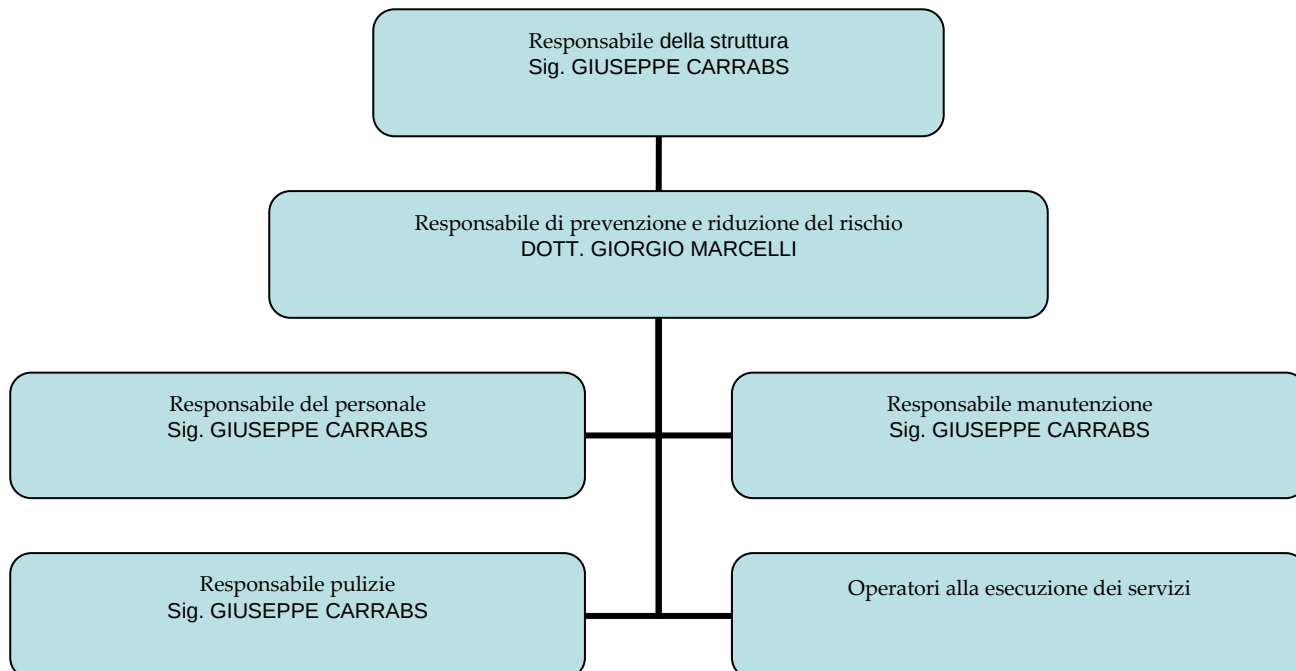
Tutti gli operatori sono responsabili del proprio operato e devono adempiere le proprie mansioni in modo adeguato, nel pieno rispetto delle procedure adottate per la salute propria e degli ospiti della struttura.

Tutti gli operatori devono essere addestrati a rilevare le anomalie di qualunque genere e a segnalarle al Responsabile di prevenzione e riduzione del rischio.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 47 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Organigramma



Gruppo di lavoro

Personale della struttura alberghiera

Sig – Titolare - responsabile struttura alberghiera

Sig – Responsabile di prevenzione e riduzione del rischio

Sig – Responsabile del Personale

Sig – Responsabile della manutenzione

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 48 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA "INSIEME" VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

3.2 MISURE DI PREVENZIONE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO.

Per assicurare una riduzione del rischio di legionellosi, lo strumento fondamentale non è tanto il controllo di laboratorio routinario dell'impianto idrico, ma l'adozione di misure preventive, basate sull'analisi del rischio costantemente aggiornata.

Il gestore della struttura deve garantire l'attuazione di misure di controllo, alcune delle quali devono essere effettuate da personale opportunamente addestrato, che indossi, soprattutto per quelle operazioni che generano aerosol, idonei dispositivi di protezione individuale.

In particolare per l'impianto idrico nelle camere:

a) **mantenere costantemente l'acqua calda a una temperatura superiore ai 50°C all'erogazione.** L'acqua in uscita da tutti i rubinetti deve essere molto calda al tatto¹ (si raccomanda di mettere degli avvisi accanto ai rubinetti e alle docce o, in alternativa, si possono utilizzare rubinetti a valvola termostatica);

b) **mantenere costantemente l'acqua fredda ad una temperatura inferiore a 20°C.**

Se non si riesce a raggiungere questa temperatura, e se una qualsiasi parte dell'impianto dell'acqua fredda o delle uscite si trova al di sopra di questa temperatura, si deve prendere in considerazione un trattamento che disinfetti l'acqua fredda;

Il controllo delle temperature deve essere effettuato periodicamente, consigliamo, a titolo indicativo e non esaustivo, una frequenza settimanale scegliendo un campione di camere pari al 10% del totale. La scelta delle camere deve considerare la collocazione nelle zone più distanti dai serbatoi e/o dai punti di ingresso dell'acqua (camere poste al secondo piano) e l'esposizione al caldo (sole-impianto di riscaldamento) di bracci dell'impianto idrico, la bassa frequenza di occupazione e altri punti in funzione della valutazione del rischio.

La registrazione dei controlli viene effettuata sul Mod. RECOLE.

c) **fare scorrere l'acqua (sia calda che fredda) dai rubinetti e dalle docce delle non utilizzati da giorni**, per alcuni minuti almeno una volta a settimana e comunque sempre prima che vengano utilizzati dagli utenti; d) **mantenere le docce, i diffusori delle docce ed i rompigitto dei rubinetti puliti e privi di incrostazioni, sostituendoli all'occorrenza;**

¹ Un modo pratico di verifica del «molto caldo al tatto» è il seguente: non deve essere possibile tenere le mani sotto l'acqua corrente per più di qualche secondo.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 49 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA "INSIEME" VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Per il controllo del circuito idrico generale:

e) **disinfettare il circuito dell'acqua calda con cloro ad elevata concentrazione** (cloro residuo libero pari a 50 ppm per un'ora o 20ppm per due ore) o con altri metodi di comprovata efficacia dopo interventi sugli scambiatori di calore e all'inizio dell'attività;

f) **pulire e disinfettare tutti i filtri dell'acqua** regolarmente ogni 1-3 mesi;

g) se possibile, **ispezionare l'interno dei serbatoi d'acqua fredda, e comunque disinfettare almeno una volta l'anno** con 50 mg/l di cloro per un'ora. Nel caso ci siano depositi o sporcizia, provvedere prima alla pulizia. La stessa operazione deve essere effettuata a fronte di lavori che possono aver dato luogo a contaminazioni o a un possibile ingresso di acqua non potabile;

h) **accertarsi che eventuali modifiche apportate all'impianto, oppure nuove installazioni, non creino bracci morti o tubature con assenza di flusso dell'acqua o flusso intermittente.** *Ogni qualvolta si proceda a operazioni di bonifica, occorre accertarsi che subiscano il trattamento di bonifica anche: bracci morti costituiti dalle tubazioni di spurgo o prelievo, le valvole di sovrappressione e i rubinetti di bypass presenti sugli impianti;*

Per l'impianto di climatizzazione dell'aria:

i) **pulire e disinfettare regolarmente (almeno 2 volte l'anno) i condensatori evaporativi delle unita' di condizionamento dell'aria;**

l) **svuotare, disincrostare e disinfettare i serbatoi di accumulo dell'acqua calda (compresi gli scaldi acqua elettrici) almeno due volte all'anno e ripristinarne il funzionamento dopo accurato lavaggio;**

Oltre a queste misure, per un'efficace prevenzione e' necessario effettuare periodicamente un'analisi del rischio, secondo quanto descritto nel prossimo paragrafo. Questa analisi diventa urgente in presenza di un caso di legionellosi.

Mensilmente effettuare un controllo compilando l'apposita chek-list prevenzione e registrarlo sul Mod RECOLE.

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 50 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

ELENCO NON ESAUSTIVO DELLE AZIONI PER IL CONTROLLO DELL' IMPIANTO IDRICO

PUNTI DI RISCHIO	TIPI DI RISCHIO	AZIONE PREVENTIVA PREVISTA	PERIODICITÀ DI CONTROLLO CONSIGLIATA
Cisterna di accumulo	Ristagno-carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	Bimestrale
Autoclave	Ristagno-carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	Trimestrale
Deposito dell'acqua calda	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) Temperatura tra 55 e 60°C	A) Mensile B) Trimestrale
Scambiatore di calore	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) Temperatura tra 55 e 60°C	Mensile
Docce	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) Temperatura tra 55 e 60°C a monte della miscelazione con l'acqua fredda	A) Mensile B) Quindicinale
Rubinetti	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) Temperatura tra 55 e 60°C a monte della miscelazione con l'acqua fredda	A) Trimestrale B) Quindicinale
Punti terminali	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	Pulizia e disinfezione	Trimestrale
Addolcitori	Ristagno-carica batterica elevata -incrostazioni	Pulizia e disinfezione	Trimestrale
Filtri per l'acqua	Ristagno-carica batterica elevata -incrostazioni	Pulizia e disinfezione	Mensile

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. PICO 2026 Revisione n° 03	Pag. 51 di 73
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

ELENCO NON ESAUSTIVO DELLE AZIONI PER IL CONTROLLO DEGLI IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO

AZIONI	MISURE DA PRENDERE	1 MESE	3 MESI	6 MESI	12 MESI	24 MESI	ISPEZIONI IGIENICHE
PRESE D'ARIA ESTERNE E GRIGLIE DI ESPULSIONE							
Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Pulizie ed eventuali riparazioni				X		
UNITA' CENTRALE DI TRATTAMENTO DELL'ARIA							
Ispezioni dell'uscita dell'aria (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Pulizie ed eventuali riparazioni				X		
Ispezioni per la formazione dell'acqua	Pulizie ed individuazione della causa			X			
FILTRI PER L'ARIA							
Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Sostituzione dei filtri difettosi		X				
Controllo della pressione differenziale	Sostituzione dello stadio di filtrazione	X					
Primo stadio di filtrazione					X		
Secondo stadio di filtrazione						X	
Controllo delle condizioni igieniche							X
DISPOSITIVI TERMINALI	Sostituzione del filtro e pulizia delle apparecchiature		X				
Ispezione della eventuale contaminazione delle apparecchiature terminali con filtro sull'aria in uscita	Sostituzione del filtro e pulizia delle apparecchiature				X		
Ispezione della eventuale contaminazione delle apparecchiature terminali con filtro sull'aria di ricircolo	pulizia			X			
Pulizia dei componenti						X	

3.3 - ANALISI DEL RISCHIO.

Quando si effettua una valutazione del rischio, tra i fattori da considerare si ricordano:

- a) la fonte di approvvigionamento dell'acqua dall'impianto;
- b) i possibili punti di contaminazione dell'acqua all'interno dell'edificio;
- c) le caratteristiche di normale funzionamento dell'impianto;
- d) le condizioni di funzionamento non usuali, ma ragionevolmente prevedibili (es.: rotture);
- e) le prese d'aria per gli edifici.

Costituiscono fonte di rischio:

- a) presenza e carica di legionella;
- b) condizioni ideali per la moltiplicazione (T°, materiale organico);
- c) tubature con flusso d'acqua minimo o assente;
- d) guarnizioni in gomma o in fibra naturale;
- e) presenza di impianti in grado di formare un aerosol;
- f) presenza di soggetti sensibili.

3.4 - NOMINA DI UN RESPONSABILE

La struttura deve individuare una persona responsabile per l'identificazione e la valutazione del rischio potenziale di infezione, che sia esperto e che comprenda l'importanza della prevenzione e dell'applicazione delle misure di controllo.

3.5 - ISPEZIONE DELLA STRUTTURA

Una corretta valutazione del rischio deve partire dall'analisi di uno schema aggiornato dell'impianto, per individuarne i punti critici.

- ✓ In base alla mappa si può prevedere quali siano le sezioni dell'impianto che possono presentare un rischio per gli ospiti o per i dipendenti.
- ✓ L'ispezione della struttura deve essere accurata per poter evidenziare eventuali fonti di rischio e valutare l'intero impianto, non solamente i singoli componenti.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

- ✓ A questo deve seguire la valutazione dell'uso delle varie sezioni o parti dell'impianto, alla ricerca di bracci morti o comunque soggetti a ristagno di acqua o a un suo defluire intermittente.

Una particolare attenzione deve essere posta nel valutare l'utilizzo delle differenti aree o ali della struttura, in funzione di una loro possibile bassa occupazione, che potrebbe favorire la proliferazione del batterio.

3.6 - PERIODICITA'

L'ANALISI DEL RISCHIO DEVE ESSERE EFFETTUATA REGOLARMENTE (ALMENO OGNI 2 ANNI) E OGNI VOLTA CHE CI SIA MOTIVO DI PENSARE CHE LA SITUAZIONE SI SIA MODIFICATA.

L'ANALISI DEVE, COMUNQUE, ESSERE RIFATTA AD OGNI SEGNALAZIONE DI UN POSSIBILE CASO DI LEGIONELLOSI.

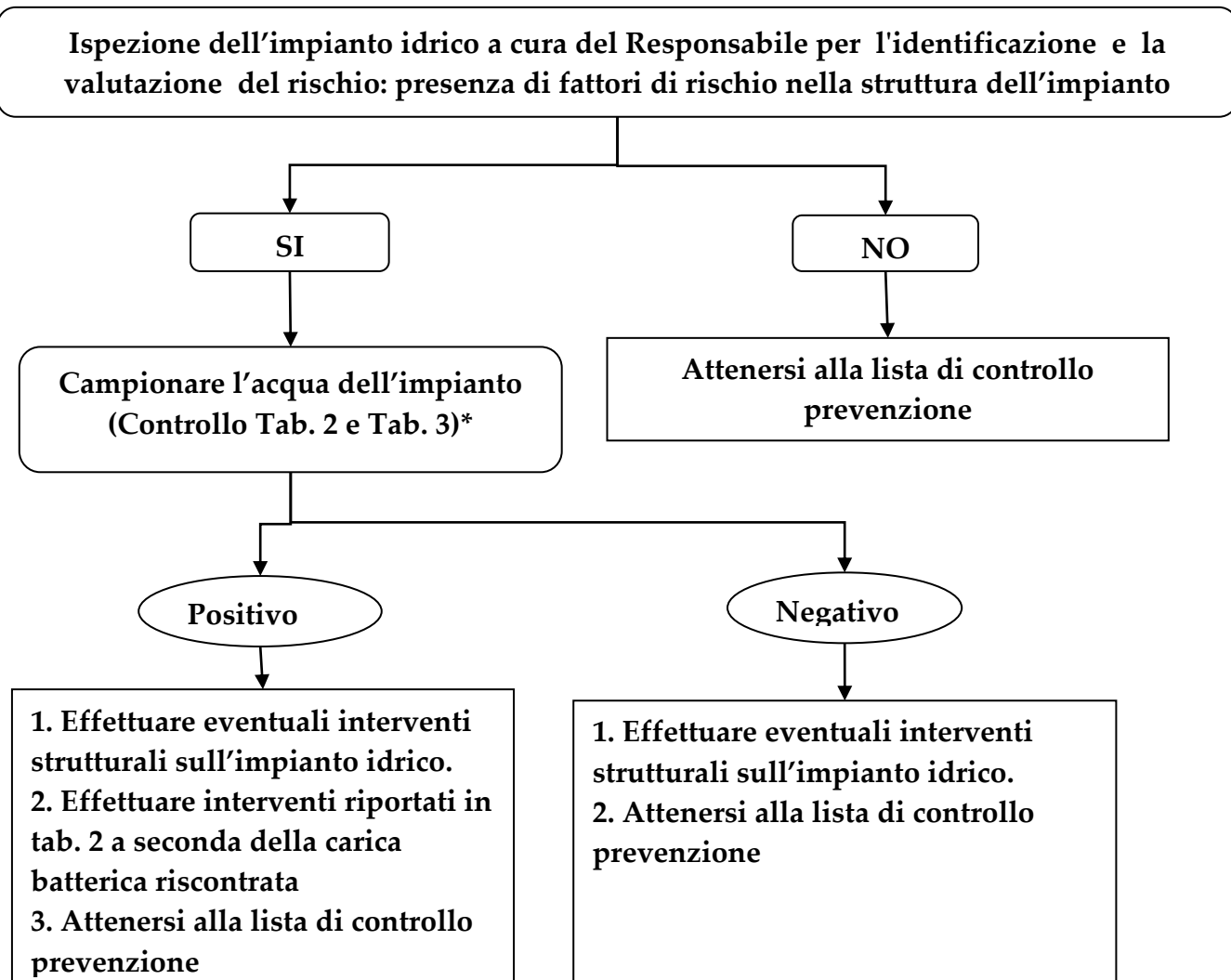
3.7 - REGISTRO DEGLI INTERVENTI

Il Responsabile Identificazione e Valutazione del rischio dell'impianto deve mantenere aggiornato il registro per la documentazione degli interventi di valutazione del rischio e di manutenzione, ordinari e straordinari, sugli impianti idrici e di climatizzazione.

4 - PIANO DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLA

Per un efficace controllo della Legionella è necessario effettuare una specifica analisi del rischio, come di seguito suggerito.

DIAGRAMMA RIASSUNTIVO DELL'ANALISI DEL RISCHIO



* Il campionamento e le analisi devono essere effettuate da laboratori accreditati in base alla Norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005 per il parametro specifico “Legionella”

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA
“INSIEME”**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

Tabella 2

**4.1 - TIPO DI INTERVENTO A SECONDA DELLA CONCENTRAZIONE DI LEGIONELLA.
(UFC/L) NELL'IMPIANTO IDRICO.**

Legionella (UFC/l)	Intervento richiesto
Minore di 100 UFC/L	Nessun intervento
Maggiore di 100 UFC/l ma minore o uguale a 1000 UFC/l	Verificare che siano in atto le Misure di prevenzione descritte. Nella struttura effettuare comunque una bonifica
Maggiore di 1000 UFC/l ma minore o uguale a 10.000 UFC/l	In assenza di casi, verificare che siano in atto le Misure di prevenzione descritte. In presenza di un caso singolo o di un cluster ² rivedere le misure di controllo messe in atto ed effettuare una bonifica
Maggiore di 10.000 UFC/l	Contaminazione importante: mettere in atto immediatamente misure di bonifica, sia in presenza che in assenza di casi. Successiva verifica dei risultati, sia immediatamente dopo la bonifica, sia periodicamente per verificare l'efficacia delle misure adottate.

² Definizione di cluster.

Possiamo identificare casi singoli di legionellosi o cluster di casi. Particolarmente rilevante ai fini delle misure di controllo della malattia e' il «cluster» di legionellosi associata ai viaggi, definito come il verificarsi di due o piu' casi associati con la stessa struttura turistico-recettiva nell'arco di due anni.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

Tabella 3

**TIPO DI INTERVENTO A SECONDA DELLA CONCENTRAZIONE DI LEGIONELLA
(UFC/L) NEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE.**

Legionella (UFC/l)	Intervento richiesto
Minore o uguale a 1000 UFC/l	Nessun intervento
Maggiore di 1000 UFC/l ma minore o uguale a 10.000 UFC/l	In assenza di casi, verificare che siano in atto le misure di prevenzione descritte nella procedura ed effettuare una valutazione del rischio. In presenza di un caso singolo o di un cluster rivedere le misure di controllo messe in atto ed effettuare una bonifica
Maggiore di 10.000 UFC/l	Contaminazione importante: mettere in atto immediatamente misure di bonifica, sia in presenza che in assenza di casi. Successiva verifica dei risultati, sia immediatamente dopo la bonifica, sia periodicamente per verificare l'efficacia delle misure adottate.

L'indagine ambientale consente quindi di identificare sia gli interventi di emergenza da mettere in atto immediatamente, sia quelli a lungo termine, necessari per prevenire il verificarsi di ulteriori casi di legionellosi.

4.2 - MISURE DA PORRE IN ESSERE IN PRESENZA DI RISCHIO

Se nella struttura si evidenzia la presenza di un potenziale rischio (es.: la temperatura dell'acqua calda è inferiore a quella raccomandata che è di 50°C; la concentrazione di disinfettante non raggiunge il livello necessario per l'abbattimento della carica batterica; o altro) si deve effettuare un campionamento dell'acqua per la ricerca di Legionella, in un numero di siti che sia rappresentativo di tutto l'impianto idrico, e comunque non inferiore a sei.

4.3 - SITI DI CAMPIONAMENTO

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. S.C. 1 2026 Revisione n° 03	Pag. 57 di 80
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

I siti da cui effettuare il campionamento per l'impianto idrico sono i seguenti:

rete dell'acqua fredda:

- a) serbatoio dell'acqua (possibilmente dalla base);
- b) il punto piu' distante dal serbatoio;

rete dell'acqua calda:

- a) la base del serbatoio dell'acqua calda vicino alle valvole di scarico;
- b) ricircolo dell'acqua calda;
- c) almeno 2 siti di erogazione lontani dal serbatoio dell'acqua calda (docce, rubinetti).

4.4 - FREQUENZA DEI CONTROLLI

LA FREQUENZA PER IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLA DEVE ESSERE STABILITA NEL TEMPO E IN FUNZIONE DELL'ANDAMENTO DELL'ANALISI DEL RISCHIO, IN VIA DEL TUTTO INDICATIVA VENGONO COMUNQUE DESCRITTE LE FASI DI CONTROLLO.

- a) **In una prima fase il campionamento deve essere ripetuto mensilmente per almeno sei mesi.**
- b) **Se il campionamento risulta negativo** ma non e' possibile adottare le misure di prevenzione indicate al punto 3.1 esso deve essere ripetuto con cadenza da stabilirsi sulla base dell'analisi del rischio e inserito nel piano di autocontrollo.
- c) **Nel caso in cui il campionamento risulti negativo e vengano effettuati gli interventi necessari a rimuovere potenziali fattori di rischio dall'impianto ed adottate le procedure riportate nella lista di controllo, non e' necessario ripetere il campionamento mensilmente, ma solo ad intervalli dipendenti dai risultati dell'analisi del rischio.**
- d) **Se il campionamento e' positivo**, oltre a quanto specificato nella lista di controllo, occorre mettere in atto le misure elencate nella tabella 2, a seconda della carica di legionella riscontrata all'esame batteriologico.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)	

Le indagini vanno indirizzate prevalentemente alla ricerca di *Legionella* nel circuito di acqua calda sanitaria estendendole anche al circuito dell'acqua fredda qualora quest'ultimo presenti una temperatura superiore a 20°C al postflushing (dopo circa 2 minuti di flussaggio) e a ogni altro sistema idrico comprese le torri di raffreddamento e, in generale, agli impianti di condizionamento (acqua di condensa, di umidificazione, filtri, ecc.).

I punti di campionamento ritenuti più rappresentativi e da cui, sostanzialmente, non si può prescindere per la valutazione di un impianto idrico sono:

1. collettore di uscita dell'acqua calda sanitaria dal serbatoio o dal bollitore (collettore normalmente indicato con il termine “mandata”). Il prelievo sulla mandata deve essere effettuato prima di ogni eventuale miscelazione;
2. collettore di ritorno dell'acqua calda sanitaria (collettore normalmente indicato con il termine “ricircolo”);
3. fondo dei serbatoi di accumulo e degli scaldacqua; in tali serbatoi si possono depositare masse consistenti di calcare all'interno delle quali la temperatura dell'acqua è relativamente più bassa e conseguentemente viene favorita la nidificazione e la proliferazione della *Legionella*;
4. tratti particolari delle tubazioni secondarie poco utilizzate o tratti terminali non connessi a sistemi di ricircolo (detti rami morti). In questi tratti di tubazione è possibile la formazione di un consistente strato di biofilm nel quale può nidificare e proliferare la *Legionella*; se questi punti di erogazione sono poco usati è consigliabile eliminarli o vietarne l'accesso alla utenza;
5. punti di erogazione più vicini e più distali rispetto al sistema di produzione dell'acqua calda sanitaria: soffioni delle docce e/o doccette di vasche da bagno ovvero da rubinetti di lavabo, sistemi rompigitto, tubi in gomma con doccia a telefono, aeratori, ugelli. I punti più lontani dalla produzione di acqua calda o in cui l'acqua non arriva a temperatura elevata per problemi impiantistici vengono individuati mediante un monitoraggio della temperatura di distribuzione dell'acqua calda su tutto l'impianto.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	---

La mandata e il ricircolo sono particolarmente importanti. La **mandata** rappresenta l'uscita dell'acqua calda dal bollitore prima di qualsiasi miscelazione e di norma dovrebbe essere libera da *Legionella*. Il **ricircolo** rappresenta il ritorno dell'acqua dall'impianto alla centrale termica. Il suo grado di contaminazione rispecchia in modo generale l'entità della contaminazione di tutto l'impianto e indirettamente l'efficacia della manutenzione. **Il riscontro di cariche > 100UFC/l nella mandata e >10.000UFC/l nel ricircolo determinano la necessità di bonifica dell'impianto.**

Altri punti di prelievo possibili sono:

- ☐ acqua di umidificazione, di condensa e acqua di sifoni ed altre parti degli impianti per l'aria condizionata (es: filtri o parti di essi);
- ☐ acqua in entrata e in uscita dagli addolcitori;
- ☐ serbatoi di accumulo dell'acqua fredda;

Oltre al campionamento dell'acqua può essere previsto il campionamento del biofilm.

La formazione di biofilm negli impianti di distribuzione dell'acqua assume una rilevanza sanitaria particolare se si considera che il continuo rilascio, da parte del biofilm nell'acqua, di microrganismi, potenzialmente anche patogeni, può costituire una fonte di diffusione di contaminazione della rete idrica e un rischio per la salute dei consumatori. L'andamento della formazione di biofilm associati ad acqua è stato seguito attraverso una serie di indagini microbiologiche condotte, in condizioni controllate, su tubi costituiti da materiali che possono essere utilizzati per la distribuzione di acque potabili ai sensi del Decreto del Ministero della Salute n. 174. L'indagine ha evidenziato che, rispetto agli altri materiali selezionati, il biofilm formato su tubi di polietilene reticolato era in grado

di sostenere concentrazioni più elevate di microrganismi. Questa caratteristica è stata anche osservata in biofilm sviluppato in condizioni di stagnazione dell'acqua rispetto a biofilm prodotti su superfici in condizioni dinamiche di flusso dell'acqua nei tubi.

Diversi patogeni e potenziali patogeni sono stati isolati dai biofilm (*Legionella*, *Aeromonas*, protozoi, micobatteri). Tra i patogeni idrodiffusi, *Legionella pneumophila*, insieme a *Pseudomonas* e ad alcuni eterotrofi ambientali opportunisti patogeni, è il microrganismo spesso maggiormente riscontrato nei sistemi di distribuzione delle acque potabili. La *Legionella*, *Mycobacterium*, potenziale responsabile di patologie trasmesse attraverso l'acqua, può mantenersi vitale per 1-2 settimane anche nell'acqua disinfettata, a differenza di altri patogeni

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA
“INSIEME”**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

I campioni di biofilm possono essere prelevati da:

- ☐ pareti di tubature e serbatoi;
- ☐ bocco di rubinetti;
- ☐ filtri rompigetto;
- ☐ interno dei soffioni delle docce.

Tabella 4 - Prevenzione e controllo della contaminazione del sistema idrico

Metodi	Quando	Commenti
Ricerca della Legionella nell'impianto idrico	Frequenza dei controlli descritta al punto 4.4	In assenza di casi, verificare che siano in atto le Misure di prevenzione descritte al punto 3.2. In presenza di un caso singolo o di un cluster rivedere le misure di controllo messe in atto ed effettuare una bonifica
Trattamento termico: 1. Aumento della T° dell'acqua calda a 70-80°C continuativamente per tre giorni consecutivi con scorrimento per 30 minuti al giorno (shock termico) 2. Mantenimento di una temperatura tra i 55-60°C nella rete dell'acqua calda	In caso di infezioni da Legionella sp. e in presenza di massiva contaminazione dell'impianto Quando si mette in funzione il sistema idrico	Indispensabili controlli microbiologici, da ripetere periodicamente. Controlli periodici della temperatura in punti periferici rappresentativi dell'impianto. Controlli microbiologici in presenza di uno o più casi
Clorazione: 1. Iperclorazione shock: immettere cloro nell'acqua fino ad ottenere concentrazioni di cl residuo di 20-50 mg/L. Periodo di contatto: 2 ore con 20mg/L oppure 1 ora con 50mg/L. 2. Iperclorazione continua: aggiungere cloro in modo che la concentrazione residua sia compresa tra 1-3 mg/L.	In caso di infezioni da Legionella sp. e in presenza di massiva contaminazione dell'impianto	Disinfezione sistemica, con una concentrazione disinfettante residua. Azione corrosiva del cloro sulle tubature Minimizza la colonizzazione di legionella nei punti distali
Raggi ultravioletti	Misura di riserva applicabile in circostanze particolari	Metodo relativamente costoso. I raggi UV hanno solo un effetto locale e sono possibili contaminazioni distali
Ionizzazione rame/argento	In presenza di contaminazione da Legionella sp nell'impianto idrico o come misura preventiva in alternativa alla disinfezione termica	Facile applicazione e non influenzato dalla T° dell'acqua. Verificare che la concentrazione degli ioni Cu e Ag non superi la CMA prevista dalla legislazione vigente
Perossido d'idrogeno e argento stabilizzati	In presenza di contaminazione da Legionella sp nell'impianto idrico o come misura preventiva in alternativa alla disinfezione termica o	

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

	con cloro	
Biossido di cloro	In presenza di contaminazione da Legionella sp nell'impianto idrico o come misura preventiva in alternativa alla disinfezione termica o all'iperclorazione	Indicato per contrastare la crescita di biofilm

5 - PROVVEDIMENTI

5.1 - MISURE A BREVE TERMINE

Poiché i metodi massivi di disinfezione non sono sufficienti per eliminare definitivamente la presenza di legionella in una rete dell'acqua calda e la disinfezione puntuale di una rete senza misure strutturali ha solo un'azione temporanea, è necessario mettere in atto le seguenti misure a breve termine:

- Sostituzione dei giunti, filtri dei rubinetti e cippole delle docce, tubi flessibili delle docce usurati e di ogni altro elemento di discontinuità.
- Decalcificazione degli elementi meno usurati in una soluzione acida (per es. acido sulfamico, aceto bianco ecc.) e disinfezione in una soluzione contenente almeno 50 mg di cloro libero per litro d'acqua fredda per almeno 30 minuti.

5.2 - MISURE A LUNGO TERMINE

Le misure sopracitate hanno un effetto limitato nel tempo, è quindi necessario mettere in pratica le seguenti misure a lungo termine:

- Almeno una volta l'anno svuotare, pulire e disinfettare serbatoi, scaldabagni e tubature. I prodotti chimici utilizzati devono essere puri, gli operatori devono essere protetti e la disinfezione praticata dopo la pulizia e il risciacquo. Un risciacquo prolungato seguito eventualmente da una disinfezione è necessario dopo l'installazione di nuove tubature e dopo lavori di manutenzione dell'impianto.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

- Il controllo della formazione di depositi di calcare può essere realizzato, se necessario, sui circuiti dell'acqua calda con l'aiuto degli usuali sistemi in commercio (resine a scambio ionico, ecc.). In questo caso è necessario un monitoraggio giornaliero da parte di personale appositamente addestrato.

- La decalcificazione periferica delle docce deve essere effettuata regolarmente, al minimo una volta all'anno.

- In occasione di lavori sulla rete idrica:

- approfittare per eliminare bracci morti e tubi ostruiti. Aggiornare la pianta della rete.
- effettuare un risciacquo prolungato che può essere seguito da una disinfezione e da un altro risciacquo.

Infine se i casi sono associati ad impianti di condizionamento dell'aria, occorre bloccarli, procedere alla loro pulizia e disinfezione, alla loro modifica (se necessaria) ed alla loro regolare manutenzione con particolare riferimento alla sostituzione dei filtri;

vanno inoltre modificati i sistemi di umidificazione dell'ambiente.

6 - MISURE DI SICUREZZA PER LE PROCEDURE DI DECONTAMINAZIONE

Sebbene esistano pochissimi dati in letteratura, si ritiene che gli addetti alla manutenzione o alla pulizia di sistemi di smaltimento del calore di tipo umido (Wet Type Heat Rejection, WTHR) o di altri dispositivi produttori di aerosol siano da ritenersi lavoratori ad alto rischio di esposizione per la legionella. Per questi soggetti la più valida misura di prevenzione è costituita dall'uso di una maschera respiratoria dotata di filtro HEPA o "tipo H" ad alta efficienza. I filtri in grado di trattenere aerosol, nebbie, particolati, particelle di amianto, ecc., dovrebbero essere in grado di assicurare una adeguata protezione nei confronti della legionella.

L'uso della maschera è particolarmente raccomandato nelle operazioni di pulizia basate sull'impiego di vapore, acqua o aria ad alta pressione o su altri mezzi che possono generare aerosol.

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

Per gli addetti alla decontaminazione, inoltre, si raccomandano misure di protezione aggiuntive (guanti di gomma, occhiali e tute protettive).

Tutti gli interventi che vengono effettuati devono essere registrati sul Mod. RECOLE.

I Rapporti di prova rilasciati dai Laboratori accreditati devono essere allegati.

7 – NON CONFORMITÀ

Ogni anomalia che pregiudichi la salubrità e la sicurezza degli impianti idrico e di areazione deve essere comunicata al Responsabile Identificazione e Valutazione del rischio. e rimossa.

Tutti gli operatori devono essere addestrati ad individuare le Non Conformità e a segnalarle immediatamente al responsabile dell’Impianto.

Le Non Conformità si applicano:

- alle temperature non idonee dell’acqua sia calda che fredda;
- alle condizioni di igiene di ambienti, attrezzature non idonee;
- al cattivo funzionamento delle apparecchiature/attrezzature;
- al personale qualora non adempia puntualmente alle prescrizioni indicate al punto 3.1 c);
- alla presenza di incrostazioni rilevate su rubinetti, docce, diffusori delle docce e rompigitto;
- al rilevamento di parametri microbiologici, chimici e fisici al di sopra dei limiti legislativi;
- Alla documentazione;
- Ad un reclamo dell’utente;
- Ad ogni altra anomalia;

Al rilevare di una Non Conformità il Responsabile Identificazione e Valutazione del rischio provvede ad attivare la procedura per la registrazione sul Mod. NCAC, l’indagine sulle cause e la risoluzione della N.C. attraverso un’Azione Correttiva tendente ad impedirne la ricomparsa o ridurre al minimo la possibilità che si verifichi ancora.

L’Azione Preventiva deve tendere ad evitare eventuali N.C. e a migliorare il sistema dell’Autocontrollo.

8 - AZIONI CORRETTIVE

È compito del Responsabile Identificazione e Valutazione del rischio Dott. Giorgio Marcelli verificare l'efficacia dell'AC e registrarla sull'apposito modello.

⇒ Alla rilevazione di un fattore di rischio nella struttura dell'impianto, effettuare l'analisi delle cause e attuare la procedura per la risoluzione della Non Conformità e attivare la procedura per la ricerca della Legionella.

⇒ Al verificarsi di un caso o un cluster di casi di legionellosi è necessario che il responsabile predisponga:

1. Un'indagine epidemiologica e ambientale con campionamenti e relativa analisi microbiologica;

1.1 Ogni volta che si verifica un caso o un cluster di casi associati ad una struttura recettiva deve essere richiesto l'intervento delle Autorità Sanitarie Locali affinché conducano un'accurata indagine epidemiologica ed ambientale con l'esecuzione di campionamenti di acqua, al fine di confermare o escludere la struttura recettiva come possibile fonte d'infezione;

✚ il numero dei campioni da prelevare e' proporzionale alle dimensioni dell'impianto;

✚ la visita di controllo ed il campionamento si svolgono alla presenza del responsabile e/o del tecnico che gestisce gli impianti;

1.2 In presenza di un cluster, l'analisi microbiologica deve essere effettuata dal Laboratorio regionale di riferimento in grado di identificare Legionella spp e sottogruppi, poiché l'individuazione della presenza e del tipo di legionelle e' tecnicamente complessa e richiede competenze di laboratori specializzati. Il campionamento permette di effettuare una valutazione della contaminazione dell'impianto idrico della struttura, distinguendo fra una colonizzazione locale ed una sistemica, e di identificare i punti a maggior rischio. Anche se e' difficile definire il limite massimo di legionelle presenti in un impianto al di sotto del quale la probabilità di contrarre la malattia sia assente, si considera comunemente che, in presenza di una

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

carica inferiore o uguale a 10^2 unità formanti colonia (UFC)/litro, la probabilità di essere infettati sia estremamente bassa.

9 - RIFERIMENTI LEGISLATIVI

PROVVEDIMENTO 13 gennaio 2005 -Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, **avente ad oggetto «Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-ricettive e termali»**, suggerisce anche le norme di comportamento che riducano al minimo tale rischio.

LINEE GUIDA per la prevenzione e il controllo della legionellosi G.U. N.103 5/5/2000

LINEE GUIDA per gestori di strutture RECETTIVE G.U. N.28 2/2/2005

LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. S.C. 1 2026 Revisione n° 03	Pag. 66 di 80
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME” VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

REGISTRO DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLA

DATI GENERALI DELL' AZIENDA

RAGIONE SOCIALE	
LEGALE RAPPRESENTANTE	GIUSEPPE CARRABS
SEDE DELLA STRUTTURA	
ATTIVITÀ ESERCITATA	
RECETTIVITÀ AUTORIZZATA (ART. 231 TULLSS)	
DATA COSTRUZIONE IMMOBILE	
D ATA EVENTUALI RISTRUTTURAZIONI	

**RESPONSABILE DEL REGISTRO MANUTENZIONE IDRO-POTABILE E
DELL'IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

	Nome e cognome	Mansione
Responsabile del registro della manutenzione	GIUSEPPE CARRABS	D.L.
Responsabile dell'identificazione e valutazione del rischio	DOTT. GIORGIO MARCELLI	RSPP

	Data ultima modifica: 26/02/26	File: R.C. S.C. 1 2026 Revisione n° 03	Pag. 67 di 80
--	-----------------------------------	---	------------------

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

DOCUMENTAZIONE

La documentazione richiesta va allegata al Registro, a cura del Responsabile, al fine di conoscere la situazione impiantistica dal punto di vista idro-potabile e di condizionamento.

Tale documentazione deve essere a disposizione degli organi di controllo presso la sede della struttura.

DOCUMENTI

Autorizzazione Art. 231 T.U. LL.SS.

Autorizzazione Sanitaria Legge 283/62 e DPR 327/80

Schema dell'impianto idro-sanitario a partire dai punti di approvvigionamento, con tipologia dei materiali utilizzati ed eventuale ricircolo dell'acqua calda;

Planimetria impianto di condizionamento, con o senza controllo dell'umidità

Planimetria del fabbricato

Ulteriore documentazione:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA
“INSIEME”**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

VALUTAZIONE DEI PUNTI A RISCHIO IMPIANTO IDRICO E RELATIVE MANUTENZIONI

PUNTI DI RISCHIO	TIPI DI RISCHIO	AZIONE PREVENTIVA PREVISTA	PERIODICITÀ DI CONTROLLO CONSIGLIATA
Cisterna di accumulo	Ristagno-carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	Bimestrale
Cisterna di accumulo antincendio n.a.	Ristagno-carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	Mensile
Autoclave	Ristagno-carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	Trimestrale
Deposito dell'acqua calda	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata	A) Pulizia e disinfezione	A) Mensile
	B) Temperatura tra 25 e 45°C	B) Temperatura tra 55 e 60°C	B) Trimestrale
Scambiatore di calore	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata	A) Pulizia e disinfezione	Mensile
	B) Temperatura tra 25 e 45°C	B) Temperatura tra 55 e 60°C	
Docce	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata	A) Pulizia e disinfezione	A) Mensile
	B) Temperatura tra 25 e 45°C	B) Temperatura tra 55 e 60°C a monte della miscelazione con l'acqua fredda	B) Quindicinale
Rubinetti	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata	A) Pulizia e disinfezione	A) Trimestrale
	B) Temperatura tra 25 e 45°C	B) Temperatura tra 55 e 60°C a monte della miscelazione con l'acqua fredda	B) Quindicinale
Punti terminali	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	Pulizia e disinfezione	Trimestrale
Condutture, punti di giunzione, rami morti dell'impianto idro-sanitario fatti nel tempo	A) Ristagno-incrostazioni-carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	Pulizia e disinfezione	Da valutare in base alla conoscenza dell'impianto e dei lavori di ristrutturazione
Addolcitori n.a.	Ristagno-carica batterica elevata -incrostazioni	Pulizia e disinfezione	Trimestrale
Filtri per l'acqua	Ristagno-carica batterica elevata -incrostazioni	Pulizia e disinfezione	Mensile

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA
“INSIEME”**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

VALUTAZIONE DEI PUNTI A RISCHIO IMPIANTO CONDIZIONAMENTO E RELATIVE MANUTENZIONI

AZIONI	MISURE DA PRENDERE	1 MESE	3 MESI	6 MESI	12 MESI	24 MESI	ISPEZIONI IGIENICHE
PRESE D'ARIA ESTERNE E GRIGLIE DI ESPULSIONE							
Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Pulizie ed eventuali riparazioni				X		
UNITA' CENTRALE DI TRATTAMENTO DELL'ARIA							
Ispezioni dell'uscita dell'aria (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Pulizie ed eventuali riparazioni				X		
Ispezioni per la formazione dell'acqua	Pulizie ed individuazione della causa			X			
FILTRI PER L'ARIA							
Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Sostituzione dei filtri difettosi		X				
Controllo della pressione differenziale	Sostituzione dello stadio di filtrazione	X					
Primo stadio di filtrazione					X		
Secondo stadio di filtrazione						X	
Controllo delle condizioni igieniche							X
DISPOSITIVI TERMINALI	Sostituzione del filtro e pulizia delle apparecchiature		X				
Ispezione della eventuale contaminazione delle apparecchiature terminali con filtro sull'aria in uscita	Sostituzione del filtro e pulizia delle apparecchiature				X		
Ispezione della eventuale contaminazione delle apparecchiature terminali con filtro sull'aria di ricircolo	pulizia			X			
Pulizia dei componenti						X	

In questa scheda, compilata a cura del Responsabile del Registro, vanno annotati tutti gli interventi eseguiti sull'impianto idrico e di condizionamento, per la manutenzione straordinaria. ***Seguire la Check-list derivata dalla individuazione dei punti critici su planimetria specifica e allegata.***

[illegible]

Il Responsabile del Registro:

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA
“INSIEME”**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

CHECK-LIST DI VERIFICA DELLE PROCEDURE PER IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLA

Data della Verifica

Operatore alla Verifica

Firma

ISTANZE	SI	NO	DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA'
L'impianto idrico presenta dei punti di stagnazione di acqua?			
Il personale provvede ad effettuare il ricambio di acqua nelle stanze non utilizzate frequentemente?			
Le docce, i diffusori delle docce, i rubinetti, i rompigitto sono puliti e liberi da incrostazioni?			
Il serbatoio dell'acqua è stato regolarmente ispezionato e pulito e disinfettato?			
Il serbatoio dell'acqua presenta depositi di sporcizia?			
E' stata controllata la temperatura del serbatoio dell'acqua calda?			
I filtri dell'acqua sono regolarmente puliti?			
Viene effettuato il controllo delle temperature?			
Sono state effettuate le ispezioni tecniche e manutentive all'impianto di climatizzazione?			
Vengono regolarmente effettuate le operazioni di pulizia delle apparecchiature terminali dell'impianto di climatizzazione?			
Le vasche di raccolta della condensa vengono vuotate dell'acqua, disincrostate e disinfettate in modo da prevenire formazioni di colonie fungine e batteriche?			
Il Registro degli interventi (Mod. RECOLE) è puntualmente aggiornato?			
Il personale adotta le necessarie misure preventive durante gli interventi di manutenzione ordinaria?			
Vengono messe in atto le necessarie azioni correttive a seguito di Non Conformità rilevate?			

**ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA
RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA
“INSIEME”**

VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)

MODELLO NON CONFORMITÀ

RAPPORTO N°		DESCRIZIONE DELLA N.C.	
RESPONSABILE INDIVIDUAZIONE N.C. SIGLA		FIRMA	DATA
ANALISI DELLA N.C.			
SISTEMA IDRICO ☐	CLIMATIZZAZIONE ☐	RECLAMO Fondato ☐ Infondato ☐ Scritto ☐ Verbale ☐	
PERSONALE ☐	TEMPERATURA ☐	PRESENZA DI LEGIONELLA ☐	DOCUMENTAZIONE ☐
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO		VALUTAZIONE N.C. ☐ OSS ☐ -	
ANALISI DELLE CAUSE N.C.			
DESCRIZIONE DELL’AZIONE CORRETTIVA			
DESCRIZIONE DELL’AZIONE PREVENTIVA			
FIRMA RVR	DATA	RESPONSABILE DI FUNZIONE COINVOLTO SIGLA FIRMA	
FIRMA RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE		DATA ATTUAZIONE ENTRO	
VERIFICA			
MONITORAGGIO EFFICACIA positivo ☐ negativo ☐		DATA	RVR

♣ N.C. = Non Conformità; ♣ OSS = osservazione; ♣ RVR= Responsabile Valutazione del Rischio

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

DGR 460 DEL 28/06/2024

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	--

RELAZIONE SINTETICA DEL PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI :

Già nel 2024 era stato costituito un team per il controllo della legionellosi, composto dalle seguenti figure:

D.L.

RSPP

Risk manager

Coordinatore Infermieristico

Consulente Esterno

Resp. Manutenzione.

Inoltre sarà realizzata una piattaforma documentale con i risultati, le procedure e manuale di autocontrollo con relativo registro ;

Nel manuale di controllo è già riportata la modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste;

Il risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica risulta ad oggi negativo con nessuna segnalazione di caso sospetto o acclamato, quindi il piano in atto risulta efficace.

Nel piano di miglioramento previsto si sta studiando l'installazione di impianto di sanificazione del circuito idraulico;

E' stata pianificata per il 2026 la formazione degli operatori.

PIANO SICUREZZA DELL'ACQUA

Ai sensi del D.L. gs. 18/2023

	ASSOCIAZIONE INSIEME ONLUS, STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO RIABILITATIVA H12 DENOMINATA “INSIEME”
--	--

	VIA CARDINALE PIETRO PARENTE, 33 SAN CESAREO (RM)
--	---

INDICE

- 1. RIFERIMENTI NORMATIVI**
- 2. ANAGRAFICA DEL GESTORE**
- 3. DESCRIZIONE DEL SISTEMA IDROPOTABILE**
- 4. METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO**
- 5. PROGRAMMA DI MONITORAGGIO**
- 6. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ**
- 7. FORMAZIONE E COMPETENZE**
- 8. REVISIONE DEL PSA**

1. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Direttiva (UE) 2020/2184
- D.Lgs. 18/2023
- Linee guida ISS sui Water Safety Plan
- WHO – Guidelines for Drinking-water Quality (ultima edizione)
- D.M. 14 giugno 2017 (parametri Legionella – se applicabile)
- Norme UNI EN relative a materiali e impianti idropotabili

2. ANAGRAFICA DEL GESTORE

Gestore: ACEA

Team multidisciplinare :

D.L.

RSPP

Risk manager

Coordinatore Infermieristico

Consulente Esterno

Resp. Manutenzione.

3. DESCRIZIONE DEL SISTEMA IDROPOTABILE

3.1 Schema generale del sistema

Il sistema comprende:

- Acquedotto

4. METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il PSA è redatto secondo approccio:

Hazard Identification → Risk Assessment → Risk Management → Monitoring → Review

4.1 Identificazione dei pericoli

Per ciascuna fase:

- Microbiologici
- Chimici
- Fisici
- Radiologici
- Eventi intenzionali (sabotaggio)

4.2 Analisi del rischio

Metodologia adottata: matrice probabilità × gravità.

Scala probabilità:

- 1 = Raro
- 2 = Improbabile
- 3 = Possibile
- 4 = Probabile
- 5 = Molto probabile

Scala gravità:

- 1 = Impatto trascurabile
- 5 = Impatto sanitario grave

Rischio = $P \times G$

Classificazione:

- 1–5 = Basso
- 6–12 = Medio
- 13–25 = Alto per la nostra struttura

5. PROGRAMMA DI MONITORAGGIO

Conforme allegati I e II del D.Lgs. 18/2023.

5.1 Monitoraggio di routine

ANALISI MICROBIOLOGICHE SU ACQUA DESTINATA AL CONSUMO UMANO:

Conta Legionella spp (Metodo: [ISO 11731:2017] [matrice A; procedure 8-9-10 (terreni A e C-GVPC)])

punti prelievo: entrata ACEA, centrale termica, n.4 docce, n.4 servizi igienici (n. 4 acqua fredda , n. 4 acqua calda)

5.2 Monitoraggio di verifica

- Qualora risultasse la presenza della ssp provvederemo a fare la conta Legionella pneumophila (sierogruppo 1 e sierogruppi 2-14 o sierogruppi 2-15) (Metodo: [ISO 11731:2017] [matrice A; procedure 8-9-10 (terreni A e C-GVPC))

6. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

La Procedura in caso di NC:

1. Segnalazione immediata
2. Comunicazione ad ASL
3. Attivazione piano emergenza
4. Informazione utenza (art. 15 D.Lgs. 18/2023)

7. FORMAZIONE E COMPETENZE

- Formazione annuale personale
- Addestramento su emergenze
- Aggiornamento normativo

Registri formativi allegati.

8. REVISIONE DEL PSA

- Revisione ordinaria: biennale
- Revisione straordinaria:
 - Modifica impianto
 - Nuovi parametri normativi
 - Evento sanitario

DICHIARAZIONE FINALE

Il presente Piano di Sicurezza dell'Acqua è redatto ai sensi del D.Lgs. 18/2023 ed è conforme ai principi del risk assessment e risk management previsti dalla normativa europea vigente