

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

PARS ANNO

2026

SRP E RSA VILLA GIUSEPPINA



Sommario

✓	PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO	3
✓	CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
	- Contesto Organizzativo	5
✓	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI NELL'ULTIMO ANNO E DEI RISARCIMENTI EROGATI NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2024	5
✓	AZIONI INTRAPRESE	5
✓	RISARCIMENTI EROGATI	6
✓	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
✓	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	7
✓	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	10
✓	OBIETTIVI PER L'ANNO 2026.....	11
✓	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO COMPRESO QUELLO INFETTIVO	11
	OBIETTIVO A	12
	OBIETTIVO B	13
	OBIETTIVO C	15
	OBIETTIVO D	16
✓	ALLEGATO 1: PALIM	17
	RISULTATI E DATI DI ATTIVITÀ ANNO 2025	17
	- Risultati delle cinque sezioni del questionario di autovalutazione. Analisi dello andamento rispetto all'anno precedente. Azioni previste per il mantenimento o per il miglioramento dei risultati ottenuti	17
	PIANO DI AZIONE PER L'IGIENE DELLE MANI PREVISTO PER L'ANNO 2026	18
	- Risultati del monitoraggio di SIA e risultati rispetto all'andamento dell'anno precedente	20
	- Risultati del monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani (effettuate secondo le indicazioni fornite dal SERESMI) e andamento rispetto all'anno o alla rilevazione precedente.	20
✓	ALLEGATO 2: Programma di controllo della legionellosi	21
✓	ALLEGATO 3: Comunicazione delle informazioni necessarie al fine di costituire una aggiornata anagrafica delle strutture relativamente alla funzione di gestione del rischio sanitario	28
✓	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	28

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

In ottemperanza al mandato regionale, la SRP e RSA Villa Giuseppina, con la figura del Risk Manager e attraverso le Politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi (parte integrante e sostanziale del PARS) hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame. Il PARS è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. La gestione del Rischio Clinico costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili a garanzia della sicurezza dei pazienti. Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume quindi, sempre più, una caratterizzazione strategica, alle dirette dipendenze dell'Alta Direzione aziendale. La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio. Anche attraverso il PARS, il Risk Manager fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. Inoltre, il PARS, rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders. Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/ sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali nonché alla prevenzione del rischio infettivo. Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS.

● Contesto organizzativo

La Struttura Residenziale Psichiatrica e RSA denominata “Villa Giuseppina”, gestita dalla S. Giuseppe S.p.A. con sede legale in Brescia alla Via Moretto n. 34, è ubicata nel Comune di Roma alla Via Prospero Colonna n. 46. Essa svolge la seguente attività sanitaria:

- ✓ Struttura Residenziale Psichiatrica
- ✓ Centro Diurno Psichiatrico
- ✓ Struttura di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane: RSA Mantenimento Basso, RSA di tipologia Estensiva ed Estensiva per Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi
- ✓ Poliambulatorio Specialistico con le seguenti branche:
 - Cardiologia
 - Ginecologia e Ostetricia
 - Malattie dell'Apparato Respiratorio
 - Psichiatria/Psicologia
 - Ortopedia
 - Otorinolaringoiatria
 - Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Per comprendere meglio la situazione aziendale ed il contesto dal quale si parte per implementare tale piano, si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative.

Tabella 1 - Contesto Organizzativo

Reparto	Posti letto
Psichiatria - SRTRi	30
Psichiatria - SRTRe	10
Psichiatria – SRSRH24	40
RSA MB	35
RSA Estensiva (Privato)	20
Psichiatria (Privato)	8
Totale	143

Dati di attività

Giornate di degenza 50176

Prestazioni ambulatoriali 1366

- **Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel periodo gennaio-dicembre 2025**

Ai sensi dell'articolo 2, comma 5 della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo, viene riportata una tabella riassuntiva e una relazione sintetica che accompagni la tabella in allegato (*Tabella 2*):

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

Tipo di Evento	Numero totale di Eventi	% delle Cadute	Azioni di Miglioramento	Fonte dei Dati
<i>Near Miss</i>	—			
<i>Evento Avverso</i>	106	100%	<i>Corso di Aggiornamento</i>	<i>Scheda di Rilevazione Cadute</i>
<i>Evento Sentinella</i>	—			

- **Azioni Intraprese**

La maggior parte delle cadute sono di natura accidentale, connesse anche alla particolare condizione dei pazienti, che evidenziano problemi di deambulazione. Oltre al rispetto della procedura "caduta pazienti", all'atto della presa in carico del paziente, gli infermieri compilano la "Scheda di Valutazione del Rischio Cadute". La struttura ha implementato il monitoraggio della disconnessione delle pavimentazioni esterne esistenti, attuando la riparazione su segnalazione del personale dei reparti e tramite controlli dell'ASPP.

Il PARS 2025 ha posto l'obiettivo (*Obiettivo E*) di Elaborare un Report sulle Cadute nel corso del 2024 da mettere al centro della Seconda Edizione del "Corso di aggiornamento del protocollo sulle Cadute" che è stata eseguita il 5 novembre 2025.

● Risarcimenti erogati

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che “tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio”. Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata elaborata una tabella (*Tabella 3*), che mostra tali dati:

Tabella 3: Sinistrosità e risarcimenti erogati negli ultimi nove anni (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	Numero di Sinistri	Risarcimenti erogati
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	0	0
TOTALE	0	0

● Descrizione della posizione assicurativa.

La struttura ha stipulato con la Cattolica Ass.ni le polizze n. 00010532300464 e n. 00010532300465 per RCT e RCO, con massimale pari euro 5.000.000 ciascuna. È stato istituito, sin dal 2022, il Comitato Valutazione Sinistri (COVASI).

È stato istituito un Comitato Valutazione Sinistri (CO.VA.SI.).

CO.VA.SI. Composizione:

- Dott. Francesco Gori, Risk manager
- Dott. Valter Gallotta, Direttore Sanitario
- Savioli Serenella, Direttore Amministrazione
- Valentina Trivellini, Coordinatrice
- Avv. Giuseppe De Marco, consulente legale struttura

● Anno di istituzione: 2022 Tale organismo riveste un ruolo fondamentale sia dal punto di vista di analisi e gestione del contenzioso medico-legale, stragiudiziale e giudiziale, sia dal punto di vista dell'impatto economico dei sinistri, definendo la strategia di copertura assicurativa aziendale. Inoltre, l'analisi reattiva ai sinistri è uno strumento di gestione del rischio clinico di sicuro impatto sulla sicurezza dei pazienti, evitando il ripetersi di eventi dannosi alla salute.

È operativo anche un Comitato per la lotta alle Infezioni Correlate all'Assistenza: **CICA**

Il Comitato è composto da:

- Dott. Francesco Gori, Risk manager
- Dott. Valter Gallotta, Direttore Sanitario
- Savioli Serenella, Direttore Amministrazione
- Valentina Trivellini, Coordinatrice
- Avv. Giuseppe De Marco, consulente legale struttura

Tabella 4 - Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza Numero (Scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	0010532300418 (Scad. 31.12.2021)	Cattolica	32.80,46 euro	5.000 euro	ASB Broker
2022	00010532300464 e N°. 00010532300465 (Scad. 31.12.2022)	Cattolica	35.480,63 euro	5.000 euro	ASB Broker
2023	00010532300464 e N°. 00010532300465 (Scad. 31.12.2023)	Cattolica	35.480,63 euro	5.000 euro	ASB Broker
2024	00010532300464 e N°. 00010532300465 (Scad. 31.12.2024)	Cattolica	35.480,63 euro	5.000 euro	ASB Broker
2025	00010532300464 e N°. 00010532300465 (Scad. 31.12.2025)	Cattolica	38.761,17 euro	5.000 euro	ASB Broker

• Resoconto delle attività del piano del 2025.

Per quanto riguarda gli obiettivi proposti nel PARS 2025, il grado di raggiungimento è stato il seguente:

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione anche delle ICA. <u>Indicatore:</u> Esecuzione di un Corso di Formazione nel 2025.	SI 3/12/2025	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	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 2: analisi delle segnalazioni pervenute tramite <i>Incident Reporting</i> o altre modalità di comunicazione. <u>Indicatore:</u> produzione di almeno 2 report, su base semestrale, nel corso del 2025.	SI È stato realizzato un solo Report	Completato
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 3: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sugli strumenti di analisi reattiva e proattiva per la gestione degli eventi avversi (linee guida indicate da CO.VA.SI.). <u>Indicatore:</u> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 2025.	Parzialmente	In fase di completamento
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 4: Valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione. Monitoraggio e prevenzione. <u>Indicatore:</u> Svolgimento di almeno una seconda sessione formativa entro il 2025. N° di partecipanti all'incontro/operatori sanitari maggiore dell'80%.	SI 5.11.2025	Completato Tasso di partecipazione all'evento del 53%

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 (det. N° G02044), individui le attività per raggiungere entro il 2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 5: Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria). <u>Indicatore:</u> Creazione di un sistema di monitoraggio del consumo.	SI	Completato

Obiettivo D: promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni
--

invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 6: Elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni/colonizzazione da CRE. <u>Indicatore:</u> Elaborazione di almeno 2 report relativi alle infezioni/colonizzazioni da CRE nel 2025.	SI	Non si sono realizzate infezioni da Enterobatteri produttori di Carbapemenasi

Obiettivo E: Seconda edizione del Corso di aggiornamento del protocollo sulle Cadute entro il 31/12/2025		
Attività	Realizzato	Stato di Attuazione
Attività 7: Elaborazione di report sulle cadute nel 2024. <u>Indicatore:</u> svolgimento di una seconda sezione formativa (già effettuata una sezione formativa nel 2024) entro il 2025; N° di partecipanti all'incontro/operatori sanitari maggiore del 70%.	SI 5.11.2025	Completato Tasso di partecipazione all'evento del 53%

Obiettivo E: Implementazione del "Programma di controllo della legionellosi secondo quanto previsto nelle linee guida regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n. 460 del 28 Giugno del 2024)"		
Attività	Realizzato	Stato di Attuazione
Attività 8: Analisi di laboratorio sulla presenza di Legionella (acqua). <u>Indicatore:</u> svolgimento di una prima edizione formativa entro il 2025; N° di partecipanti all'incontro/operatori sanitari maggiore 70%.	SI 27.03.2025	Completato Tasso di partecipazione all'evento del 64%

La realizzazione del PARS riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Direttore Sanitario, del Risk Manager che redige, promuove ed è responsabile del coordinamento e dell'applicazione dello stesso, tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARS.

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Rappresentante Legale	CVS	Avvocatura gestione Assicurativa	RSPP
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	C	I	-	C
Adozione PARS con delibera	I	R	R	I	-	C
Monitoraggio obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	R	C	I	C	-	C
Monitoraggio obiettivi e attività per la gestione del rischio eventi avversi e sinistrosità	R	C	I	C	C	C

R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

• OBIETTIVI 2026

Il Piano Annuale di Rischio Sanitario predisposto dalla SRP e RSA Villa Giuseppina, coerentemente con la mission aziendale, si pone il raggiungimento di obiettivi condivisi con il Sistema di Gestione Qualità aziendale.

Il Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) definisce le politiche e le strategie aziendali, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative alla qualità e alla gestione sia del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti sia del rischio infettivo ed è redatto tenuto conto degli obiettivi strategici e delle indicazioni regionali in materia.

Una visione organica sulla sicurezza è fondamentale non solo per proseguire coerentemente con le attività realizzate con i precedenti piani di gestione del rischio, ma soprattutto per proporre un approccio sistemico, che comprenda lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e al tempo stesso garantire la sicurezza degli operatori, nonché la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARS concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi strategici, così come indicato dalle Linee di indirizzo regionali.

OBIETTIVI E ATTIVITA' PER IL 2026 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO COMPRESO QUELLO INFETTIVO

L'ulteriore obiettivo cui tende il PARS è quello di intraprendere azioni di miglioramento della continuità operativa per la riduzione dei rischi legati ai processi operativi aziendali. In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo in armonia con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP-PP10) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), così come previsto nel Documento di indirizzo Regionale-PARS- nonché nel Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (adottato con determinazione regionale n. G16501 del 28/11/2022):

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- 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 31/12/2023 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).

Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Medici Resp UUOO	CICA
Attività 1: Formazione degli operatori su tematiche riguardanti procedure derivanti da raccomandazioni ministeriali sulla prevenzione delle ICA mediante svolgimento eventi formativi. <u>Indicatore:</u> nuovo evento formativo realizzato su procedure elaborate e/o aggiornate. <u>Standard:</u> partecipazione di almeno il 60% del personale sanitario	R	I	I	I	C
Attività 2: Migliorare la comunicazione tra struttura/personale sanitario e paziente, in particolare il paziente psichiatrico. <u>Indicatore:</u> Corso di formazione destinato al personale della struttura <u>Standard:</u> partecipazione di almeno il 60% del personale sanitario	C	C	I	R	-
Attività 3: Valutazione appropriata circa i farmaci destinati a pazienti con difficoltà alla deglutizione che possono o non possono essere frantumati. <u>Indicatore:</u> Adozione della “ Do not Crush List FVG ver.1 (22 febbraio 2019) <u>Standard:</u> SI/NO	R	I	I	C	-
Attività 4: Formazione del personale sanitario circa le procedure di assistenza al paziente con arresto cardio-respiratorio, attivazione dei soccorsi, uso del DAE. <u>Indicatore:</u> Esecuzione di Corso di BLSD . <u>Standard:</u> partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario	I	C	R	C	-
Attività 5: Esecuzione di report sulle principali ICA <u>Indicatore:</u> Audit con il personale medico e infermieristico dei vari reparti per concordare le procedure di segnalazione. <u>Standard:</u> SI/NO	R	C	I	C	-

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

Obiettivo B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Medici Resp UUOO	CICA
Attività 1: Implementare un sistema che favorisca la completezza e la appropriatezza delle cartelle cliniche. <u>Indicatore:</u> Controllo a campione sulle cartelle cliniche. <u>Standard:</u> SI/NO	C	R	I	-	-
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sugli strumenti di analisi reattiva e proattiva per la gestione degli eventi avversi (linee guida indicate da CO.VA.SI.). <u>Indicatore:</u> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 2026 <u>Standard:</u> partecipazione di almeno il 60% del personale sanitario	R	I	I	-	I
Attività 3: Monitoraggio delle attività clinico assistenziali relativamente alle raccomandazioni ministeriali e di <i>incident reporting</i> . <u>Indicatore:</u> Utilizzo dei moduli per la segnalazione di eventi avversi, eventi sentinella e near miss con inserimento degli stessi sulla piattaforma del SIRES. <u>Standard:</u> SI/NO	R	C	I	C	-
Attività 4: Audit con i vari reparti per la ricerca delle cause e di possibili rimedi circa gli eventi avversi segnalati. <u>Indicatore:</u> Corso di formazione sugli eventi avversi registrati nel corso del 2025. <u>Standard:</u> partecipazione di almeno il 60% del personale sanitario SI/NO	R	C	I	C	C
Attività 5: La gestione dell'evento "allontanamento" del paziente dalla struttura. <u>Indicatore:</u> Audit con i vari Reparti per l'analisi del fenomeno e ricerca di soluzioni. <u>Standard:</u> SI/NO	C	I	I	R	-

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

Obiettivo B - Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Medici Resp UOOO	COVASI	Coord. Infermieri
Attività 6: Indicazione per tutti i pazienti ad indossare calzature chiuse con stretch. <u>Indicatore:</u> introduzione di una procedura che abbia l'obiettivo di sollecitare familiari e ADS dei pazienti caduti o a maggior rischio di caduta circa le caratteristiche che le nuove calzature dovranno possedere per evitare il ripetersi dell'incidente. <u>Standard:</u> SI/NO	R	I	I	C	I	C
Attività 7: Migliorare la comunicazione tra struttura/personale sanitario e paziente, in particolare col paziente psichiatrico. <u>Indicatore:</u> Corso di formazione destinato al personale della struttura <u>Standard:</u> partecipazione del 60% del personale	R	C	I	C	-	I
Attività 8: Sensibilizzare gli operatori a porre una maggior osservazione e assistenza al paziente caduto in precedenza o a maggior rischio di caduta nel corso del ricovero. <u>Indicatore:</u> introduzione in ogni stanza di un Alert che venga aggiornato ogniqualvolta si presenti un evento. <u>Standard:</u> SI/NO	C	I	I	C	C	R

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

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 (det. n° G02044), 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.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Medici Resp UUOO	CICA
Attività 1: definire un programma per la validazione delle competenze della figura di formatore e osservatore. <u>Indicatore:</u> implementazione del programma <u>Standard:</u> SI/NO	R	C	I	I	C
Attività 2: introduzione della figura del formatore e dell'osservatore della compliance sull'igiene delle mani da parte del personale. <u>Indicatore:</u> nomina da parte della Direzione <u>Standard:</u> SI/NO	C	R	C	I	C
Attività 3: monitoraggio sul consumo di soluzione alcolica. <u>Indicatore:</u> relazione semestrale circa il consumo in litri/1000 gg di degenza. <u>Standard:</u> SI/NO	C	I	R	I	C
Azione 4: Stabilire il calendario per l'avvio delle attività di valutazione e feedback. <u>Indicatore:</u> implementazione del calendario da diffondere a tutta la struttura <u>Standard:</u> SI/NO	C	I	I	I	R
Azione 5: Esporre il materiale informativo in tutti gli ambienti clinici. <u>Indicatore:</u> esporre poster in tutti gli ambienti clinici (ad es. lavandini, punti di cura) <u>Standard:</u> SI/NO	C	I	R	I	C

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

Obiettivo D: Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Medici Resp UUOO	CICA
Attività 1: Definizione delle modalità di raccolta del flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi Alert** . <u>Indicatore:</u> implementazione di un sistema di segnalazione circa la presenza di germi Alert agli esami colturali eseguiti nei vari Reparti. <u>Standard:</u> SI/NO	R	I	I	C	C
Attività 2: Elaborazione di Report su Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza. <u>Indicatore:</u> Audit col personale medico e infermieristico con l'obiettivo di elaborare una procedura di raccolta dati. <u>Standard:</u> SI/NO	R	I	I	C	C
Attività 3: Sorveglianza epidemiologica delle colonizzazioni da CRE e Klebsielle multiresistenti. <u>Indicatore:</u> introduzione della procedura di esecuzione di <u>coprocultura/tampone rettale</u> in caso di episodi di diarrea persistente. <u>Standard:</u> SI/NO	R	C	C	C	C
Attività 4: Definizione della modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE. <u>Indicatore:</u> esecuzione di Audit con i vari Reparti per la definizione di tali modalità. <u>Standard:</u> SI/NO	R	C	C	C	C
Attività 5: Prevenzione e controllo delle infezioni da C. difficile . <u>Indicatore:</u> Definizione di una procedura per la ricerca delle tossine del C. Difficile nei pazienti con diarrea. <u>Standard:</u> SI/NO	R	I	C	C	C

** Batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi (CRE); Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA); Enterococchi vancomicina-resistenti (VRE); Clostridioides difficile; Micobatteri

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

ALLEGATO 1

PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI (PALIM)**RESOCONTO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI****a) Risultati delle cinque sezioni del questionario di autovalutazione. Analisi dello andamento rispetto all'anno precedente. Azioni previste per il mantenimento o per il miglioramento dei risultati ottenuti**

1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....	17
2. FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	18
3. MONITORAGGIO E FEEDBACK	18
4. COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	18
5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT:	18
6. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PREVISTO PER L'ANNO 2026.....	18

Resoconto Piano di Azione Locale 2025 così come indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" determinazione 26 febbraio 2021, N. G02044.

❖ Risultati e Dati di attività Anno 2025**1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.**

Il punteggio ottenuto è **65** (livello Intermedio)

- **Mappatura delle risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza.** In base al fabbisogno rilevato sono presenti i dispenser da predisporre in tutti i punti di assistenza presso tutti i reparti di Villa Giuseppina
- **Fornitura di prodotti per l'igiene delle mani in tutti i Reparti.** Per ogni lavandino è disponibile il sapone e disponibili salviette monouso. La fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani è garantita regolarmente in tutti i Reparti
- **Manutenzione dei lavandini.** La manutenzione dei lavandini è effettuata dalla Ditta **Bordacchini** annualmente e a chiamata in caso di necessità.

2. FORMAZIONE DEL PERSONALE.

Il punteggio ottenuto è **55** (livello Intermedio)

Nel 2025 sono stati realizzati tre corsi di formazione per il personale sanitario di Villa Giuseppina:

Il primo il 27 marzo sul tema della Legionellosi: “Aspetti clinici” e “Strategie di prevenzione nei Sistemi Impiantistici”. La partecipazione del personale è stata del 64%

Il secondo corso dal titolo “La prevenzione delle lesioni da pressione” e “Analisi delle schede di segnalazione Cadute realizzatesi nel corso del 2024”. Al corso ha partecipato il 61% del personale sanitario di Villa Giuseppina e si è tenuto il 5 novembre.

Il terzo dal titolo: “Le ICA e la corretta procedura del Lavaggio delle mani con riferimento al Piano Nazionale di contrasto alla Antibiotico Resistenza (PNCAR)” e “Gestione degli eventi avversi” il 3 dicembre con partecipazione del 53 % del personale sanitario di Villa Giuseppina

3. MONITORAGGIO E FEEDBACK.

Il punteggio ottenuto è **20** (livello Inadeguato)

Attività di monitoraggio sul consumo di soluzione alcolica

Il consumo complessivo di gel idro-alcoolico nei vari Reparti di Villa Giuseppina nel corso del 2025 è stato di 1,4 L ogni 1000 giorni di degenza ordinaria.

4. COMUNICAZIONE PERMANENTE.

Il punteggio ottenuto è **50** (livello Base). I Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani, come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica e la tecnica corretta di lavaggio delle mani, sono esposti in tutti i reparti/servizi

5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Il punteggio ottenuto è **20**. (livello Inadeguato.)

Presentazione del PARS - con Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani - all'interno della Direzione aziendale.

❖ Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani previsto per l'anno 2026

1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
Azione: mappatura delle risorse disponibili per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza	
Attività 1: Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;	R = Direz. Aziendale T = Entro il 31 dicembre 2026 M = Annuale
Attività 2: Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;	
Attività 3: Monitoraggio sul consumo di soluzione alcolica	R = RM T = Entro il 30 giugno e il 30 dicembre 2026 M = Semestrale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

2. FORMAZIONE DEL PERSONALE
Azione: Formazione obbligatoria per tutto il personale sull'igiene delle mani e ICA

Attività 1: Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	R = RM T = Entro il 30 giugno 2026 M = Annuale
Attività 2: Definire e implementare un programma per la validazione delle competenze dell'osservatore con nomina della figura di osservatore da parte della Direzione.	R =Direz. Sanitaria T = Entro il 30 giugno 2026 M =Semestrale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

3. MONITORAGGIO E FEEDBACK

Azione-: Stabilire il piano per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura

Attività 1: Osservazione della compliance sull'igiene delle mani.	R = Osservatore T = Entro il 30 dicembre 2026 M = Annuale
Attività 2: Monitoraggio sul consumo di soluzione alcolica.	R = Direzione Aziendale T = Entro il 30 giugno e il 30 dicembre 2026 M = Semestrale
Attività 3: Indagine di percezione per gli operatori sanitari.	R = Osservatore T = Entro il 30 dicembre 2026 M = Annuale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

4. COMUNICAZIONE PERMANENTE

Azione: Piano di aggiornamento regolare dei materiali (poster, opuscoli, promemoria, etc.) e loro sostituzione se obsoleti e danneggiati

Attività 1: Esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	R = Coord Infermieristiche T = Entro il 30 dicembre 2026 M = Annuale
Attività 2: Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione.	R = Osservatore T = Entro il 30 dicembre 2026 M = Annuale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Azione: Verifica dell'attuazione e monitoraggio stato avanzamento attività pianificate nel Piano di Azione Locale

Attività 1: Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura e inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura.	R = T = Entro il 30 dicembre 2026 M = Annuale
--	--

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

b) Risultati del monitoraggio di SIA e risultati rispetto all'andamento dell'anno precedente

Il consumo complessivo di gel idro-alcoolico nei vari Reparti di Villa Giuseppina nel corso del 2025 è stato di **1,4 L ogni 1000** giorni di degenza ordinaria. Il valore ottimale di consumo di gel indicato dall'OMS è pari a 20 L ogni 1000 giorni di degenza ordinaria. Tale indicazione è stata elaborata però per una popolazione ospedaliera non confrontabile con i Reparti di Psichiatria o le RSA di Villa Giuseppina. È verosimile che il confronto del consumo di gel idroalcolico vada fatto non con i reparti ospedalieri ma con quelle strutture che in Europa vanno sotto il nome di "*long-term care facilities*". Secondo una survey puntiforme del 2023-24, commissionato dallo *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* in 18 paesi europei circa le ICA nelle strutture di assistenza a lungo termine (10 delle quali psichiatriche), la media dei consumi di gel idroalcolico era di 5 L ogni 1000 giorni di degenza ordinaria. In Italia tale media scendeva a **3 L/1000** giorni di degenza ordinaria.

Nel corso del 2024 il consumo complessivo di gel idro-alcoolico nei vari Reparti di Villa Giuseppina è stato di **1,63 L ogni 1000** giorni di degenza ordinaria

c) Risultati del monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani (effettuate secondo le indicazioni fornite dal SERESMI) e andamento rispetto all'anno o alla rilevazione precedente.

Nel corso del 2025, mentre è stata condotta la "formazione" del personale attraverso l'esecuzione di un corso di dedicato al "lavaggio delle mani" secondo le indicazioni del PALIM, non si è concretizzata l'identificazione e la nomina dell'"osservatore" della compliance dell'igiene delle mani, figura che invece è stata prevista nel PARS del 2026.

Non è possibile dunque fornire dati circa il monitoraggio della compliance dell'igiene delle mani per il 2025 né il confronto rispetto all'anno precedente.

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

A) COSTITUZIONE DEL TEAM:

- Dott. Francesco Gori, Risk manager
- Dott. Valter Gallotta, Direttore Sanitario
- Savioli Serenella, Direttore Amministrazione
- Valentina Trivellini, Coordinatrice
- Avv. Giuseppe De Marco, consulente legale struttura
- RSPP. Dr. Marcello Maiozzi

B) PIATTAFORMA DOCUMENTALE**STRATEGIE DI PREVENZIONE NEI SISTEMI IMPIANTISTICI****Strategie per prevenire la colonizzazione degli impianti**

- evitare di installare tubazioni con tratti terminali ciechi e senza circolazione dell'acqua;
- evitare la formazione di ristagni d'acqua;
- provvedere ad effettuare la pulizia periodica degli impianti.
- limitare la possibilità di nicchie biologiche per i microrganismi attraverso la pulizia degli impianti, la prevenzione e la rimozione dei sedimenti dai serbatoi d'acqua calda, bacini di raffreddamento e altre misure igieniche;
- mantenere efficienti i separatori di gocce montati a valle delle sezioni di umidificazione;
- controllare lo stato di efficienza dei filtri ed eliminare l'eventuale presenza di gocce d'acqua sulle loro superfici;

Strategie per prevenire la moltiplicazione batterica

- controllare, ove possibile, la temperatura dell'acqua in modo da evitare l'intervallo critico per la proliferazione dei batteri (25-55°C);
- utilizzare trattamenti biocidi al fine di ostacolare la crescita di alghe, protozoi e altri batteri che possono costituire nutrimento per la legionella;
- provvedere a d un efficace programma di trattamento dell'acqua, capace di prevenire la corrosione e la formazione di film biologico, che potrebbe contenere anche legionelle.

MISURE DI PREVENZIONE A LUNGO TERMINE

1. Ottenimento di informazioni preliminari circa il progetto, il funzionamento e la manutenzione dell'impianto idrico.
2. Progettare l'impianto in modo da avere ben separate le tubature dell'acqua calda da quelle dell'acqua fredda.
3. Programmazione di visite ispettive sull'impianto idrico al fine di: verificare possibili stagnazioni d'acqua, intersezioni tra sistemi di acqua potabile e industriale, effettuare misurazioni delle temperature di accumulo e di mandata dell'acqua calda ad uso sanitario.
4. Programmazione di visite ispettive sull'impianto di climatizzazione al fine di esaminare lo stato degli umidificatori, delle torri evaporative, l'ubicazione delle prese di aria esterna e lo stato
5. Controllo del programma di manutenzione. Ai fini di una buona manutenzione delle condotte dell'aria occorre progettare, costruire ed installare i sistemi aeraulici tenendo anche presente le seguenti esigenze manutentive:
 - prendere in esame la possibilità di drenare efficacemente i fluidi usati per la pulizia;
 - evitare di collocare l'isolamento termico all'interno delle condotte, considerata la difficoltà di pulire in modo efficace l'isolamento stesso;
 - dotare (a monte e a valle) gli accessori posti sui condotti (serrande, scambiatori, ecc.) di apposite aperture, di dimensioni idonee a consentire la loro pulizia, e di raccordi tali da consentirne un rapido ed agevole smontaggio e rimontaggio, assicurandosi che siano fornite accurate istruzioni per il montaggio e lo smontaggio dei componenti;
 - utilizzare materiali sufficientemente solidi per i condotti flessibili, tali da permetterne la pulizia meccanica;

• utilizzare terminali (bocchette, anemostati) smontabili. Durante l'esercizio dell'impianto è importante eseguire controlli periodici per rilevare la presenza o meno di sporcizia. Nel caso, poi, di un intervento di pulizia, occorre assicurarsi successivamente che le sostanze usate siano rimosse completamente dal sistema.

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

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

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

Batterie di scambio termico. Le batterie possono dar luogo a emissione di odori a causa delle incrostazioni che si formano sulle superfici interne, soprattutto nel caso di batterie calde. Per minimizzare tali inconvenienti, soprattutto nel caso di temperature elevate, occorre effettuare una pulizia frequente mediante spazzolatura o aspirazione. Nel caso di batterie di raffreddamento, le superfici alettate ed in particolare le bacinelle di raccolta della condensa costituiscono i luoghi dove maggiormente proliferano microrganismi e muffe. Risulta pertanto necessario installare bacinelle inclinate in modo da evitare ristagni, e realizzarle con materiali anticorrosivi per agevolarne la pulizia.

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

16.2.6 Umidificatori adiabatici La qualità dell'acqua spruzzata nelle sezioni di umidificazione adiabatica deve essere periodicamente controllata; l'incremento della carica batterica deve essere prevenuta mediante sistemi di sterilizzazione oppure mediante periodica pulizia dei sistemi. La carica batterica totale dell'acqua circolante non deve eccedere il valore standard di 106 CFU/L con una temperatura di incubazione di $20^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$ e $36^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$. La presenza di legionella negli umidificatori è sicuramente evitata se la carica batterica non eccede 103 CFU/L.

Torri evaporative. La qualità dell'acqua spruzzata nelle torri evaporative deve essere periodicamente controllata; occorre inoltre pulire e drenare il sistema:

- prima del collaudo
 - alla fine della stagione di raffreddamento o prima di un lungo periodo di inattività
 - all'inizio della stagione di raffreddamento o dopo un lungo periodo di inattività
 - almeno due volte l'anno. Sono raccomandate analisi microbiologiche periodiche. La carica batterica totale massima ammissibile è di 107 CFU/L; l'uso di biocidi non deve essere comunque continuativo.
- 16.2.8 Per quanto riguarda gli impianti di condizionamento dell'aria si indicano, di seguito, le misure più importanti ai fini della prevenzione.
1. Progettare le torri di raffreddamento e posizionare le prese d'aria degli impianti di condizionamento in modo tale da evitare che l'aria di scarico proveniente dalle torri e dai condensatori evaporativi entri negli edifici.
 2. Mantenere efficienti i separatori di gocce sulle torri di raffreddamento e sui condensatori evaporativi. Assicurarsi che i filtri per l'aria esterna siano asciutti. Gocce d'acqua e condensa sui filtri forniscono un ambiente ideale per la diffusione dei batteri negli ambienti condizionati. I filtri dovrebbero essere puliti o sostituiti secondo le indicazioni fornite dai costruttori

Canalizzazioni. Per consentire una efficace pulizia delle superfici interne delle canalizzazioni, evitandone il danneggiamento dei rivestimenti, si può impiegare una tecnica particolare che fa uso di una testa ad ugello con fori asimmetrici, posta all'estremità di una tubazione flessibile che viene introdotta nelle aperture, appositamente predisposte. Da questa tubazione fuoriesce aria compressa in grossi quantitativi (fino a 300 m³/h). L'elevata portata d'aria crea una sorta di lama d'aria che provoca il distacco della sporcizia dalle superfici interne della canalizzazione; l'asimmetria dei fori ne provoca poi una rotazione e quindi l'avanzamento della tubazione per tutta la sua lunghezza (fino a 30 m).

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Questo documento è parte integrante del Documento di valutazione dei rischi realizzato secondo le procedure standardizzate ai sensi degli artt. 17, 28 e 29 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

Tipologia edificio Sulla base delle Linee Guida la Struttura è classificata edificio di tipo A. **Suddivisione Della Struttura:** La struttura di Villa Giuseppina, relativamente all'analisi del rischio Legionella, è suddivisibile in quattro livelli:

PIANO SEMINTERRATO

- Cucina • Camera Mortuaria • W.C.

PIANO TERRA

- Reception • Uffici • Centro Diurno Psichiatrico • SRTRI • SRTRE • Studi Medici

PIANO PRIMO

- RSA mb • RSA E • Ambulatori

PIANO SECONDO

- SRSRH 24 Reparto Blu • SRSRH 24 Reparto Verde • SRSRH 24 Reparto Bianco

PIANO TERZO

- Uffici

La centrale termica è ubicata al Piano Seminterrato in cui avviene la produzione di acqua calda sanitaria stoccata in un boiler oltre il riscaldamento. Gli impianti U.T.A. presenti sono tre, tutti alloggiati sul lastrico solare. 18.4 Valutazione Di seguito è effettuata la valutazione relativamente all'impianto idrico e all'impianto aerulico.

IMPIANTO IDRICO. La qualità dell'acqua nelle strutture ospedaliere o assimilabili è di considerevole importanza poiché sia i pazienti che gli operatori sono regolarmente esposti all'acqua ed all'Aerosol. Allo stato attuale, pur essendo stato dimostrato il nesso di causalità tra infezione da legionella e contaminazione del circuito idraulico, non c'è evidenza di una larga diffusione di casi di legionellosi attraverso l'esposizione all'acqua di tali circuiti. Tuttavia, è ampiamente dimostrata la presenza di Legionella al loro interno (Dutil et al., 2006; Montagna et al., 2006; Pasquarella et al., 2010). Per questo motivo, è importante ai sensi del citato D. Lgs 81/2008 attuare sempre tutte le misure di sicurezza per evitare il rischio di esposizione a potenziali patogeni e creare un ambiente di lavoro sicuro nel quale trattare i pazienti. Premesso che l'utenza idrica è fornita dall'acquedotto municipale dell'Acea e che l'acqua risulta di ottima qualità, all'interno della struttura l'acqua è distribuita radialmente e verticalmente sui vari livelli di cui è costituita la struttura tramite impianti che afferiscono alla dorsale principale. Da un punto di vista distributivo, si possono distinguere quattro diramazioni principali:

- Centrale termica, in cui è presente la caldaia che produce sia riscaldamento che l'acqua calda sanitaria stoccata in boiler per la sua successiva distribuzione ai vari piani tramite linea dedicata;

- Tre linee che alimentano i rispettivi piani in cui è suddivisa la struttura. Per minimizzare il rischio e per ridurre la contaminazione microbica e/o la formazione del biofilm all'interno dei circuiti idrici presenti nella struttura e principalmente consistenti in acqua servizi, acqua per usi domestici ed assistenziali, acqua calda sanitaria, si raccomanda di:

- eliminare dal circuito i tratti esclusi dalle correnti di flusso
- installare dispositivi antiristagno in grado di far circolare l'acqua in continuo, in particolare durante le pause lavorative
- disinfettare l'acqua con trattamenti in continuo o discontinui. Dall'esame dei circuiti di distribuzione dell'acqua calda e fredda non si ravvedono punti morti. L'estremità di ogni circuito prima dei rubinetti di erogazione sono muniti di rubinetti filtro o altro sistema equivalente oggetto di manutenzione e diffusori che sono sostituiti e mantenuti con frequenza prestabilita oltreché prima dell'utilizzo oggetto di flussaggio per qualche minuto. Per quanto riguarda il circuito di acqua calda sanitaria, come detto, costituito da un boiler da cui si diparte la rete per tutte le utenze (cucina e W.C.), quale misura di prevenzione e azione programmata sul boiler in modo automatico con sistema programmato viene portata sistematicamente la temperatura del bollitore e/o degli scambiatori a 70/80 gradi centigradi per 50 minuti. Tale attività è registrata e certificata. Relativamente alla rubinetteria, come già detto, è effettuata la pulizia, la disincrostazione doccioni rompigetto e miscelatori con appositi prodotti (DECS o similari). Tempistica: ai fini della prevenzione, vista la consistenza della struttura tendendo conto delle raccomandazioni dell'accordo Stato-Regioni del 2013, si adottano le seguenti cadenze: Cadenza trimestrale, pulizia rubinetti filtri e diffusori, miscelatori; Cadenza semestrale, ciclo termico bollitore; Cadenza semestrale, sostituzione filtri.

IMPIANTO DI CONDIZIONAMENTO. Il sistema di condizionamento e climatizzazione in Villa Giuseppina è realizzato tramite tre impianti aerulici indipendenti che afferiscono a tre U.T.A. distinte posizionate sui lastrici solari corrispondenti che, attraverso le canalizzazioni, raggiungono i singoli locali in cui avviene l'immissione e l'estrazione tramite opportune griglie terminali. Il programma di autocontrollo di prevenzione comporta le seguenti azioni: Sorveglianza a giro: per verificare con esame visivo in prossimità delle prese d'aria l'assenza di ristagni d'acqua o infiltrazioni all'interno delle stesse, verificare lo stato di pulizia dei filtri, verificare che non ristagni acqua nelle vasche di raccolta di condensa delle UTA. Nello specifico:

- UTA (UNITA' TRATTAMENTO ARIA) SERRANDE DI PRESA ARIA ESTERNA Valutare la presenza di sporcizia, detriti, resti di origine animale o vegetale

- **TORRI DI RAFFREDDAMENTO** Valutare la presenza o meno di incrostazioni, sedimenti e biofilm microbico nel bacino della torre di raffreddamento.

C) MODALITA' DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE

MANUTENZIONE PROGRAMMATA

Risulta che la proprietà, tramite il servizio di manutenzione, effettua le attività di manutenzione programmata. L'accordo Stato-Regioni del 2013 prevede le frequenze come riportate in tabella.

UNI EN 15780

Classi di Pulizia	UTA	Filtri	Umidificatori	Condotte	Terminali
BASSA	24 mesi	12 mesi	12 mesi	48 mesi	48 mesi
MEDIA	12 mesi	12 mesi	6 mesi	24 mesi	24 mesi
ALTA	12 mesi	12 mesi	6 mesi	12 mesi	12 mesi

Ai fini ed in favore della sicurezza, per Villa Giuseppina viene applicata una frequenza rinforzata relativamente alla pulizia periodica prevista nel Piano di manutenzione a corredo degli impianti aeraulici. In particolare è eseguita, a fronte delle procedure previste, la pulizia delle prese d'aria (griglie di mandata dell'aria di ogni singola unità interna), delle unità filtranti smontando il filtro, pulendolo o in alternativa sostituendolo, l'aspirazione di eventuali ristagni d'acqua in vasche e scarichi e disinfezione, nelle U.T.A. (Unità di trattamento Aria) il controllo delle vasche di raccolta della condensa e il loro svuotamento se necessario, nonché il lavaggio con prodotti a base di cloro e/o DECS, assicurandosi che il prodotto disinfettante spruzzato sulle batterie di scambio termico raggiunga la parte più interna e successivamente abbondante risciacquo con dell'acqua per eliminare il più possibile eventuali residui.

Tempistica: ai fini della prevenzione, vista la consistenza della struttura tendendo conto dell'accordo Stato-Regioni del 2013 di cui sopra, oltre ad assumere come classe di pulizia quella ALTA con le frequenze come riportate in tabella, si adottano le seguenti azioni di rinforzo con le cadenze seguenti:

- Cadenza mensile, pulizia delle prese d'aria e dei filtri;
- Cadenza trimestrale per le UTA;
- Cadenza semestrale, sostituzione filtri;
- Cadenza pulizia condotti quinquennale e comunque secondo necessità a valle ispezione periodica.

Tutte le attività sopradescritte devono essere sempre registrate su apposita scheda datata e firmata dall'operatore (preposto); tali schede hanno valore di registro delle attività di prevenzione e devono essere consegnate con cadenza mensile alla Direzione Sanitaria.

Risultanze secondo LISTA DI CONTROLLO all 12 LG

La STRUTTURA SANITARIA PSICHIATRICA ED RSA Villa Giuseppina è distribuita su tre piani più un seminterrato per cui è stato previsto un piano di campionamento dei vari punti per quanto riguarda l'impianto idrico organizzato nel seguente modo:

Posizione Prelievi Frequenza

Piano Seminterrato 1 Annuale

Piano Terra 4 Annuale

Piano Primo 6 Annuale

Piano Secondo 9 Annuale

Piano Terzo 1 Annuale

Locale Caldaia 1 Annuale

Precisando che nel Piano Terra, Piano Primo, Piano secondo, il punto di prelievo più lontano è quello sempre campionato, mentre gli altri sono a rotazione.

Piano di Gestione del rischio implementato dalla Struttura

- È effettuata la riunione con frequenza annuale sulla sicurezza e in tale ambito valutate le azioni preventive e correttive se necessarie
 - Effettuati Campionamenti microbiologici di controllo presenza Legionella spp.
 - Registro d'Igiene – Presente Manutenzione o documentazione equivalente
- L'evidenza è data dai rapporti di intervento e annotazioni*

Monitoraggio Temperature acqua destinata al consumo umano:

Identif. Punto di controllo- Temp. acqua calda sanitaria- Temp. acqua fredda sanitaria-Concentr. di disinfettante- Condizioni di pulizia

diffusori/rompigetto

WC Piano Terra	42°C	< 18°C	NA	Trimestrale
Cucina	42°C	<18°C	NA	Trimestrale
WC 1° Piano	42°C	<18°C	NA	Trimestrale
WC 2° Piano	42°C	<18°C	NA	Trimestrale
WC 3° Piano	42°C	<18°C	NA	Trimestrale

- Non è presente un Sistema di disinfezione acqua destinata al consumo umano.
Acqua direttamente dall'acquedotto comunale
- Impianto d'acqua fredda sanitaria: È presente unica fonte di approvvigionamento dell'acqua all'impianto da Rete idrica municipale
- Il monitoraggio delle temperature ha evidenziato che tutte le temperature d'erogazione dell'acqua fredda sanitaria sono inferiori ai 20°C (sono già in atto adeguate misure di compenso di tale fattore di rischio)
- Non sono state effettuate modifiche nell'impianto idrico negli ultimi 12 mesi.
- Impianto d'acqua **calda** sanitaria. Fonte di approvvigionamento dell'acqua all'impianto: Rete idrica municipale
- Presenti bollitori/serbatoi di raccolta dell'acqua calda sanitaria. Essi sono isolati termicamente
- Per i bollitori/serbatoi di raccolta dell'acqua calda sanitaria, è effettuato lo spurgo regolare dalla loro valvola di fondo.
- Per i bollitori/serbatoi di raccolta dell'acqua calda sanitaria, è effettuata la loro disinfezione almeno semestrale.
- ASSENZA di rami morti (linee di distribuzione mai utilizzate): NO
- ASSENZA di linee di distribuzione caratterizzate da limitato utilizzo o rallentamento del flusso idrico: NO
- ASSENZA di linee di distribuzione esterne o scarsamente/per nulla isolate termicamente: NO
- Il monitoraggio delle temperature ha evidenziato che tutte le temperature d'erogazione dell'acqua calda sanitaria sono superiori ai 50°C.
- Il monitoraggio delle temperature ha evidenziato che la temperatura di stoccaggio dell'acqua calda sanitaria è superiore ai 60°C.
- Non sono state effettuate modifiche della rete idrica negli ultimi 12 mesi
- Sono presenti impianti aeraulici.
- essi NON prevedono l'umidificazione dell'aria con l'utilizzo dell'acqua allo stato liquido
- È previsto un programma di regolare ispezione, pulizia e sanificazione degli impianti aeraulici

RISULTANZE. Sebbene le case di cura siano classificate nelle linee guida come edificio A con rischio elevato in cui possono essere presenti pazienti con patologie particolari, la valutazione dei rischi, sulla base della lista di riscontro di cui all'allegato della LG non evidenzia un rischio specifico, il livello di rischio è basso. In ogni caso sono in atto adeguate misure di prevenzione e controllo.

AGGIORNAMENTO DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI. La valutazione del rischio legionella è effettuata con cadenza quinquennale ma aggiornata con periodicità annuale con prelievi su impianti aeraulici e idrosanitari e documentata formalmente sulla base delle risultanze dei monitoraggi effettuati. È ripetuta ogni volta che ci siano modifiche degli impianti, della tipologia di pazienti assistiti o della situazione epidemiologica della struttura interessata o, infine, in caso di reiterata e anomala presenza di Legionella negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio.

SINTESI DELLE MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO NEI SISTEMI IMPIANTISTICI

I sistemi di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria e i loro componenti, così come pure l'acqua potabile e le attrezzature sanitarie, possono favorire e amplificare la diffusione di sostanze aerodisperse. L'acqua è rifornita da acquedotto comunale, non sono possibili stagnazioni d'acqua, intersezioni tra sistemi di acqua potabile e industriale, non è presente accumulo acqua calda ad uso sanitario.

Sono effettuate semestralmente verifiche sull'impianto di climatizzazione al fine di esaminare lo stato degli umidificatori, delle prese di aria esterna e lo stato delle canalizzazioni.

Controllo del programma di manutenzione con frequenza semestrale. La manutenzione delle condotte dell'aria è fatta con frequenza semestrale e periodicamente sono eseguiti controlli per rilevare la presenza o meno di sporcizia.

Prese d'aria esterna. Le prese d'aria esterne risultano pulite

Filtri I filtri a monte delle unità di trattamento dell'aria e quelli a valle sono oggetto di regolare pulizia e ricambio e trattati con prodotto sanificante.

Batterie di scambio termico. Le superfici alettate risultano pulite, e gli scarichi condensa sono tali da evitare ristagni.

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

Canalizzazioni. Tramite le bocchette di ispezione è fatta una efficace pulizia delle superfici interne delle canalizzazioni, evitandone il danneggiamento dei rivestimenti, e sono semestralmente disinfettate con biocida.

Norme Precauzionali Universali. Flussaggio all'inizio e alla fine della giornata lavorativa. Come metodo precauzionale risulta utile fare fuoriuscire l'acqua dai sistemi di conduzione dei fluidi, per almeno 2 minuti, all'inizio e alla fine della giornata lavorativa riducendo di conseguenza l'accumulo di microorganismi nei momenti di non utilizzo. Questo aiuta a ridurre in maniera significativa l'accumulo microbiologico venutosi a formare durante il non utilizzo.

ISTITUZIONE DEL REGISTRO DEGLI INTERVENTI DI MANUTENZIONE. È stato istituito il Registro per la documentazione degli interventi di manutenzione, ordinari e straordinari, sugli impianti idrici e di climatizzazione.

MONITORAGGIO. Il monitoraggio è eseguito con frequenza annuale da parte dell'RSPP. **29 CONCLUSIONI:** Allo stato nella Struttura il livello di rischio legionella è basso. Le attività di routine e periodiche in atto garantiscono uno standard adeguato di prevenzione da rischio legionellosi, escludono il formarsi di situazioni di pericolo e comunque la possibilità di rischio di esposizione alla legionella.

D) RISULTATO SINTETICO DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO OPERATIVO DI VERIFICA SUL RISULTATO DELLE MISURE DI CONTROLLO IN ATTO

Esame delle risultanze delle analisi dei prelievi del 31 ottobre 2025

risultanze: i campioni prelevati da ciascun punto di Prelievo sono risultati negativi.

o Acqua calda lavabo Piano Terra reparto giallo STANZA 3
o Acqua calda lavabo Piano Terra reparto giallo STANZA 17

NON RILEVATO
NON RILEVATO

o Acqua calda lavabo Piano Terra Centro Diurno CUCINA	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Terra Centro Diurno BAGNO	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo bagno Piano Terra SALA RIUNIONI	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Primo RSA BAGNO 17	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Primo RSA Estensiva STANZA 4	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Primo RSA Estensiva STANZA 8	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Primo RSA Estensiva CUCINA	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Primo RSA Estensiva STANZA 9	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Bianco CUCINA	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Bianco STANZA 6	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Bianco STANZA 2	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo bagno personale Piano Secondo reparto Blu	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Blu STANZA 26	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Blu CUCINA	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Blu difr. SALA PRANZO	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Verde STANZA 13	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo Piano Secondo reparto Verde STANZA 17	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo bagno uomini Piano Terzo Uffici	NON RILEVATO
o Acqua calda lavabo bagno Piano Primo RSA estensiva	NON RILEVATO

CONTROLLI AMBIENTALI:

Non essendo stati rilevati fattori di allarme ambientale, i prelievi periodici per la ricerca della Legionella dovranno essere effettuati con la cadenza stabilita al fine di monitorare costantemente il livello di colonizzazione degli impianti, considerando un rischio elevato di infezioni nosocomiali da Legionella per concentrazioni del microrganismo > 10.000 UFC/l. La mappatura dei punti di prelievo dell'acqua sulla base delle criticità legate all'impianto idrico e sulla base dei risultati dei campioni analizzati rimane la medesima adottata. I campioni sono rappresentati da: acqua, depositi e incrostazioni da tubature; depositi prelevati da serbatoi o altri punti di raccolta; tamponi per raccogliere biofilm all'interno delle tubature; acqua di condensa e di sifoni; filtri di impianti di condizionamento; I campioni devono essere conservati a temperatura ambiente, al riparo dalla luce; l'analisi degli stessi deve essere iniziata non oltre le 24 ore dopo il prelievo degli stessi: in caso di tempi più lunghi conservare i campioni a 4 gradi centigradi. Roma li 18/11/2025 RSP Roma li 18/11/2025

E) Sintesi del Piano di Miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive.....

Sulla base della lista di riscontro di cui all'allegato della LG non evidenzia un rischio specifico, il livello di rischio è basso. In ogni caso sono in atto adeguate misure di prevenzione e controllo.

F) Pianificazione delle azioni di supporto previste (ad esempio sulla formazione degli operatori)

Azioni di supporto da prevedere e implementare sulla base delle risultanze e dei controlli.

ALLEGATO 3

COMUNICAZIONE DELLE INFORMAZIONI NECESSARIE AL FINE DI COSTITUIRE UNA AGGIORNATA ANAGRAFICA DELLE STRUTTURE RELATIVAMENTE ALLA FUNZIONE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

Mail della Struttura da utilizzare per comunicazioni da parte del CRRC:.....amministrazione@villagiuseppina.it

Mail della U.O./Funzione di Risk Managementgestionerischioclinico@villagiuseppina.it

Nominativo e indirizzo mail del Risk Manager: GORI FRANCESCOfrancesco.gori@villagiuseppina.it

Nominativo e indirizzo mail del contributor cloudfrancesco.gori@villagiuseppina.it

Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentatore del SIRES Eventifrancesco.gori@villagiuseppina.it

Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentatore del SIRES Sinistriamministrazione@villagiuseppina.it

Nominativo e indirizzo mail dell'utente compilatore per la partecipazione al
monitoraggio AGENAS sull'implementazione delle raccomandazioni ministeriali....valter.gallotta@villagiuseppina.it

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sulla home page del sito internet aziendale;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione e presentazione al personale di struttura tramite appositi incontri con i diversi Reparti;
- invio al CRRC