

# RSA e RSD

---

mappatura delle  
strategie di gestione  
del rischio  
per una assistenza  
sicura e di qualità

SETTEMBRE 2023

ATS della Città Metropolitana di Milano  
SC Controllo di Gestione, Formazione,  
Qualità e Risk Management

**REPORT**



Sistema Socio Sanitario  
 Regione  
Lombardia  
ATS Milano  
Città Metropolitana

---

Documento redatto da:

*Paola Fusar Imperatore*

*Davide Molteni*

SS Sistema di Gestione della Qualità e Risk Management

*Documento supervisionato da:*

*Susanna Minghetti*

*Sara Amalia Rossetti*

SC Controllo di Gestione, Formazione, Qualità e Risk Management

Si ringraziano della collaborazione gli operatori:

Dipartimento PAAPS

Dipartimento Farmaceutico

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 52 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

---

## Sommario

<b>PREMESSA</b> .....	<b>4</b>
<b>OBIETTIVI</b> .....	<b>7</b>
<b>MATERIALI E METODI</b> .....	<b>9</b>
<b>ANALISI STATISTICA DESCRITTIVA</b> .....	<b>12</b>
• <b>GESTIONE DEL RISCHIO</b> .....	<b>13</b>
• <b>GESTIONE DEL RISCHIO NELLE RSA</b> .....	<b>15</b>
• <b>GESTIONE DEL RISCHIO NELLE RSD</b> .....	<b>46</b>
<b>RISULTATI PER MACROAREE</b> .....	<b>68</b>
• <b>RISCHIO GENERALE</b> .....	<b>69</b>
• <b>RISCHI SPECIFICI</b> .....	<b>70</b>
• <b>QUALITÀ</b> .....	<b>72</b>
• <b>COMUNICAZIONE</b> .....	<b>73</b>
• <b>RISCHIO PANDEMIA</b> .....	<b>73</b>
<b>AMBITI DI MIGLIORAMENTO PER MACROAREE</b> .....	<b>74</b>
• <b>RISCHIO GENERALE</b> .....	<b>75</b>
• <b>RISCHI SPECIFICI</b> .....	<b>76</b>
• <b>QUALITÀ</b> .....	<b>80</b>
• <b>COMUNICAZIONE</b> .....	<b>81</b>
• <b>RISCHIO PANDEMIA</b> .....	<b>82</b>
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>85</b>

---

## PREMESSA



---

Il concetto di "rischio" è definito come "l'effetto dell'incertezza in relazione agli obiettivi" (ISO 31000:2018)<sup>1</sup>.

La gestione del rischio rappresenta quindi un processo graduale, continuo e proattivo, che si avvale di una serie di strategie il cui obiettivo è stimare e misurare il rischio per prevenire i potenziali errori e gli eventuali effetti dannosi derivanti da eventi imprevisi. Questo processo è cruciale per garantire la sicurezza dei pazienti e dei professionisti operanti all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Ogni anno il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del rischio di Regione Lombardia sviluppa le Linee Operative Regionali con indicazioni riguardanti le attività di Risk Management, volte a garantire la sicurezza del paziente e delle cure nelle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche. Le Linee Operative indicano le azioni da intraprendere a livello territoriale da parte di ATS, ASST, IRCCS, avvalendosi di dati quali l'andamento del contenzioso legale, gli eventi sentinella e i *near miss*.

Per l'anno 2023, le Linee Operative Regionali includono l'area tematica del rischio in ambito territoriale e sociosanitario e prevedono il coinvolgimento del Risk Management delle ATS, al fine di **analizzare le misure di gestione del rischio** adottate **nelle Unità d'Offerta (UdO) sociosanitarie** del territorio di propria competenza.

In questo contesto, nella ATS della Città Metropolitana di Milano (di seguito ATS) si è deciso di realizzare un'indagine rivolta alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e alle Residenze Sanitarie Assistenziali per persone Disabili (RSD), intesa come punto di partenza conoscitivo rispetto all'approccio ai rischi e alle eventuali strategie già messe in atto per governarli.

Le **RSA**, così come definite dalla legge 67/88<sup>2</sup>, dal DM 321/89<sup>3</sup> e dal DPCM 22.12.89<sup>4</sup>, sono strutture a carattere non ospedaliero destinate ad accogliere soggetti non autosufficienti e anziani non assistibili a domicilio, che richiedano trattamenti continui e che abbiano quindi bisogno di accudimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero sociale e funzionale. Queste strutture si rivolgono a un'utenza costituita prevalentemente da persone recentemente dimesse dall'ospedale, dopo una fase acuta e/o a seguito della riacutizzazione di una malattia. Alcune RSA dispongono di un "Nucleo Alzheimer"<sup>5</sup>: un'area specializzata, destinata ad accogliere persone affette da turbe comportamentali inconciliabili con l'ambiente di vita.



Sul territorio dell'ATS della Città Metropolitana di Milano i posti letto ordinari, abilitati all'esercizio nelle RSA sono circa 19.000, all'interno di 168 strutture, di questi i posti letto accreditati per il nucleo Alzheimer sono circa 1.600, all'interno di 55 RSA (pari al 33% del totale).

La legge regionale n.33/2009<sup>6</sup>, "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e s.m.i. definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione per l'erogazione delle attività sanitarie e sociosanitarie sul territorio di Regione Lombardia. A livello autorizzativo le RSA devono pertanto rispondere a requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi.

L'accreditamento è concesso da Regione Lombardia a seguito del controllo della rispondenza alla programmazione sanitaria regionale e ai requisiti qualitativi accertati dalla ATS territorialmente competente, in qualità di ente regolatore. Solo a seguito dell'accreditamento la struttura può richiedere la contrattualizzazione, con cui si regolamentano i rapporti tra il soggetto erogatore e Regione Lombardia, al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a carico del Sistema Sanitario Regionale (SSR).

Le **RSD** sono strutture residenziali a carattere socio-sanitario e socio-assistenziale che accolgono persone dai 18 ai 65 anni, in gravi condizioni di disabilità intellettiva, fisica, psichica e sensoriale, che necessitano di supporto per prestazioni ad alta intensità di tipo assistenziale, riabilitativo e sanitario, in via temporanea o permanente. Queste strutture, istituite con la DGR 7 aprile 2003, n. 7/12620<sup>7</sup>, offrono anche riabilitazione, programmi individualizzati e prestazioni ad elevato grado di integrazione sanitaria.

Sul territorio di competenza dell'ATS della Città Metropolitana di Milano i posti letto ordinari, abilitati all'esercizio nelle RSD sono circa 1028, all'interno di 29 strutture.

---

## OBIETTIVI





Il progetto "RSA e RSD: mappatura delle strategie di gestione del rischio per una assistenza sicura e di qualità" è un'iniziativa inserita nel Piano Annuale di Risk Management 2023 della ATS della Città Metropolitana di Milano, redatto dalla SC Controllo di Gestione, Formazione, Qualità e Risk Management di ATS e approvato con deliberazione n. 401/2023.

Il progetto prevede le seguenti fasi:

- *Mappatura del livello di gestione del rischio e della qualità presente nelle RSA e RSD.*  
È fondamentale per comprendere appieno la situazione attuale all'interno delle residenze sociosanitarie per anziani e disabili. Solo attraverso una valutazione accurata è possibile identificare i punti di forza e le criticità nelle pratiche di gestione del rischio e della qualità.

Questa mappatura, effettuata tramite la somministrazione di un questionario, può servire come punto di partenza per qualsiasi futura azione di miglioramento.

- *Restituzione degli esiti aggregati della mappatura, come riferimento sul quale potersi confrontare (report).*

La diffusione di questo report è un passo chiave per coinvolgere attivamente le strutture nella promozione di una cultura della sicurezza e della qualità.

Fornendo un quadro chiaro dello stato attuale, le strutture avranno un riferimento concreto su cui basare le azioni di miglioramento.

- *Identificazione delle aree suscettibili di miglioramento sulle quali intervenire con eventuali progetti specifici.*

All'interno del report sono suggerite alcune aree di miglioramento su cui RSA e RSD possono concentrare gli sforzi per migliorare la loro gestione del rischio.

In una fase successiva, sulla base della lettura critica dei risultati, delle linee di indirizzo regionali e dell'analisi del contesto, ATS potrà promuovere strategie comuni, da attuare in modo coordinato, per favorire una gestione del rischio e della qualità sempre più avanzata.

Le strategie potranno prevedere tavoli di lavoro, diffusione di informazioni e organizzazione di incontri informativi/formativi, con l'intento di promuovere la collaborazione tra le strutture in rete.

---

## MATERIALI E METODI





Allo scopo di ottemperare alle indicazioni contenute nelle Linee Operative Regionali di Risk Management, la SC Controllo di Gestione, Formazione, Qualità e Risk Management ha elaborato, in collaborazione con il Dipartimento PAAPSS e il Dipartimento Farmaceutico, un questionario dal titolo: "Mappatura delle strategie di gestione del rischio per una assistenza sicura e di qualità". Il questionario è composto da 39 domande divise in 6 macroaree tematiche:

- organizzazione;
- rischio generale;
- rischi specifici;
- qualità;
- comunicazione;
- rischio pandemia.

Il questionario è stato caricato nell'applicativo Microsoft Forms e reso accessibile tramite un link, inviato via e-mail, alle strutture socio-sanitarie che afferiscono al territorio di ATS: 168 RSA e 29 RSD, identificabili dal codice numerico univoco (Cudes).

In data 3 maggio 2023 è stata trasmessa una prima e-mail di invito alla compilazione del questionario, indirizzata ai Risk Manager/Direttori Sanitari/Coordinatori delle strutture, con scadenza al 31 maggio 2023.

A seguito delle richieste pervenute dai Responsabili di alcune RSA e RSD, in data 9 maggio è stata inoltrata una e-mail con una preview che riportava le domande del questionario.

A questa sono seguite altre due e-mail di recall: la prima, del 29 maggio 2023, riportava il termine di compilazione al 31 maggio 2023; la seconda, del 5 giugno 2023, indicava una nuova scadenza al 16 giugno 2023.

Dopo la chiusura dei termini di compilazione del questionario, i dati raccolti sono stati inseriti in un foglio Microsoft Excel e organizzati in un dataset; è seguita una prima operazione osservativa per ricercare eventuali errori (*data inspection*) e la pulizia, formattazione e normalizzazione dei dati (*data cleaning*).

Considerato che RSA e RSD si rivolgono a popolazioni fragili, con età, condizioni cliniche e bisogni di assistenza e prestazioni differenti, si è reso necessario effettuare un'analisi statistica descrittiva diversificata per tipologia di struttura erogativa.

Tale analisi ha inoltre previsto l'aggregazione e la stratificazione dei dati per numero di posti letto.

---

L'analisi dei dati raccolti ha facilitato l'individuazione delle aree di rischio suscettibili di miglioramento, che potranno essere oggetto di specifiche azioni di intervento, proposte a integrazione di progetti futuri.

È importante evidenziare che alcune informazioni specifiche, come la descrizione delle tipologie di eventi avversi verificatisi nelle strutture, non sono state incluse nella rilevazione in questa fase. Allo stesso modo, non sono state prese in considerazione variabili aggiuntive, come gli indici di performance del servizio (ad esempio, il tasso di occupazione dei posti letto), poiché verranno affrontate in futuri studi, più approfonditi.

Per ottenere una comprensione più completa dell'efficacia dei sistemi di gestione del rischio, sarebbe opportuno raccogliere dati anche sugli esiti; ad esempio, il numero di cadute, le conseguenze di queste cadute, le richieste risarcitorie avanzate dai familiari dei pazienti, e altri dati relativi agli attuali flussi operativi delle strutture.

La letteratura esistente sulla gestione del rischio nelle residenze sanitarie per anziani e disabili è prevalentemente basata su studi condotti in paesi stranieri, con poche rappresentazioni della realtà nazionale e regionale italiana. Potrebbero quindi esserci differenze significative nelle pratiche e nelle sfide affrontate dalle RSA e RSD in Italia ed essere necessarie ulteriori ricerche e indagini locali, che consentano di adattare le migliori pratiche internazionali alla situazione italiana.

Il report ha lo scopo di fornire una panoramica generale sulla gestione del rischio e della qualità nelle UdO sociosanitarie.

I dati descrivono le risposte del sondaggio stesso e non costituiscono fonte di informazione per l'attività di controllo o rendicontazione da parte dell'Agenzia.

---

## ANALISI STATISTICA DESCRITTIVA



- **GESTIONE DEL RISCHIO**

Al termine del periodo preposto alla compilazione del questionario sono pervenute 189 risposte su 197 strutture totali invitate (circa il 96%), così ripartite: 27 RSD e 162 RSA.

	RISPONDENTI		INVITATI	
	N.	%	N.	%
<b>RSD</b>	27	14,2	29	14,7
<b>RSA</b>	162	85,8	168	85,3
<b>TOTALE</b>	<b>189</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

Tabella 1. Sintesi rispondenti/invitati RSA e RSD

Sulla base della distribuzione dei dati, le RSA sono state suddivise in quattro categorie: small, medium, medium-large e large.

(per quanto riguarda quelle di grandi dimensioni, LARGE, il numero di posti letto >120 è compreso tra 121 e 599):

Suddivisione RSA	N. strutture	%	N. posti letto corrispondenti
<b>Strutture di piccole dimensioni: SMALL (da 10 a 69)</b>	39	24	2068
<b>Strutture di medie dimensioni: MEDIUM (da 70 A 99)</b>	39	24	3168
<b>Strutture di medio-grande dimensioni: MEDIUM-LARGE (da 100 a 120)</b>	44	27	4932
<b>Strutture di grandi dimensioni: LARGE (da 121 a 599)</b>	40	25	8446
<b>Totale</b>	<b>162</b>	<b>100</b>	<b>18614</b>

Tabella 2. Tipologie di RSA, suddivise per numero di posti letto

Poiché le RSD del territorio di ATS sono meno numerose delle RSA, sono state classificate in due categorie: small e large.

Quelle indicate come di grandi dimensioni (LARGE) hanno un numero di posti letto incluso tra 40 e 72 posti letto:

<b>Suddivisione RSD</b>	<b>N. strutture</b>	<b>%</b>	<b>N. posti letto corrispondenti</b>
<b>Strutture di piccole dimensioni: SMALL (da 10 a 39)</b>	13	48	295
<b>Strutture di grandi dimensioni: LARGE (da 40 a 72)</b>	14	52	733
<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>1028</b>

Tabella 3. Tipologie di RSD, suddivise per numero di posti letto

## • GESTIONE DEL RISCHIO NELLE RSA

*L'analisi che segue riporta i dati raccolti in esito a ciascun quesito, con valori arrotondati all'unità. Di seguito sono state inserite le domande del questionario che raccoglievano informazioni sulla gestione del rischio nelle RSA/RSD, escluse quelle che richiedevano dati per identificare queste strutture.*

### RISCHIO GENERALE

#### **Domanda n. 6. È stata identificata una figura/referente che svolge funzioni di Risk Management all'interno della struttura?**

*La legge 8 marzo 2017, n. 24<sup>8</sup> e il decreto 19 dicembre 2022 del Ministero della Salute<sup>9</sup> prevedono l'adozione di procedure per la prevenzione dei rischi che possono incidere sulla qualità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle strutture socio-sanitarie pubbliche e private. Una figura dedicata/risk manager consente di apportare i correttivi alle criticità osservate e di migliorare la sicurezza delle cure nella pratica clinico-assistenziale con il paziente.*

Il Risk Manager o figura dedicata è presente in 78 RSA (48%) su 162, nello specifico:

- nel 41% (16) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 49% (19) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 45% (20) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 58% (23) delle RSA di grandi dimensioni.

	Risk Manager o figura dedicata					
	No		Si		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni: SMALL (da 10 a 69)	23	59	16	41	39	100
Strutture di medie dimensioni: MEDIUM (da 70 a 99)	20	51	19	49	39	100
Strutture di medio-grande dimensioni: MEDIUMLARGE (da 100 a 120)	24	55	20	45	44	100
Strutture di grandi dimensioni: LARGE (>120)	17	42	23	58	40	100
<b>Totale</b>	<b>84</b>	<b>52</b>	<b>78</b>	<b>48</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Tabella 4. Presenza Risk manager o figura dedicata

### Domanda n. 9. La struttura utilizza un sistema di Incident Reporting?

*Il sistema di Incident Reporting è uno strumento che consente la raccolta degli incidenti che si verificano e l'analisi dei rischi conseguenti; permette la definizione delle strategie di monitoraggio e prevenzione, al fine di evitare che un evento che si è già verificato possa ripetersi.*

Il sistema di Incident Reporting è attivo in 111 RSA (69%) su 162, nello specifico:

- nel 69% (27) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 61% (24) delle RSA di medie dimensioni;
- nell'80% (35) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 62% (25) delle RSA di grandi dimensioni.

	Incident Reporting							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)</b>	7	18	5	13	27	69	39	100
<b>Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)</b>	10	26	5	13	24	61	39	100
<b>Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)</b>	5	11	4	9	35	80	44	100
<b>Strutture di grandi dimensioni (&gt;120)</b>	12	30	3	8	25	62	40	100
<b>Totale</b>	34	21	17	10	111	69	162	100

Tabella 5. Presenza sistema di Incident Reporting

## **Domanda n. 10. Quanti eventi sono stati registrati nel 2022 dal Sistema di Incident Reporting?**

*Il sistema di Incident Reporting consente di rilevare e segnalare delle situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e ospiti, a seguito di criticità ed errori. La raccolta e l'analisi degli eventi avversi e dei near miss permette di acquisire dati utili alla mappatura delle aree a maggior rischio e di accrescere il livello di sicurezza dell'organizzazione, così da gestire il rischio clinico e capire quali azioni di miglioramento intraprendere.*

Nel 2022, i Sistemi di Incident Reporting attivi presso 111 RSA hanno registrato i seguenti eventi:

da 1 a 5 eventi in 40 RSA (36%), nello specifico:

- nel 20% (8) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 23% (9) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 34% (15) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 20% (8) delle RSA di grandi dimensioni.

≥ di 6 eventi in 29 RSA (26%), nello specifico:

- nell'8% (3) delle RSA di piccole dimensioni;
- nell'8% (3) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 23% (10) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 32% (13) delle RSA di grandi dimensioni.

**Domanda n. 11. La struttura dispone di una mappatura dei rischi oltre a quelli ricompresi nel DVR?**

**Indicare le tipologie di rischio mappate (ad esempio, tramite un processo di identificazione, stima e trattamento del rischio)**

*Il questionario richiede l'indicazione dell'esistenza di una mappatura per ciascuno dei rischi più frequenti all'interno di queste strutture, per comprendere lo stato di avanzamento nella loro gestione.*

La tabella che segue riporta le "percentuali dei sì" (i rischi sono tracciati), riferite ad ogni singolo rischio, suddivise in base alla dimensione delle RSA. In verde le percentuali più alte per ogni singolo rischio.

<b>RSA</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>MAPPATURA DEI RISCHI</b>	<b>S</b>	<b>M</b>	<b>M_L</b>	<b>L</b>	<b>Totale</b>
<b>Immagine/ reputazione</b>	41	44	61	55	51
<b>Contenzioso legale</b>	49	44	68	62	56
<b>Corruzione</b>	62	82	89	80	78
<b>Economico/ patrimoniale</b>	49	77	84	65	69
<b>Violazione trasparenza</b>	77	77	82	77	78
<b>Protezione dei dati</b>	92	95	93	83	91
<b>Etico comportamentale</b>	82	82	89	73	81
<b>Violenza sugli operatori</b>	38	67	68	80	64
<b>Operativo</b>	74	72	73	60	70
<b>Capitale umano (personale)</b>	85	72	80	65	75
<b>Tecnologico/ strumentale/mezzi</b>	77	79	82	75	78
<b>Approvvigionamenti</b>	69	62	77	68	69
<b>Cybersecurity</b>	46	74	82	58	65
<b>Comunicazione esterna/interna</b>	56	54	70	70	63

Tabella 6. Percentuale di mappatura dei rischi nelle RSA

L'istogramma che segue riporta le percentuali dei rischi mappati, come indicati dal questionario, e consente una lettura più immediata di quanto già descritto nella tabella (le strutture M\_L risultano aver mappato più rischi tra quelli proposti).

Il numero indicato sopra ciascuna colonna rossa si riferisce alla percentuale totale dei sì (i rischi sono tracciati).

## Mappatura dei rischi (non DVR)

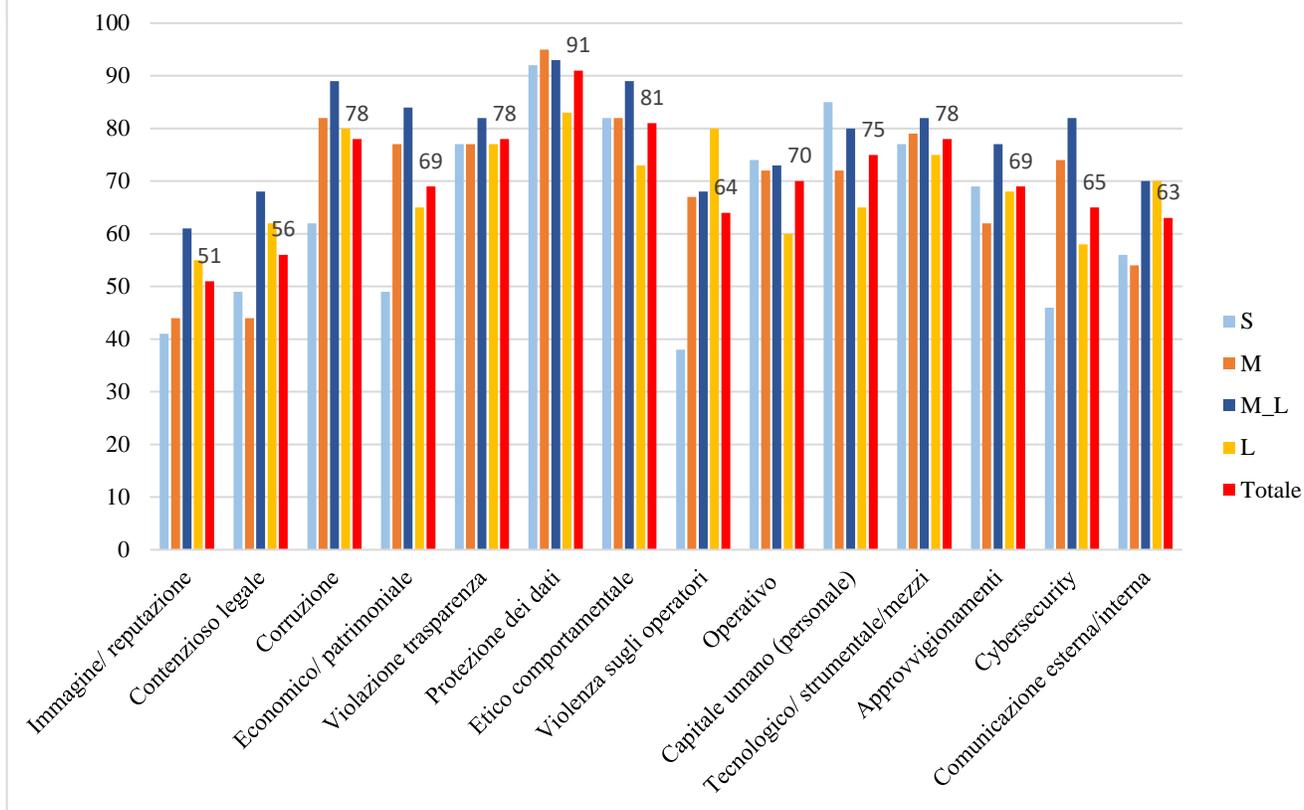


Grafico 1. Mappatura dei rischi nelle RSA

### **Domanda n. 12. Negli ultimi 5 anni sono stati liquidati sinistri nell'ambito dei rischi per responsabilità civile nei confronti di terzi e dei propri operatori, derivanti dall'espletamento delle attività?**

*Conoscere i sinistri liquidati derivanti da rischi per responsabilità civile consente di individuare con precisione la tipologia di rischio per la quale si è resa necessaria un'azione risarcitoria.*

Negli ultimi 5 anni sono stati liquidati sinistri per responsabilità civile in 45 RSA (28%) su 162, nello specifico:

- nel 13% (5) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 23% (9) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 34% (15) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 40% (16) delle RSA di grandi dimensioni.

	Sinistri liquidati					
	No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)	34	87	5	13	39	100
Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)	30	77	9	23	39	100
Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)	29	66	15	34	44	100
Strutture di grandi dimensioni (>120)	24	60	16	40	40	100
<b>Totale</b>	<b>117</b>	<b>72</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Tabella 7. RSA che non hanno liquidato/hanno liquidato sinistri negli ultimi 5 anni

## RISCHI SPECIFICI

**Domanda n. 14. Raccomandazioni Ministeriali: sono state realizzate azioni rispetto alle raccomandazioni in materia di rischio clinico elaborate dal Ministero della Salute? rif. Raccomandazioni del Ministero (sito web: [salute.gov.it](http://salute.gov.it))**

*Le Raccomandazioni ministeriali sono documenti che forniscono indicazioni utili agli operatori sanitari per lo svolgimento delle attività e contribuiscono alla prevenzione degli errori, degli eventi avversi e alla sicurezza del paziente.*

Le Raccomandazioni elaborate dal Ministero della salute in merito al rischio clinico sono applicate in 157 RSA (97%) su 162, nello specifico:

- nel 95% (37) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 95% (37) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 98% (43) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 100% (40) delle RSA di grandi dimensioni.

## Domanda n. 15. Identificare il livello di implementazione delle seguenti raccomandazioni ministeriali

*Le raccomandazioni ministeriali, quando implementate con strategie specifiche, favoriscono la prevenzione e la riduzione degli eventi avversi che possono verificarsi all'interno della struttura.*

*Tra le opzioni di risposta che potevano essere attribuite per indicare la misura di implementazione delle Raccomandazioni:*

- a regime;
- applicabile, in corso di implementazione;
- non implementata;
- non applicabile.

La Raccomandazione N. 1: "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio" è "a regime" in 106 RSA (65%) su 162, nello specifico:

- nel 51% (19) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 70% (26) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 72% (31) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 75% (30) delle RSA di grandi dimensioni.

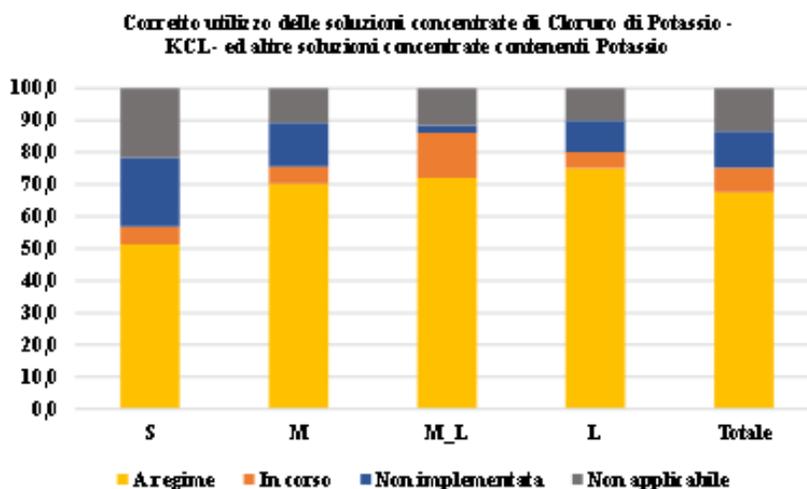


Grafico 2. "1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio", percentuali di risposta RSA

La Raccomandazione N. 4: "Prevenzione del suicidio di paziente" è "a regime" in 59 RSA (36%) su 162, nello specifico:

- nel 19% (7) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 43% (16) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 40% (17) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 47% (19) delle RSA di grandi dimensioni.

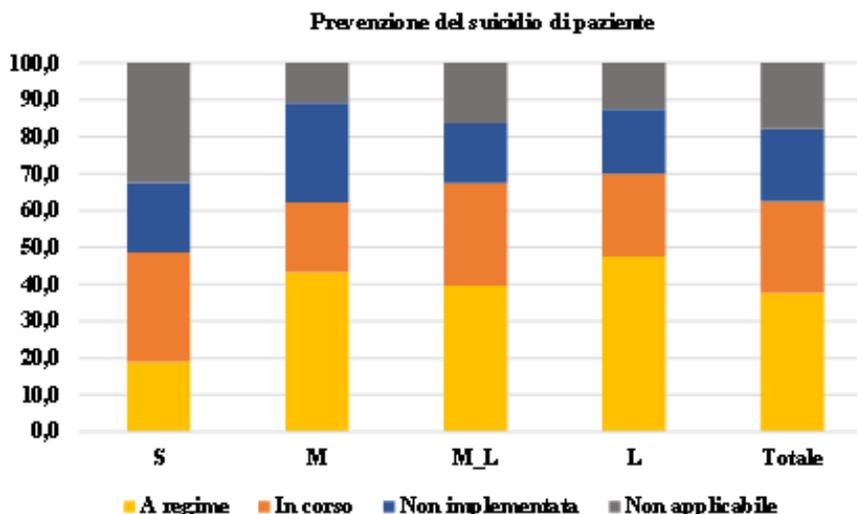


Grafico 3. "4. Prevenzione del suicidio di paziente", percentuali di risposta RSA

La Raccomandazione N. 5: "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" è "a regime" in 75 RSA (46%) su 162, nello specifico:

- nel 32% (12) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 38% (14) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 55% (24) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 63% (25) delle RSA di grandi dimensioni.

43 RSA (27%) su 162 hanno risposto a tale raccomandazione come "non applicabile", nello specifico:

- nel 62% (23) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 54% (20) delle RSA di medie dimensioni.

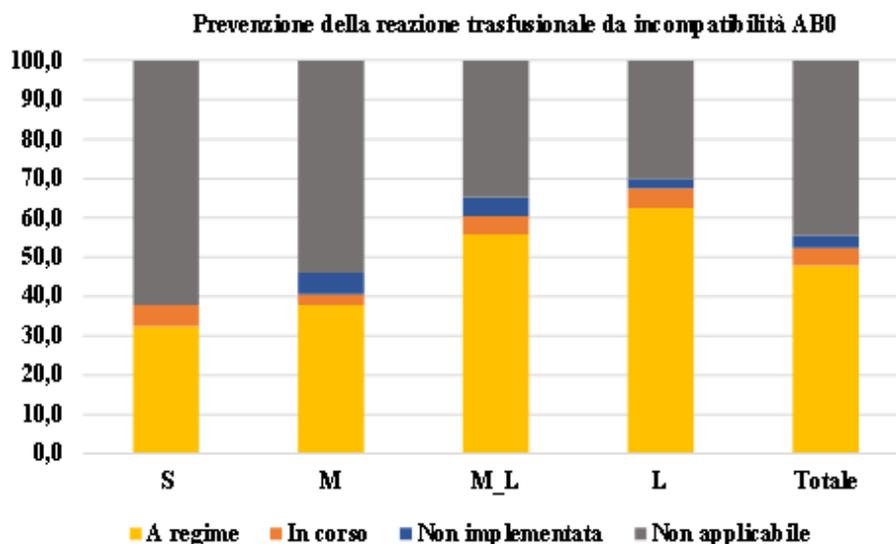


Grafico 4. "5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO", percentuali di risposta RSA

La Raccomandazione N. 7: "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" è "a regime" in 113 RSA (70%) su 162, nello specifico:

- nel 62% (23) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 67% (25) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 76% (33) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 80% (32) delle RSA di grandi dimensioni.

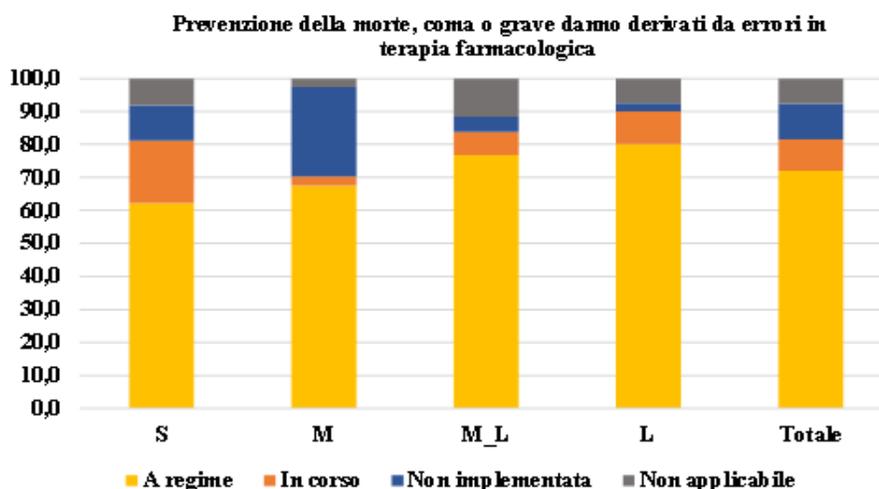


Grafico 5. "7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica", percentuali di risposta RSA

La Raccomandazione N. 8: "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" è "a regime" in 91 RSA (56%) su 162, nello specifico:

- nel 41% (15) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 59% (22) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 60% (26) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 70% (28) delle RSA di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 9: "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" è "a regime" in 130 RSA (80%) su 162, nello specifico: all'80% nelle RSA di piccole e medie dimensioni; all'85% nelle RSA di medio-grande e di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 12: "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-alike/sound-alike" è "a regime" in 108 RSA (67%) su 162, nello specifico:

- nel 70% (26) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 73% (27) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 81% (35) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 75% (20) delle RSA di grandi dimensioni.

10 RSA (36%) di piccole e medie dimensioni su 78 hanno risposto che tale raccomandazione è adottabile, ma non implementata.

La Raccomandazione N. 13: "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" è "a regime" in 150 RSA (93%) su 162, nello specifico:

- nel 95% (35) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 95% (35) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 100% (43) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 93% (37) delle RSA di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 17: "Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica" è "a regime" in 106 RSA (65%) su 162, nello specifico:

- nel 51% (19) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 65% (24) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 79% (34) delle RSA di medio-grande dimensioni;

- nel 72% (29) delle RSA di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 18: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" è "a regime" in 126 RSA (78%) su 162, nello specifico:

- nel 76% (28) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 76% (28) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 86% (37) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 82% (33) delle RSA di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 19: "Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide" è "a regime" in 110 RSA (68%) su 162, nello specifico:

- nel 64% (24) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 70% (26) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 74% (32) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 70% (28) delle RSA di grandi dimensioni.

**Domanda n. 17. All'interno della Struttura sono adottate strategie specifiche (es. procedure, PDTA, ecc.) per la gestione del rischio (identificazione, stima e trattamento del rischio) riferito alle seguenti aree tematiche**

*Mappare la gestione del rischio di queste aree consente di conoscere la visione unitaria della sicurezza dell'organizzazione, tenendo conto del paziente, degli operatori e della struttura*

Per l'area: **"Misure di contenzione"** sono "a regime" strategie specifiche in 152 RSA (94%) su 162, nello specifico:

- nel 97% (38) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 89% (35) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 93% (41) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 95% (38) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area: **"Gestione del dolore acuto e cronico"** sono "a regime" strategie specifiche in 153 RSA (94%) su 162, nello specifico:

- nel 92% (36) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 97% (38) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 93% (41) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 95% (38) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area: **"Prevenzione e gestione lesioni da pressione"** sono "a regime" strategie specifiche in 157 RSA (97%) su 162, nello specifico:

- nel 95% (37) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 97% (38) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 100% (44) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 95% (38) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area: **"Rischio nutrizionale"** sono "a regime" strategie specifiche in 152 RSA (94%) su 162, nello specifico:

- nel 90% (35) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 92% (36) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 97% (43) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 95% (38) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Infezioni correlate all'assistenza" sono "a regime" strategie specifiche in 149 RSA (92%) su 162, nello specifico:

- nel 90% (35) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 95% (37) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 90% (40) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 93% (37) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Antibiotico resistenza" sono "a regime" strategie specifiche in 97 RSA (60%) su 162, nello specifico:

- nel 62% (24) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 46% (18) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 55% (24) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 77% (31) delle RSA di grandi dimensioni.

L'item "Antibiotico resistenza" è stato indicato come "applicabile, non adottate strategie" (non implementata) in 51 RSA (31%) su 162, nello specifico:

- nel 20% (28) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 28% (11) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 18% (8) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 10% (4) delle RSA di grandi dimensioni.

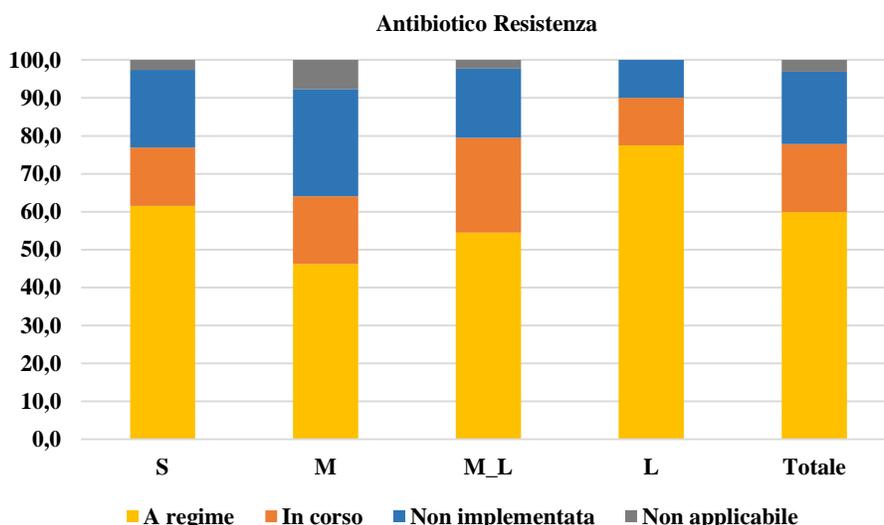


Grafico 6. "Antibiotico resistenza", percentuali di risposta RSA

Per l'area "Lavaggio delle mani" sono "a regime" strategie specifiche in 159 RSA (98%) su 162, nello specifico:

- nel 97% (38) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 100% (39) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 97% (43) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 97% (39) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Accompagnamento al fine vita" sono "a regime" strategie specifiche in 133 RSA (82%) su 162, nello specifico:

- nel 77% (30) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 84% (33) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 77% (34) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 90% (36) delle RSA di grandi dimensioni.

L' "accompagnamento al fine vita" risulta "applicabile, non adottate" (non implementata) strategie in 13 RSA (11%) su 122, nello specifico:

- nel 15% (6) delle RSA di piccole dimensioni;
- nell'8% (3) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 9% (4) delle RSA di medio-grande dimensioni.

Per l'area "Gestione emergenze sanitarie" sono "a regime" strategie specifiche in 159 RSA (98%) su 162, nello specifico:

- nel 97% (38) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 94% (37) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 100% (44) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 100% (40) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Gestione rifiuti" sono "a regime" strategie specifiche in 158 RSA (98%) su 162, nello specifico:

- nel 97% (37) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 97% (38) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 100% (44) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 97% (39) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Gas medicali" sono "a regime" strategie specifiche in 136 RSA (84%) su 162, nello specifico:

- nel 74% (29) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 90% (35) delle RSA di medie dimensioni;
- nell'81% (36) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 90% (36) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Gestione farmaci (stupefacenti e non)" sono "a regime" strategie specifiche in 158 RSA (98%) su 162, nello specifico:

- nel 94% (37) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 97% (38) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 97% (43) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 100% (40) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Reazioni avverse (Adverse Drug Reaction – ADR)" sono "a regime" strategie specifiche in 127 RSA (78%) su 162, nello specifico:

- nel 72% (28) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 77% (30) delle RSA di medie dimensioni;
- nell'82% (36) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nell'82% (33) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Gestione frigoriferi per farmaci" sono "a regime" strategie specifiche in 152 RSA (94%) su 162, nello specifico:

- nel 92% (36) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 90% (35) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 96% (42) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 97% (39) delle RSA di grandi dimensioni.

Per l'area "Allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare la sicurezza e l'aderenza terapeutica" sono "a regime" strategie specifiche in 64 RSA (40%) su 162, nello specifico:

- nel 26% (10) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 36% (14) delle RSA di medie dimensioni;

- nel 43% (19) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 53% (21) delle RSA di grandi dimensioni.

L' "allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare la sicurezza e l'aderenza terapeutica" risulta "non applicabile" in 51 RSA (31%) su 162, nello specifico:

- nel 15% (38) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 11% (28) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 17% (39) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nell'8% (20) delle RSA di grandi dimensioni.

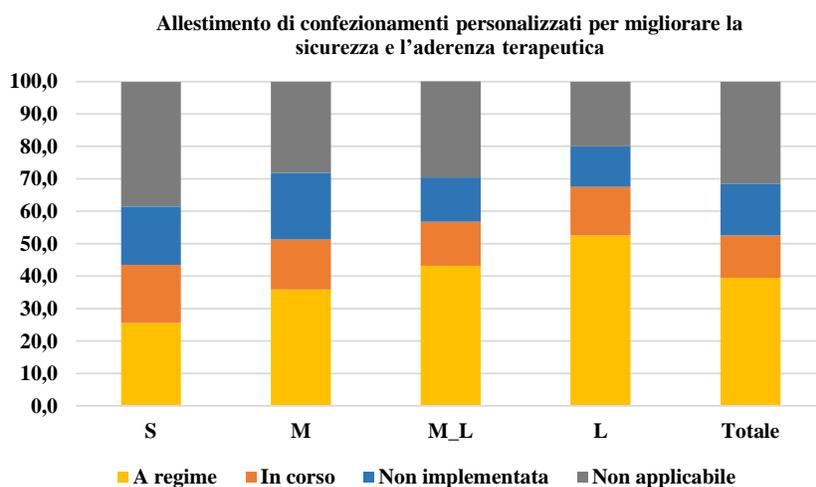


Grafico 7. "Allestitimento di confezionamenti personalizzati per migliorare la sicurezza e l'aderenza terapeutica" percentuali di risposta RSA

Per l'area "Utilizzo benzodiazepine" sono "a regime" strategie specifiche in 87 RSA (54%) su 162, nello specifico:

- nel 31% (12) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 51% (20) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 57% (25) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 75% (30) delle RSA di grandi dimensioni.

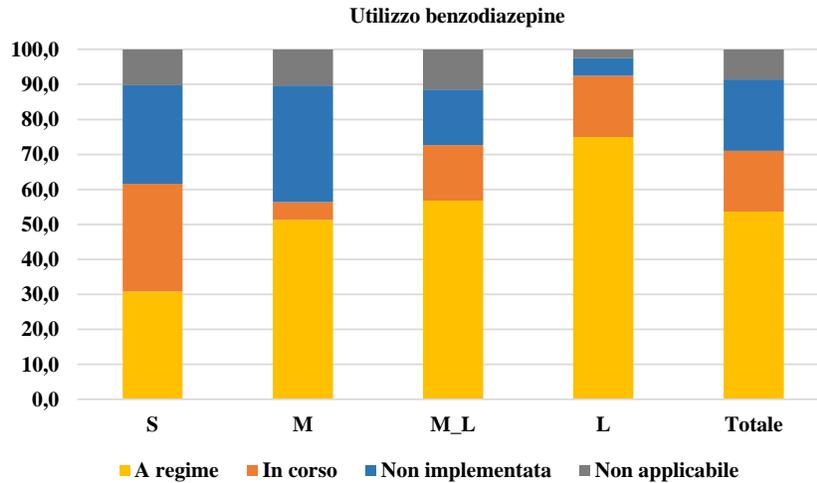


Grafico 8. "Utilizzo benzodiazepine", percentuali di risposta RSA

Per l'area **"Consumo di antibiotici"** sono "a regime" strategie specifiche in 76 RSA (47%) su 162, nello specifico:

- nel 36% (14) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 38% (15) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 48% (21) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 65% (26) delle RSA di grandi dimensioni.

Il "consumo di antibiotici" risulta "applicabile, non adottate strategie" (non implementata) in 35 RSA (22%) su 162, nello specifico:

- nel 26% (10) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 26% (10) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 20% (9) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 15% (6) delle RSA di grandi dimensioni.

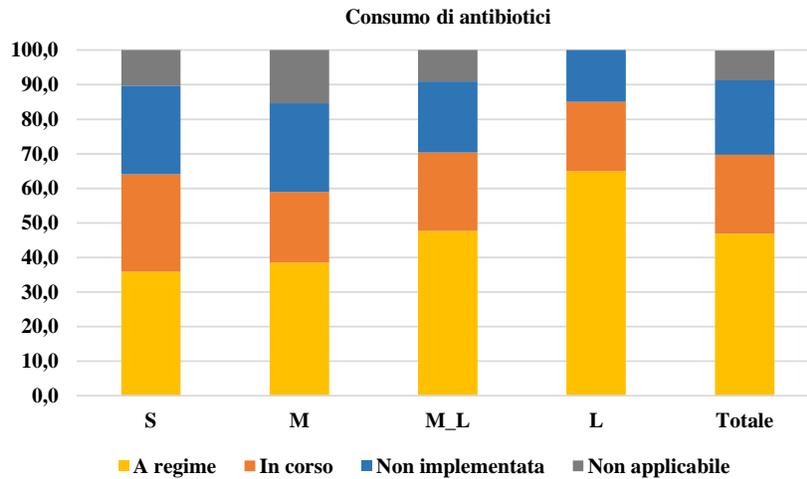


Grafico 9. "Consumo di antibiotici", percentuali di risposta RSA

**Domanda n. 18. La vostra struttura ha adottato un piano di business continuity (eventi imprevisti di natura clinica, organizzativa e tecnologica)?**

*Il piano di business continuity è un documento operativo che descrive le attività e serve a garantire la gestione di eventi critici, indispensabile al ripristino delle attività dell'organizzazione. Contribuisce ad accrescere i sistemi di prevenzione, alla base dei sistemi di gestione del rischio.*

Il piano di business continuity è stato adottato in 88 RSA (54%) su 162, nello specifico:

- nel 54% (21) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 51% (20) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 66% (29) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 45% (18) delle RSA di grandi dimensioni.

## QUALITÀ

### **Domanda n. 20. In struttura è stato implementato un sistema di gestione per la qualità? (ad esempio secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015)**

*L'adozione di un Sistema di Gestione per la qualità consente di ottimizzare l'utilizzo di risorse, di migliorare l'efficienza dei processi e costi, a fronte di standard di qualità, e di chiarire ruoli, compiti e gerarchie.*

Il sistema di gestione della qualità è stato implementato in 74 RSA (46%) su 162, nello specifico:

- nel 51% (20) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 36% (14) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 45% (20) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 50% (20) delle RSA di grandi dimensioni.

### **Domanda n. 21. Sono condotti audit interni periodici per verificare le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) e assistenziali (es. alimentazione, igiene personale) della struttura?**

*L'audit può contribuire a identificare e analizzare le attività e gli eventuali eventi avversi, di conseguenza può consentire di mettere in atto delle azioni di miglioramento.*

Gli audit interni periodici preposti alla verifica delle prestazioni sanitarie e assistenziali sono condotti in 130 RSA (80%) su 162, nello specifico:

- nell'80% (31) delle RSA di piccole dimensioni;
- nell'82% (32) delle RSA di medie dimensioni;
- nell'82% (36) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 77% (31) delle RSA di grandi dimensioni.

## **Domanda n. 22. La struttura adotta una procedura per la rilevazione, analisi e risoluzione di criticità o non conformità?**

*L'identificazione, l'analisi e la prevenzione del rischio si deve basare sulla capacità di tutti gli operatori di rilevare e segnalare le criticità o non conformità dei percorsi assistenziali.*

È utilizzata una procedura di rilevazione, analisi e risoluzione di criticità o non conformità in 136 RSA (84%) su 162, nello specifico:

- nell'85% (33) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 90% (35) delle RSA di medie dimensioni;
- nell'84% (37) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 77% (31) delle RSA di grandi dimensioni.

## **Domanda n. 23. In struttura sono presenti programmi per garantire il controllo e il miglioramento continuo della qualità?**

*Implementare programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità permette di riconoscere, dare visibilità, valorizzare le strutture e motivare gli operatori che vi lavorano, così da adottare delle soluzioni finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza dei pazienti.*

Sono presenti programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità in 123 RSA (76%) su 162, nello specifico:

- nel 77% (30) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 64% (25) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 79% (35) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nell'82% (33) delle RSA di grandi dimensioni.

	Programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)	4	10	5	13	30	77	39	100
Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)	4	10	10	26	25	64	39	100
Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)	3	7	6	14	35	79	44	100
Strutture di grandi dimensioni (>120)	3	8	4	10	33	82	40	100
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>123</b>	<b>76</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Tabella 8. Programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità: in corso di implementazione, non attivati (No), attivati (Sì)

**Domanda n. 24. Elencare i programmi in corso di implementazione o attivi in struttura per garantire il controllo e il miglioramento continuo della qualità.**

*Un programma per il controllo e il miglioramento della qualità serve a ridurre i rischi, sostenere l'organizzazione nello svolgere le proprie attività secondo criteri di efficienza, efficacia e contribuisce a far sentire l'operatore parte della missione, visione, obiettivi e valori dell'organizzazione.*

Di seguito alcune delle risposte, accorpate per argomento:

- analisi della soddisfazione (questionari di customer satisfaction) degli ospiti, dei familiari e degli operatori; applicativo Customer relationship Management per gestione reclami/apprezzamenti, registrazione e analisi non conformità e Significant Event Analysis (SEA);
- piani di lavoro, piani di miglioramento periodici (obiettivi di miglioramento); piano della Qualità (annuale), Piano dei Controlli (annuale); sistema per la valutazione degli obiettivi, delle attività e dei risultati dei piani annuali per ciascun settore; programmazione attività di miglioramento per ogni area gestionale su esiti di gestione (registro reclami/apprezzamenti/rischio clinico/segnalazione spontanea eventi avversi), riesame non conformità (con relative azioni correttive), eventi avversi, incident reporting; controlli/autocontrollo di appropriatezza; valutazione appropriatezza delle prestazioni socio

sanitarie attraverso la compilazione autovalutazione checklist; documento riassuntivo delle politiche interne che riporta gli obiettivi da raggiungere per l'anno e gli indicatori che misurano tali obiettivi; gestione delle revisioni/aggiornamento e condivisione della documentazione (procedure, protocolli, istruzioni, modulistica come da Certificazione ISO 9001), ottenimento di certificazioni qualità; monitoraggio su eventi sentinella e quasi eventi;

- audit interni (periodici), esterni (Terza Parte: ente certificatore ISO) e rispetto alle normative regionali DGR 2569 DGR 1765; controlli interni anche verbalizzati dalla direzione; audit di qualità tramite ditte esterne; certificazione ISO 9001 con ente certificatore;
- riunioni trimestrali del gruppo qualità/d'equipe a diversi livelli sulla sicurezza per il personale (annuali); con i parenti; riunioni strutturate di prevenzione abusi;
- check-list del direttore e direttore sanitario; check-list periodiche su specifiche aree tematiche, es. HACCP, igiene, scadenze farmaci e campagne specifiche (igiene, ristorazione, ecc.);
- corsi di formazione specifica e annual refresh in merito a Infezioni correlate all'assistenza, movimentazione paziente, utilizzo gas medicali; umanizzazione delle cure e tecniche di relazione, temi tipici (alimentazione, idratazione, gestione dolore, gestione caldo, ecc.), protocolli sanitari, accompagnamento fine vita); verifica delle ricadute formative/organizzative;
- installazione presso determinati posti letto della RSA di un sistema di intelligenza artificiale per il monitoraggio del benessere dei residenti e dei dipendenti, riduzione delle cadute ed ottimizzazione delle terapie sedative;
- implementazione nuovo modello organizzativo "Primary Nursing", con cui si andrà a personalizzare l'assistenza attraverso la presa in carico mirata dell'ospite avendo sotto controllo tutto il processo assistenziale al fine di abbattere gli eventi avversi e contenendo gli eventi sentinella;
- utilizzo FASAS elettronico (Progetto FASAS Digitale), programmi informatici per la gestione della turnistica, della gestione e richiesta dei farmaci;
- attivazione sperimentale braccialetti «smile» per ospiti che nel corso della degenza sviluppano "wandering";
- progetto "Pet Therapy";
- progetto sulla reminiscenza degli ospiti più lucidi;
- attivazione manutenzione preventiva annuale su controllo dei fissaggi delle sponde di contenzione.

**Domanda n. 25. La struttura ha definito un sistema per la gestione della documentazione (es. procedure, PDTA, checklist, moduli, ecc.)?**

*Il Sistema di gestione della documentazione concorre ad assicurare un'assistenza e una pianificazione delle cure di qualità all'ospite.*

È stato individuato un sistema di gestione della documentazione in 136 RSA (84%) su 162, nello specifico:

- nel 92% (36) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 90% (25) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 93% (41) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nell'85% (34) delle RSA di grandi dimensioni.

	Sistema per la gestione della documentazione							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)	2	5	1	3	36	92	39	100
Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)	4	10	0	0	35	90	39	100
Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)	2	5	1	2	41	93	44	100
Strutture di grandi dimensioni (>120)	2	5	4	10	34	85	40	100
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>146</b>	<b>90</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Tabella 9. Sistema di gestione della documentazione: in corso di implementazione, non attivato (No), attivato (Sì).

## COMUNICAZIONE

### Domanda n. 27. All'interno della struttura è presente la figura del referente della comunicazione?

*Il referente della comunicazione agevola il passaggio di informazioni dal medico all'ospite e/o familiare; questo conferisce il supporto necessario per realizzare una cultura organizzativa che tutela le relazioni.*

Il referente della comunicazione è presente in 130 RSA (80%) su 162, nello specifico:

- nell'85% (33) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 72% (28) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 75% (33) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 90% (36) delle RSA di grandi dimensioni.

	Figura del referente della comunicazione							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)	2	5	4	10	33	85	39	100
Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)	4	10	7	18	28	72	39	100
Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)	1	2	10	23	33	75	44	100
Strutture di grandi dimensioni (>120)	2	5	2	5	36	90	40	100
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>130</b>	<b>80</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Tabella 10. Figura del referente della comunicazione: in corso di implementazione, non presente (No), presente (Sì)

**Domanda n. 28. La struttura ha definito le modalità di comunicazione interna tra operatori? (ad esempio, procedure per lo scambio di consegne o di informazioni cliniche nel contesto dell'emergenza)**

*Stabilire le modalità di comunicazione interna tra operatori consente di migliorare la loro partecipazione all'interno della struttura in termini di motivazione, coinvolgimento e senso di appartenenza.*

Sono state identificate modalità di comunicazione interna tra operatori in 145 RSA (90%) su 162, nello specifico:

- nel 97% (38) nelle RSA di piccole dimensioni;
- nel 87% (34) nelle RSA di medie dimensioni;
- nel 100% (36) nelle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 93% (37) nelle RSA di grandi dimensioni.

**Domanda n. 29. Che modalità sono utilizzate per la comunicazione interna tra i professionisti della struttura? (è possibile selezionare più di una risposta)**

*Sapere quali siano le modalità di comunicazione interna permette di conoscere meglio un'organizzazione; i dipendenti della struttura sono i primi clienti sui quali investire per diffondere i valori aziendali e mantenere un alto livello di coinvolgimento e di motivazione.*

Per la comunicazione interna tra i professionisti della struttura le modalità più utilizzate sono le riunioni in presenza e da remoto, l'utilizzo di e-mail e di social media.

**Domanda n. 30. La struttura ha definito le modalità di comunicazione delle informazioni verso pazienti, familiari caregiver? (ad esempio attraverso una procedura)**

*Individuare quali modalità di comunicazione delle informazioni sono scelte dall'organizzazione per interfacciarsi con i pazienti, familiari/caregiver permette di capire come le strutture gestiscano la comunicazione esterna.*

Sono state stabilite modalità di comunicazione delle informazioni verso pazienti, familiari/caregiver in 130 RSA (80%) su 162, nello specifico:

- nell'87% (34) nelle RSA di piccole dimensioni;
- nel 72% (28) nelle RSA di medie dimensioni;
- nell'82% (36) nelle RSA di medio-grande dimensioni;
- nell'80% (32) nelle RSA di grandi dimensioni.

**Domanda n. 31. La struttura ha definito le modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver? (ad esempio attraverso una procedura)**

*Le strutture che adottano delle modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver aiutano a promuovere la partecipazione attiva del paziente/caregiver nel processo di cura.*

Sono state individuate modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver in 154 RSA (95%) su 162, nello specifico:

- nell'87% (34) nelle RSA di piccole dimensioni;
- nel 92% (36) nelle RSA di medie dimensioni;
- nel 100% (44) nelle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 100% (40) nelle RSA di grandi dimensioni.

	Definizione delle modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)</b>	3	8	3	8	33	84	39	100
<b>Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)</b>	3	8	1	2	35	90	39	100
<b>Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)</b>	6	14	3	7	35	79	44	100
<b>Strutture di grandi dimensioni (&gt;120)</b>	3	8	1	2	36	90	40	100
<b>Totale</b>	15	9	8	5	139	86	162	100

Tabella 11. Definizione delle modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver: in corso di implementazione, non presente (No), presente (Sì)

**Domanda n. 32. Che modalità sono utilizzate per la comunicazione tra il medico referente e i familiari/caregiver per informare/aggiornare sullo stato di salute dell'ospite? (è possibile selezionare più di una risposta)**

*Conoscere le modalità di comunicazione tra medico e familiari/caregiver permette di capire in che modo l'organizzazione programma, attua, controlla il processo di comunicazione esterno.*

Le modalità di comunicazione più utilizzate, tra medico referente e i familiari/caregiver, sono: il colloquio in presenza, telefonico, da remoto o la videochiamata.

---



**Domanda n. 33. Nella struttura è attivo un U.R.P. o è strutturata la possibilità di segnalare un problema o di rivendicare un diritto da parte degli ospiti e del caregiver?**

*Attivare un U.R.P. o strutturare la possibilità di segnalare un problema (conflitti e opinioni sulla qualità dell'assistenza fornita) migliora la qualità del servizio e consente di evidenziare le criticità, in modo tempestivo.*

È attivo un U.R.P. o è possibile segnalare un problema/diritto da parte di ospiti e caregiver in 155 RSA (96%) su 162, nello specifico:

- nel 92% (36) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 97% (38) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 95% (42) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 97% (39) delle RSA di grandi dimensioni.

## RISCHIO PANDEMIA

### Domanda n. 35. È stato predisposto un Piano Operativo di struttura di preparazione e risposta a una pandemia?

Come declinato nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021-2023) di Regione Lombardia e nel Piano Pandemico Locale di ATS (2021-2023) le Unità d'offerta (UDO) sociosanitarie devono realizzare dei Piani Operativi Locali.

È stato realizzato un Piano Operativo di struttura per la preparazione e la risposta a una pandemia in 154 RSA (95%) su 162, nello specifico:

- nell'87% (34) nelle RSA di piccole dimensioni;
- nel 92% (36) nelle RSA di medie dimensioni;
- nel 100% (44) nelle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 100% (40) nelle RSA di grandi dimensioni.

	È stato predisposto un Piano Operativo di struttura di preparazione e risposta a una pandemia							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)	4	10	1	3	34	87	39	100
Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)	2	5	1	3	36	92	39	100
Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)	0	0	0	0	44	100	44	100
Strutture di grandi dimensioni (>120)	0	0	0	0	40	100	40	100
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>154</b>	<b>95</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Tabella 12. Predisposizione di un piano operativo di struttura di preparazione e risposta a una pandemia: in corso di implementazione, non attivato (No), attivato (Sì).

### Domanda n. 36. Il Piano Operativo prevede azioni specifiche rispetto alle diverse fasi della pandemia (interpandemica, allerta, pandemica, transizione)?

Come descritto nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021-2023) di Regione Lombardia "i piani operativi locali devono essere articolati fino al livello di struttura/organizzazione, devono essere coerenti e coordinati tra loro e

con il Piano pandemico nazionale... e devono essere attuabili in modalità scalare in base alle necessità epidemiologiche”.

Sono previste azioni specifiche rispetto alle diverse fasi della pandemia in 154 RSA (95%) su 162, nello specifico:

- nel 94% (37) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 95% (37) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 97% (43) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 92% (37) delle RSA di grandi dimensioni.

**Domanda n. 37. Per ogni azione del Piano Operativo è identificato un responsabile?**

*Come definito nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021 – 2023) di Regione Lombardia “i piani operativi locali devono essere articolati fino al livello di struttura/organizzazione, devono essere coerenti e coordinati tra loro e con il Piano pandemico nazionale... e devono essere attuabili in modalità scalare in base alle necessità epidemiologiche”.*

È stato identificato un responsabile per ogni azione del Piano Operativo in 155 RSA su 162, nello specifico:

- nel 90% (35) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 97% (38) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 95% (42) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nel 100% (40) delle RSA di grandi dimensioni.

2 RSA (5%) di piccole dimensioni, non hanno indicato il responsabile delle azioni.

**Domanda n. 38. È stato strutturato un percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo (ad esempio audit, simulazione interna, ecc.)?**

*Come delineato nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021-2023) di Regione Lombardia, la valutazione del piano è una parte fondamentale delle operazioni in preparazione ad una possibile pandemia, i processi di valutazione dovrebbero essere decisi o modificati dai processi esistenti prima che si verifichi una pandemia. Per questo motivo “il piano deve essere reso operativo attraverso esercizi di simulazione da parte del personale.”*

È stato avviato un percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo in 114 RSA (74%) su 154, nello specifico:

- nel 59% (23) delle RSA di piccole dimensioni;
- nel 69% (27) delle RSA di medie dimensioni;
- nel 73% (32) delle RSA di medio-grande dimensioni;
- nell'80% (32) delle RSA di grandi dimensioni.

	È stato strutturato un percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo							
	No		Sì (audit interno; simulazione interna)		Altro (in corso di implementazione, team igiene, scambio consegne, riunioni, rivalutazione annuale, assessment rischio infettivo-pandemico)		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 69)	14	36	23	59	2	5	39	100
Strutture di medie dimensioni (da 70 a 99)	8	21	27	69	4	10	39	100
Strutture di medio-grande dimensioni (da 100 a 120)	10	23	32	73	2	4	44	100
Strutture di grandi dimensioni (>120)	3	8	32	80	5	12	40	100
<b>Totale</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>114</b>	<b>70</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Tabella 13. Definizione di un percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo: non attivato (No), attivato (Sì), altro (campo libero).

- **GESTIONE DEL RISCHIO NELLE RSD**

## RISCHIO GENERALE

**Domanda n. 6. È stata identificata una figura/referente che svolge funzioni di Risk Management all'interno della struttura?**

*La legge 8 marzo 2017, n. 24 e il decreto 19 dicembre 2022 del Ministero della Salute prevedono l'adozione di procedure per la prevenzione dei rischi che possono incidere sulla qualità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle strutture socio-sanitarie pubbliche e private. Una figura dedicata/risk manager consente di apportare i correttivi alle criticità osservate e di migliorare la sicurezza delle cure nella pratica clinico-assistenziale con il paziente.*

Il Risk Manager o figura dedicata è presente in 10 RSD (37%) su 27, nello specifico:

- nel 62% (8) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 14% (2) delle RSD di grandi dimensioni.

	Risk Manager o figura dedicata					
	No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 39)</b>	5	38	8	62	13	100
<b>Strutture di grandi dimensioni (≥ 40)</b>	12	86	2	14	14	100
<b>Totale</b>	17	<b>63</b>	10	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Tabella 14. Presenza Risk manager o figura dedicata

### Domanda n. 9. La struttura utilizza un sistema di Incident Reporting?

*Il sistema di Incident Reporting è uno strumento che consente la raccolta degli incidenti che si verificano e l'analisi dei rischi conseguenti; permette la definizione delle strategie di monitoraggio e prevenzione, al fine di evitare che un evento che si è già verificato possa ripetersi.*

Il sistema di Incident Reporting è già stato attivato in 22 RSD (81%) su 27, nello specifico:

- nel 69% (9) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

	Incident Reporting							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 39)	3	23	1	8	9	69	13	100
Strutture di grandi dimensioni (≥ 40)	1	7	0	0	13	93	14	100
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Tabella 15. Sistema di Incident Reporting: in corso di implementazione, assente (No), presente (Sì)

### Domanda n. 10. Quanti eventi sono stati registrati nel 2022 dal Sistema di Incident Reporting?

*Il sistema di Incident Reporting consente di rilevare e segnalare delle situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e ospiti, a seguito di criticità ed errori. La raccolta e l'analisi degli eventi avversi e dei near miss permette di acquisire dati utili alla mappatura delle aree a maggior rischio e di accrescere il livello di sicurezza dell'organizzazione, così da gestire il rischio clinico e capire quali azioni di miglioramento intraprendere.*

Nel 2022 i Sistemi di Incident Reporting attivi presso le 22 RSD hanno registrato i seguenti eventi:

da 1 a 5 eventi in 2 RSD (9%):

- nel 7% (1) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 7% (1) delle RSD di grandi dimensioni.

≥ di 6 eventi in 1 RSD (27%):

- nel 7% (1) delle RSD di grandi dimensioni.

**Domanda n. 11. La struttura dispone di una mappatura dei rischi oltre a quelli ricompresi nel DVR?**

**Indicare le tipologie di rischio mappate (ad esempio, tramite un processo di identificazione, stima e trattamento del rischio)**

*Il questionario richiede l'indicazione dell'esistenza di una mappatura per ciascuno dei rischi più frequenti all'interno di queste strutture, per comprendere lo stato di avanzamento nella loro gestione.*

La tabella che segue riporta le "percentuali dei sì" (i rischi sono tracciati), riferite ad ogni singolo rischio, suddivise in base alla dimensione delle RSD. In verde le percentuali più alte per ogni singolo rischio.

<b>RSD</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>MAPPATURA DEI RISCHI</b>	<b>S</b>	<b>L</b>	<b>Totale</b>
<b>Immagine/ reputazione</b>	23	79	52
<b>Contenzioso legale</b>	54	79	77
<b>Corruzione</b>	54	71	63
<b>Economico/ patrimoniale</b>	62	79	70
<b>Violazione trasparenza</b>	85	79	81
<b>Protezione dei dati</b>	100	86	93
<b>Etico comportamentale</b>	92	86	89
<b>Violenza sugli operatori</b>	69	29	48
<b>Operativo</b>	54	93	74
<b>Capitale umano (personale)</b>	85	93	89
<b>Tecnologico/ strumentale/mezzi</b>	54	93	74
<b>Approvvigionamenti</b>	54	93	74
<b>Cybersecurity</b>	54	79	67
<b>Comunicazione esterna/interna</b>	46	29	37

Tabella 16. Percentuale di mappatura dei rischi nelle RSD

L'istogramma che segue riporta le percentuali dei rischi mappati, come indicati dal questionario, e consente una lettura più immediata di quanto già descritto nella tabella (le strutture L risultano aver mappato più rischi tra quelli proposti).

Il numero indicato sopra ciascuna colonna rossa si riferisce alla percentuale totale dei sì (i rischi sono tracciati).

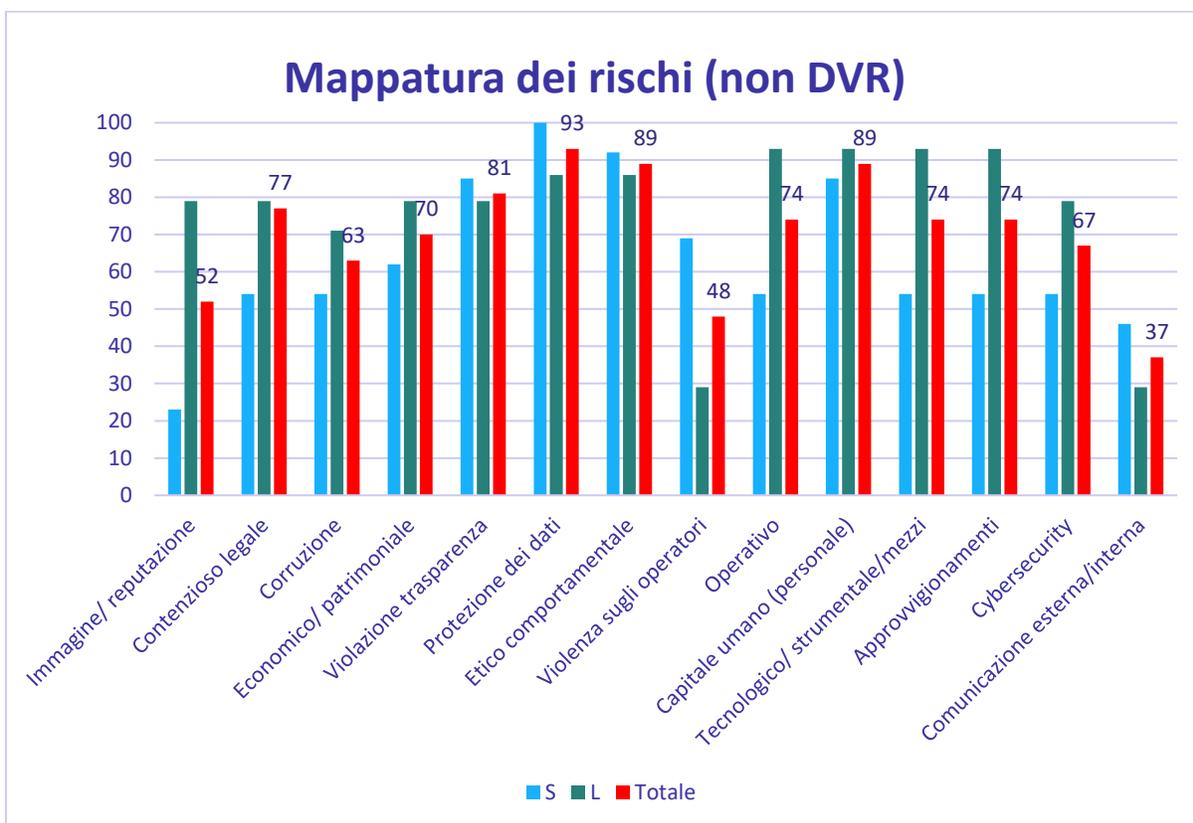


Grafico 10. Mappatura dei rischi nelle RSD

**Domanda n. 12. Negli ultimi 5 anni sono stati liquidati sinistri nell'ambito dei rischi per responsabilità civile nei confronti di terzi e dei propri operatori, derivanti dall'espletamento delle attività?**

*Conoscere i sinistri liquidati derivanti da rischi per responsabilità civile consente di individuare con precisione la tipologia di rischio per la quale si è resa necessaria un'azione risarcitoria.*

Negli ultimi 5 anni sono stati liquidati sinistri per responsabilità civile in 6 RSD (22%) su 27, nello specifico, nel 43% (6) delle RSD di grandi dimensioni.

## RISCHI SPECIFICI

**Domanda n. 14. Raccomandazioni Ministeriali: sono state realizzate azioni rispetto alle raccomandazioni in materia di rischio clinico elaborate dal Ministero della Salute?**

**rif. Raccomandazioni del Ministero (sito web: [salute.gov.it](http://salute.gov.it))**

*Le Raccomandazioni ministeriali sono documenti che forniscono indicazioni utili agli operatori sanitari nello svolgimento delle attività e contribuiscono alla prevenzione degli errori, degli eventi avversi e alla sicurezza del paziente.*

Le Raccomandazioni elaborate dal Ministero della salute in merito al rischio clinico sono applicate nella totalità delle 27 RSD (100%) di piccole e grandi dimensioni.

**Domanda n. 15. Identificare il livello di implementazione delle seguenti raccomandazioni ministeriali**

*Le raccomandazioni ministeriali, quando implementate con strategie specifiche, favoriscono la prevenzione e la riduzione degli eventi avversi che possono verificarsi all'interno della struttura.*

*Tra le opzioni di risposta che potevano essere attribuite per indicare la misura di implementazione delle Raccomandazioni:*

- *a regime;*
- *applicabile, in corso di implementazione;*
- *non implementata;*
- *non applicabile.*

La Raccomandazione N. 1: "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio" è "a regime" in 15 RSD (55%) su 27, nello specifico:

- nel 31% (4) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 79% (11) delle RSD di grandi dimensioni.

Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

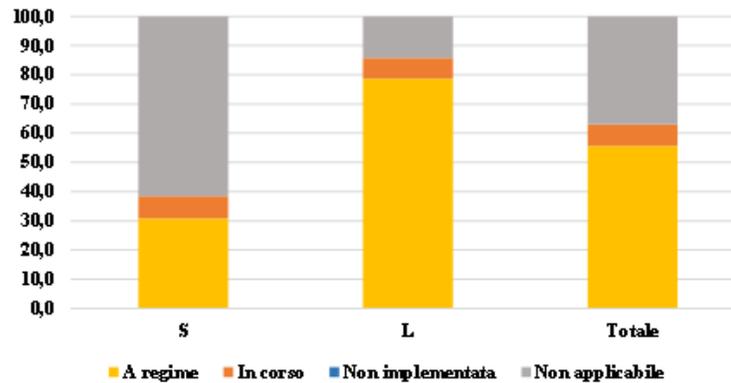


Grafico 11 "1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio", percentuali di risposta RSD

La Raccomandazione N. 4: "Prevenzione del suicidio di paziente" è "a regime" in 8 RSD (30%) su 27, nello specifico:

- nel 46% (6) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 14% (2) delle RSD di grandi dimensioni.

Prevenzione del suicidio di paziente

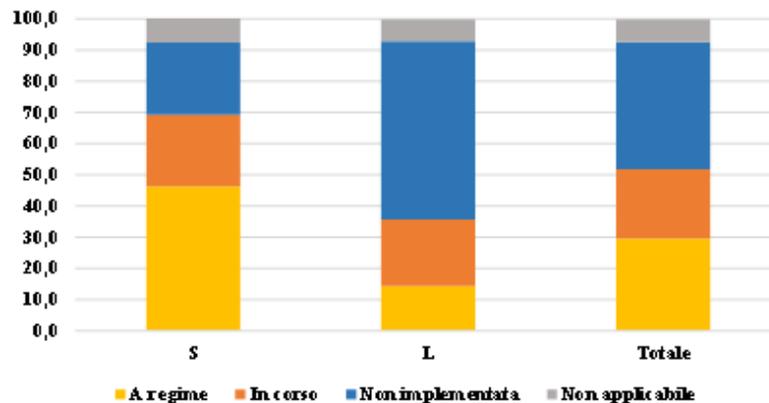


Grafico 12. "4. Prevenzione del suicidio di paziente" percentuali di risposta RSD

La Raccomandazione N. 5: "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0" è a regime in 13 RSD (48%) su 27, nello specifico:

- nel 15% (2) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 79% (11) delle RSD di grandi dimensioni.

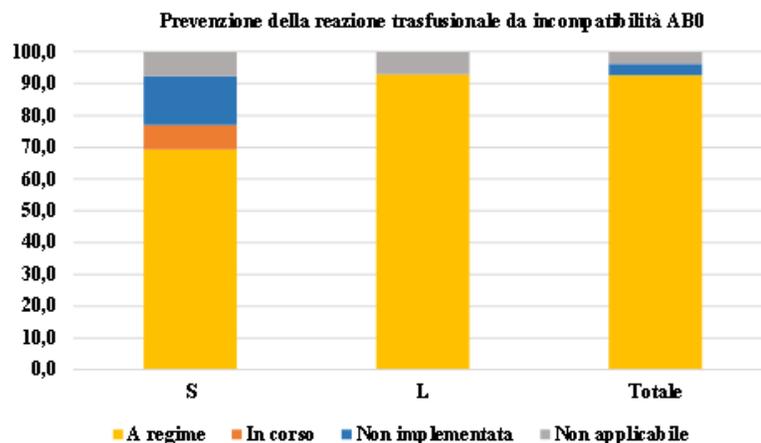


Grafico 13. "5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" percentuali di risposta RSD

La Raccomandazione N. 7: "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" è a regime in 25 RSD (93%) su 27, nello specifico:

- nel 92% (12) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 8: "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" è a regime in 15 RSD (55%) su 27, nello specifico:

- nel 69% (9) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 43% (6) delle RSD di grandi dimensioni.

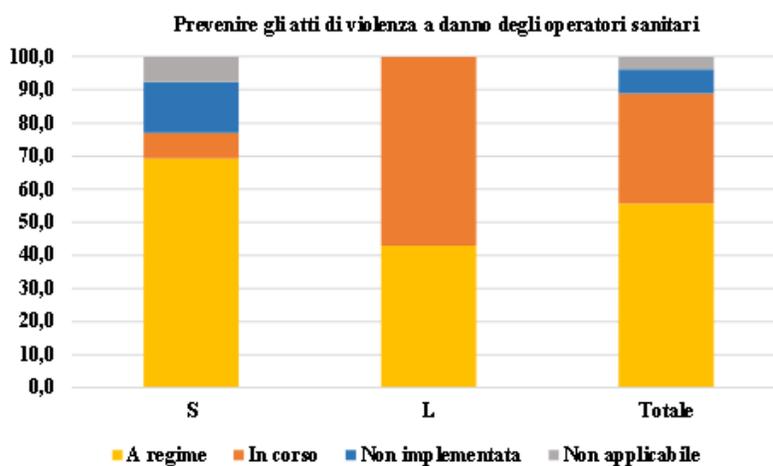


Grafico 14. "8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" percentuali di risposta RSD

La Raccomandazione N. 9: "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" è a regime in 23 RSD (85%) su 27, nello specifico:

- nel 77% (10) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 12: "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-alike/sound-alike" è a regime in 22 RSD (81%) su 27, nello specifico:

- nel 69% (9) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

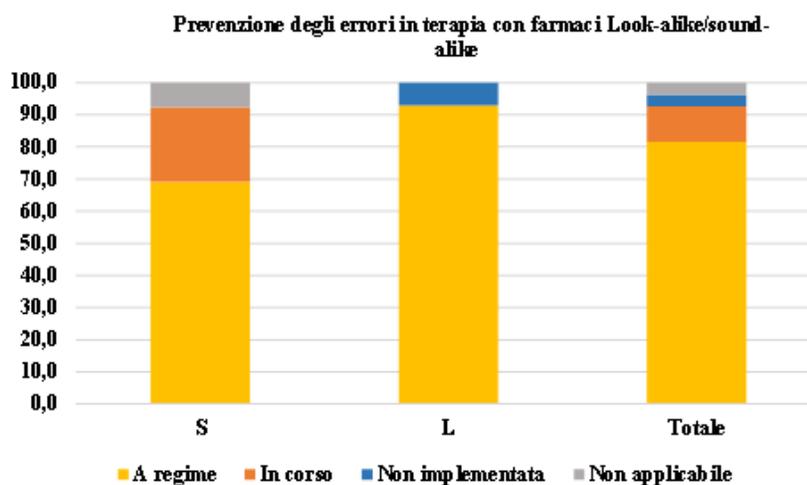


Grafico 15. "12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-alike/sound-alike" percentuali di risposta RSD

La Raccomandazione N. 13: "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" è a regime su 27 RSD (100%):

- nel 100% (13) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 17: "Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica" è a regime in 20 RSD (74%) su 27, nello specifico:

- nel 69% (9) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 79% (11) delle RSD di grandi dimensioni.

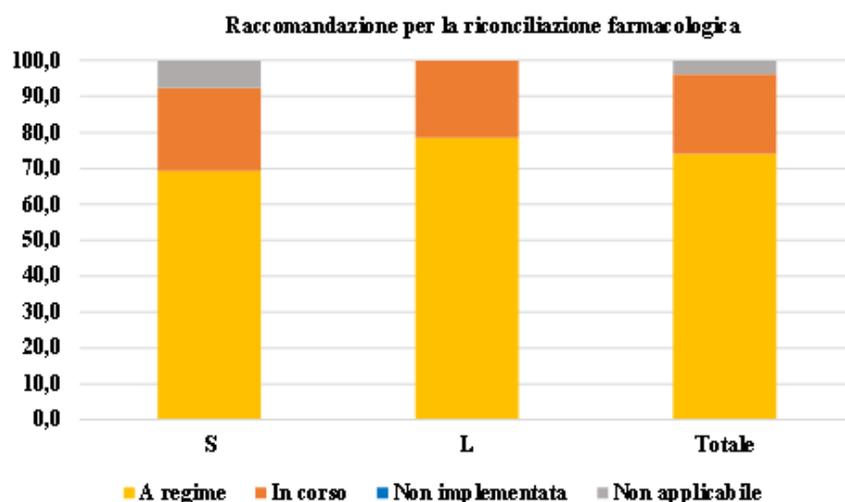


Grafico 16. "17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica" percentuali di risposta RSD

La Raccomandazione N. 18: "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" è a regime in 20 RSD (74%) su 27, nello specifico:

- nel 54% (7) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

La Raccomandazione N. 19: "Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide" è a regime in 18 RSD (67%) su 27, nello specifico:

- nel 46% (6) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 86% (12) delle RSD di grandi dimensioni.

**Domanda n. 17. All'interno della struttura sono adottate strategie specifiche (es. procedure, PDTA, ecc.) per la gestione del rischio (identificazione, stima e trattamento del rischio) riferito alle seguenti aree tematiche?**

*Mappare la gestione del rischio di queste aree consente di conoscere la visione unitaria della sicurezza dell'organizzazione, tenendo conto del paziente, degli operatori e della struttura.*

Per l'area: "Misure di contenzione" sono "a regime" strategie specifiche in 25 RSD (93%) su 27, nello specifico:

- nel 92% (12) delle RSD di piccole dimensioni;

- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area: **"Gestione del dolore acuto e cronico"** sono "a regime" strategie specifiche in tutte e 27 le RSD (100%), nello specifico:

- nel 100% (13) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area: **"Prevenzione e gestione lesioni da pressione"** sono "a regime" strategie specifiche in tutte e 27 le RSD (100%):

- nel 100% (13) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area: **"Rischio nutrizionale"** sono "a regime" strategie specifiche in 16 RSD (59%) su 27, nello specifico:

- nel 84% (11) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 36% (5) delle RSD di grandi dimensioni.

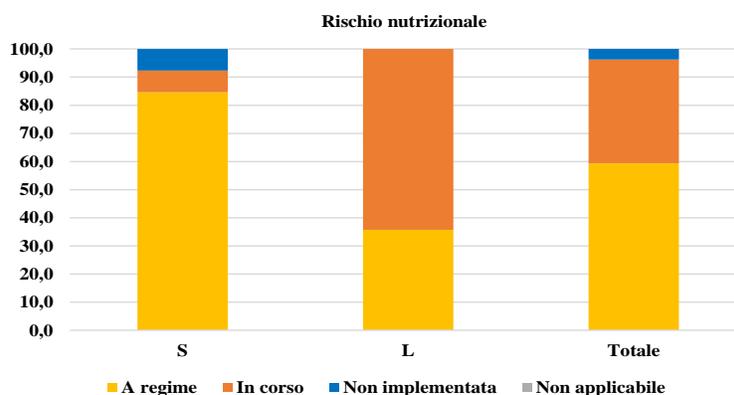


Grafico 17. "Rischio nutrizionale" percentuali di risposta RSD

Per l'area: **"Infezioni correlate all'assistenza"** sono "a regime" strategie specifiche in 23 RSD (85%) su 27, nello specifico:

- nel 69% (9) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area: **"Antibiotico resistenza"** sono "a regime" strategie specifiche in 5 RSD (19%) su 27, nello specifico:

- nel 23% (3) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 14% (2) delle RSD di grandi dimensioni.

L'item "Antibiotico resistenza" è stato indicato come "inapplicabile" in 5 RSD (19%) su 27, di cui nello specifico:

- nel 4% (31) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 1% (7) delle RSD di grandi dimensioni.

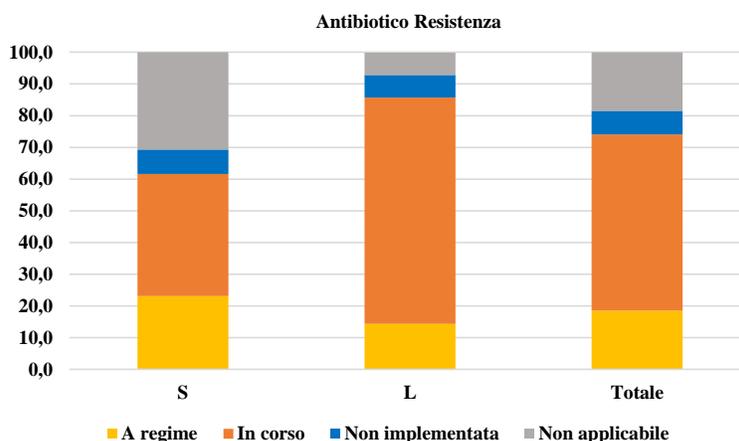


Grafico 18. "Antibiotico resistenza" percentuali di risposta RSD

Per l'area "Lavaggio delle mani" sono "a regime" strategie specifiche in 26 RSD (96%) su 27:

- nel 92% (12) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area "Accompagnamento al fine vita" sono "a regime" strategie specifiche in 19 RSD (70%) su 27, nello specifico:

- nel 54% (7) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 86% (12) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area "Gestione emergenze sanitarie" sono "a regime" strategie specifiche in tutte e 27 le RSD (100%):

- nel 100% (13) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area "Gestione rifiuti" sono "a regime" strategie specifiche in tutte e 27 le RSD (100%):

- nel 100% (13) delle RSD di piccole dimensioni;

- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area **"Gas medicali"** sono "a regime" strategie specifiche in 9 RSD (33%) su 27 RSD:

- nel 46% (6) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 21% (3) delle RSD di grandi dimensioni.

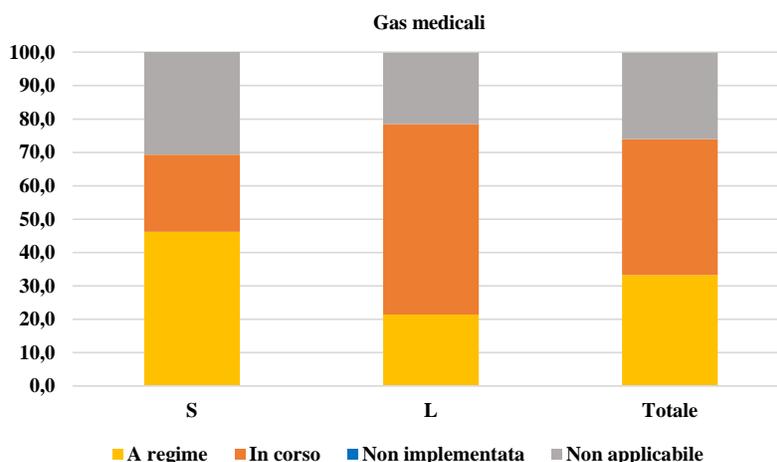


Grafico 19. "Gas medicali" percentuali di risposta RSD

Per l'area **"Gestione farmaci (stupefacenti e non)"** sono "a regime" strategie specifiche in tutte e 27 le RSD (100%):

- nel 100% (13) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area **"Reazioni avverse (Adverse Drug Reaction – ADR)"** sono "a regime" strategie specifiche in 23 RSD (85%) su 27, nello specifico:

- nel 77% (10) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area **"Gestione frigoriferi per farmaci"** sono "a regime" strategie specifiche in 24 RSD (89%) su 27, nello specifico:

- nel 77% (10) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

Per l'area "Allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare la sicurezza e l'aderenza terapeutica" sono "a regime" strategie specifiche in 4 RSD (15%) su 27, di cui nello specifico:

- nel 23% (3) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 7% (1) delle RSD di grandi dimensioni.

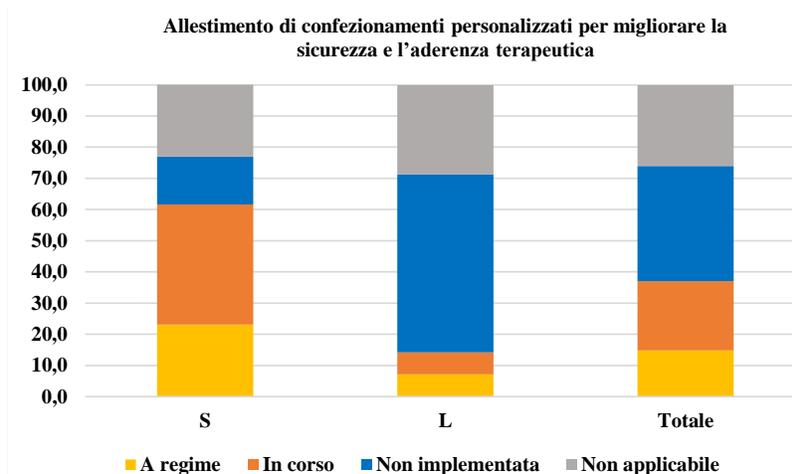


Grafico 20. "Allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare la sicurezza e l'aderenza terapeutica" percentuali di risposta RSD

Per l'area "Utilizzo benzodiazepine" sono "a regime" strategie specifiche in 10 RSD (37%) delle 27 rispondenti, nello specifico:

- nel 46% (6) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 29% (4) delle RSD di grandi dimensioni.

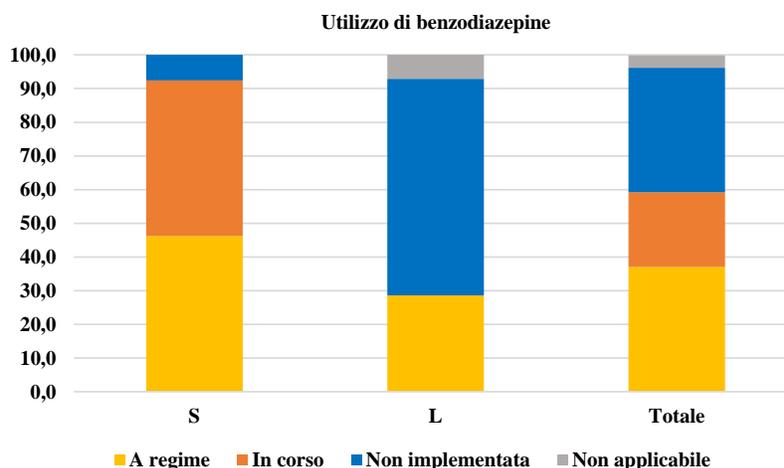


Grafico 21. "Utilizzo benzodiazepine" percentuali di risposta RSD

Per l'area "Consumo di antibiotici" sono "a regime" strategie specifiche in 7 RSD (26%) delle 27 rispondenti, nello specifico:

- nel 38% (5) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 14% (2) delle RSD di grandi dimensioni.

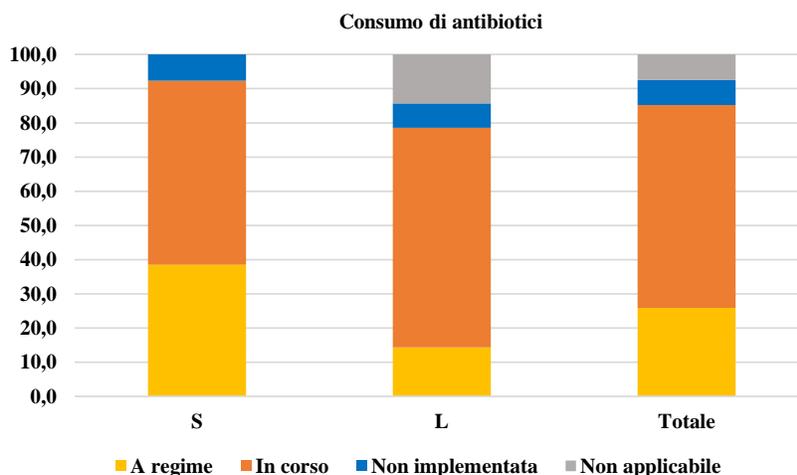


Grafico 22. "Consumo di antibiotici" percentuali di risposta RSD

**Domanda n. 18. La vostra struttura ha adottato un piano di business continuity (eventi imprevisti di natura clinica, organizzativa e tecnologica)?**

*Il piano di business continuity è un documento operativo che descrive le attività e serve a garantire la gestione di eventi critici, indispensabile al ripristino delle attività dell'organizzazione. Contribuisce ad accrescere i sistemi di prevenzione, alla base dei sistemi di gestione del rischio.*

Il piano di business continuity è stato adottato in 12 RSD (44%) su 27, nello specifico:

- nel 70% (9) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 21% (3) delle RSD di grandi dimensioni.

	Piano di Business Continuity							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 39)</b>	2	15	2	15	9	70	13	100
<b>Strutture di grandi dimensioni (≥40)</b>	11	79	0	0	3	21	14	100
<b>Totale</b>	13	48	2	8	12	44	27	100

Tabella 17. Piano di Business Continuity: in corso di implementazione, assente (No), presente (Sì)

## QUALITÀ

### **Domanda n. 20. In struttura è stato implementato un sistema di gestione per la qualità? (ad esempio secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015)**

*L'adozione di un Sistema di Gestione per la qualità consente di ottimizzare l'utilizzo di risorse, di migliorare l'efficienza dei processi e costi, a fronte di standard di qualità e di chiarire ruoli, compiti e gerarchie.*

Il sistema di gestione della qualità è stato implementato in 6 RSD (22%) su 27, nello specifico:

- nel 15% (2) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 29% (4) delle RSD di grandi dimensioni.

### **Domanda n. 21. Sono condotti audit interni periodici per verificare le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) e assistenziali (es. alimentazione, igiene personale) della struttura?**

*L'audit può contribuire a identificare e analizzare le attività e gli eventuali eventi avversi, di conseguenza può consentire di mettere in atto delle azioni di miglioramento.*

Gli audit interni periodici preposti alla verifica delle prestazioni sanitarie e assistenziali sono condotti in 25 RSD (93%) su 27, nello specifico:

- nel 85% (11) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

### **Domanda n. 22. La struttura adotta una procedura per la rilevazione, analisi e risoluzione di criticità o non conformità?**

*L'identificazione, l'analisi e la prevenzione del rischio si deve basare sulla capacità di tutti gli operatori di rilevare e segnalare le criticità o non conformità dei percorsi assistenziali.*

È utilizzata una procedura di rilevazione, analisi e risoluzione di criticità o non conformità in 23 RSD (85%) su 27, nello specifico:

- nel 77% (10) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

### Domanda n. 23. In struttura sono presenti programmi per garantire il controllo e il miglioramento continuo della qualità?

*Implementare programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità permette di riconoscere, dare visibilità, valorizzare le strutture e motivare gli operatori che vi lavorano, così da adottare delle soluzioni finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza dei pazienti.*

Sono presenti programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità in 24 RSD (89%) su 27, nello specifico:

- nel 84% (11) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

	Programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 39)</b>	1	8	1	8	11	84	13	100
<b>Strutture di grandi dimensioni (≥40)</b>	1	7	0	0	13	93	14	100
<b>Totale</b>	2	7	1	4	24	89	27	100

Tabella 18. Programmi per il controllo e il miglioramento continuo della qualità: in corso di implementazione, assente (No), presente (Sì)

### Domanda n. 24. Elencare i programmi in corso di implementazione o attivi in struttura per garantire il controllo e il miglioramento continuo della qualità

*Un programma per il controllo e il miglioramento della qualità serve a ridurre i rischi, sostenere l'organizzazione nello svolgere le proprie attività secondo criteri di efficienza, efficacia e contribuisce a includere l'operatore nel sentirsi parte della missione, visione, obiettivi e valori dell'organizzazione.*

*Di seguito alcune delle risposte, accorpate per argomento.*

- Audit (interni, di terza parte);
- Certificazione UNI EN ISO 9001/2015;
- Formazione specifica/continua (infezioni correlate all'assistenza; movimentazione paziente; utilizzo gas medicali; revisione protocolli);

- Discussione casi clinici;
- Implementazione di un nuovo modello di coordinamento;
- Customer satisfaction a utenti, familiari, operatori (questionario clima interno, questionario qualità per i fornitori, valutazione annuale di servizio);
- Diffusione linee guida e/o nuove procedure;
- Riunioni periodiche di equipe e comitati;
- Piano annuale, Piano della Qualità (annuale), Piano dei Controlli (annuale), Piano dei Miglioramenti (anno/anno);
- Checklist alloggi, utente;
- Scheda di incident reporting personalizzata secondo unità di offerta;
- Riesame;
- Non conformità (NC)/Azioni Correttive (AC);
- Reclami;
- Database per analisi dei risultati.

**Domanda n. 25. La struttura ha definito un sistema per la gestione della documentazione (es. Procedure, PDTA, checklist, moduli, ecc.)?**

*Il Sistema di gestione della documentazione concorre ad assicurare un'assistenza e una pianificazione delle cure di qualità all'ospite.*

È stato individuato un sistema di gestione della documentazione in 26 RSD (96%) su 27, nello specifico:

- nel 92% (12) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

## COMUNICAZIONE

### **Domanda n. 27. All'interno della struttura è presente la figura del referente della comunicazione?**

*Il referente della comunicazione agevola il passaggio di informazioni dal medico all'ospite e/o familiare; questo conferisce il supporto necessario per realizzare una cultura organizzativa che tutela le relazioni.*

Il referente della comunicazione è presente in 24 RSD (89%) su 27, nello specifico:

- nell'85% (11) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

### **Domanda n. 28. La struttura ha definito le modalità di comunicazione interna tra operatori? (ad esempio procedure per lo scambio di consegne o di informazioni cliniche nel contesto dell'emergenza)**

*Stabilire le modalità di comunicazione interna tra operatori consente di migliorare la loro partecipazione all'interno della struttura in termini di motivazione, coinvolgimento e senso di appartenenza alla stessa.*

Tutte le RSD rispondenti (100%) hanno identificato le modalità di comunicazione interna tra operatori.

### **Domanda n. 29. Che modalità sono utilizzate per la comunicazione interna tra i professionisti della struttura? (è possibile selezionare più di una risposta)**

*Sapere quali siano le modalità di comunicazione interna permette di conoscere meglio un'organizzazione; i dipendenti della struttura sono i primi clienti sui quali investire per diffondere i valori aziendali e mantenere un alto livello di coinvolgimento e di motivazione.*

Per la comunicazione interna tra i professionisti della struttura le modalità più utilizzate sono: le riunioni in presenza e da remoto e lo scambio di e-mail.

**Domanda n. 30. La struttura ha definito le modalità di comunicazione delle informazioni verso pazienti, familiari/caregiver? (ad esempio attraverso una procedura)**

*Individuare quali modalità di comunicazione delle informazioni sono scelte dall'organizzazione per interfacciarsi con i pazienti, familiari/caregiver permette di capire come le strutture gestiscano la comunicazione esterna.*

Sono state stabilite modalità di comunicazione delle informazioni verso pazienti, familiari/caregiver in 21 RSD (78%) su 27, nello specifico:

- nel 69% (9) nelle RSD di piccole dimensioni;
- nel 86% (12) nelle RSD di grandi dimensioni.

	Definizione delle modalità di comunicazione delle informazioni verso pazienti, familiari/caregiver							
	In corso di implementazione		No		Sì		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 39)</b>	0	0	4	31	9	69	13	100
<b>Strutture di grandi dimensioni (≥ 40)</b>	2	14	0	0	12	86	14	100
<b>Totale</b>	2	7	4	15	21	78	27	100

Tabella 19 Definizione delle modalità di comunicazione delle informazioni verso pazienti, familiari/caregiver: in corso di implementazione, assente (No), presente (Sì).

**Domanda n. 31. La struttura ha definito le modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver? (ad esempio attraverso una procedura)**

*Le strutture che adottano delle modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver aiutano a promuovere una partecipazione attiva del paziente/caregiver nel processo di cura.*

Sono state individuate modalità di coinvolgimento nelle scelte assistenziali di pazienti/caregiver in 26 RSD (96%) su 27, nello specifico:

- nel 92% (12) nelle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) nelle RSD di grandi dimensioni.

**Domanda n. 32. Che modalità sono utilizzate per la comunicazione tra il medico referente e i familiari/caregiver per informare/aggiornare sullo stato di salute dell'ospite? (è possibile selezionare più di una risposta)**

*Conoscere le modalità di comunicazione tra medico e familiari/caregiver permette di capire in che modo l'organizzazione programma, attua, controlla il processo di comunicazione esterno.*

Le modalità di comunicazione, tra il medico referente e i familiari/caregiver, più utilizzate sono: il colloquio in presenza, telefonico, da remoto o la videochiamata.

**Domanda n. 33. Nella struttura è attivo un U.R.P. o è strutturata la possibilità di segnalare un problema o di rivendicare un diritto da parte degli ospiti e del caregiver?**

*Attivare un U.R.P. o strutturare la possibilità di segnalare un problema (conflitti e opinioni sulla qualità dell'assistenza fornita) migliora la qualità del servizio e consente di evidenziare le criticità, in modo tempestivo.*

In tutte le 27 le RSD (100%) è stato attivato un U.R.P. o è stato possibile segnalare un problema/diritto da parte di ospiti e caregiver.

## RISCHIO PANDEMIA

### **Domanda n. 35. È stato predisposto un Piano Operativo di struttura di preparazione e risposta a una pandemia?**

*Come declinato nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021 – 2023) di Regione Lombardia e nel Piano Pandemico Locale di ATS (2021-2023) le Unità d'offerta (UDO) sociosanitarie devono realizzare dei Piani Operativi Locali.*

È stato realizzato un Piano Operativo di struttura per la preparazione e la risposta a una pandemia in 26 RSD (96%) su 27, nello specifico:

- nel 100% (13) nelle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) nelle RSD di grandi dimensioni.

### **Domanda n. 36. Il Piano Operativo prevede azioni specifiche rispetto alle diverse fasi della pandemia (interpandemica, allerta, pandemica, transizione)?**

*Come descritto nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021 – 2023) di Regione Lombardia "i piani operativi locali devono essere articolati fino al livello di struttura/organizzazione, devono essere coerenti e coordinati tra loro e con il Piano pandemico nazionale... e devono essere attuabili in modalità scalare in base alle necessità epidemiologiche".*

Sono previste azioni specifiche rispetto alle diverse fasi della pandemia in 26 RSD (96%) su 27, nello specifico:

- nel 92% (12) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 100% (14) delle RSD di grandi dimensioni.

### **Domanda n. 37. Per ogni azione del Piano Operativo è identificato un responsabile?**

*Come definito nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021 – 2023) di Regione Lombardia "i piani operativi locali devono essere articolati fino al livello di struttura/organizzazione, devono essere coerenti e coordinati tra loro e con il Piano pandemico nazionale... e devono essere attuabili in modalità scalare in base alle necessità epidemiologiche".*

È stato identificato un responsabile per ogni azione del Piano Operativo in 26 RSD (96%) su 27, nello specifico:

- nel 100% (13) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 93% (13) delle RSD di grandi dimensioni.

**Domanda n. 38. È stato strutturato un percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo (ad esempio audit, simulazione interna, ecc.)?**

*Come delineato nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021 – 2023) di Regione Lombardia la valutazione del piano è una parte fondamentale delle operazioni in preparazione ad una possibile pandemia, i processi di valutazione dovrebbero essere decisi o modificati dai processi esistenti prima che si verifichi una pandemia. Per questo motivo “il piano deve essere reso operativo attraverso esercizi di simulazione da parte del personale.”*

È stato avviato un percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo in 13 RSD (48%) su 27, nello specifico:

- nel 61% (8) delle RSD di piccole dimensioni;
- nel 36% (5) delle RSD di grandi dimensioni.

	È stato strutturato un percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo							
	No		Sì (audit interno; simulazione interna)		Altro (controllo su applicazione misure in caso di Covid, questionario compilato con risk manager, risk assessment.)		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Strutture di piccole dimensioni (da 10 a 39)</b>	4	31	8	61	1	8	13	100
<b>Strutture di grandi dimensioni (≥ 40)</b>	8	57	5	36	1	7	14	100
<b>Totale</b>	12	<b>44</b>	13	<b>48</b>	2	8	27	<b>100</b>

Tabella 20 Percorso di autovalutazione periodica del Piano Operativo: non attivato (No), attivato (Sì), altro (campo libero)

---

## RISULTATI PER MACROAREE



## • RISCHIO GENERALE

La sicurezza e il benessere della popolazione ospitata nelle RSA e nelle RSD richiedono un'efficace politica di Risk Management, come indicato dalla cosiddetta "Legge Gelli" (8 marzo 2017 n. 24). Dai dati raccolti è emerso che il Risk Manager o figura dedicata alla gestione del rischio è presente in 78 RSA (48%) delle 162 rispondenti e in 10 RSD (37%) delle 27 rispondenti.

Il sistema di Incident Reporting è già stato attivato in 111 RSA (69%) su 162 e in 22 RSD (81%) su 27. La sua efficacia risiede nella definizione di criteri di segnalazione di un incidente come parte di un programma di gestione del rischio più ampio (C. Stavropoulou e coll., 2015)<sup>10</sup>.

Il numero di eventi registrati è abbastanza variabile: nel 2022, delle 111 RSA (69%) su 162 che dichiarano di aver adottato questo sistema, 58 (36%) hanno registrato da un minimo di 1 a un massimo di 281 eventi. Per quanto riguarda le 22 RSD (81%) che lo hanno implementato, 3 (14%) hanno segnalato da un minimo di 3 a un massimo di 43 eventi.

Pur non avendo a disposizione i trend degli anni precedenti, appare utile proporre campagne di sensibilizzazione degli operatori: creare una cultura della segnalazione significa ridurre il rischio di incidenti.

La mancata segnalazione può tuttavia essere legata alla mancanza di supporto, alla paura di diffamazione, alla presenza di conflitti tra colleghi, al grado di gravità dell'evento, all'inadeguata conoscenza delle tecnologie, alla mancanza di fiducia e a procedure poco chiare, come indicato da uno studio qualitativo del 2014, condotto all'interno delle residenze sanitarie assistenziali norvegesi (I. Winsvold Prang e coll., 2014)<sup>11</sup>.

Per quanto riguarda la mappatura dei 14 rischi presentati nel questionario alla domanda n. 11, le strutture più attente risultano essere le RSA Medium/Large (M-L) e le RSD Large (L).

Il rischio maggiormente mappato nelle RSA (147 su 162; 91%) e nelle RSD (25 su 27; 93%) risulta essere quello relativo alla "protezione dei dati", a cui segue il rischio etico comportamentale (tanto nelle RSA -132 su 162; 81% - quanto nelle RSD - 24 su 27; 89%).



## • RISCHI SPECIFICI

Le Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico sono applicate nella totalità delle 27 RSD (100%) e in 157 RSA (97%) su 162; nelle 5 (3%) strutture restanti (tranne una che sta per cessare l'attività per essere assorbita da una nuova società) sono in corso di implementazione.

La tipologia di risposta "a regime", data dalle RSA rispetto alla raccomandazione n. 1: "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio", alla raccomandazione n. 5: "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO", alla raccomandazione n. 7: "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" e alla raccomandazione n. 8: "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", aumenta con l'aumentare della loro dimensione.

Per quanto riguarda le RSD, tale osservazione è valida per tutte le Raccomandazioni, ad eccezione della n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente" e della n. 8, sopracitata, che sono maggiormente "a regime" nelle piccole RSD rispetto a quelle di grandi dimensioni.

In merito alla Raccomandazione n. 4, 28 RSA (18%) su 157 hanno definito tale rischio "non applicabile". Da una revisione di letteratura condotta nel 2014 sul rischio di suicidio nelle strutture di assistenza a lungo termine, risulta tuttavia che i pensieri suicidari (attivi e passivi) sono comuni tra i residenti e sono correlati a depressione, solitudine e declino funzionale. Sebbene il suicidio sia raro, è utile mettere in atto alcune strategie di prevenzione, in quanto alcune caratteristiche organizzative possono avere un impatto sul benessere emotivo degli ospiti (come la dimensione del letto e il personale) (B. Mezuk e coll., 2014)<sup>12</sup>.

Delle 157 RSA che hanno dichiarato di aver implementato le raccomandazioni, 70 (45%) hanno indicato la Raccomandazione n. 5 come "non applicabile"; in particolare le RSA di piccole dimensioni (23; 33%) e quelle di medie dimensioni (20; 29%); le RSD sono invece 13 (48%) su 27. Rispetto alla Raccomandazione n. 8, 21 RSA (13%) su 157 e 2 RSD (7%) su 27 hanno indicato tale rischio come applicabile, ma non hanno implementato alcuna strategia a riguardo. Potrebbe quindi essere utile migliorare questo aspetto, a tutela dell'organizzazione e del benessere dei dipendenti: uno studio che ha coinvolto 56 operatori di sette residenze sanitarie assistenziali dell'Ontario in Canada ha evidenziato che la paura, la confusione, l'agitazione degli ospiti e altri elementi legati all'organizzazione del lavoro e alla carenza del personale, possono innescare nei



pazienti, comportamenti di violenza fisica, verbale e sessuale. Le strutture che adottano strategie specifiche per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, aiutandoli ad affrontare le dinamiche pre- e post- aggressione, contribuiscono infatti alla riduzione del rischio di sviluppare problemi di salute, insoddisfazione lavorativa e burn out (J. Brophy, M. Keith, M. Hurley, 2019)<sup>13</sup>.

La Raccomandazione n. 13: "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" è quella maggiormente "a regime": in 150 RSA (96%) su 157 e in 27 RSD (100%) su 27. A questo proposito, il dato relativo al rischio di caduta nelle strutture sanitarie assistenziali a livello mondiale è di 100-200 all'anno per n. 100 posti letto (Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie - CDC).

La domanda n. 17 chiede di indicare per quali aree, tra quelle proposte, siano state attuate strategie di gestione del rischio. Per alcuni item la percentuale di risposte "a regime" è al di sotto del 50% e sarebbe opportuno prevedere uno specifico approfondimento con i responsabili e/o risk manager.

Nelle RSA, ad esempio, l'"Allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare la sicurezza e l'aderenza terapeutica" è pari al 40% (64 su 162) e il "Consumo di antibiotici" al 47% (76 su 162); nelle RSD quest'ultima area coinvolge 7 RSD su 27; (26%) anche se 16 su 27 (60%) dichiarano che le stesse sono "in corso" di adozione, segue l'area dell'antibiotico-resistenza" (5 su 27; 19%), i "gas medicali" (9 su 27; 33%) e "l'uso di benzodiazepine" (10 su 27; 37%).

Il tema dell'uso di benzodiazepine è di particolare importanza all'interno delle RSA e delle RSD: uno studio italiano ha analizzato i dati relativi al numero di confezioni utilizzate nelle strutture per anziani o miste (anziani e disabili). I flussi del Ministero della Salute del 2019 rivelano che il consumo è di circa 90 dose definita die (DDD)/100 giorni di degenza, ciò dimostra l'elevato impiego di questi farmaci nelle strutture sociosanitarie; quasi tutti i pazienti ricevono una dose ogni giorno (S. Zito e coll., 2023)<sup>14</sup>.

Per l'area dell'antibiotico-resistenza sono implementate strategie in 97 RSA (60%) su 162 mentre in 29 (18%) sono in corso di implementazione; in 5 RSD (19%) su 27 le strategie sono "a regime", mentre in 15 (55%) sono in corso di implementazione. Se pensiamo che le strutture sono un serbatoio di organismi multi-farmacoresistenti e il tasso di colonizzazione da microrganismi con multiresistenza antibiotica nei residenti delle strutture di lungodegenza italiane è generalmente più alto rispetto a quello dei residenti nelle corrispettive di altri paesi europei (linee di indirizzo

Associazione Microbiologi Clinici Italiani (R. Aschbachere coll., 2016)<sup>15</sup>, risulta necessario adottare e/o incrementare misure specifiche a riguardo.

Per le aree: "Gestione farmaci (stupefacenti e non)", "Reazioni avverse (Adverse Drug reaction - ADR)", "Allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare la sicurezza e l'aderenza terapeutica", "Utilizzo benzodiazepine", "Consumo di antibiotici", la percentuale di RSA che adottano strategie specifiche cresce all'aumentare della loro dimensione. Nelle RSD tale andamento è riscontrabile per le aree: "Misure di contenzione", "Infezioni correlate all'assistenza", "Lavaggio delle mani", "Accompagnamento al fine vita", "Reazioni avverse" (Adverse Drug reaction - ADR), "Gestione frigoriferi".

## • QUALITÀ

I dati indicano che all'interno delle strutture è presente un discreto livello di cultura della qualità, anche se non formalizzata tramite l'adozione di un sistema di gestione o il conseguimento di una certificazione, rispetto, ad esempio, alla norma UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti" e, per le RSA, alla norma UNI 10881 "Assistenza residenziale per gli anziani - Linee guida per l'applicazione delle norme UNI EN ISO 9000".

Un sistema di gestione della qualità è implementato soltanto in 74 RSA (46%) su 162 e in 6 RSD (22%) su 27; tuttavia in una percentuale superiore all'80% delle strutture sono svolti audit interni periodici, sono rilevate, analizzate e trattate criticità e non conformità ed è definito un sistema per la gestione della documentazione (procedure, PDTA, checklist, moduli, ecc.).

Dal sondaggio si evince anche la consuetudine di implementare piani di miglioramento con obiettivi eterogenei.

---

- **COMUNICAZIONE**

In 130 RSA (80%) su 162 e in 24 RSD (89%) su 27 è presente un referente della comunicazione; in 145 RSA (90%) su 162 e in tutte e 27 RSD sono state definite modalità di comunicazione interna tra operatori, mentre quelle verso pazienti, familiari/caregiver è definita in 130 RSA (80%) su 162 e in 21 RSD (78%) su 27. L'U.R.P. o la possibilità di segnalare un problema è attivo in 155 RSA (96%) delle 162 e in tutte le 27 RSD (100%).

- **RISCHIO PANDEMIA**

Come descritto nel piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021–2023) di Regione Lombardia, le RSA e le RSD devono realizzare un Piano Operativo Locale. Dai dati raccolti, 2 RSA di recente apertura (1%) su 162 non l'hanno ancora predisposto; 35 RSA (22%) su 160 e 12 RSD (44%) su 27 non hanno ancora avviato un percorso di autovalutazione.



---

## AMBITI DI MIGLIORAMENTO PER MACROAREE





I dati raccolti suggeriscono alcune importanti considerazioni relative alle aree di miglioramento su cui le RSA e le RSD possono concentrare gli sforzi per migliorare la gestione del rischio.

- **RISCHIO GENERALE**

#### **Risk Manager**

La presenza di un Risk Manager o di una figura dedicata alla gestione del rischio è ancora inferiore all'auspicabile. Solo nel 48% delle RSA e nel 37% delle RSD è presente un professionista dedicato a questa funzione. È essenziale promuovere la nomina di tali figure all'interno delle strutture, poiché il Risk Management è fondamentale per migliorare la sicurezza delle cure, la prevenzione e gestione di eventuali eventi avversi inattesi, la promozione di strategie a lungo termine sul rischio, in linea con le indicazioni regionali.

#### **Incident reporting**

L'incident reporting permette di analizzare e ridurre il rischio e gli eventi avversi.

Le informazioni raccolte attraverso le schede di segnalazione di eventi avversi/*near miss* consentono di tracciare il percorso che ha portato al verificarsi dell'evento, di imparare dall'esperienza e di migliorare la sicurezza e la qualità dei percorsi assistenziali.

Sebbene la sua implementazione sia abbastanza diffusa, si registra una variazione significativa nel numero di eventi registrati nelle diverse strutture.

Questa variabilità potrebbe essere affrontata attraverso campagne educative e di sensibilizzazione rivolte agli operatori sanitari, che evidenzino l'importanza della segnalazione degli incidenti e riducano le barriere psicologiche e pratiche nei confronti di tale processo.

Per favorire le segnalazioni da parte degli operatori è infatti necessario sviluppare una cultura della sicurezza che non colpevolizzi l'operatore che ha compiuto l'errore, ma sottolinei l'importanza dei dati e delle informazioni raccolte per la gestione del rischio e la definizione delle azioni da intraprendere.



## • RISCHI SPECIFICI

L'analisi dei dati relativi ai "Rischi Specifici" evidenzia aree di miglioramento su cui concentrare gli sforzi al fine di migliorare ulteriormente la loro gestione.

È incoraggiante notare che le Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico sono ampiamente applicate (nel 97% delle RSA e nel 100% delle RSD), mentre risultano in fase di implementazione solo in una piccola percentuale di RSA.

Tuttavia, le modalità di applicazione variano a seconda delle dimensioni delle strutture, evidenziando una maggiore attenzione a questi temi nelle strutture più grandi.

È importante garantire che anche le strutture di dimensioni più piccole attuino pienamente le raccomandazioni, per garantire la massima sicurezza e qualità dell'assistenza per gli ospiti.

### La Raccomandazione N. 4: "Prevenzione del suicidio di paziente"

Si potrebbe sostenere che i residenti delle RSA e delle RSD, seppur affetti da una malattia psichiatrica, abbiano un rischio ridotto di suicidio, in quanto valutati e sorvegliati 24h/24 e 7 giorni su 7. Tuttavia gli ospiti delle strutture sanitarie residenziali presentano un rischio di suicidio più alto rispetto agli anziani che vivono in comunità poiché spesso in condizioni che li predispongono a tale rischio, come patologie psichiatriche, compromissioni funzionali e isolamento sociale (A. O'Riley e coll., 2013)<sup>16</sup>.

Molti dei fattori di rischio legati ai comportamenti suicidari potrebbero essere modificati aumentando il benessere degli ospiti, attraverso una adeguata valutazione e gestione del rischio. Nel 2011 l'agenzia per la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), in collaborazione con il dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti ha emanato linee guida per la promozione della salute emotiva e la prevenzione del suicidio nelle comunità per anziani indirizzate ai manager e al personale sanitario di tali strutture. Tale guida dal titolo: "A Guide to Promoting Emotional Health and Preventing Suicide in Senior Living Communities"<sup>17</sup> è disponibile al seguente link:

[https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA\\_Digital\\_Download/guide.gettingstarted.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/guide.gettingstarted.pdf)

### La Raccomandazione N. 8: "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"

La Raccomandazione è stata indicata come "applicabile, ma non implementata" in alcune RSA e RSD. È invece fondamentale che sia implementata in tutte le strutture, in linea con la normativa nazionale<sup>18</sup> e regionale<sup>19</sup> e le linee di indirizzo regionali<sup>20</sup>.

Gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano eventi sentinella per i quali è necessario intervenire con misure di prevenzione e protezione. È quindi necessario investire sulla formazione del personale sanitario con percorsi che contribuiscano alla comprensione del fenomeno e all'adozione di misure (organizzative, tecnologiche e strutturali) che permettano la diminuzione del rischio di comportamenti aggressivi e una loro migliore gestione (ad esempio, attività formative di de-escalation della violenza).

### L'antibiotico-resistenza/Consumo di antibiotici

È un aspetto rilevante per i residenti delle RSA e delle RSD in quanto soggetti con un rischio aumentato di contrarre infezioni rispetto al resto della popolazione. L'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Regione Toscana indica che in RSA accedono nel 70% dei casi anziani non autosufficienti con più di 3 patologie croniche, sottoposti a procedure e a interventi di supporto vitale invasivi. Gli antibiotici risultano essere tra i farmaci più comunemente somministrati, in particolare le penicilline (39%), i fluorochinoloni (19%), le cefalosporine (18%) e i macrolidi (14%). Il Protocollo per le indagini di prevalenza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e all'uso di antimicrobici in strutture europee di assistenza a lungo termine, redatto dall'European Centre for Disease Prevention and Control (2023), documenta un uso inappropriato di antibiotici tra i residenti, in particolare quelli per la batteriuria asintomatica e le sindromi simil-influenzali.

Si suggerisce quindi alle strutture di implementare azioni di miglioramento per ridurre l'uso di antibiotici, migliorarne l'appropriatezza prescrittiva e contrastare l'antibiotico-resistenza, ad esempio attraverso:

- *la formazione del personale* sull'uso corretto degli antibiotici. L'attività formativa dovrebbe includere la consapevolezza dei rischi associati all'abuso di antibiotici, nonché l'importanza della terapia antibiotica appropriata e della prevenzione dell'antibiotico-resistenza;

- 
- *la collaborazione interdisciplinare* tra e con diversi professionisti sanitari (medici specialisti in malattie infettive, microbiologia, ecc. o farmacisti clinici, anche di altri enti/strutture), per garantire un approccio multidisciplinare alla gestione degli antibiotici;
  - *le linee guida cliniche*, basate sull'evidenza per la prescrizione degli antibiotici, che dovrebbero essere accessibili a tutto il personale medico e infermieristico ed essere aggiornate regolarmente in base alle nuove evidenze scientifiche;
  - *la stewardship degli antibiotici*, implementando programmi che prevedano l'attuazione di politiche e procedure mirate a promuoverne l'uso responsabile, il monitoraggio delle prescrizioni, la revisione regolare delle terapie e l'educazione del personale;
  - *il monitoraggio del consumo e delle resistenze*, tenendo traccia delle prescrizioni, delle dosi somministrate e del consumo effettivo e mappando la prevalenza delle resistenze agli antibiotici nella struttura.

### L'uso di benzodiazepine

I residenti delle RSA e RSD presentano spesso condizioni di salute con compromissioni cognitive e funzionali che li portano a dover assumere più farmaci contemporaneamente. Un recente studio condotto in case di cura norvegesi ha dimostrato che il tasso di prescrizione di psicofarmaci come antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, sedativi e ipnotici è aumentato di quasi il 10%, 6 mesi dopo il ricovero in casa di cura (Callegari et al., 2021)<sup>21</sup>. Per questo motivo gli antipsicotici necessitano di un monitoraggio rigoroso del mantenimento dei benefici e del profilo di sicurezza e possono essere oggetto di iniziative di miglioramento della qualità, come suggerito dalle raccomandazioni italiane in materia.

Si suggerisce di implementare azioni di miglioramento attraverso, ad esempio:

- *la formazione del personale* medico e infermieristico, fornendo indicazioni sulla corretta prescrizione e somministrazione delle benzodiazepine;
- *la valutazione iniziale e la rivalutazione di ciascun ospite*. È essenziale stabilire protocolli di rivalutazione periodica per determinare la necessità continua di questo tipo di farmaci, prevedendo la riduzione graduale o la sospensione laddove non più necessario;
- *l'utilizzo di protocolli d'uso*, privilegiando l'utilizzo a breve termine delle benzodiazepine e l'uso di alternative non farmacologiche per gestire disturbi come l'ansia e l'insonnia.



### Il Piano di business continuity (piano di continuità operativa)

È un processo di gestione che identifica le minacce e il loro impatto sull'organizzazione, pianificando e rispondendo sollecitamente a eventi/disastri, al fine di garantire un ripristino tempestivo delle attività delle RSA e delle RSD, di fronte a interruzioni che comporterebbero danni per l'organizzazione, i dipendenti e gli ospiti.

La pianificazione della continuità operativa permette di valutare a priori la capacità di erogazione dei servizi ai residenti della struttura e di individuare strategie alternative per continuare a operare durante eventi ed emergenze.

Si suggerisce, ad esempio, di implementare un piano di continuità operativa, che contempli i principali eventi emergenziali (es. terremoto, allagamento, incendio, ecc.) o interruzione non prevista di forniture (es. energia elettrica, acqua, telecomunicazioni, gas medicali, ecc.).

Il piano dovrebbe prevedere almeno:

- *l'identificazione dei rischi e la valutazione di impatto degli eventi;*
- *la pianificazione delle risposte per garantire la continuità operativa e la sicurezza di ospiti e operatori;*
- *la definizione di ruoli e responsabilità;*
- *il backup o le scorte di risorse, di strumenti, di forniture, nonché modalità di esecuzione, in altre strutture, di prestazioni temporaneamente non erogabili in loco (ad esempio tramite contratti o convenzioni);*
- *la formazione del personale e l'esecuzione periodica di esercitazioni e simulazioni.*





## • QUALITÀ

Per promuovere una cultura della qualità sono decisive leadership e ambiente istituzionale, inteso come la cornice entro la quale esistono regole, protocolli e persone che formano l'organizzazione. Lavorare "in qualità" permette di collocare l'utente al centro del servizio socio-assistenziale. I risultati dell'indagine hanno rivelato alcuni punti chiave che meritano attenzione e azione per garantire servizi sempre migliori.

Si suggerisce, ad esempio, di implementare azioni di miglioramento attraverso:

- *la formalizzazione del Sistema di Gestione della Qualità*: sebbene una percentuale significativa delle RSA e delle RSD dimostri una buona cultura della qualità, l'implementazione di un sistema di gestione della qualità formalizzato, come la certificazione ISO 9001, potrebbe consolidare ulteriormente gli sforzi e garantire la conformità ai requisiti normativi;
- *la definizione di obiettivi di miglioramento*: introdurre un piano di miglioramento periodico (es. annuale) che includa obiettivi relativi a diverse aree tematiche. Utilizzare, ad esempio, la metodologia SMART per garantire chiarezza, misurabilità, realismo, tempistiche, azioni concrete e motivazione, migliorando la pianificazione e il raggiungimento degli obiettivi;
- *una efficiente gestione documentale e delle registrazioni*, per garantire rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, attualità, pertinenza, completezza ed essenzialità. Sulla tematica specifica si consiglia la consultazione del "Manuale di gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria"<sup>22</sup> e del "Manuale del Fascicolo di Ricovero"<sup>23</sup> di Regione Lombardia (quest'ultimo redatto per i ricoveri ospedalieri, ma contenente nozioni applicabili alle strutture sociosanitarie);  
L'utilizzo di informazioni documentate (procedure, istruzioni operative, moduli di registrazione ecc.) relative alle attività svolte nelle residenze, permette di standardizzare le fasi operative, quindi di uniformare il modus operandi degli operatori e di progettare, gestire e valutare i processi aziendali, evitando di avere documenti che possono risultare ridondanti e dispersivi;
- *la promozione della cultura della segnalazione di eventi inattesi o non conformi* da parte del personale, in analogia con quanto scritto per l'Incident reporting. In relazione a questo



punto è auspicabile che in ogni struttura sia formalizzato e funzionante un sistema di registrazione, analisi e trattamento degli incidenti e degli eventi inattesi e non conformi.

## • COMUNICAZIONE

Un aspetto rilevante, alla base dell'interazione per le RSA/RSD, è la comunicazione: la modalità con cui sono trasferite le informazioni influenza la relazione tra ospiti, dipendenti e organizzazione e contribuisce a creare le fondamenta della cultura che si vuole trasmettere.

In tutte le organizzazioni la comunicazione influisce sull'orientamento dei servizi e sulla capacità di creare un'identità e valori comuni.

Si può comunicare in modo efficace anche misurando la soddisfazione dell'ospite e del caregiver, o analizzando il clima e la *job satisfaction* del personale operante in struttura.

Per migliorare la comunicazione e costruire relazioni efficaci tra gli ospiti, le loro famiglie e gli operatori sanitari delle RSA/RSD, potrebbe essere utile individuare un referente delle relazioni (detto anche *Family Navigator*), in presenza o supportato da tecnologie informatiche a distanza.

Si potrebbero inoltre ipotizzare azioni di miglioramento dell'efficacia e della chiarezza delle comunicazioni tra gli operatori sanitari, ad esempio:

- strutturando le modalità del passaggio di consegne e promuovendo metodi standardizzati come lo SBAR (Situazione, Background, Analisi, Raccomandazione);
- utilizzando strumenti digitali per la registrazione delle informazioni documentate.



## • RISCHIO PANDEMIA

I Piani strategico-operativi di preparazione e risposta a una pandemia influenzale devono indicare le azioni e gli strumenti di prevenzione e sorveglianza, con il dettaglio delle attività da attivare. È importante avere a disposizione dei sistemi di sorveglianza, gestione e organizzazione adattabili a seconda delle caratteristiche del microrganismo.

Il Piano di preparazione locale in risposta a una pandemia richiede di saper rintracciare gli scenari che si possono verificare e le relative misure urgenti da applicare. Ha lo scopo di facilitare il processo decisionale, la gestione delle risorse, della comunicazione e la collaborazione e integrazione tra i professionisti dell'organizzazione.

Il piano di preparazione locale dovrebbe:

- includere una lista di azioni da attivare in base agli scenari che potrebbero verificarsi durante le diverse fasi di una pandemia influenzale;
- facilitare il processo decisionale attraverso la definizione delle competenze e delle responsabilità (per ogni azione) dei professionisti coinvolti. La comunicazione e la collaborazione tra i membri dell'organizzazione dovrebbero essere parte integrante del piano;
- prevedere le risorse da utilizzare, includendo l'approvvigionamento di attrezzature mediche, DPI, farmaci e personale aggiuntivo. Il piano dovrebbe anche contemplare la gestione delle risorse umane, inclusa la formazione e la mobilitazione del personale in caso di necessità;
- essere valutato periodicamente. La pianificazione dovrebbe includere valutazioni e simulazioni regolari per garantire che il piano sia attuabile e che il personale sia adeguatamente preparato. Queste attività dovrebbero essere parte integrante della cultura organizzativa.

---

## CONCLUSIONI



La valutazione dei dati emersi dal sondaggio indica una serie di aspetti rilevanti in merito alla gestione del rischio nelle RSA e nelle RSD.

In generale, queste strutture si impegnano a promuovere la sicurezza delle cure in molte aree tematiche, sebbene con eterogenei livelli di intervento.

Uno dei punti chiave evidenziati è l'identificazione di un Risk Manager, o di altra figura dedicata, come riferimento per la gestione del rischio e promozione della sicurezza delle cure nelle strutture.

Emerge inoltre l'importanza dell'implementazione di sistemi di gestione del rischio o della qualità che prevedano strumenti per l'analisi e la riduzione degli eventi avversi (sui pazienti) e degli eventi indesiderati (a livello organizzativo). Eventuali campagne formative e di sensibilizzazione verso gli operatori potrebbero contribuire a promuovere una solida cultura della sicurezza.

I dati indicano anche che il percorso di implementazione delle raccomandazioni ministeriali applicabili non è ancora stato completato da tutte le strutture e che le modalità di gestione dei farmaci, in particolare gli antibiotici e le benzodiazepine, sono suscettibili di miglioramento.

Un altro elemento critico nella promozione della cultura della sicurezza è la comunicazione, interna ed esterna, utile per creare relazioni efficaci tra ospiti, famiglie e operatori sanitari. La standardizzazione delle modalità di comunicazione e l'uso di strumenti digitali potrebbero contribuire a migliorarne l'efficacia.

In un contesto di crescente consapevolezza dei rischi pandemici e di quelli legati alla continuità operativa, la preparazione e la pianificazione degli interventi di gestione delle emergenze sono essenziali. I piani di preparazione dovrebbero essere completi e adattabili al cambiamento del contesto, con una chiara definizione delle competenze e delle responsabilità del personale, nonché delle risorse di cui le strutture necessitano.

Per affrontare le sfide della sicurezza e della qualità dell'assistenza è infine auspicabile promuovere l'approccio di rete tra le strutture sociosanitarie, prevedendo strategie comuni che favoriscano la collaborazione, lo scambio di esperienze e delle buone prassi.



---

## BIBLIOGRAFIA





- <sup>1</sup> UNI ISO 31000:2018: "Gestione del rischio – Principi e Linee guida".
- <sup>2</sup> Legge 11 marzo 1988, n. 67 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)".
- <sup>3</sup> Ministero Sanità, Decreto n. 321/89 "Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67".
- <sup>4</sup> DPCM 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali".
- <sup>5</sup> Regione Lombardia, DGR 28 febbraio 1995, n. 5/64515: "Attivazione nuclei Alzheimer in Residenze Sanitarie Assistenziali e negli istituti di riabilitazione".
- <sup>6</sup> Regione Lombardia, Legge regionale n. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".
- <sup>7</sup> Regione Lombardia, DGR 7 aprile 2003, n. 7/12620 "Definizione della nuova unità di offerta "Residenza sanitario assistenziale per persone con disabilità" (RSD)".
- <sup>8</sup> Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- <sup>9</sup> Ministero Salute, Decreto 19 dicembre 2022, "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie."
- <sup>10</sup> Stavropoulou C., Doherty C., Tosey P., "How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review.", in *The Milkbank quarterly. A multidisciplinary journal of population health and health policy*, 2 dicembre 2015.
- <sup>11</sup> Prang I. W., Jelsness-Jørgensen L. P., "Should I report? A qualitative study of barriers to incident reporting among nurses working in nursing homes", in *Geriatric nursing*, 3 luglio 2014. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.07.003> (ultimo accesso in data 04/08/2023).
- <sup>12</sup> Mezuk B., Rock A., Lohman M.C., Choi M., "Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review", in *International journal of geriatric psychiatry*, 22 maggio 2014, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24854089/> (ultimo accesso in data 04/08/2023).
- <sup>13</sup> Brophy J., Keith M., Hurley M., "BreakingPoint: Violence Against Long-TermCareStaff", in *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy: NS*, 29 maggio 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30907683/> (ultimo accesso in data 04/08/2023).
- <sup>14</sup> Zito S., Poluzzi E., Pierantozzi A., Onder G., Da Cas R., Ippoliti I., Lunghi C., Cangini A., Trotta F., "Medication use in Italian nursing homes: preliminary results from the national monitoring system", in *Frontiers in Pharmacology*, 17 maggio 2023. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2023.1128605/full> (ultimo accesso in data 04/08/2023).
- <sup>15</sup> Aschbacher R., Pagani E., Confalonieri M., Farina C., Fazii P., et al., "Review on colonization of residents and staff in Italian long-term care facilities by multidrug-resistant bacteria compared with other European countries" in *Antimicrobial Resistance Infection Control*, 11 ottobre 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5057254/> (ultimo accesso in data 04/08/2023).





- <sup>16</sup> O'Riley A., Nadorff M. R., Conwell Y., Edelstein B., "Challenges Associated With Managing Suicide Risk" in *Long-Term Care Facilities*, 17 giugno 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012299/> (ultimo accesso in data 08/08/2023).
- <sup>17</sup> U.S. Department of health and human services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *A Guide to Promoting Emotional Health and Preventing Suicide in Senior Living Communities*, 2011. [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA\\_Digital\\_Download/guide.gettingstarted.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/guide.gettingstarted.pdf) (ultimo accesso in data 08/08/2023).
- <sup>18</sup> Legge 14 agosto 2020, n. 113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".
- <sup>19</sup> Regione Lombardia, Legge regionale n. 15/2020 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario".
- <sup>20</sup> Regione Lombardia, DGR 23 luglio 2019, n. XI/1986 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 - secondo provvedimento 2019", sub allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio".
- <sup>21</sup> Callegari E., "Psychotropic drug use in older adults living in nursing homes", 2023, <https://www.duo.uio.no/handle/10852/99256> (ultimo accesso in data 04/08/2023).
- <sup>22</sup> Regione Lombardia, DGR 9 gennaio 2013, n. 4659 "Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria".
- <sup>23</sup> Regione Lombardia, DGR 15 febbraio 2021, n. 4298 "Approvazione del manuale del fascicolo di ricovero – 3a edizione REV.01- 2021".

