

RELAZIONE ANNUALE RISK MANAGEMENT SANITARIO

2023



F O N D A Z I O N E

OPERA IMMACOLATA

CONCEZIONE ONLUS

INDICE

1. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE ORGANIZZAZIONE SANITARIE: UNO STRUMENTO DI CLINICAL GOVERNANCE	pag 3
2. LA FUNZIONE DI HOSPITAL RISK MANAGEMENT	pag 13
3. IL MODELLO ORGANIZZATIVO	pag 14
4. ILGRUPPO COORDINAMENTO AZIENDALE RISK MANAGEMENT	pag14
5. IL PROGETTO AZIENDALE	pag 15
6. IL PIANO 2020/2022	pag 19
<i>a. IL FASAS</i>	pag 21
<i>b. Consenso informato</i>	pag 22
<i>c. Ufficio di Protezione Giuridica (UPG)</i>	pag 22
<i>d. Procedure e Protocolli</i>	pag 22
<i>e. Quanto fatto nel 2017-2019</i>	pag 23
<i>f. Autocontrollo</i>	pag 30
<i>g. Cosa fatto nel 2021-2022</i>	pag 30
<i>h. Per il 2023?</i>	pag 33
<i>i. Monitoraggio eventi avversi e disservizi, compilazione di non conformità e azioni conseguenti</i>	pag 35
<i>j. Gruppo Coordinamento aziendale Risk Management</i>	pag 36
<i>k. Formazione sulla mediazione</i>	pag 36
7. SCHEDE DI MOBILITA'	pag 36
8. SICUREZZA OSPITI	pag 37
9. BIBLIOGRAFIA	pag 38
10.SITOGRAFIA	pag 39

1. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE: UNO STRUMENTO DI CLINICAL GOVERNANCE

Nella gestione del rischio clinico si deve tener presente sia il coinvolgimento dell'ospite, dei familiari e dei caregivers sia una adeguata organizzazione del lavoro avendo come fari di guida la sicurezza del servizio offerto e il cambiamento culturale di tutto il personale, compresa la dirigenza e i responsabili dei processi aziendali verso la cultura del rischio. La sicurezza degli ospiti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari attualmente chiamati ad un particolare impegno nella definizione delle politiche e delle strategie in questo settore.

In ambito sanitario, come in altri sistemi complessi, possono verificarsi incidenti ed eventi avversi che in presenza di adeguate ed appropriate azioni di prevenzione e rimozione dei fattori causali possono essere controllati ed attenuati. Le strategie per la sicurezza dei pazienti si fondano su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti. Il problema della sicurezza ha un forte impatto sulla qualità delle cure e sulla fiducia dei cittadini nei confronti della R.S.A. e deve essere affrontato con la partecipazione attiva di tutte le componenti e in particolare di cittadini, ospiti e familiari.

Infatti il coinvolgimento della persona nelle decisioni che riguardano la propria salute fa acquisire una maggiore consapevolezza e responsabilità che porterà a seguire correttamente il proprio programma terapeutico ed attivare tutte le proprie risorse per il proprio benessere. L'interazione positiva tra pazienti, suo familiare e l'R.S.A. determina un miglioramento del clima organizzativo e favorisce da parte degli ospiti, e dei loro familiari, l'impegno per un uso più corretto dei servizi concorrendo con indicazioni e suggerimenti. Quanto scritto sembra rientrare, talaltro, nelle politiche perseguite da Regione Lombardia con le DGR di settore emanate negli ultimi anni.

Pertanto, curare ospiti informati e consapevoli viene considerato determinante per l'efficacia terapeutica, la sicurezza delle procedure e quindi la gestione del rischio clinico.

Parlare di "qualità delle" cure oggi significa parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni ma anche e soprattutto di **sicurezza** del servizio offerto.

Il termine "sicurezza" in tutto il mondo imprenditoriale, e non diversamente nelle aziende sanitarie, evoca immediatamente il rispetto di norme, regolamenti e disposizioni legislative, spostando l'attenzione del problema sugli aspetti prettamente strutturali e tecnologici o sulla sorveglianza sanitaria degli operatori coinvolti. Sono esempi concreti il D.Lgs. 231/2001 e il D.Lgs. 81/2008 e ancor prima il D.Lgs. 626/94.

Se una R.S.A., o più genericamente una struttura sanitaria, provoca un danno ad un ospite che si rivolge alla struttura per ottenere delle cure, o comunque con lo scopo di migliorare le proprie condizioni di salute, viene meno lo scopo per il quale è stata concepita la struttura stessa. Quindi si verifica il fallimento non tanto della singola prestazione ma dell'intero sistema.

In effetti è ormai tempo di pensare alla sicurezza come ad un requisito del sistema e all'evento avverso come al frutto di una interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo piuttosto che alla conseguenza di un singolo errore umano.

Si tratta quindi di superare l'approccio punitivo dell'errore e di promuovere quel **cambiamento culturale** già iniziato da tempo nel mondo anglosassone. È più semplice, quando qualcosa non funziona, colpevolizzare l'operatore direttamente coinvolto mentre in realtà spesso può essere solamente l'ultimo e più debole anello della catena degli eventi che hanno innescato l'errore e conseguentemente il danno.

Ciò che serve è consentire l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato. Per ottenere ciò occorre un sistema che renda possibile la rilevazione di tutti gli errori, anche quelli

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

che non hanno generato direttamente un evento avverso. Poter avere accesso ai dati per fattispecie.

Progettare, tuttavia, sistemi di cura finalizzati alla prevenzione degli errori non è facile e occorre, come si diceva, un cambiamento culturale che può essere approntato solo nell'arco degli anni.

Uno degli ostacoli al cambiamento consiste nella scarsa visibilità degli errori, che nella maggior parte dei casi non vengono segnalati dal professionista, magari frenato dal timore di essere giudicato negativamente dai colleghi e dal timore delle ripercussioni civili e penali che l'errore comporta. Dunque si deve puntare, almeno inizialmente, sulla sovrastruttura mentale dei dipendenti, a partire dalle figure apicali, dominati dalla cultura della colpevolizzazione presente non solo nei luoghi di lavoro ma anche negli ambienti familiari e sociali in cui si vive. Per promuovere il cambiamento culturale utile all'avvio di un sistema di gestione del rischio, è fondamentale individuare e promuovere una leadership forte che individui come prioritario l'obiettivo di garantire la sicurezza delle prestazioni sanitarie, e non solo, per l'ospite, attraverso sistemi di Risk management che prevedano, se necessario, anche la profonda revisione e modifica dei processi. Tale leader, dunque, deve avere una mentalità aperta al cambiamento (interiore e esteriore) ed all'osservazione dell'ambiente circostante in maniera tale da cogliere tutti gli aspetti lavorativi che in una R.S.A. sono frutto dell'intersezione di diversi micro mondi e microsistemi.

I vantaggi offerti dallo sviluppo e applicazione di un sistema di gestione del rischio sono molteplici ed hanno ricadute positive sia per l'organizzazione che per l'ospite, ma anche per i familiari, i lavoratori e tutti i caregivers. Si ottengono in tal modo miglioramenti:

- sulla qualità dell'assistenza, riducendo i rischi legati al processo diagnostico, terapeutico assistenziale e offrendo maggiori garanzie di sicurezza all'ospite;
- sui professionisti che operano nell'organizzazione, tutelandoli rispetto alle accuse di malpractice (letteralmente pratica illecita);
- sull'immagine dell'azienda;
- sui premi assicurativi (si può individuare meglio il tipo di polizza necessaria a coprire il rischio o chiedere all'assicuratore una polizza su misura, facendo valere nella quantificazione del premio, l'analisi effettuata e le misure di prevenzione adottate con il Sistema di Risk Management).

Cosa è il Rischio Clinico?

Risk Management significa letteralmente "Gestione del Rischio". Per **rischio** si intende la probabilità di accadimento di tutti quegli eventi che possono comportare perdite o danni per l'azienda e le persone coinvolte (es. danni alle strutture, danni alle persone fisiche, danni economici o di immagine). Il Risk Management non è solo il rischio clinico.

Parte della letteratura definisce Il **Risk Management** (RM) come il sistema, "fondato su una **metodologia logica e sistematica** che consente, attraverso step successivi, di identificare, analizzare, valutare, comunicare, eliminare e monitorare i rischi associati a qualsiasi attività, o processo in modo da rendere l'organizzazione capace di minimizzare le perdite e massimizzare le opportunità". Dunque si parla di minimizzare le perdite ma, cosa ancor più interessante, di trasformare i difetti organizzativi, e non solo, in opportunità. Pertanto il Risk management appartiene, a nostro avviso, ad una visione positiva e propositiva della realtà alla quale, però, è difficile, soprattutto per la cultura dominante del nostro secolo, aderire appieno.



R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Conoscere in modo preventivo i rischi è il primo passo fondamentale per il risk management (quali sono gli eventi potenzialmente dannosi, con quale frequenza si possono manifestare e quale impatto possono avere). Senza la conoscenza, e la conoscenza del rischio in particolare, non c'è possibilità di preparare o di adottare azioni correttive e preventive migliorative. Questa fase di **valutazione del rischio** deve essere necessariamente un processo continuo finalizzato al miglioramento. Ciò è reso ancor più veritiero dal fatto che, nel tempo, i fattori esterni o interni di rischio possono continuamente cambiare. Si deve, dunque, esaminare una previsione dei costi di gestione del rischio, in termini di risorse economiche, di capacità e di mezzi. Nell'analisi di tali costi di gestione del rischio si deve tener presente di non superare i costi di eventuali danni causati dal concretizzarsi del rischio stesso. Ogni attività umana porta con sé una dose di rischio, c'è un detto che recita *"chi lavora sbaglia"*. L'attività di una struttura sanitaria sia essa un ospedale, un ambulatorio, una R.S.A., un CDI o un servizio di assistenza domiciliare comporta una dose di rischio particolarmente elevato per la natura stessa delle prestazioni e del servizio che offre. Questo è facilmente spiegabile in una R.S.A. che ha un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori che sono eterogenei e dinamici, dove intervengono moltissime variabili, tra cui possiamo menzionare: la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze dei professionisti; l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire; la fisiologicità dell'errore o che determinate cure non vadano a buon fine con relativo calcolo delle probabilità presenti anche in letteratura. Il sistema in una R.S.A. è come una scacchiera dove tutti gli elementi dell'apparato devono integrarsi tra loro per rispondere al bisogno di salute dell'ospite, garantendogli la miglior cura possibile e tenendo sempre ben presente l'aspetto fondamentale: la sua sicurezza. Si riportano di seguito alcune iniziative a carico di enti di formazione. Il CEN (European Committee for Standardization), l'ente di normazione europeo, ha promosso l'elaborazione di progetti per la creazione di standard di sicurezza per il paziente. L'ISO (International Organization for Standardization) ha emesso la norma ISO/IEC Guide 73:2002, *"Risk Management - Vocabulary – Guidelines for use in standards"*, mentre l'AS (corporazione australiana che tra le varie attività sviluppa standard tecnici) ha emesso nel 1999 la norma AS/NSZ 4360 che fornisce una generica guida per la costruzione e implementazione di un sistema di risk management. Nei Paesi di diritto Romano quasi tutte le aziende ospedaliere hanno adottato un approccio prevalentemente amministrativo al problema del rischio. Tale approccio ha limitato l'azione all'acquisto della polizza assicurativa, mentre risulta oramai necessario lo sviluppo di una **"cultura del rischio"**, focalizzata su un sistema diretto alla prevenzione e legittimato dalla convinzione che gli errori raffigurano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento. Da ultimo il documento UNI/PdR 129:2022 *"Linee guida per la gestione delle emergenze sanitarie nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)"* pubblicato il 22 giugno 2022.

Secondo una parte della dottrina di cui uno dei massimi esperti è **Lucian Leape** (L. L. Leape; *"Reporting of adverse events"*; 2002; New Engl J Med), **i procedimenti punitivi incentivano l'occultamento degli errori anziché affrontarli, analizzarli e trovarne una soluzione.**

Per promuovere questa nuova cultura del rischio come opportunità di miglioramento occorre adottare meccanismi di prevenzione, di revisione critica dei processi, di messa a punto di protocolli per la riduzione del rischio stesso. **Ancora l'addestramento degli operatori ad adottare comportamenti corretti e validati riduce il rischio di errore, consentendo di agire in anticipo, ancor prima che il danno si verifichi.**

La letteratura distingue, nelle organizzazioni sanitarie, differenti tipologie di rischio:

_ Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa ben declinati nel D.Lgs. 81/08.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Questi rischi sono generalmente classificati, in rischio fisico, chimico e biologico;

_ **Rischio “non clinico”**: sono i problemi di sicurezza generale, ad esempio gli eventi catastrofici (incendi, terremoti, trombe d’aria, ...), i rischi finanziari e organizzativi generali oltre che quelli economici e di immagine legati ai danni per gli ospiti;

_ **Rischio Clinico**: riguarda gli ospiti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati dal trattamento sanitario.

Secondo la nostra filosofia si deve partire dal terzo tipo di rischio per attenuare i primi due, anche se il rapporto tra le tre tipologie di rischio non segue una logica prettamente consequenziale ma piuttosto trasversale.

Il rischio clinico è stato definito come la *“probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile anche se in modo involontario, alle cure prestate durante il periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”* (Kohn, IOM-Institute of Medicine 1999). A nostro modesto avviso questa definizione, ancorché autorevole, è troppo rigida per descrivere in maniera adeguata il problema della sicurezza in ambito socio-sanitario; l'esperienza mostra, come dicevamo, che i tre tipi di rischio sono tra loro connessi e un medesimo rischio può appartenere a più aree.

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l'errore e i possibili danni che ne possono derivare. Dagli studi effettuati in ambito di Risk Management si riscontra che in letteratura è possibile ritrovare molte definizioni di errore e di evento avverso. Tutte le definizioni sembra condividono alcune caratteristiche comuni:

- l'errore è una insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate;
- l'errore è un'azione non sicura, dettata ad esempio dalla fretta, dalla distrazione o dalla mancata concentrazione (perché l'attenzione è rivolta, ad esempio, ad argomenti non inerenti all'operazione che viene svolta), o una omissione con conseguenze negative potenziali sull'esito del processo di cura. Un ambiente di lavoro con frequenti interruzioni che portano una persona a dimenticare di fare qualcosa, mancata osservanza di protocolli di igiene, farmaci diversi in contenitori simili, e altro ancora, sono difetti del sistema che possono generare facilmente errori. Sistemi scarsamente progettati e poco controllati, inoltre non solo generano facilmente errori, ma ne rendono difficile il riconoscimento e quindi la possibile prevenzione;
- l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da pari di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per l'ospite o per le persone in genere;
- L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso per l'ospite; Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

• Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei *near miss* (quasi eventi). Una delle distinzioni più importanti è quella tra errore attivo ed errore latente;

- ✓ L'errore attivo è per lo più ben identificabile, prossimo in senso spaziotemporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso esso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o dovuta ad un incidente;
- ✓ Gli errori latenti sono invece, per lo più, insufficienze organizzative gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo. Solo attraverso opportune analisi, l'ascolto e l'osservazione, è possibile identificare le cause di errore, attivi e latenti e apportare le azioni correttive che miglioreranno i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

L'interazione tra le diverse componenti del sistema: tecnologica, umana e organizzativa porta alla maggior parte degli incidenti nelle organizzazioni complesse come quelle sanitarie.

Secondo noti studi dello psicologo **James Reason**, avvenuti negli anni novanta, si è evidenziata la correlazione uomo-ambiente nella catena di generazione dell'evento avverso. Lo psicologo ha elaborato un modello chiamandolo "*formaggio svizzero*" con il quale descrive ogni strato difensivo dell'organizzazione come una serie di fette di formaggio svizzero che scivolano l'una sull'altra mediante continui moti. Le insufficienze dell'organizzazione sono rappresentate dai buchi nelle fette di formaggio; la compresenza di diversi fattori negativi che inducono all'errore è paragonabile all'allineamento dei buchi che permette il concatenarsi di quelle condizioni che portano al verificarsi dell'evento avverso o all'incidente con il potenziale danno correlato.

Questo studio uomo-ambiente ci fa ben capire come sia da tener presente il benessere dei lavoratori quale elemento essenziale di un buon andamento della struttura stessa in un'ottica di Risk Management e prevenzione dell'errore.

In ambito sanitario sono molteplici i fattori che concorrono a definire il "grado di rischio" del sistema, che possono essere schematizzati nelle seguenti classi:

a) Fattori strutturali-tecnologici

- _ caratteristiche del fabbricato e della impiantistica (progettazione e manutenzione)
- _ sicurezza e logistica degli ambienti
- _ apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, verifica elettrica, taratura)
- _ infrastrutture, reti, digitalizzazione...

b) Fattori organizzativo gestionali e condizioni di lavoro

- _ struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro)
- _ politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento, carico di lavoro, turnazione
- _ sistema di comunicazione organizzativa
- _ coinvolgimento degli stakeholders
- _ aspetti ergonomici (postazione di lavoro, monitor, allarmi, rumore, luce...)
- _ politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, sistemi di segnalazione degli errori.

"La struttura organizzativa, la gestione del personale, la definizione delle competenze e delle responsabilità, l'attenzione della direzione alla promozione della sicurezza dell'ospite, la realizzazione sistematica di programmi di formazione e l'aggiornamento professionale sono fattori che concorrono a produrre una "cultura aziendale" connotata da senso di appartenenza e orientata al miglioramento continuo, che può modificare i comportamenti individuali e collettivi verso livelli di maggiore responsabilizzazione e condizionare in modo significativo il grado di rischio aziendale".

c) Fattori umani

- _ personale: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione della responsabilità, condizioni mentali e fisiche) e competenza professionale
- _ dinamiche interpersonali e di gruppo.

In una organizzazione sanitaria le risorse umane rappresentano il fattore di maggior criticità. Una pluralità di specialisti e figure professionali che si integrano, scambiandosi informazioni critiche in modo efficiente e efficace, concorrono al buon esito della prestazione sanitaria. In tal senso va valorizzata la professionalità e la responsabilizzazione di ogni lavoratore presente in struttura. Fattori fondamentali per il buon esito degli interventi e la riduzione dei rischi correlati sono l'efficacia della comunicazione interpersonale e il grado di collaborazione tra le diverse figure

dell'équipe. Anche in tale accezione quanto detto si può verificare solo con una forte leadership che esprime i valori della gestione del rischio presente in struttura.

d) Caratteristiche dell'utenza

- aspetti socioculturali

- rete sociale

e) Fattori esterni

_ normativa e obblighi di legge

_ vincoli finanziari

_ contesto socio-economico e culturale

_ influenze della opinione pubblica e dei media, delle associazioni professionali e di pubblica tutela

_ assicurazioni.

Gestione del rischio clinico

Nel glossario del Ministero della Salute la "Gestione del Rischio Clinico" viene definita come:

"Processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti".

Gestire il rischio clinico, ovvero, gestire la sicurezza in una organizzazione, significa quindi, individuare, valutare e trattare i rischi connessi all'attività e utilizzare modalità per prevenirli o limitarne gli effetti.

Attraverso la gestione del rischio clinico si accresce la sicurezza degli ospiti, si migliorano gli *out come* (letteralmente = risultati) ed indirettamente si riducono i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili, il che suscita sempre un grosso interesse nelle organizzazioni aziendali di ogni ordine e tipo. Inoltre si contribuisce alla realizzazione di un ambiente sereno con la conseguenziale riduzione da stress correlato.

Per far ciò è necessario elaborare un sistema rigoroso di analisi dei rischi da programmare mettendo in gioco tutte le figure professionali aziendali (*responsabili del servizio*) direttamente interessate nel processo della gestione del rischio.

La funzione di gestione del rischio fornisce all'organizzazione le informazioni necessarie per imparare dagli errori. In tal senso un aspetto fondamentale che non si può trascurare consiste nella necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che

gestisce i rischi: passare cioè da un sistema reattivo a un sistema preventivo e proattivo.

Si rende necessario un aumento dell'attenzione alla sicurezza degli ospiti a tutti i livelli dell'organizzazione, in quanto gli eventi avversi rappresentano un problema di qualità delle cure e sono quindi un problema strettamente clinico, ma riguardano anche altri aspetti quali i costi sostenuti dalla struttura sanitaria e anche la perdita di fiducia degli stakeholder nei confronti dell'organizzazione. Il principio sul quale si deve basare qualsiasi azione di gestione del rischio è il coinvolgimento di tutti i caregivers, ospiti inclusi.



R.S.A. Domus Pasotelli Romani

“Tutte le azioni intraprese nell'ambito della gestione del rischio clinico devono essere sostenute da una visione dell'errore come occasione di apprendimento e miglioramento abbandonando il comune atteggiamento di colpevolizzazione. Questo non significa dimenticare la responsabilità davanti agli eventi avversi, soprattutto nei casi in cui siano frutto di azioni od omissioni gravi, ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se eliminate, eviteranno il ripetersi dell'evento in futuro”. Affinché ciò possa verificarsi è necessario che siano condivisi alcuni valori fondamentali come la trasparenza, la collaborazione tra operatori, la comunicazione con l'ospite, l'impegno per il miglioramento continuo della qualità e la disponibilità a mettere in discussione il proprio operato e le proprie convinzioni. Dunque abbandonare una posizione prettamente difensiva per assumere un comportamento più maturo che consiste nel mettersi positivamente continuamente in discussione.

È fondamentale partire dal principio, in prima istanza, di considerare l'errore come “*difetto del sistema*” e non del singolo professionista pianificando e implementando programmi aziendali di gestione del rischio clinico e solo con i dipendenti recidivi e che violano i protocolli in essere agire



in maniera “punitiva” considerando che il fine di ogni azione deve comunque essere sempre di natura educativa. I fattori individuali hanno un peso importante nella pratica clinica, ma spesso sono altre componenti, legate all'organizzazione, che determinano il verificarsi dell'errore; per tale motivo assume importanza fondamentale identificare e segnalare qualsiasi errore, sia che esso abbia causato un evento avverso, che un *near miss*.

La letteratura internazionale, soprattutto nei paesi anglosassoni, ha sviluppato diversi metodi e strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio.

“La finalità dei metodi di analisi è di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e implementare le barriere protettive che possano permettere di prevenire e ridurre l'accadimento di tali eventi”.

Si distinguono due macrosistemi di approccio:

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

- **Approccio proattivo:** dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti si individuano ed eliminano le criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi, pertanto prima che un evento produca un effetto lo stesso viene affrontato.
- **Approccio reattivo:** si ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti, che hanno portato ad un evento avverso, con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento. Questo il sistema utilizzato dall'aviazione in generale.

Strumenti per l'identificazione dei rischio

_ Incident reporting (segnalazione degli incidenti): consiste in una segnalazione spontanea degli eventi. Esso consente di segnalare, anche in forma anonima, l'errore e le circostanze entro cui si è verificato l'evento; successivamente viene effettuata un'accurata analisi della scheda, dalla quale è poi possibile ricavare dei dati che permettano di capirne le cause dell'errore e di mettere in atto tutte quelle azioni correttive o preventive che possono evitare il ripetersi dello stesso.

_ Briefing della sicurezza (incontri, riunioni): è uno strumento che assicura una cultura e un approccio condiviso alla sicurezza dell'ospite. È un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza dell'ospite viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni di rischio. Consiste in una breve riunione (*briefing*) strutturata, riguardante i potenziali rischi per l'ospite presenti nell'unità operativa. Esse possono essere effettuate all'inizio del turno con tutti gli operatori che si occupano della cura dell'ospite stesso.

_ Safety walkaround (giri per la sicurezza): consistono in visite che i referenti per la sicurezza, con mandato della Direzione, effettuano nelle unità operative per identificare, con il personale, i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Le informazioni raccolte spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare a volte alla risoluzione immediata della problematica migliorando da subito l'assistenza a garanzia della sicurezza per l'ospite.

_ Focus group: possono essere effettuati con singole figure professionali o con l'intera équipe, con l'ospite e con i familiari. La discussione della durata di circa 1 o due ore deve essere condotta da un moderatore preparato. Il gruppo deve essere formato da otto, dodici persone al massimo. Le domande poste devono essere aperte e deve essere consentito il confronto e l'interazione tra il gruppo. Durante la discussione possono emergere eventi o quasi eventi, insufficienze del sistema e altri elementi che possono concorrere a determinare la cultura della sicurezza.

_ Revisione di cartelle cliniche: la revisione delle cartelle cliniche ha rappresentato la pietra miliare negli studi sugli errori in sanità. Rappresenta il metodo usato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli. Tale processo può essere utilizzato per monitorare i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad esempio, si introducono pratiche più sicure e, attraverso la revisione, si valuta il livello di aderenza alle stesse. Questo viene reso più fruibile dall'adozione della cartella clinica informatizzata.

_ Screening: tale metodo ha lo scopo di identificare possibili eventi avversi utilizzando i dati disponibili nei sistemi sanitari come gli archivi cartacei o le banche dati. In tal senso è fondamentale avere un sistema di raccolta dati efficiente ed efficace.

Strumenti di analisi del rischio

Tra i diversi tipi di approcci possibili, essendo l'obiettivo di chi eroga prestazioni sanitarie quello di realizzare un processo sanitario sicuro, l'approccio proattivo è da preferire a quello reattivo.

Esistono strumenti di analisi proattiva e analisi reattiva del rischio:

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

_ **Lo strumento di analisi proattiva è la FMECA (failure mode effects and criticality analysis)** che si basa sull'individuazione e analisi critica dei modi di guasto/errore e dei loro effetti nello svolgimento di una attività. L'obiettivo che la FMECA si pone è quello di ridurre gli eventi sfavorevoli relativi alle procedure, alle attività mal eseguite o non eseguite durante un processo di erogazione del servizio, o alla cattiva manutenzione e/o gestione delle apparecchiature elettromedicali; essa mette in evidenza le criticità, classificandole secondo la priorità di rischio, e definisce gli strumenti correttivi per trattare le stesse.

_ **Lo strumento di analisi reattiva e la Root Causes Analysis (RCA).**

L'analisi reattiva è uno studio a posteriori degli incidenti che si sono verificati, mirato a individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi. Essa analizza un evento dopo che lo stesso ha già prodotto un effetto, non necessariamente rappresentato da un incidente o un danno.

La *Root Causes Analysis* è un'analisi delle cause profonde che mira a individuare le cause radice di un evento pianificando, successivamente, le soluzioni possibili. Questa indagine non si potrà limitare all'identificazione dell'errore ma dovrà analizzare l'intero processo a monte.

_ **L'audit clinico:** il termine audit deriva dal latino "audio" che significa ascoltare, apprendere.

In ambito sanitario è stato introdotto da **Florence Nightingale**, infermiera e statistica, nel 1854 durante la guerra di Crimea, in relazione all'elevata mortalità dei pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico. Dopo l'applicazione del metodo di analisi, in base ai dati ottenuti, introdusse rigorose misure preventive che consentirono di ridurre i tassi di mortalità dal 40% al 2%.

L'audit consiste in una serie di incontri in cui l'équipe, possibilmente multidisciplinare e multiprofessionale, analizza un caso clinico o un percorso assistenziale, identificando gli scostamenti rispetto a standard prefissati o, se essi non sono disponibili, in base al parere di esperti interni ed esterni all'équipe stessa. L'audit clinico si avvale della documentazione clinica e amministrativa e di eventuali testimonianze per fornire alla discussione più informazioni possibili.

La recente bibliografia scientifica, definisce la *clinical governance* (governo clinico assistenziale) come "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili". Si evince, dunque, che occorre una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili e garanti dell'erogazione di prestazioni assistenziali che siano di alta qualità, sicure e centrate sul paziente/ospite/residente per le RSA.

"Il Governo Clinico rappresenta il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo".

Vanno costruite le condizioni che rendono possibile un agire in modo coordinato e coerente sull'insieme dei determinanti della pratica clinica, e quindi, della qualità di quest'ultima, attraverso la formazione dei professionisti, il monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro risultati (audit clinico) e la gestione dei rischi clinici implicati nell'assistenza sanitaria (risk management). Il governo clinico si propone come la costruzione della infrastruttura necessaria al pieno utilizzo delle metodologie già conosciute e come lo stimolo ad un ripensamento critico rispetto al modo in cui tali strumenti sono stati impiegati.

"Dal momento che non si può pensare di governare ciò che non si conosce, certamente la più immediata implicazione pratica del Governo Clinico è rappresentata dalla costruzione delle condizioni clinico organizzative necessarie a sviluppare, in modo sistematico e continuativo, la sorveglianza e il monitoraggio dei processi assistenziali. Per realizzare il necessario cambiamento culturale nelle varie Unità Operative Aziendali, il governo clinico ha da una parte la necessità di

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

fondarsi su principi e valori condivisi che gli conferiscano la necessaria credibilità e dall'altra di identificare precisi ambiti di responsabilità per la sua traduzione operativa”.

PRINCIPI GENERALI E CORRISPONDENTI STRUMENTI PER IL GOVERNO CLINICO
Condivisione multidisciplinare e trans-professionale
Adozione di Linee Guida e loro traduzione in percorsi diagnostico-terapeutici condivisi; coordinamento e integrazione tra servizi attraverso le appropriate soluzioni organizzative e relazioni funzionali
<i>Evidence-based medicine</i> : Facilità di accesso a informazioni scientifiche primarie e secondarie sulla efficacia degli interventi sanitari
Imparare dall'esperienza: Audit clinico, carte di controllo, gestione del rischio
Responsabilizzazione. Documentazione della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati attraverso criteri di valutazione, indicatori e standard di riferimento appropriati
Sviluppo professionale Formazione orientata a incentivare la conduzione delle attività sopra citate

Governare gli interventi sanitari consiste non tanto dell'abilità del singolo operatore, ma piuttosto del team nel suo insieme e del grado di coordinamento e integrazione costruiti, attraverso gli appropriati assetti organizzativi, tra e nelle singole Unità di Offerta. La responsabilizzazione del singolo sta nella forza del team e nella capacità del leader di lasciare un margine discrezionale al singolo stesso nel rispetto delle regole, protocolli e linee guida.

Questa esigenza richiede condizioni che sono realizzabili solo in una visione integrata dell'assistenza, centrata sull'ospite e sull'insieme del suo percorso assistenziale.

Per ottenere i risultati desiderati è necessario che vi sia un ambiente organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

“La politica di attuazione del Governo Clinico richiede un approccio di “sistema” e va realizzata tramite l'integrazione di vari strumenti operativi che sono tra di loro interconnessi e complementari e richiedono un approccio integrato”.

Infine non si deve dimenticare che l'efficacia del Governo Clinico Assistenziale è condizionata dalla sua capacità di attraversare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, per consentire ai professionisti di raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione continua professionale.

2. LA FUNZIONE DI HOSPITAL RISK MANAGEMENT

Con deliberazione della Giunta della Regione Lombardia **DGR n. VII/007289 del 19 maggio 2008** con oggetto: *“Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia”* ed alla luce della nuova Legge n. 24 dell'8.03.2017 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, è stata resa obbligatoria la funzione di Risk Management, e la nomina del Risk Manager aziendale.

Il principio da cui parte in maniera organica il Risk Management in Lombardia è la **circolare 46/SAN** del 27 dicembre 2004 che promuove lo sviluppo di programmi e di attività di Risk Management nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del territorio regionale.

Si tenta di sviluppare una strategia sul rischio clinico che parte dalla costituzione del **“Gruppo di Coordinamento per l'attività di gestione del rischio”**, dall'implementazione di strumenti e tecniche conoscitive (mappatura sinistri; incident reporting), di analisi e gestione del rischio (*FMEA*

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

– *failure mode and effects analysis* –; FMECA – *failure mode effects and criticality analysis* – RCA – *root causes analysis*); attraverso piani annuali di attività; nonché dando corso a Network tra Risk Manager, ossia creare una rete tra i diversi fattori di rischio.

Presso il Centro Servizi Domus Pasotelli Romani è stato adottato il **Codice Etico Comportamentale** della Fondazione OIC Onlus (Ente Gestore) ex D. Lgs. 231/01 che individua i principali processi aziendali, analizzandoli identificando i punti critici e individuando azioni correttive e/o preventive, così come è stato elaborato il **modello organizzativo** che dà evidenza della propria “buona organizzazione” fondata su “buone prassi” e il **Documento Valutazione Rischi** (DVR) e Documento Valutazione Rischi Interferenziali (DUVRI) ai sensi del D. Lgs 81/2008, quest’ultimo aggiornato a seguito della Pandemia da Sars-cov-2.

3. IL MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

L’implementazione del progetto sulla gestione del rischio clinico ha trovato il fondamento principale nella decisione di evitare estemporaneità, puntando su un’efficienza duratura, tale da incidere efficacemente sulla realtà aziendale e sull’operatività quotidiana, individuando un preciso modello organizzativo di integrazione per la *governance* clinico-assistenziale.

I gruppi di coordinamento hanno utile funzione di indirizzo e di proposta, di valutazione e giudizio politico, ma spesso non hanno reale capacità operativa, non hanno la forza, e spesso nemmeno le competenze specifiche, per incidere efficacemente sulla realtà aziendale. Per obiettivi così complessi e delicati è indicata un’area funzionale con risorse e personale specializzato dedicate capace, da una parte a garantire tutto il necessario supporto alle decisioni della Direzione e dall’altra a generare adeguata operatività, idonea pianificazione e sufficiente garanzia di risultato. E’ evidentemente un’area dotata di strategicità rispetto alla *mission* aziendale, altamente specializzata nella materia, permeata di multi-professionalità e interdisciplinarietà, e con un elevato livello di autonomia e responsabilità. Il progetto per essere realizzato deve essere condiviso a tutti i livelli, soprattutto: dai “clinici”, dalla direzione e dalle figure di coordinamento. Il rischio è che i clinici percepiscono tutte le incombenze discendenti da una gestione della qualità e del rischio clinico come una serie di limitazioni burocratiche alla propria obbligazione primaria che è quella di curare il paziente mentre i secondi percepiscono tale approccio come limitazione alla propria autorità ed autonomia. Vincere queste resistenze, creare “cultura nuova”, ed entrare a pieno titolo come parte integrante e sostanziale nel processo di cura è l’obiettivo principale; obiettivo che si può realizzare solo attraverso azioni direzionali credibili e convincenti, coerenti, ragionevoli, semplificate e fondate su presupposti scientifici; evitando messaggi complessi, multipli, incoerenti e non coordinati, dispersivi e spesso privi di basi scientifiche, provenienti da troppi e diversi organismi e funzioni aziendali, ognuno forse realmente attento solo alla propria sopravvivenza.

L’area dei gruppi di coordinamento è un necessario supporto alla Direzione, non solo per le scelte politiche e strategiche, ma per la gestione quotidiana, sempre più trasversale attraverso i processi e la dipartimentalizzazione, e sempre più oberata da compiti meramente operativi e da attività finalizzate all’integrazione operativa – gestionale.

4. IL GRUPPO COORDINAMENTO AZIENDALE RISK MANAGEMENT

In continuità col vecchio gestore che nel 2013 ha redatto un apposito protocollo, che prevedeva l’istituzione del Gruppo di Coordinamento Risk Management, la Fondazione OIC Onlus ha proseguito con l’istituzione di un nuovo gruppo. Il gruppo si è poi rinnovato nel mese di ottobre 2017 con il cambio del responsabile sanitario e ancora nel mese di novembre 2021 per ugual motivo.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Tale gruppo ha il compito di:

- Promuovere un efficace sistema di gestione del rischio anche attraverso l'individuazione di azioni correttive per la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza degli utenti;
- Favorire lo sviluppo di modelli organizzativi atti a prevenire il rischio clinico e a migliorare il livello di sicurezza;
- Predisporre il Piano Annuale Aziendale di Risk Management e i relativi progetti operativi specifici, in collaborazione con le strutture interessate;
- Approntare un sistema di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano annuale, e delle azioni intraprese dalle diverse articolazioni aziendali;
- Definire percorsi di formazione specifica volti alla diffusione della cultura del rischio e degli strumenti concettuali per la gestione aziendale del rischio;
- Mettere a sistema i flussi informativi già esistenti e da attivare per la gestione delle informazioni sui rischi (eventi sentinella, incidenti, contenzioso relativi ai sinistri, segnalazioni e reclami degli utenti, reazioni avverse ai farmaci, ecc);
- Coordinare l'attività di gestione del rischio anche attraverso l'apporto e la collaborazione di Referenti per la sicurezza e la gestione del rischio da individuarsi all'interno di ciascun nucleo, piano e unità di offerta;
- Promuovere eventi rivolti ai cittadini e alle associazioni di volontariato e di tutela, finalizzati alla diffusione delle conoscenze rispetto ai rischi connessi alle prestazioni socio-sanitarie.

Le iniziative di formazione che verranno programmate a tal fine sono state accompagnate, già dal 2015, dalla diffusione della **scheda di rilevazione dell'evento avverso** (*Incident reporting*).

La scheda di segnalazione dell'evento avverso è stata messa a disposizione di tutti, collocata nell'atrio di fronte la cappella. Al fine di favorire la segnalazione di tutti i tipi di eventi avversi è stata elaborata una scheda che garantisca l'anonimato e la confidenzialità delle informazioni riportate. Per quanto riguarda l'ADI la scheda viene consegnata agli assistiti a domicilio al momento del primo accesso da parte degli operatori.

Il gruppo provvederà anche a dei Briefing della sicurezza periodici in maniera tale da promuovere la cultura della segnalazione del rischio. In via di fatto i Briefing hanno permesso che chiunque voglia fare delle segnalazioni le fa in sede di incontro e pertanto è andato sempre più a decadere l'utilizzo dell'incident reporting, anche se rimane sempre in vigore e a disposizione.

5. IL PROGETTO AZIENDALE

Gli obiettivi che ci si propone di realizzare, nel futuro, con l'intero progetto di Risk Management sono:

- miglioramento del sistema di individuazione, monitoraggio e controllo delle aree a rischio;
- miglioramento delle fasi critiche del processo e di possibili azioni correttive;
- riduzione dei danni all'ospite a causa di un errore umano o di processi inadeguati;
- riduzione del contenzioso legale;
- miglioramento dei rapporti con l'utenza e dell'immagine aziendale;
- contenimento dei costi assicurativi;
- sostegno dell'attività professionale degli operatori sanitari e tecnici;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

- miglioramento dell'ambito relazionale tra gli stakeholders.

Va tenuto presente che per natura della materia trattata la ricerca di miglioramento deve essere una costante dell'organizzazione.

Nel biennio 2015-2016, tuttavia, si è sviluppata solo la parte del progetto volta alla formazione di una nuova cultura del rischio e alla predisposizione delle schede di segnalazione e degli organismi volti alla verifica dell'applicazione delle procedure e protocolli. Nel 2017 è stata introdotta l'informatizzazione della formazione.

Dal 2018 si sono iniziati a vedere i frutti della nuova cultura della gestione del rischio e le figure introdotte dei coordinatori degli operatori hanno da subito preso atto delle indicazioni aziendali nel favorire il confronto e la trasparenza. Nel 2021 è avvenuta la digitalizzazione della cartella clinica attraverso il programma Zucchetti "Cartella Utente 4.0".

Il progetto di Risk Management sin dal 2015 si è sviluppato attraverso un percorso di condivisione a tutti i livelli, essenziale per affrontare la complessità del sistema; attraverso la diffusione di un impianto di qualità già presente in azienda e integrato nei diversi strumenti, tenendo conto della sostenibilità e delle innovazioni possibili; attraverso la netta delimitazione delle responsabilità e delle autonomie tecnico professionali, anche utilizzando una funzione di supervisione attiva capace di intervenire direttamente; nonché attraverso una logica di coerente utilizzo ed allocazione delle risorse. Il primo atto, quindi, è stato la diffusione del **modello organizzativo** Fondazione OIC Onlus, cui ricondurre la funzione specifica del Risk Management oltre a quella della medicina legale, in stretta intesa con il nucleo privacy, degli aspetti sociosanitari per la continuità assistenziale e la promozione della salute. Contemporaneamente presso il Centro Servizi di Bozzolo è stato diffuso anche il **Codice Etico** della Fondazione. Il Gruppo di Coordinamento, formato utilizzando tutte le professionalità sopra richiamate è proteso, attraverso varie attività e strumenti di lavoro, alla conoscenza/mappatura del rischio, all'analisi degli eventi avversi e, soprattutto, alla prevenzione del rischio clinico attraverso azioni migliorative e/o correttive, in un circolo virtuoso costante e continuo.

Nel 2016 si è proceduto, in continuazione con quanto fatto nel 2015, alla formazione del personale sia sul Codice Etico adottato che sul Risk Management, nello specifico, per facilitare il percorso di condivisione a tutti i livelli e le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Di fatto la permeazione del sistema, sia culturale che operativa, è essenziale per affrontare la complessità del sistema stesso e questa non può prescindere da un'azione di facilitazione e promozione aderente alla realtà operativa. Nel 2019 è stata affrontata nuovamente la formazione sul codice etico e sul modello organizzativo aziendale con alcuni appuntamenti che si sono conclusi a gennaio 2020.

Tutto ciò nel tempo permette di ridurre l'indice di rischio, con indubbi vantaggi in termini di sicurezza dell'ospite ed economici per l'azienda (riduzione dei costi assicurativi, di quelli connessi ad atteggiamenti professionali meramente difensivistici ed ai maggiori aggravii discendenti dalle attività di indagine e correzione dell'errore stesso).

Il lavoro ha previsto l'implementazione dei controlli di qualità sulla produzione documentale aziendale (FASAS, PAI, documentazione amministrativa...); l'applicazione di strumenti di identificazione e di analisi del rischio in maniera pro-attiva (strumento FMECA) su importanti processi di cura già avviati (**Strumenti di tutela e protezione dell'ospite; Mobilitazione con sollevatore da carrozzina a letto e da letto a carrozzina; Utilizzo soluzioni concentrate contenenti cloruro di potassio; Gestione farmaci stupefacenti e psicotropi; Prevenzione cadute ospiti; Gestione farmaci comuni; Procedura integrata relativa alla compilazione della**

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

documentazione socio sanitaria; Bagno assistito; Linee guida per la gestione degli eventi avversi (rischio clinico) in ambito socio sanitario; Linee guida: ulcere da decubito elementi di prevenzione e trattamento; Nutrizione e idratazione) e completati nel 2015 a seguito, anche delle indicazioni date dalla DGR 2569/2014 (Nutrizione e Idratazione modificata; Utilizzo e piano delle manutenzioni per le attrezzature e gli impianti definiti pericolosi nella relazione sulla valutazione dei rischi; Procedura di acquisto attrezzature biomedicali; Procedura per garantire l'uso sicuro – appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche; La gestione dei farmaci nella RSA e tracciabilità della somministrazione dei farmaci; Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; Protocollo gestione emergenze; Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; Pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti ed accessori; Trattamento per l'incontinenza; Terapia endovenosa ed elastomeri; Promozione della salute ed educazione sanitaria; protocollo PEG gestione SNG; Nel Protocollo prevenzione cadute ospite introdotta la scheda Conley); Sono stati introdotti i nuovi protocolli (protocollo gestione decesso ospite; Gestione infortuni/incidenti a lavoratori dipendenti o assimilati; protocollo informazione e addestramento sulla sicurezza per neoassunti; linee guida per la gestione dell'alvo); su processi aziendali trasversali (comunicazione, informative e consensi; accettazione e dimissione, continuità assistenziale; inserimento nuovo personale; gestione assenze del personale; ecc.). Nel 2017 sono stati migliorati i protocolli (Protocollo sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; Protocollo utilizzo strumenti di protezione e tutela dell'ospite con introduzione nel mese di agosto 2017 della nuova scheda monitoraggio contenzioni; Procedura integrata relativa alla compilazione della documentazione sociosanitaria) ed è stata introdotta la scheda infermieristica per il trasferimento degli ospiti. Nel 2018 è stata revisionata la scheda controllo del protocollo utilizzo strumenti di protezione e tutela dell'ospite ed è stata introdotta la check list di autocontrollo. Nel 2019 sono stati aggiornati tutti i protocolli e nel febbraio 2020 sono stati rivisti, su indicazione ATS Val Padana: il **protocollo conservazione e somministrazione farmaci; sanificazione e disinfezione ambienti e arredi; pulizia disinfestazione e sterilizzazione; protocollo diffusione dei protocolli**. Sempre nel 2020 a causa della pandemia da sars-cov-2 è stato introdotto il protocollo **GESTIONE EMERGENZA COVID 19 ALL'INTERNO DELLE RESIDENZE DELLA FONDAZIONE OIC ONLUS** con relativi allegato e il **PROTOCOLLO CONDIVISO del REGOLAMENTAZIONE DELLE MISURE PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID.19 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**. Inoltre, ai sensi delle normative presenti presso la Regione Lombardia, la RSA Domus Pasotelli Romani ha realizzato anche il POG anticovid con relativi aggiornamenti dovuti sia al quadro epidemiologico del territorio sia alle sopravvenute nuove DGR. Come da normativa è stato nominato il responsabile Covid, il responsabile ICA e il gruppo multidisciplinare di coordinamento al covid. Tale revisione è stata eseguita anche alla luce dei criteri previsti dalla formazione "Protocolli sanitari e assistenziali e loro corretta applicazione per la migliore presa in carico dell'assistito" svoltosi nel 2017 e nel 2018 e promosso dall'ATS ValPadana. Ad oggi il protocollo "**Gestione Emergenza Covid-19**" ha ricevuto 19 aggiornamenti e il "Piano Organizzativo Gestionale" (POG) sostituito, come da DGR XI/2477/2022 dal **POP** (Piano Operativo Pandemico) mentre è stata introdotta per la Domus Pasotelli Romani la procedura di **Prevenzione dall'Infezione da Sars-Cov-2**, aggiornata al 02/02/2023. Nel Luglio 2021 aggiornamento protocollo "La gestione dei farmaci nella RSA e tracciabilità della somministrazione dei farmaci" mentre nel mese di dicembre 2021 è avvenuto il passaggio del FASAS dal supporto cartaceo a quello digitale.

Le procedure sono state adeguate alla realtà aziendale e alle raccomandazioni ministeriali in materia di prevenzione del rischio clinico inerenti la tipologia di ospiti trattati in R.S.A./CDI/ADI

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

nonché si sono prodotte linee guida aziendali su particolari percorsi diagnostico terapeutici, come riportato nei fascicoli protocolli, con relativa diffusione e formazione.

Nel 2022 sono stati revisionati tutti i protocolli della RSA/CDI e aggiornati e revisionati i protocolli ADI ai sensi della DGR 6867/2022.

Si è strutturato un sistema di verifica e di controllo attraverso Audit interni, utilizzando check list integrate e riferite ai requisiti minimi di accreditamento istituzionale; adottato, come si diceva, il modello organizzativo, il Codice Etico, il DVR e DUVRI aziendali (debitamente aggiornato con misure anti covid), nonché nomina dell'ODV, dell'Organo di Controllo Contabile e della RLS. Alla Domus sono presenti anche le seguenti figure:

- a) Referente per i rapporti con gli uffici che sul territorio si occupano di protezione giuridica e di servizi sociali;
- b) Responsabile del sistema informativo che presiede all'attività di raccolta, elaborazione e archiviazione dati;
- c) Referente del piano annuale di formazione e aggiornamento del personale;
- d) Referente attività di valutazione e miglioramento dei servizi;
- e) Referente che valida i protocolli, procedure e linee guida interne alla struttura in materia sanitaria. Verifica della corretta applicazione dei protocolli. Cura i rapporti con l'ATS per l'applicazione di iniziative di promozione della prevenzione, educazione alla salute e della tutela sociosanitaria. Vigila sugli aspetti igienico-sanitari, sulla corretta conservazione della documentazione sociosanitaria, sul rispetto della riservatezza dei dati sociosanitari, sulla corretta conservazione, somministrazione e smaltimento dei farmaci e dei materiali in scadenza, sulla gestione dei rifiuti pericolosi e speciali pericolosi;
- f) Responsabile Covid;
- g) Responsabile ICA.

I sinistri vengono gestiti in collaborazione con una esperta in materia, dipendente della Fondazione e impiegata presso la sede centrale della Fondazione (CS1). Tutti gli infortuni e segnalazioni eventi avversi vengono segnalati tempestivamente all'ufficio personale di Padova e alla RSPP aziendale la quale li raccoglie e se reputa sia il caso interviene personalmente per verificarne la dinamica. La statistica degli infortuni è allegata alla relazione annuale. Anche le cadute degli ospiti vengono trasmesse tempestivamente alla sede centrale che monitora la situazione reale della casa. Ogni anno si elaborano i dati statistici in merito. Sarebbe auspicabile rendere possibile raccogliere i dati caduta ospiti e infortuni operatori in maniera analitica attraverso processi informatizzati per far sì da rendere più fruibile il dato correlato da causa/effetto.

La R.S.A. ha aderito pienamente al nuovo progetto della Regione Lombardia per **“l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere”**, che prevede, tra l'altro, l'analisi dei rischi di tutti i principali processi aziendali, in particolare di quelli tecnico – amministrativi, con riferimento ai principi ed ai valori richiamati nel codice etico adottato e alle ipotesi di reato richiamate dal D. Lgs 231 dell'8 giugno 2001 *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica”*, l'implementazione di un conseguente Modello organizzativo e la nomina di un Comitato di Vigilanza costituito da esperti esterni (ODV).

A nostro avviso, nell'ambito della così detta “responsabilità sanitaria”, è imprescindibile una sempre più approfondita conoscenza di tutti i processi sopra richiamati. Ragioni di giustizia, nell'ottica della vera tutela dell'utente, ma anche degli operatori, vogliono che, sia il ragionamento

giuridico che quello medico legale, nell'ambito della "malpractice" e "malasanità", dovranno sempre più tenere conto della necessità di un **approccio "sistemico"**, oltre che "personale".

È importante andare oltre la semplice evidenza dell' "errore attivo" e della "causa immediata", per spostare l'analisi critica alla ricerca dell' "errore latente", delle "cause profonde" e/o delle "cause radice", per una valutazione più giusta delle varie fattispecie e dei singoli casi in concreto, con la discendente individuazione di tutte le responsabilità: di quelle individuali professionali mediche e non mediche, ma soprattutto dell'operato delle figure professionali dei manager e/o preposti, e quindi, di struttura.

È stato recepito dalla Fondazione il **Regolamento UE 2016/679** in merito alla tutela della privacy e l'organizzazione del lavoro viene elaborata tenendo presente tutti gli accordi sindacali, il contratto CCNL UNEBA e il D. Lgs. Nr. 81/2008 in termine di sicurezza nei luoghi di lavoro.

Vogliamo auspicare, tuttavia, la necessità della leale correttezza, tra le parti in gioco nel tessuto sociosanitario tipico del nostro ambiente di lavoro. Infatti assistiamo sempre più ad una volontà politica del regolatore pubblico di deresponsabilizzarsi dai doveri istituzionalmente di propria competenza trasferendo responsabilità sempre maggiori alle direzioni e direzioni sanitarie delle strutture, anche su argomenti più prettamente di ordine politico e di indirizzo; contemporaneamente si assiste a una volontà di gettare in pasto all'opinione pubblica l'agnello sacrificale al fine di arginare quelle dinamiche che potrebbero mettere in discussione l'ordine pubblico costituito. Questa modalità di azione in realtà non farà altro che ledere le basi della fiducia relazionale tra gli stakeholder anziché puntare alla sana costruzione di un sistema umano, efficace ed efficiente.

6. IL PIANO 2020/2022

Sebbene si ritenga che un sistema di Risk Management debba auspicabilmente essere esteso a tutto l'ambito dei processi aziendali e non limitarsi alla gestione del solo rischio clinico, nella prima fase di avvio e sperimentazione del sistema si è proposto di procedere con un approccio graduale, puntando inizialmente alla promozione ed alla diffusione della "cultura del rischio" tra i professionisti che operano in struttura. Sviluppo già avviato nel triennio 2015-2017 e che ha visto per il 2018 una maggiore intensificazione della condivisione dei processi tentando di spronare in primis il reparto infermieristico della residenza sul concetto di responsabilità. È stata introdotta una nuova figura professionale quella del primo operatore, avvenuta nel 2018, come figura di coordinamento del comparto socio-assistenziale; hanno avuto maggior rilievo e considerazione le figure dello psicologo e dell'educatore nella presa in carico in termini olistici dell'ospite. Sempre nel 2018 le OO.SS. hanno nominato un nuovo RLS con il quale si è iniziato una proficua collaborazione. Nel 2019 si è resa necessaria la presenza di un medico psichiatra che ha iniziato la propria collaborazione con la sede anche nel dialogo con i familiari e ha introdotto le prime indicazioni formative al personale nelle tecniche di "umanizzazione delle cure". In quest'ultimo contenuto è stata inserita la figura dello psicologo.

Poiché nell'ambito dell'assistenza è centrale il danno alla persona piuttosto che quello alla struttura, particolare attenzione è stata dedicata all'area del rischio clinico.

In tale ambito si propone di affrontare due tematiche (gestione del rischio relativamente ai farmaci e alle infezioni ospedaliere) che dalle fonti bibliografiche risultano essere quelle più rilevanti dal punto di vista della frequenza di rischio e dell'impatto sull'azienda e sulla qualità del servizio erogato. Per quanto concerne i rischi legati alla movimentazione dei carichi si evidenzia il drastico calo sia delle contestazioni che degli infortuni nel biennio 2019-2020 arrivando a registrare un solo infortunio nel 2021. A tal fine la Residenza Domus Pasotelli si è dotata di una

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

formazione continua e sul campo, circa la movimentazione manuale dell'ospite e nel corso del 2019 sono stati eseguite delle formazioni frontali di richiamo da parte degli ergoformatori; formazione ripresa nel 2021. Non di meno nel 2020 si è reso necessario affrontare il tema delicato dei multiresistenti, lavaggio mani, utilizzo guanti nella lotta agli ICA. Formazione risultata utile all'insorgere dell'emergenza da covid-19. Formazione, questa, che verrà ripresa nel corso del 2023. In tal senso sono stati adottati tutta una serie di protocolli, anche in ottemperanza alla DGR 2569/2014, ed è stata rivista, già dal 2015, la somministrazione della terapia che oggi avviene a vista, preparata e somministrata direttamente dall'infermiere in turno (modifica del protocollo introdotta a luglio 2021). Importante da annotare l'introduzione di tutti i protocolli e procedure adottati per fronteggiare la pandemia da sars-cov-2.

Inoltre sia il FASAS che tutta la documentazione sanitaria inerente l'ospite viene continuamente aggiornata in maniera tale da garantire una costante conoscenza delle condizioni psico-fisiche dell'ospite stesso. La coordinatrice infermieristica effettua un monitoraggio periodico, con delle scadenze già prestabilite, su tutta la documentazione sanitaria riguardante l'ospite. Ciò ha portato al superamento delle ispezioni di appropriatezza con risultati tra il 95 e il 97% di gradimento.

Poiché uno dei potenziali motivi di errori nella somministrazione della terapia è rinvenuto in letteratura nei vari passaggi di trascrizione la R.S.A./CDI/ADI Domus Pasotelli Romani ha elaborando un modello che prevede la semplificazione del processo con la drastica riduzione delle trascrizioni stesse. Il medico insieme alla coordinatrice infermieristica effettuano un controllo incrociato su tutte le terapie da somministrare agli ospiti, ogni mese per il mese successivo. Controllo che viene riportato su una apposita scheda terapia presente da dicembre 2021 in formato digitale sul programma "cartella utente 4.0". Dal 2020 è stata introdotta la scheda preparazione e controllo terapia. Sempre nel 2020 sono state introdotte nuove schede di controllo alimentazione e idratazione degli ospiti e una scheda di programmazione esami/visite specialistiche/controllo BMI.

Oggi tutti questi processi sono stati digitalizzati aumentando i livelli di controllo e sicurezza per gli ospiti della residenza. Da novembre 2021 presso la residenza è stato nominato un direttore sanitario che svolge il proprio ruolo attraverso una presenza di 38h settimanali, lo stesso medico ha programmato le indagini di screening per gli ospiti.

Inoltre i familiari vengono costantemente coinvolti nella presa in carico dell'ospite sia attraverso la restituzione dei PAI in breve tempo tramite la figura del medico e della coordinatrice infermieristica sia attraverso le riunioni di equipe fatte insieme a loro (pre-pandemia) o la restituzione telefonica (post-pandemia). Da ultimo vengono effettuate dei colloqui mirati con i familiari con la presenza dello psichiatra se necessario.

Va sottolineata l'importanza del progetto accoglienza e delle modalità di presa in carico dell'ospite in ingresso e della stesura del PAI di ingresso attraverso il coinvolgimento delle varie figure professionali compresa la compilazione della scheda psicosociale.

Le domande di ingresso vengono analizzate dall'equipe nonostante la firma ufficiale e decisione ultima sia del medico. Questo per garantire la migliore e più appropriata presa in carico dell'ospite e della sua famiglia.

Nel 2019 la RSA è stata soggetta a vigilanza circa i locali cucina e magazzini da parte degli organi preposti ATS Val Padana con esito positivo mentre nel 2020 siamo stati oggetti a vigilanza ai sensi della DGR 2569/2014 e a causa della pandemia da sars-cov-2. Nel 2021 la RSA Domus Pasotelli Romani è stata soggetta a vigilanza da parte degli organi competenti dell'ATS Val Padana, dei NAS e dei carabinieri della stazione di Bozzolo; tutti i controlli si sono conclusi con esiti positivi e piena soddisfazione da parte delle autorità.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Nel 2022 è stato richiesto l'accreditamento da ADI in C-Dom ai sensi della nuova DGR 6867/2022 della Regione Lombardia, con esito positivo.

Dal 2020 ad oggi, inoltre, vista la particolarità del momento storico vissuto a causa della pandemia da sars-cov-2 l'azienda ha periodicamente rinnovato il DVR e il DUVRI con l'integrazione di tutte le misure ritenute opportune per prevenire il contagio. Inoltre l'azienda ha costituito un comitato centrale e ha nominato la responsabile covid presso la Domus Pasotelli per prevenire la diffusione del virus all'interno delle nostre residenze.

Inoltre da quando sono stati disponibili i tamponi molecolari o antigenici gli ingressi in residenza sono sempre avvenuti previo tampone negativo al virus da sars-cov-2 oltre ad aver da subito impostato gli ingressi previo triage per verificare preliminarmente eventuali sintomi riconducibili alla pandemia. La Residenza è rimasta chiusa a nuovi ingressi in presenza di focolai interni e sono stati riorganizzati gli spazi in modo tale da permettere la contingentazione e debellare la diffusione del virus.

I preposti hanno anche provveduto al costante controllo della disponibilità dei DPI in maniera preliminare all'effettuazione del servizio e settimanalmente si è proceduto al controllo delle giacenze onde poter effettuare in tempo utile la richiesta di nuove forniture all'Ufficio Acquisti presso la sede centrale in Padova.

Si è provveduto a verificare, tramite il progettista ing. Mainardi Giuseppe, che l'impianto di ricambio dell'aria non ricicla l'aria presente all'interno della residenza ma importasse aria fresca e pulita dall'esterno mentre esportasse l'area interna all'esterno. Si è potuto verificare, dalla relazione, che ogni nucleo ha l'impianto non comunicante con quelli degli altri nuclei e si è provveduto a intensificare la pulizia dei filtri e delle apparecchiature tramite la ditta Idraulica Mariotti.

Infine la coordinatrice infermieristica, Pigoli Simona, e responsabile Covid da aprile 2020 tiene un diario di "bordo" quotidiano su tutti gli argomenti inerenti la pandemia.

a. Il FASAS

La Giunta della Regione Lombardia con la deliberazione n. VII/009014 del 20 febbraio 2009 concernente: *"Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento.."* e successive deliberazioni fino alla più recente DGR 2569/2014, e alle DGR sulle regole di sistema che di anno in anno si susseguono, ha voluto porre, almeno in linea di principio, un forte richiamo sugli aspetti di qualità, di correttezza e di appropriatezza, con riferimento a tutti i percorsi di cura dell'ospite, marcando il concetto del prendersi cura della persona e della presa in carico della cronicità. Su questo principio vede il suo sviluppo anche la DGR 6867/2022 sulla riclassificazione dell'ADI.

La Fondazione OIC Onlus è da tempo in linea con questo percorso: ha definito i requisiti di qualità della produzione documentale ed ha unificato ed uniformato il FASAS attraverso la gestione del processo con la Procedura specifica *"Procedura integrata relativa alla compilazione della documentazione socio sanitaria"*. Da dicembre 2021 il FASAS è stato digitalizzato ed è stata approntata una massiccia formazione per i lavoratori con la finalità di raggiungere in tempi rapidi la piena dimestichezza nell'utilizzo del programma. Dai controlli effettuati si può evincere che già entro il mese di dicembre 2021 la maggior parte dei lavoratori risultava pienamente operativo e abbiamo potuto rilevare una importante propensione all'aiuto reciproco per imparare ad utilizzare al meglio il nuovo strumento. Dai grafici di "Controllo Pianificazione" si evince che il 98,89% delle pianificazioni programmate nel 2022 su Cartella Utente 4.0 è stato correttamente compilato.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Già dal 2016 il progetto ha previsto dei controlli interni sui FASAS ad opera della coordinatrice infermieristica. Tali controlli si sono svolti ogni mese su almeno il 2% dei FASAS. La scelta del campione veniva effettuata da indicazioni della coordinatrice infermieristica stessa.

A tal proposito è stata introdotta, nel secondo semestre del 2015, una check list di controllo per effettuare tutti i controlli a campione. Nel 2017, inoltre, sono stati introdotti i controlli periodici su tutte le schede in dotazioni (es. Schede PAI; Schede deposito farmaci; Schede protezione e tutela; Schede terapia...). Le verifiche di tali schede hanno portato quasi sempre ad esiti positivi e nei casi in cui si sono riscontrate delle discrepanze la coordinatrice infermieristica ha dato disposizioni alle varie figure professionali, e per lo più alle infermiere, al fine di far rientrare la difformità nella norma. A tal proposito si evidenzia che i procedimenti di verifica di appropriatezza da parte degli organi deputati al controllo dell'ATS Val Padana hanno prodotto i seguenti risultati: 1. Per RSA => pari al 97,8% l'8 novembre 2017, pari al 94,7% il 25 ottobre 2017, pari al 95,5% il 29 giugno 2017, pari al 96,4% il 19 maggio 2017, pari al 94,9% il 20 marzo 2017; 2. Per CDI => pari all'89,3% il 19 maggio 2017; 3. Per ADI => pari al 96,7% il 21 marzo 2017. Tutti gli indicatori non raggiunti sono stati presi in esame e poste le dovute verifiche sono stati sanati.

Da dicembre 2021, grazie alla digitalizzazione del FASAS, i controlli avvengono pressoché quotidianamente per tutti gli ospiti della residenza e le eventuali difformità gestite in giornata. A seguito dell'informatizzazione della cartella clinica è stato elaborato il protocollo "gestione della documentazione sanitaria" ai sensi Regolamento UE del 27.04.2016 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, *General Data Protection Regulation - GDPR*) e la nomina del DPO (*Data Protection Officer* nella persona del dott. Luca Zanta).

b. Consenso informato

Parimenti, nella procedura sulla gestione della cartella clinica aziendale è stato stigmatizzato e regolamentato il processo relativo alla "informazione" e all'acquisizione del consenso per tutto il percorso diagnostico – terapeutico, inteso come parte integrante del processo di cura dell'ospite. Consenso finalizzato alla condivisione delle scelte, alla condivisione dei rischi e dei benefici e delle possibili alternative al trattamento, nel pieno rispetto del principio di "autodeterminazione". Ad esempio tutti i PAI vengono sottoposti agli ospiti e ai loro familiari che li condividono e li firmano per conoscenza, così come accade per l'adozione dei mezzi di tutela e protezione. Rimane costante il rapporto di confronto con l'UPG dell'ASST Mantova. Inoltre qualora si evince che un familiare di un ospite non accetti lo stato psicofisico del proprio caro o non comprenda a pieno il quadro clinico lo si convoca per effettuare una riunione in equipe onde dargli la possibilità e le modalità più idonee per recepire una corretta informazione.

c. Ufficio di protezione Giuridica (UPG)

Nelle carte dei servizi delle tre *Unità di Offeta* (RSA, CDI, ADI) sono state inserite le informazioni inerenti l'ufficio di protezione giuridica (UPG). L'inserimento di tali informazioni all'interno della carta dei servizi permette una importante diffusione dell'esistenza dello stesso nei confronti degli ospiti/assistiti della Fondazione e dei loro familiari. Al momento della sottoscrizione del contratto viene rilasciata una informativa inerente l'esistenza per la procedura della nomina dell'AdS.

d. Procedure e Protocolli

Nel 2015, in ottemperanza alla DGR 2569/2014 e in continuità di un miglioramento circa il risk management sanitario sono stati adottati dalla struttura i seguenti protocolli:

- Nutrizione e Idratazione modificata;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

- Utilizzo e piano delle manutenzioni per le attrezzature e gli impianti definiti pericolosi nella relazione sulla valutazione dei rischi;
- Procedura di acquisto attrezzature biomedicali;
- Procedura per garantire l'uso sicuro – appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche;
- La gestione dei farmaci nella RSA e tracciabilità della somministrazione dei farmaci;
- Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- Protocollo gestione emergenze;
- Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- Pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti ed accessori;
- Trattamento per l'incontinenza;
- Terapia endovenosa ed elastomeri;
- Promozione della salute ed educazione sanitaria;
- Protocollo PEG gestione SNG;
- Protocollo prevenzione cadute ospite introdotta la scheda Conley;
- Accettazione e dimissione, continuità assistenziale;
- Inserimento nuovo personale;
- Gestione assenze del personale;
- Protocollo gestione decesso ospite;
- Gestione infortuni/incidenti a lavoratori dipendenti o assimilati;
- Protocollo informazione e addestramento sulla sicurezza per neoassunti;
- Linee guida per la gestione dell'alvo

Alcuni di questi protocolli sono stati rivisti nel 2016 ed altri nel 2017:

- Procedura per garantire l'uso sicuro – appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche, modificata nel luglio 2016
- La gestione dei farmaci nella RSA e tracciabilità della somministrazione dei farmaci, procedura modificata in aprile 2016
- Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, procedura modificata a marzo 2017
- Procedura integrata relativa alla compilazione della documentazione socio sanitaria, modificata a maggio 2017
- Protocollo utilizzo strumenti di protezione e tutela dell'ospite, modificato ad agosto 2017
- Inserimento del protocollo gestione salme nel 2017
- Inserito il protocollo gestione farmaci a domicilio nel 2017

e. Quanto fatto nel 2017-2019

1. Oltre a provvedere all'implementazione di tutti i progetti realizzati negli anni precedenti la R.S.A. per l'anno 2017 ha individuato un progetto specifico:

Applicazione del corso formativo nell'ambito della gestione del rischio clinico attinente alla sicurezza nella movimentazione e nell'attuazione dei protocolli nella cultura del Risk Management.

Inoltre sono stati formati due dipendenti interni come formatori per la movimentazione in particolare; pertanto la RSA Domus Pasotelli Romani si è anche resa autonoma, se pur

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

sotto il coordinamento della sede centrale, rispetto alle esigenze formative inerenti la movimentazione.

Ci si è posto come obiettivo quello di sviluppare le competenze e fornire gli strumenti per ridurre il rischio clinico a tutto il personale (al personale medico, infermieristico e operatori) che lavora nei nuclei, nelle diverse U.O. e servizi, attraverso la diffusione delle raccomandazioni e l'implementazione delle procedure e schede per una migliore sicurezza nei piani. Il corso che rientra, peraltro, all'interno della formazione obbligatoria viene svolto continuamente a seconda delle figure che devono farlo e nei confronti di neoassunti ovvero nei casi specifici in cui se ne evidenzia la necessità. Partendo dalla formazione, le varie figure professionali hanno raggiunto maggior competenza e posseduto meglio la materia.

2. La RSA Domus Pasotelli Romani ha partecipato alla formazione organizzata da ATS Val Padana sui protocolli e procedure. Tale formazione è stata effettuata in diversi periodi con incontri programmati sui vari temi. Sia nel 2017 che nel 2018.
3. Nel 2017 e nel 2018 è stata affrontata la formazione che ha visto coinvolto tutto il personale sul tema dei conflitti e dei rapporti.
4. È stato reso più organico il metodo di compilazione della scheda cadute, che permette di monitorare l'ospite e di stilare il profilo di rischio correlato agli episodi cadute riscontrati, e della scheda evento infortunio, che viene compilata dal preposto in caso di infortunio dipendente o "quasi evento" e inviata alla sede centrale di Padova, ufficio personale e RSPP. Da Padova, poi, vengono esaminate le dinamiche dell'incidente e presi eventuali provvedimenti per risolvere il problema.
5. Si sono attivate riunioni periodiche ai piani tendenzialmente alle 12.45 (il lunedì al primo piano e il venerdì al secondo/terzo, salvo spostamenti per cause di forze maggiore) in cui l'equipe si è riunita per affrontare le varie problematiche del piano. L'equipe in ogni riunione prevede la presenza di due OSS, della coordinatrice infermieristica, di un fisioterapista, di una infermiera e del coordinatore di sede. Queste riunioni della durata di circa 15' si sono svolte sia nel 2017 che nel 2018 con la modalità secondo la quale i partecipanti espongono liberamente i problemi, si condividono in equipe e si approntano le soluzioni che sembrano più adatte dandosi una scadenza per le verifiche del caso.
6. È stata introdotta la verifica on-line dei protocolli tramite somministrazione test. Tale verifica, tuttavia, nel 2017 ha visto una scarsa applicazione pertanto è stata implementata nel 2018.
7. È stata introdotta una scheda infermieristica, check list, con la quale le infermiere procedono agli spostamenti degli ospiti da un piano all'altro, lo scopo è quello di tenere presente tutti i passaggi da effettuare. Tale scheda è stata assimilata dalle infermiere ed adottata con successo.
8. È stata introdotta una scheda infermieristica per effettuare l'anamnesi infermieristica dell'ospite al momento dell'ingresso in struttura. Tale scheda rende più organica la presa in carico dell'ospite sin dal momento del suo ingresso.
9. È stato introdotto un cartello dato alle infermiere che viene posto davanti la porta dell'infermeria durante la preparazione della terapia con su scritto "non disturbare, preparazione terapia in corso". Si è evidenziato che le infermiere si sentono più tranquille in quanto durante la preparazione della terapia non venendo disturbate riescono a concentrarsi riducendo la possibilità di errore.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

10. A tutela degli ospiti è stata inserita in centralino una spia luminosa che segnala se il cancello pedonale rimane aperto. Questa misura si è aggiunta alle telecamere e all'apertura automatica dei cancelli.
11. Dal 31/08/17 è stata introdotta la nuova scheda di monitoraggio contenzione che prevede controlli per tipologia di contenzione e per fasce orarie. Tale scheda è stata ulteriormente rivista nel corso del 2018 introducendo la voce "stacco".
12. Gli ospiti sono stati suddivisi per competenza del medico. È stato ampliato l'organico dei medici introducendo un consulente Psichiatra e un terzo medico. I tre medici hanno in carico la responsabilità degli ospiti a loro assegnati anche se rimangono a disposizione per le necessità di tutti gli ospiti qualora i medici stessi siano in turno. Tale suddivisione è avvenuta per piano. Il primo piano, nucleo 1 - 3 e 6, ed il nucleo 7 ad un medico; il nucleo 3 e 4 del secondo piano ad un secondo medico; infine gli ospiti autorizzati e non accreditati nucleo 5 del terzo piano affidati ad un terzo medico. È stato introdotto nel 2018 un ulteriore medico che effettua le reperibilità.
13. Il 06/09/17 si è svolta una riunione con tutte le infermiere e le fisioterapiste per sottolineare l'importanza del ruolo professionale degli stessi e per esplicitare alcuni punti del d. lgs 81/2008 circa la sicurezza sul lavoro, soprattutto per quanto concerne la movimentazione. È stata anche ribadita la responsabilità nel far rispettare le schede di igiene e movimentazione dell'ospite e si è sottolineato che badanti e parenti non possono effettuare manovre di cui non sono competenti quali movimentazione e manovre che possano danneggiare gli ospiti.
14. Con riunione del 7 luglio 2017 si è ribadito a tutte le infermiere che le terapie, prescritte rigorosamente dal medico, vanno somministrate a vista e l'infermiera esegue un controllo delle stesse prima della somministrazione e preparate dall'infermiera del turno precedente.
15. È stata predisposta, attraverso l'ufficio tecnico di OIC, la sostituzione di tutte le barriere presenti nelle scale con barriere acquistate presso ditta specializzata e con meccanismo antipánico.
16. Sono stati acquistati delle protezioni tubolari per le spondine onde evitare che alcuni ospiti inseriscano le gambe all'interno provocandosi delle abrasioni. Non sono più stati segnalati eventi da trauma a seguito dell'acquisto delle protezioni tubolari per le spondine.
17. È stato elaborato un nuovo piano di lavoro delle infermiere che è entrato in vigore da ottobre 2017.
18. Introdotto da ottobre 2017 la presenza del personale infermieristico nella distribuzione pasti per supervisionare la preparazione del cibo in base alla presenza o meno di disfagia e al suo grado e nel rispetto delle diete dei singoli in relazione alle varie patologie (es. diabete, insufficienza renale, etc...).
19. Sono state inserite con successo le barelle-doccia ed istruito tutto il personale al loro utilizzo.
20. Sono state introdotte le riunioni di equipe allargate ai familiari, ciò per far sì che il familiare possa sentirsi anche lui preso in carico dalla struttura e dunque ricevere informazioni coerenti con il PAI e al contempo il familiare stesso può esprimere dubbi, perplessità o dare informazioni che possano rendere più efficace la presa in carico dell'ospite. Tali incontri hanno avuto inizio nel settembre 2017.
21. Sono state chiuse a chiave tutti gli infissi dei piani per una maggiore sicurezza dell'incolumità dell'ospite.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

22. Sono stati chiusi a chiave nel 2018 tutti gli ambulatori infermieristici per ridurre il rischio che gli ospiti possano introdursi e assumere farmaci non dovuti.
23. Da febbraio 2018 è stato introdotto un briefing settimanale tra Medico/coordinatrice infermieristica/fisioterapisti al fine di migliorare il confronto e agevolare il passaggio delle informazioni tra le diverse figure professionali.
24. Il 23 febbraio 2018 attraverso una riunione si è stabilita l'importanza della presenza di tutte le figure professionali FT/IP/OSS nella compilazione della scheda igiene e movimentazione. Tale argomento è stato ripreso il 13 marzo con tutto il personale attraverso una riunione con relatori il direttore sanitario e l'RSPP aziendale.
25. Nel mese di marzo 2018 è stato elaborato un registro chiavi attraverso il quale chiunque adoperi una determinata chiave firma sia la presa in carico della stessa che la sua restituzione presso il centro operativo.
26. Il 23 aprile 2018 effettuata riunione con tutto il personale infermieristico circa l'importanza della corretta applicazione e del continuo monitoraggio del catetere vescicale. Il 26 aprile tale riunione ha coinvolto tutto il personale assistenziale della residenza.
27. Il 30 maggio 2018 effettuata una riunione con il direttore sanitario e i lavoratori circa la corretta presa in carico dell'ospite e il relativo passaggio di informazioni.
28. Nel corso del mese di giugno 2018 sono stati coinvolti tutti i familiari circa le disposizioni di sicurezza da rispettare attraverso la divulgazione e sottoscrizione di un foglio informativo e sono state registrate tutte le persone che accedono in residenza a titolo di assistenza privata su incarico del familiare stesso.
29. Effettuata il 18 luglio 2018 una riunione con il responsabile HACCP e il personale di cucina circa la corretta applicazione delle procedure HACCP e nei mesi seguenti introdotto un nuovo manuale HACCP che ha visto la sua applicazione da settembre 2018. Verifiche microbiologiche effettuate correttamente con risultati nella norma.
30. Il due luglio a seguito della prima verifica di autocontrollo con check list si è riscontrato una difformità circa le temperature presenti negli ambulatori infermieristici e si è aperta una non conformità. Situazione sanata per tramite dell'ufficio tecnico con l'acquisto di condizionatori autonomi rispetto all'impianto centralizzato. Sostituito il frigorifero del secondo piano.
31. Proposta ad ospiti e personale la vaccinazione antinfluenzale
32. Inizio cambio dei letti attrezzati degli ospiti con letti più moderni a quattro snodi.
33. Il 25 ottobre fatto incontro con il personale e i lavoratori sanitari e assistenziali circa l'importanza della consegna sanitaria e il divieto di cancellature o strappi nei documenti e sottolineata l'importanza dell'igiene delle mani nella prevenzione delle infezioni.
34. Il 21 dicembre 2018 effettuato incontro formativo/informativo circa il nuovo vademecum dei livelli di consistenza dei cibi e lo stesso è stato diffuso in maniera tale da essere visionato anche dai familiari. Nell'incontro si è parlato anche del corretto lavaggio delle mani e del corretto utilizzo dei guanti.
35. Effettuati diverse riunioni con il personale infermieristico per sottolineare l'importanza della loro presenza durante la somministrazione dei pasti al fine di verificare e dare indicazioni circa la corretta alimentazione dei singoli ospiti in relazione alle loro patologie e stato di salute.
36. In data 11 dicembre 2018 controllato il borsone emergenza dalla coordinatrice infermieristica e il medico dott. Bettinelli, riscontrata l'idoneità del materiale contenuto.
37. Nel 2018 sono stati messi in sicurezza tutti gli alberi tramite opportuna potatura dei rami.
38. Quattro ispezione di autocontrollo tramite check list;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

39. Vaccinazione ospiti e personale per la prevenzione;
40. Nel 2018 è stata cambiata la turnistica con un turno unico ed è stato cambiato il piano di lavoro, in tal modo tutti gli operatori conoscono tutti gli ospiti dei vari piani e nuclei.

Nel 2019

41. Cinque riunioni Risk Management;
42. Quindici incontri su aspetti specifici del Risk Management con il personale;
43. Rilevazione due RNC (Rapporto di Non conformità);
44. Revisione di tutti i protocolli;
45. Formazione sui multiresistenti;
46. Formazione disfagia e corretta alimentazione per l'anziano a dipendenti e familiari;
47. Introdotte tre diverse consistenze nei menù;
48. Prevenzione della legionella;
49. Miglioramento segnali acustici porte emergenza;
50. Cambio di 15 letti con letti a 3 snodi e 4 sezioni che si abbassano fino a 20 cm da terra;
51. Acquisto del DAE;
52. Piano contro il virus West Nile con relativo rifacimento del giardino;
53. Introdotta scheda riepilogativa scariche alvo;
54. Inizio ciclo sperimentale umanizzazione delle cure;
55. Formazione D.Lgs. 231/2001;
56. Corso legge Gelli;
57. Acquisto guanti antitaglio/anticalore;
58. Valutazione nuovi ingressi in equipe;
59. Revisione di tutte le contenzioni con l'eliminazione di quelle usurate e acquistate nuove contenzioni;
60. Inseriti nel salone polivalente le schede riassuntive di tutti gli ospiti;
61. Fatta riunione annuale con RLS, RSPP e medico competente;
62. Avvenuto sopralluogo da parte dell'ODV;
63. Effettuati diversi momenti informativi circa la necessità di tenere chiusi a chiave tutti gli infissi della struttura;
64. Introdotta scheda invio al P.S.;
65. Acquistato nuovo standing per la palestra;
66. Effettuate le prove di evacuazione e fatto corso GEI;

Nel 2020

1. Quattro ispezioni di autocontrollo tramite check list;
2. Vaccinazione ospiti e personale per la prevenzione influenzale nei tempi e modi possibili in relazione alle forniture della Regione Lombardia;
3. Cinque riunioni Risk Management;
4. Sei incontri su aspetti specifici del Risk Management con il personale più 23 incontri specifici per il covid;
5. Rilevazione quattro RNC (Rapporto di Non conformità);
6. Revisione dei protocolli: conservazione e somministrazione farmaci; sanificazione e disinfezione ambienti e arredi; pulizia disinfestazione e sterilizzazione; protocollo diffusione dei protocolli.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

7. Iserimento dei protocolli: GESTIONE EMERGENZA COVID 19 ALL'INTERNO DELLE RESIDENZE DELLA FONDAZIONE OIC ONLUS con relativi allegato e il PROTOCOLLO CONDIVISO DI REGOLAMENTAZIONE DELLE MISURE PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO;
8. Formazione Covid;
9. Prevenzione della legionella;
10. Miglioramento segnali acustici porte emergenza;
11. Cambio di 15 letti con letti a 3 snodi e 4 sezioni che si abbassano fino a 20 cm da terra;
12. Piano contro il virus West Nile;
13. Migliorata la scheda riepilogativa scariche alvo;
14. Continuazione ciclo sperimentale umanizzazione delle cure;
15. Formazione D.Lgs. 231/2001;
16. Fatta riunione annuale con RLS, RSPP e medico competente;
17. Avvenuto sopralluogo da parte dell'ODV;
18. Effettuati diversi momenti formativi/informativi sulla vestizione/svestizione DPI;
19. Monitoraggio schede di valutazione dell'applicazione della procedura di isolamento;
20. Miglioramento impianto riscaldamento/raffrescamento e relazione da parte dell'ing. Mainardi;
21. Stesura e messa in atto del POG Covid-19 con relative modifiche e aggiornamenti in relazione agli aggiornamenti normativi;
22. Redazione protocolli:
 - a. Criteri e modalità di acquisizione del personale al fine di affrontare la eventuale carenza del personale;
 - b. Procedura apertura superfici finestrate;
 - c. Elementi per procedura da condividere con i parenti finalizzata a presidiare le relazioni tra familiari e ospiti nel corso dell'epidemia;
 - d. Procedura stoccaggio e approvvigionamento DPI;
 - e. Procedura accompagnamento/accesso ospiti in palestra e presso il salone polifunzionale;
23. Elaborazione e messa in atto del nuovo DVR adattato all'emergenza da Covid-19;
24. Organizzata la formazione da Covid-19 attraverso formazione al momento dell'assunzione attraverso video di 30', Formazione vestizione/svestizione attraverso video dello Spallanzani, Formazione anticovid attraverso video di 2,5 h, formazione continua attraverso sorveglianza da parte dei preposti;
25. Modificato i piani di lavoro in accordo con le rappresentanze sindacali nel corso della pandemia;
26. Elaborata la procedura sorveglianza del personale in collaborazione con il Medico Competente;
27. Realizzata camera degli incontri ospiti/familiari in accordo con ATS ValPadana;
28. Data la dovuta formazione/informazione ai familiari circa i comportamenti da tenere in residenza;
29. Fatta formazione anticovid agli ospiti;
30. Acquistati strumenti tecnologici quali tablet, chiavette interattive, casse portatili per permettere nel maggior modo possibile la relazione tra ospiti e familiari;
31. Confronto costante con ATS ValPadana circa le disposizioni da adottare per fronteggiare la Pandemia con relativi percorsi/compartimentazioni/suddivisione nuclei;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

32. Informato tutte le ditte circa la pandemia e i comportamenti da tenere in residenza, diffuso il DVR aggiornato con le indicazioni anti-covid;
33. Ampliato il servizio del ritiro rifiuti speciali per tutto il periodo emergenza covid;
34. Intensificati i sopralluoghi ispettivi per uso corretto DPI e messa in pratica protocolli;
35. Fatto analizzare con relativa relazione l'impianto di areazione al fine del contrasto al virus da Sars-covid-2;
36. Attivate consulenze telefoniche specialistiche con Pneumologo, cardiologo, infettivologo, dermatologo;
37. Attivati con il servizio socioeducativo e fisioterapico progetti extra ordinari in tempo di covid:
 - a. Fine vita e assistenza ad ospiti particolarmente fragili;
 - b. Affiancamento psicologico;
 - c. Attività fisioterapiche individuali in camera;
 - d. Assistenza psicologica ai familiari;
 - e. Assistenza spirituale;
 - f. Preghiera del mattino;
 - g. Recita Santo Rosario attraverso la filodiffusione;
38. Attivato monitoraggio pulizie e sanificazione;
39. Attivato monitoraggio consegna DPI;
40. Attivato monitoraggio rilevazione temperatura corporea;
41. Acquistato termoscanner professionale per il rilevamento della temperatura corporea;
42. Realizzata area triage per gli esterni;
43. Attivata la disinfestazione con atomizzatore elettrostatico Victory e prodotto Perox 20% m2 547,29;
44. Messa in uso dei prodotti per la sanificazione Sanitec Cloro Gel, Sanitec Active Oxygen e Igenizzante spray Alcool70%;
45. Revisionato il Piano Emergenza Incendio;
46. Cambiata la centrale antincendio e il dispositivo di comunicazione per i vigili del fuoco;
47. Adeguamento continuo alle normative regionali e nazionali, nonché alle indicazioni dell'ISS;
48. Nominato il referente COVID, ICA e il gruppo di responsabilità aziendale per il Covid;
49. Introdotta scheda scadenze visite specialistiche/esami/misurazione BMI;
50. Fornita tutta la documentazione accertante la presenza dei requisiti soggettivi;
51. Siglata la convenzione per la condivisione dei percorsi assistenziali con il Consorzio Pubblico Servizio alla persona del distretto di Viadana;
52. Acquisite le relazioni dell'ODV e della società di revisione dei conti;
53. Acquisita la nomina della nuova RLS aziendale;
54. Mantenuto alto il minutaggio settimanale, oltre quanto richiesto dalle normative;
55. Stipulata nuova convenzione per i trasporti sanitari;
56. Sostituite le lavatrici e l'asciugatrice a vapore presenti in lavanderia con delle macchine elettriche e moderne;
57. Rielaborata la customer anche in relazione all'emergenza Covid-19;
58. Siglato accordo con la Diocesi di Cremona per la somministrazione della Santa Eucarestia e la guida pastorale degli ospiti;
59. Posa sistema antipiccioni;
60. Acquisto grembiuli impermeabili per il personale della cucina.

Nel 2022

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Sono stati revisionati tutti i protocolli RSA/CDI e ADI (Quest'ultima anche ai sensi della DGR 6867/2022).

f. Autocontrollo:

Nel 2017 è stata promossa e sviluppata un'azione di autocontrollo svolta su due piani differenti e intersecanti. In primo luogo la coordinatrice infermieristica insieme alle fisioterapiste ha effettuato dei sopralluoghi a campione e in fasce orarie differenti per verificare il corretto rispetto di procedure e protocolli durante lo svolgimento del lavoro degli operatori, in specie durante la movimentazione. In secondo luogo la coordinatrice infermieristica ha proceduto con la verifica periodica dei FASAS e di tutte le schede attive sull'ospite. Per quanto concerne l'autocontrollo in accordo col direttore sanitario dal 2018 lo stesso è stato programmato in maniera più organica attraverso l'adozione di modulistica idonea ed articolata. Nel 2018 è stata introdotta la check list di autocontrollo con la quale ogni tre mesi si effettua un controllo sui vari aspetti sanitari della Residenza. Nel 2019 sono stati effettuate quattro ispezioni di autocontrollo. Nel 2020 sono stati effettuate quattro ispezioni di autocontrollo e quattro ispezioni nel 2021. Nel dicembre del 2021 è stata introdotta la cartella clinica informatizzata pertanto l'autocontrollo avviene quotidianamente attraverso l'analisi della cartella clinica stessa. L'autocontrollo avviene anche in riferimento alle misure adottate ai sensi dei protocolli ICA e prevenzione dal virus sars-cov-2 oltre a un intensificazione degli screening attraverso tamponi antigenici sensibile al virus sars-cov-2 nelle modalità indicate dai protocolli stessi.

g. Cosa fatto nel 2021/2022.

• Nel 2021

1. Quattro ispezione di autocontrollo tramite check list;
2. Vaccinazione ospiti e personale per la prevenzione influenzale nei tempi e modi possibili in relazione alle forniture della Regione Lombardia;
3. Sette riunioni Risk Management;
4. Cinque incontri su aspetti specifici del Risk Management con il personale più incontri specifici per il covid registrati nell'apposito documento presso l'ufficio personale;
5. Rilevazione tre RNC (Rapporto di Non conformità);
6. Revisione del protocollo: conservazione e somministrazione farmaci;
7. Aggiornamento continuo dei protocolli: GESTIONE EMERGENZA COVID 19 ALL'INTERNO DELLE RESIDENZE DELLA FONDAZIONE OIC ONLUS con relativi allegato e il PROTOCOLLO CONDIVISO DI REGOLAMENTAZIONE DELLE MISURE PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO;
8. 14 aggiornamenti del POG Covid-19 con relative modifiche e aggiornamenti in relazione agli aggiornamenti normativi;
9. Formazione Covid;
10. Prevenzione della legionella;
11. Piano contro il virus West Nile;
12. Controllo annuale delle attrezzature elettromedicali;
13. Adozione piano disinfestazione e derattizzazione;
14. Continuazione ciclo sperimentale umanizzazione delle cure;
15. Fatta riunione annuale con RLS, RSP e medico competente;
16. Avvenuto sopralluogo da parte dell'ODV;
17. Effettuata la Riunione Periodica;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

18. Effettuati diversi momenti formativi/informativi sulla vestizione/svestizione DPI;
19. Monitoraggio schede di valutazione dell'applicazione della procedura di isolamento;
20. Aggiornamento del DVR adattato all'emergenza da Covid-19;
21. Organizzata la formazione da Covid-19 attraverso formazione al momento dell'assunzione attraverso video di 30', Formazione vestizione/svestizione attraverso video dello Spallanzani, Formazione anticovid attraverso video di 2,5 h, formazione continua attraverso sorveglianza da parte dei preposti;
22. Modificati i piani di lavoro in accordo con le rappresentanze sindacali nel corso della pandemia;
23. Aggiornata la procedura sorveglianza del personale ad opera della RSPP in collaborazione con il Medico Competente;
24. Realizzati ambienti per incontri al chiuso e all'aperto in accordo con ATS Val Padana;
25. Fatta formazione anticovid agli ospiti;
26. Acquistati strumenti tecnologici quali tablet, chiavette interattive, casse portatili per permettere nel maggior modo possibile la relazione tra ospiti e familiari;
27. Confronto costante con ATS ValPadana circa le disposizioni da adottare per fronteggiare la Pandemia con relativi percorsi/compartimentazioni/suddivisione nuclei;
28. Informato tutte le ditte circa la pandemia e i comportamenti da tenere in residenza, diffuso il DVR aggiornato con le indicazioni anti-covid;
29. Ampliato il servizio del ritiro rifiuti speciali per tutto il periodo emergenza covid;
30. Intensificati i sopralluoghi ispettivi per uso corretto DPI e messa in pratica protocolli;
31. Attivate consulenze telefoniche specialistiche con Pneumologo, cardiologo, infettivologo, dermatologo;
32. Proseguiti con il servizio socioeducativo e fisioterapico progetti extra ordinari in tempo di covid:
 - a. Fine vita e assistenza ad ospiti particolarmente fragili;
 - b. Affiancamento psicologico;
 - c. Attività fisioterapiche individuali in camera;
 - d. Assistenza psicologica ai familiari;
 - e. Assistenza spirituale;
 - f. Preghiera del mattino;
 - g. Recita Santo Rosario attraverso la filodiffusione;
33. Siglato accordo con la Fondazione Amplifon per la fornitura di un televisore di alta prestazione con schermo da 85 pollici e relativo palinsesto con attività indirizzate agli anziani;
34. Monitoraggio continuo pulizie e sanificazione;
35. Monitoraggio consegna DPI;
36. Monitoraggio rilevazione temperatura corporea attraverso termoscanner posizionato all'ingresso della residenza nell'area triage;
37. Messa in uso dei prodotti per la sanificazione Sanitec Cloro Gel, Sanitec Active Oxygen e Igenizzante spray Alcool70%;
38. Adeguamento continuo alle normative regionali e nazionali, nonché alle indicazioni dell'ISS;
39. Introdotte schede scadenze visite specialistiche/esami/misurazione BMI nel programma cartella clinica digitale "cartella utente";
40. Digitalizzazione della cartella clinica nel mese di dicembre con relativa formazione;
41. Fornita ad ATS tutta la documentazione accertante la presenza dei requisiti soggettivi;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

42. Condiviso i piani di zona per i percorsi assistenziali con il Consorzio Pubblico Servizio alla persona del distretto di Viadana;
43. Acquisite le relazioni dell'ODV e della società di revisione dei conti;
44. Programmata formazione 32H RLS aziendale;
45. Mantenuto alto il minutaggio settimanale, oltre quanto richiesto dalle normative nonostante la mancanza di personale sanitario e di interesse sanitario nel mercato del lavoro;
46. Affidata la gestione della cucina a ditta specializzata nella ristorazione per gli anziani SOVITE srl;
47. Somministrata customer ospiti/familiari/lavoratori e restituiti i risultati;
48. Rielaborazione di tre turnistiche OSS differenti per affrontare al meglio le necessità del momento;
49. Introdotta la presenza notturna dell'infermiere;
50. Partecipazione del direttore al Master in gestione dei servizi sociali e sociosanitari indetto dal dipartimento di economia dell'Università degli Studi di Verona;
51. Siglato ad ottobre 2021 contratto di collaborazione con il dott. Domenico Rubello, specializzato in endocrinologia e medicina nucleare. Il dottore con assodata esperienza di coordinamento di strutture complesse da novembre 2021 è divenuto Direttore Sanitario della nostra RSA con una presenza in struttura pari a 38h settimanali;
52. Nel 2021 la RSA Domus Pasotelli Romani ha avuto un solo infortunio da parte dei lavoratori dipendenti;
53. Effettuata formazione utilizzo DAE;
54. È stato riaperto nelle modalità e tempi concordati con l'ufficio vigilanza dell'ATS Val Padana il Centro Diurno "La Speranza" a gennaio 2022;

- Nel 2022

1. È stata implementata e intensificata la formazione sul metodo di una mentalità della buona pratica lavorativa. Sono state coinvolte maggiormente le infermiere che diventano sempre più punto nevralgico per il piano di riferimento e tutti i lavoratori. È stata ulteriormente presa in considerazione la figura del primo operatore come figura di coordinamento del personale assistenziale e ai due primi operatori è stata somministrata apposita formazione;
2. Ormai entrato a sistema la metodologia delle riunioni periodiche di condivisione dei problemi. I briefing quotidiani in cui le varie figure professionali coinvolte potranno interagire e presentare le situazioni concrete della giornata di riferimento. A tali riunioni, oltre alle figure di coordinamento, partecipa anche un OSS in turno;
3. Come detto è diventato sistematico monitoraggio dei FASAS e di tutta la documentazione sanitaria e assistenziale ad opera della coordinatrice infermieristica e delle altre figure professionali in base al proprio profilo di accesso alle informazioni;
4. Si è proceduto con l'autocontrollo tramite check list attraverso 3 ispezioni;
5. Si è proceduto con l'effettuare 6 riunioni infermieri dove si sono analizzate le problematiche e le indicazioni di volta in volta fornite dal direttore sanitario e/o dal personale infermieristico stesso e diversi incontri con il personale;
6. Si sono svolte 9 riunioni del gruppo Risk management;
7. Si sono svolti regolarmente i briefing quotidiani interdisciplinari al fine di migliorare il passaggio delle informazioni tra l'equipe;
8. Istituito il Comitato Familiari il 23 febbraio 2022 ed effettuate 5 riunioni con i rappresentanti degli ospiti e familiari;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

9. Sono state visionate tutte le apparecchiature elettromedicali ed i letti attrezzati come da normativa;
10. Viene monitorata la turnazione ed il piano di lavoro di tutti i reparti, tenendo in considerazione anche il MAPO redatto dall'RSPP e le esigenze degli ospiti. A tal scopo si evidenzia come l'occupabilità dei posti letto è variata nel corso dell'anno in maniera proporzionale alla presenza del personale a standard in organico con una media di circa il 70% di occupazione nel periodo;
11. È stato rispettato il piano di formazione in accordo con l'ufficio formazione della Fondazione e tenendo presente le esigenze formative del personale oltre alla formazione strategica decisa dalla Fondazione;
12. Sono stati tenuti monitorati sia gli incidenti/infortuni dei lavoratori che le cadute degli ospiti attraverso specifici moduli di rilevazione. Si fa presente che nel secondo semestre del 2022 il centro servizi ha avuto 0 infortuni;
13. È stata proposta, come ogni anno, una campagna vaccinazione antinfluenzale per lavoratori ed ospiti;
14. Si sono richiesti i vaccini anti-covid in conformità con le disposizioni in vigore. Si fa presente che tutto il personale è munito di almeno tre dosi di vaccino anticovid.;
15. Effettuata ad ottobre l'ispezione dell'ODV;
16. Effettuato il 13 gennaio 2023 il sopralluogo MC, RLS, RSPP, UDO;
17. È stata portata a termine la formazione prevista per l'anno sull'umanizzazione delle cure e la *best practice*;
18. Si è svolta regolarmente la formazione obbligatoria; con la formazione continua sulla movimentazione;
19. Viene rimandata al 2023 la formazione D.Lgs. 231/2001;
20. Sono stati continuamente aggiornati i protocolli anticovid in funzione della curva epidemiologica e delle normative di volta in volta in vigore (arrivando alla 19° revisione);
21. Rivisti tutti i protocolli in dotazione per RSA/CDI e ADI;
22. Somministrati a gennaio 2023 i test di verifica sui protocolli;
23. Svolto ciclo di incontri con il territorio sulla cura della persona affetta da demenza presso il proprio domicilio;
24. È stata riprogrammata l'ADI ai sensi della DGR 6867/2022 della Regione Lombardia;
25. Si è preso atto della relazione annuale da parte del MC;
26. Somministrata a gennaio 2023 la customer agli ospiti, familiari e lavoratori;
27. A giugno è stato effettuato il Corso GEI da parte della RSPP;
28. Monitorata la situazione legionella attraverso esami a campione come previsto dal protocollo dedicato;
29. Programmata la disinfestazione per prevenire il virus West Nil.

h. Per il 2023?

1. Si continuerà con la formazione sul metodo di una mentalità della buona pratica lavorativa. Sono state coinvolte maggiormente le infermiere che diventano sempre più punto nevralgico per il piano di riferimento e tutti i lavoratori. È stata ulteriormente presa in considerazione la figura del primo operatore come figura di coordinamento del personale assistenziale e ai due primi operatori è stata somministrata apposita formazione;
2. Messa a sistema si continuerà con la metodologia delle riunioni periodiche di condivisione dei problemi. I briefing quotidiani in cui le varie figure professionali coinvolte potranno

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

- interagire e presentare le situazioni concrete della giornata di riferimento. A tali riunioni, oltre alle figure di coordinamento, partecipa anche un OSS in turno;
- 3.** Si punterà ridurre maggiormente le difformità dei FASAS e di tutta la documentazione sanitaria e assistenziale tra il programmato e il realizzato;
 - 4.** Si procederà con l'autocontrollo tramite check list;
 - 5.** Si procederà con l'effettuare almeno 6 riunioni infermieri dove si analizzano le problematiche e le indicazioni di volta in volta fornite dal direttore sanitario e/o dal personale infermieristico stesso e diversi incontri con il personale;
 - 6.** Si sono procederà a svolgere almeno 6 riunioni del gruppo Risk management;
 - 7.** Si svolgeranno regolarmente i briefing quotidiani interdisciplinari al fine di migliorare il passaggio delle informazioni tra l'equipe;
 - 8.** Si rinnoverà il Comitato Familiari il 23 febbraio 2022 e tramite apposita assemblea si chiederà ad altri familiari di candidarsi al ruolo di rappresentanti;
 - 9.** Si terrà monitorato la programmazione delle manutenzioni di tutte le apparecchiature elettromedicali ed i letti attrezzati come da normativa;
 - 10.** Si cercherà di trovare soluzioni per migliorare la turnazione ed il piano di lavoro di tutti i reparti, tenendo in considerazione anche il MAPO redatto dall'RSPP e le esigenze degli ospiti. A tal scopo si evidenzia come l'occupabilità dei posti letto continuerà a variare nel corso dell'anno in maniera proporzionale alla presenza del personale a standard in organico;
 - 11.** Si cercherà di rispettare il piano di formazione in accordo con l'ufficio formazione della Fondazione e tenendo presente le esigenze formative del personale oltre alla formazione strategica decisa dalla Fondazione (Vedere il Piano di Formazione);
 - 12.** Verranno tenuti monitorati sia gli incidenti/infortuni dei lavoratori che le cadute degli ospiti attraverso specifici moduli di rilevazione;
 - 13.** Verrà proposta, come ogni anno, una campagna vaccinazione antinfluenzale per lavoratori ed ospiti come definita dalle autorità competenti;
 - 14.** Verranno richiesti i vaccini anti-covid in conformità con le disposizioni in vigore sia per completare il ciclo vaccinale degli ospiti che per i lavoratori che desiderano effettuare dosi booster;
 - 15.** Si programmerà l'ispezione dell'ODV;
 - 16.** Verrà effettuato il sopralluogo MC, RLS, RSPP, UDO;
 - 17.** Si elabora una formazione sull'umanizzazione delle cure e la *best practice* più articolata che vedrà coinvolto il personale per il secondo semestre dell'anno;
 - 18.** Si cercherà di svolgere regolarmente la formazione obbligatoria; con la formazione continua sulla movimentazione;
 - 19.** Si provvederà ad organizzare la formazione D.Lgs. 231/2001 in accordo con il dott. Luca Zanta responsabile qualità Formazione OIC Onlus;
 - 20.** Verranno aggiornati, se necessario, i protocolli anticovid in funzione della curva epidemiologica e delle normative di volta in volta in vigore oltre al POP e al protocollo ICA;
 - 21.** Verranno Somministrati ai neoassunti i test di verifica sui protocolli;
 - 22.** Si punterà alla realizzazione di un convegno con a tema la cura della persona affetta da demenza;
 - 23.** Verrà somministrata la customer agli ospiti, familiari e lavoratori;
 - 24.** A giugno verrà effettuato il Corso GEI da parte della RSPP;
 - 25.** Monitorata la situazione legionella attraverso esami a campione;
 - 26.** Programmata la disinfestazione per prevenire il virus West Nil.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

i. Monitoraggio eventi avversi e disservizi, compilazione di non conformità e azioni conseguenti

Nel 2015 è stato realizzato il progetto *“Implementazione sistema gestionale Incident Reporting”*. Processo di comunicazione interna aziendale nella segnalazione e gestione delle informazioni sul rischio attraverso la raccolta della scheda tecnica per l'*incident reporting* e la diffusione delle problematiche in essa rilevate. La segnalazione libera e anonima da parte dei segnalatori delle varie unità di offerta, l'identificazione dei rischi, con la facile estrazione di dati statistici e circostanziati, nonché l'analisi e la trattazione delle criticità emerse attraverso la sezione gestione gruppi di lavoro aziendali/attività e piani di miglioramento.

Alla raccolta delle schede, su argomenti validi e di reale rischio, seguono dei *Briefing* sulla sicurezza e dei *Focus Group*, mentre dalla raccolta dati potranno essere effettuati degli Screening per prevenire gli eventi avversi.

Questa fase del processo, oltre che partire da un'analisi dei rischi potenziali che possono colpire l'azienda e a cascata tutti gli stakeholder, si fonda sulle segnalazioni di eventi negativi che si sono realmente verificati o che stavano per verificarsi e che solo fortuitamente sono stati evitati (*near misses*). Queste segnalazioni devono servire alla creazione di un sistema di reporting, i cui dati è auspicabile vengano gestiti in futuro su supporto informatico e che dovrà rappresentare la fonte di informazione principale (oltre chiaramente alle segnalazioni dei pazienti attraverso i reclami o le richieste di risarcimento per danni subiti) per disegnare il quadro della reale situazione di rischio.

Di fronte ad un evento avverso, di qualsiasi natura esso sia, non si può puntare esclusivamente al recupero del danno subito, senza riflettere sulle cause che lo hanno generato.

Da un'attenta analisi della letteratura è interessante notare come nella maggioranza dei casi l'evento avverso, l'incidente, è spesso il risultato finale di una catena di eventi generati da difetti del “sistema”, dove per sistema si intende un gruppo indipendente di persone, processi e percorsi con un obiettivo comune.

Nel 2017 vi sono state 2 segnalazioni *“incident reporting”* tutte seguite da un verbale di RNC e corredate da azioni risolutive o migliorative circa i problemi riscontrati. Vi sono state anche 2 segnalazioni pervenute da parte dei familiari, anch'esse corredate da RNC.

Nel 2018 non vi è stata alcuna segnalazione proveniente da scheda *“incident reporting”* né segnalazioni provenienti da ospiti e familiari. Nel 2018 è stata aperta solo una non conformità a seguito di sopralluogo tramite check list di autocontrollo interno.

Nel 2019 sono pervenute due segnalazioni a voce da parte di dipendenti seguite da RNC e verifica dell'efficacia.

Nel 2020 sono state 4 le segnalazioni seguite da relativi RNC e misure di accorgimento per il miglioramento delle buone pratiche.

Nel 2021 tre segnalazioni di cui una riguardante fornitura di dispositivi facciali non conformi da parte della Regione Lombardia.

Sinistri presso la RSA/CDI/ADI Domus Pasotelli Romani nel 2021 non si registrano sinistri.

Nel 2022 due segnalazioni seguite da relativi Rapporto di Non Conformità (RNC) di cui uno riguardante la caduta di un ospite per non corretta applicazione dello strumento di tutela e una per una ferita da taglio che una operatrice si è procurata inserendo le mani in un sacchetto dei rifiuti.

Sinistri presso la RSA/CDI/ADI Domus Pasotelli Romani nel 2022 non si registrano sinistri.

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

j. Il Gruppo Coordinamento Aziendale Risk Management

L'anno 2022 si è svolto nell'ottica della continuità operativa al fine di promuovere politiche di qualità e di gestione del rischio clinico, nonché di approntare e validare i piani annuali di risk management. Sono state verbalizzate tutte le riunioni con gli appositi modelli verbali d'equipe, firmati dai componenti del Gruppo. Nel mese di novembre 2021 vi è stato il passaggio di consegne tra la dott.ssa Michela Fernanda Rigon e il dott. Domenico Rubello sia per quanto concerne l'incarico di direttore sanitario che come membro del gruppo di coordinamento aziendale Risk Management.

Anche per il 2023 il gruppo di risk management si prefigge di riunirsi ufficialmente almeno una volta ogni due mesi.

K . Formazione sulla mediazione

L'attività di ascolto e mediazione trasformativa dei conflitti nelle organizzazioni sanitarie viene inserita dal Gruppo Coordinamento Aziendale Risk Management nell'ottica di prevenire e contenere le conflittualità tra operatori sanitari e ospiti, loro familiari e caregivers, come definito negli "Indirizzi operativi per l'implementazione dell'attività di Ascolto e Mediazione dei conflitti". La R.S.A. Domus Pasotelli Romani ha riconosciuto la funzione di mediatore dei conflitti all'interno della R.S.A. stessa. L'ufficio Formazione della Fondazione OIC Onlus ha attivato un percorso di formazione e sostegno nel dirimere sia le controversie tra dipendenti che migliorare l'approccio con i familiari degli ospiti. Ciò viene fatto con il coinvolgimento di professionisti preparati che con riunioni periodiche di condivisione dei problemi specifici. In particolare la Fondazione OIC Onlus ha avviato già dal 2017 un percorso in tal senso indirizzato da un lato alla mappatura delle competenze e alla formazione vera e propria sui rapporti interpersonali dei preposti aziendali e dall'altro lato alla formazione di tutto il personale della residenza in maniera trasversale. In tal senso si segnala come sia diventata utile la presenza del direttore sanitario nella relazione con gli ospiti e con i familiari. Tra il 2022 e il 2023 è stata portata avanti la formazione dei coordinatori assistenziali (primi operatori).

Nel 2022 è stato costituito anche il comitato familiari e ospiti che ha visto la candidatura di due familiari eletti all'unanimità nell'assemblea del 23 febbraio. A febbraio 2023 l'assemblea ha confermato come rappresentate Rinaldo Nicocelli e ha nominato una nuova rappresentante nella persona della signora Nunzia Gobbi.

7. SCHEDE DI MOBILITÀ:

Sono state inserite già dal 2015 le schede di mobilità in cui è riportato tutto ciò concerne l'ospite.

Tali schede sono collocate all'interno dell'armadio dell'ospite.

Gli obiettivi delle schede di mobilità sono:

1. Riduzione delle lesioni traumatiche dell'apparato locomotorio;
2. Pianificazione assistenza di base;
3. Pianificazione mobilitazione;
4. Pianificazione alzate;
5. Prevenzione danni da mobilitazione dell'ospite;
6. Riduzione infortuni da MMC;
7. Riduzione provvedimenti disciplinari.

Tali schede rientrano nell'ottica della metodologia di lavoro di equipe per il benessere dell'ospite e per una maggior responsabilizzazione e crescita professionale dell'operatore sanitario oltre che la sicurezza dello stesso; nonché per la condivisione dei problemi. Con queste schede e valutazioni

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

continue si mette concretamente in atto la formazione continua del personale per quanto concerne la movimentazione degli ospiti.

8. SICUREZZA OSPITI

La Residenza indirizza la propria attenzione secondo un criterio di tutela dell'ospite. Non solo dal punto di vista sanitario ma anche a livello di sicurezza per garantirne l'incolumità. Al momento della domanda di ingresso l'equipe della RSA/CDI, ricevuta tutta la documentazione sanitaria del potenziale ospite, valuta la compatibilità dei suoi bisogni con la propria capacità di risponderli (bisogni sanitari e assistenziali). Per garantire la continuità assistenziale, in caso di particolari problematiche per le quali l'organizzazione non può far fronte, o in caso di cessazione del rapporto di fiducia tra la Fondazione e l'ospite o suoi familiari/amministratori di sostegno/tutore, il Centro Servizi si attiverà con l'assistente sociale del comune di provenienza o con il CEAD (Centro per l'assistenza domiciliare) di riferimento per valutare il caso specifico e concordare le azioni da adottare, di comune accordo e comunque al fine di garantire all'ospite la continuità assistenziale. Per quanto concerne l'ADI l'assistito a seguito della valutazione da parte dell'Equipe di Valutazione Multidisciplinare dell'ASST Mantova, su richiesta del medico proscrittore, assegnerà alla persona un Piano Individuale (PI) e la persona se sceglierà come Ente Gestore la Fondazione verrà presa in carico nei tempi e modi previsti dalla normativa e meglio dettagliati nella documentazione ADI.

1 – utente che esce

Le porte di accesso alla struttura sono sorvegliate con telecamere. La portineria è allertata al controllo continuo degli accessi e dentro la portineria sono installati i monitor della videosorveglianza. Nel caso estremo di fuga dell'ospite viene avviata immediatamente la ricerca dello stesso e nel caso si renda necessario vanno avvisate tempestivamente le forze dell'ordine. In ogni caso l'evento verrà segnalato tempestivamente in cartella e ai familiari. Nel 2017 è stata inserita in portineria una spia luminosa che si accende nel caso in cui il cancello pedonale rimanga aperto. Nel 2018 sono state collocate in zona autorimessa una serie di piante per impedire il passaggio degli ospiti ostacolandone l'eventuale fuga. Nel 2019 è stato potenziato l'impianto di segnalazione acustica collegato alle uscite di emergenza. Nel 2020 i segnali sono stati riportati in portineria tramite spie luminose. Si cercherà di attuare con le educatrici, dove possibile, la metodologia biopsicosociale al fine di far sì che l'anziano non abbia voglia di andare via dalla struttura. Gli infissi dei piani sono chiusi a chiave per scongiurare eventuali tentativi di suicidio o di cadute accidentali da parte di ospiti con demenza.

2 – utente contenuto senza prescrizione

La contenzione è soggetta a prescrizione medica. La contenzione viene decisa in equipe a seguito della ricerca di soluzioni alternative che si rilevano non idonee. In particolare il ricorso alla contenzione fisica deve essere limitato a circostanze eccezionali, a situazioni di emergenza, ovvero a situazioni di immediato pericolo per sé e per gli altri (**art. 54 codice penale**). L'adozione di un trattamento che contempli una pratica di contenzione deve quindi essere correttamente motivato e documentato. Vengono informati degli strumenti di contenzione l'ospite e i familiari, con i quali si condividono le scelte, e firmano il consenso all'applicazione della stessa.

3 – ospite che necessita di farmaci

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Tutte le terapie sono rigorosamente prescritte dal medico. L'infermiere firma per la somministrazione della stessa. Le terapie vengono date a vista e direttamente dall'infermiere. La terapia viene preparata e somministrata dall'infermiera in turno, eliminando rischiosi passaggi che possono portare all'errore.

4 – Procedure e protocolli

Nel 2019 sono stati riesaminati tutti i protocolli sia per RSA e CDI che per ADI. Si è fatta una importante formazione sulla lotta ai multiresistenti. Sono stati inseriti in centralino, sui piani e negli uffici dei flaconi di gel antisettico con relativi cartelli indicanti il corretto lavaggio delle mani. Nel 2020 sono stati introdotti tutti i protocolli inerenti al Covid e revisionati dei protocolli come già precisato nel presente piano.

Nel 2021 è stato aggiornato il protocollo di gestione, conservazione e somministrazione farmaci.

Nel 2022 sono stati rivisti tutti i protocolli RSA/CDI e ADI e nel gennaio 2023 sono stati somministrati i test relativi ai protocolli stessi.

9. BIBLIOGRAFIA

- Circolare della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità n° 46/San del 27/12/04 “indirizzi sulla gestione del rischio sanitario”;
- Linee Guida della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità del 14/12/2005 “Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management 2006”;
- Linee Guida della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità del 21/12/2006 “Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management 2007”;
- Linee Guida della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità del 23/11/2007 “Linee guida relative alla programmazione annuale delle attività di Risk Management 2008”;
- Linee Guida della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità del 18/12/2008 “Linee guida relative alle attività di Risk Management – anno 2009”;
- Linee Guida della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità del 18/12/2009 “Linee guida attività di Risk Management – anno 2010”;
- Linee Guida della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità del 22/12/2010 n. H1.2010.0041426 “Linee guida attività di Risk Management – anno 2011”;
- Linee Guida della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità del 19/12/2011 n. H1.2011.0036948 “Linee Guida attività di Risk Management – anno 2012”;
- Linee d'indirizzo e requisiti minimi regionali per la gestione integrata degli effetti nocivi da farmaci - Anno 2014
- Codice Etico Comportamentale Istituto Piccole Suore della Sacra Famiglia;
- Piano Socio Sanitario Regione Lombardia 2010/2014;
- Manuale degli Standard Joint Commission progetto triennale Regione Lombardia 2011;
- Risk Management in Sanità. Il problema degli errori, Ministero della Salute, Roma marzo 2004;
- Raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del rischio dalla n° 1/2005 alla n°13/2011;
- La Gestione del Rischio nelle aziende Sanitarie, Renata Cinotti, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma 2004;
- Governo Clinico: governo delle organizzazioni Sanitarie e qualità dell'assistenza, Roberto Grilli e Francesco Taroni, Il pensiero Scientifico Ed., Roma 2004;

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

- Il Risk management nella logica del governo clinico, Gianluca Del Poeta, Fabio Mazzufero, Maurizio Canepa, McGraw-Hill, Milano 2006;
- La gestione del Rischio Clinico, A cura di Francesco Novaco e Viola Damen, Centro Scientifico Editore, Torino 2004;
- La gestione del rischio clinico, Giuseppe Perrella, Riccardo Leggeri, Franco Angeli, Milano 2007;
- L'evoluzione del Clinical Risk Management: l'esperienza di un'azienda ospedaliera lombarda, Autori vari, Azienda Ospedaliera M.Mellini di Chiari/Dir. Generale Sanità Regione Lombardia, Milano 2007.
- - Patient Safety, Charles Vincent, Esseditrice, Panorama della Sanità, Roma 2007
- Piano Rischio Clinico Azienda Ospedaliera M.Mellini;
- Progetto di sviluppo del Risk Management dell'Ospedale di Lecco
- Legge 8 marzo 2017 n. 24
- Rapporto ISS Covid-19 n. 4/2020
- DGR 3226 del 09/06/2020; Dgr 3524 del 05.08.2020; Dgr 3913 del 25.11.2020
- DGR 3226/2020 e successive modifiche;
- Ordinanza Ministero della Salute del 08/05/2021 così come trasmessa da ATS ValPadana con email dell'11/05/2021 prot.n. 35860/21;
- Ordinanza Ministero Salute 30/07/2021;
- DGR 5181 del 06/09/2021;
- Legge 76/2021;
- DL 122/2021;
- Decreto-Legge 21 settembre 2021, n. 127;
- DGR 5320 del 4 ottobre 2021;
- Nota regionale prot. G1.2021.0072092 del 29.12.2021 "Ulteriori indicazioni applicative della DGR N° XI/5181 del 06/09/2021;
- Piano Pandemico PanFlu 2021-2023 di Regione Lombardia approvato in Consiglio con DGR XI/2477 del 17/05/2022;
- UNI/PdR 129:2022 "Linee guida per la gestione delle emergenze sanitarie nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)" pubblicato il 22 giugno 2022

11. SITOGRAFIA CONSULTATA

- www.ministerosalute.it
- www.sanita.regione.lombardia.it
- www.assr.it
- www.mad.it/ars/home.asp
- www.jointcommission.org
- www.siquas.it
- www.gimbe.org
- www.iss.it
- <http://www.altalex.com/documents/leggi/2017/01/16/responsabilita-medica-il-testo-approvato-dal-senato>
- <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>
- http://www.aslmn.it/TempI_cont.asp?IDLivello1=152&IDLivello2=1873&IDLivello3=1190&IDLivello4=778 (11 febbraio 2019)

R.S.A. Domus Pasotelli Romani

Marzo 2023

Direttore di sede dott. Antonino Pettina

Direttore Sanitario dott. Domenico Rubello

Coordinatore infermieristico Simona Pigoli