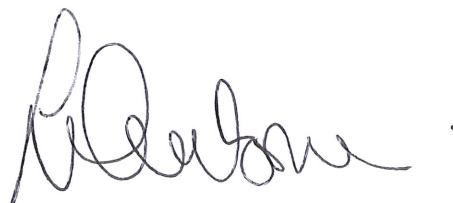


PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Italian Hospital Group Spa
CAMPUS

Dr.ssa Laura Ombroni

Risk Manager



Anno 2026

clariane.it

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.P.A. A SOCIO UNICO (Soggetta a direzione e coordinamento di Clariane S.E.)

Sede Legale e Amministrativa: Via Tiburtina Valeria 188 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Tel. +39 0774 3861 - Fax +39 0774 386104 - info@clariane.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 06703461001 - R.E.A. 984329 - Capitale Sociale € 1.650.000,00 int. versato
italianhospitalgroup@legalmail.it

1. INTRODUZIONE

La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti. Negli anni si è visto che solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica. Il coinvolgimento delle Professioni all'interno delle aziende sanitarie risulta essere un elemento vincente in termini di conoscenza e consapevolezza, così da favorire la disponibilità al cambiamento e l'utilizzo sinergico e consapevole dei vari strumenti offerti dal Risk Management. Il presente Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) definisce e pianifica le modalità, le responsabilità, i criteri, gli strumenti, gli indicatori e gli obiettivi individuati dall'organizzazione per la prevenzione, contenimento e gestione di eventi avversi, con l'obiettivo di garantire la sicurezza dei pazienti e migliorare la qualità delle cure. La gestione del rischio clinico mira a garantire la sicurezza dei pazienti, prevenendo gli errori evitabili e contenendo i possibili effetti dannosi. La conoscenza di tutti i fattori causali o contribuenti al verificarsi di errori è fondamentale per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

Il PARS è stato elaborato sulla base di quanto indicato dal "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" approvato e adottato con determina G00643 del 25.01.2022 della Regione Lazio.

L'Italian Hospital Group S.p.A si costituisce nel 2001 per la gestione di Strutture socio-sanitarie extra-ospedaliere in regime di accreditamento con il S.S.R.

Le Strutture insistono sul territorio di competenza territoriale di ASL ROMA 5.

2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

L'Italian Hospital Group, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, dedica una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione. In considerazione dell'impatto che le infezioni correlate all'assistenza hanno sull'assistenza stessa e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche (*Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*, adottato con Det.N.G16501 del 28/11/2022 e *Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza*, adottato con Det.n.G17673 del 23/12/2025).

Le infezioni correlate all'assistenza sono infezioni acquisite che possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali e sono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Sono inoltre sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici. La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), rilevando i casi di infezione, consente di mettere in pratica adeguati interventi finalizzati al trattamento e al controllo dei casi.

Si provvede, quindi, all'impostazione di una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, al trasferimento in ambiente ospedaliero.

Per quanto riguarda l'attuale gestione delle infezioni, in caso di sospetto o di caso conclamato, si procede all'isolamento del Paziente ove possibile, alla segnalazione del caso a tutto il personale operante in struttura, al corretto utilizzo dei DPI e dei percorsi dedicati. Si provvede, quindi, all'impostazione di una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, al trasferimento in ambiente ospedaliero. Infine, per quanto riguarda l'attuale uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, la struttura è dotata di dispenser, monitorati e puntualmente gestiti.

Sono inoltre presenti in ogni reparto e in ogni punto di assistenza, a disposizione degli operatori e dei familiari/visitatori, dispenser di gel idroalcolico per l'igiene delle mani. Gli operatori sono comunque costantemente sensibilizzati al problema anche attraverso le informative (cartelli) disponibili in tutti gli ambienti.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Ai sensi della citata Determinazione regionale recante le “linee di indirizzo per l’elaborazione del PARS”, il presente documento si applica alle strutture socio-sanitarie IHG a regime residenziale.

Le strutture a regime semiresidenziale e domiciliare continueranno, in tema di gestione del rischio clinico e del rischio infettivo, ad ottemperare ai requisiti previsti dalla normativa regionale di autorizzazione e di accreditamento.

Pertanto, il presente PARS si applica ai seguenti settings assistenziali IHG:

1. Strutture Residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, nei diversi livelli di trattamento: Mantenimento, Estensivo, Estensivo DCCG ed Intensivo;
2. Strutture che erogano Cure Palliative in regime residenziale e domiciliare.

4. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

Tabella 1: presidi socio-sanitari attivi

DENOMINAZIONE STRUTTURA	Indirizzo	Tipologia	ASL di competenza	Livello Assistenziale	Posti
ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE					
I RSA GERIATRIA - PAD. B-C4	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	RSA	RM 5	Mantenimento Alto	120
II RSA DISABILITA' - PAD. A	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	RSA	RM 5	Mantenimento Alto	120
III RSA GERIATRIA - PAD. I	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	RSA	RM 5	Mantenimento Alto	120
RSA - NUCLEI DI ASSISTENZA TERRITORIALE INTENSIVA – 2 nuclei da 10 p.l.	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	RSA	RM5	Intensivo	20
RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA TERRITORIALE ESTENSIVA	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	RSA	RM5	Estensivo	20
RSA ESTENSIVA Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi (DCCG)	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	RSA	RM 5	Estensivo DCCG	60
RSA ESTENSIVA DCCG (semiresidenziale)	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	RSA SEMIRESIDENZIALE	RM 5	Estensivo DCCG	30
STRUTTURE CHE EROGANO CURE PALLIATIVE IN REGIME RESIDENZIALE E DOMICILIARE					

CENTRO DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE (PAD.A) - DOMICILIARE	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	Hospice Domiciliare	RM 5	n.a.	40
CENTRO DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE (PAD.A) - RESIDENZIALE	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	Hospice Residenziale	RM 5	n.a.	10
CENTRO DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE (PAD.G) - DOMICILIARE	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	Hospice Domiciliare	RM 5	n.a.	40
CENTRO DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE (PAD.G) - RESIDENZIALE	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	Hospice Residenziale	RM 5	n.a.	10
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE					
AMBULATORI SPECIALISTICI PRIVATI (Autorizzati/ Accreditato solo Neurologia)	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	Varie branche	RM 5	n.a.	
AMBULATORIO DI NEUROLOGIA ACCREDITATO	Via Tiburtina, 188 - 00012 Guidonia (RM)	Neurologia	RM 5	n.a.	

DATI DI ATTIVITA' 2025

STRUTTURA	DEGENZA	DOMICILIARE	SEMIRESIDENZIALE
Hospice A3 - Domiciliare		14.563	
Hospice A3 - Residenziale	3.571		
Hospice G - Domiciliare		14.549	
Hospice G - Residenziale	3.557		
RSA Est. D.C.C.G Residenziale	20.670		
RSA Est. D.C.C.G Residenziale Priv.	76		
RSA Est. D.C.C.G Semiresidenziale			10.941
RSA I Mantenimento Alto	43.553		
RSA II Mantenimento Alto	43.032		
RSA III Mantenimento Alto	43.435		
RSA Pad G Estensivo	6.694		
RSA Pad G Estensivo Privato	100		
RSA Pad G Intensivo	7.019		
Totale	171.707	29.112	10.941

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO	
Nr. Prestazioni (accreditato/privato)	3.216

5. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0			
Eventi Avversi	Tot 30 cadute 14 (45 %) aggressioni 8 (28%) tentativo di fuga 3 (10%) errore terapia 5 (17 %)	Strutturali (17%) Tecnologici (13%) Organizzativi (30%) Procedure/ Comunicazione(40%)	Strutturali (17%) Tecnologici (13%) Organizzativi (30%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Sistemi di reporting su segnalazione spontanea +registrazione CCE
Eventi Sentinella	0			

(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.

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2025	0	0
2024	3	Nr. 1 pari a 5.500 € (transazione)
2023	2	0
2022	1	0
2021	2	0

6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (numero e scadenza)	Compagnia Ass.	Premio (€)	Franchigia (€)	Brokeraggio
2026	214480866 31.01.2027	Unipol Assicurazioni S.p.A.	300.000	5.000	-
2025	191171970 31.01.2026	Unipol Assicurazioni S.p.A.	280.000	25.000/ 150.000	-
2024	191171970 31.01.2025	UnipolSai	280.000	25.000/ 150.000	-
2023	191171970 31.01.2024	UnipolSai	280.000	25.000/ 150.000	-
2022	RCH00020000127 31-01-2023	AM TRUST ASSICURAZIONI SPA	310.000	50.000/ 150.000	EURORISK

7. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 5 –Resoconto delle attività del PARS 2025

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Effettuazione di un corso di formazione in Clinical Risk Management (near miss, eventi avversi, eventi sentinella; incident reporting)	SI	COMPLETATO
ATTIVITA' 1.1 – Nuova Procedura Gestione Rischio Clinico distribuita il 27/11/2025	SI	COMPLETATO

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 - Monitoraggio Lesioni da Pressione	SI	COMPLETATO
ATTIVITÀ 3 - Monitoraggio Cadute	SI	COMPLETATO
ATTIVITÀ 4 - Monitoraggio Aggressioni	SI	COMPLETATO
ATTIVITÀ 5 - Effettuazione periodica di Safety Walk Around	SI	COMPLETATO

OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 6 – Implementazione del Piano Locale Igiene delle Mani (refresh)	SI	COMPLETATO

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento ICA		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 7 - Corso di formazione in tema di prevenzione delle ICA	SI	COMPLETATO
ATTIVITÀ 8 - Monitoraggio tramite effettuazione semestrale di indagine di prevalenza cumulativa di ICA (infezioni urinarie e clostridium)	SI	COMPLETATO
ATTIVITÀ 9 - Monitoraggio consumo soluzione idroalcolica	SI	COMPLETATO
ATTIVITÀ 10 - Effettuazione di un corso di formazione sull'antimicrobico resistenza	SI	COMPLETATO

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La Tabella 6 viene adattata all'organigramma aziendale ed alle specificità organizzative del Gruppo. Di seguito si indica la matrice delle Responsabilità.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Risk Manager	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Referente ICA	Referente Gestione Qualità
Redazione PARS	R	C	C	C	C
Adozione PARS	I	C	R	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C

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

9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026

9.1 Obiettivi 2026

I quattro obiettivi strategici definiti dalle linee di indirizzo per l'elaborazione del PIANO ANNUALE di RISCHIO SANITARIO a livello regionale sono:

A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo
B	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
C	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.
D	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

9.2 Attività 2026

Le attività dell'anno in corso saranno focalizzate sull'implementazione delle attività formative relative alla diffusione della cultura della sicurezza, con particolare riferimento alla prevenzione e gestione del rischio clinico e del rischio infettivo, anche ai fini dell'attuazione del Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani.

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio clinico

ATTIVITÀ 1 – Effettuazione di un corso di formazione in Clinical Risk Management (near miss, eventi avversi, eventi sentinella; incident\ reporting)

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE : Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttore Gestionale	HR
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

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 – Corso di Formazione Prevenzione Aggressioni

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE : Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttore Gestionale	HR
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

ATTIVITÀ 3 – Training on the job sulla Disfagia

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE : Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttore Gestionale	HR
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio Lesioni da Pressione

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Équipe
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

ATTIVITÀ 5 – Monitoraggio Cadute

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Èquipe
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

ATTIVITÀ 6 – Monitoraggio Aggressioni

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Èquipe
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

ATTIVITÀ 7 – Effettuazione periodica di Safety Walk Around

INDICATORE: Esecuzione di almeno 4 interventi entro il 31/12/2026

FONTE : Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Èquipe
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	R	C	C

OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni su

ATTIVITÀ 8 – Implementazione del Piano Locale Igiene delle Mani (refresh)

INDICATORE: Esecuzione delle attività previste da cronoprogramma entro 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Medico Responsabile	Referente ICA	Direttore Gestionale
Progettazione attività	C	R	C
Approvazione attività	R	I	C
Esecuzione attività	C	R	C

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 9 – Corso di formazione in tema di prevenzione delle ICA

INDICATORE: Esecuzione entro 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Direttore Gestionale	HR
Progettazione attività	R	C	C

Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R
ATTIVITÀ 10 - Monitoraggio tramite effettuazione semestrale di indagine di prevalenza cumulativa di ICA (infezioni urinarie e clostridium)			
INDICATORE: Esecuzione entro 31/12/2026			
STANDARD: SI			
FONTE: Direzione Medica			
<i>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</i>			
Azione	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Referente ICA
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R
ATTIVITÀ 11: Monitoraggio consumo soluzione idroalcolica			
INDICATORE: Esecuzione entro 31/12/2026			
STANDARD: SI			
FONTE: Direzione Medica			
<i>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</i>			
Azione	Referente ICA	Direttore Gestionale	Ufficio Acquisti
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R
ATTIVITÀ 12 – Effettuazione di un corso di formazione sull’antimicrobico resistenza			
INDICATORE: Esecuzione prevista entro 31/12/2026			
STANDARD: SI			
FONTE: Direzione Medica			
<i>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</i>			
Azione	Risk Manager	Direttore Gestionale	HR
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento e del monitoraggio costante di tutte le attività previste dal PARS, la Direzione Gestionale assicura la sua diffusione attraverso la pubblicazione dello stesso sul sito internet aziendale (www.korian.it) e la condivisione con tutte le figure coinvolte nella sua elaborazione ed approvazione.

11. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere
- Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere
- Decreto del 11 dicembre 2009: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008 “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”
- Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi) «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.»

- Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- Determinazione Regionale del 1° aprile 2014 n. G04112 "Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
- DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328 Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici"
- DCA Regione Lazio del 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
- Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
- Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829 Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC)
- Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
- Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
- Determinazione Regione Lazio del 25/01/2022 n. G00643 Adozione del "Documento di indirizzo Regione Lazio per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) atto n. G16501 del 28/11/2022.
- Determinazione –GSA Regione Lazio G09086 DEL 08/07/2024 Revisione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)" (Determinazione n.G05584/2018).
- Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA), adottato con Det.n.G17673 del 23/12/2025.



clariane

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Redatto ai sensi del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani del 19/02/2021

1.PREMESSA.....	
2.INTRODUZIONE.....	
3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONI.....	
4. ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI	
5. METODOLOGIA	
6.RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO DI AZIONE LOCALE 2025.....	
7. INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI 2026	
8. RIFERIMENTI NORMATIVI	
9. BIBLIOGRAFIA	
10. ALLEGATI.....	

1.PREMESSA

1.1 Complessità organizzativa e intensità assistenziale

Nell'ambito dell'Area Rischio Clinico e nell'ottica della gestione complessiva del Rischio Sanitario, la prevenzione dell'insorgenza delle complicanze infettive evitabili nel corso dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria rappresenta uno dei principali obiettivi di miglioramento della Qualità del servizio e delle cure proposte ai pazienti. In considerazione dell'impatto che le stesse hanno sull'assistenza e in considerazione nello specifico delle richieste normative della Regione Lazio (v. Tavolo Permanente 04/02/2020), nel corso dell'anno 2021 è stato istituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

Pertanto, il presente Piano d'azione si applica ai seguenti settings assistenziali IHG:

- Strutture Residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, nei diversi livelli di trattamento: Mantenimento, Estensivo, Estensivo DCCG ed Intensivo;
- Strutture che erogano Cure Palliative in regime residenziale e domiciliare.

2. INTRODUZIONE

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio ha predisposto il PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI che la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044.

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino l'autovalutazione prevista dal Piano Regionale ed elaborino un piano di azione locale sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione entro un termine di quattro mesi dalla data di adozione. Il Ministero della Salute ha recentemente reso noti i risultati per l'Italia di una "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019".

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

La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezioni sia in diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni assistenziali agli assistiti e che, sia le condizioni critiche fisiologiche degli stessi, che quelle del sistema, di natura strutturale tecnologica e

procedurale, ne aumentino l'incidenza annua.

L'igiene delle mani è la più semplice e la più efficace tra le misure di prevenzione delle ICA. La trasmissione delle ICA avviene, infatti, quasi sempre tramite il contatto tra "fonte-veicolo-ospite" e il veicolo più frequente sono le mani degli operatori, coinvolte in tutte le pratiche terapeutiche ed assistenziali.

La strategia multimodale dell'OMS sopra richiamata prevede 5 momenti da ottimizzare parallelamente:

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

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

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

A CHI	Il documento è rivolto a tutti i settings assistenziali e agli esercenti la professione sanitaria che in essi operano
DOVE	Il documento trova applicazione in tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali
PER CHI	Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti e degli esercenti la professione sanitaria della Struttura.
QUANDO	Qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo. NB: Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

4. ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI

Acronimi	
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario

CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
HH	Hands Hygiene (igiene delle mani)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control

Termini e definizioni	
Antisepsi delle mani	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
Agente antisettico	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
Bundle	Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.
Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.
CRCC	Centro Regionale Rischio Clinico
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Frizione idroalcolica	Frizione delle mani con preparazione idroalcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.

Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle Mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'Igiene delle Mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona
----------------------------	---

5. METODOLOGIA

La metodologia in accordo a quanto indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" prevede i seguenti steps:

Autovalutazione rispetto ai seguenti ambiti:

1. Ambito dei **requisiti strutturali e tecnologici** con riferimento, ad esempio:

- all'esistenza di percorsi sporco/pulito;
- al rapporto lavandini/utenti;
- alla presenza di specifiche procedure per la sanificazione;
- alla disponibilità dei dispenser per la soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;

2. Ambito della **formazione del personale**, con riferimento, ad esempio:

- all'esistenza di programmi di formazione del personale;
- all'attuazione del monitoraggio e verifica della formazione del personale;
- alla disponibilità di materiale formativo;

3. Ambito del **monitoraggio e feedback**, con riferimento, ad esempio:

- corretta Igiene delle Mani attraverso l'osservazione diretta;
- quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della struttura;
- formazione degli operatori sanitari in materia di Igiene delle Mani e ICA;
- consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno del Gruppo IHG

4. Ambito della **comunicazione permanente**, con riferimento, ad esempio:

- disponibilità di materiale informativo (locandine, brochure) a disposizione del personale e dei visitatori e aggiornamento dello stesso

5. Ambito del clima organizzativo e commitment, con riferimento a:

- istituzione di un team per la promozione e implementazione della pratica dell'Igiene delle Mani ed al coinvolgimento della Direzione Sanitaria sull'argomento.

Per l'anno **2025** in ciascuno dei suddetti ambiti l'esito della autovalutazione ha consentito di collocare le Strutture su **livello intermedio**.

Il presente Piano pertanto si pone come obiettivo per l'anno corrente il mantenimento del livello raggiunto in ciascuno dei suddetti ambiti, livello **INTERMEDIO**, aumentando comunque il punteggio specifico e **AVANZATO** la Sezione A e Sezione C.

6.RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO DI AZIONE LOCALE 2025

Tabella 5 –Resoconto delle attività del PIANO LOCALE 2025

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
OBIETTIVO A1: Implementazione dei requisiti strutturali		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 - Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione dei nuovi ove necessario	SI	Dotazione al 92%
OBIETTIVO A2 : Sviluppo piano locale		
ATTIVITÀ 1- Somministrazione questionario autovalutazione	SI	Mantenimento livello intermedio
OBIETTIVO A3 Monitoraggio consumo SIA		
ATTIVITÀ 1- Approvazione di un budget dedicato per l'approvvigionamento costante o dei prodotti per l'igiene delle mani	SI	5,6 lt media di lt per 1000 giorni di degenza (si denota l'aumento con l'anno 2024)

SEZIONE B: FORMAZIONE DEL PERSONALE		
OBIETTIVO B1: Erogazioni di corsi di formazione specifici (a neo assunti) attraverso l'individuazione di figure professionali con specifica formazione nella prevenzione delle ICA e dell'igiene delle mani		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1- Individuazione dei fabbisogni formativi pianificazione ed erogazione della formazione ai neoassunti	SI	Formazione “Annual Refresh”
OBIETTIVO B2: Prevedere azioni di formazione “ on the job”		
ATTIVITÀ 1- Somministrazione questionario autovalutazione	SI	Mantenimento livello intermedio

SEZIONE C: MONITORAGGIO E FEEDBACK		
OBIETTIVO C1: Strutturare l'attività di monitoraggio in modo cadenzato trimestrale tramite osservazione diretta con la Scheda di Osservazione		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Implementare il programma di osservazione specifica per l'igiene delle mani.	SI	1500 osservazioni effettuate /1500 programmate con una adesione di 65%
OBIETTIVO C2 Analisi dei dati dopo l'osservazione effettuata in tutte le unità operative		
ATTIVITÀ 1- Creazione di un cruscotto di indicatori e analisi del trend nel tempo. Diffusione dei risultati in riunioni interni , pubblicazione intranet e presentazione nel riesame della direzione	NO	1 Riunione Direzione Gestionale / Referente ICA/ Risk manager 1 Riunione DI Condivisione dei risultati via e-mail
SEZIONE D: COMUNICAZIONE PERMANENTE		
OBIETTIVO D1 Verifica e implementazione del programma sulla comunicazione permanente		
ATTIVITÀ 1- Analisi carenze comunicative Verifica la presenza dei poster e brochure	SI	Presenza dei poster e brochure in tutti i settings
ATTIVITÀ 2- Assicurare le buone condizioni dei poster e la pertinenza dei luoghi dedicati ai poster	SI	È stata effettuata la verifica delle condizioni dei poster su tutte le strutture e la pertinenza
SEZIONE E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
OBIETTIVO E1: Programmazione sistematica per la promozione dell'igiene delle mani ogni 5 maggio		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1- Incontri sulla programmazione delle azioni di promozione della corretta igiene delle mani	SI	N° 8 strutture che aderiscono / N°8 strutture totali
Sensibilizzazione operatori, pazienti e parenti sul tema del igiene delle mani	SI	N°3 di riunioni/anno

7. INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI 2026

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Implementazione dei requisiti strutturali	Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione dei nuovi ove necessario	Direzione Gestionale	Dicembre 2026	Dotazione al 100%
Sviluppo piano locale	Somministrazione questionario autovalutazione	Referente ICA	Luglio-Dicembre 2026	Mantenimento livello intermedio
Implementazione dei requisiti strutturali	Monitoraggio consumo SIA	Direzione Gestionale	Luglio-Dicembre 2026	Aumentare il consumo per 1000 posti letto rispetto al 2026

SEZIONE B: FORMAZIONE DEL PERSONALE				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Implementare un programma di formazione specifica per l'igiene delle mani	Formazione tramite Annual Refresh	Direzione Medica	Entro dicembre 2026	80% degli operatori sanitari
Prevedere azioni di formazione “on the job”	Formazione all'interno delle strutture	DI+Coord Inf	Entro dicembre 2026	80 % degli operatori sanitari
Sviluppo piano locale	Somministrazione questionario autovalutazione	Referente ICA	Luglio-Dicembre 2026	Mantenimento livello intermedio

SEZIONE C:MONITORAGGIO E FEEDBACK				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
eeguire il programma di osservazione specifica per l'igiene delle mani	Esecuzione di 1200 opportunità	Referente ICA	marzo 2026 giugno 2026 settembre2026 dicembre 2026	300 opportunità ogni 3 mesi
Analisi dei dati dopo l'osservazione effettuata in tutte le unità operative	diffusione dei dati dell'osservazione	Referente ICA	marzo2026 giugno 2026 settembre2026 dicembre 2026	nr osservazioni effettuate /nr osservazioni programmate
Sviluppo piano locale	Somministrazione questionario autovalutazione	Referente ICA	luglio-dicembre 2026	Mantenimento livello intermedio

SEZIONE D:COMUNICAZIONE PERMANENTE				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Verifica e implementazione del programma sulla comunicazione permanente	Analisi carenze comunicative Verifica la presenza dei poster e brochure	Responsabili strutture	Giugno 2026 Dicembre2026	Mantenimento livello intermedio aumentando il punteggio autovalutazione

SEZIONE E:CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Incontri sulla programmazione delle azioni di promozione della corretta igiene delle mani	Analisi dei questionari di autovalutazione	Referente ICA	ogni 6 mesi	giugno 2026 dicembre 2026
Sensibilizzazione operatori, pazienti e parenti sul tema del	Promozione dei comportamenti virtuosi e fornitura di opuscoli	Responsabili strutture	Dicembre 2026	

igiene delle mani	informativi			
-------------------	-------------	--	--	--

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G17673 23 dicembre 2025” Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell’Antibiotico Resistenza (PAECA 2026-2028)

Documento Di Indirizzo Per L’elaborazione Del Piano Annuale Per La Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) 25 gennaio 2022

Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021 -” Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani”

Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 “Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS –CoV -2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.

Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali” -Versione del 24 agosto 2020.

Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020;

Determinazione Regionale n° G16829 del 06/12/2017 recante Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017;

DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 “contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”

Circolare Ministeriale 25 febbraio 2013 "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)";

Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge del 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018";

Decreto del Commissario ad Acta del 06/07/2015, n° U000309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2014-2018), ai sensi dell'intesa Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/11/2014;

Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.

Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le infezioni Ospedaliere"

Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".

9. BIBLIOGRAFIA

Ministero della Salute "Risk Management in Sanità - il problema degli errori". Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 05/03/2003;

WHO- World Alliance for Patient Safety - The second Global Patient Safety - Challenge 2008 "Safe Surgery Safe Live";

WHO: A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement Strategy (2009);

Rapporto Istituto Superiore di Sanità "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019: risultati per l'Italia"

Silvio Brusaferrò -Istituto Superiore di Sanità – "L'igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza" -Giornata mondiale dell'Igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019.

10. ALLEGATI:

Allegato n.1 - I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle Mani

Allegato n.2 - SALVA VITE : Lava le tue mani (numerazione pagine separata dal presente documento)

I 5 Momenti per l'igiene delle mani



1	PRIMA DI TOCCARE IL PAZIENTE	QUANDO? Igienizza le tue mani prima di toccare il paziente quando sei nella stanza. PERCHÉ? Per proteggere il paziente da microrganismi patogeni che sono trasportati dalle mani.
2	PRIMA DI OPERARE PROCEDURE ASETTICHE/PULITE	QUANDO? Igienizza le tue mani subito prima di svolgere procedure pulite o asettiche. PERCHÉ? Per proteggere il paziente da microrganismi patogeni, inclusi quelli del paziente stesso, che possono infettarlo o colonizzarlo in sedi diverse.
3	DOPO L'ESPOSIZIONE O IL RISCHIO DI ESPOSIZIONE A FLUIDI CORPOREI	QUANDO? Igienizza le tue mani subito dopo un rischio di esposizione a fluidi corporei e dopo aver tolto i guanti. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario dai microrganismi patogeni del paziente.
4	DOPO AVER TOCCATO IL PAZIENTE	QUANDO? Igienizza le tue mani subito dopo aver toccato il paziente e/o il suo ambiente, prima di lasciare la zona paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario dai microrganismi patogeni del paziente.
5	DOPO AVER TOCCATO L'AMBIENTE CIRCOSTANTE IL PAZIENTE	QUANDO? Igienizza le tue mani subito dopo aver toccato qualunque oggetto o superficie nella zona paziente quando si lascia la stanza, anche se non si è toccato il paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario dai microrganismi patogeni del paziente.



**World Health
Organization**

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpital Universitaire de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.



SALVA VITE: Lava le tue mani

L'igiene delle mani è una procedura sanitaria indispensabile per limitare la diffusione dei microrganismi e ridurre quindi l'incidenza delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali; è da considerare fra le principali procedure per la prevenzione delle infezioni e deve essere operata per evitare la trasmissione dei microrganismi nei confronti delle persone assistite, dell'ambiente che circonda le persone, degli operatori sanitari.

Lavarsi le mani è una pratica semplice ma di enorme importanza: riduce fino al 40 % la possibilità di trasmettere infezioni

I 5 MOMENTI FONDAMENTALI PER L'IGIENE DELLE MANI

1. Prima del contatto con il Paziente

2. Prima di una manovra asettica



Per proteggere il Paziente da rischio
di trasmissione di microrganismi

3. Dopo esposizione a un liquido biologico

4. Dopo il contatto con il paziente

**5. Dopo il contatto con ciò che sta attorno al
paziente**



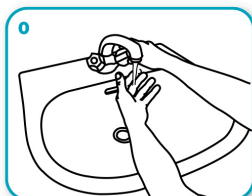
Per prevenire il rischio di trasmissione
microbica all'operatore sanitario, agli altri
Pazienti e alla mbiente circostante

COME LAVARSI LE MANI CON ACQUA E SAPONE

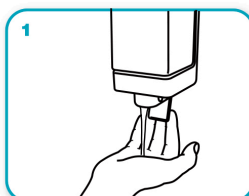
Lava le mani con acqua e sapone se sono visibilmente sporche, altrimenti usa la soluzione alcolica



Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



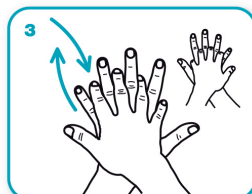
Bagna le mani con l'acqua



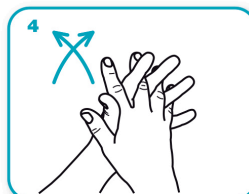
applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



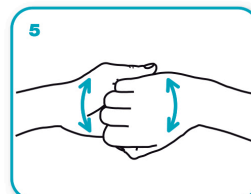
friziona le mani palmo contro palmo



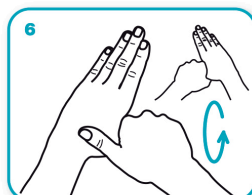
il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



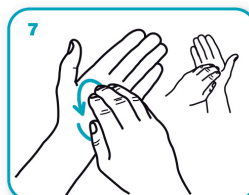
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



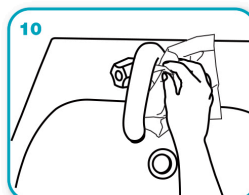
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



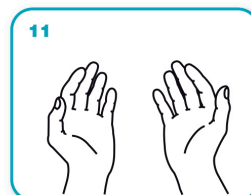
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

COME FRIZIONARE LE MANI CON LA SOLUZIONE ALCOLICA

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



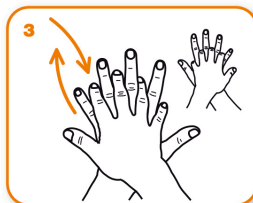
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



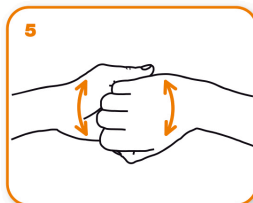
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



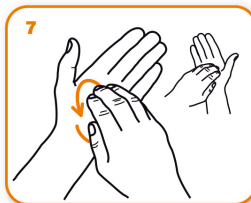
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



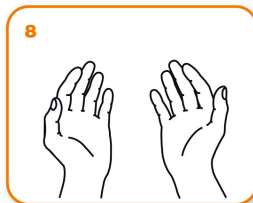
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa

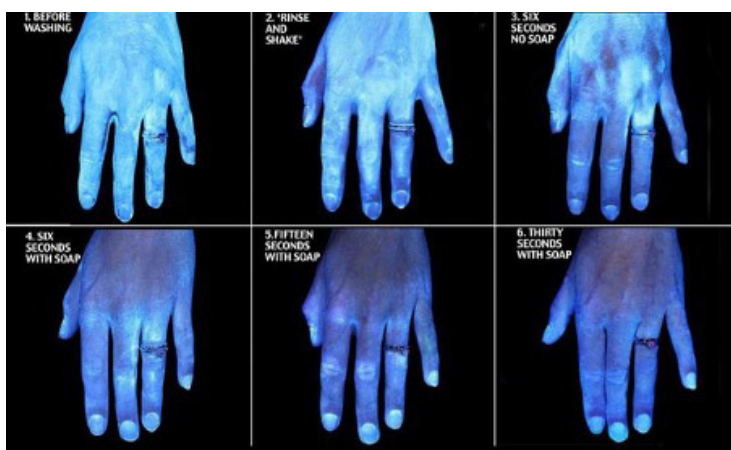


...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

I GIOIELLI SONO VIETATI NELLE STRUTTURE SANITARIE

Gli esperti in igiene vietano l'utilizzo di gioielli, smalto, gel per unghie, unghie artificiali e unghie lunghe agli operatori sanitari.

La rimozione di tutti i gioielli dalle dita e dai polsi e l'assenza di smalti e gel per le unghie, può rappresentare l'opzione più sicura per prevenire la trasmissione di infezioni in molti ambiti di cura.



QUALI SONO I PROBLEMI SE SI INDOSSANO I GIOIELLI?

Portare un anello durante l'attività:

- Diminuisce la qualità dell'igiene delle mani;
- La cute sotto all'anello non viene bene igienizzata:

I gioielli e gli orologi non vengono igienizzati, i microrganismi rimangono sulla superficie e si sviluppano trasformandosi in un serbatoio di germi.

L'ambiente caldo-umido della cute sottostante promuove la moltiplicazione dei germi.

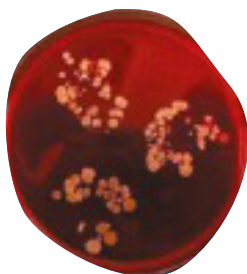
Lesionano i guanti: le microlesioni mettono in pericolo noi ed i nostri assistiti.

Possono ferire l'assistito, in particolare neonati, anziani o fragili.

NELL' IGIENIZZARE LE MANI, SI IGIENIZZANO ANCHE I MIEI GIOIELLI?

NO

Le colture dimostrano che anche dopo una igiene delle mani, i gioielli restano contaminati



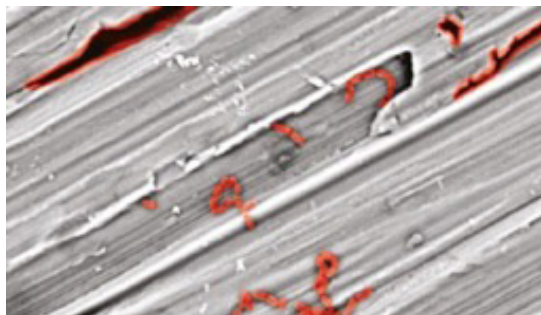
DOPO
LAVAGGIO
CON ACQUA
E SAPONE



DOPO
FRIZIONE CON
SOLUZIONE
ALCOLICA

POSSO MANTENERE LA FEDE SE È LISCIA?

NO



È STATA IMMERSA UNA FEDE LISCIA IN UNA SOSPENSIONE DI STREPTOCOCCHI ED INGRANDITA 5000 VOLTE.

La foto mostra chiaramente i germi (in catenella), ma anche i numerosi anfratti e graffi sulla superficie del metallo. Anche i gioielli reputati lisci hanno spesso delle incisioni interne come la data di nozze o le iniziali sulla fede. Le dimensioni di questi solchi possono costituire nicchie per le colonie batteriche.

UNGHIE

Mantenere corte le unghie diminuisce il rischio di perforazione dei guanti, di crescita di patogeni al di sotto delle stesse, di praticare una non corretta igiene delle mani e di provocare potenziali danni agli assistiti. Studi hanno dimostrato che le unghie artificiali contribuiscono alla contaminazione delle mani e all'insorgenza di infezioni crociate.

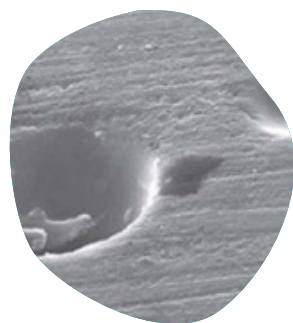
PERCHÉ NON POSSO PORTARE SMALTI O UNGHIE ARTIFICIALI?

Lo smalto può essere rapidamente rovinato, rigato o crepato in superficie, e le fessure colonizzate.

Numerose infezioni ed eventi epidemici sono attribuiti alle unghie artificiali, che costituiscono serbatoi microbici (Stafilococchi, bacilli Gram negativi, lieviti). La lunghezza dell'unghia facilita anche l'accumulo di sporco.

Diversi studi hanno evidenziato come le unghie artificiali abbiano una maggiore carica batterica rispetto alle unghie naturali sia prima che dopo l'igiene delle mani.

Le unghie finte sono un vero "groviera". Durante la posa delle unghie finte si formano circa 50 microcrateri/mm² di unghia, vale a dire circa 10.000 per unghia!! Questi costituiscono serbatoi possibili per i batteri.



I microcrateri sono inaccessibili alla pulizia: questo spiega l'inefficacia delle azioni di igiene mani sulle unghie finte.



**IL MIO OROLOGIO MI È INDISPENSABILE
NELL'ASSISTENZA, POSSO MANTENERLO?**

SE APPESO ALLA DIVISA

SE PORTATO AL POLSO

SÌ

NO



Relazione Programma di controllo della legionellosi Campus Guidonia Padiglione A

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gerardo Coviello.
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Luca Filippello, Guido Pepino.
- Medici Responsabili; Emanuela Salmé, Ugo Ciervo.
- Referenti Qualità/Risk Manager: Marta Perrotti, Rita Pietracito/Laura Ombroni.

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive.

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive.

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- ✓ A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche.
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative).
- Valutazione delle temperature dell'acqua.
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni.

clariane.it

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.P.A. A SOCIO UNICO (Soggetta a direzione e coordinamento di Clariane S.E.)

Sede Legale e Amministrativa: Via Tiburtina Valeria 188 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Tel. +39 0774 3861 - Fax +39 0774 386104 - info@clariane.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 06703461001 - R.E.A. 984329 - Capitale Sociale € 1.650.000,00 int. versato
italianhospitalgroup@legalmail.it

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^\circ\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^\circ\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura del personale delle pulizie.
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo e dei boiler annuale, a cura della ditta di manutenzione, interventi effettuati in data: 18/03/2025
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 19/06/2025 ; 13/01/2025.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati 9 punti tutti nei limiti.
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.

25 febbraio 2026

ITALIAN HOSPITAL GROUP SpA
Via Tiburtina, 188 - 00012 GUIDONIA (Rm)
Partita Iva 06703461001

Relazione Programma di controllo della legionellosi campus Guidonia Padiglione BC4

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gerardo Coviello
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Luca Filippello, Guido Pepino.
- Medico Responsabile: Alessandro Blè
- Referente Qualità/Risk Management: Daniela Aruffo/Laura Ombroni.

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive.

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive.

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- ✓ A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche
- A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni.

clariane.it

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.P.A. A SOCIO UNICO (Soggetta a direzione e coordinamento di Clariane S.E.)

Sede Legale e Amministrativa: Via Tiburtina Valeria 188 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Tel. +39 0774 3861 - Fax +39 0774 386104 - info@clariane.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 06703461001 - R.E.A. 984329 - Capitale Sociale € 1.650.000,00 int. versato
italianhospitalgroup@legalmail.it

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^{\circ}\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^{\circ}\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura del personale delle pulizie.
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo e dei boiler annuale, a cura della ditta di manutenzione, interventi effettuati in data: 22/08/2025.
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 19/06/2025 ;13/01/2026.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati, 9 punti tutti nei limiti.
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.

25 febbraio 2026

ITALIAN HOSPITAL GROUP SpA
Via Tiburtina, 188 – 00012 GUIDONIA (Rm)
Partita Iva 06703461001

Relazione Programma di controllo della legionellosi Campus Guidonia Padiglione C3

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gerardo Coviello.
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Luca Filippello, Guido Pepino.
- Medico Responsabile: Rita Ursino.
- Referente Qualità/Risk Management: Daniela Aruffo/Laura Ombroni.

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive.

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive.

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- ✓ A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni.

clariane.it

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.P.A. A SOCIO UNICO (Soggetta a direzione e coordinamento di Clariane S.E.)

Sede Legale e Amministrativa: Via Tiburtina Valeria 188 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Tel. +39 0774 3861 - Fax +39 0774 386104 - info@clariane.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 06703461001 - R.E.A. 984329 - Capitale Sociale € 1.650.000,00 int. versato
italianhospitalgroup@legalmail.it

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^\circ\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^\circ\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura del personale delle pulizie.
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo e dei boiler annuale, a cura della ditta di manutenzione, interventi effettuati in data: 20/10/2025.
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 19/06/2025; 13/01/2026.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati 9 punti risultati nei limiti.
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.

25 febbraio 2026

ITALIAN HOSPITAL GROUP SpA
Via Tiburtina, 188 - 00012 GUIDONIA (Rm)
Partita Iva 06703461001

Relazione Programma di controllo della legionellosi campus Guidonia padiglione G

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gerardo Coviello.
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Luca Filippello, Guido Pepino.
- Medico Responsabile: Claudia Fiorucci, Ugo Ciervo.
- Referente Qualità/Risk Management: Marta Perrotti, Rita Pietracito/Laura Ombroni.

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive.

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive.

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- ✓ A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni.

clariane.it

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.P.A. A SOCIO UNICO (Soggetta a direzione e coordinamento di Clariane S.E.)

Sede Legale e Amministrativa: Via Tiburtina Valeria 188 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Tel. +39 0774 3861 - Fax +39 0774 386104 - info@clariane.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 06703461001 - R.E.A. 984329 - Capitale Sociale € 1.650.000,00 int. versato
italianhospitalgroup@legalmail.it

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^{\circ}\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^{\circ}\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura del personale delle pulizie.
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo e dei boiler annuale, a cura della ditta di manutenzione, interventi effettuati in data 30/10/2025.
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 19/06/2025 ; 13/01/2026.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati 9 punti risultati nei limiti.
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.

25 febbraio 2026

ITALIAN HOSPITAL GROUP SpA
Via Tiburtina, 188 - 00012 GUIDONIA (Rm)
Partita Iva 06703461001

Relazione Programma di controllo della legionellosi Campus Guidonia, Padiglione I.

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gerardo Coviello.
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Luca Filippello, Guido Pepino.
- Medico Responsabile: Rita Ursino.
- Referente Qualità/Risk Management: Daniela Aruffo/Laura Ombroni.

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive.

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive.

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- ✓ A seguito di aggiornamento periodico annuale
- A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche
- A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni

clariane.it

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.P.A. A SOCIO UNICO (Soggetta a direzione e coordinamento di Clariane S.E.)

Sede Legale e Amministrativa: Via Tiburtina Valeria 188 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Tel. +39 0774 3861 - Fax +39 0774 386104 - info@clariane.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 06703461001 - R.E.A. 984329 - Capitale Sociale € 1.650.000,00 int. versato
italianhospitalgroup@legalmail.it

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^\circ\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^\circ\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura del personale delle pulizie.
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo e dei boiler annuale, a cura della ditta di manutenzione, interventi effettuati in data: 20 Marzo 2025.
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 19/06/2025 ; 13/01/2026.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati 9 punti risultati nei limiti.
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.

25 febbraio 2026

ITALIAN HOSPITAL GROUP SpA
Via Tiburtina, 188 – 00012 GUIDONIA (Rm)
Partita Iva 06703461001