I S T I T U T O "L E O N A R D A V A C C A R I"

PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

Medaglia d'oro della Scuola, della Cultura e dell'Arte D.P.R. 02/06/1954

Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica D.P.R. 8/12/2007

Sistema Gestione Qualità: Norma ISO 9001:2015 - Certificato IMQ/CSQ - N° Certif. 9122.LVAC

Prot. 178/2025

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

2025

ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

		Data approvazione	Firma
Redatto RQ	Dott.ssa Anna Maria Ciotta	28.02.2025	
Verificato Risk Manager	Dott.ssa Veronica Vernocchi	28.02. 2022	
Approvato Legale Rappresentante	Prof.ssa Saveria Dandini de Sylva	28.02. 2025	

00195 Roma - Viale Angelico, 22 - Tel. 06/37.59.301 R.A.

info@leonardavaccari.it - istitutovaccari@legalmail.it - www.leonardavaccari.it -

C.F. 02516250582 – P. IVA 13311811007

Sommario

Premessa 3

1.Contesto Organizzativo 3

2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati 7

3.Descrizione della posizione assicurativa 8

4.Resoconto delle attività del piano precedente 9

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 11

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 13

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 18

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO 21

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI 21

PREMESSA

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario rappresenta uno strumento fondamentale per la pianificazione e il monitoraggio delle attività volte a garantire la sicurezza dei pazienti, la qualità dei servizi e la tutela della salute pubblica all'interno del sistema sanitario.

L’articolo 26 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche, prevede la gestione delle risorse e dei servizi sanitari attraverso specifici accordi, stabilendo l’obbligo per le strutture di adottare misure preventive e correttive al fine di ridurre il rischio sanitario.

Il presente PARS ha come obiettivo quello di identificare, analizzare e gestire i rischi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, promuovendo azioni concrete per il miglioramento continuo e per la salvaguardia della salute degli utenti. In particolare, il piano si concentra sull'attuazione di processi che coinvolgono tutte le figure professionali del sistema sanitario, dalla prevenzione alla gestione degli eventi avversi, nel pieno rispetto delle normative vigenti.

Annualmente, attraverso un’approfondita valutazione dei rischi e la definizione di misure di mitigazione, il PARS mira a garantire un ambiente di cura sicuro ed efficiente, in grado di rispondere tempestivamente alle esigenze sanitarie dei pazienti e di migliorare costantemente la qualità delle prestazioni erogate. É uno strumento necessario per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte degli operatori sanitari. La gestione del Rischio Clinico rientra tra le strategie di promozione di un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi derivati dagli errori evitabili per garantire la sicurezza dei pazienti.

I processi di analisi e di valutazione dei possibili rischi, richiedono la promozione e l’implementazione di linee guida, la definizione di procedure e istruzioni operative, l’individuazione di percorsi formativi ed informativi che coinvolgano il personale sanitario e l’organizzazione stessa.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L’**Istituto “Leonarda Vaccari”** dal 1936 si occupa dei problemi di bambini, adolescenti e adulti con disabilità fisiche e/o mentali.

È un Ente Morale senza fini di lucro, riconosciuto con Regio Decreto n. 2032 del 15 ottobre 1936 ed è Ente Pubblico Non Economico (Corte di cassazione Sez. Un. n. 1299/84 - 2379/79 - 1128/57). È autorizzato a funzionare in base alle leggi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

L'**Istituto**, infatti, provvede alla riabilitazione psico-fisica ed all'integrazione didattica e sociale dei disabili mediante le cure cliniche necessarie e le terapie riabilitative, l'istruzione fino al conseguimento dell'obbligo scolastico e successivamente la formazione professionale in laboratori attrezzati.

L' Istituto Leonarda Vaccari, risulta articolato in più servizi con ambienti dedicati ai diversi regimi:

- Residenziale
- Semi residenziale
- Ambulatoriale

I posti letto complessivi accreditati sono 28 (ventotto) e si suddividono in numero variabile tra regime residenziale di Mantenimento, con progetti di 180 gg rinnovabili alla scadenza e soggetti in regime Estensivo, preventivamente autorizzati dalla Asl, parte dei progetti sono in extra budget. Sono accreditati 84 in regime semiresidenziale e N°80 trattamenti/die in regime ambulatoriale. Vengono effettuate prestazioni ambulatoriali specialistiche sia per pazienti adulti che per minori.

La Rappresentanza Legale è affidata alla **Professoressa Saveria Dandini de Sylva**, Presidente dell'**Istituto**.

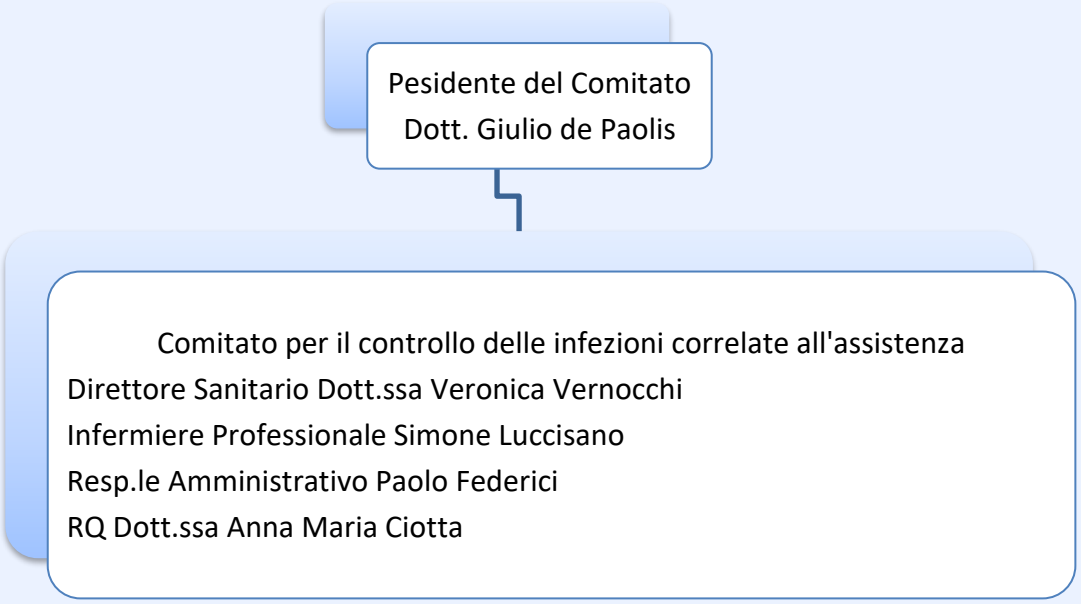
L'**Istituto** è amministrato da un Consiglio Direttivo nominato con Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione e composto da 13 membri. Fanno parte del Consiglio: il Presidente, un rappresentante del Ministero dell'Interno, un rappresentante del Ministero della Pubblica Istruzione, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante della Regione Lazio, il rappresentante della pubblica istruzione, Ufficio Scolastico Regionale, quattro Soci benemeriti,

il Direttore Sanitario dell’Istituto, un rappresentante dell'INPS, un rappresentante del Comune di Roma.

In data 05 Febbraio 2020 è stato costituito il CCICA – Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza, di seguito l’organigramma:

Organizzazione Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza

In data 11 ottobre 2023 è stato nominato il nuovo presidente del CCICA – Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza, di seguito l’organigramma:



La Posta elettronica certificata aziendale è: - istitutovaccari@legalmail.it

La mail di contatto è direzione.sanitaria@leonardavaccari.it

Il contatto telefonico della Segreteria Sanitaria è lo 06.375930207

Il web site istituzionale è www.leonardavaccari.it

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

DATI DI ATTIVITÀ al ***31/12/2024 forniti dal Direttore Sanitario***			
Posti letto	28	**Reparto Degenza**	
Residenziali	Regime Estensivo Socioriabilitativo	**N° 94 Progetti** **N°1 Progetti**	
Semi residenziali	Totale PRI Regime Estensivo Socioriabilitativo	**N°214 Progetti, di cui:** **N° 153 Progetti** **N° 61 Progetti**	
Ambulatoriali	Totale PRI Non residenziali adulti Non residenziale Età evolutiva	**N° 161 progetti totali di cui:** **N° 37 Progetti** **N° 124 Progetti**	

(A): Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO… e aggiornati al GG/MM/AAAA.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Si definisce “**rischio clinico”** la possibilità che un paziente subisca un danno involontario durante una certa procedura clinica, questo danno è dovuto alle cure sanitarie che non sono state assolte in pieno regime di sicurezza e che quindi portano a un errore. Tutto ciò porta il paziente a un prolungamento del suo stato di malattia, oltre che a un peggioramento delle condizioni di salute o, in casi estremi, anche alla sua morte. Il rischio clinico rappresenta quindi l’eventualità dell’errore in medicina, cioè una mancanza del sistema sanitario che porta al fallimento di scelte terapeutiche programmate. L’istituto

L’istituto Leonarda Vaccari pone molta attenzione alla gestione del rischio clinico visto come un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica attraverso modalità organizzative in grado di individuare e tenere sotto controllo i rischi. La gestione del rischio ha come obiettivo quello di ridurre al minimo il verificarsi degli errori e di garantire, per quanto è possibile, la sicurezza dei pazienti in tutte le fasi dei percorsi assistenziali.

La comunicazione all’esterno di eventi avversi è demandata, in via esclusiva al Legale Rappresentante, di concerto con il Direttore Sanitario.

É responsabilità dell’Alta Direzione (Legale Rappresentante, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) individuare la risoluzione dell’evento avverso.

Le segnalazioni relative a near miss, eventi avversi ed eventi sentinella possono pervenire sia dall’interno che dall’esterno. Per tali segnalazioni è prevista apposita modulistica, differenziata tra interna (Operatori dell’Istituto) ed esterna (Utenti e Familiari), disponibile sul sito dell’Istituto. Una volta compilata viene trasmessa al RQ, il quale ha il compito di smistarla in funzione della tipologia della segnalazione.

In coincidenza del riesame della qualità viene effettuato un monitoraggio degli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella segnalati nel periodo di osservazione e ne viene prodotto un apposito report, diffuso sia al personale che alle famiglie, attraverso riunioni e pubblicazione sul sito.

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0		Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) ecc.
Eventi Avversi	0				
Eventi Sentinella	0				

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento *di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul *cloud* regionale.

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

Anno	N. Sinistri aperti(A)	N. Sinistri liquidati(A)	Risarcimenti erogati(A)
2020	1	0	0
2021	**1**	0	0
2022	0	0	0
2023	1	0	0
2024	0	0	0
Totale	2	0	0

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 7 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	**02/01/2021**	Generali S.p.A	4.110,00	0	**02/01/2021**
2022	**02/01/2022**	Generali S.p.A	4.110,00	0	**02/01/2022**
2023	**02/02/2023**	Generali S.p.A	4.110,00	0	**02/01/2023**
2024	**20/11/2024**	Sara Assicurazioni S.p.A.	18.000,00	1000	**20/11/2025**

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 2 – Resoconto delle attività del PARS precedente

2024- ***OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE***		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
Attività	***Realizzata***	***Evidenze***
Esecuzione di almeno una edizione del Corso Base entro il 31/12/2024	No	Da realizzare nel 2025 in quanto il corso non è stato erogato.
Avviare nel servizio momenti di aggiornamento sulla gestione della disfagia, coinvolgendo un logopedista	Si	Realizzati vari incontri con supervisione e condivisione delle indicazioni da parte della logopedista ed un incontro di approfondimento con l'otorino e la logopedista. L'aggiornamento è supportato da indicazioni scritte (invio di e-mail) al personale del servizio residenziale e della cucina (addetti alla preparazione dei pasti).
Realizzazione di registro relativo all'uso di antibiotici (quantitativo e tipologia di antibiotici	No	Da realizzare nel 2025 Nel mese di febbraio 2025 è stata realizzata una formazione generale relativa all'uso degli antibiotici, che ha coinvolto il personale infermieristico. Seguirà la creazione di un registro per la registrazione della quantità e tipologia di antibiotici usati nel Servizio Residenziale nel corso dell'anno.
Formazione del personale infermieristico: "condivisione della corretta esecuzione della procedura necessaria per effettuare ECG "	No	Da realizzare nel 2025

- 2024 -

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure

Attività	***Realizzata***	***Evidenze***
Elaborazione Questionari di valutazione della percezione da parte degli utenti/familiari Monitoraggio delle Piaghe da decubito	Si SI	QVP, esiti di monitoraggio inseriti nella carta dei servizi 2024 6 LDD, dato che rimane costante rispetto all'anno precedente.
Implementare procedure e coinvolgere il personale per la riduzione del rischio caduta dei pazienti Riduzione % cadute registrate su apposita modulistica	NO	Da realizzare nel 2025 Nel calcolo percentuale delle cadute nel 2024 c'è stato un incremento del 7.28%. La percentuale delle cadute è stata nel 2024 del 39,28%, contro il 32%del 2023
Monitoraggio della corretta compilazione della cartella clinica: strumento di lavoro a valenza clinica e indice di qualità Riduzione % di cartelle cliniche non correttamente compilate. Elaborazione di un report sul controllo Random di almeno il 10% delle cartelle cliniche attive nel reparto degenza.	Si	É stato monitorato il 43% delle cartelle cliniche presenti nel servizio Residenziale, con esito di conformità.
Addestramento/simulazione del personale infermieristico nella gestione di una urgenza sanitaria (crisi comiziale).	No	Da realizzare nel 2025

Realizzazione di una simulazione		

- 2024 - ***OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.***		
ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure		
Attività	***Realizzata***	***Evidenze***
Migliorare l'adesione del personale all'igiene delle mani e raggiungere il consumo minimo definito dall'OMS per quanto riguarda l'utilizzo di soluzione idroalcolica Consumo in linea con quanto suggerito dall'OMS: Consumo soluzione idroalcolica > a 25 l x 1000gg/pz	Si	Diverse raccomandazioni inviate dalla Direzione Sanitaria al personale infermieristico e assistenziale del reparto Residenziale, nel corso dell'anno e soprattutto in coincidenza con il periodo dei picchi influenzali. Ogni operatore ha utilizzando in media circa 2,49 ml al giorno, che è ancora inferiore ai 3 ml raccomandati dall'OMS per ogni disinfezione delle mani. Questo suggerisce che, sebbene il consumo sia abbastanza vicino alla quantità raccomandata, potrebbe esserci spazio per un miglioramento nell'uso della soluzione idroalcolica, per garantire che ogni operatore usi una quantità sufficiente per una disinfezione completa.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

In questa sezione non bisogna elencare le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività di cui ai punti 6 e 7, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS. La Tabella 9 riporta un esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

Tabella 9 –Matrice delle responsabilità

Azione	Risk Manager/Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Responsabile Qualità
Redazione PARS (eccetto Tabella 6 punto 2; punti 3 e 7	R	I	C
Redazione Tabella 6 punto 2 e punto 3	C	R	I
Redazione punto 7	R	I	C
Adozione PARS con deliberazione	R	I	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	R	I	C
Monitoraggio punto 7	R	I	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.
(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

In questo capitolo sono declinati gli obiettivi e le relative attività che l'Istituto "Leonarda Vaccari" ha individuato ed intende perseguire.

6.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
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) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

Le Strutture potranno definire ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

6.2 Attività

Attività da realizzare nel 2025

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 – Attività di formazione del personale sanitario, anche in modalità FAD. Questa attività è stata riportata dal PARS 2024 perché da completare.		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione, entro il 31/12/2025, del "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico.		
STANDARD Operatori sanitari		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 2 – Avviare una formazione sulla gestione della disfagia, (corso livello base e uno di approfondimento), con particolare attenzione alla valutazione e alle tecniche di intervento per supportare pazienti con difficoltà nella deglutizione.
INDICATORE Realizzazione di almeno due incontri entro il 31/12/2025
STANDARD coinvolgimento OSS, infermieri e terapisti del servizio residenziale
FONTE Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 3 – Monitorare l'uso di antibiotici nel 2025		
INDICATORE Realizzazione e compilazione del registro relativo all'uso di antibiotici (quantitativo e tipologia di antibiotici. Azione riportata dal PARS del 2024, perché non realizzata		
STANDARD Elenco degli antibiotici usati		
FONTE Medico responsabile del servizio e RQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario/medico responsabile del servizio**	**RQ**
Definizione e condivisione del documento di registrazione	R	C
Raccolta, elaborazione e condivisione dei dati	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 4 – Formazione del personale infermieristico: " Condivisione della corretta esecuzione della procedura necessaria per effettuare ECG -attività riportata dal PARS del 2024		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31.12.2025		
STANDARD Personale infermieristico		
FONTE Medico responsabile del servizio e RQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario/medico responsabile del servizio**	**RQ**
Realizzazione di un momento formativo	R	C
Realizzazione di una prova pratica dei partecipanti	R	I

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un percorso di formazione sulla "gestione dello stress e delle emozioni nel contesto sanitario, con la definizione del supporto psicologico e gestione delle relazioni interpersonali e la prevenzione del bournout".
INDICATORE realizzazione di almeno 3 edizioni del percorso formativo della durata di 16 ore entro il 31.12.2025
STANDARD coinvolgimento di almeno il 70% del personale sanitario
FONTE Direzione Sanitaria e RQ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	I	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
ATTIVITÀ 2 – Implementare procedure e coinvolgere il personale ed i familiari per la riduzione del rischio caduta dei pazienti. Elaborazione di un opuscolo da consegnare alle famiglie.
INDICATORE Riduzione % cadute registrate su apposita modulistica
STANDARD coinvolgimento del 100% delle famiglie e degli operatori sanitari
FONTE Direzione Sanitaria, RQ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Revisione/condivisione delle scale di valutazione del rischio caduta	R	C
Condivisione di un opuscolo sul rischio cadute con le famiglie	R	C
Verifica in fase di audit della corretta applicazione della procedura	I	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
ATTIVITÀ 3 – Progettazione e realizzazione di un percorso formativo sulle soft skill (il supporto psicologico per gli operatori che lavorano in ambienti stressanti a contatto con la morte, le malattie gravi e l'emergenza sanitaria)		
INDICATORE esecuzione di almeno tre edizioni del corso di formazione		
STANDARD Partecipazione dell'80% del personale sanitario.		
FONTE Direzione Sanitaria, RQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
ATTIVITÀ 4 – Addestramento/simulazione del personale infermieristico nella gestione di una urgenza sanitaria (crisi comiziale). Azione riportata dal PARS del 2024		
INDICATORE Realizzazione di una simulazione entro il 31.12.2025		
STANDARD OSS e Infermieri		
FONTE Direzione Sanitaria, RQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Realizzazione dell'attività di addestramento supervisionata dal Medico responsabile del reparto	R	C
Condivisione dell'esperienza ed elaborazione di un piccolo manuale operativo	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
ATTIVITÀ 5 – Monitoraggio della qualità, completezza e appropriatezza della corretta compilazione della cartella clinica		
INDICATORE Verifica del 50% delle cartelle cliniche del reparto degenza.		
STANDARD report annuale		
FONTE Direzione Sanitaria, RQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Pianificazione del programma di audit delle cartelle cliniche	R	C
Uso della check-list per il controllo delle cartelle cliniche	R	C
Report finale	R	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.		
ATTIVITÀ 1 – In occasione della giornata Mondiale dell'igiene delle mani, realizzare degli opuscoli divulgativi da consegnare a familiare e pazienti.		
INDICATORE Opuscoli da consegnare il 5 maggio 2025		
STANDARD Personale, famiglie		
FONTE Direzione Sanitaria, Acquisti, RQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario**	**RQ**
Produrre degli opuscoli da divulgare in occasione del 5 maggio	R	C
Condividere con il personale dei video sulla corretta igiene delle mani	I	R

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo capitolo andranno declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo nel corso del 2025.

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Le Strutture potranno definire ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 – Revisione e condivisione del "Manuale operativo igiene del paziente"		
INDICATORE Revisione della procedura		
STANDARD SI		
FONTE Linee guida ministeriali		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario/CCICA**	**RQ**
Revisione della procedura	R	C
Questionario di valutazione dell'apprendimento	C	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
ATTIVITÀ 1 – Implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani		
INDICATORE Presentazione di un video sull'aderenza del personale ai cinque momenti dell'igiene delle mani		
STANDARD SI		
FONTE OMS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario/ CCICA**	**RQ**
Revisione della procedura	R	C
Questionario di valutazione dell'apprendimento	C	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
ATTIVITÀ 2– Garantire la corretta funzionalità dei dispenser posizionati nei diversi piani dell'Istituto, attraverso controlli mensili e/o in fase di caricamento della soluzione alcolica		
INDICATORE Controlli mensili della funzionalità dei dispenser		
STANDARD SI		
FONTE OMS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario/ CCICA**	**RQ**
Revisione della procedura	R	C
Questionario di valutazione dell'apprendimento	C	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
ATTIVITÀ 1 – Aggiornamento e sostituzione del materiale informativo sull'igiene delle mani (locandine affisse nei diversi ambienti dell'istituto)		
INDICATORE Controlli mensili		
STANDARD SI		
FONTE OMS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario/ CCICA**	**RQ**
Revisione della procedura	R	C
Questionario di valutazione dell'apprendimento	C	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).		
ATTIVITÀ 1 – Attività di informazione/formativa sul fenomeno dell'antibiotico -resistenza		
INDICATORE Realizzazione di un incontro con gli operatori sanitari sul tema		
STANDARD SI		
FONTE OMS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Direttore Sanitario/ CCICA**	**RQ**
Realizzazione dell'incontro	R	C
Questionario di valutazione dell'apprendimento	C	R

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

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La diffusione del PARS prevede:

a. Presentazione alla Rappresentante Legale ed al Consiglio Direttivo;
b. Pubblicazione sul sito Web istituzionale;
c. Invio via e-mail al Centro Regionale Rischio Clinico;
d. Condivisione con le famiglie e gli operatori;
e. Presentazione nelle riunioni dei diversi Servizi dell'Istituto;
f. Programmazione di incontri di formazione sul campo documentate da apposito verbale

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
3. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
4. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
5. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
6. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
7. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
8. Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
9. Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep.Atti 156/CSR)";
10. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
11. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".

Allegati al documento PARS

ALLEGATO 1: Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani

ALLEGATO 2: Valutazione del rischio legionellosi 2024

ALLEGATO 1: Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani

Attività realizzate nel 2024

Attività	**Realizzata**
Obiettivo A Revisione e condivisione del "Manuale operativo igiene del paziente"	In corso di completamento. Attività riportata nel PARS 2025
Obiettivo B Implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani - Presentazione di un video sull'aderenza del personale ai cinque momenti dell'igiene delle mani	In corso di completamento Attività riportata nel PARS 2025
Obiettivo C Attività di informazione/formativa sul fenomeno dell'antibiotico -resistenza - Realizzazione di un incontro con gli operatori sanitari sul tema	In corso di completamento Attività riportata nel PARS 2025

Roma 28.02.2025

Direttore Sanitario

Dott.ssa Veronica Vernocchi

ISTITUTO LEONARDA VACCARI
DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa VERONICA VERNOCCHI

Istituto Leonarda Vaccari

Viale Angelico, 22 – 00195 Roma (RM)

VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

nell'ambito dell'esposizione ad agenti biologici

ai sensi del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.

Redatto da:	Dott. Fernando Maurizi Gruppo Maurizi	18/06/2024 Data
Verificato da:	DOTT. FABRIZIO BALATA RSPP	18/06/2024 Data
Approvato da:	Datore di Lavoro SANERIA DANDINI DE SYLVA	18/06/2024 Data

Redatto in collaborazione con:
Gruppo Maurizi S.r.l.
Via Pellaro, 22 – 00178 Roma

SOMMARIO

1. PREMESSA 3
2. IL RISCHIO LEGIONELLA 3
2.1. MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLA LEGIONELLA 3
2.2. PROTOCOLLO DI CONTROLLO 4
2.3. VALORI DI RIFERIMENTO 6
3. MODALITÀ DI INDAGINE 10
4. CAMPIONAMENTO 11
4.1. PRELIEVO DELL'ACQUA 11
4.2. ANALISI DELL'ARIA 11
5. ANALISI 12
6. RISULTATI 13
7. CONCLUSIONI 15

1. PREMESSA

Su incarico di **Istituto Leonarda Vaccari** sono state effettuate il 04/06/2024, congiuntamente e sulla scorta delle indicazioni del personale della società in questione, **indagini ambientali,** presso la sede dello stabilimento e degli uffici, delle reti di idriche e di aerazione dei fabbricati di pertinenza finalizzate a valutare il rischio legionellosi.

Il presente documento costituisce, pertanto, conclusione di una campagna di campionamenti nell'ambito della quale sono stati monitorati i principali punti di potenziale trasmissione dell'agente biologico, secondo quanto previsto dalle **"Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi"** sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 07/05/2015 in ottemperanza alle previsioni normative del D. Lgs. 81/08 e s.m. e i. - Titolo X "Esposizione ad agenti biologici".

Le modalità di indagine, i risultati ottenuti e le relative considerazioni sono di seguito riportate.

2. IL RISCHIO LEGIONELLA

2.1. MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLA LEGIONELLA

La legionellosi può essere generalmente contratta per via respiratoria, tramite inalazione o microaspirazione di aerosol nel quale è contenuto il batterio. L'aerosol viene prodotto dalle minuscole gocce generate dallo spruzzo dell'acqua o dall'impatto dell'acqua su superfici solide. Più le goccioline sono piccole, più sono pericolose. Infatti, è dimostrato che gocce d'acqua con un diametro inferiore a 5 µ raggiungono più facilmente le basse vie respiratorie.

Secondo quanto sopra indicato l'aerosol può essere facilmente generato da:

- apertura di un rubinetto o di una doccia;
- impianti di irrigazione di giardini;
- impianti di condizionamento quali inverter, split, etc.;
- acque di scarico di impianti igienici.
- torri di raffreddamento/condensatori evaporativi;
- vasche per idromassaggio e piscine;

- bagni turchi e aree adibite a sauna;
- fontane ornamentali, specialmente se ubicate in ambiente interno;

Il rischio di contrarre la legionellosi è strettamente correlato a diverse condizioni quali a titolo esemplificativo:

- la presenza di Legionella e la carica della stessa;
- il verificarsi di condizioni che favoriscono la moltiplicazione del microrganismo (quali ad esempio: una temperatura compresa tra 20 e 50°C, la presenza di fonti di nutrimento materiale organico tra cui alghe o altro come calcare, ruggine);
- la presenza di condutture con flusso d'acqua minimo;
- impiego di materiali in gomma e/o fibre naturali per guarnizioni e dispositivi di tenuta;
- la presenza di impianti in grado di formare un aerosol (ad esempio: rubinetti, nebulizzatori, docce, torri di raffreddamento, etc.);
- la presenza di soggetti sensibili (es. fumatori) o caratteristiche peculiari (età, patologie croniche, ecc.).

2.2. PROTOCOLLO DI CONTROLLO

Il Protocollo di Controllo del Rischio Legionellosi, di cui alle "Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" del 7 Maggio 2015, prevede la suddivisione in tre fasi sequenziali e strettamente correlate tra di loro:

1. ***Valutazione del Rischio***: indagine che individua le specificità della struttura e degli impianti in essa esercitati, per le quali si possono realizzare condizioni che collegano la presenza effettiva o potenziale di Legionella negli impianti alla possibilità di contrarre l'infezione. Le informazioni relative alla Valutazione del rischio ed al relativo Piano di Controllo devono essere comunicate dall'incaricato della Valutazione al gestore della struttura o a un suo preposto che, a loro volta, dovranno informare tutte le persone che sono coinvolte nel controllo e nella prevenzione della legionellosi nella struttura.
2. ***Gestione del rischio***: tutti gli interventi e le procedure volte a rimuovere definitivamente o a contenere costantemente le criticità individuate nella fase precedente. Qualsiasi intervento manutentivo o preventivo attuato deve essere il risultato di una strategia che preveda un gruppo di lavoro multidisciplinare, che consideri tutte le caratteristiche dell'impianto e le possibili interazioni nell'equilibrio del sistema.

3. ***Comunicazione del rischio***: tutte le azioni finalizzate a informare, formare, sensibilizzare i soggetti interessati dal rischio potenziale (gestori degli impianti, personale addetto al controllo, esposti, ecc.). A tale scopo l'informazione e la formazione sono un elemento essenziale per garantire la corretta applicazione delle indicazioni per la prevenzione ed il controllo della legionellosi. Tale aspetto è valido nei riguardi di qualunque struttura nella quale siano esercitati impianti a rischio legionellosi. Anche i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL possono essere direttamente coinvolti a promuovere tale attività.

Di seguito vengono analizzati tutti i passaggi utili per una corretta valutazione del rischio da Legionella.

In primo luogo occorre acquisire tutte le informazioni necessarie alla caratterizzazione degli impianti e all'individuazione dei punti critici, tra cui:

1. La fonte di approvvigionamento idrico della struttura.
2. La mappa (possibilmente aggiornata) dell'impianto.
3. Il normale funzionamento dell'impianto, la manutenzione e la calendarizzazione dei trattamenti di disinfezione ordinari.
4. Il funzionamento dell'impianto in situazioni anomale (es. Rottura o pause nell'uso).
5. La tipologia dei reparti serviti dall'impianto.

In particolare, le fasi operative necessarie per individuare i punti di rischio di una possibile presenza e diffusione della legionella, presenti nella struttura, sono di seguito indicate e descritte:

- Ispezione della struttura e individuazione dei Fattori di Rischio
- Individuazione e Valutazione Punti critici rispetto a ciascun impianto
- Azioni di monitoraggio e valori di riferimento
- Azioni correttive

2.3. VALORI DI RIFERIMENTO

Se in una struttura si evidenzia la presenza di un potenziale rischio sia nell'impianto idrico che nel sistema di trattamento dell'aria, si deve effettuare rispettivamente un campionamento dell'acqua per la ricerca di Legionella, in un numero di punti che sia rappresentativo di tutto l'impianto idrico, (comunque non inferiore a sei) e un prelievo dell'acqua di condensa dell'aria condizionata, dell'acqua proveniente da sgocciolamento delle torri di raffreddamento (se presente) e il prelievo di filtri da impianti di climatizzazione (se prelevabili).

I possibili punti di prelievo per quanto concerne la **rete idrica** devono essere innanzitutto distinti se stiamo effettuando un campionamento presso la rete dell'acqua fredda o presso la rete dell'acqua calda. Prendendo in esame la **rete dell'acqua fredda**, esaminiamo:

a) Serbatoio dell'acqua possibilmente alla base;
b) Il punto più distale del serbatoio.

Per quanto riguarda la **rete dell'acqua calda** invece:

a) La base del serbatoio dell'acqua calda vicino alle valvole di scarico;
b) Il ricircolo dell'acqua calda;
c) Almeno 2 siti di erogazione lontani dal serbatoio dell'acqua calda come docce e rubinetti.

Infine, i possibili siti da cui effettuare il campionamento per quanto concerne la **rete aeraulica** possono essere l'acqua di condensa per l'aria condizionata, l'acqua proveniente da sgocciolamento delle torri di raffreddamento (ove presenti) e i filtri da impianti di climatizzazione.

Nel documento delle linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi del 7 Maggio 2015, all'Allegato 3, sono individuate le modalità di prelievo per la rete idrica e per quella idraulica, che sono di seguito descritte:

Acqua calda: il volume consigliabile è di almeno 1 litro, quando possibile. L'acqua sarà raccolta in recipienti sterili. Nel caso essa contenga cloro sarà opportuno aggiungere sodio tiosolfato ad una concentrazione finale di 0,01% (da una soluzione al 10% mettere 0,1 ml per 100 ml di acqua).

- Per la ricerca di *Legionella* in condizioni di utilizzo comune ossia un campione istantaneo per simulare l'eventuale esposizione da parte di un utente), prelevare senza flambare al punto di sbocco e senza far scorrere precedentemente l'acqua;
- Per una ricerca di Legionella all'interno dell'impianto (ossia per monitorarne le sue condizioni

d'igiene):

- Far scorrere l'acqua per almeno un minuto;
- Chiudere il flusso e flambare all'interno e all'esterno dello sbocco (quando la flambatura è tecnicamente possibile) oppure disinfettare con ipoclorito al 1% o etanolo al 70% lasciando agire il disinfettante almeno per 60 secondi;
- Far scorrere l'acqua ancora per almeno 1 minuto per rimuovere l'eventuale disinfettante;
- Misurare la temperatura ponendo il termometro nel flusso d'acqua e aspettando il tempo necessario affinché raggiunga un valore pressoché costante;
- Prelevare il campione.

Si suggerisce l'applicazione di questa modalità di campionamento in occasione dell'esecuzione dei monitoraggi microbiologici di autocontrollo di routine.

Acqua fredda: il volume consigliabile è di almeno 1 litro, quando possibile. L'acqua sarà raccolta in recipienti sterili. Nel caso essa contenga cloro sarà opportuno aggiungere sodio tiosolfato ad una concentrazione finale di 0,01% (da una soluzione al 10% mettere 0,1 ml per 100 ml di acqua). Per la ricerca di Legionella in condizioni di utilizzo comune prelevare senza flambare o disinfettare al punto di sbocco e senza far scorrere precedentemente l'acqua e misurare la temperatura ponendo il termometro al centro del flusso. Quindi prelevare il campione. Per la ricerca di Legionella nell'acqua all'interno dell'impianto di acqua fredda il campione si può prelevare seguendo quanto è stato descritto per l'acqua calda.

Se la temperatura dell'acqua nell'impianto è ≤ 20°C il numero di campioni può essere ridotto.

Depositi o sedimenti: Prelevare dallo scarico oppure dal fondo della raccolta di acqua, una quantità > 5mL dopo aver eliminato l'acqua dall'alto. Raccogliere in recipienti sterili di vetro o altro materiale monouso.

Incrostazioni: Prelevare da tubature e serbatoi, staccando meccanicamente con bisturi sterile il materiale depositatosi all'interno. Raccogliere in recipienti sterili di vetro o altro materiale monouso contenente una piccola quantità (2-5 mL) di soluzione Ringer, Page o acqua sterile.

Tamponi/Biofilm: Con un tampone sterile raccogliere il materiale depositato sulle superfici interne o esterne del punto terminale (effettuare il prelievo prima di aprire il flusso d'acqua, dopo aver smontato il rompi getto o il diffusore della doccia). Conservare il tampone in recipiente di vetro o altro materiale monouso (provetta) con tappo, contenente una piccola quantità (2 -5 mL) di soluzione Ringer, Page o acqua sterile.

Filtri: il controllo deve essere eseguito su filtri utilizzati da diverso tempo, e non su quelli lavati o sostituiti di recente. Prelevare il filtro e conservarlo in un sacchetto di materiale plastico.

Per l'individuazione dei valori di concentrazione di legionella si fa riferimento alla Linea Giuda approvata in Conferenza Stato-Regioni del 7 Maggio 2015, riportati nella Tabella seguente:

Intervento da effettuare	Concentrazione di Legionella (UFC/1l)
-	**Organismo non rilevato**
Nessuno	**Sino a 100**
In assenza di casi: - 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.	
- Se oltre il 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:** Indipendentemente dal numero di campioni positivi, effettuare una revisione della valutazione del rischio ed effettuare una **disinfezione dell'impianto.**	**Tra 101 e 1000**
In assenza di casi: - Se meno del 20% 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 (paragrafo 5). Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive.	
- Se oltre il 20% dei campioni prelevati risultano positivi, è necessaria la **disinfezione dell'impianto** e deve essere effettuata una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi. Si raccomanda un'aumentata sorveglianza clinica, in particolare per i pazienti a rischio (immunodepressi). Evitare l'uso dell'acqua dell'impianto idrico per docce o abluzioni che possono provocare la formazione di aerosol. **In presenza di casi:** Indipendentemente dal numero di campioni positivi, effettuare una **disinfezione dell'impianto** e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato dopo la disinfezione, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.	**Tra 1001 e 10000**
Sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una **disinfezione (sostituendo i terminali positivi)** e a una revisione della valutazione del rischio. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.	**Superiore a 10000**

3. MODALITÀ DI INDAGINE

Per la scelta delle tipologie di campionamento da effettuare, dei punti di campionamento, nonché delle modalità di prelievo ed analisi, si è fatto riferimento agli allegati richiamati nelle "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" e alle indicazioni fornite dall'organizzazione.

Le aree oggetto di campionamento sono state le seguenti:

Punto di prelievo	Ambiente/Stanza
Rubinetto	Rubinetto Terzo piano - Stanza 3.21 Fisioterapia Elettromedicale
Rubinetto	Rubinetto Terzo Piano - Stanza 3.37 Bagno personale
Rubinetto	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.41 Bagno
Rubinetto	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.04 Bagno
Rubinetto	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.08 bagno attrezzato
Rubinetto	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.18 Bagno del personale
Rubinetto	Rubinetto Primo piano - Stanza 1.39 Bagno del personale
Rubinetto	Rubinetto Piano terra - Stanza R.37 Bibliobar
Rubinetto	Rubinetto Piano Terra - Stanza R 06 Bagno
Rubinetto	Rubinetto Piano Terra - Stanza R.19 Bagno
Rubinetto	Rubinetto Seminterrato - Stanza S4 Bagno

I rilievi sono stati effettuati nei punti più significativi, scelti congiuntamente con i referenti dell'**Istituto Leonarda Vaccari.**

4. CAMPIONAMENTO

Sono state prelevate le seguenti tipologie di campioni:

- Campioni di **acqua idrica** sanitaria, al fine di prelevare campioni significativi lungo il percorso dell'acqua nell'impianto idrico;
- Campioni di aria ambiente.

4.1. PRELIEVO DELL'ACQUA

Per il campionamento dell'acqua sono stati utilizzati contenitori in vetro scuro della capacità di 1 litro, precedentemente sterilizzati in autoclave ad una temperatura di 121°C ed additivati con sodio tiosolfato ad una concentrazione finale di 0,01%.

I prelievi sono stati effettuati secondo le modalità di seguito descritte:

- Scorrimento dell'acqua
- Prelievo del campione.

4.2. ANALISI DELL'ARIA

I **campioni di aria** sono stati prelevati utilizzato un campionatore marca PBI modello SAS SUPER IAQ, che consente il passaggio di un volume d'aria pari a 100 litri al minuto su delle piastre contenenti i terreni di crescita.

Sono state utilizzate capsule di Petri contenenti terreno selettivo del tipo Legionella Agar (GVPC) della Liofilchem S.r.l..

5. ANALISI

L'analisi dei campioni di acqua è stata effettuata mediante filtrazione su membrane aventi porosità di 0,2 µm. Le membrane sono state quindi risospese in 10 ml della stessa acqua.

Una parte di questa sospensione corrispondente a 5 ml è stata tenuta a 50°C per 30 minuti. Infine sono stati utilizzati 0,1 ml sia della sospensione trattata al calore che di quella non trattata per effettuare la semina sul terreno selettivo per Legionella - CYM agar base contenente il supplemento nutritivo BCYE growth ed il supplemento selettivo GVPC.

L'analisi dei campioni di aria non ha richiesto ulteriori azioni preparative dei campioni stessi.

Le piastre sono state incubate a 37°C in stufa con 2,5% di CO_2 ed esaminate quotidianamente per 10 giorni.

6. RISULTATI

Tutti i campionamenti effettuati sono riassunti nella tabella seguente:

Prova	Punto campionato	Protocollo	Metodo	Risultato	Incertezza di misura estesa	Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 07.05.2015	Unità di misura
Legionella spp	Rubinetto Terzo piano - Stanza 3.21 Fisioterapia Elettromedicale	**24F00156**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Terzo Piano - Stanza 3.37 Bagno personale	**24F00157**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.41 Bagno	**24F00158**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.04 Bagno	**24F00159**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.08 bagno attrezzato	**24F00160**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.18 Bagno del personale	**24F00161**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Primo piano - Stanza 1.39 Bagno del personale	**24F00162**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Piano terra - Stanza R.37 Bibliobar	**24F00163**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Piano Terra - Stanza R 06 Bagno	**24F00164**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l

Prova	Punto campionato	Protocollo	Metodo	Risultato	Incertezza di misura estesa	Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 07.05.2015	Unità di misura
Legionella spp	Rubinetto Piano Terra - Stanza R.19 Bagno	**24F00165**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l
Legionella spp	Rubinetto Seminterrato - Stanza S4 Bagno	**24F00166**	UNI EN ISO 11731:2017	<50	/	<100	UFC/1l

7. CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati ottenuti per tutti i prelievi effettuati si evince che, al momento del prelievo, in nessun punto è stata riscontrata la presenza di Legionella.

Per il mantenimento di questa condizione ottimale si consiglia pertanto di evitare e/o ridurre al minimo i fattori di rischio riconosciuti nell'ambito delle "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" approvate in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 maggio 2015.
In particolare, per quanto riguarda le misure di prevenzione afferenti al sistema idrico si indica di attuare le buone pratiche di manutenzione attraverso:

- decalcificazione degli elementi meno usurati mediante immersione in soluzione acida (acido sulfamico, acido acetico, ecc.) e successiva disinfezione, per un tempo non inferiore a 30 min, in acqua fredda contenente almeno 50 mg/L di cloro libero;
- sostituzione di giunti, filtri ai rubinetti, soffioni e tubi flessibili usurati alle docce, nonché di ogni altro elemento di discontinuità.

Si suggerisce inoltre di dare attuazione al programma di controllo finalizzato a rimuovere le cause di formazione rischio legionellosi, quali:

- presenza di fonti di nutrimento (biofilm, alghe, calcare, ruggine o altro materiale organico);
- presenza di tubature con flusso di acqua minimo o assente (punti di rallentamento del flusso fondi ciechi o linee non utilizzate) – in particolare ad esempio effettuando una maggiore turnazione delle aree d'uso così da evitare zone di ristagno delle acque in alcune sezioni dei fabbricati;
- utilizzo di gomma e fibre naturali per guarnizioni e dispositivi di tenuta;
- verificare periodicamente le temperature di esercizio dell'impianto idrico sanitario così da garantire la temperatura di distribuzione dell'acqua al di sopra di 50°C (negli impianti con rete di ricircolo la temperatura dell'acqua calda sanitaria deve essere mantenuta ad una temperatura superiore ai 60°C nei serbatoi di accumulo e non deve scendere sotto i 50°C alla base di ciascuna colonna di ricircolo). Si raccomanda in ogni caso di evitare temperature comprese tra i 20 e 50°C ove è maggiore il rischio proliferazione rischio legionellosi.

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00166

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 51,6°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Seminterrato - Stanza S4 Bagno c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00166

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.
LOQ = Limite di quantificazione
Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.
L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.
Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale
Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.
Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.
La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.
Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura
Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00165

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 33,5°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Piano Terra - Stanza R.19 Bagno c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

ACCREDIA L'ENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00165

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto

LOQ = Limite di quantificazione

Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.

L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.

Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale

Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.

Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.

La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura

Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI®

ACCREDIA
L'ENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO
LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00164

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 43,6°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Piano Terra - Stanza R 06 Bagno c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00164

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.

LOQ = Limite di quantificazione

Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.

L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.

Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale

Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.

Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.

La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura

Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00163

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 52,7°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Piano terra - Stanza R.37 Bibliobar c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00163

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto

LOQ = Limite di quantificazione

Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.

L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.

Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale

Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.

Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.

La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura

Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00162

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 17,8°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Primo piano - Stanza 1.39 Bagno del personale c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00162

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.
LOQ = Limite di quantificazione
Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.
L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.
Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale
Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.
Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.
La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.
Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura
Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00161

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 36,9°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.18 Bagno del personale c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00161

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.

LOQ = Limite di quantificazione

Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.

L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.

Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale

Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.

Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.

La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura

Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00160

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 48,1°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.08 bagno attrerzzato c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00160

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.

LOQ = Limite di quantificazione

Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.

L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.

Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale

Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.

Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.

La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura

Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00159

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 37,9°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.04 Bagno c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00159

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.

LOQ = Limite di quantificazione

Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.

L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.

Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale

Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.

Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.

La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura

Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00158

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 46,8°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Secondo Piano - Stanza 2.41 Bagno c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00158

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.

LOQ = Limite di quantificazione

Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.

L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.

Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale

Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.

Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.

La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura

Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00157

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 50,1°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Terzo Piano - Stanza 3.37 Bagno personale c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
Data di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00157

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.
LOQ = Limite di quantificazione
Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.
L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.
Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale
Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.
Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.
La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.
Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura
Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00156

Emissione rapporto: 17/06/2024

Descrizione del campione:	Acqua destinata al consumo umano prelevata a T 41°C ($)
Punto di prelievo:	Rubinetto Terzo piano - Stanza 3.21 Fisioterapia Elettromedicale c/o la Vs. sede di Viale Angelico, 22 - Roma ($)
Campionato da:	Da tecnici gruppo maurizi
Metodo di campionamento:	UNI EN ISO 19458:2006
ta di campionamento:	04/06/2024
Accettazione:	04/06/2024
Data inizio analisi:	04/06/2024
Data fine analisi:	17/06/2024

RISULTATO DELLE PROVE

PROVA	METODO	RISULTATO	LIMITI	LOQ	U.M.	Prova eseguita dal Laboratorio
Legionella pneumophila, Legionella spp (@ B)	UNI EN ISO 11731:2017	<50	< 100 (D33)	/	UFC/l	Sede RM

Sede RM: Prova eseguita presso Gruppo Maurizi, Roma, Via Pellaro 22

GIUDIZIO DI CONFORMITA': I risultati analitici risultano conformi ai riferimenti indicati

RIFERIMENTI LIMITI:
D33 Valori guida secondo le linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi 79/CSR del 7 Maggio 2015

Segue...

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017

GRUPPO MAURIZI®

LAB N° 1004 L

Spett.le
Istituto Leonarda Vaccari
Viale Angelico, 22
00195 Roma

RAPPORTO DI PROVA N° 24F00156

Emissione rapporto: 17/06/2024

NOTE:

(@ B): Matrice B: UNI EN ISO 11731:2017, Allegato J: matrice B; Procedura 8,9,10; Terreni di coltura A (BCYE) e C (GVPC)

($): Informazioni fornite dal cliente. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.

Il campionamento si intende accreditato solo se associato ad una successiva prova accreditata secondo la norma ISO/IEC 17025.

I risultati contenuti nel presente rapporto di prova si riferiscono esclusivamente al campione oggetto di analisi. In caso di campionamento da cliente il risultato si riferisce al campione così come ricevuto.
LOQ = Limite di quantificazione
Rapporto valido a tutti gli effetti di legge. Lo stesso non può essere riprodotto parzialmente, salvo approvazione scritta del laboratorio di prova.
L' incertezza di misura,calcolata con approccio metrologico, è espressa ad un livello di probabilità p= 95% e fattore di copertura k=2. Per le prove microbiologiche su alimenti, cosmetici, tamponi di superficie e aria, in accordo con la ISO 19036:2019, si considera lo scarto tipo di riproducibilità quale incertezza composta; per le prove microbiologiche sulle acque l'incertezza è calcolata in accordo con la ISO 29201:2012.
Se non diversamente specificato, quando applicabile, il recupero è all'interno dell'intervallo di accettabilità previsto per il metodo impiegato e pertanto non considerato per l'espressione del valore finale
Le prove microbiologiche quantitative sono eseguite in singola replica in conformità con la ISO 7218:2007/Amd 1:2013.
Se il campionamento è effettuato da cliente, il laboratorio declina ogni responsabilità per le modalità di campionamento.
La descrizione del Campione è stata fornita dal cliente o è stata concordata con il cliente al momento del campionamento. Il laboratorio declina ogni responsabilità per le informazioni ricevute.
Il giudizio si basa sui parametri analizzati e si basano sul confronto del risultato con il valore guida/limite di riferimento al netto dell'incertezza di misura
Laboratorio iscritto al numero 38 nell'elenco regionale dei laboratori che effettuano analisi ai fini dell'autocontrollo per le imprese alimentari DGRL G05753 del 04.05.2017.

Il Responsabile del Reparto di Microbiologia
Dott.ssa Martina Ferrone

Il Direttore Tecnico
Dott.ssa Daniela Maurizi

Rapporto di prova firmato digitalmente

FINE RAPPORTO DI PROVA

GRUPPO MAURIZI srl I Via Pellaro, 22 I 00178 Roma I Tel. +39 06 7840919 I Strada Padana Superiore, 18 I 20063 Cernusco sul Naviglio (MI) I Tel. +39 0235953643 I P.I. 06840481003

Iscritto all'Elenco Regionale Laboratori che effettuano analisi ai fine dell'autocontrollo DGRL G05753 del 04.05.2017