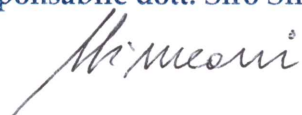


**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO SANITARIO  
(PARS)**

Unità di Risk Management  
Responsabile dott. Siro Simeoni



ANNO 2026

## Sommario

|                                                                              |   |
|------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....                                              | 2 |
| 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI..... | 3 |
| 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....                             | 3 |
| 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE .....                       | 4 |
| 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....                                        | 5 |
| 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....                                                 | 6 |
| 7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....                                | 8 |
| 8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI .....                    | 8 |

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

- STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICA RIABILITATIVA

### 1. PREMESSA

#### 1.1. Contesto organizzativo (\*)

Il PARS (Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario) si riferisce alla Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa estensiva denominata “Villa Costanza”

La suddetta struttura insiste sul territorio della ASL ROMA 6.

**Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività SRTR Villa Costanza**

| DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA                       |                      |                                   |
|-----------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| DATI STRUTTURALI                                    |                      |                                   |
| ASL territorialmente competente                     |                      | RM6                               |
| Posti letto                                         | 19                   | Residenza Sanitaria Riabilitativa |
| DATI ATTIVITÀ AGGREGATA (ANNO 2025)                 |                      |                                   |
| Struttura Residenziale<br>Terapeutica Riabilitativa | N° ricoveri ordinari | 25                                |
|                                                     | N° accessi in PS     | 8                                 |

Nella SRTR Villa Costanza, in data 10/10/2025 con verbale di riunione, è stato aggiornato il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA). L'istituzione di tale Comitato rientra in una più ampia strategia aziendale volta a istituire un sistema di sorveglianza, prevenzione, diagnosi, trattamento delle infezioni.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

Elaborare, monitorare ed implementare una serie di azioni volte alla prevenzione ed al controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (ICPA); promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale; segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali; validare e diffondere linee guida e protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cura.

## 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

**Tabella 2 – Eventi segnalati occorsi dal 01.01.2025 al 31.12.2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento    | N. (e % sul totale degli eventi)         | Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup> | Azioni di miglioramento                             | Fonte del dato                                 |
|-------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Near Miss         | 0                                        | Legate al paziente 100%                                | Organizzativi 70%<br>Procedure<br>Comunicazione 30% | Sistema di Reporting<br>Segnalazione spontanea |
| Eventi Avversi    | Eventi Avversi 3<br>Aggressioni 3 (100%) |                                                        |                                                     |                                                |
| Eventi Sentinella | 0                                        |                                                        |                                                     |                                                |

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

| Anno   | N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup> | N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup> | Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup> |
|--------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 2021   | 0                                 | 0                                    | 0                                   |
| 2022   | 0                                 | 0                                    | 0                                   |
| 2023   | 0                                 | 0                                    | 0                                   |
| 2024   | 0                                 | 0                                    | 0                                   |
| 2025   | 0                                 | 0                                    | 0                                   |
| Totale | 0                                 | 0                                    | 0                                   |

## 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

**Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa**

| Anno | Polizza (scadenza)                 | Compagnia Ass. | Premio  | Franchigia                 | Brokeraggio              |
|------|------------------------------------|----------------|---------|----------------------------|--------------------------|
| 2022 | 1/39596/65/170233484<br>25/07/2023 | UNIPOLSAI      | 4550,01 | Euro 500 per ogni sinistro | Muccichini assicurazioni |

| Anno | Polizza (scadenza)                                                              | Compagnia Ass. | Premio                                             | Franchigia                                                           | Brokeraggio              |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 2023 | 1/39596/65/170233484<br>25/07/2024                                              | UNIPOLSAI      | 4550,01                                            | Euro 500 per ogni sinistro                                           | Muccichini assicurazioni |
| 2024 | 1/39596/65/170233484<br>Polizza vigente per eventi a partire dal 16 luglio 2024 | UNIPOLSAI      | 4550,01                                            | € 2.500,00 per lesioni; € 10.000 per decessi; € 500 per danni a cose | Muccichini assicurazioni |
| 2025 | 200517416 scadenza<br>31.12.2025                                                | UNIPOLSAI      | 15.168 premio complessivo della polizza di Lob Srl | 2.500 euro / 10.000 euro                                             | Unipol Assicurazioni Spa |
| 2026 | 210323826 scadenza<br>31.12.2026                                                | UNIPOLSAI      | 10.789,01                                          | Euro 500 per ogni sinistro                                           | Unipol Assicurazioni Spa |

#### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

**Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente-PARS 2025**

| Attività                                                                                                                                                                     | Realizzata <sup>(B)</sup> | Stato di attuazione       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>ATTIVITÀ A.1-</b> Progettazione ed esecuzione di due sessioni formative sul tema della sicurezza delle cure                                                               | Sì                        |                           |
| <b>ATTIVITA' B.1 :</b> Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione su: Corso Base di Gestione del Rischio Clinico                                                  | Sì                        |                           |
| <b>ATTIVITA' B.2 :</b> Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sulla gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche e alterazioni del comportamento” | Sì                        | Da riproporre per il 2026 |
| <b>ATTIVITA' B.3 :</b> Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sulla comunicazione con il paziente psichiatrico”                                     | Sì                        |                           |
| <b>ATTIVITA' B.4 :</b> Progettazione ed esecuzione di un Corso su processi                                                                                                   | Sì                        |                           |

|                                                                                                                                   |    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------|
| organizzativi in ambito psichiatrico - fattori di crisi - loro gestione e procedure di contenimento degli eventi avversi          |    |                        |
| <b>ATTIVITA' B.5</b> : Gestione del paziente affetto da Disturbo Borderline di personalità formazione sul campo                   | Sì |                        |
| <b>ATTIVITA' B.6</b> : L'infermiere e l'operatore sanitario di salute mentale in psichiatria                                      | Sì |                        |
| <b>ATTIVITÀ C.1</b> : Formazione sul campo per operatori ed utenti                                                                | Sì | Da riproporre nel 2026 |
| <b>ATTIVITÀ C.2</b> : Implementazione del piano di azione locale attraverso l'Elaborazione di: Brochure- poster e loro diffusione | Sì | Come da report PALIM   |
| <b>ATTIVITÀ D.1</b> : IMPLEMENTAZIONE PROTOCOLLO PREVENZIONE INFEZIONI NOSOCOMIALI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE                       | Sì |                        |

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La Direzione Gestionale in collaborazione con il Risk Manager ha identificato Ruoli e Responsabilità in relazione alla definizione, redazione ed implementazione del Piano. Tale definizioni di ruoli- delineata nella tabella sottostante- è stata poi condivisa con tutti gli interessati ed è da considerarsi parte integrante del Piano stesso.

**Tabella 6 – Matrice delle responsabilità**

| Azione            | Medico Responsabile | Consulente rischio clinico Korian Lazio | Direttore Gestionale | CC-ICA | Referente Gestione Qualità |
|-------------------|---------------------|-----------------------------------------|----------------------|--------|----------------------------|
| Redazione PARS    | R                   | C                                       | C                    | C      | C                          |
| Adozione PARS     | C                   | C                                       | R                    | C      | C                          |
| Monitoraggio PARS | R                   | C                                       | C                    | C      | C                          |

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

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1 Obiettivi

#### Obiettivi e Attività 2026 per la gestione del rischio sanitario

I 4 obiettivi strategici definiti 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 31/12/2026 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).

#### Obiettivi e Attività 2026 per la gestione del rischio sanitario

|                                                                                                                                                     |                     |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>OBIETTIVO A)</b> Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.                                       |                     |                      |
| <b>ATTIVITÀ 1:</b> Eventi formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione (eventi avversi, near miss, eventi sentinella, incident reporting) |                     |                      |
| <b>INDICATORE</b> : Realizzazione incontri formativi entro 31.12.2026                                                                               |                     |                      |
| <b>STANDARD</b> SI                                                                                                                                  |                     |                      |
| <b>FONTE</b> Direzione Medica- Risk Manager                                                                                                         |                     |                      |
|                                                                                                                                                     |                     |                      |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                 |                     |                      |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                       | <b>Risk manager</b> | <b>UO Formazione</b> |
| Attuazione Programma                                                                                                                                | R                   | C                    |
| Progettazione materiale                                                                                                                             | C                   | R                    |
| Condivisione risultati                                                                                                                              | R                   | I                    |
|                                                                                                                                                     |                     |                      |
| <b>ATTIVITÀ 2:</b> implementazione dei Safety Walk Around                                                                                           |                     |                      |
| <b>INDICATORE:</b> effettuazione di almeno 2 Safety Walk Around entro il 31.12.2026                                                                 |                     |                      |
| <b>STANDARD:</b> SI                                                                                                                                 |                     |                      |
| <b>FONTE:</b> Direzione Medica- Risk Manager                                                                                                        |                     |                      |
|                                                                                                                                                     |                     |                      |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                 |                     |                      |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                       | <b>Risk manager</b> | <b>UO Formazione</b> |
| Attuazione Programma                                                                                                                                | R                   | C                    |
| Progettazione materiale                                                                                                                             | C                   | R                    |
| Condivisione risultati                                                                                                                              | 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.

| <b>ATTIVITA' 1</b> : Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sulla gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche e alterazioni del comportamento” |              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| <b>INDICATORE</b> : Realizzazione del corso entro 31.12.2026                                                                                                               |              |       |
| <b>STANDARD</b> Realizzazione del 100% delle Azioni previste                                                                                                               |              |       |
| <b>FONTE</b> Direzione Medica- Risk Manager                                                                                                                                |              |       |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                                               |              |       |
| Azione                                                                                                                                                                     | Risk manager | CCICA |
| Implemento del Piano                                                                                                                                                       | R            | I     |
| Monitoraggio                                                                                                                                                               | R            | I     |
| Condivisione risultati                                                                                                                                                     | R            | I     |

| <b>OBIETTIVO C)</b> Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi; |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| <b>ATTIVITÀ 1</b> – Implementazione del Piano di Azione Locale attraverso la realizzazione delle azioni previste entro il Dicembre 2026                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |       |
| <b>INDICATORE</b> : azioni implementate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |       |
| <b>STANDARD</b> Realizzazione del 100% delle Azioni previste                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |       |
| <b>FONTE</b> Risk Manager                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |       |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |       |
| Azione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Risk manager | CCICA |
| Implemento del Piano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | R            | I     |
| Monitoraggio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R            | I     |
| Condivisione risultati                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R            | I     |

| <b>OBIETTIVO D)</b> Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE). |              |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| <b>ATTIVITÀ 1</b> – Monitoraggio semestrale tramite indagine di prevalenza cumulativa di ICA (Infezioni urinarie, clostridium difficile)                                              |              |               |
| <b>INDICATORE</b> Presenza/assenza                                                                                                                                                    |              |               |
| <b>STANDARD</b> : SI                                                                                                                                                                  |              |               |
| <b>FONTE</b> Risk Manager                                                                                                                                                             |              |               |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                                                          |              |               |
| Azione                                                                                                                                                                                | Risk manager | UO Formazione |
| Attuazione Piano                                                                                                                                                                      | R            | C             |
| Monitoraggio                                                                                                                                                                          | C            | R             |
| Condivisione dei risultati                                                                                                                                                            | R            | I             |
| <b>ATTIVITÀ 2</b> – Monitoraggio consumo annuale gel idroalcolico                                                                                                                     |              |               |
| <b>INDICATORE:</b> Litri gel consumati                                                                                                                                                |              |               |
| <b>STANDARD:</b> SI                                                                                                                                                                   |              |               |
| <b>FONTE</b> Risk Manager                                                                                                                                                             |              |               |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                                                          |              |               |
| Azione                                                                                                                                                                                | Risk manager | UO Formazione |
| Attuazione Piano                                                                                                                                                                      | R            | C             |
| Monitoraggio                                                                                                                                                                          | C            | R             |

|                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| Condivisione dei risultati | R | I |
|----------------------------|---|---|

## 7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sul sito internet;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione al personale di struttura;
- presentazione al personale di struttura.

## 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. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
6. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
7. 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";
8. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità
9. Decreto del Commissario *ad acta* 28 maggio 2013, n U00206  
"Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di

Rocca Priora, 23/02/2026

**ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**

**QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE**

| SEZIONE                                        | RISULTATI 2024     | RISULTATI 2025     | AZIONI 2026                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b> | Livello avanzato   | Livello avanzato   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso</li> <li>- Valutare l'introduzione di dispenser di vario tipo per aumentare l'utilizzo</li> </ul>                                               |
| <b>B – FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>            | Livello intermedio | Livello avanzato   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificare che per il personale neoassunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani</li> <li>- Valutare le conoscenze degli operatori</li> </ul>                                                        |
| <b>C – MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>             | Livello base       | Livello intermedio | <ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare</li> <li>- fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere.</li> </ul>                                               |
| <b>D – COMUNICAZIONE PERMANENTE</b>            | Livello intermedio | Livello avanzato   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti</li> <li>- fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici</li> </ul> |
| <b>E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>    | Livello intermedio | Livello intermedio | <ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori</li> <li>- Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale</li> </ul>               |

**ALLEGATO 2: REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER  
L'IGIENE DELLE MANI  
SEZIONE RACCOLTA DATI**

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| Anno riferimento    | 2025                       |
| Intervallo di tempo | annuale                    |
| Standard            | 20 litri / 1000 gg degenza |
| Fonte               | OMS                        |

**Tabella 1: Consumo riferito all'intera struttura**

|              |             |
|--------------|-------------|
| <b>CSIA*</b> | <b>GDO*</b> |
| 100          | 6653        |

**Tabella 2: Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/ NON degenza**

|               |              |             |
|---------------|--------------|-------------|
| Area di:      | <b>CSIA*</b> | <b>GDO*</b> |
| Degenza**     | 100          | 6653        |
| NON Degenza** | /            | /           |

N.B. I dati ottenuti nella riga "totale" devono corrispondere ai rispettivi valori della Tabella 1.

\* Per la definizione di CSIA e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda".

\*\* Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda".

**LEGENDA**

|                     |                                                                                                                                   |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CSIA                | Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri.                                                     |
| GDO                 | Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi. |
| Aree di degenza     | SRTR                                                                                                                              |
| Aree di NON degenza | Include le seguenti aree/Disciplin: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza.                           |

## **Relazione Programma di controllo della legionellosi Villa Costanza**

### **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): Claudio Broccatelli.
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Filippello, Pepino.
- Medico Responsabile; Dott. Massimo Cerasoni
- Referente Qualità/Risk Management: Marta Perrotti.

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

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e ≥ 50°C ai terminali.
- Acqua fredda < 20°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:16/04/2025
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 21/02/2025 ;22/08/2025.

#### 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 18 punti annuali 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.