

***RELAZIONE***  
***ANNUALE***  
***RISK***  
***MANAGEMENT***  
***2022***

*INDICE*

<i>1. Introduzione</i>	<i>pag. 3</i>
<i>2. Risk management e suoi obiettivi</i>	<i>pag. 4</i>
<i>3. Rilevazione del rischio nell'anno 2022 e confronto con gli anni precedenti</i>	<i>pag. 5</i>
<i>I. Monitoraggio e controllo del rischio cadute (Elaborato e reso attivo nel maggio 2013);</i>	<i>pag. 5</i>
<i>II. Controllo del rischio connesso alla prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica (Elaborato e reso attivo nel 2013);</i>	<i>pag. 7</i>
<i>III. L'applicazione e il controllo dei mezzi di contenzione (Elaborato e reso attivo nel 2014);</i>	<i>pag. 8</i>
<i>IV. Rilevazione e prevenzione delle infezioni nelle residenze sanitario assistenziali (Elaborato e reso attivo nel 2014);</i>	<i>pag. 11</i>
<i>4. Analisi della rilevazione del rischio, tramite incident reporting, negli anni 2013 – 2021</i>	<i>pag. 13</i>
<i>5. Progetto finalizzato a valutare il rischio maltrattamenti nei confronti degli Ospiti della RSA (Elaborato e reso attivo nel 2017)</i>	<i>pag. 18</i>
<i>6. Progetto finalizzato a prevenire il rischio "Aggressione" verso gli operatori</i>	<i>pag. 20</i>
<i>7. Conclusioni</i>	<i>pag. 20</i>

## 1. INTRODUZIONE

*La Fondazione ONLUS Casa di Riposo Leandra è una Residenza Sanitario Assistenziale che si pone, quale obiettivo della propria attività, oltre l'assistenza e la cura dell'anziano, il miglioramento della qualità della sua vita, qualora le condizioni di disagio o di disabilità ne impediscano la permanenza al proprio domicilio.*

*La Fondazione concorre, con le sue strutture e i suoi servizi, alla realizzazione di un sistema socio sanitario che meglio risponda alla domanda sociale espressa dalla popolazione anziana, operando in conformità e coerenza con i piani regionali e le indicazioni degli Enti di zona. La RSA ha 58 posti letto accreditati e contrattualizzati dall'ATS Val Padana destinati al ricovero di Ospiti con diverse patologie.*

*Essa fornisce prestazioni di tipo alberghiero e servizi di carattere assistenziale, infermieristico, sanitario e riabilitativo diretti al recupero fisico psichico ed evitare ulteriori situazioni invalidanti alle persone anziane.*

*Il paziente idoneo per il ricovero in RSA, deve possedere alcuni elementi chiave di seguito riportati:*

- *Età d'interesse geriatrico (dai 65 anni in poi), pur ammettendo eccezioni.*
- *Non autosufficienza per motivi fisici, psichici o entrambi.*
- *Rilevanza sanitaria definita da: severità, comorbidità e instabilità clinica e comprendente le necessità riabilitative.*
- *Continuità delle cure: a medio e lungo termine.*

*Le caratteristiche su indicate evidenziano una popolazione che, nella maggioranza dei casi, è costituita da soggetti anziani affetti da patologie croniche, neurologiche e da disabilità; si tratta di una categoria di persone particolarmente fragile e a maggior rischio d'infezione da SARS-CoV-2 e di sviluppare una forma severa con evoluzione potenzialmente grave della malattia. Inoltre, nei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. Per questi motivi, nello scenario epidemiologico che ha caratterizzato gli ultimi tre anni, è stato necessario porre la massima attenzione nei confronti di tali gruppi di popolazione e attuare dei POG Piani Operativi Gestionali (il primo prodotto da questa RSA risale al 1° luglio 2022 con la Rev. 00, revisionato in continuazione in seguito all'evolversi della pandemia e alle normative del suo contenimento) sostituiti successivamente dalla produzione del POP - Piano Operativo Pandemico (Rev. 00 del 4 agosto 2022 e Rev. 01 del 30.12.2022). Obiettivo del POP è quindi quello*

# *Fondazione ONLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

*di contenere al massimo il rischio di diffusione del virus garantendo la sicurezza degli ospiti e del personale ivi operante.*

*In seguito a normativa relativa all'emergenza COVID-19, inoltre, dal 9 marzo 2020 i posti letto liberati per decesso o dimissioni degli ospiti, per diversi mesi non sono stati occupati. Anche in seguito, quando la normativa ha tolto questo vincolo, la RSA, per decisione del Consiglio d'Amministrazione, ha contrattato con l'ATS di mantenere un posto letto vuoto al fine di permettere l'isolamento di eventuali positivi e/o sintomatici e, per carenza di personale ASA/OSS, al fine di non ridurre la qualità del servizio, ha continuato a mantenere posti letto vuoti fino alla seconda metà di dicembre.*

*La Fondazione ONLUS Casa di Riposo Leandra si trova direttamente in piazza Gramsci, 60 a Canneto s/Oglio (MN). Essa è disposta su due piani collegati tra loro da scale e ascensori. Al primo piano sono presenti due nuclei adiacenti: nucleo A e nucleo B.*

*Il nucleo A è costituito da numero una stanza a un letto, numero dieci stanze a due letti e numero due stanze a quattro letti. Nel nucleo A sono presenti una sala TV soggiorno, due bagni assistiti, una cucina di reparto e due sale mediche.*

*Il nucleo B (adiacente al nucleo A) è costituito da sei stanze a due letti e una stanza a quattro letti. Nel nucleo B sono presenti una sala TV soggiorno, un bagno assistito, una sala medica.*

*Al secondo piano è presente il nucleo C. Il nucleo C è costituito da una stanza a un letto e sei camere a due letti. Quest'ultimo nucleo è dotato di bagno servito, sala TV e soggiorno, sala tisaneria e medicheria.*

*All'interno della struttura, al piano terra, vi è un'ampia sala polifunzionale/ricreazione arredata con salottini per il ritrovo di Ospiti e familiari e utilizzata anche per feste e cene della struttura. Adiacente alla sala polifunzionale vi è il bar del Centro Diurno gestita dal Comitato Anziani, accessibile agli ospiti e ai soci esterni.*

*Al piano terra è presente la Chiesa interna nella quale, settimanalmente, è celebrata la Santa Messa alla quale partecipano sia gli Ospiti della R.S.A. sia gli esterni (servizio attualmente sospeso per motivi di sicurezza sanitaria).*

*In questo periodo di pandemia da Sars-CoV-2, Sala Polifunzionale e BAR ex Circolo Anziani sono utilizzati per le visite tra Ospiti e loro familiari/visitatori.*

*Sempre al piano terra, la RSA ha due Appartamenti Protetti per Anziani i cui alloggiati, al bisogno, usufruiscono della Residenza Assistita.*

*La RSA ha un cortile interno e un ampio giardino recentemente ristrutturati.*

*Il giardino è dotato di fontana, vasca, camminamenti ed è privo di barriere architettoniche. Lungo i camminamenti sono situate comode panchine.*

## **2. RISK MANAGEMENT E SUOI OBIETTIVI**

*Il Risk Management (o gestione del rischio), obiettivo primario della Direzione della Fondazione ONLUS Casa di Riposo Leandra, è una strategia imprenditoriale basata sulla raccolta, elaborazione, studio e diffusione dei dati concernenti i rischi corsi dagli ospiti durante il soggiorno in struttura e l'erogazione delle eventuali cure necessarie.*

*Esso si prefigge l'obiettivo di ridurre al minimo la possibilità che si verifichino incidenti/errori, attraverso una metodologia attiva di prevenzione, garantendo maggiore sicurezza e una maggiore tranquillità all'operatore, con un miglioramento complessivo della qualità assistenziale.*

*A tal proposito è opportuno diffondere la cultura della prevenzione e gestione del rischio fra il personale socio-sanitario della struttura, sollecitando la segnalazione degli eventi e dei quasi eventi, e migliorare il sistema di rilevazione, valutazione e correzione degli errori, degli eventi avversi e dei quasi eventi.*

*Un'efficace attività di Risk Management si articola nelle fasi sotto elencate:*

- *Conoscenza e analisi dell'errore*
- *Individuazione e correzione delle cause dell'errore*
- *Analisi del processo*
- *Monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore*
- *Implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.*

*La raccolta di questi dati fornisce una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento per prevenire il ripetersi dell'errore.*

***Migliorare dall'errore per anticipare l'errore.*** *L'errore è il risultato di un'interazione tra diversi fattori sia umani sia tecnologici e organizzativi.*

*La Fondazione ONLUS Casa di Riposo Leandra, dopo aver costituito, il 21.12.2012, il Gruppo del Risk Management (composto da Caposala, un Infermiere e un ASA e disciplinato da apposito regolamento), nell'anno 2013, ha iniziato la valutazione del rischio da parte del personale.*

*Per la valutazione del rischio la RSA utilizza sia l'approccio proattivo sia quello reattivo, attraverso gli strumenti seguenti:*

- *RCA (analisi reattiva evento) evento già successo;*

- FMEA (analisi proattiva evento) per evitare che l'evento succeda;
- Audit Clinico (fotografia dello stato delle cose) controllo stato delle cose.

### 3. RILEVAZIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2019 E CONFRONTO CON GLI ANNI PRECEDENTI

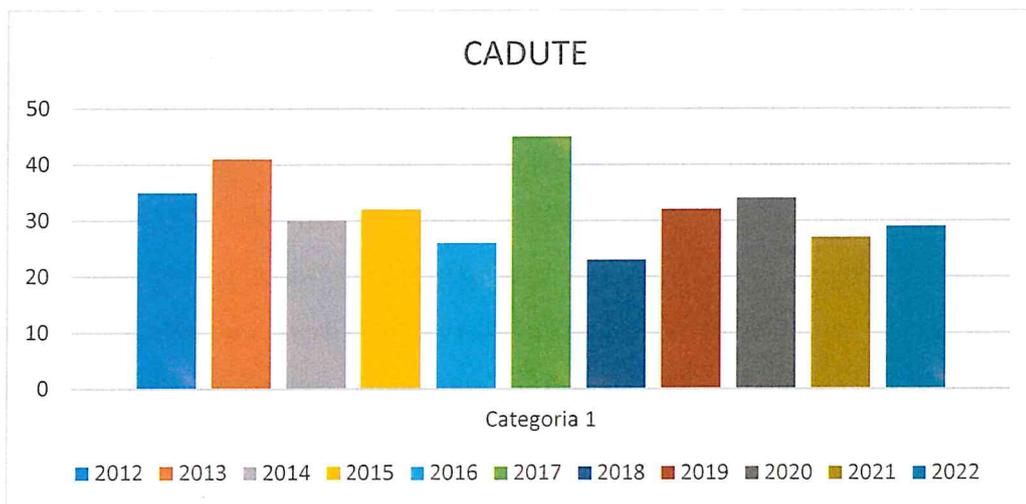
Nel corso del 2019, la RSA ha implementato e proseguito le attività riguardanti i quattro progetti del Risk Management elaborati negli anni precedenti:

#### I. Monitoraggio e controllo del rischio cadute (Elaborato e reso attivo nel maggio 2013):

Nell'anno **2022**, le cadute totali sono state n. 29.

Negli anni precedenti le cadute sono state:

- N. 35 nel 2012;
- N. 41 nel 2013;
- N. 30 nel 2014;
- N. 32 nel 2015
- N. 26 nel 2016.
- N. 45 nel 2017
- N. 23 nel 2018
- N.32 nel 2019
- N 34 nel 2020
- N. 27 nel 2021



*Importante, però, è sottolineare quanto segue:*

- Nell'anno 2022 gli Ospiti totali ricoverati sono stati 69 (nel 2020 sono stati 76 ricoveri nell'anno e nel 2021 solo 60);*
- Gli interventi indirizzati alla prevenzione delle cadute sono stati anche di tipo assistenziale (non contenitivo);*
- Delle 29 cadute, 5 riguardano due ospiti con gravi disturbi cognitivi;*
- Del totale delle cadute tre hanno determinato fratture che, però, riguardavano ospiti autonomi nella deambulazione (cadute imprevedibili);*
- L'Ente, al fine di valutare le condizioni generali dei suoi assistiti e, quindi, se gli episodi derivano da problematiche sanitarie (alterazioni della pressione, problemi articolari, ...) o da eventi non legati a fattori rimediabili dal punto di vista sanitario e/o assistenziale, considera cadute anche tutti gli episodi in cui un Ospite, per motivazioni varie, viene accompagnato a terra.*

*In conclusione, in considerazione di quanto evidenziato nei punti precedenti, si ritiene che sia "progetto monitoraggio e controllo del rischio cadute" sia protocollo in uso siano efficaci.*

*II. Controllo del rischio connesso alla prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica (Elaborato e reso attivo nel 2013);*

*Anche nell'anno 2022 non si sono verificati errori connessi alla prescrizione e alla somministrazione della terapia farmacologica.*

*Nell'anno 2021 non si sono verificati errori connessi alla prescrizione e alla somministrazione della terapia farmacologica*

*Nell'anno 2020 non si sono verificati errori connessi alla prescrizione e alla somministrazione della terapia farmacologica*

*Nell'anno 2019 non si sono verificati errori connessi alla prescrizione e alla somministrazione della terapia farmacologica e non è stato segnalato nessun incident reporting.*

*Nell'anno 2019 nel mese di ottobre, come da indicazione del Ministero della Salute, è in uso una nuova scheda, compilata dal medico all'ingresso dell'ospite, per la ricognizione/riconciliazione farmacologica.*

*Poiché CBA, ditta fornitrice i programmi telematici (fra cui il FASAS elettronico) dell'Ente, nonostante la richiesta d'inserimento della legenda delle abbreviazioni utilizzate*

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

*(CP=compressa, CPS=capsula ecc.) nel cartellino telematico, non ha ancora provveduto, in caso di necessità, il personale sanitario continua a utilizzare la legenda su foglio cartaceo presente nel faldone dei cartellini della terapia.*

*Nell'anno 2018, come da raccomandazione del Ministero della Salute per la riconciliazione della terapia farmacologica, è stato revisionato il protocollo n 1 "Accoglienza, presa in carico, dimissione e continuità assistenziale"*

*Il personale medico e infermieristico, in questi anni, ha dimostrato attenzione e professionalità nella segnalazione di eventi avversi che avrebbero potuto determinare errori nella prescrizione o somministrazione dei farmaci.*

*Nell'anno 2017, tramite incident reporting, è stato segnalato solo un "near miss" connesso alla mancata somministrazione di un farmaco anticoagulante che, qualora il personale infermieristico non se ne fosse accorto, avrebbe potuto tradursi in errore nella somministrazione del farmaco stesso. Il "quasi evento" ha, comunque, determinato la modifica della procedura sull'esecuzione dei prelievi ematici in struttura.*

*Nell'anno 2016 non si sono verificati errori di cui in oggetto.*

*Nell'anno 2015, tramite incident reporting, è stato segnalato solo un "quasi evento" che ha determinato la modifica della procedura della somministrazione dei farmaci.*

*Cosa analoga si era verificata nel 2014 con conseguente modifica del protocollo della prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica (Vedi Relazione annuale progetto allegata).*

*Dal giugno 2014 l'Ente utilizza il FASAS elettronico completo di cartellino telematico della terapia. Questo strumento permette la riduzione, ai minimi termini, degli errori legati alla trascrizione e all'errata interpretazione del cartellino.*

*Nell'anno 2017 è stata rivalutata la terapia orale degli ospiti che presentano difficoltà nella somministrazione dei farmaci e che, quindi, per permetterne l'assunzione, necessitano della frantumazione/polverizzazione del medicinale. Per ovviare a questo problema, si è scelto di utilizzare i farmaci nella forma farmaceutica più congrua (farmaci in gocce, farmaci orodispersibili, farmaci tritabili).*

*Al fine di permettere l'identificazione immediata degli Ospiti (evitando, così, possibili errori d'identificazione, sia agli operatori di nuova assunzione che agli operatori di Ospedali, in caso di eventuali visite/ricoveri ospedalieri), nel dicembre 2017, sul FASAS (nelle sue diverse parti, es. cartellino delle terapie, PAI, ...) è stata aggiunta la fotografia degli stessi.*

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

## III. L'applicazione e il controllo dei mezzi di contenzione (Elaborato e reso attivo nel 2014)

*Nell'anno 2022, le contenzioni sono state:*

- *N. 9 con cintura addominale,*
- *N. 10 con cintura pelvica,*
- *N. 3 con cintura al letto,*
- *N. 1 manopola*
- *Trenta Ospiti (tra Ospiti presenti tutto l'anno, deceduti e nuovi ingressi), nell'arco dell'anno, hanno utilizzato (alcuni solamente per brevi periodi) le sponde al letto durante le ore del riposo.*

*Nell'anno 2021, le contenzioni sono state:*

- *N. 7 con cintura addominale,*
- *N. 8 con cintura pelvica,*
- *N.1 tavolino servitore (sostituito poi con cintura pelvica)*
- *N. 1 lenzuolo contenitivo (sospeso subito perché l'ospite era in grado di rimuoverlo),*
- *Trentatré Ospiti (tra Ospiti presenti tutto l'anno, deceduti e nuovi ingressi), nell'arco dell'anno, hanno utilizzato (alcuni solamente per brevi periodi) le sponde al letto durante le ore del riposo.*

*Nell'anno 2020, le contenzioni sono state:*

- *N. 8 con cintura addominale,*
- *N. 6 con cintura pelvica,*
- *N.1 tavolino servitore (sostituito poi con cintura pelvica)*
- *N. 1 lenzuolo contenitivo (sospeso subito perché l'ospite era in grado di rimuoverlo)*
- *Quaranta Ospiti (tra Ospiti presenti tutto l'anno, deceduti e nuovi ingressi), nell'arco dell'anno, hanno utilizzato (alcuni solamente per periodi di tempo limitato) le sponde al letto durante le ore di riposo.*

*Nell'anno 2019, le contenzioni sono state:*

- *N. 4 con cintura addominale,*
- *N. 5 con cintura pelvica,*
- *Cinquantaquattro Ospiti (tra Ospiti presenti tutto l'anno, deceduti e nuovi ingressi), nell'arco dell'anno, hanno utilizzato (alcuni solamente per periodi di tempo limitato)*

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

*le sponde al letto durante le ore di riposo. Alla data del 1° gennaio 2020 sono in uso 39 spondine e 6 cinture di contenzione (4 pelviche e 2 addominali).*

*Nell'anno 2018, le contenzioni sono state:*

- *N. 3 con cintura addominale,*
- *N. 5 con cintura pelvica,*
- *N. 1 con Tavolino,*
- *N. 1 con polsiera,*
- *N. 1 con guanti di protezione,*
- *Cinquanta Ospiti (tra Ospiti presenti tutto l'anno, deceduti e nuovi ingressi), nell'arco dell'anno, hanno utilizzato le sponde al letto durante le ore di riposo (alcuni solamente per periodi di tempo limitato).*

*Nell'anno 2017, le contenzioni sono state:*

- *N. 5 con cintura addominale;*
- *N. 2 con cinture pelviche;*
- *N. 1 con Tavolino;*
- *N. 1 con polsiera;*
- *N. 1 con guanti di protezione;*
- *Quarantacinque Ospiti (tra Ospiti presenti tutto l'anno, deceduti e nuovi ingressi), nell'arco dell'anno, hanno utilizzato (alcuni solamente per periodi di tempo limitato) le sponde al letto durante le ore di riposo.*

*All'inizio dell'anno 2018, gli Ospiti che utilizzano tale mezzo di contenzione, sono trentacinque.*

*Nell'anno 2016, le contenzioni sono state:*

- *N. 4 con cintura addominale (di cui tre solo a fine anno);*
- *N. 1 con Tavolino;*
- *Quarantacinque Ospiti (tra Ospiti presenti tutto l'anno, deceduti e nuovi ingressi), nell'arco dell'anno, hanno utilizzato (alcuni solamente per periodi di tempo limitato) le sponde al letto durante le ore di riposo.*

# Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra

Residenza Sanitario Assistenziale

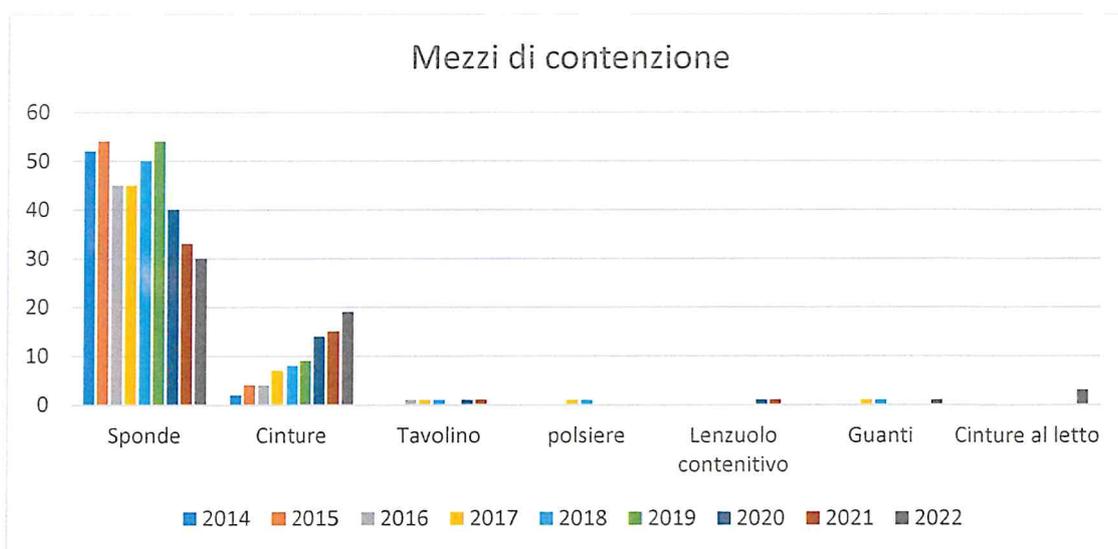
Nell'anno 2015, le contenzioni sono state:

- N. 4 con cintura addominale (tre a fine anno);
- Nei primi mesi, cinquantaquattro con sponde al letto durante le ore di riposo (comprensivo di tutti gli ospiti che sono stati presenti nell'anno e anche applicate per periodi temporanei), poi, con l'acquisto dei letti dotati di semisponde, il numero delle contenzioni è calato gradualmente fino ad arrivare a n. 34.

Nell'anno 2014 (dal mese di maggio) le contenzioni sono state:

- N. 2 con cintura addominale;
- N. 52 con sponde al letto.

Dall'analisi dei dati, e come si evince dal grafico seguente, il numero delle contenzioni con cintura addominale si mantiene costante dato il numero elevato di ospiti con disturbi cognitivi in cui gli interventi assistenziali non sono in grado di evitare l'elevato rischio di caduta. L'utilizzo della cintura pelvica rimane legata a problemi posturali (per impedire lo scivolamento) che non hanno soluzioni assistenziali alternative al mezzo di contenzione.



#### IV. Rilevazione e prevenzione delle infezioni nelle residenze sanitario assistenziali (Elaborato e reso attivo nel 2014).

Nell'anno 2022, le infezioni sono state n. 67, di cui:

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

*N. 30 apparato respiratorio (riguardante 9 ospiti con grossi problemi disfagici)*

*N. 15 vie urinarie (di cui 7 riguardano un Ospite con catetere vescicale con grosse problematiche di gestione)*

*N. 21 altro (di cui 11 infezioni cutanee per arteriopatia arti inferiori riguardavano 2 ospiti)*

*N. 1 ferita chirurgica*

*N. 35 COVID-19*

*Nell'anno 2021, le infezioni sono state n. 44, di cui*

*N. 22 apparato respiratorio*

*N. 12 vie urinarie*

*N. 10 altro*

*N. 0 (zero) COVID-19*

*Nell'anno 2020, le infezioni sono state n. 81, di cui*

*N. 25 apparato respiratorio*

*N. 13 vie urinarie*

*N. 1 gastro intestinale*

*N. 1 ferita chirurgica*

*N. 10 altro*

*N. 11 COVID-19*

*Nell'anno 2019, le infezioni sono state n. 81, di cui:*

*- N. 6 delle vie urinarie,*

*- N. 59 delle vie respiratorie,*

*- N. 16 altre sedi.*

*Nell'anno 2018, le infezioni sono state n. 92, di cui:*

*- N. 21 delle vie urinarie,*

*- N. 54 delle vie respiratorie,*

*- N. 17 altre sedi.*

*Nell'anno 2017, le infezioni sono state n. 38, di cui:*

*- n. 7 delle vie urinarie,*

# Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra

Residenza Sanitario Assistenziale

- n. 27 delle vie respiratorie,
- n. 4 altre sedi.

Nell'anno 2016, le infezioni sono state n. 53, di cui:

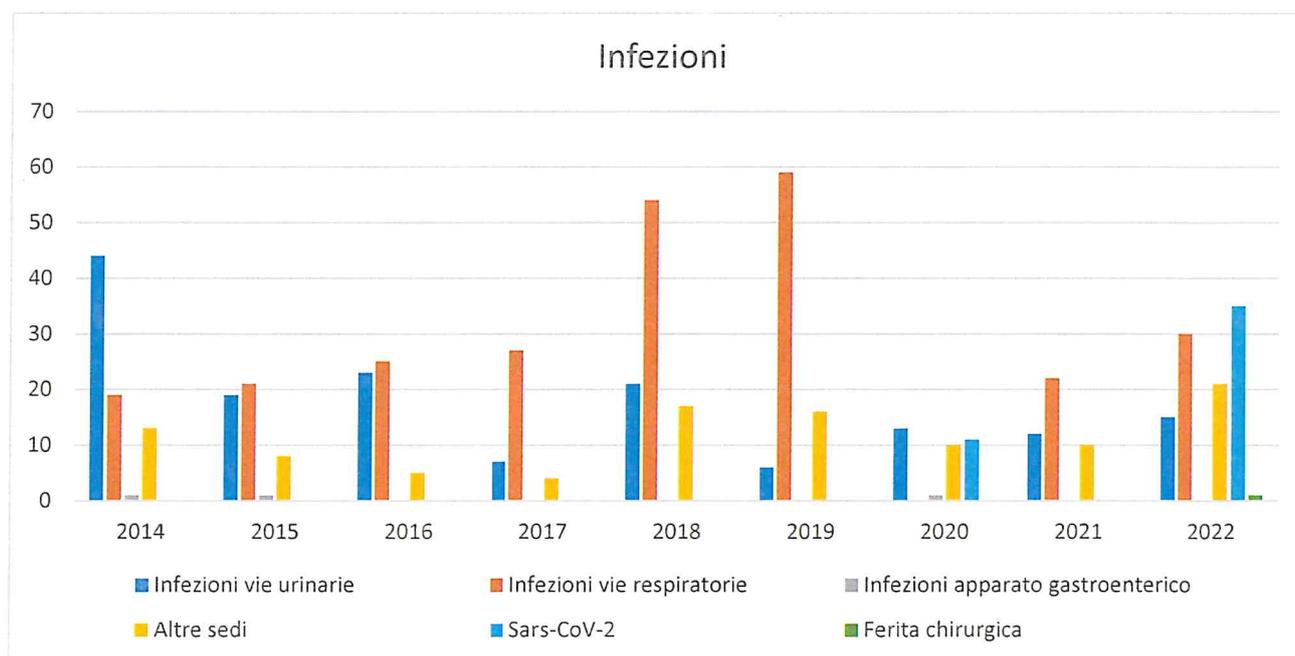
- n. 23 delle vie urinarie,
- n. 25 delle vie respiratorie,
- n. 5 altre sedi.

Nell'anno 2015, le infezioni sono state n. 49, di cui:

- n. 19 delle vie urinarie,
- N. 21 delle vie respiratorie,
- N. 1 dell'apparato gastroenterico,
- N. 8 altre sedi.

Nell'anno 2014 (dal mese di maggio) le infezioni sono state n. 77, di cui:

- N. 44 delle vie urinarie;
- N. 19 delle vie respiratorie;
- N. 1 dell'apparato gastroenterico;
- N. 13 altre sedi.



## **INDAGINE DI PREVALENZA**

*Il 30 ottobre 2022 è stata eseguita la seguente indagine di prevalenza:*

- *Ospiti presenti al momento dell'indagine 51;*
- *N. 1 ospite portatore di catetere vescicale a permanenza;*
- *N. 1 ospite portatore di Peg*
- *Nessuna infezione*
- *Nessuna infezione Covid-19*

### *4. ANALISI DELLA RILEVAZIONE DEL RISCHIO, TRAMITE INCIDENT REPORTING, NEGLI ANNI 2013 – 2022*

*Nell'anno 2022, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 13 schede, di cui:*

- *N. 0 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 1 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 12 incident reporting di codice verde;*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 12 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 1 incident reporting legato all'aggressività di un ospite durante il bagno settimanale.*

*Nell'anno 2021, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 21 schede, di cui:*

- *N. 1 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 1 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 18 incident reporting di codice verde;*
- *N. 1 incident reporting di codice rosso.*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 18 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 3 argomenti vari*

*Nell'anno 2020, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 22 schede, di cui:*

- *N. 1 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 2 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 17 incident reporting di codice verde;*

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

- *N. 2 incident reporting di codice rosso.*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 19 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 1 incident reporting legato alla caduta di una plafoniera della luce in cucina;*
- *N. 1 incident reporting legato alla caduta di una tenda divisoria tra i letti;*
- *N. 1 incident reporting legato ai guasti dei telecomandi*

*Nell'anno 2019, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 32 schede, di cui:*

- *N. 0 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 5 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 27 incident reporting di codice verde;*
- *N. 0 incident reporting di codice rosso.*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 28 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 1 incident reporting legato episodi di aggressività di ospiti nei confronti del personale;*
- *N. 1 incident reporting legato alla gestione dei cassonetti dei rifiuti;*
- *N. 1 incident reporting esecuzione non corretta dei bagni in vasca;*
- *N. 1 incident reporting uso del sollevatore ad imbragatura*

*Nell'anno 2018, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 31 schede, di cui:*

- *N. 0 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 13 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 18 incident reporting di codice verde;*
- *N. 0 incident reporting di codice rosso.*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 21 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 3 incident reporting legato episodi di aggressività di ospiti nei confronti del personale;*
- *N. 2 incident reporting legato alla mancata applicazione dei mezzi di contenzione (spondine) come da prescrizione medica;*
- *N. 2 incident reporting legato a lesioni di dipendenti durante lo svolgimento del proprio lavoro;*
- *N. 1 incident reporting legato all'uso non conforme del sollevatore ad imbragatura*

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

- *N. 1 incident reporting legato alla mancata esposizione del cartello di pericolo usato durante l'igiene degli ambienti;*
- *N. 1 incident reporting evento sentinella, legato al non aggiornamento del protocollo delle punture accidentali.*

*Nell'anno 2017, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 47 schede, di cui:*

- *N. 2 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 15 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 30 incident reporting di codice verde;*
- *N. 0 incident reporting di codice rosso.*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 40 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 1 incident reporting legato alla sostituzione corretta dei presidi assorbenti;*
- *N. 1 incident reporting legato al numero adeguato di biancheria personale (tutoni);*
- *N. 1 incident reporting legato alla mancata disponibilità delle chiavi della lavanderia centrale;*
- *N. 4 incident reporting eventi avversi (di argomenti diversi).*

*Nell'anno 2016, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 29 schede, di cui:*

- *N. 1 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 3 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 25 incident reporting di codice verde;*
- *N. 0 incident reporting di codice rosso.*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 24 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 1 incident reporting legato alla esecuzione non corretta degli esami ematici;*
- *N. 1 incident reporting legato al materiale potenzialmente infetto;*
- *N. 1 incident reporting legato alla sostituzione dei presidi assorbenti;*
- *N. 1 incident reporting legato alla errata applicazione delle spondine;*
- *N. 1 incident reporting legato alla mancata segnalazione evento potenzialmente dannoso.*

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

*Nell'arco dell'anno 2015, il numero delle segnalazioni, tramite incident reporting, è stato di 37 schede, di cui:*

- *N. 3 incident reporting di codice bianco;*
- *N. 8 incident reporting di codice giallo;*
- *N. 26 incident reporting di codice verde;*
- *N. 0 incident reporting di codice rosso.*

*Le segnalazioni di cui sopra hanno riguardato:*

- *N. 33 incident reporting legati alle cadute;*
- *N. 1 incident reporting legato alla somministrazione dei farmaci;*
- *N. 1 incident reporting riguardante l'organizzazione in generale nei nuclei;*
- *N. 2 incident reporting riguardanti argomenti vari.*

*Nell'anno 2014, il numero delle segnalazioni tramite incident reporting è stato di 44 schede.*

*In dettaglio sono state segnalate:*

- *N. 9 incident reporting codice bianco*
- *N. 11 incident reporting codice giallo*
- *N. 21 incident reporting codice verde*
- *N. 3 incident reporting codice rosso*

*Le segnalazioni hanno riguardato:*

- *N. 30 incident reporting legati alle cadute*
- *N. 1 incident reporting legato alla somministrazione dei farmaci*
- *N. 2 incident reporting riguardanti l'organizzazione in generale dei nuclei*
- *N. 2 incident reporting riguardanti problematiche individuali di ospiti (episodi di aggressività)*
- *N. 9 riguardanti argomenti varia*

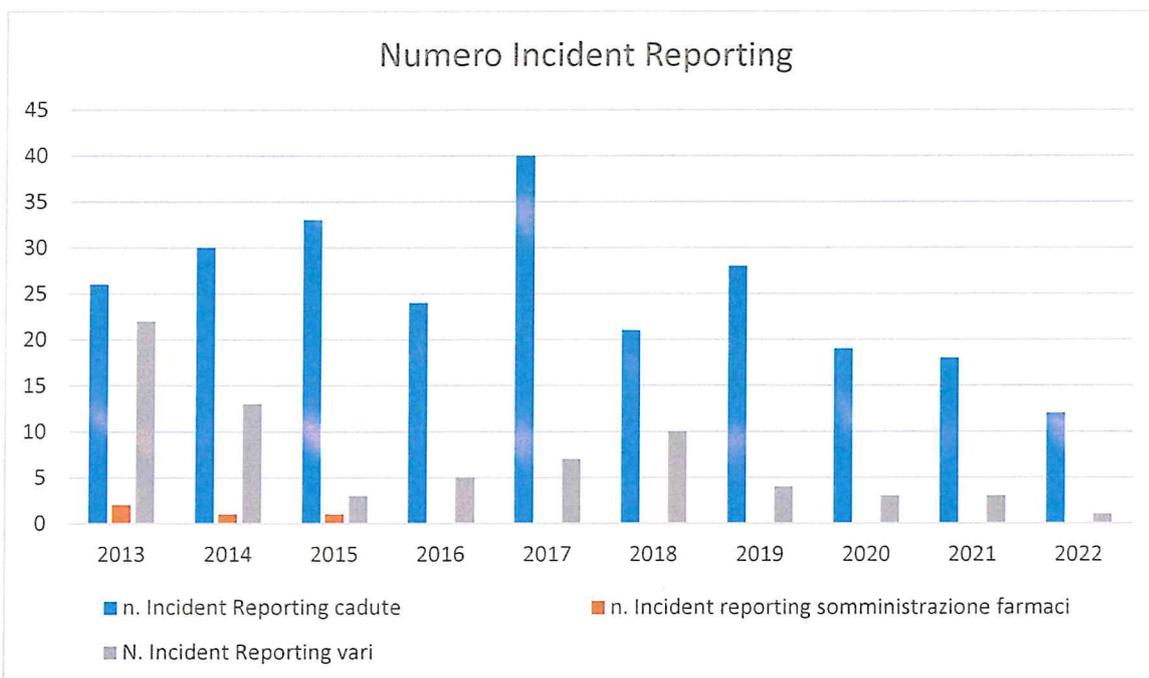
*Dal maggio 2013 sono stati fatti 50 incident reporting, di cui:*

- *N. 4 incident reporting codice bianco*
- *N. 15 incident reporting codice giallo*
- *N. 22 incident reporting codice verde*
- *N. 9 incident reporting codice rosso*

Le segnalazioni hanno riguardato:

- N. 26 incident reporting legati alle cadute;
- N. 2 incident reporting legati alla somministrazione dei farmaci;
- N. 15 incident reporting riguardanti argomenti in generale;
- N. 7 incident reporting riguardanti problematiche individuali di ospiti.

Confrontando i dati registrati nei diversi anni, si evince che, complessivamente, il numero degli Incident Reporting, nel 2022, è diminuito; quello legato alla somministrazione dei farmaci si è mantenuto costante cioè pari a 0 (zero).



## 5. PROGETTO FINALIZZATO A VALUTARE IL RISCHIO MALTRATTAMENTI NEI CONFRONTI DEGLI OSPITI DELLA RSA.

Nel 2016, il Direttore Generale, coadiuvato dal Gruppo Risk Management, ha avviato il Progetto finalizzato a valutare il Rischio Maltrattamenti nei confronti degli Ospiti promosso, volontariamente, dal gruppo Risk Management di parte delle strutture mantovane.

Tale progetto è stato affrontato creando, in primis, uno strumento di valutazione che permettesse a ogni struttura di conoscere, misurare e/o verificare eventuali aree critiche, o poco performanti, su

# *Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra*

Residenza Sanitario Assistenziale

*aspetti ritenuti correlanti col rischio oggetto di studio, facendo così una fotografia della situazione lavorativa di ogni struttura, sia per gli aspetti positivi emersi, che per quelli evidenziatisi come maggiormente deficitari.*

*Lo strumento elaborato è stato strutturato in una check-list con item riconducibili a quattro aree:*

- ✓ personale*
- ✓ organizzativa*
- ✓ medicina del lavoro/sicurezza sul lavoro*
- ✓ comunicazione*

*Ad ogni item è stato possibile rispondere con un punteggio ricompreso tra 0 (non pertinente), 1 (non idoneo), 2 (gravemente carente), 3 (carente), 4 (quasi idoneo), 5 (idoneo), o con una nota.*

*L'esito di quanto rilevato nella compilazione della check-list è stato suddiviso per aree:*

- AREA PERSONALE: a quest'area afferiscono gli item 01; 02; 03; 04; 05; 06; 07; 08; 10.*
- AREA ORGANIZZATIVA: a quest'area afferiscono gli item 09; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 27; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 34; 39.*
- AREA MEDICINA DEL LAVORO/SICUREZZA SUL LAVORO: a quest'area afferiscono gli item 24; 25; 26; 35; 36; 37.*
- AREA COMUNICAZIONE: a quest'area afferiscono gli item 38; 40.*

*Successivamente, nell'anno 2017 si è provveduto a:*

- Elaborare il Progetto del Risk Management "Maltrattamento ospiti: prevenzione, rilevazione e intervento";*
- Elaborare il Protocollo "Maltrattamento ospiti: prevenzione, rilevazione e intervento" (approvato con determinazione del Direttore Generale n. 1 del 13/1/2017);*
- Organizzare, all'interno dell'Ente e, per tutto il personale, un corso sulla "Comunicazione assertiva e Maltrattamenti";*
- Far partecipare tutto il personale di reparto a corsi sull'Umanizzazione delle cure;*
- Mandare gran parte del personale a un corso di formazione sui maltrattamenti, tenuto dal sostituto Procuratore di Mantova Dott. Sergi (siamo in attesa della disponibilità della Procura di Mantova, come da accordi, a ripetere il corso per il personale mancante);*
- Eseguire, sul personale, un Audit sull'argomento "Maltrattamenti" per valutarne la comprensione.*

*Nell'anno 2019, come anche ne 2018, la RSA ha organizzato corsi specifici sull'argomento, ad opera di psicologi. Ulteriori corsi sono stati tenuti dallo Psicologo, Dott. Fabrizio Arrigoni, anche nel corso dell'anno 2022.*

*Si è provveduto a tenere monitorati eventuali segni cutanei (da parte di medici, infermieri e personale d'assistenza) che potessero far sospettare eventuali percosse.*

*Lo stesso vale per la qualità dell'assistenza che è stata costantemente verificata da parte delle figure apicali e sanitarie.*

## **6. PROGETTO FINALIZZATO A PREVENIRE IL RISCHIO "AGGRESSIONE" VERSO GLI OPERATORI**

*La violenza sugli Operatori è considerata come rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori.*

*Il Ministero della Salute, mediante la raccomandazione n. 8 dell'anno 2007, definisce gli episodi di violenza contro gli operatori "eventi sentinella" (segnali della presenza dell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità) che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.*

*La problematica delle eventuali aggressioni e violenze agli operatori da parte di ospiti, familiari o terzi è già prevista all'interno del DVR (capitolo 14 pag. 309) aggiornamento del 15 giugno 2020 e della procedura operativa per la gestione del rischio "Aggressione", Rev. 00, del gennaio 2022.*

*Sia nel 2021 che nel 2022 è stato compilato SURVEY: Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario del SSR lombardo (L. R. 15/2020) dalla cui compilazione è emerso che non ci sono stati episodi di aggressioni verso i lavoratori di questa RSA.*

*Nel corso del 2022 è stato fatto un Incident Reporting relativo all'aggressività di un Ospite durante il bagno settimanale senza che quest'ultima determinasse lesioni agli operatori; in seguito a tale evento, sono stati pianificati interventi assistenziali e farmacologici per eseguire l'attività del bagno settimanale in sicurezza.*

## **7. CONCLUSIONI**

*Da un'analisi complessiva degli elementi, emerge quanto segue:*

- o L'impegno della direzione, che istituisce, mantiene e supporta il sistema d'incident reporting, è segnale d'importanza attribuita alla tematica.*

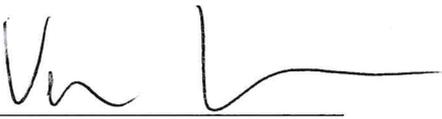
# Fondazione MLUS Casa di Riposo Leandra

Residenza Sanitario Assistenziale

- *Gli operatori sembra abbiano assorbito la cultura del rischio in cui occorre condividere l'idea che sia fondamentale non nascondere l'errore ma, al contrario, occorre conoscere l'errore per poterlo evitare.*
- *I progetti del Risk Management in corso sono in continua evoluzione e la loro adozione e, di conseguenza, il monitoraggio dei dati, ha comportato un miglioramento/mantenimento complessivo della qualità assistenziale erogata (come evidenziato dai questionari di soddisfazione degli Ospiti e dei loro familiari).*
- *È doveroso, e necessario, continuare a stimolare tutti gli operatori sulla rilevazione del rischio clinico e sulla maggiore attenzione a seguire procedure, protocolli, segnalazione errori o quasi errori al fine di prevenire l'errore stesso.*
- *Si ritiene importante promuovere il costante aggiornamento di tutto il personale sanitario e socio assistenziale attraverso corsi di formazione.*

## Gruppo Risk Management:

Caposala Vezzosi Sara



Infermiera Congedo Patrizia



Il Direttore Sanitario



Il Direttore Generale



