VILLA ALBA s.r.l. a socio unico

GRUPPO INI

INI S.p.A. e Villa Alba S.r.l.

P.A.R.S.

PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Elaborato nel rispetto della Legge n°24 del 08 marzo 2017

Sommario

PREMESSA 3
CONTESTO ORGANIZZATIVO 4
Struttura INI - Grottaferrata, (DCA U.00160 – 2019) 6
Struttura INI - Città Bianca, (DCA U.00409 – 2017) 7
Struttura INI - Villa Dante, (DCA U.00377 – 2018) 9
Struttura INI - Medicus, (DCA U.00454 – 2018) 10
Struttura Villa Alba - Fonte Nuova 11
Struttura Villa Alba – Casilina 11
Struttura Villa Alba – Veroli 12
Struttura Villa Alba - Via Vittorio Emanuele Orlando 12
RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI nel 2024 13
Resoconto Infezioni anno 2024 14
Descrizione posizione assicurativa 15
Resoconto delle attività del P.A.R.S anno precedente 2024 16
MATRICE DELLE RESPONSABILITA' 19
OBIETTIVI 2025 19
OBIETTIVI/ATTIVITA' P.A.R.S per l'anno 2025 20
OBIETTIVI/ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO: 2025 22
MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS 24
BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI 24
Piano locale di azione igiene delle mani - Allegato 1 – PARS Gruppo INI 2025 27
AUTOVALUTAZIONI ANNO 2024 27
PIANO DI INTERVENTO 2025 33
Piano annuale prevenzione legionella - Allegato 2 – PARS Gruppo INI 2025 35
PREMESSA 36
PIANO PREVENTIVO 38
PIANO REATTIVO 39
INDICATORI 41
Riferimenti normativi 41

PREMESSA

La sicurezza del Paziente si è dimostrata essere un tema difficile da affrontare dal punto di vista culturale, tecnico, clinico e psicologico, oltre che per la sua portata e vastità.
Questa *cultura* intesa come la capacità di identificare, comprendere e discutere dei rischi, attraverso l'analisi delle norme che regolano il comportamento e l'azione delle risorse umane di un'organizzazione, appare oggi doverosa di un imprescindibile sviluppo, dato dalla nascita di un mercato sempre più competitivo e caratterizzato da livelli di interconnessione sempre maggiore, regolamentazioni eterogenee ed una rapida diffusione delle informazioni. Gli esperti in tema sicurezza delle cure affermano che vi sono stati progressi in alcuni settori, quali quelli nell'utilizzo del sistema di ***incident reporting,*** nel ruolo svolto dagli organismi professionali e dalle Autorità di Regolamentazione.

Il rischio clinico è stato definito dallo statunitense Institute of Medicine come *"la probabilità che un Paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche ricevute, tale da causare un peggioramento delle condizioni di salute"*.
Il pilastro portante della legge n° 24 del 08 marzo 2017(Gelli-Bianco) ha posto al centro la sicurezza delle cure in ambito sanitario come obiettivo principale dell'azione di ogni operatore.
La gestione del rischio, quindi, può sintetizzarsi come "*la costruzione di un progetto e l'occuparsi di seguirlo fino alla fine del suo successo"* mettendo al centro il benessere del paziente.
Si è di fronte, dunque, ad un cambiamento della visione di come affrontare il rischio, con il passaggio da una visione *passiva* ad una *attiva*; non più semplici spettatori e risanatori degli effetti prodotti dalla consumazione dell'evento avverso ma protagonisti dei flussi operativi all'interno dell'organizzazione affinché questi, deviando dalla loro programmazione, non sfocino in un danno per l'Azienda.

In questa ricerca di elevazione degli standard qualitativi la sicurezza dei Pazienti è considerata prioritaria e che si concretizza con approccio sistemico dello studio degli errori; è necessaria l'identificazione e il controllo delle attività che potrebbero determinare un danno del Paziente e la creazione di processi assistenziali efficaci ed efficienti. L'azione proattiva con l'analisi dei potenziali errori e le azioni correttive da intraprendere restano i punti fondamentali di "mitigazione del rischio".
L'esigenza di prevenire il contenzioso nelle attività sanitarie prima ancora di gestirne le conseguenze, ha fatto sì che all'interno dell'Azienda si sviluppasse l'esigenza della istituzione del Risk Management; esso rappresenta un processo decisionale che coinvolge considerazioni di ordine sociale, economico e tecnico mediante una ponderata analisi e valutazione dei rischi.
Il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) diviene così uno strumento organizzativo e tecnico per monitorare e valutare sia le modalità di lavoro dei profesionisti sia gli specifici contesti di lavoro nell'ottica del **contenimento della complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.**
Assume, così, importanza primaria la figura del Risk Manager, il quale pur rimanendo alle dirette dipendenze della Direzione Aziendale, acquista una propria caratterizzazione istituzionale promuovendo ed implementando **le linee guida, le procedure e le istruzioni operative**, nonché predisponendo azioni con finalità informative e formative sui processi decisionali di sistema che lo richiedono.

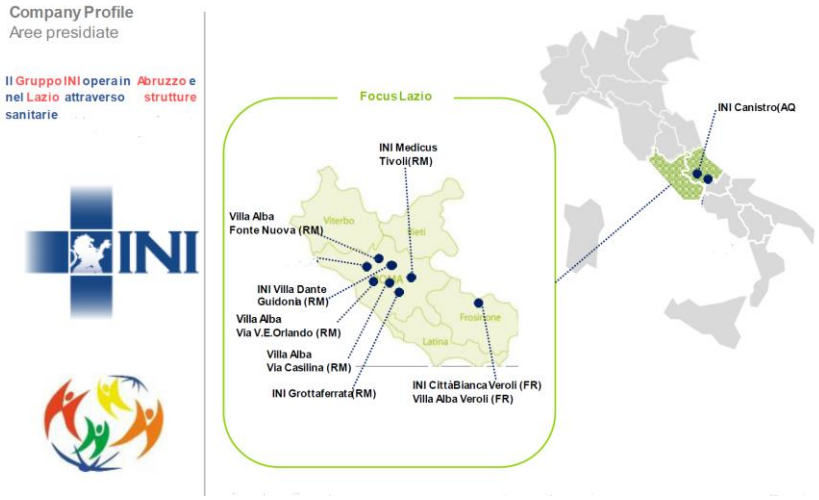
Non per questo, però, la figura del Risk Manager va ad eliminare le peculiari responsabilità di quei soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinici ma deve essere considerata come colui che insieme agli stessi soggeti coordina e armonizza, verso il miglioramento, il sistema del governo del rischio.
Si rende necessario quindi che la totalità delle Strutture collaborino, nel loro specifico ambito, con il Risk Manger per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni utili alla formazione del P.A.R.S.
Attraverso il P.A.R.S., dunque, ed i progetti che lo compongono, tendenti ad analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni, si cerca con tempismo e flessibiltà di adottare correttivi tendenti al miglioramento dei processi delle prestazioni assistenziali, per il perseguimento degli obiettivi di economicità e sostenibiltà della gestione aziendale, nonché per favorire un rapporto trasparente con i vari stakeholders.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

Le origini del Gruppo INI risalgono al 1947 quando il Prof. Delfo Galileo Faroni, medico reumatologo e professore universitario presso l'Università di Urbino, ha fondato il suo primo studio medico in Roma, via Torino 122.

Da allora lo studio si è gradualmente trasformato in un gruppo sanitario ("Gruppo INI").

Nel corso degli anni INI ha realizzato diverse strutture sanitarie, abilitate al ricovero e all'assistenza specialistica ambulatoriale. Le Strutture, collocate nell'Italia centrale e profondamente radicate nel tessuto sociosanitario delle regioni Lazio e Abruzzo sono complessivamente dotate di oltre 1.300 posti letto e impiegano più di 1.200 tra dipendenti e collaboratori.



Tab.1

STRUTTURA	**N.10 Edifici**		
N. Articolazioni territoriali	Lazio Abruzzo	8 sedi 2 sedi	
RISORSE UMANE	N. Dipendenti	**1376**	
ORGANIZZAZIONE	**Posti letto Ordinari per acuti N° 141**	Chirurgia Generale Ortopedia Medicina Generale Oncologia	22 35 69 15
	N. posti letto DH/DS per Acuti N° 20	Chirurgia Generale Ortopedia Medicina Generale Oncologia	3 3 4 10
	Posti letto Ordinari Post-Acuzie N° 325	Riabilitazione	325
	Posti Letto Extra-Ospedalieri N° 398	Ex Art 26 R1 RSA	120 20 258
	Posti letto DH Riabilitazione N°30	Riabilitazione	30
	Hospice N.120	Residenziali Domiciliari	24 96
		POSTI TOTALI	**1034**
	N. prestazioni ambulatoriali		
	N. branche specialistiche	30	
	N. Dipartimenti attività integrata	3	
	Reparti degenza ordinaria	11	
	Reparti degenze diurne	5	
Chirurgia	N. blocchi op./sale op.	2/3	

1.1 Il Gruppo I.N.I. si compone di:

- **n. 8 (otto) Strutture nella Regione Lazio**

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Grottaferrata

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Città Bianca

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Villa Dante

INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Medicus

Villa Alba – Centro di Riabilitazione Via Casilina

Villa Alba – Centro di Riabilitazione per persone con disabilità (Ex art.26) Fonte Nuova

Villa Alba – Centro di Riabilitazione per persone con disabilità (Ex art.26) Veroli

Villa Alba – Centro specialistico ambulatoriale e Riabilitazione Via V. E. Orlando

- **n. 2 (due) Strutture nella Regione Abruzzo**

  INI – Casa di Cura Privata Accreditata con il SSN Canistro

Tutte le strutture del Gruppo INI operano secondo una mission istituzionale.

Struttura INI - Grottaferrata, (DCA U.00160 – 2019)

Una delle realtà sanitarie più importanti dell'hinterland romano, articolata in:

Ricoveri per Acuti:

- Area Chirurgica Ricoveri Ordinari e Day Surgery:
  - Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale.
- Area Medica Ricoveri Ordinari e DAY HOSPITAL:
  - Oncologia, Medicina Generale

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
  - Neuromotori, respiratori e Ortopedici

Cure Palliative (Hospice)

- Hospice,
  - domiciliare e residenziale

Presidio Chirurgico PC2

- Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali
  - Dermatologia, Oculistica, Ortopedia,Urologia e Gastroenterologia.

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali:
  - Radioterapia oncologica, Diagnostica per Immagini, Risonanza Magnetica, Laboratorio analisi, Cardiologia, Centro Reumatologico (ANTARES), Centro Cefalee, Medicina Nucleare.
- Poliambulatorio di:
  - Chirurgia Vascolare, Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Medicina dello Sport, Endocrinologia, Malattie Infettive, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Odontostomatologia, Chirurgia maxillo-facciale, Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Oncologia, Pneumologia, Anestesia.

Tab. 1A

INI GROTTAFERRATA			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	**194**	Medicina Generale	Autorizzati 69 di cui 59 Accreditati
		Ortopedia	Accreditati 7
		Chirurgia Generale	Autorizzati 12
		Oncologia	Accreditati 15
		Hospice Residenziali	Accreditati 5
		Riabilitazione	Autorizzati 86 di cui 60 Accreditati
Posti letto diurni	**30**	DH Medicina Generale	Accreditati 4
		DH Riabilitazione	Autorizzati 10 di cui 7 accreditati
		DH Oncologia	Accreditati 10
		DS Ortopedia	Accreditati 3
		DS Chirurgia Generale	Autorizzati 3
Accessi domiciliari	**20**	Hospice Domiciliari	Accreditati 20
Numero Blocchi Operatori	**2**	Numero Sale Operarie	3

*La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio per il "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso"

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari: Acuti + Post Acuti	**4850**	N. Ricoveri DH	1182
Hospice Residenziale	**54**	Accessi Hospice domiciliare	3863

Struttura INI - Città Bianca, (DCA U.00409 – 2017)

Ubicata nel Comune di Veroli Articolata in:

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
  - Neuromotori, Cardiorespiratori e Ortopedici

Struttura Residenziale

- RSA
  - RSA Intensivo(ex-R1)

- RSA Mantenimento Alto

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali
  - Radioterapia oncologica, Diagnostica per Immagini, Risonanza Magnetica, Laboratorio analisi, Cardiologia.
- Poliambulatorio di:
  - Chirurgia Vascolare, Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Medicina dello Sport, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Oculistica, Odontostomatologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Pneumologia, Urologia.

Tab.1B

INI Città Bianca			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	**212**	RSA 1	Accreditati 20
		RSA	Accreditati 98
		Riabilitazione	Autorizzati 85 di cui 57 accreditati
		Hospice Residenziali	Autorizzati 9
Posti letto diurni (DH)	**9**	Riabilitazione	Autorizzati 9 di cui 6 accreditati
Accessi domiciliari	**36**	Hospice Domiciliari	Autorizzati 36

*La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio per il "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso"

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari Riabilitazione	**903**	**N. Ricoveri DH**	**166**
Ricoveri RSA-R1	**60**		
RSA	**88**		

Struttura INI - Villa Dante, (DCA U.00377 – 2018)

Situata nel Comune di Guidonia Montecelio, con un'attività incentrata sulla riabilitazione, è articolata in:

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
  - Neuromotori, Cardiorespiratori e Ortopedici

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali
  - Diagnostica per Immagini, Risonanza Magnetica, Laboratorio analisi, Cardiologia.
- Poliambulatorio di:

o Chirurgia Vascolare, Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Malattie Infettive, Medicina dello Sport, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Oculistica, Odontostomatologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Pneumologia, Urologia.

Tab.1C

INI Villa Dante			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	96	Riabilitazione	Autorizzati 96 di cui 31 Accreditati
Posti letto diurni	**5**	Riabilitazione	Autorizzati 5 di cui 3 accreditati

*La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio per il "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso"

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari Riabilitazione Cod.56	**593**	N. Ricoveri DH	79

Struttura INI - Medicus, (DCA U.00454 – 2018)

posizionata al centro del Comune di Tivoli, Casa di Cura di è articolata in:

Ricoveri Post Acuti:

- Recupero e Riabilitazione Funzionale, Ricoveri Ordinari e Day Hospital
  - Neuromotori, Cardiorespiratori e Ortopedici

Struttura Residenziale

- RSA
  - RSA Mantenimento Alto
  - RSA Mantenimento Medio
  - RSA Estensiva

Assistenza specialistica Ambulatoriale

- Servizi Ambulatoriali
  - Emodialisi, Diagnostica per Immagini, Laboratorio analisi, Cardiologia.
- Poliambulatorio di:
  - Chirurgia Vascolare, Angiologia, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Oculistica, Odontostomatologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione, Pneumologia, Urologia.

Tab.1D

INI Medicus			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto ordinari	**238**	Hospice Residenziale	Autorizzati 10 di cui Accreditati 9
		Riabilitazione	Accreditati 58
		RSA	Accreditati 160
		Hospice	Accreditati 10
Posti letto diurni	**21**	Riabilitazione	Accreditati 6
		Dialisi	Accreditati 15
Accessi domiciliari	**40**	Hospice domiciliare	Accreditati 40

*La struttura è stata coinvolta dalla Regione Lazio per il “Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso"

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

N. Ricoveri ordinari Riab.Cod.56	**628**	N. Ricoveri DH	117
Ricoveri RSA	**227**		
Ricoveri RSA estensiva	**25**		
Hospice Residenziale	**192**	Hospice Domiciliari	8112

Struttura Villa Alba - Fonte Nuova

Situata nei pressi di Roma, è un istituto che offre cure riabilitative sia livello residenziale che semiresidenziale e servizi ambulatoriali (centro territoriale extraospedalieri ex art 26) rivolti ai disturbi neurologici, neuropsicologici, del neuro sviluppo, psicomotori e del linguaggio rivolto a bambini e adulti affetti da disabilità

Tab.1E

Villa Alba Fonte Nuova			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO			
Posti letto Residenziali	**120**	EX Articolo 26	120
Posti letto Semiresidenziali			

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

ricovero residenziali	**41686**		

Struttura Villa Alba – Casilina

Situata a Roma, è Il centro riabilitativo Villa Alba-CASILINA è una struttura assistenziale fisioterapica accreditata con il SSR in grado di offrire servizi fisiatrici e di radiologia ambulatoriale, seguendo protocolli terapeutici aggiornati, con l'utilizzo di moderne apparecchiature elettromedicali e con l'ausilio di personale sanitario qualificato ed esperto.

I pazienti possono usufruire dei nostri servizi previo appuntamento.

I trattamenti personalizzati sono eseguiti sotto controllo periodico dei nostri medici specialisti.

Struttura Villa Alba – Veroli

Adiacente alla vicina Città Bianca, è presente questa Struttura che offre cure riabilitative in regime semi-residenziale ed ambulatoriale (Centro Territoriale extraospedaliero ex art. 26) per disturbi neurologici, neuropsicologici, psicomotori e cognitivi dell'età evolutiva.

Struttura Villa Alba - Via Vittorio Emanuele Orlando

Situata nel centro di Roma, è una struttura polispecialistica con fisioterapia; diagnostica ecografica, cardiovascolare, di medicina dello sport e dermatologica.
È presente anche un ambulatorio infermieristico.
Oltre le prestazioni erogate attraverso le sue strutture, il Gruppo I.N.I. possiede al suo interno un Comitato Scientifico e varie Unità di Ricerca e Sperimentazione, che operano in stretto collegamento con le Università di Roma "La Sapienza", "Tor Vergata", numerose Università private e Associazioni di categoria.
Inoltre, il Gruppo I.N.I. è Provider accreditato per la formazione continua in medicina e centro di formazione per tutte le strutture del gruppo, nonché sede dei corsi di laurea in "Scienze Infermieristiche" sede distaccata di Tor Vergata e "terapia occupazionale" con Università della Sapienza di Roma (Sant'Andrea) e "Fisioterapia".

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI nel 2024

La fonte dei dati è costituita dal sistema gestionale di reporting Talete. Nell'anno 2024 sono stati registrati 471 eventi totali, di questi 221 near miss (47% del totale), 247 eventi avversi (52.4%) e 3 eventi sentinella (0.6%).

Analizzando nello specifico:

• near miss segnalati sono rappresentati per il 96% da eventi cadute e per 4% da altro

• eventi avversi, rispetto al totale dei segnalati, sono rappresentati da eventi cadute nel 89%, aggressioni 9%, 2% da altro.

• 3 eventi sentinella (1 evento caduta, 1 evento sentinella 16: ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno alla persona assistita, 1 evento sentinella 11: violenza su persona assistita in ospedale).

Tab. 2

Tipo evento	Casi (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali / contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	Casi 221 47%	96%	Strutturali 20% Tecnologici 10% Organizzativi 40% Procedure/Comunicazione 30%	Strutturali 20% Tecnologici 10% Organizzativi 40% Procedure/Comunicazione 30%	Sistemi di reporting 100% Sinistri 0% Emovigilanza 0 % Farmacovig. 0% ICA 0 %
Eventi Avversi	Casi 247 52.4 %	89%			
Eventi Sentinella	3 0.6%	33%			

Resoconto Infezioni anno 2024

Il Sistema Gestionale TALETE con l'applicativo per le segnalazioni ed in particolare quelle inerenti le infezioni ospedaliere permette di raccogliere i dati sugli eventi infettivi segnalati dalle singole Sedi.

Anche nel corso del 2024 è proseguito l'impegno nella prevenzione e gestione delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza), anche attraverso l'integrazione e revisione delle procedure operative e le attività del CCICA, aggregato al Centro Aziendale di Rischio Clinico.

Complessivamente, analizzando i casi di tutte le strutture, sono stati rilevati **214 casi di infezioni nosocomiali** (infezioni correlate all'assistenza); la tipologia delle infezioni, con la relativa frequenza, è riportata nella tabella sottostante.

EVENTI INFETTIVI ANNO 2024	Casi n (%)
Infezioni vie urinarie	119 (55.6 %)
Diarrea da Clostridium difficile	38 (17.7%)
Infezioni basse vie respiratorie	21 (9.8%)
Batteriemia/Sepsi	20 (9.4%)
Infezioni cute-sottocute	9 (4.3%)
Infezione da SARS COV2	4 (1.8 %)
Infezioni sito chirurgico	3 (1.4 %)
TOTALE	**214**

Tab.3

ANNO	NUMERO SINISTRI APERTI	SINISTRI LIQUIDATI	RISARCIMENTI EROGATI
2020	30	9	472.640,00
2021	20	4	179.018,00
2022	37	8	482.272,17
2023	30	6	675.097,55
2024	46	4	325.839,60
Totale	**163**	**31**	**2.134.867,32**

**** riportati solo i sinistri ed i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (danni a cose, incidenti, smarrimenti di effetti personali)

Descrizione posizione assicurativa

Tab.4

ANNO	COMPAGNIA ASSICURATIVA	NUMERO POIZZA	DATA EFFETTO DATA SCADENZA	PREMIO	FRANCHIGIA	BRO-KER
2020	**Generali**	370755117	30.04.2020 - 30.04.2021	€ 539.000 + integrazione per COVID-19 € 45.273,33	SIR € 100.000 per sinistro per fatti accaduti successivamente all'1.05.2014 SIR € 500.000 per sinistro per fatti accaduti dall'1.05.2007 all'1.05.2014 Franchigia RCO € 2.500	GB SAPRI SPA
2021	**Sham**	165919	30.04.2021-30.04.2024	623.475,00	SIR € 100.000 per sinistro per fatti accaduti successivamente all'1.05.2014 SIR € 300.000 per sinistro per fatti accaduti dall'1.05.2007 all'1.05.2014 SIR RCO € 2.500 (escluso casi COVID-19) SIR RCT/RCO € 100.000 per sinistro per i casi COVID-19	GB SAPRI SPA
2022	**Sham**	165919	30.04.2021-30.04.2024	623.475,00	SIR € 100.000 per sinistro per fatti accaduti successivamente all'1.05.2014 SIR € 300.000 per sinistro per fatti accaduti dall'1.05.2007 all'1.05.2014 SIR RCO € 2.500 (escluso casi COVID-19) SIR RCT/RCO € 100.000 per sinistro per i casi COVID-19	GB SAPRI SPA
2023	**Sham**	165919	30.04.2021-30.04.2024	623.475,00	SIR € 100.000 per sinistro per fatti accaduti successivamente all'1.05.2014 SIR € 300.000 per sinistro per fatti accaduti dall'1.05.2007 all'1.05.2014 SIR RCO € 2.500 (escluso casi COVID-19) SIR RCT/RCO € 100.000 per sinistro per i casi COVID-19	GB SAPRI SPA
2024	**Sham**	165919	30.04.2024-30.04.2026	623.475,00	SIR € 150.000 per sinistro per fatti accaduti successivamente all'1.05.2014 SIR € 300.000 per sinistro per fatti accaduti dall'1.05.2007 all'1.05.2014 SIR RCO € 2.500 (escluso casi COVID-19) SIR RCT/RCO € 100.000 per sinistro per i casi COVID-19	GB SAPRI SPA

Resoconto delle attività del P.A.R.S anno precedente 2024

Nel corso del 2024 sono state implementate alcune attività già presenti all'interno della Azienda

- L'attività della Unità Operativa **UASS-SIO (Unità operativa Aziendale dei Sistemi Sanitari) costituita il 01/09/2018**, con revisione del gruppo di lavoro, ha proseguito l'attività di controllo sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria, sulla corretta codifica delle SDO con analisi a campione delle cartelle cliniche che vengono prodotte da ogni Unità Operativa.
- IL Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.), ha proseguito la propria attività nell'ambito della gestione del rischio clinico e della gestione del contenzioso giudiziario ed extragiudiziario.
- Prosegue l'attività di analisi e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella.

Resoconto PARS 2024

Obiettivo A		
Attività	**Realizzata(B)**	**Stato di attuazione**
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di iniziative formative su tematiche del rischio clinico **"Formazione on the job di Gestione del Rischio Clinico"**	SI	ESEGUITO
ATTIVITA' 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un **"Corso di formazione su corretta igiene delle mani"**	SI	ESEGUITO

Obiettivo B		
Attività	**Realizzata(B)**	**Stato di attuazione**
ATTIVITA' 3 – Implementazione del sistema di autovalutazione/questionario sulla corretta igiene delle mani	SI	ESEGUITO

ATTIVITA' 4– Implementazione corretta identificazione paziente che accede alla sala operatoria (braccialetto identificativo bar code)	NO	IN ITINERE
Obiettivo C		
Attività	**Realizzata(B)**	**Stato di attuazione**
ATTIVITA' 5 –Corso su Corretta compilazione del Consenso Informato	SI	ESEGUITO

Resoconto PARS 2024 rischio infettivo

Obiettivo A		
Attività	**Realizzata(B)**	**Stato di attuazione**
ATTIVITA' 1 –Corso: **Gestione sepsi**	SI	ESEGUITO
ATTIVITA' 2 – Corso: Gestione della terapia antibiotica empirica	SI	ESEGUITO

Obiettivo B		
Attività	**Realizzata(B)**	**Stato di attuazione**
ATTIVITA' 3– Implementazione del controllo sull'antibioticoresistenza tramite elaborazione documento di antimicrobial stewardship e sua diffusione	SI	ESEGUITO
ATTIVITA' 4: Revisione cartelle chirurgiche di reinterventi per infezione	SI	ESEGUITO ED IN CORSO

Obiettivo C		
Attività	**Realizzata[B]**	**Stato di attuazione**
ATTIVITA' 5– Implementazione e consolidamento del modello di sorveglianza attiva sulla popolazione ricoverata (tampone rettale/coprocoltura) per le colonizzazioni/infezioni da CRE - delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE	SI	ESEGUITO

Altre attività sviluppate e realizzate nel corso del 2024 sono state:

- Revisione delle procedure sul rischio di caduta
- Revisione procedura su prevenzione e gestione legionella
- Revisione di tutte le procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali.
- Formazione sul personale sanitario su specifici argomenti di rischio clinico e di buone pratiche
- Esecuzione di corsi di formazione su antimicrobial stewardship
- Implementazione dei documenti regionali adottati in materia di gestione del rischio Clinico.
- Screening sul rischio infezioni e monitoraggio attraverso il gestionale Talete
- Implementazione della segnalazione delle infezioni

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	Risk Manager	Legale Rappresentante	Direttore Generale	Manager Sanitario	Direttori Sanitari	C.V.S.	O.D.V.
REDAZIONE P.A.R.S.	R	I	C	C	C	I	I
ADOZIONE P.A.R.S.	R	A	I	C	C	I	I
MONITORAGGIO P.A.R.S	R	I	I	I	C	C	I
PRESENTAZIONE P.A.R.S. al C.d.A.	R	I	I	I	C	I	I

R=Responsible (responsabile)
A=Accountable (approvatore/supervisore)
C=Consult (coinvolto)
I=Inform (informato)

OBIETTIVI 2025

Il piano di gestione del rischio clinico all'interno del Gruppo I.N.I. prosegue le attività già intraprese nell'anno precedente; le attività specifiche del 2025 proseguono in coerenza con gli obiettivi che la Regione Lazio ha emanato per le strutture sanitarie del territorio.
In particolare, si predispongono attività riguardanti:

- monitoraggio e prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica
- misure di contrasto alla resistenza agli antibiotici

Inoltre, si predispone l'implementazione di:

- Monitoraggio di consumo di soluzione idroalcolica
- Verifica dell'aderenza al piano di azione locale sull'igiene delle mani
- Verifica aderenza a procedura di sorveglianza e gestione di legionella

OBIETTIVI/ATTIVITA' P.A.R.S per l'anno 2025

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 1 – Progettazione ed esecuzione di iniziative formative su tematiche del rischio clinico **"Formazione on the job di gestione del Rischio Clinico"**		
INDICATORE Esecuzione di almeno una attività per sede entro 31 dicembre 2025		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management-RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	RSGQ
Organizzazione attività formative	R	R
Esecuzione attività formative	R	R

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 2 – Progettazione ed esecuzione di iniziative formative su tematiche del rischio clinico **"Formazione on the job su corretta igiene delle mani"**		
INDICATORE Esecuzione di almeno un'attività per sede entro 31 dicembre 2025		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management-RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	RSGQ
Organizzazione attività formative	R	R
Esecuzione attività formative	R	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITA' 3 – Attività di Safety walk around		
INDICATORE Almeno 5 attività effettuate entro 31 dicembre 2025		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management-RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	RSGQ
Realizzazione SWR	R	C
Analisi e monitoraggio dati	R	C
Report/Verbali	R	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITA' 4 – Monitoraggio semestrale check-list operatoria			
INDICATORE Almeno 20 per sede			
STANDARD SI			
FONTE Risk Management-RSGQ-DS sede- Responsabile UO			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	RSGQ	DS/RESP uos UO
Produzione check-list chirurgiche	I	I	R
Controllo Check list chirurgiche	R	R	C
Azioni di miglioramento	C	C	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITA' 5– Studio osservazionale sull'appropriatezza assistenziale degenza/servizi		
INDICATORE Monitoraggio del 20% delle cartelle cliniche a cadenza trimestrale		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management- V.A.S.		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	V.A.S.
Selezione campione cartelle da analizzare	C	R
Analisi e monitoraggio dati	C	R
Verbali/ Report	R	C

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI		
ATTIVITA' 6 –Corso su Gestione del Rischio Aggressione agli operatori sanitari		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro 31 dicembre 2025		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management-RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Ufficio Personale/Provider INI ECM
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI		
ATTIVITA' 7 – Vademecum sulle misure di prevenzione del Rischio Aggressione agli operatori sanitari		
INDICATORE Pubblicazione del vedemecum entro 31 dicembre 2025		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management-RSGQ-RSPP		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager - RSPP	RSGQ
Progettazione del Vademecum	R	C
Distribuzione	I	R

OBIETTIVI/ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO: 2025

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITA' 1 – Revisione procedura su Prevenzione infezioni sito chirurgico e gestione ferita chirurgica e formazione personale		
INDICATORE : Revisione procedura e verbali di formazione		
STANDARD SI		
FONTE CCICA-Risk manager -RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA	Risk manager/RSGQ
Revisione procedura	R	C
Emissione procedura	C	R
Formazione personale	C	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITA' 2– Monitoraggio delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE		
INDICATORE: Report annuale		
STANDARD SI		
FONTE Laboratorio analisi- Direzione Sanitaria (DS)		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Laboratorio Analisi	DS
Sorveglianza e notifica batterie mie da CRE	R	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITA' 3– Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert		
INDICATORE: Report annuale sorveglianza circolazione microorganismi alert		
STANDARD SI		
FONTE Laboratorio analisi- Direzione Sanitaria (DS)		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Laboratorio Analisi	DS
Sorveglianza circolazione germi alert	R	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITA' 4– Prosecuzione delle attività di monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani		
INDICATORE: Report di riunioni eseguite– Consumo semestrale gel idroalcolico		
STANDARD SI		
FONTE CCICA-RSGQ-Ufficio Infermieristico-Coordinatori U.U.O.O.		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA	Ufficio Infermieristico-Coordinatori U.U.O.O.-RSGQ
Distribuzione del materiale didattico	C	R
Riunioni e corsi di formazione del personale coinvolto	R	R
Attività di vigilanza tramite report specifici	C	R

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI	
ATTIVITA' 3– Implementazione e consolidamento del modello di sorveglianza attiva sulla popolazione ricoverata (tampone rettale/coprocoltura) per le colonizzazioni/infezioni da CRE - delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE	
INDICATORE: Report di riunioni eseguite per diffusione procedura P011 - ALL.01_CCICA Procedura gestione sorveglianza ICA e isolamento rev.05	
STANDARD SI	
FONTE CCICA-RSGQ	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	
Azione	CCICA	RSGQ
Riunioni e formazione del personale coinvolto	R	C

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine di portare a termine tutte le azioni ed iniziative per il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel P.A.R.S., la diffusione dello stesso avverrà tramite:

1. presentazione del Piano all'interno del C.d.A.;
2. pubblicazione del Piano sul sito aziendale nella sezione intranet e Internet;
3. attraverso iniziative rivolte a tutto il personale (incontri formativi)
4. Diffusione sul Sistema Gestionale Talete.

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministero della Salute: "Risk Management in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico D.M. 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Life"
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
- Reason j. , Manning the risk of organizational accidents, 1997
- Reason j. , Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei Pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http//salute.gov.it/portale/temi
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators: http//www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx
- Atul Gawande; Checklist: come far andare meglio le cose. Ed. Einaudi 2009.
- Charles Vincent. La sicurezza del Paziente. Springer-Verlag. 2012
- Riccardo Tartaglia, Andrea Vannucci. Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica. Springer Verlag 2013
- 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"
- 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";
- 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"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";

- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- 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”;
- Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)’”;
- Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
- Regione Lazio del 26 ottobre 2022 recante “Documento di indirizzo sulla prevenzione e gestione della caduta della persona assistita”
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Determinazione Regionale n. G14075 del 18 ottobre 2017 recante “Approvazione del ‘Documento di indi rizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte ma terna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi’”;
- Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante “Adempimenti LEA 2017”;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Determinazione Regionale n. U0049428 del 22/01/2019 L.G. Piano Annuale Risk Management.
- Regione Lazio. Determinazione n° G00163 dell’11 gennaio 2010 • Regione Lazio. - Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria Area rete Ospedaliera Specialistica n° GR 39.15 del 23 gennaio 2020. Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020
- Regione Lazio del 20 aprile 2018 “Documento per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione”.

- Regione Lazio del 7 novembre 2023 “Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)”.

Il Risk Manager	*Il Legale Rappresentante INI Spa*	*Il Legale Rappresentante Villa Alba Srl*
Dott.ssa Barbara Zechini	*Dott. Cristopher S.L. Faroni*	*Dott. Adriano Gualtieri*

Piano locale di azione igiene delle mani - Allegato 1 – PARS Gruppo INI 2025

Con la Determinazione G 02044 del 26 febbraio 2021 è stato adottato il documento "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani".
Come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 2 febbraio 2023 e U. 0091714 del 22 gennaio 2024, il presente documento viene redatto con l'intento di rappresentare il programma per il raggiungimento del livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire per il 2024".
Il piano di intervento locale sull'igiene delle mani per il 2024 delle sedi del gruppo INI è stato programmato, in riferimento alle indicazioni presenti nel documento "Hand Hygiene Self-assessment framework" dell'OMS ed è suddiviso in 5 sezioni:

Sezione A – Requisiti strutturali e tecnologici

Sezione B – Formazione del personale

Sezione C- Monitoraggio e feedback

Sezione D- Comunicazione permanente

Sezione E- Clima organizzativo e Commitment

AUTOVALUTAZIONI ANNO 2024

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	**50**
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento	**10**
	NO	0

A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	SÌ	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SÌ	**15**
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	**NO**	**0**
	SÌ	15

Il punteggio registrato è risultato di **85**, (avanzato)
INADEGUATO: 0-25
BASE: 26-50
INTERMEDIO: 51-75
AVANZATO: 76-100

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

	SÌ	**5**
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	**15**
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	**NO**	**0**
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	**NO**	**0**
	SÌ	10

Il punteggio registrato è risultato di **65** (intermedio)

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	**10**
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	**5**
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	**5**
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	**5**
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	**NO**	**0**
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	**5**
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		

C4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai Irregolarmente Annualmente Ogni 3 mesi o meno	0 5 10 15
C.4. 2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30% 31-40% 41-50% 51-60% **61-70%** 71-80% ≥ 81%	0 5 10 15 20 25 30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO **SÌ**	0 **5**
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO **SÌ**	0 **7.5**
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO **SÌ**	0 **7.5**

Il punteggio registrato è risultato di **75** (intermedio)

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	**20**
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	**10**

	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	**7.5**
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	**15**
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	SÌ	**10**
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	**NO**	**0**
	SÌ	**10**
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	**NO**	**0**
	SÌ	15

Il punteggio registrato è risultato di **72.5** (intermedio)

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	**5**
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	**NO**	**0**
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	**5**
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	**10**
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0

	SÌ	**5**
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	**5**
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	**10**
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	**NO**	**0**
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	**NO**	**0**
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	**5**
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	**10**
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	**5**
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	**5**
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	**NO**	**0**
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	**NO**	**0**
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	**NO**	**0**
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	**5**

Il punteggio registrato è risultato di **75** (intermedio)

PIANO DI INTERVENTO 2025

Le singole sedi del Gruppo INI si propongono per il 2025 i seguenti obiettivi:

PIANO MIGLIORAMENTO 2025		
ATTIVITA'	REFERENTE	CRONOPROGRAMMA
SEZIONE A Aumentare disponibilità di diverse tipologie di dispenser (a muro, sui carrelli, ecc.) in tutte le sedi	Direzione Sanitaria Coordinatore infermieristico Ufficio acquisti	31 dicembre 2025
SEZIONE B Corsi di formazione del personale	Direzione Sanitaria Coordinatore infermieristico	31 dicembre 2025
SEZIONE C Monitoraggio semestrale del consumo di gel idroalcolico Report semestrale dei questionari di igiene mani	Direzione Sanitaria Magazzini/farmacia Coordinatore infermieristico Direzione Sanitaria Coordinatore infermieristico	31/07/2025 31/01/2026
SEZIONE D Monitoraggio e implementazione locandine informative	Direzione Sanitaria Ufficio Comunicazioni	31 dicembre 2025
SEZIONE E Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/caregivers in occasione della Giornata mondiale igiene delle mani 2025.	Direzione Sanitaria Ufficio Comunicazioni	5 maggio 2025 (Giornata mondiale igiene mani)

Matrice responsabilità

AZIONE	Risk Manager	RSPP/Responsabile Qualità	Direttori Sanitari	Presidente CCICA	Coordinatori infermieristici
Valutazione tollerabilità soluzioni alcoliche	C	R	C	I	I
Disponibilità diverse tipologie dispenser	I	I	R	C	R
Formazione personale	R	R	C	C	C
Formazione Neoassunti	C	C	R	I	C
Valutazione consumo gel	C	C	R	R	C
Analisi questionari preposti	R	C	R	C	C
Implementazione locandine informative	C	R	I	I	R
Presenza Procedura su gestionale aziendale e revisione	R	R	C	C	I
Controllo ICA e periodiche riunioni CCICA	C	I	R	R	I

R=Responsabile
C=Coinvolto
I=Informato

Piano annuale prevenzione legionella - Allegato 2 – PARS Gruppo INI 2025

Il piano annuale prevenzione legionella allegato al PARS è estratto dalla Procedura aziendale P011_CCICA "Prevenzione e Gestione Legionella " del 1.09.2024 ed.2 rev.02.

Nome e Cognome	Funzione	Sede/Società	Firma
Pietro Lucchetti	Pres. CCICA Coord. DS	Gruppo INI	
Barbara Zechini	Risk Manager M. Infettivologo	Gruppo INI	
Maria Assunta Ciarella	RSPP	Gruppo INI	
Alessandro Paolacci	Resp. Manutenzioni	Gruppo INI	

PREMESSA

Sono definite "Legionellosi" tutte le forme morbose causate da batteri Gram-negativi aerobi del genere *Legionella1*. La malattia si può manifestare sia in forma di polmonite con tasso di mortalità variabile tra 10- 15%, sia in forma febbrile extra polmonare e sia in forma subclinica.

I batteri del genere Legionella sono ubiquitari e la malattia può manifestarsi in forma di cluster epidemico dovuto all'esposizione aerea di una comunità a un'unica fonte con elevata virulenza o in forma isolata, in particolare nei soggetti con particolari fattori contribuenti di rischio individuale.

I casi di polmonite da *Legionella* di origine nosocomiale, a differenza dei cluster di comunità extraospedaliera, non presentano una particolare stagionalità.

L'agente eziologico della legionellosi è veicolato dalla rete idrica distribuita per usi civili (comprese le strutture sanitarie di ricovero e cura) e può colonizzare il soggetto ricevente attraverso le attività ordinarie quotidiane (doccia o cure igieniche in genere, esposizione a microclimi sottoposti a climatizzazione con inadeguata gestione dei sistemi di filtraggio, inalazione da sistemi di nebulizzazione / umidificazione dell'aria) oppure attraverso alcune pratiche assistenziali erogate senza i necessari requisiti di sicurezza protettiva per il paziente.

Non sono segnalati casi di contagio e trasmissione diretta interumana di legionellosi. La prevenzione primaria è rappresentata dalla bonifica dei serbatoi naturali e dei sistemi di convogliamento e distribuzione idrica.

L'evoluzione clinica della malattia è spesso influenzata dal contributo dei fattori individuali del paziente, la rilevazione nosocomiale di un caso isolato, o di un cluster clinico, è tuttavia rilevante in quanto espressione di un problema sistemico della struttura e dell'organizzazione sanitaria che

richiede un tempestivo intervento di valutazione tecnico- microbiologica dell'impiantistica e di verifica delle buone pratiche assistenziali.

Per le ragioni sopra sintetizzate, la prevenzione e il controllo della legionellosi richiede due classi di intervento distinte per natura (tecnico-ingegneristico e clinico assistenziale) e per ambito di competenza, ovvero l'ambito del servizio di manutenzione per gli aspetti strutturali e di tenuta degli impianti e quello del Servizio di Prevenzione, della Direzione sanitaria e del Risk Management per l'implementazione sia di misure proattive finalizzate al contenimento dei casi di infezione sia reattive per la corretta gestione dei casi di legionellosi. L'esposizione degli operatori segue sul piano generale le stesse misure preventive del resto della popolazione, ovvero l'abbattimento periodico della carica batterica negli impianti tecnologici della struttura e, sotto il profilo professionale, si richiama al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) in presenza di nebulizzazioni, aerosolizzazioni e manovre, in seguito meglio descritte a carico dell'apparato respiratorio o di interventi odontoiatrici dei pazienti.

SCOPO

Prevenire e gestire i casi di colonizzazione/infezione e/o di malattia legionellosi nosocomiale tra i pazienti e gli operatori nelle strutture del Gruppo INI, attraverso l'adozione di idonee misure sia sul piano preventivo che reattivo.

PIANO PREVENTIVO

Identificare i fattori di rischio e mettere in atto tutte le strategie tecniche per prevenire possibili rischi.

Elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire la possibilità di eventi avversi.

PIANO REATTIVO

Standardizzare modalità reattive all'evento avverso.

PIANO PREVENTIVO

Il piano preventivo è illustrato nella tabella seguente.

CHI	COSA	COME
INTERVENTI DI PREVENZIONE DI NATURA TECNICA		
Servizio Manutenzioni	Manutenzione impianti	❑ Manutenzione costante sia ordinaria che straordinaria degli impianti sanitari ❑ Controllo filtri ❑ Cura la realizzazione di indagini semestrali utili ai fini della prevenzione ❑ Fornisce alla DS e al SPP i risultati dei monitoraggi effettuati
Servizio pulizie	Esecuzione del Servizio secondo le corrispondenti aree di rischio specifiche e procedure di lavoro	❑ Registrazione quotidiana delle attività di pulizia su apposita modulistica ❑ Decalcificazione periodica (almeno mensile) con prodotti specifici di tutti i terminali di erogazione idrica
Servizio Prevenzione e Protezione	Valuta il rischio igienico ambientale e propone alla Direzione Strategica un piano di interventi per il miglioramento della sicurezza.	❑ Effettua sopralluoghi nei luoghi di lavoro ❑ Elabora i dati riguardanti la descrizione degli impianti, i rischi presenti negli ambienti d ilavoro, ❑ Elabora le misure preventive e protettive integrandole con le risultanze delle visite negli ambienti di lavoro ex art. 25 D.lgs 81/2008 e delle relazioni del medico competente,nonché dei monitoraggi ambientali, aggiornando conseguentemente il DVR
Medico Competente	Collabora con il SPP alla valutazione dei rischi ed alla stesura dei piani di miglioramento	❑ Visita nei luoghi di lavoro ex art. 25 D.lgs 81/2008 e relazioni per quanto di competenza
INTERVENTI DI PREVENZIONE AMBITO CLINICO ASSISTENZIALI		
Risk Management	Promuove proattivamente interventi assistenziali di buone pratiche	❑ Assume idonee iniziative per implementare le buone pratiche al fine ci contenere ilrischio per il paziente. ❑ Partecipa alle attività di formazione. ❑ Cura gli aggiornamenti della presente procedura in occasione di nuove evidenze scientifiche e/o perfezionamenti organizzativi.
Responsabile Sistema Gestione Qualità	Promuove attivamente 'aggiornamento delle procedure e della modulistica a supporto	❑ Partecipa alle attività di formazione ❑ Cura gli aggiornamenti delle procedure ❑ Rileva le NON conformità sulla gestione del processo ❑ Propone azioni preventive/correttive
Direzione Sanitaria di Struttura	Garantisce la corretta condotta igienico sanitaria delle strutture aziendali a loro afferenti	❑ Supervisiona lo stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione attraverso i verbali di attività. ❑ Partecipa con il Risk management ad iniziative nelle UU.OO. per verificare la buona Condotta operativa e/o le criticità emergenti al fine dell'implementazione di buone pratiche per la riduzione del rischio ❑ Provvede alla notifica dei casi

Nell'ambito del piano aziendale di sorveglianza attiva delle infezioni, all'ingresso, è prevista l'esecuzione di Ag urinario Legionella in tutti i pazienti.

PIANO REATTIVO

Il piano reattivo è illustrato nella tabella seguente.

CHI	COSA	COME
INTERVENTI REATTIVI DI NATURA TECNICA		
Servizio manutenzione	Attiva le misure per risolvere le criticità strutturali, ambientali e tecnologiche	❑ Fornisce alla DS e al SPP e al Medico Competente: ▪ i risultati dei monitoraggi effettuati in seguito all'indagine ambientale ▪ copia schede di manutenzione periodica, ordinaria e straordinaria, effettuata negli ultimi sei mesi sui filtri assoluti dei terminali idrici; ▪ copia schede di manutenzione periodica, ordinaria e straordinaria, effettuata negli ultimi sei mesi sugli impianti di condizionamento; ▪ report su eventuali trattamenti di bonifica, sanificazione ed iperclorazione effettuati sul circuitodi distribuzione dell'acqua calda e fredda; ❑ Provvede tempestivamente ad effettuare eventuali interventi straordinari richiesti.
RSPP	Verifica ambienti di lavoro, se necessario aggiorna il DVR e relativo piano di miglioramento.	❑ Predispone un'indagine ambientale per la valutazione del rischio, a livello della rete idrica in base alla struttura dell'impianto e ai dati emersi dall'indagine epidemiologica, identificando i punti critici, per procedere al campionamento ambientale. ❑ Raccoglie la documentazione ritenuta utile. ❑ Effettua un sopralluogo per la verifica degli ambienti di lavoro. ❑ Se necessario, aggiorna il DVR, anche sulla base della documentazione acquisita.
Medico Competente	Sorveglianza sanitaria e collaborazione con valutazione dei rischi	❑ Effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti. ❑ Effettua una visita negli ambienti di lavoro ex art. 25 D.lgs 81/2008 e collabora all'eventuale aggiornamento del DVR.
INTERVENTI REATTIVI AMBITO CLINICO ASSISTENZIALI		
Medico del Laboratorio	Comunica tempestivamente l'esito dell'esame al Medico della U.O. che ha inviato il campione	❑ Valuta, insieme al medico di reparto, se il tempo di permanenza in ricovero del paziente è compatibile con una possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione. ❑ Nel dubbio di una probabile/possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione, il Medico di Laboratorio scriverà sul referto "ATTENZIONE LEGIONELLOSI" ❑ Informa tempestivamente la DS

CHI	COSA	COME
Medico UU.OO	Attiva consulenza Infettivologica, ove necessario, e precauzione del caso	❑ Richiede la consulenza dell'infettivologo, ove necessario ❑ Predispone l'applicazione delle precauzioni del caso all'interno dell'Unità operative. ❑ Avvia la sorveglianza di possibili ulteriori casi.
	Attiva il sistema di notifica	❑ Compila il Modello Semplificato di Denuncia di Malattia Infettiva ed il Modello specific per Legionella da inviare alla DS allegandone copia in cartella clinica; ❑ Compila la scheda di notifica ICA, qualora di tratti di infezione correlate all'assistenza, da inviare DS come indicato Procedura Aziendale per la Sorveglianza il Controllo e la Prevenzione e gestione delle ICA.
Coordinatore UU.OO	Diffusione delle informazioni a tutto il personale della UOC	❑ Diffonde rapidamente l'informazione del caso a tutto il personale sanitario dell'Unità Operativa interessata; ❑ Vigila sull'applicazione delle misure di prevenzione e gestione delle infezioni.
Direzione Sanitaria di sede	Gestione del caso	❑ Inoltra la scheda di segnalazione compilata dalla U.O. alla UOC e Igiene e Sanità Pubblica (ISP), al Medico Competente ed al RSPP ❑ Informa il CCICA ❑ Si raccorda con l'Infettivologo e con il Gruppo Operativo del CC-ICA per una rapida valutazione del caso. ❑ Dispone e coordina le misure organizzative, operative e di comunicazione interna e con gli Enti esterni.
Risk Management	Partecipa alle attività del CC-ICA Alimenta il flusso SIMES	❑ Partecipa agli audit organizzati dal CC-ICA e collabora all'elaborazione di piani di miglioramento. ❑ In caso di evento avverso cura l'alimentazione del flusso Rating / SIMES ❑ Coordina la risposta reattiva e gli eventuali piani di miglioramento.

INDICATORI

INDICATORE DI ESITO	Standard	RESPONSABILE RILEVAZIONE	FREQUENZA RILEVAZIONE	FONTE
Scheda di segnalazione del caso entro 48 ore dalla diagnosi (Sanità pubblica e ISS)	100%	DS di sede	Semestrale	Scheda di Segnalazione
Alimentazione del flusso regionale incident reporting Lazio Crea – Simes - degli eventi avversi (100% dei casi segnalati)	100%	Risk Management	Semestrale	Scheda di Segnalazione
n. di campionamenti effettuati/n. di campionamenti previsti	≥ 3 per U.O.	Servizio Manutenzioni	Semestrale	Rapporti di campionamento
n. interventi di manutenzione ordinaria/n.interventi manutenzione prevista	1 ogni tre mesi	Servizio Manutenzioni	Semestrale	Rapporti di manutenzione
n. interventi manutenzione straordinaria		Servizio Manutenzioni	Semestrale	Rapporti di manutenzione

INDICATORE DI ESITO	Standard	RESPONSABILE RILEVAZIONE	FREQUENZA RILEVAZIONE	FONTE
n. casi legionellosi nosocomiale/anno	0	DS Risk Management RSGQ RSPP	Annuale	Scheda di Segnalazione

Riferimenti normativi

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.

Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - Accordo del 7 febbraio 2013 concernente la Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all’igiene degli impianti di trattamento aria.

D.L. 23 febbraio 2023 n. 18 - Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano.

Deliberazione Regione Lazio del 28.06.2024 n. 460 - Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi

Determinazione n. G16501 del 28 novembre 2022 – “Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";

Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi - Approvato in Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015; liberamente consultabile sul sito del Ministero Salute ttps://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2362

Linee Guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari e in talune navi ai sensi della Direttiva (UE) 2020/2184. Gruppo di lavoro ad hoc sulla sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione idrica interni degli edifici e di talune navi. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/32) https://www.iss.it/-/rapporto-istisan-22/32-linee-guida-per-la-valutazione-e-la-gestione-delrischio-per-la-sicurezza-dell-acqua-nei-sistemi-di-distribuzione-interni-degli-edificiprioritari-e-non-prioritari-e-in-talune-navi-ai-sensi-della-direttiva-ue-2020/2184

ISO 11731:2017 – Water quality – Enumeration of Legionella

Rapporti ISTISAN 07/5 Metodi analitici di riferimento per le acque destinate al consumo umano ai sensi del D.L.vo 31/2001. Metodi microbiologici.

UNI 10674:2002 - Acque destinate al consumo umano