



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

- ANNO 2026 -

**Centri per l'assistenza semiresidenziale e domiciliare
Salus e Villa Ilaria**

Sede legale: via Orazio, n.3 – Roma 00193

Sede operativa: via di Galloro 12,14,16 - Ariccia (RM) 00072

Ed.	Rev.	Data	Descrizione
01	01	15/02/2020	Emissione del documento
02	02	15/02/2021	Aggiornamento del Piano precedente
03	03	15/02/2025	Adeguamento alle Linee di indirizzo regionali
04	04	18/02/2026	Aggiornamento del Piano precedente

Redatto	Verificato	Approvato
Risk Manager	Medici Responsabili	Legale Rappresentante

Approvato il 18/02/2026

INDICE

1 PREMESSA	pag. 3
2 CONTESTO ORGANIZZATIVO	pag. 4
2.1. ubicazione della struttura	pag. 4
2.2 certificazioni	pag. 5
2.3 CCICA	pag. 5
2.4 distribuzione dispenser gel idroalcolico	pag. 5
2.5 organico delle strutture	pag. 6
2.6 Piano di azione locale per l'igiene delle Mani	pag. 7
2.7 Programma di controllo della Legionellosi	pag. 7
2.8 Resoconto delle attività degli anni precedenti	pag. 7
3.RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RIS. EROGATI	pag. 8
4.DESCRIZIONE POSIZIONE ASSICURATIVA	pag. 8
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	pag. 8
6. RENDICONTAZIONE OBIETTIVI PIANI PRECEDENTI	pag. 9
7. OBIETTIVI 2025	pag. 9
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM	pag. 12
9. TERMINI E DEFINIZIONI	pag. 12
10.BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 13
11. ALLEGATI	pag 15

1. PREMESSA

La Regione Lazio con Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria n 643 del 25/01/2022 ha adottato "il Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" da parte delle Strutture Sanitarie, precisandone l'ambito di applicazione a:

- 1) Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post-acuzie;
- 2) Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera;

Pertanto le Strutture che erogavano prestazioni non ricomprese nel suddetto ambito di applicazione (ad es. strutture di assistenza semiresidenziale o domiciliare) non erano tenute alla adozione del Piano Annuale; queste avrebbero comunque dovuto ottemperare a quanto previsto dagli specifici criteri di autorizzazione e accreditamento in tema di gestione del rischio e di gestione del rischio infettivo.

Per tale ragione, sebbene la funzione di gestione del Rischio Clinico fosse stata introdotta nelle Strutture non residenziali della Soc Resanatrix nell'anno 2020, anno di adozione del primo PARM (Piano annuale del Risk Management), negli anni 2022, 2023, 2024 la formale adozione del documento fu interrotta, per essere ripresa nell'anno 2025 con la adozione del PARS (Piano del Rischio Sanitario).

Nell'intervallo fu comunque curata l'adozione e l'implementazione di procedure ed interventi finalizzati alla sicurezza ed alla prevenzione del Rischio Clinico ed infettivo, come ad esempio l'adozione del Piano di azione locale per l'Igiene delle mani avvenuta nell'anno 2021, e successivamente aggiornato nell'anno 2025.

Occorre inoltre precisare che nel triennio 2020-2022 le vicende collegate alla Pandemia da SARS-COV-2 hanno condizionato notevolmente l'operatività delle Strutture che, a seguito di Ordinanze Regionali, hanno dovuto sospendere le proprie attività per lunghi periodi.

Fatta questa doverosa premessa si precisa che il presente Piano Annuale rappresenta l'aggiornamento del recente PARS 2025, stante la ripresa della formale adozione delle programmazione annuale delle attività in materia di prevenzione del Rischio Sanitario ed Infettivo per le Strutture non residenziali gestite dalla Società Resanatrix, denominate:

- **Centro Salus**, che eroga prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna a soggetti non autosufficienti anche anziani, in regime di accreditamento con la ASL Roma 6 per 30 posti.
- **Centro Villa Ilaria** che eroga:
 - a) prestazioni di assistenza domiciliare, infermieristica e riabilitativa a soggetti non autosufficienti, anche anziani, in regime di accreditamento con la ASL Roma 6;
 - b) prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna (mantenimento A) per persone non autosufficienti anche anziane in regime di accreditamento per 20 posti con la ASL Roma 6, (non ancora attivo)

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Fanno capo alla Società Resanatrix srl le strutture di seguito descritte:

- A) **Il Centro Salus** - assistenza semiresidenziale a soggetti non autosufficienti anche anziani (livello estensivo per disturbi cognitivo comportamentali anche gravi) – autorizzato ed accreditato con il SSR per 30 persone die

- B) **Il Centro Villa Ilaria** che svolge:
 - B1) Assistenza Domiciliare in regime di accreditamento con il SSR
 - B2) Assistenza semiresidenziale a soggetti non autosufficienti, anche anziani, autorizzato ed accreditato per 20 persone die (non funzionante al momento della stesura del presente documento)

Superati i lunghi periodi di interruzione delle attività che hanno caratterizzato gli anni della Pandemia, l'erogazione delle prestazioni è tornata a regime nell'anno 2024, facendo registrare nell'anno 2025 i volumi riportati nella tabella sottostante:

Tabella 1

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI		
Giornate di assistenza semi-residenziale	8.430	Centro Salus
Prestazioni assistenza domiciliare	19.899	Villa Ilaria
Giornate di assistenza semi-residenziale	Non attivo	Villa Ilaria

2.1 Ubicazione delle strutture

Le strutture, costituite da due fabbricati principali, oltre a pertinenze accessorie, sono ubicate nel Comune di Ariccia, che ricade nel territorio dell'Azienda USL ROMA 6.

L'intero complesso è circondato da un parco privato, con aree verdi attrezzate e accessibili.

Sono presenti nelle strutture, oltre ai locali tecnici ed a quelli dedicati alle funzioni amministrative, locali per accertamenti psicodiagnostici, locali per attività di gruppo, per attività pedagogico-educative, tempo libero, spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili.



2.2 Certificazioni

Per i due Centri la società Resanatrix nel 2019 ha avviato il processo di certificazione del sistema di gestione per la qualità con l'ente di certificazione "Bureau Veritas".

La certificazione conseguita è pubblicata sulla Home page del Sito Aziendale

2.3 CCICA

Presso le Strutture, data la tipologia assistenziale e le professionalità sanitarie previste dai requisiti, non è possibile costituire un Comitato per il Controllo delle infezioni collegate all'assistenza (CCICA). Infatti i Centri non dispongono né di un servizio di Farmacia né di un laboratorio analisi e delle relative figure professionali dedicate da inserire, in qualità di componenti, nell'organismo.

2.4 Distribuzione dei dispenser di gel idroalcolico

Nelle strutture sono presenti stabilmente flaconi con dispenser da 500 ml, a disposizione di operatori, utenti e visitatori, sono altresì affissi nei servizi igienici, negli spazi comuni e lungo i corridoi, locandine esplicative, per l'efficace frizione idroalcolica delle mani.

Non vengono riportati i dati relativi al monitoraggio dei consumi della soluzione idroalcolica in quanto l'indicatore riferito alle giornate di degenza non è applicabile alla tipologia di attività ed alle prestazioni erogate nelle Strutture.

2.5 Organico delle Strutture

Tabella 2 - Centro Salus - Assistenza semiresidenziale

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
Medici	1
Coordinatore infermieristico	1
Fisioterapisti	1
Educatori	1
Psicologi	
Assistente Sociale	
OSS/OTA	10
Manutentori	
Amministrativi	
Collaboratori a progetto, contrattisti e borsisti	
Totale	14

Tabella 3 - Centro Villa Ilaria – Assistenza semiresidenziale (attualmente non operativo)

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
Medici	0
Coordinatore	0
Infermieri	0
Fisioterapisti	0
Educatori	0
Psicologi	0
Assistente Sociale	0
OSS/OTA	0
Manutentori	0
Amministrativi	0
Totale	

Tabella 4 - Centro Villa Ilaria - Assistenza Domiciliare

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
Medici	1
Coordinatore infermieristico	1
Infermieri	2 più altro Personale a rapporto orario-
Fisioterapisti	Personale a rapporto orario
Educatori	-
Psicologi	
Assistente Sociale	
OSS/OTA	2
Amministrativi	1
Totale	7

2.6 Piano di Azione Locale per l'igiene delle Mani

I Centri sono dotati di un PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI, adottato nel 2021 ed aggiornato nell'anno 2025.

Al riguardo si precisa che le procedure di autovalutazione eseguite in occasione dell'adozione del primo documento consentirono di collocare le Strutture su un livello base/intermedio per ciascuno degli ambiti valutati, mentre alla fine del primo triennio le procedure di autovalutazione, a seguito dei risultati raggiunti, consentirono il raggiungimento del livello intermedio sui vari ambiti di competenza,

Nel nuovo Piano, aggiornato per il corrente anno 2026, sono descritte le azioni utili al consolidamento dei risultati raggiunti (allegato A al presente documento)

2.7 Programma di controllo della legionellosi

Nella Struttura è in atto da diversi anni un programma per la prevenzione del rischio "Legionella" mediante:

- ✓ esecuzione di controlli sugli impianti affidati a ditta specializzata;
- ✓ interventi di manutenzione ordinari e straordinari;
- ✓ campionamenti periodici e programmati dell'acqua per la ricerca di Legionella

Nell'anno 2025 i controlli sono stati eseguiti con cadenza trimestrale, nelle giornate del 17 febbraio, 25 giugno, 06 agosto, 24 novembre

Per maggiori dettagli relativi al suddetto Programma si rinvia alla relazione, allegato B) al presente documento.

2.8 Resoconto delle attività negli anni precedenti

Nei Centri di assistenza territoriale gestiti dalla Soc. Resanatrix (semiresidenziali e ADI) la prevenzione del Rischio Clinico ed Infettivo è curata mediante l'adozione e l'implementazione di procedure ed interventi finalizzati alla sicurezza, avendo come riferimento le linee di indirizzo contenute nelle Raccomandazioni Ministeriali.

Sono state inoltre adottate specifiche procedure relative ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti delle strutture ed in relazione ai trattamenti accreditati presso le stesse.

In sede di organizzazione del servizio è stata rivolta particolare attenzione alla prevenzione dei rischi mediante:

- l'adozione di scale di valutazione del rischio clinico dei pazienti
- l'acquisizione della cartella informatizzata per l'assistenza domiciliare

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Dall'inizio delle attività delle singole Strutture, e specificamente nell'arco dell'ultimo triennio, non sono stati registrati eventi avversi né sono pervenute richieste di risarcimento; è stato comunque attivato il monitoraggio degli eventi previsto dalla legge n. 24/2017 (legge Gelli). Al momento non risultano contenziosi pendenti.

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 5 - posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Massimale
2024	n.390575252 scad.11/02/2025	Le Generali Ass.ni	€ 2.259,10	€ 500-	€ 1.000.000
2025	n.390575252 scad.11/02//2026	Le Generali Ass.ni	€ 2.259,10	€ 500-	€ 1.000.000
2026	n.390575252 scad.11/02//2027	Le Generali Ass.ni	€ 2.259,10	€ 500-	€ 1.000.000

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Soc Resanatrix srl per la redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Funzione aziendale	Direzione	Medico Responsabile	Risk Manager	Strutture di supporto
Fase PARM				
Nomina del Risk Manager	R	I	I	-
Redazione PARS e proposta	C	C	R	C
Approvazione PARS	R	I	I	I
Monitoraggio PARS	I	C	R	C

Legenda

[R] : funzione Responsabile - [C] : funzione Coinvolta - [I] : funzione Interessata

6. RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI PIANI PRECEDENTI

A causa dell'emergenza Pandemica e delle conseguenti interruzioni nel funzionamento dei Centri, le azioni programmate nel PARM adottato per l'anno 2020 non avevano potuto essere realizzate, comportando di fatto la necessità di traslare le stesse agli anni successivi.

Peraltro, come descritto in premessa, per i Centri Salus e Villa Ilaria negli anni 2022, 2023, 2024 è stata interrotta la formale adozione del PARS in quanto le suddette Strutture erogavano prestazioni non ricomprese nell'ambito di applicazione delle linee di indirizzo regionali di cui alla Determinazione 643 del 25/01/2022 della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, precisamente prestazioni di assistenza semiresidenziale o domiciliare, e quindi non erano tenute alla adozione del Piano Annuale.

Il presente Piano rappresenta pertanto la ripresa della formale adozione delle programmazione annuale delle attività in materia di prevenzione del Rischio Sanitario ed Infettivo con la definizione dei relativi obiettivi, declinati di seguito al Punto 7)

7. OBIETTIVI 2026

Le linee di indirizzo della Regione Lazio per l'adozione del PARS, individuano i seguenti quattro obiettivi strategici che le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera debbono impegnarsi a raggiungere:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale.
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Le Linee di indirizzo prevedono che le Strutture debbano declinare almeno cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici come sopra definiti

Inoltre, con comunicazione prot. U.0079798 del 22-01-2025, confermata anche per l'anno 2026, il CRRC ha raccomandato a tutte le strutture per le quali è prevista l'elaborazione del PARS, di implementare quanto richiesto dal *Piano regionale di intervento regionale sull'igiene delle mani* e dal *Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*, allegando al PARS i seguenti documenti:

- o Piano di azione locale sull'igiene delle mani;
- o Programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

Per quanto attiene le attività routinarie sarà data priorità, ovviamente, all'aggiornamento delle specifiche procedure relative ai rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti delle strutture.

In queste infatti non sono effettuate procedure invasive, né vengono eseguiti interventi diagnostico terapeutici, salvo la prosecuzione, nelle ore in cui gli ospiti sono presenti nei Centri, della terapia già praticata al domicilio.

Premesso quanto sopra vengono di seguito illustrati gli obiettivi che, per le ragioni sopradette, non hanno potuto essere realizzati negli anni precedenti e che sono quindi da considerare traslati al 2026.

Attività n 1

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

Obiettivo: Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure;			
Attività: Riedizione di un Corso di formazione per gli operatori sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure, centrato sulle tematiche di maggior interesse per la struttura			
Indicatore: Erogazione/Mancata erogazione dell'evento			
Standard: Si			
Struttura Responsabile: Direzione/Amministrazione			
AZIONE	Medico Responsabile	Amministrazione	Direzione
Progettazione del corso	C	R	C
Approvazione del corso	C	R	C
Realizzazione del corso	C	R	C

Attività n 2

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al Rischio investivo

Obiettivo: Riproposizione di un corso di formazione sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA			
Attività: Esecuzione della attività formativa per il personale sanitario.			
Indicatore: Adozione del piano annuale di formazione			
Standard: Si			
Struttura Responsabile: Direzione/Amministrazione			
AZIONE	Medico Responsabile	Amministrazione	Direzione
Progettazione del corso	C	R	C
Approvazione del corso	C	R	C
Realizzazione del corso	C	R	C

Attività n 3

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

Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa Attività: Implementare le procedure di specifico interesse per le strutture			
Indicatore: produzione/aggiornamento delle procedure			
AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione
Aggiornamento	C	R	I
Approvazione	C	C	R
Diffusione	R	C	C

Attività n 4

Obiettivo C): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani - requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi

Obiettivo: consolidamento del rispetto da parte degli operatori dei 5 momenti dell'igiene delle mani. Attività: monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani			
Indicatore: rispetto del cronoprogramma			
AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione
Formazione TEAM degli osservatori	C	I	R
regolare distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura e fornitura SIA	C	I	R

Attività 5

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

Il programma di gestione del rischio clinico non può prescindere dalla collaborazione tra il Risk Manager e gli altri soggetti preposti alla prevenzione dei rischi, in particolare il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ed il Medico Competente.

Obiettivo c): Favorire una visione unitaria della sicurezza Attività: Collaborazione ed interventi congiunti con RSPP, comprese iniziative di formazione degli operatori		
Indicatore: partecipazione e collaborazione alle attività di prevenzione dei rischi		
AZIONE	RSPP	Risk Manager
Interventi con RSPP	C	R

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS viene pubblicato sul sito internet della Società RESANATRIX S.r.l. affinché sia consultabile pubblicamente.

La conoscenza del Piano verrà inoltre favorita coinvolgendo gli operatori in incontri periodici, a piccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro.

9. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente piano aziendale di risk management.

Termini	Definizioni
Evento avverso	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile” ^[1] _[SEP]
Near miss	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
Evento sentinella	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna: a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.
Rischio Clinico	Il rischio clinico è 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 prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”
Risk Management	Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.
Audit	L’ audit è un’ispezione sistematica, documentata e indipendente che ha come scopo quello di verificare la conformità ai requisiti espressi, che dovrà essere non casuale ma il prodotto di una cultura dell’organizzazione che determinerà sempre lo stesso risultato. La conformità dovrà essere dimostrata tramite evidenze oggettive che si raccoglieranno per mezzo di colloqui con il personale, analisi di documenti, osservazione di come vengono svolte le attività.

<i>Audit Clinico</i>	L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.
<i>Audit Organizzativo</i>	L'audit organizzativo ha lo scopo di “diagnosticare” il funzionamento delle aziende e, nel contempo, fornire al Management Team suggerimenti sulle linee di cambiamento organizzativo coerenti con l'attuazione degli orientamenti strategici.
<i>Incident reporting</i>	L'incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi. Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

- **SITO del Ministero della Salute.** <http://www.salute.gov.it/>
- **SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana**
- **SITO della Fondazione “Italia in Salute”**
- **SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)**
- **Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.**
- **Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.**
- **Decreto del 11 dicembre 2009**
Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- **DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008**
“Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”
- **Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)**
«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».
- **Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968**
Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)

- **Determinazione Regionale dell'1 aprile 2014 n. G04112**
"Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all' assistenza (CC-ICA)"
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208**
"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)
- **DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328**
Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- **Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)**
Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- **Rapporto ISS COVID-19 • n. 4/2020 Rev. 2**
Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali
- **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025**
- **Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829**
Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC).
- **Determinazione Regione Lazio del 27 aprile 2018 n. G05584**
Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"
- **Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044**
Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
- **Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n G09850**
Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
- **Determinazione Regione Lazio del 25/01/2022 n. G00643**
Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- **Determinazione Regione Lazio del 06/11/2022 n. G15198**
Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016

- **Determinazione Regione Lazio del 28/11/2022 n. G16501**
Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
- **Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28/06/2024**
"Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi"
- **Comunicazione prot. U.0079798 del 22-01-2025 del CRRC della Regione Lazio**
oggetto: Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2025 (PARS)
- **Comunicazione prot. U.0037825 del 15-01-2026 del CRRC della Regione Lazio**
oggetto: Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2026 (PARS)

11. ALLEGATI

- A) Piano Locale per l'igiene delle mani anno 2026 adottato per le Strutture gestite dalla Soc. RESANATRIX S.r.l.
- B) Relazione su Programma di controllo della legionellosi presso le Strutture gestite dalla Soc. RESANATRIX S.r.l.

Allegato A)



RESANATRIX

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI - Anno 2026-

**Centri per l'assistenza semiresidenziale e domiciliare
Salus e Villa Ilaria**

Sede legale: via Orazio, n.3 – Roma 00193

Sede operativa: via dei Villini, n.17 - Ariccia (RM) 00072

Ed.	Rev.	Data	DESCRIZIONE
01	00	15/06/2021	Emissione del documento
02	01	15/02/2025	Aggiornamento ai sensi delle linee di indirizzo emanate dalla Regione Lazio
03	02	18/02/2026	Aggiornamento del Piano precedente
REDAZIONE			VERIFICA
RISK MANAGER			DIREZIONE/AMMINISTRAZIONE
			APPROVAZIONE
			MEDICO RESPONSABILE

TITOLO

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI - Anno 2026 -

DESTINATARI

Il Piano è rivolto alle Strutture gestite dalla Società RESANATRIX ed agli esercenti la professione sanitaria che in queste operano nei diversi setting assistenziali, semiresidenziale e domiciliare. Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti e degli esercenti la professione sanitaria; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

Indice

1. PREMESSA	3
2. METODOLOGIA DI ELABORAZIONE DEL PIANO	4
3. GLOSSARIO	5
4. INTERVENTI - AZIONI - INDICATORI	6
a) ambito dei requisiti strutturali e tecnologici	7
b) ambito della formazione del personale	7
c) ambito del monitoraggio e feedback	8
d) ambito della comunicazione permanente	9
e) ambito del clima organizzativo e commitment:	10
5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO	10
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	11
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	11
8. ALLEGATI	12

1. PREMESSA

Il presente documento rappresenta l'aggiornamento dei Piani di azione locale per l'igiene delle mani adottati rispettivamente negli anni 2021 e 2025 dalla Soc Resanatrix per le proprie strutture sociosanitarie, non residenziali, gestite nel Comune di Ariccia, in località "Galloro", rappresentate da:

- **Centro Salus**, che eroga prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna a soggetti non autosufficienti anche anziani, in regime di accreditamento con la ASL Roma 6 per 30 posti.
- **Centro Villa Ilaria** che eroga:
 - a) prestazioni di assistenza domiciliare, infermieristica e riabilitativa a soggetti non autosufficienti, anche anziani, in regime di accreditamento con la ASL Roma 6;
 - b) prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna (mantenimento A) per persone non autosufficienti anche anziane in regime di accreditamento per 20 posti con la ASL Roma 6, (non ancora attivo).

Si deve premettere che la Regione Lazio, con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044, aveva adottato il PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI disponendo che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale avrebbero dovuto effettuare una autovalutazione prevista dal suddetto provvedimento ed elaborare per le proprie realtà un piano di azione locale sulla base dei risultati ottenuti.

I risultati dell'autovalutazione effettuata per le Strutture gestite dalla Soc Resanatrix, e la verifica degli obiettivi e del livello raggiunto in ciascun degli ambiti oggetto della verifica iniziale, sono stati descritti, rispettivamente, nei Piani di azione locale adottati negli anni 2021 e 2025.

Nella presente edizione vengono descritte e ribadite le azioni con cui si intende mantenere e consolidare il livello intermedio raggiunto in tutti gli ambiti oggetto dell'autovalutazione iniziale

E' necessario infatti sollecitare l'attenzione del personale sull'argomento in quanto le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono l'evento avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, causa del prolungamento delle degenze in ospedale, disabilità a lungo termine, decessi, e, non ultimo, il rischio di sviluppo di resistenza agli antimicrobici da parte dei microrganismi, con costi aggiuntivi significativi per il Sistema Sanitario.

Le ICA peraltro possono verificarsi in ogni ambito assistenziale come ad esempio in day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali.

E' evidente quindi come l'igiene delle mani rappresenti uno strumento essenziale nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura.

2. METODOLOGIA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO

Ai fini della elaborazione del Piano locale sono state oggetto di (auto)valutazione le condizioni esistenti nei Centri Villa Ilaria e Villa Salus riferite ai seguenti ambiti:

- **ambito dei requisiti strutturali e tecnologici:** con riferimento, ad esempio, alla esistenza di percorsi sporco/pulito, al rapporto lavandini /utenti, alla presenza di procedure specifiche per la sanificazione, alla disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;
- **ambito della formazione del personale:** con riferimento alla esistenza di programmi di formazione del personale, della verifica e monitoraggio della formazione, alla disponibilità di materiale formativo;
- **ambito del monitoraggio e feedback:** con riferimento ai seguenti principali aspetti:
 - a) corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;
 - b) quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;
 - c) formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;
 - d) consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura
- **ambito della comunicazione permanente:** con riferimento alla disponibilità di materiale informativo come locandine e brochure a disposizione del personale e dei visitatori ed all'aggiornamento dello stesso;
- **ambito del clima organizzativo e commitment:** con riferimento alla esistenza di un Team per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani ed al coinvolgimento della direzione della Struttura sull'argomento;

In ciascuno dei suddetti ambiti l'esito della autovalutazione iniziale ha consentito di collocare i Centri Villa Ilaria a Villa Salus su un livello base/intermedio.

Il presente Piano pertanto si pone come obiettivo per l'anno corrente il consolidamento del livello raggiunto in ciascuno dei suddetti ambiti ed il mantenimento del livello intermedio in ciascuno di questi.

3. GLOSSARIO

Antisepsi delle mani: La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.

Agente antisettico: Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.

CCICA: Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Colonizzazione: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite

CRRC: Centro Regionale Rischio Clinico.

Disinfezione: Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.

Frizione antisettica: Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.

ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.

Igiene Ospedaliera: Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.

Infezione: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.

PARS: Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario.

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

4. INTERVENTI – AZIONI - INDICATORI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO LOCALE.

Le strutture oggetto del presente Piano, relativamente alla complessità organizzativa ed alla intensità assistenziale, si collocano nel livello di base.

La dotazione organica e la presenza di figure professionali sono conformi a quelle stabilite per le attività sociosanitarie; l'autorizzazione all'esercizio è riferita ad attività di tipo semiresidenziale e domiciliare per il cui svolgimento non sono richiesti servizi specialistici e di diagnostica di laboratorio, pertanto, in caso di necessità, i sanitari fanno riferimento ai presidi del SSR presenti nel Territorio.

Tanto premesso vengono di seguito illustrati gli interventi e le azioni programmate per l'implementazione del Piano locale, riferite a ciascuno degli ambiti esaminati nel processo di autovalutazione.

Per ciascun ambito vengono definiti gli obiettivi, le azioni e gli indicatori utili alla misura dei risultati.

a) Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere il livello Intermedio. Sotto il profilo strutturale risultano rispettati i percorsi sporco/pulito, la disponibilità di servizi igienici ed il rapporto lavandini/utenti, e sono presenti procedure specifiche per la sanificazione. In entrambi i Centri è assicurata la disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica.

Tab 1

requisiti strutturali e tecnologici		R
Obiettivo	a) mantenimento del rapporto lavandini/utenti b) ampliare il numero di punti di assistenza dotati di dispenser	
Azione	a) manutenzione periodica dei servizi igienici b) completamento della collocazione di dispenser nelle zone assistenziali	Amm. Amm. Da
Indicatori	a) rispetto dei tempi della manutenzione programmata b) regolare fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani; c) regolare distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura	

Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile;

b) Ambito della formazione del personale

Nel corso del corrente anno è previsto l'avvio di un programma di formazione degli operatori incentrato prevalentemente sui seguenti argomenti:

- Sicurezza nei luoghi di lavoro, corretto utilizzo dei dispositivi di protezione;
- Rischio clinico e conoscenza dei rischi insiti nelle diverse fasi dei percorsi assistenziali;
- Diffusione della cultura del rischio clinico e della sicurezza delle cure;
- Rispetto delle raccomandazioni specifiche per l'igiene delle mani

Nel programma di formazione saranno introdotti gli argomenti raccomandati dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, con specifico riferimento all'approccio secondo "i cinque momenti dell'igiene delle mani" ed alla definizione della "zona paziente" e "zona assistenziale"

Tab 2

formazione del personale		R
Obiettivo	a) consolidare le conoscenze degli operatori sulle ICA b) prevenzione delle ICA c) accesso a corsi e materiale formativo	
Azione	a) riedizione di corsi di formazione aggiornati b) stesura di un calendario dei corsi c) rendere disponibili i Piani Regionale e Locale per l'Igiene delle mani	R.M. Mr Da
Indicatori	a) partecipazione degli operatori in misura non inferiore all'80% b) distribuzione di brochure su igiene delle mani c) Individuazione del personale da formare e degli osservatori	

Legenda: R=responsabile; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile; R.M.= Risk Manager

c) Ambito del monitoraggio e feedback

Il monitoraggio della corretta igiene delle mani nella pratica clinico assistenziale, mediante l'osservazione diretta, rappresenta lo strumento principale per la verifica dell'adesione degli operatori alle indicazioni del presente Piano.

Lo svolgimento di tale attività richiede un impegno di risorse aggiuntivo, in termini di tempo-uomo, rispetto ai contingenti previsti per i turni di servizio con un incremento di personale in occasione delle sedute di osservazione.

Pertanto, fatta questa doverosa precisazione, l'organizzazione delle attività di monitoraggio sarà effettuata compatibilmente con l'esigenza di garantire, in primis, le attività assistenziali al fine di non produrre discapito alle stesse .

Tab 3

monitoraggio e feedback		R
Obiettivo	a) verificare il livello di compliance alla pratica dell'igiene delle mani b) assicurare competenze specifiche per il monitoraggio c) registrare e riportare i risultati del monitoraggio agli operatori	
Azione	a) stabilire il calendario delle attività di osservazione b) implementare il numero di operatori osservatori c) restituire i risultati della valutazione agli operatori	Da Mr Amm
Indicatori	a) quantità di detergente e di soluzione a base di alcol utilizzata per l'igiene delle mani.	

Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione, Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile;

d) Ambito della comunicazione permanente

Come anticipato in premessa è opportuno ribadire l'importanza dell'igiene delle mani e la sua corretta esecuzione agli operatori sanitari sul posto di lavoro mediante locandine e brochure; tali strumenti diventano anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori delle strutture.

Nei Centri Salus e Villa Ilaria è disponibile materiale informativo, costituito da locandine e brochure, destinato al personale, ai pazienti, ai familiari e ad eventuali visitatori delle Strutture; detto materiale viene distribuito anche agli operatori, agli assistiti, ed ai familiari dei soggetti che ricevono trattamenti domiciliari.

Tab 4

comunicazione permanente		R
Obiettivo	a) promuovere l'igiene delle mani attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster b) rendere disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani	
Azione	a) progettare, realizzare ed esporre poster in prossimità di ogni lavandino e di ogni punto fisso di soluzione alcolica b) distribuire brochure agli operatori, agli assistiti, ai familiari, ai visitatori	Mr Da
Indicatori	a) presenza di una o più procedure o istruzioni operative che specifichino le modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.	

Legenda: R=responsabile; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile;

e) Ambito del clima organizzativo e commitment

Richiamate le considerazioni sopradette al paragrafo C) in relazione alla necessità di un equilibrato rapporto tra costi di esercizio e remunerazione delle attività riconosciuta per il livello assistenziale, l'Amministrazione provvede alla costituzione di un Team per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani.

A riguardo il coinvolgimento della direzione della struttura deve assumere un ruolo strategico nella prevenzione e nel controllo delle ICA dovendo assicurare un impegno forte, continuo e visibile.

La direzione deve porre in essere azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani.

Tab 5

clima organizzativo e commitment		R
Obiettivo	a) costituire un Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani b) coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani	
Azione	a) Stabilire riunioni regolari del Team per avere un feedback e rivedere, se necessario, il piano d'azione b) Avviare attività di sostegno per i pazienti mediante opuscoli informativi sull'igiene delle mani	Amm Da Mr
Indicatori	a) partecipazione degli operatori alle riunioni periodiche b) monitoraggio degli interventi del presente Piano	

Legenda: R=responsabile; Amm= Amministrazione; Da= Direzione Amministrativa; Mr = Medico Responsabile;

5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano viene archiviato in formato digitale su server aziendale.

Una copia cartacea viene resa disponibile presso le medicherie dei Centri

I contenuti del presente documento sono condivisi con il personale delle Strutture in formato digitale mediante l'area riservata del sito internet istituzionale;

La diffusione del documento tra gli operatori avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati nell'ambito del piano formativo aziendale

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021 - "Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"
- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 "Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS – CoV -2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.
- Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" - Versione del 24 agosto 2020.
- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G16501 del 28/11/2022 -" Documento di indirizzo per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)".
- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G17673 del 23/12/2025 - "Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)"

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Rapporto Istituto Superiore di Sanita' "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019: risultati per l'Italia"
- Silvio Brusafferro - Istituto Superiore di Sanità - "L'igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza" - Giornata mondiale dell'Igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019

- Dott.ssa Maria Francesca Furmenti, Prof.ssa Carla M. Zotti - Università di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubbliche e Pediatriche “L’igiene delle mani nel nostro Paese: i dati del PPS” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019
- Stefano Bargellesi - Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitativa Unità Gravi Cerebrolesioni e Mielolesioni - Ospedale di Treviso - “Il controllo delle ICA e MDR: la specificità dei setting riabilitativi ed assistenziali”- Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019

8. ALLEGATI

- 1) Locandina “come praticare l’igiene delle mani con soluzione alcolica”
- 2) Locandina “come praticare l’igiene delle mani con acqua e sapone”

All. 1)



RESANATRIX

Centri per l'assistenza semiresidenziale e domiciliare
Salus e Villa Ilaria

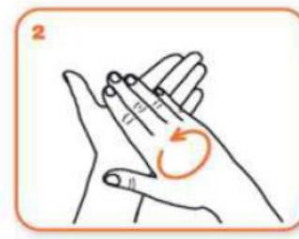
COME PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI CON SOLUZIONE ALCOLICA



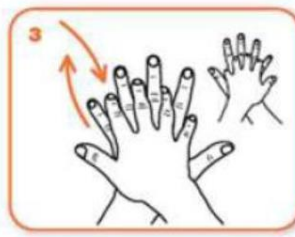
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



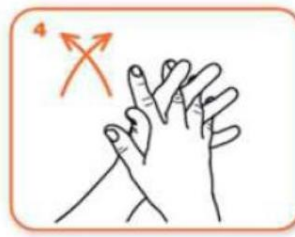
1a Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



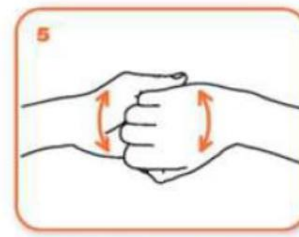
2 frizionare le mani palmo contro palmo



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



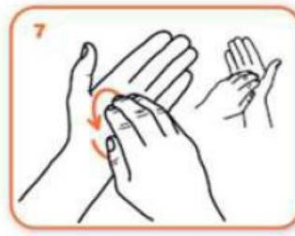
4 palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



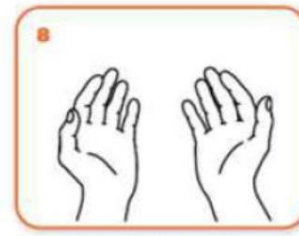
5 dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



6 frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



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



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

All. 2)



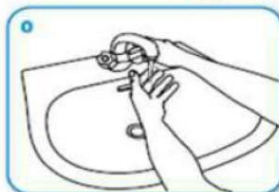
RESANATRIX

**Centri per l'assistenza semiresidenziale e domiciliare
Salus e Villa Ilaria**

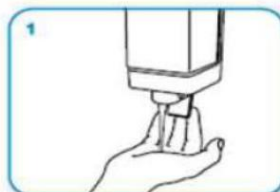
COME PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI CON ACQUA E SAPONE



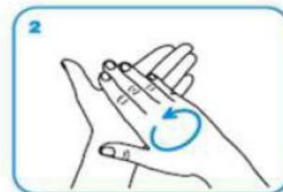
Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



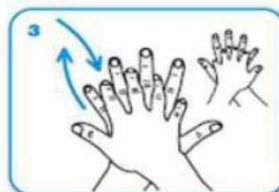
Bagna le mani con l'acqua



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



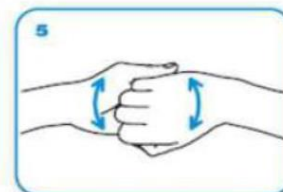
friziona le mani palmo contro palmo



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



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



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



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



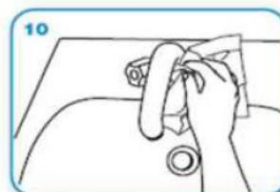
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



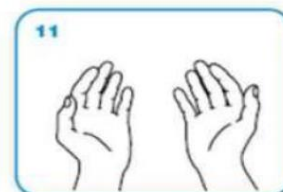
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



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

Allegato B)

Relazione sul Piano di controllo della Legionellosi presso i Centri gestiti dalla Soc. Resanatrix - Ariccia

Introduzione

La Regione Lazio con DGR n 460 del 28 giugno 2024 ha adottato le linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi definendo le modalità di azione in merito a:

- sorveglianza e controllo dei casi umani di legionellosi;
- monitoraggio e prevenzione della legionellosi;
- prevenzione del rischio legionellosi associato ad attività lavorativa.

Successivamente, con comunicazione della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria prot. n.U0079798 del 22-01-2025 fu stabilito che tutte le Strutture Pubbliche e Private del SSR avrebbero dovuto dotarsi di un Programma di controllo della Legionellosi da allegare al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS).

La Soc Resanatrix, con riferimento alle proprie strutture gestite in Ariccia, in località Galloro, ha recepito le suddette disposizioni e, in occasione della adozione del PARS per l'anno 2025, ha allegato al suddetto documento anche il Piano completo per il controllo della Legionellosi, rendendolo disponibile sulla home page del proprio Sito istituzionale, cui si rinvia per completezza delle informazioni.

Per il corrente anno il CRRC, con nota n. U.0037825 del 15-01-2026, fornendo le indicazioni per l'adozione del PARS 2026, ha precisato che al documento deve essere allegata una relazione sintetica sul Programma di controllo sulla Legionellosi, con le seguenti informazioni:

- a) Costituzione team
- b) Realizzazione piattaforma documentale
- c) Modalità e tempi di esecuzione dei controlli, indicazione sintetica delle misure di controllo, valutazione del rischio
- d) Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto
- e) Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive
- f) Pianificazione delle funzioni di supporto previste (es. formazione degli operatori).

Il presente documento recepisce le linee di indirizzo Regionali in misura compatibile con l'organizzazione e le figure professionali presenti nella Strutture gestite dalla Soc. Resanatrix, nel complesso sanitario in località Galloro di Ariccia, costituite da:

- **Centro Salus**, che eroga prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna a soggetti non autosufficienti anche anziani, in regime di accreditamento con la ASL Roma 6 per 30 posti.
- **Centro Villa Ilaria** che eroga:
 - a) prestazioni di assistenza domiciliare, infermieristica e riabilitativa a soggetti non autosufficienti, anche anziani, in regime di accreditamento con la ASL Roma 6;

- b) prestazioni di assistenza semiresidenziale diurna (mantenimento A) per persone non autosufficienti anche anziane in regime di accreditamento per 20 posti con la ASL Roma 6, (non ancora attivo).

a) Costituzione del Team

Il team è stato costituito e comprende le seguenti figure:

- Rappresentante della Direzione Sanitaria
- Rappresentante della Direzione Amministrativa
- Risk Manager
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI)

b) Realizzazione piattaforma documentale

Presso la Direzione Amministrativa delle Strutture è stata realizzata una piattaforma documentale, in formato elettronico, in cui sono archiviati e custoditi ed aggiornati tutti i documenti relativi al Piano di controllo, ivi compresi gli esiti dei controlli che vengono eseguiti sugli impianti da parte della Società incaricata.

c) Modalità e tempi di esecuzione dei controlli, indicazione sintetica delle misure di controllo, valutazione del rischio

- 1) manutenzione degli impianti sanitari - impianto idrico sanitario –
La produzione di acqua calda sanitaria avviene tramite un impianto per la produzione di calore alimentata a combustibile gasolio. L'acqua calda viaggia lungo diverse colonne fino a stacchi presenti su tutti i piani. La maggior parte dei tratti terminali è dotata di valvole regolatrici di temperatura. L'impianto di acqua sanitaria fredda e calda è gestito con modalità atte ad evitarne il funzionamento all'interno dell'intervallo a rischio tra i 20-50 °C. Sull'impianto idrico sanitario viene effettuata un'attività di controllo operativo svolta, manutentore esterno incaricato. Tutti i componenti di impianto sono sottoposti a regolare manutenzione secondo le indicazioni del costruttore e sulla base dei risultati della gestione degli impianti.
- 2) descrizione delle attività di controllo e frequenza dei controlli
- Flussaggio: per ridurre il rischio di ristagni di acqua e impedire l'accumulo di sostanze organiche ed inorganiche responsabili della formazione di biofilm viene garantito il flussaggio frequente e costante dei terminali dell'impianto. Il flussaggio può essere eventualmente utilizzato, qualora ritenuto opportuno o necessario, come un supporto alle misure correttive nel caso di esiti dei campionamenti e delle analisi con rilevazione di parametri delle UFC della legionella al di fuori dei range di accettabilità. Le operazioni di flussaggio consistono nel lasciar scorrere l'acqua calda e fredda per un periodo pari a 5 minuti dai terminali di impianto (rubinetti e docce). L'attività di flussaggio viene eseguita con periodicità mensile per i punti di erogazione meno utilizzati.
 - Rubinetteria: mantenimento di docce, diffusori delle docce e rompigitto dei rubinetti puliti e privi di incrostazioni, sostituendoli all'occorrenza, preferendo quelli aperti (es. a stella o croce) rispetto a quelli a reticella e agli aeratori/riduttori di flusso). La disincrostazione e la disinfezione con prodotti appropriati avviene con periodicità trimestrale
 - Bollitori: Svuotamento e disinfezione (e ove necessario anche disincrostazione) dei bollitori/serbatoi di accumulo dell'acqua calda

sanitaria almeno due volte all'anno e ripristinarne il funzionamento dopo accurato lavaggio. L'operazione viene eseguita con periodicità semestrale. Tutte le attività sopra descritte sono opportunamente registrate a cura del manutentore, interno o esterno per quanto di competenza, su scheda datata e firmata che viene consegnata all'amministrazione.

- Controllo UFC/litro del batterio legionella: sono effettuati periodicamente, con frequenza trimestrale, prelievi ambientali per la ricerca della Legionella al fine di monitorare il livello di colonizzazione degli impianti, considerando un rischio elevato di infezioni nosocomiali da Legionella per concentrazioni del microrganismo > 100 UFC/L. In relazione alle caratteristiche dell'impianto e dei risultati dei campionamenti effettuati negli anni, sono identificati i punti critici di controllo per il rischio legionellosi. I campionamenti sono eseguiti allo scopo di verificare la presenza o meno di Legionella nel circuito idraulico della struttura. I punti di prelievo sono stati scelti in base alle indicazioni date dalle Linee Guida per la "Prevenzione e il controllo della Legionellosi" (maggio 2015). Tutti i campioni sono analizzati secondo quanto previsto dalla metodica definita dallo standard UNI 11731.
- 3) valutazione del rischio: il Datore di Lavoro, in collaborazione con il RSPP, il Medico Competente e previa consultazione del RLS effettua la valutazione del rischio legionellosi e redige il D.V.R. di cui agli artt.17 e 271 del D.Lgs 81/2008 s.m.i. La valutazione del rischio deve essere revisionata almeno con periodicità annuale. Inoltre, deve essere ripetuta ogni volta che vi siano modifiche degli impianti, della tipologia di pazienti assistiti o della situazione epidemiologica della struttura interessata o, infine, in caso di reiterata ed anomala presenza di Legionella negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio.
- 4) livelli di rischio legionella nelle Unità Operative
- Area assistenza socio-sanitaria – livello BASSO
 - Uffici – livello BASSO
 - Archivi/Magazzini – livello BASSO

d) Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto.

Tutte le attività sopra descritte, eseguite con la periodicità per ciascuna indicata, sono opportunamente registrate a cura del manutentore, interno o esterno per quanto di competenza, su scheda datata e firmata che viene consegnata all'amministrazione e custodita nella piattaforma documentale. Nell'anno 2025 sono stati eseguiti campionamenti sui punti critici dell'impianto nelle giornate del 17 febbraio, 25 giugno, 06 agosto, 24 novembre.

Tutti i campionamenti effettuati hanno evidenziato valori conformi ai limiti previsti dalla normativa vigente, non rendendo necessari interventi correttivi. Resta fermo il mantenimento del programma di monitoraggio periodico secondo quanto previsto dal piano di controllo aziendale.

e) Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive

In funzione del rispetto del presente Piano ed al fine di garantirne la dovuta efficacia l'Amministrazione, provvede a:

- diffondere il documento all'interno dell'organizzazione, alla relativa conservazione della lista di diffusione;
- vigilare sull'osservanza dei corretti comportamenti degli operatori durante le pratiche assistenziali;
- promuovere proattivamente interventi di mitigazione del rischio clinico;
- garantire la corretta condotta igienico sanitaria delle strutture aziendali;
- supervisionare lo stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione attraverso l'interfaccia con il G.I.D.I.;
- eseguire regolari interventi tecnici.

In caso di positività dei controlli sull'impianto si deve procedere come di seguito:

Sino a 100 UFC/litro Nessuno intervento

Tra 101 e 1.000 UFC/litro

In assenza di casi:

- a) se meno del 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive.
- b) se oltre 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una disinfezione e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive.

In presenza di casi:

- a prescindere dal numero di campioni positivi, effettuare una revisione della valutazione del rischio ed effettuare una disinfezione dell'impianto.
- Evitare l'uso dell'acqua dell'impianto idrico per docce o abluzioni che possano provocare la formazione di aerosol.

Nel caso la concentrazione risulti superiore a 10.000 UFC/litro

- sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una disinfezione (sostituendo i terminali positivi) e ad una revisione della valutazione del rischio. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.
- deve essere eseguita una sanificazione dell'impianto al fine di eliminare la principale causa della contaminazione da legionella. Nello specifico devono essere svolte le operazioni di svuotamento, disincrostazione e disinfezione dei serbatoi di accumulo previa scollegamento dalla rete, accurato ed esaustivo lavaggio del serbatoio e sua successiva messa in rete

f) Pianificazione delle funzioni di supporto previste

L'Amministrazione, nell'ambito delle iniziative finalizzate all'aggiornamento del personale si impegna a promuovere programmi di formazione, anche rivolti ai contenuti del presente documento.

Normativa di riferimento

- **D.lgs. 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.
- **Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi** - Approvato in Conferenza Stato- Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015;
- **Decreto del Commissario ad Acta n. U00258 del 23 giugno 2015:** “Prevenzione e controllo della Legionellosi” – individuazione del Laboratorio di Microbiologia dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani (INMI) quale laboratorio di riferimento regionale per il triennio 2015/2017;
- **DCA n. U00463 del 2 ottobre 2015:** “Prevenzione e controllo della Legionellosi” – individuazione dei Laboratori operanti presso le Sezioni Provinciali di Roma e di Latina dell'ARPA Lazio quali laboratori di riferimento regionale per il triennio 2015-2017;
- **D.lgs. 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”; -
- **Decreto Ministero della Salute 7 marzo 2022**, “Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL). (22A02179)” (GU Serie Generale n.82 del 07-04-2022);
- **DGR n. 344 del 23 maggio 2024** - “Sorveglianza delle malattie infettive durante il Giubileo 2025. Piano Regionale 2024-2025”;
- **Comunicazione prot. U.0037825 del 15-01-2026 del CRRC** della Regione Lazio oggetto: “Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2026 (PARS)”

Ariccia, 16/02/2026