

PERCORSO FORMATIVO — AMMINISTRAZIONE, CONTROLLO E AUDITING

**Dispensa 11**

# Audit per Strutture Sanitarie e RSA

*Accreditamento regionale, qualità assistenziale e documentazione clinico-amministrativa nelle strutture socio-sanitarie.*

---

**A cura di Marco Consiglio**

Formatore e Course Director — Contenuti aggiornati al 2026

## Indice

---

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introduzione e obiettivi didattici .....                          | 3  |
| 2. Il sistema delle strutture sociosanitarie: le basi.....           | 4  |
| 3. Autorizzazione e accreditamento: due livelli distinti .....       | 6  |
| 4. I requisiti di accreditamento delle strutture sociosanitarie..... | 8  |
| 5. La qualità assistenziale nelle RSA.....                           | 10 |
| 6. La documentazione clinico-assistenziale .....                     | 12 |
| 7. Il rischio clinico e la sicurezza del paziente .....              | 14 |
| 8. La privacy e la gestione dei dati sanitari .....                  | 16 |
| 9. L'audit in una struttura sociosanitaria .....                     | 17 |
| 10. Caso pratico guidato.....                                        | 19 |
| 11. Glossario dei termini chiave .....                               | 21 |
| 12. Checklist finale e autoverifica.....                             | 22 |
| 13. Riferimenti e risorse aggiornate al 2026 .....                   | 23 |

## 1. Introduzione e obiettivi didattici

---

Questa dispensa prosegue il modulo settoriale del percorso, applicando gli strumenti di audit e controllo a un ambito particolarmente delicato e regolamentato: le strutture sanitarie e sociosanitarie, con particolare attenzione alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), strutture dedicate all'assistenza di persone anziane non autosufficienti.

Il settore sociosanitario condivide, con l'accreditamento degli enti di formazione già visto nella Dispensa 5, una logica di fondo simile — riconoscimento pubblico dell'idoneità a operare secondo requisiti definiti — ma introduce elementi di specificità legati alla delicatezza dell'attività svolta, alla tutela di persone in condizione di fragilità, e alla gestione di informazioni sanitarie particolarmente sensibili.

### Una premessa importante sul quadro normativo

Come già segnalato nella Dispensa 5 a proposito degli enti di formazione, anche il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociosanitarie è di competenza regionale, con significative differenze territoriali nei requisiti specifici applicabili. Questa dispensa presenta quindi i principi generali comuni a tutti i sistemi regionali, rimandando alla normativa specifica per i dettagli puntuali.

### A chi si rivolge questa dispensa

Si rivolge a chi desidera acquisire competenze di controllo applicabili al settore sociosanitario, sia per operare all'interno di strutture sanitarie o RSA, sia per svolgere attività di verifica e auditing su questo tipo di organizzazioni, partendo da zero, senza necessità di un background clinico specifico per la comprensione degli aspetti organizzativi e di controllo qui trattati.

### Obiettivi di apprendimento

1. Comprendere la differenza tra autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle strutture sociosanitarie;
2. Conoscere le principali categorie di requisiti richieste alle strutture accreditate;
3. Comprendere i principi di qualità assistenziale applicabili alle RSA;
4. Conoscere gli elementi essenziali della documentazione clinico-assistenziale;
5. Comprendere i principi base della gestione del rischio clinico;
6. Applicare tecniche di audit a una struttura sociosanitaria.

## 2. Il sistema delle strutture sociosanitarie: le basi

Il sistema sociosanitario italiano si articola in una pluralità di strutture, pubbliche e private, che erogano prestazioni sanitarie, sociosanitarie o socioassistenziali, secondo un livello di intensità assistenziale differenziato in funzione delle esigenze della persona assistita.

### Le principali tipologie di strutture

- Strutture ospedaliere: erogano prestazioni di ricovero per acuti, con elevata intensità di cura;
- Strutture di riabilitazione: erogano percorsi di recupero funzionale post-acuto;
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): strutture extraospedaliere destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, con un livello di assistenza sanitaria e assistenziale continuativo ma non di livello ospedaliero;
- Strutture socioassistenziali: destinate a persone con ridotta autonomia ma senza necessità sanitarie assistenziali di rilievo, con una componente prevalentemente assistenziale piuttosto che sanitaria;
- Servizi domiciliari: assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata presso il domicilio della persona assistita, in alternativa al ricovero in struttura.

### Le RSA: un focus specifico

Le Residenze Sanitarie Assistenziali rappresentano un modello di assistenza intermedio tra il ricovero ospedaliero e l'assistenza domiciliare, destinato a persone anziane non autosufficienti che necessitano di un livello di assistenza sanitaria e infermieristica continuativo, unito a un supporto assistenziale per le attività della vita quotidiana, in un contesto residenziale stabile.

### Gli attori del sistema

| Attore                                            | Ruolo tipico                                                                      |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Regione</b>                                    | Definisce requisiti, autorizza e accredita le strutture, effettua vigilanza       |
| <b>Azienda Sanitaria territoriale</b>             | Effettua verifiche, gestisce convenzioni e rapporti contrattuali con le strutture |
| <b>Struttura sociosanitaria</b>                   | Eroga le prestazioni, mantiene i requisiti, gestisce la qualità assistenziale     |
| <b>Direttore sanitario/responsabile struttura</b> | Referente interno per la conformità clinico-organizzativa                         |

### 3. Autorizzazione e accreditamento: due livelli distinti

---

Coerentemente con la distinzione già introdotta nella Dispensa 5 a proposito degli enti di formazione, anche nel settore sociosanitario è essenziale distinguere due livelli distinti di riconoscimento pubblico, spesso confusi nel linguaggio comune.

#### **L'autorizzazione all'esercizio**

È il provvedimento con cui l'amministrazione competente (tipicamente il Comune, in raccordo con la Regione, o direttamente la Regione a seconda della tipologia di struttura) verifica il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'apertura e il funzionamento della struttura, requisito imprescindibile per l'avvio stesso dell'attività.

#### **L'accREDITAMENTO istituzionale**

È un livello ulteriore, successivo all'autorizzazione, attraverso cui la struttura, in possesso di requisiti ulteriori rispetto a quelli minimi autorizzativi (i cosiddetti requisiti ulteriori di qualità), viene riconosciuta idonea a operare per conto del Servizio Sanitario Regionale, tipicamente presupposto necessario per stipulare accordi contrattuali che prevedono il finanziamento pubblico, totale o parziale, delle prestazioni erogate.

#### **Una struttura può essere autorizzata ma non accreditata**

È importante comprendere che una struttura può legittimamente operare in possesso della sola autorizzazione, senza accreditamento, offrendo le proprie prestazioni sul mercato privato, a totale carico dell'utente (regime privato, o "solvenza"), senza accesso al finanziamento pubblico. La scelta di richiedere l'accREDITAMENTO comporta l'assunzione di requisiti aggiuntivi, ma apre l'accesso, tipicamente attraverso un contratto o una convenzione, al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per una quota, totale o parziale, dei posti letto disponibili.

*Per chi si occupa di verifica su una struttura sociosanitaria, comprendere in quale regime specifico operi la struttura esaminata — solo autorizzata, oppure accreditata, e in quest'ultimo caso con quale quota di posti convenzionati — è un presupposto indispensabile, poiché da questa collocazione dipendono requisiti, obblighi di rendicontazione e normativa applicabile in modo significativamente differenziato.*

## 4. I requisiti di accreditamento delle strutture sociosanitarie

---

Applicando alla materia sociosanitaria uno schema concettuale già utilizzato nella Dispensa 5 per gli enti di formazione, presentiamo le principali categorie di requisiti tipicamente richieste per l'accREDITAMENTO di una struttura sociosanitaria, pur nella consapevolezza delle specificità regionali.

### 4.1 Requisiti strutturali e impiantistici

- Adeguatezza degli spazi in relazione alla tipologia e al numero di ospiti assistiti (superficie minima per posto letto, spazi comuni, spazi per le attività assistenziali);
- Accessibilità e abbattimento delle barriere architettoniche, particolarmente critico per una popolazione assistita con ridotta autonomia motoria;
- Conformità impiantistica e antincendio, con particolare attenzione ai piani di evacuazione per persone con ridotta mobilità;
- Dotazioni tecnologiche e strumentali adeguate al livello assistenziale erogato.

### 4.2 Requisiti organizzativi

- Presenza di un organigramma definito, con individuazione di un responsabile/direttore sanitario e delle altre figure professionali previste;
- Presenza di un piano di assistenza individualizzato per ciascun ospite, periodicamente aggiornato (approfondito nel capitolo 6);
- Procedure documentate per la gestione delle attività assistenziali, sanitarie e alberghiere (vitto, pulizie, lavanderia);
- Sistema di gestione della qualità formalizzato, spesso richiesto come requisito specifico di accREDITAMENTO, indipendentemente da una eventuale certificazione ISO 9001 volontaria già illustrata nella Dispensa 8.

### 4.3 Requisiti relativi al personale

- Dotazione organica minima, differenziata per figura professionale (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, animatori) in rapporto al numero e alla tipologia di ospiti assistiti;
- Titoli di studio e abilitazioni professionali adeguate per ciascuna figura, con specifica attenzione alle professioni sanitarie regolamentate;
- Piani di formazione continua del personale, anche in relazione agli obblighi di formazione continua in medicina (ECM) previsti per le professioni sanitarie.

### 4.4 Requisiti relativi alla qualità assistenziale

Un elemento distintivo rispetto ad altri contesti di accreditamento già visti in questo percorso è la presenza di requisiti specificamente orientati alla qualità della vita e dell'assistenza della persona ospitata, che saranno approfonditi nel prossimo capitolo, e che rappresentano, insieme ai requisiti più tradizionalmente strutturali e organizzativi, un elemento centrale di valutazione.

**Un principio da ricordare**

Come già sottolineato nella Dispensa 5 per gli enti di formazione, anche per le strutture sociosanitarie i requisiti di accreditamento non vanno intesi come una fotografia da scattare una sola volta, ma come una condizione di mantenimento continuativo, soggetta a verifiche periodiche da parte dell'amministrazione competente, con conseguenze — fino alla revoca dell'accredimento — in caso di venir meno dei requisiti.

## 5. La qualità assistenziale nelle RSA

Oltre ai requisiti strutturali e organizzativi già illustrati, la qualità dell'assistenza erogata a persone anziane non autosufficienti rappresenta una dimensione specifica e particolarmente rilevante nel settore RSA, oggetto di crescente attenzione sia da parte delle amministrazioni regionali sia da parte delle famiglie degli assistiti.

### Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Il Piano di Assistenza Individualizzato è il documento, elaborato da un'équipe multidisciplinare (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, fisioterapista, e altre figure coinvolte secondo le specifiche esigenze), che definisce gli obiettivi assistenziali specifici per ciascun ospite, sulla base di una valutazione multidimensionale delle sue condizioni cliniche, funzionali e cognitive, con revisione periodica in relazione all'evoluzione delle condizioni della persona.

### Gli indicatori di qualità assistenziale

Applicando alla materia sociosanitaria i principi sui KPI già illustrati nella Dispensa 2, alcuni indicatori tipicamente utilizzati per monitorare la qualità assistenziale in una RSA includono:

- Incidenza di lesioni da pressione (piaghe da decubito) tra gli ospiti, indicatore particolarmente sensibile alla qualità dell'assistenza infermieristica di base;
- Incidenza di cadute accidentali, con relativa analisi delle cause secondo una logica affine a quella già illustrata nella Dispensa 9 a proposito dei near miss;
- Appropriately nell'uso della contenzione fisica, tema di crescente attenzione normativa ed etica nella gestione delle persone anziane non autosufficienti;
- Grado di soddisfazione degli ospiti e dei familiari, rilevato attraverso questionari periodici strutturati;
- Turnover del personale, indicatore indiretto ma significativo della qualità organizzativa e del clima di lavoro della struttura.

### La valutazione multidimensionale

Uno strumento tecnico centrale nella pratica delle RSA è la valutazione multidimensionale dell'anziano, condotta attraverso scale e strumenti validati che misurano in modo strutturato lo stato funzionale, cognitivo, nutrizionale e sociale della persona, alla base sia della definizione del PAI sia, in molti sistemi regionali, della classificazione dell'ospite in fasce di intensità assistenziale a cui corrispondono livelli di finanziamento differenziati.

*Per chi si occupa di audit su una RSA, la coerenza tra il livello di intensità assistenziale dichiarato (e finanziato) per ciascun ospite e le effettive condizioni cliniche documentate nella valutazione multidimensionale è un controllo di particolare delicatezza, poiché tocca*



*contemporaneamente la qualità dell'assistenza erogata e la corretta gestione dei rapporti economici con l'ente finanziatore.*

## 6. La documentazione clinico-assistenziale

La gestione documentale in una struttura sociosanitaria presenta una complessità specifica, dovendo conciliare le esigenze proprie della documentazione sanitaria (accuratezza clinica, tracciabilità, riservatezza) con quelle più generali già incontrate in altri contesti di questo percorso.

### Le principali tipologie di documentazione

#### 6.1 La cartella clinica/assistenziale

Documento che raccoglie, per ciascun ospite, la storia clinica, le prestazioni sanitarie erogate, la terapia farmacologica in corso, gli esiti delle valutazioni periodiche e ogni altra informazione rilevante ai fini assistenziali, la cui corretta e completa tenuta è uno dei principali oggetti di verifica in un audit su una struttura sociosanitaria.

#### 6.2 Il PAI e la sua documentazione di aggiornamento

Come già illustrato nel capitolo 5, il Piano di Assistenza Individualizzato deve essere periodicamente aggiornato, con evidenza documentale delle revisioni effettuate e delle relative motivazioni cliniche.

#### 6.3 La documentazione farmacologica

Registrazione della terapia prescritta e della sua effettiva somministrazione, con particolare attenzione alla tracciabilità di eventuali variazioni terapeutiche e alla gestione sicura dei farmaci, ambito particolarmente sensibile per il rischio di errori di somministrazione.

#### 6.4 I registri di reparto/nucleo

Documentazione relativa alla gestione quotidiana delle attività assistenziali (turni del personale, eventi rilevanti, comunicazioni tra i turni), utile sia per la continuità assistenziale sia come evidenza in caso di successive verifiche.

### Il collegamento con la privacy sanitaria

Data la natura particolarmente sensibile dei dati sanitari trattati, la gestione documentale in ambito sociosanitario si intreccia strettamente con gli obblighi di protezione dei dati personali già accennati nella Dispensa 3, con un livello di attenzione rafforzato proprio in ragione della categoria di dati trattati, aspetto che sarà approfondito nel capitolo 8.

#### Un principio di continuità con il resto del percorso

I principi generali sulla documentazione già illustrati nella Dispensa 1 — completezza, chiarezza, tracciabilità, ordine e archiviazione sistematica — si applicano pienamente anche alla documentazione clinico-assistenziale, con l'aggiunta di un requisito specifico e particolarmente stringente di riservatezza, data la natura dei dati trattati.



## 7. Il rischio clinico e la sicurezza del paziente

La gestione del rischio clinico (clinical risk management) è la disciplina che applica i principi generali di risk management, già illustrati nella Dispensa 3, alla specifica realtà delle strutture sanitarie e sociosanitarie, con l'obiettivo di prevenire eventi avversi che possano danneggiare la persona assistita.

### Gli eventi avversi e i near miss in ambito sanitario

Applicando alla materia clinica la distinzione già introdotta nella Dispensa 9 a proposito della sicurezza sul lavoro, anche in ambito sanitario si distingue tra eventi avversi (che hanno causato un danno effettivo alla persona assistita) ed eventi near miss o quasi-eventi (che avrebbero potuto causare un danno, ma che sono stati intercettati prima che si verificasse), entrambi oggetto di segnalazione e analisi in un sistema di gestione del rischio clinico maturo.

### Le principali aree di rischio clinico in una RSA

- Errori nella somministrazione della terapia farmacologica;
- Cadute accidentali degli ospiti, già richiamate come indicatore di qualità nel capitolo 5;
- Infezioni correlate all'assistenza, con particolare rilevanza delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni in un contesto di comunità residenziale;
- Malnutrizione e disidratazione, rischi specifici della popolazione anziana fragile, da monitorare attraverso protocolli nutrizionali strutturati;
- Lesioni da pressione, già richiamate come indicatore di qualità assistenziale.

### Gli strumenti di gestione del rischio clinico

1. Sistemi di segnalazione degli eventi avversi e dei near miss (incident reporting), analoghi per funzione ai registri già illustrati nella Dispensa 9;
2. Analisi delle cause profonde degli eventi significativi, con metodologie strutturate (ad esempio la root cause analysis, già richiamata nella Dispensa 9);
3. Protocolli clinico-assistenziali standardizzati per le attività a maggior rischio (ad esempio la gestione della terapia farmacologica, la prevenzione delle cadute);
4. Audit clinici periodici, focalizzati sulla verifica dell'effettiva applicazione dei protocolli previsti.

*La logica di fondo della gestione del rischio clinico è del tutto coerente con quanto già illustrato in questo percorso a proposito del risk management generale (Dispensa 3) e della sicurezza sul lavoro (Dispensa 9): identificare sistematicamente i rischi, raccogliere e analizzare gli eventi (anche quelli senza conseguenze dirette), e tradurre questa conoscenza in azioni di miglioramento continuo dei processi assistenziali.*

## **Il ruolo del Risk Manager clinico**

Le strutture sanitarie e sociosanitarie di maggiori dimensioni individuano tipicamente una figura di Risk Manager clinico, con compiti di coordinamento del sistema di segnalazione e analisi degli eventi avversi, di promozione della cultura della sicurezza tra il personale, e di raccordo con la direzione sanitaria per la definizione delle priorità di intervento. Il ruolo presenta forti analogie, nella logica sottostante, con le altre figure di presidio del rischio già incontrate in questo percorso, quali il Compliance Officer (Dispensa 3) e l'RSPP (Dispensa 9), pur operando su un ambito di rischio specificamente clinico.

## 8. La privacy e la gestione dei dati sanitari

I dati sanitari appartengono, secondo la normativa europea e nazionale sulla protezione dei dati personali già accennata nella Dispensa 3, a una categoria particolare di dati (dati relativi alla salute), soggetta a un regime di tutela rafforzato rispetto ai dati personali comuni.

### I principi applicabili al trattamento dei dati sanitari

- Liceità e finalità specifica del trattamento, limitato a quanto necessario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria e per gli adempimenti connessi;
- Minimizzazione: raccolta e trattamento dei soli dati effettivamente necessari, evitando raccolte eccedenti rispetto alle finalità assistenziali;
- Misure di sicurezza tecniche e organizzative rafforzate, in relazione alla particolare sensibilità dei dati trattati, con possibili collegamenti a un sistema di gestione ISO 27001 come già illustrato nella Dispensa 8;
- Limitazione dell'accesso ai dati sanitari al solo personale autorizzato e nella misura strettamente necessaria allo svolgimento delle proprie funzioni (principio del "need to know").

### Il consenso informato

Un aspetto specifico dell'ambito sanitario, distinto dal generale consenso al trattamento dei dati personali, è il consenso informato alle prestazioni sanitarie, che richiede una specifica informativa alla persona assistita (o al suo rappresentante legale, in caso di incapacità) sulle prestazioni proposte, sui relativi rischi e benefici, e sulle alternative possibili, con adeguata documentazione dell'acquisizione del consenso stesso.

### La gestione degli accessi al fascicolo dell'ospite

Un buon sistema di controllo interno dovrebbe prevedere una tracciabilità degli accessi alla documentazione sanitaria degli ospiti (chi ha consultato quali informazioni, quando), sia per finalità di sicurezza informativa sia come strumento di responsabilizzazione del personale, coerentemente con i principi generali di controllo interno già illustrati nella Dispensa 1.

#### Un ambito di controllo a duplice natura

La verifica della corretta gestione della privacy sanitaria in una struttura sociosanitaria richiede, più che in altri contesti di questo percorso, una collaborazione stretta tra competenze di controllo/audit e competenze specificamente cliniche o giuridiche specialistiche: un auditor con formazione generalista può efficacemente verificare gli aspetti procedurali e organizzativi, ma dovrebbe sempre avvalersi, per gli aspetti più tecnici, del supporto di figure specializzate, secondo il principio di competenza professionale già più volte richiamato in questo percorso.

## 9. L'audit in una struttura sociosanitaria

Concludiamo la parte teorica illustrando come costruire un programma di audit per una struttura sociosanitaria, integrando tutti gli elementi presentati nei capitoli precedenti con i principi generali di audit già acquisiti nella Dispensa 1.

### Le principali aree di verifica

5. Mantenimento dei requisiti di accreditamento (strutturali, organizzativi, di personale) nel tempo;
6. Qualità della documentazione clinico-assistenziale, inclusi PAI e cartelle cliniche/assistenziali;
7. Applicazione dei protocolli di gestione del rischio clinico, in particolare sulle aree a maggior criticità (terapia farmacologica, prevenzione cadute, lesioni da pressione);
8. Conformità in materia di protezione dei dati sanitari, incluso il consenso informato;
9. Adeguatezza della dotazione organica effettiva rispetto a quanto dichiarato in fase di accreditamento.

### Le tecniche di verifica specifiche del contesto sociosanitario

- Esame a campione delle cartelle clinico-assistenziali, verificando completezza, aggiornamento e coerenza interna della documentazione;
- Osservazione diretta di momenti assistenziali critici (ad esempio la somministrazione della terapia), nel rispetto della dignità e della riservatezza degli ospiti coinvolti;
- Interviste al personale sanitario e assistenziale, con tecniche di intervista aperta già illustrate nella Dispensa 8;
- Analisi statistica degli indicatori di qualità assistenziale già illustrati nel capitolo 5, con particolare attenzione ai trend temporali e ai confronti con eventuali standard di riferimento regionali.

### Un approccio multidisciplinare

Più che in altri contesti settoriali di questo percorso, un audit efficace in ambito sociosanitario beneficia di un approccio multidisciplinare, che affianchi competenze di controllo e auditing generaliste (organizzazione, documentazione, conformità procedurale) a competenze specificamente cliniche, tipicamente apportate da professionisti sanitari coinvolti nel team di audit o consultati per gli aspetti di maggiore specificità tecnica.

*Come già osservato a proposito della sicurezza sul lavoro nella Dispensa 9, anche in ambito sociosanitario un audit ben condotto non ha soltanto una funzione di controllo formale, ma un valore preventivo diretto sulla qualità della vita e sulla sicurezza delle*

*persone assistite: un ambito in cui la responsabilità etica e professionale di chi conduce la verifica assume un peso particolarmente significativo.*

## **La gestione dei rapporti con le famiglie**

Un ultimo elemento organizzativo, spesso sottovalutato in una prospettiva puramente tecnica, riguarda la qualità e la trasparenza della comunicazione con i familiari degli ospiti, che rappresentano un importante punto di osservazione esterno sulla qualità complessiva della struttura. Un buon sistema di controllo interno dovrebbe prevedere momenti strutturati di confronto con le famiglie (ad esempio incontri periodici di aggiornamento sul PAI, procedure chiare per la gestione di reclami o osservazioni), il cui esito può costituire, al pari degli indicatori già illustrati nel capitolo 5, un ulteriore elemento informativo prezioso per orientare le priorità di un audit interno.



## 10. Caso pratico guidato

---

Concludiamo la parte teorica con un caso pratico semplificato, che applica gli strumenti presentati in questa dispensa.

### Il contesto

Una RSA con sessanta posti letto, accreditata con il Servizio Sanitario Regionale, decide di condurre un audit interno completo in preparazione di una prossima verifica ispettiva regionale programmata, e a seguito di un recente incremento nel numero di segnalazioni di cadute accidentali registrate negli ultimi mesi.

### Passo 1 — Analisi degli indicatori di qualità

L'esame dei dati storici conferma un incremento significativo delle cadute negli ultimi tre mesi rispetto al trend precedente, concentrato prevalentemente nella fascia oraria notturna e in un nucleo specifico della struttura.

### Passo 2 — Verifica della documentazione assistenziale

L'esame a campione dei PAI degli ospiti coinvolti nelle cadute recenti rivela che, per alcuni casi, la valutazione del rischio di caduta non risultava aggiornata a seguito di un recente peggioramento delle condizioni cognitive di alcuni ospiti, elemento che avrebbe dovuto comportare una revisione delle misure di prevenzione specifiche.

### Passo 3 — Verifica organizzativa del turno notturno

L'analisi della dotazione di personale nel turno notturno del nucleo interessato evidenzia un rapporto operatore/ospiti inferiore rispetto agli altri nuclei della struttura, a seguito di una recente assenza prolungata non ancora adeguatamente sostituita.

### Passo 4 — Interviste al personale

Le interviste al personale del turno notturno confermano quanto emerso dall'analisi documentale, ed evidenziano ulteriormente una percepita difficoltà nel garantire un adeguato livello di sorveglianza notturna con l'attuale organico, aspetto non ancora formalmente segnalato attraverso i canali interni previsti.

### Passo 5 — Report e azioni correttive

Il report finale, redatto secondo i principi già illustrati nella Dispensa 1, raccomanda: l'aggiornamento prioritario delle valutazioni del rischio di caduta per tutti gli ospiti con recenti variazioni delle condizioni cognitive, il ripristino della dotazione organica standard nel turno notturno del nucleo interessato, e l'introduzione di un canale strutturato di segnalazione

tempestiva delle criticità organizzative percepite dal personale, per prevenire situazioni analoghe in futuro.

**Che cosa insegna questo caso**

Il caso mostra come l'analisi integrata di indicatori quantitativi, documentazione clinico-assistenziale e interviste dirette al personale permetta di individuare, con un buon grado di precisione, le cause profonde di un fenomeno apparentemente clinico (aumento delle cadute), che in questo caso risultano invece prevalentemente organizzative: un esempio concreto dell'importanza, già più volte sottolineata in questo percorso, di indagare le cause reali di uno scostamento anziché limitarsi a registrarne l'esistenza.

## 11. Glossario dei termini chiave

Come per le dispense precedenti del percorso, riportiamo un glossario di sintesi dei principali termini tecnici introdotti.

|                                                   |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Autorizzazione all'esercizio</b>               | Provvedimento che verifica il possesso dei requisiti minimi per l'apertura e il funzionamento di una struttura sociosanitaria.       |
| <b>Accreditamento istituzionale</b>               | Riconoscimento di idoneità a operare per conto del Servizio Sanitario Regionale, successivo e ulteriore rispetto all'autorizzazione. |
| <b>RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)</b>    | Struttura extraospedaliera destinata all'assistenza sanitaria e assistenziale continuativa di persone anziane non autosufficienti.   |
| <b>PAI (Piano di Assistenza Individualizzato)</b> | Documento che definisce gli obiettivi assistenziali specifici per ciascun ospite, elaborato da un'équipe multidisciplinare.          |
| <b>Valutazione multidimensionale</b>              | Strumento strutturato per la misurazione dello stato funzionale, cognitivo, nutrizionale e sociale della persona anziana.            |
| <b>Rischio clinico</b>                            | Applicazione dei principi di risk management alla prevenzione di eventi avversi nell'assistenza sanitaria.                           |
| <b>Evento avverso</b>                             | Evento che ha causato un danno effettivo alla persona assistita nel corso dell'attività sanitaria o assistenziale.                   |
| <b>Consenso informato</b>                         | Assenso della persona assistita, adeguatamente informata, alle prestazioni sanitarie proposte.                                       |

## 12. Checklist finale e autoverifica

---

Come nelle dispense precedenti, dedichiamo un momento all'autoverifica personale prima di proseguire il percorso.

### Domande di autoverifica

10. Sapresti spiegare la differenza tra autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale?
11. Ricordi le principali categorie di requisiti richieste per l'accreditamento di una struttura sociosanitaria?
12. Sapresti spiegare che cos'è il Piano di Assistenza Individualizzato e a cosa serve?
13. Ricordi almeno tre indicatori di qualità assistenziale tipici di una RSA?
14. Sapresti spiegare la differenza tra evento avverso e near miss in ambito clinico?
15. Ricordi perché la gestione dei dati sanitari richiede un livello di tutela rafforzato rispetto ai dati personali comuni?

### Come procedere

Se le risposte sono arrivate con sicurezza, si può proseguire con la Dispensa 12, dedicata all'Audit per Associazioni ed Enti del Terzo Settore. In caso di incertezza, si consiglia di rileggere i capitoli corrispondenti, in particolare quelli relativi a PAI e rischio clinico.

## 13. Riferimenti e risorse aggiornate al 2026

---

Per approfondimenti autonomi, si segnalano le principali fonti di riferimento, ricordando la significativa variabilità regionale della materia:

- Normativa nazionale sui livelli essenziali di assistenza (LEA) e sui requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie;
- Normative regionali specifiche in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociosanitarie;
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) — documentazione tecnica su qualità e sicurezza delle cure;
- Normativa europea e nazionale in materia di protezione dei dati sanitari;
- Norma ISO 9001 e relative applicazioni al settore sanitario e sociosanitario, per chi desideri approfondire l'integrazione con sistemi di gestione certificati (si veda la Dispensa 8).

Data la significativa variabilità regionale e la delicatezza della materia, si raccomanda vivamente, per ogni applicazione concreta, di consultare la normativa specificamente vigente nella Regione di riferimento e di avvalersi della consulenza di professionisti sanitari qualificati per gli aspetti clinici.

### Chiusura della Dispensa 11

Con questa dispensa prosegue il modulo settoriale del percorso, applicando gli strumenti trasversali a un ambito di particolare delicatezza come quello sociosanitario. Le dispense successive proseguiranno l'esplorazione di altri contesti settoriali specifici del percorso.

**Marco Consiglio**

Formatore e Course Director — 2026