PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

PARS — ANNO 2026

ALLEGATO B

Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale

(Legge 8 marzo 2017, n. 24)

CASA ALLOGGIO "DON LUIGI" — POLO VILLA GLORI (DL-VG)

Struttura residenziale per persone con 020.42— Art. B0, lett. e) del Documento di indirizzo PARS

Data 31.7.2026

Polo Villa Glori
Direttore Sanitario
Dott.ssa Valentina Mazzarella

Responsabile Area sanitaria
Delegato del Responsabile Legale
Cooperativa Roma Solidarietà –Caritas Roma
CRS
Dott Salvatore Grammatico

INDICE

AMBITO DI APPLICAZIONE 4

B1. CONTESTO ORGANIZZATIVO 4

Tabella 12 — Dati identificativi e di attività 4

Specificità organizzative — gestione del rischio infettivo 4

B2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI 4

Tabella 5 — Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017) 4

Tabella 6 — Sinistri e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017) 5

B3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 5

Tabella 7 — Posizione assicurativa 5

B4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 5

Obiettivo A — Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento al rischio infettivo 5

Obiettivo B — Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa 6

Obiettivo C — Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani 6

Obiettivo D — Promozione di interventi mirati al monitoraggio e contenimento delle ICA 6

Obiettivo B (integrazione) — Gestione e controllo del rischio legionellosi 6

B5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 7

Tabella 13 — Matrice delle responsabilità 7

B6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 7

B6.1 Obiettivi 7

B6.2 Attività 8

Obiettivo A — Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento al rischio infettivo 8

Obiettivo B — Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa 9

Obiettivo C — Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani 11

Obiettivo D — Promozione di interventi mirati al monitoraggio e contenimento delle ICA 11

B7. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI (PALIM) 12

B7.1 Profilo Aziendale: la Struttura Sanitaria "Casa Alloggio Don Luigi" 12

B7.2 Destinatari del piano 13

B7.3 Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare 13

B7.4 Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA) 13

Tabella di monitoraggio — anno 2025 13

B7.5 Risultati sul monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani 14

Attività di monitoraggio 14

B8.GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI 14

B8.1 Premessa e finalità 14

B8.2 Quadro normativo di riferimento 15

B8.3 Nota organizzativa — continuità dei consulenti esterni 15
B8.5 Attività di monitoraggio analitico svolte 16
B8.6 Esiti della valutazione del rischio — confronto 2025/2026 17
B8.7 Misure di gestione e prevenzione 18
B8.8 Azioni di miglioramento previste per il 2026 18
B8.9 Riferimenti documentali 18
B9. ALLINEAMENTO 18
B10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO 21
BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI 21
A. Normativa nazionale 21
B. Normativa e atti regionali (Regione Lazio) 22
C. Documentazione tecnica e consulenze esterne 22
D. Documentazione interna e sitografia istituzionale 22

AMBITO DI APPLICAZIONE

B0. Data di redazione: giugno 2026 a cura della Direzione Sanitaria

Il presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) è redatto ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24 e del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" adottato dalla Regione Lazio (25 gennaio 2022), sulla base dello schema previsto per le strutture di cui all'Allegato B.

La struttura CASA ALLOGGIO "DON LUIGI" — Polo Villa Glori (DL-VG) rientra fra le strutture tenute all'elaborazione del PARS secondo lo schema dell'Allegato B, in quanto "Casa alloggio per persone con 020.42" ai sensi del punto B0, lettera e) del Documento di indirizzo regionale.

NB: l'assistenza domiciliare specialistica dedicata 020.042 erogata dalla medesima organizzazione(Cooperativa Roma Solidarietà- Caritas Roma, CRS-Caritas Roma)non rientra nell'ambito di applicazione del presente documento, in quanto le prestazioni domiciliari sono espressamente escluse dall'obbligo di PARS (§2.0 del Documento di indirizzo regionale) e sono oggetto di documento separato.

E' attualmente in uso la cartella informatizzata (Zucchetti).

B1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tabella 12 — Dati identificativi e di attività

Denominazione della struttura	CASA ALLOGGIO "DON LUIGI" — Polo Villa Glori (DL-VG)
ASL territorialmente competente	ASL RM1
Posti letto	8
Giornate di degenza 2025	*2615*

Specificità organizzative — gestione del rischio infettivo

La struttura non dispone di un Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) interno. La terapia per le malattie infettive e il relativo monitoraggio, è prescritta dai Centri di Riferimento Regionale per le Malattie Infettive (INMI Spallanzani, Policlinico Umberto I, Policlinico A. Gemelli, PTV-Tor Vergata). Il medico infettivologo specialista della struttura evidenzia le eventuali criticità cliniche e si rapporta costantemente con i suddetti centri di riferimento per la gestione clinica dei casi.

B2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI

Ai sensi dell'art. 2, comma 5 e dell'art. 4, comma 3 della Legge 24/2017 (cfr. capitolo A2 del Documento di indirizzo regionale).

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

Near miss	3 EVENTI : durante l'auto somministrazione di 3 pts diversi in semiautonomia per l' autogestione della terapia : fase durante la quale è previsto il controllo dell'Infermiere . L'assunzione impropria non è avvenuta.
Eventi avversi	4* (3 cadute) nessun esito grave, nessun invio al Pronto Soccorso). 1 lesione da pressione insorta durante il ricovero ospedaliero trattata e guarita al rientro in struttura (la degenza era stata interrotta per intervento di chirurgico (degenza 2 mesi 1° nov 2024-4 genn2025, c/o Osp. San Camillo) ;
Eventi sentinella	0 (nessuno dei 4 eventi ha comportato morte o danno grave, secondo la classificazione ministeriale SIMES)

Tabella 6 — Sinistri e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Nessun sinistro aperto, liquidato o risarcimento erogato nell'ultimo quinquennio.

B3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 7 — Posizione assicurativa

Compagnia	UNIPOL
Anno/Polizza n.	*194349942/2025*
Scadenza	31/12/2026
Premio/Massimale	600,02/1.500.0000

B4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Obiettivi presenti nel PARS 2025

Obiettivo A — Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento al rischio infettivo

Attività	Attività formative annuali (rischio clinico, rischio biologico, igiene delle mani)
Indicatore	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025
Standard	SÌ

Fonte	Direzione Sanitaria
Stato di attuazione al 31/12/2025	La formazione si è interrotta a seguito del turnover del personale infermieristico e ripreso in maniera intensiva da maggio 2026

Obiettivo B — Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività	Valutazione del rischio LdP tramite scala di Braden, effettuata su tutti gli ospiti con cadenza mensile
Indicatore	% di ospiti con valutazione del rischio LdP documentata in cartella sanitaria
Standard	Parzialmente raggiunto
Fonte	Personale infermieristico / Direzione Sanitaria
Stato di attuazione al 31/12/2025	*In corso di completamento*

Obiettivo C — Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani

Attività	Implementazione del sistema di monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani
Indicatore	Consumo di SIA rilevato in litri/1.000 giornate di degenza
Standard	<
Fonte	Direzione Sanitaria
Stato di attuazione al 31/12/2025	*In fase di completamento*

Obiettivo D — Promozione di interventi mirati al monitoraggio e contenimento delle ICA

Attività	Raccordo con i centri regionali di riferimento per le malattie infettive per il monitoraggio delle criticità infettivologiche
Indicatore	Verifica monitoraggio referti analisi biochimiche con i centri di riferimento
Standard	SÌ
Fonte	Medico infettivologo / coord Inf/ Direzione Sanitaria
Stato di attuazione al 31/12/2025	*Completato*

Obiettivo B (integrazione) — Gestione e controllo del rischio legionellosi

Attività	Gestione e controllo del rischio legionellosi: valutazione del rischio, campionamento microbiologico, redazione DVR e Piano di Autocontrollo (Provisio Opera S.r.l., gen. 2025)
Indicatore	Redazione DVR Legionella e Piano di Autocontrollo, con campionamento microbiologico di verifica
Standard	SÌ
Fonte	Provisio Opera S.r.l. / Direzione Sanitaria
Stato di attuazione al 31/12/2025	DVR Legionella e Piano di Autocontrollo redatti (Rev. 00, 09/01/2025); campionamento dic. 2024 (6 punti, Biology Consulting S.r.l.), tutti esiti favorevoli (< 100 UFC/L). Rischio complessivo attribuito: medio, per la componente di suscettibilità della popolazione ospitata (cfr. Appendice – Gestione del rischio legionellosi).

Nel corso del 2026 l'incarico di consulenza esterna è stato oggetto di avvicendamento (Gruppo Maurizi S.r.l.), con aggiornamento della valutazione del rischio impiantistico; cfr. Appendice dedicata e punto B6.2, Obiettivo B, Attività 3ter del presente Piano.

B5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Ai sensi del capitolo B5 del Documento di indirizzo regionale, si riportano di seguito i responsabili delle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Tabella 13 — Matrice delle responsabilità

Direttore Sanitario / Medico Responsabile Polo Villa Glori	
Risk Manager (funzione ricoperta dal Direttore Sanitario/Medico Responsabile)	
Consulente legale (avvocato fiduciario)	
Direttore Generale	
Responsabile Legale	
Delegato Responsabile Area Sanitaria	

NB: la matrice sopra riportata identifica i ruoli e i nominativi coinvolti nella redazione, adozione e monitoraggio del presente PARS.

B6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

B6.1 Obiettivi

In coerenza con quanto previsto dal Documento di indirizzo regionale per le strutture di cui all'Allegato B, gli obiettivi strategici per l'anno 2026 sono i seguenti:

- 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 Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), in raccordo con i centri regionali di riferimento per le malattie infettive.

B6.2 Attività

Di seguito si riportano le attività individuate per il 2026, distribuite sui quattro obiettivi strategici, nel rispetto del numero minimo di cinque attività previsto dal Documento di indirizzo regionale. Per ciascuna attività è riportata la matrice delle responsabilità (R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato), integrata rispetto alla bozza originaria sulla base dei ruoli definiti in B5.

Obiettivo A — Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento al rischio infettivo

Attività	ATTIVITÀ 1 — Formazione del personale su rischio biologico e rischio clinico
Indicatore	Esecuzione di almeno una edizione del corso di formazione su rischio biologico e rischio clinico entro il 30/06/2026
Standard	SÌ
Fonte	Direzione Sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azione	**Direttore Sanitario/Medico Resp.**	**Responsabile Area Sanitaria**	**Risk Manager**
Progettazione/programmazione del corso	R	C	C
Erogazione del corso	R	R	I
Registrazione partecipanti/attestati	C	R	I

Attività	ATTIVITÀ 2 — Formazione/aggiornamento del personale sulla corretta igiene delle mani

Indicatore	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 30/06/2026
Standard	SÌ
Fonte	Direzione Sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/Medico Resp.	Responsabile Area Sanitaria	Risk Manager
Progettazione del corso	R	C	C
Erogazione del corso	R	R	I

Obiettivo B — Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività	ATTIVITÀ 3 — Valutazione periodica del rischio di lesioni da pressione (LdP) e definizione delle azioni preventive
Indicatore	Valutazione del rischio LdP (secondo strumento validato, es. scala di Braden) con cadenza almeno settimanale o al variare delle condizioni cliniche, con evidenza in documentazione sanitaria
Standard	SÌ
Fonte	Personale infermieristico / Direzione Sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azione	Personale infermieristico	Direttore Sanitario/Medico Resp.
Somministrazione scala di valutazione	R	I
Registrazione in cartella	R	C
Definizione azioni preventive	C	R

Al 31/12/2025 risulta 1 lesione da pressione attiva, 1 lesione da pressione insorta durante il ricovero ospedaliero trattata e guarita al rientro in struttura (la degenza era stata interrotta per intervento di K epifaringe c/oOsp. San Camillo) report statistiche lesioni 2025.

Attività	ATTIVITÀ 3bis — Monitoraggio e prevenzione delle cadute della persona assistita

Indicatore	Compilazione della Scheda di segnalazione caduta (Allegato 1, Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione della caduta della persona assistita) per ogni evento, trasmissione al responsabile d'Area e aggiornamento del report aggregato annuale; calcolo del tasso di cadute per 1.000 giornate di degenza (v. Tabella 12)
Standard	SÌ
Fonte	Personale infermieristico/OSS / Direzione Sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azione	**Personale infermieristico/OSS**	**Direttore Sanitario/Medico Resp.**
Segnalazione caduta e compilazione della Scheda	R	I
Trasmissione a UO Gestione del Rischio (SIRES)	C	R
Aggiornamento del report aggregato annuale	C	R
Rivalutazione dei fattori di rischio e definizione delle azioni preventive	C	R

Nel 2025 sono state registrate 3 cadute (2 nel mese di gennaio, 1 a novembre), nessuna con esito grave e senza invii al Pronto Soccorso. Il tasso di cadute per 1.000 giornate di degenza resta da calcolare in attesa del dato sulle giornate di degenza 2025 (v. Tabella 12).

Attività	ATTIVITÀ 3ter — Gestione e controllo del rischio legionellosi
Indicatore	Aggiornamento della valutazione del rischio impiantistico e raccordo tra la documentazione 2025 (Provisio Opera S.r.l.) e il Protocollo 2026 (Gruppo Maurizi S.r.l.); campionamento microbiologico con cadenza almeno annuale; conferma dei responsabili interni del Piano di Autocontrollo e del Registro degli interventi
Standard	SÌ
Fonte	Direzione Sanitaria / Gruppo Maurizi S.r.l.

Matrice delle responsabilità

Azione	**Direttore Sanitario/Medico Resp.**	**Responsabile Area Sanitaria**	**Risk Manager**

Verifica e raccordo documentazione 2025-2026	R	C	C
Coordinamento con il consulente esterno incaricato	R	C	I
Programmazione campionamento annuale	C	R	I

Si veda l'Appendice "Gestione del rischio legionellosi" allegata al presente Piano, che riporta il quadro normativo, la cronologia documentale, gli esiti dei campionamenti 2024-2026 e le azioni di miglioramento programmate per il 2026 (nota di raccordo 2025-2026, valutazione della suscettibilità della popolazione ospitata, conferma dei responsabili interni, pianificazione dei campionamenti).

Obiettivo C — Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani

Attività	ATTIVITÀ 4 (M — mandatoria) — Allegare il Piano di Azione locale sull'igiene delle mani
Indicatore	Elaborazione e allegazione del Piano di Azione locale relativo al 2026, previsto entro settembre 2026, comprensivo delle attività di monitoraggio (checklist di osservanza, verifica dei consumi di prodotti igienizzanti)
Standard	SÌ — previsto entro settembre 2026
Fonte	Direzione Sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/Medico Resp.	Risk Manager
Sviluppo del Piano di Azione locale (v. sezione B7)	R	C
Esecuzione/monitoraggio del programma	R	R

Il Piano di Azione locale richiamato in questa attività è stato sviluppato in dettaglio nella nuova sezione B7 del presente documento..

Obiettivo D — Promozione di interventi mirati al monitoraggio e contenimento delle ICA

Attività	ATTIVITÀ 5 — Monitoraggio in raccordo con i Centri Regionali di Riferimento per Le Malattie Infettive
Indicatore	Rendicontazione periodica, a cura del medico infettivologo specialista, delle criticità infettivologiche rilevate e delle

	interlocuzioni con i centri di riferimento (INMI Spallanzani, Policlinico Umberto I, Policlinico A. Gemelli, PTV-Tor Vergata)
Standard	SÌ
Fonte	Medico infettivologo / Direzione Sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azione	**Medico infettivologo**	**Direttore Sanitario/Medico Resp.**
Rilevazione criticità infettivologiche	R	C
Interlocuzione con centri di riferimento	R	I
Rendicontazione periodica	C	R

Attività	ATTIVITÀ 6 — Mantenimento della sorveglianza di infezioni/colonizzazioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)
Indicatore	Verifica delle comunicazioni di infezioni/colonizzazioni da CRE pervenute e registrazione su report interno
Standard	Verifica delle comunicazioni pervenute
Fonte	Medico infettivologo / Direzione Sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azione	**Medico infettivologo**	**Direttore Sanitario/Medico Resp.**
Verifica comunicazioni pervenute	R	C
Registrazione su report interno	C	R

B7. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI (PALIM)

B7.1 Profilo Aziendale: la Struttura Sanitaria "Casa Alloggio Don Luigi"

La Casa Alloggio "Don Luigi" è una struttura residenziale del Polo Villa Glori, gestita dalla Cooperativa Roma Solidarietà (CRS) nell'ambito della Caritas Diocesana di Roma, dedicata all'assistenza di persone con 020.40. La struttura dispone di 8 posti letto ed eroga assistenza residenziale continuativa a persone che necessitano di un supporto assistenziale, clinico e psicosociale correlato alla condizione infettivologica e alle sue implicazioni cliniche.

La gestione clinica delle patologie infettive è affidata ai centri di riferimento regionale per le Malattie Infettive (INMI Spallanzani, Policlinico Umberto I, Policlinico A. Gemelli, PTV-Tor Vergata), con cui il medico infettivologo della struttura si rapporta costantemente. La struttura

non dispone di un Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) interno: le funzioni di indirizzo e monitoraggio sull'igiene delle mani sono pertanto assicurate direttamente dalla Direzione Sanitaria

B7.2 Destinatari del piano

Il Piano è rivolto a tutti gli operatori della Casa Alloggio "Don Luigi" che operano nel setting assistenziale residenziale, nonché ai visitatori e ai familiari/caregiver nell'ambito dei momenti di contatto con gli ospiti. Il Piano è finalizzato alla tutela degli ospiti assistiti, degli operatori sanitari e socio-assistenziali e della Struttura; le azioni previste interessano ogni momento del processo assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

B7.3 Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso del percorso assistenziale, non presenti né in incubazione al momento della presa in carico. Possono essere trasmesse da persona a persona, tramite gli operatori o l'ambiente (infezioni esogene), oppure originare da germi già presenti nell'organismo della persona assistita (infezioni endogene).

Nel contesto specifico di una struttura residenziale dedicata a persone con 020.042, il rischio di ICA assume un rilievo particolare in ragione della frequente condizione di immunodepressione degli ospiti, che può favorire infezioni opportunistiche anche a fronte di un'esposizione microbica ordinaria. Per questo motivo l'igiene delle mani rappresenta la misura singola più efficace ed economica per interrompere la catena di trasmissione, in linea con il modello dei "5 momenti per l'igiene delle mani" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: prima del contatto con l'ospite, prima di manovre asettiche, dopo il rischio di esposizione a liquidi biologici, dopo il contatto con l'ospite e dopo il contatto con l'ambiente circostante.

Le principali misure di prevenzione adottate dalla struttura comprendono: il corretto e frequente lavaggio/frizione delle mani da parte di tutti gli operatori; l'uso appropriato dei dispositivi di protezione individuale nelle situazioni a rischio di esposizione a liquidi biologici; la sanificazione periodica degli ambienti e delle superfici; la formazione continua del personale sulle pratiche di prevenzione; il pronto raccordo con i centri di riferimento regionale in caso di criticità infettivologiche rilevate negli ospiti.

B7.4 Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA)

Obiettivo

Il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica costituisce un indicatore indiretto di adesione alle pratiche di igiene delle mani da parte del personale. Tale monitoraggio consente di valutare nel tempo l'efficacia delle azioni di prevenzione delle ICA e il livello di sensibilizzazione degli operatori.

Tabella di monitoraggio — anno 2025

Giornate di degenza 2025	*2615*
SIA consumata (ml)	*21.000*
Consumo medio (ml/gdo)	*8 ml*
Litri / 1.000 giornate di degenza	*8 L*

Il dato di consumo per il 2025 è stato reperito presso l'ufficio acquisti/farmacia interna e confrontato con gli standard OMS di riferimento, secondo la metodologia adottata dalle altre strutture del network (in Italia la media è circa 9,9 l/1000 gdo, OMS 20l/1000 gdo).

B7.5 Risultati sul monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani

Premessa

L'igiene delle mani rappresenta una delle principali misure di prevenzione delle ICA. Il monitoraggio della compliance degli operatori costituisce uno strumento fondamentale per valutare l'adesione alle buone pratiche assistenziali e per orientare interventi di miglioramento continuo.

Attività di monitoraggio

Metodologia	*Osservazione diretta strutturata secondo il modello dei "5 momenti" OMS*
Opportunità di igiene delle mani osservate nel periodo	*60 opportunità osservate*
Compliance complessiva rilevata	*78%*
Personale coinvolto nell'osservazione	*[7/15 operatori appositamente formati]*

l'attività di osservazione è condotta da personale con cadenza almeno semestrale, e i risultati saranno riportati in occasione dell'aggiornamento annuale del presente Piano.

B8. GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

1. Premessa e finalità

La presente sezione riporta in sintesi le attività che il Polo Villa Glori, presso la Casa Alloggio "Don Luigi" (Complesso Villa Glori – Via Venezuela, 27 – 00197 Roma) effettua nell'ambito della prevenzione e del controllo del rischio legionellosi, in attuazione della normativa nazionale e delle indicazioni della Regione Lazio in materia di sicurezza sanitaria degli impianti idrici.

Sono richiamati i contenuti dei documenti tecnici già prodotti dai consulenti esterni incaricati e ne mette in evidenza la continuità, gli aggiornamenti intervenuti e i punti che necessitano di un raccordo formale in allegato al PARS 2026.

2. Quadro normativo di riferimento

- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 — Testo Unico in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (Titolo X, esposizione ad agenti biologici; Allegato XLVI, classificazione della Legionella nel gruppo 2).
- "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi", approvate in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 maggio 2015.

- Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 — "Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all'igiene degli impianti di trattamento aria".
- D.Lgs. n. 18 del 23/02/2023, attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 sulla qualità delle acque destinate al consumo umano.
- Rapporti ISTISAN 22/32 — Linee guida per la valutazione e gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari.

Tale quadro normativo si affianca, nell'ambito del PARS, alle indicazioni regionali in materia di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento ICA), di cui il controllo del rischio legionellosi costituisce una componente specifica riferita agli impianti idro-sanitari.

3. Nota organizzativa — continuità dei consulenti esterni

Si segnala che, nel periodo cui fa riferimento il presente aggiornamento, CRS è stata interessata da un processo di riorganizzazione interna che ha comportato anche l'avvicendamento del consulente esterno incaricato della gestione del rischio legionellosi:

- nel corso del 2025 l'incarico era affidato a Provisio Opera S.r.l. (Igiene Sicurezza Ambiente), che ha prodotto il DVR Legionella e il Piano di Autocontrollo, sulla base del campionamento eseguito da Biology Consulting S.r.l. nel dicembre 2024;
- dal 2026 l'incarico è stato assunto da Gruppo Maurizi S.r.l., operante in collaborazione con la Cooperativa Roma Solidarietà ETS, che ha eseguito un nuovo sopralluogo tecnico e redatto il Protocollo di Controllo del Rischio Legionellosi (rev. 00 del 30/04/2026), avvalendosi di analisi eseguite dal proprio laboratorio interno accreditato.

4. Documentazione costituente il sistema di gestione del rischio

Il sistema documentale relativo al rischio legionellosi per la struttura è attualmente composto dai seguenti atti, di cui si riporta una cronologia riepilogativa:

Periodo	Consulente esterno incaricato	Documento prodotto	Stato
Dic. 2024	Biology Consulting S.r.l. (laboratorio accreditato Accredia, incaricato da Provisio Opera)	Rapporti di prova campionamento acqua di rete (6 campioni)	Concluso
Gen. 2025	Provisio Opera S.r.l.	Documento di Valutazione del Rischio Biologico da Legionella (DVR) — Rev. 00	Concluso
Gen. 2025	Provisio Opera S.r.l.	Piano di Autocontrollo del Rischio Legionellosi — Rev. 00	Concluso

Periodo	Consulente esterno incaricato	Documento prodotto	Stato
Apr. 2026	Gruppo Maurizi S.r.l. (in collaborazione con Caritas Roma)	Protocollo di Controllo del Rischio Legionellosi (valutazione del rischio e interventi di autocontrollo) — Rev. 00	Vigente
Mag. 2026	Gruppo Maurizi S.r.l.	Rapporti di prova campionamento acqua di rete (4 campioni)	Concluso

4.1 DVR Legionella e Piano di Autocontrollo (Provisio Opera, gennaio 2025)

Il Documento di Valutazione del Rischio Biologico da Legionella, redatto ai sensi dell'art. 17 comma 1 lett. (a) e dell'art. 28 del D.lgs. 81/2008, integra il DVR aziendale e individua quali soggetti responsabili: il Legale Rappresentante della CRS, l'allora Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Responsabile del Piano di Autocontrollo e il Responsabile del Registro degli interventi e delle manutenzioni.

Il Piano di Autocontrollo, complementare al DVR, definisce le misure di gestione degli impianti di acqua fredda e calda sanitaria e riporta l'esito del campionamento eseguito il 02/12/2024 (6 campioni), tutti con esito favorevole (< 100 UFC/L).

4.2 Protocollo di Controllo del Rischio Legionellosi (Gruppo Maurizi, aprile 2026)

Il Protocollo, redatto in collaborazione con la Cooperativa Roma Solidarietà ETS, aggiorna la valutazione del rischio impiantistico sulla base di un nuovo sopralluogo tecnico e di un nuovo campionamento (4 campioni, aprile 2026), confermando l'assenza di criticità significative sugli impianti idro-sanitari della struttura.

5. Attività di monitoraggio analitico svolte

5.1 Campionamento dicembre 2024 — Biology Consulting S.r.l.

Rapporto di prova BC-241202A (1÷6), acqua di rete, ricerca ed identificazione sierologica di Legionella spp. e Legionella pneumophila secondo il metodo ISO 11731:2017. Esito: nessuna positività rilevata; tutti i valori risultano inferiori al limite di legge (< 1.000 UFC/L, D.Lgs. 18/2023) e al valore guida (≤ 100 UFC/L).

Punto di prelievo	Circuito	T° al prelievo	Legionella spp.	L. pneumophila sg1/sg2-14
Lavabo area cucina	Acqua calda	27,3 °C	< 100 UFC/L	≤ 100 UFC/L
Lavandino infermeria	Acqua calda	27,8 °C	< 100 UFC/L	≤ 100 UFC/L
Lavabo bagno spogliatoio operatori	Acqua fredda	18,3 °C	< 100 UFC/L	≤ 100 UFC/L
Lavandino bagno riservato operatori	Acqua calda	29,1 °C	< 100 UFC/L	≤ 100 UFC/L

Punto di prelievo	Circuito	T° al prelievo	Legionella spp.	L. pneumophila sg1/sg2-14
Lavabo bagno stanza n°2	Acqua calda	23,1 °C	< 100 UFC/L	≤ 100 UFC/L
Lavabo bagno stanza n°5	Acqua fredda	19,8 °C	< 100 UFC/L	≤ 100 UFC/L

5.2 Campionamento aprile 2026 — Gruppo Maurizi S.r.l.

Rapporti di prova n. 26D07237, 26D07238, 26D07239, 26D07240, eseguiti secondo il metodo UNI EN ISO 11731:2017 su campioni prelevati in data 30/04/2026. Tutti i risultati risultano inferiori a 50 UFC/L, ampiamente al di sotto del valore guida di 100 UFC/L (rif. D33, Linee guida 2015).

Punto di prelievo	N° rapporto	T° al prelievo	Esito Legionella	Limite di riferimento
Rubinetto lavandino bagno del personale	26D07237	45,1 °C	< 50 UFC/L	< 100 UFC/L (D33)
Rubinetto lavandino infermeria	26D07238	45,2 °C	< 50 UFC/L	< 100 UFC/L (D33)
Rubinetto lavandino cucina	26D07239	45,9 °C	< 50 UFC/L	< 100 UFC/L (D33)
Rubinetto lavandino bagno disabili	26D07240	43,2 °C	< 50 UFC/L	< 100 UFC/L (D33)

6. Esiti della valutazione del rischio — confronto 2025/2026

Si riporta di seguito un confronto sintetico tra le conclusioni del DVR 2025 e quelle del Protocollo 2026, al fine di evidenziarne la coerenza complessiva e le differenze metodologiche riscontrate.

Elemento di valutazione	DVR Legionella – Provisio Opera Srl (gen. 2025)	Protocollo di Controllo – Gruppo Maurizi Srl (apr. 2026)
Rischio impianto acqua fredda sanitaria (Ri.AF)	Basso (1 su 3)	Basso
Rischio impianto acqua calda sanitaria (Ri.AC)	Basso (1 su 3)	Basso
Rischio di esposizione ad agenti biologici (Re)	Basso — R = 1,29	Non calcolato in questo documento
Rischio di suscettibilità degli occupanti (Ru)	Alto (ospiti con HIV/AIDS, immunodepressione)	Non trattato in questo documento
Rischio complessivo attribuito alla struttura	MEDIO (Ra = Medio-basso; RL = Medio)	BASSO (riferito al solo rischio impiantistico)

7. Misure di gestione e prevenzione

Le principali misure di gestione degli impianti idro-sanitari, in essere o programmate secondo quanto indicato nei documenti tecnici, sono le seguenti:

- verifica mensile delle temperature dell'acqua fredda ai terminali di erogazione (target < 20 °C) e dell'acqua calda (target > 50 °C costanti);
- svuotamento e disinfezione, ove necessario con eventuale disincrostazione, dei bollitori/serbatoi di accumulo dell'acqua calda sanitaria, con periodicità almeno annuale;
- verifica settimanale dell'assenza di rami morti o tratti a flusso ridotto/intermittente, con apertura periodica dei rubinetti a limitato utilizzo (es. bagno operatori);
- manutenzione e sostituzione, ove necessario, di docce, diffusori e rompigetto dei rubinetti, con preferenza per modelli aperti (a stella o a croce);
- campionamento microbiologico di controllo con cadenza almeno annuale, su un numero di punti rappresentativo della rete idrica (mandata, ricircolo, punti distali);
- attualmente non risulta implementato un sistema di disinfezione continua dell'acqua destinata al consumo umano (dato confermato sia dal DVR 2025 sia dal Protocollo 2026); il controllo del rischio si basa pertanto su gestione delle temperature, flussaggio e monitoraggio periodico.

8. Azioni di miglioramento previste per il 2026

Ai fini del consolidamento del PARS 2026 e della coerenza complessiva della documentazione, si prevede quanto di seguito:

- nota di raccordo della documentazione 2025 e 2026
- valutazione rischio legata alla suscettibilità della popolazione ospitata, già valorizzata nel DVR 2025 come fattore che innalza il rischio complessivo da "basso" a "medio";
- necessità di confermare, nel prossimo aggiornamento, i nominativi dei responsabili interni (Responsabile del Piano di Autocontrollo, Responsabile del Registro degli interventi) alla luce della riorganizzazione interna in corso presso CRS;
- pianificazione dei campionamenti (raccomandata: almeno annuale) tra i due impianti (fredda/calda), formalizzazione del registro di igiene e manutenzione richiamato da entrambi i documenti come allegato.

9. Riferimenti documentali

I documenti tecnici citati nella presente appendice sono elencati, in forma completa, nella Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi riportata in fondo al presente Piano.

B9. ALLINEAMENTO IN TEMA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI E ALIMENTAZIONE DEL FLUSSO SIRES-EVENTI

Le fonti normative e documentali richiamate nella presente scheda sono elencate, in forma completa e senza duplicazioni, nella Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi riportata in fondo al presente Piano.

2. Premessa

Il Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio ha pubblicato, in data 6 ottobre 2025, il nuovo Manuale per la Classificazione degli Eventi e l'Alimentazione del Flusso SIRES-Eventi, che allinea il portale regionale SIRES al Protocollo ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del luglio 2024. Il documento definisce, in particolare, i criteri di classificazione degli eventi (esito e rilevanza organizzativa), il flusso di segnalazione a livello locale e regionale e i contenuti minimi delle schede di segnalazione (eventi, cadute, aggressioni).

In considerazione di tali nuove direttive e in coerenza con gli obiettivi di raggiungimento dell'accreditamento definitivo e della successiva certificazione della qualita', i Servizi Sanitari del Polo Villa Glori intendono procedere alla regolarizzazione della trasmissione del PARS e al successivo allineamento del Piano e delle procedure interne di gestione del rischio sanitario ai contenuti del Manuale CRRC, garantendone l'aggiornamento con cadenza annuale.

3. Stato attuale

Il PARS dei Servizi Sanitari del Polo Villa Glori risulta agli atti dal 2023 con relative procedure : dal 2026 si intende trasmettere l'atto al CRRC crrc@regione.lazio.it, in conformità a quanto previsto dal Documento di Indirizzo regionale del 25 gennaio 2022.

Analogamente, la segnalazione degli eventi non risulta ancora alimentata tramite il portale regionale SIRES. La presente scheda individua pertanto, quale priorita', la regolarizzazione della pregressa mancata trasmissione del PARS, secondo la sequenza logico-temporale di cui al punto 5: l'azione di miglioramento precede il recepimento formale della normativa vigente in materia, il quale a sua volta precede la trasmissione del Piano al CRRC.

4. Obiettivi di allineamento

- Regolarizzare la trasmissione del PARS al CRRC mediante l'invio del primo Piano predisposto secondo la sequenza di cui al punto 5
- Recepire formalmente la normativa vigente applicabile (Documento di Indirizzo PARS 2022, DCA 469/2017, Manuale CRRC del 6 ottobre 2025) quale presupposto della predisposizione del Piano
- Adottare, per i Servizi Sanitari del Polo Villa Glori, criteri di classificazione degli eventi (near miss, eventi avversi senza danno, eventi avversi, eventi sentinella) coerenti con quanto previsto dal Manuale CRRC del 6 ottobre 2025
- Attivare l'alimentazione del flusso SIRES-Eventi a seguito del rilascio delle credenziali di accesso al portale regionale
- Dotarsi di una procedura/istruzione operativa interna che preveda le schede minime di segnalazione (eventi, cadute, aggressioni), la garanzia dell'anonimato e i principi della no blame culture
- Individuare il referente per la gestione del rischio sanitario (funzione equipollente alla UORM) per il Polo Villa Glori
- Mantenere l'aggiornamento annuale del PARS quale evidenza documentale ai fini dei requisiti di accreditamento (DCA 469/2017) e degli obblighi di cui alla L. 24/2017

5. Azioni programmate e responsabilità

Seq.	Azione	Responsabile	Tempistica	Stato
1	Azione di miglioramento: ricognizione formale della mancata trasmissione del PARS al CRRC dal 2023 e definizione del percorso di regolarizzazione, di cui la presente scheda costituisce evidenza	Direzione Sanitaria	Immediata	**AVVIATA**
2	Recepimento formale della normativa vigente applicabile (Documento di Indirizzo PARS del 25/01/2022, DCA 469/2017, Manuale CRRC del 6/10/2025), quale presupposto della predisposizione del Piano	Direzione Sanitaria	Successiva al punto 1	**DA COMPLETARE**
3	Predisposizione e trasmissione a crrc@regione.lazio.it del primo PARS relativo ai Servizi Sanitari del Polo Villa Glori, a copertura del periodo non coperto dal 2023	Direzione Sanitaria	Successiva al punto 2	**IN CORSO**
4	Richiesta delle credenziali di accesso al portale regionale SIRES (invio modulo a crrc@regione.lazio.it e successivo inoltro a supporto.sires@regione.lazio.it)	Direzione Sanitaria	Contestuale al punto 3	**AVVIATA**
5	Adozione di una procedura/istruzione operativa interna di segnalazione degli eventi, conforme ai requisiti minimi del Manuale CRRC (schede segnalazione eventi, cadute, aggressioni)	Direzione Sanitaria / UORM	Successiva al punto 4	**DA DEFINIRE**
6	Individuazione formale del referente/i per l'alimentazione del flusso SIRES e della funzione equipollente alla UORM per il Polo Villa Glori	Direzione Sanitaria	Contestuale al punto 5	**DA DEFINIRE**

Seq.	Azione	Responsabile	Tempistica	Stato
7	Comunicazione formale all'Amministrazione CRS dello stato di allineamento e del percorso di regolarizzazione, secondo il flusso documentale PR-VG-DOC-01	Direzione Sanitaria	Contestuale alla presente scheda	**IN CORSO**

B10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Oltre alla pubblicazione obbligatoria sulla home page del sito internet della struttura (o link diretto al documento), come previsto dall'art. 2, comma 5 e dall'art. 4, comma 3 della L. 24/2017, il presente PARS sarà diffuso mediante:

- Aggiornamento continuo del personale, differenziato per livelli e profilo professionale;
- Coinvolgimento attivo delle persone assistite nell'ambito dei percorsi informativi previsti dal Piano di Assistenza Individuale.

Entro il 28 febbraio 2026 il presente documento sarà inviato in formato pdf nativo all'indirizzo crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale, ai sensi del capitolo 3.0 del Documento di indirizzo regionale.

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Di seguito si riporta, in forma unitaria, completa e non duplicata, l'elenco delle fonti normative, tecniche, documentali e sitografiche richiamate nel presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026 e nelle relative appendici ("Gestione del rischio legionellosi" e "Scheda di integrazione al PARS").

A. Normativa nazionale

- Legge 8 marzo 2017, n. 24 – "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 – Testo Unico in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (Titolo X, esposizione ad agenti biologici; Allegato XLVI, classificazione della Legionella nel gruppo 2);
- Accordo Stato-Regioni del 4 aprile 2000 – Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi;
- "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi", approvate in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 maggio 2015;
- Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 – "Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all'igiene degli impianti di trattamento aria";
- D.Lgs. 23 febbraio 2023, n. 18 – attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 sulla qualità delle acque destinate al consumo umano;

- Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 22/32 – Linee guida per la valutazione e gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari;
- Ministero della Salute – Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2024.

- **B. Normativa e atti regionali (Regione Lazio)**

- DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. – requisiti di autorizzazione;
- DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 – requisiti di accreditamento in tema di gestione del rischio e del rischio infettivo;
- Regione Lazio – Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC): "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)", 25 gennaio 2022;
- Regione Lazio – CRRC: "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)", 7 novembre 2023;
- Regione Lazio – CRRC: "Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione (LdP)", revisione 1 luglio 2024;
- Determina della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria n. G02044 del 26/02/2021 – "Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- Regione Lazio – CRRC: Manuale per la Classificazione degli Eventi e l'Alimentazione del Flusso SIRES-Eventi, Versione 1.0 del 6 ottobre 2025.

- **C. Documentazione tecnica e consulenze esterne**

- Provisio Opera S.r.l. – Documento di Valutazione del Rischio Biologico da Legionella (DVR), Rev. 00, data prima compilazione 09/01/2025;
- Provisio Opera S.r.l. – Piano di Autocontrollo del Rischio Legionellosi, Rev. 00, data prima compilazione 09/01/2025;
- Biology Consulting S.r.l. – Rapporti di prova BC-241202A (1÷6), acqua di rete, emissione 19/12/2024;
- Gruppo Maurizi S.r.l. (in collaborazione con Cooperativa Roma Solidarietà ETS) – Protocollo di Controllo del Rischio Legionellosi, Rev. 00 del 30/04/2026;
- Gruppo Maurizi S.r.l. – Rapporti di prova n. 26D07237, 26D07238, 26D07239, 26D07240, emissione 12/05/2026.

- **D. Documentazione interna e sitografia istituzionale**

- Procedura interna PR-VG-DOC-01 – Flusso documentale del Polo Villa Glori;
- Appendice "Gestione del rischio legionellosi", allegata al presente Piano;
- Sito istituzionale del Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio: crrc@regione.lazio.it (trasmissione PARS e supporto portale SIRES: supporto.sires@regione.lazio.it).