

REPORT SURVEY STRUTTURE SOCIO SANITARIE ASL AL – Anno 2024

Nell'anno 2024, in collaborazione con la SSD Vigilanza, è stata condotta una mappatura avente come **obiettivo** la rilevazione delle attività di rischio clinico poste in essere dalle *strutture socio – sanitarie di competenza territoriale dell'ASL AL*.

La **metodologia** utilizzata per l'attività in oggetto si è sostanziata in un self-report da parte delle strutture basato sulla somministrazione di un questionario reso disponibile per la compilazione su piattaforma Microsoft Form.

Lo **strumento** di rilevazione, stilato in collaborazione con la SSD Vigilanza sulla base di quello proposto come modello dalla Funzione Rischio Clinico Regionale (ALL 2_Questionario Strutture Private – prot. n. 16310 del 28.06.2024), era costituito da 30 item (*esclusi quelli inerenti l'anagrafica delle strutture [7] e i "se no o non applicabile specificare la motivazione" [20]*) che hanno indagato le seguenti aree tematiche di interesse per la gestione del rischio clinico:

- Segnalazione e gestione degli eventi avversi – near miss – eventi sentinella
- Prevenzione, segnalazione e gestione delle cadute accidentali
- Gestione della terapia farmacologica
- Gestione della contenzione meccanica
- Promozione della cultura della sicurezza

L'invito alla survey è stato inviato dalla SSD Vigilanza a 102 strutture socio – sanitarie di pertinenza territoriale dell'ASL AL.

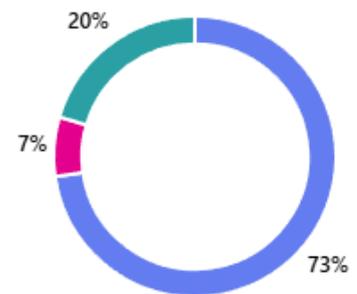
All'indagine ha risposto un totale di 44 strutture pari al 43% della popolazione target.

Di seguito vengono esposti in forma sintetica e anche grafica i risultati dei diversi item.

SEGNALAZIONE E GESTIONE EVENTI AVVERSI – NEAR MISS – EVENTI SENTINELLA

1. È implementata una procedura/protocollo per la segnalazione degli eventi avversi, near miss, ed eventi sentinella?

● si	32
● no	3
● in fase di implementazione	9
● non applicabile	0

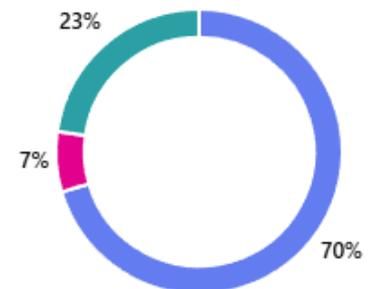


2. Se no o non applicabile specificare la motivazione:
Tre strutture hanno fornito la seguente motivazione:

- “Non è stato ancora valutato”
- “In quanto RSA”
- “Non siamo a conoscenza della procedura”

3. È implementata una procedura/protocollo per la gestione degli eventi avversi, near miss, ed eventi sentinella?

● si	31
● no	3
● in fase di implementazione	10
● non applicabile	0

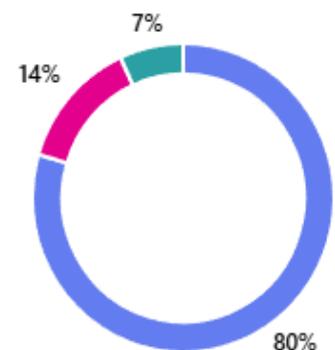


4. Se no o non applicabile specificare la motivazione:
Tre strutture hanno fornito la seguente motivazione:

- “Non è stato ancora valutato”
- “In quanto RSA”
- “Non siamo a conoscenza della procedura”

5. Viene condotta un'analisi degli eventi avversi e dei near miss di maggiore frequenza o gravità?

● si	35
● no	6
● non applicabile	3

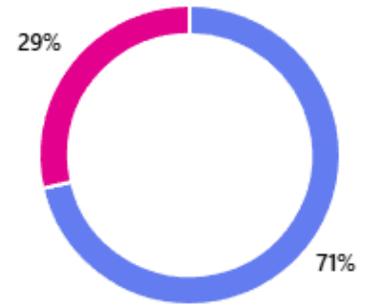


6. Se no o non applicabile specificare la motivazione:
Nove strutture hanno fornito la seguente motivazione:

- Tre strutture comunicano che è “In fase di implementazione”
- “Non è stato ancora valutato”
- “Si sta studiando la procedura inerente il rischio clinico”
- “In quanto RSA”
- “Non siamo a conoscenza della procedura”
- “Esiguità del numero di eventi”
- “I numeri di eventi sono molto ridotti e di immediata interpretazione”

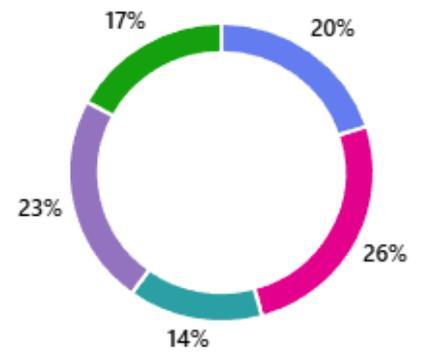
7. Viene data evidenza documentale dell'analisi svolta sugli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella occorsi?

● si	25
● no	10
● non applicabile	0



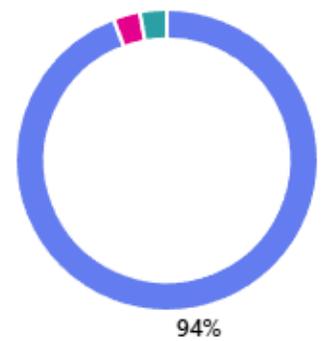
8. Con quale frequenza viene condotta l'analisi degli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella occorsi?

● annuale	7
● semestrale	9
● trimestrale	5
● occasionale	8
● Altro	6



9. A seguito dell'attività di analisi viene redatto un piano di miglioramento volto al contenimento del rischio di accadimento degli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella?

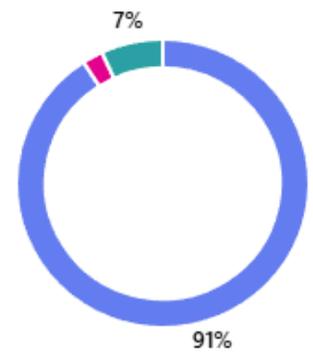
● si	33
● no	1
● non applicabile	1



PREVENZIONE, SEGNALAZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI

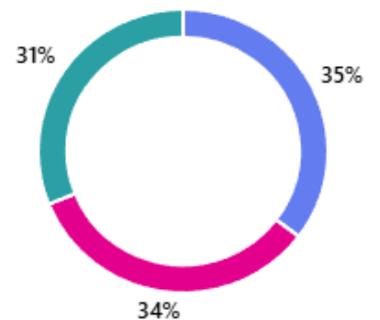
10. È implementata una procedura/protocollo riguardante le cadute accidentali degli assistiti?

● si	40
● no	1
● in fase di implementazione	3
● non applicabile	0



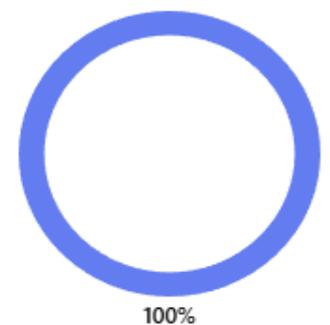
11. Quali delle seguenti sezioni prevede la procedura/protocollo riguardante le cadute degli assistiti:

● prevenzione	42
● segnalazione	40
● gestione delle conseguenze cliniche	37



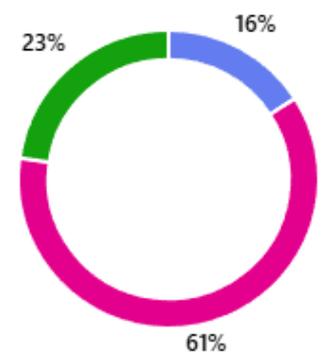
12. È presente un sistema di valutazione del rischio di caduta riferito ai singoli ospiti (scala di valutazione del rischio di caduta – Conley, Tinetti, multidimensionale, ecc...)?

● si	44
● no	0
● in fase di implementazione	0
● non applicabile	0



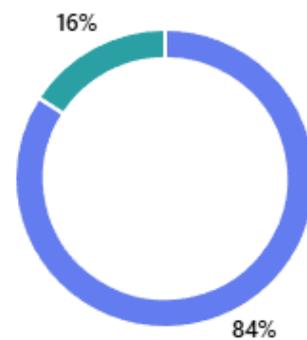
13. Quale strumento di valutazione del rischio è in uso presso la struttura?

● Scala di Conley	7
● Scala Tinetti	27
● Scala Morse	0
● Scala Stratify	0
● Altro	10



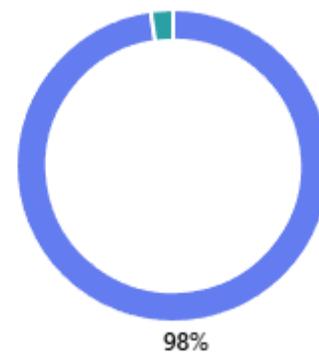
14. Viene effettuata un'analisi almeno annuale degli episodi di caduta?

● si	37
● no	0
● in fase di implementazione	7
● non applicabile	0



15. Vengono pianificate delle azioni di miglioramento conseguenti all'analisi degli episodi di caduta?

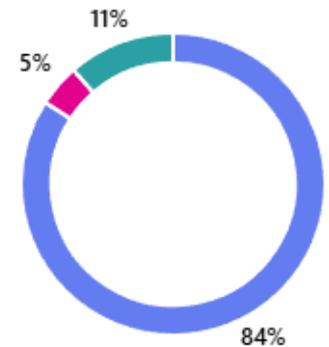
● si	43
● no	0
● non applicabile	1



GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

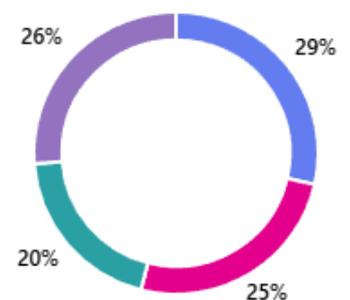
16. È implementata una procedura/protocollo per la gestione della terapia farmacologica?

● si	37
● no	2
● in fase di implementazione	5
● non applicabile	0



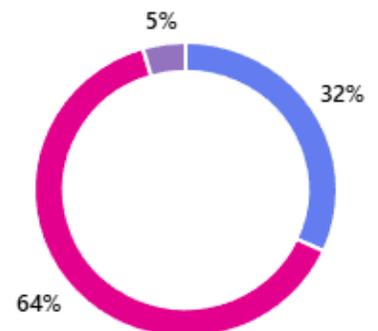
17. La procedura/protocollo implementato considera le aree tematiche di seguito elencate?

● Gestione dell'intero processo terapeutico farmacologico (Raccomandazione Ministero della...)	36
● Gestione dei farmaci LASA (look alike – sound alike) (Raccomandazione Ministero della Salute n. 12)	32
● Gestione dell'utilizzo di sigle e simboli (Raccomandazione Ministero della Salute n. 18)	25
● Corretta manipolazione delle forme farmaceutiche solide (Raccomandazione Ministero della Salute n....)	33



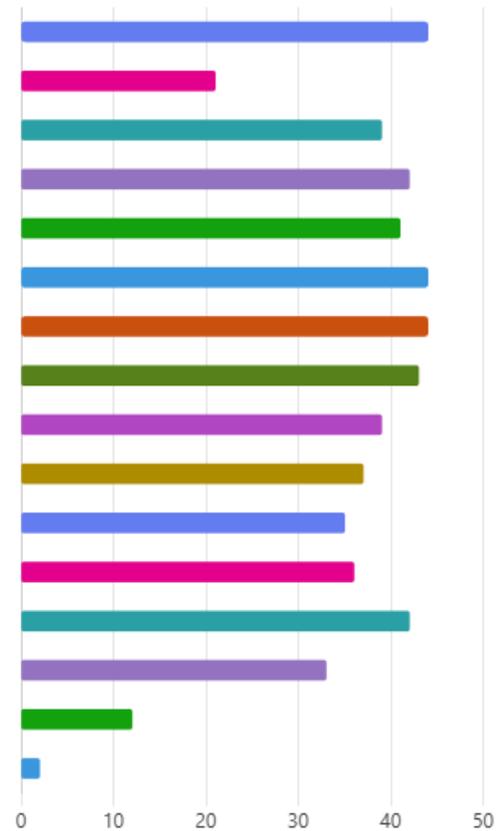
18. È in uso una Scheda Unica di Terapia (SUT) per la prescrizione e somministrazione dei farmaci?

● si, informatizzata	14
● si, cartacea	28
● no	0
● in fase di implementazione	2
● non applicabile	0



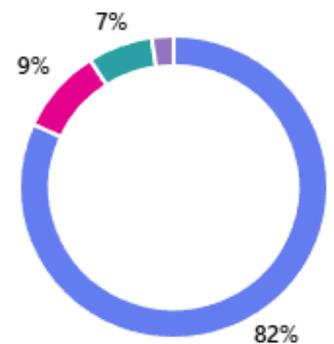
19. Se è in uso una Scheda Unica di Terapia (SUT), la Scheda Unica di Terapia adottata rispetta i criteri previsti dalle Linee Guida Regionali (è possibile - selezionare più voci)?

● nome, cognome e data di nascita dell'ospite	44
● numero del letto / stanza	21
● presenza di allergie segnalate o documentate	39
● nome commerciale/principio attivo del farmaco prescritto	42
● forma farmaceutica	41
● dosaggio per singola somministrazione	44
● numero di somministrazioni al giorno	44
● via di somministrazione	43
● durata del trattamento	39
● firma/sigla del medico prescrittore	37
● rilevabilità dell'effettiva somministrazione	35
● firma/sigla dell'infermiere che somministra	36
● rilevabilità della data di sospensione	42
● firma/sigla del medico che ha sospeso la terapia	33
● spazio per la valutazione del dolore	12
● Altro	2



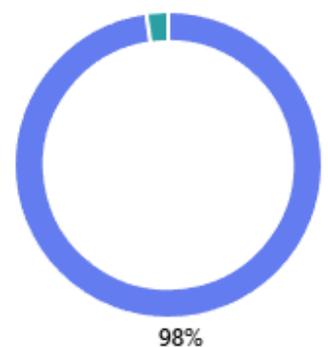
20. È implementata una procedura/protocollo per la gestione dei farmaci stupefacenti?

● si	36
● no	4
● in fase di implementazione	3
● non applicabile	1



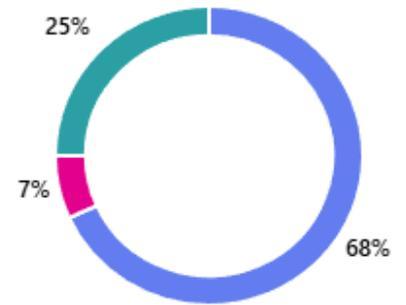
21. È presente un documento (procedura, istruzione operativa, ecc...) che definisca le modalità di controllo delle scadenze dei farmaci?

● si	43
● no	0
● in fase di implementazione	1
● non applicabile	0



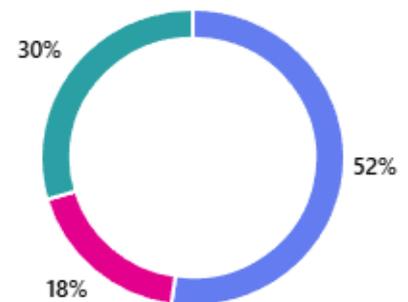
22. È presente un documento (procedura, istruzione operativa, ecc...) che definisca le modalità di gestione del materiale scaduto?

● si	30
● no	3
● in fase di implementazione	11
● non applicabile	0



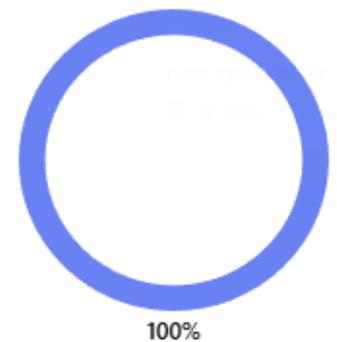
23. Viene utilizzata una scheda per la ricognizione e riconciliazione farmacologica (Raccomandazione Ministero della Salute n. 17)?

● si	23
● no	8
● in fase di implementazione	13
● non applicabile	0



24. È in uso una scheda di sintesi della terapia farmacologica in atto che accompagni l'ospite in caso di trasporto verso altre strutture per ricovero, visite specialistiche e/o esecuzione di indagini diagnostiche?

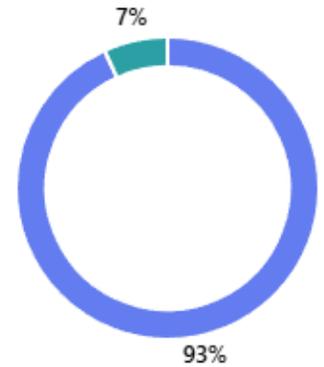
● si	44
● no	0
● in fase di implementazione	0
● non applicabile	0



GESTIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA

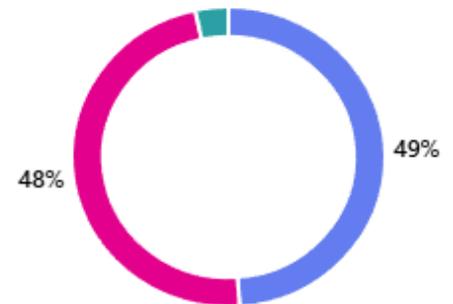
25. È presente un documento (procedura/protocollo) riguardante la contenzione meccanica (utilizzo di presidi medici a scopo contenitivo)?

● si	41
● no	0
● in fase di implementazione	3
● non applicabile	0



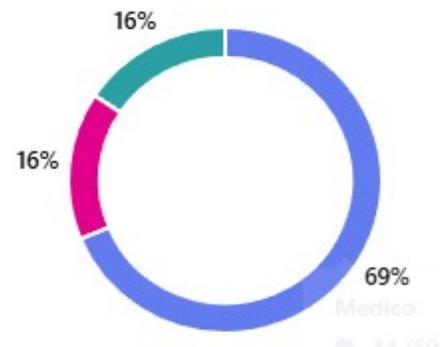
26. Quali dei seguenti argomenti prevede la procedura/protocollo riguardante la contenzione meccanica:

● prevenzione	43
● gestione	42
● Altro	3



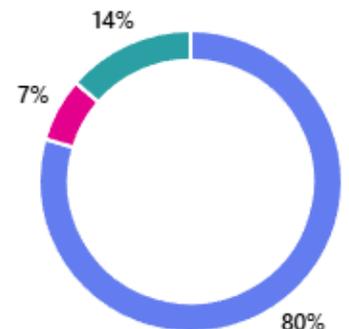
27. Chi decide di utilizzare la contenzione meccanica?

● Medico	44
● Infermiere	10
● Altro	10



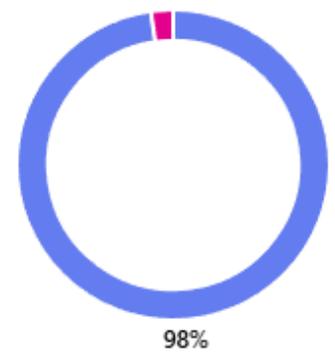
28. Vi è evidenza documentale del monitoraggio degli assistiti sottoposti a contenzione meccanica (ad. es.: scheda di monitoraggio specifica)?

● si	35
● no	3
● in fase di implementazione	6
● non applicabile	0



29. La pratica contenitiva attuata è registrata nella documentazione assistenziale medico/infermieristica?

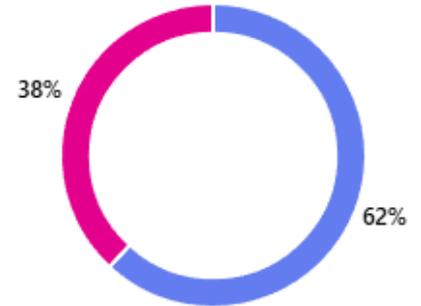
● si	43
● no	1
● non applicabile	0



PROMOZIONE CULTURA DELLA SICUREZZA

30. Viene redatto un piano formativo annuale per il personale finalizzato all'acquisizione di competenze nell'ambito del rischio clinico?

● si	26
● no	16
● non applicabile	0



31. Descrivere quali iniziative vengono attuate per lo sviluppo delle competenze del personale nell'area del rischio clinico.

- Briefing con il personale sanitario periodici e programmati e briefing all'avvenimento di eventi sentinella, formazione specifica sui principale rischi presenti presso la nostra struttura
- Corsi di formazione annuali
- Diffusione protocolli e Istruzioni Operative
- Diffusione al personale di tutte le istruzioni operative redatte dall'equipe interne del Sistema Gestione Integrato, certificato UNI EN ISO 9001 e UNI EN ISO 45001 con ente certificatore DNV . Verifiche di apprendimento, monitoraggio a campione, audit interni e spazi formativi tra i coordinatori mensili
- Corsi di formazione interni e esterni. Supervisione e monitoraggio da parte del personale preposto.
- Riunione periodica del personale nell'area del rischio clinico
- Riunioni dei reparto, formazione specifica
- Corso di formazione sulla movimentazione carichi e sulla prevenzione delle cadute, corso formazione utilizzo DAE
- Uso di protocolli e procedure
- Corsi periodici di aggiornamento sulla sicurezza con annessa parte pratica
- Corsi di formazione sulla sicurezza
- Corsi di aggiornamento
- In corso di programmazione
- Aggiornamenti durante le riunioni di equipe e consegne a tutto il personale
- In fase di implementazione
- Corsi e riunioni
- Riunioni d'equipe, corsi ECM.
- Analisi Annuale dei protocolli interni
- Formazione su varie aree di interesse per rischio clinico
- Corsi di formazione
- Formazione annuale sulla sicurezza come previsto dal decreto legislativo 81/2008
- In programmazione per il 2025 ulteriori corsi da stabilirsi
- È in fase di progettazione ed implementazione il sistema di governo del rischio clinico di Anteo, che definirà, al suo interno, tutte le azioni necessarie alla prevenzione, rilevazione, analisi, e mitigazione degli aventi avversi, near miss ed eventi sentinella. All'interno di tale sistema verranno inoltre definiti in maniera esplicita e dettagliata le modalità, i contenuti, i destinatari e gli obiettivi per la formazione degli operatori nell'area del rischio clinico
- Formazione a piccoli gruppi
- Creazione di momenti di briefing con tutta l'equipe (Medico di Medicina Generale o Direttore Sanitario se possibile, Infermieri, Coordinatore Infermieristico, Fisioterapista, Psicologa, Operatore Socio Sanitario) per condividere eventuali problematiche e quindi ricercare soluzioni sui vari livelli di competenza. Creazione di momenti formativi, in corrispondenza di modifiche di protocolli interni, o anche più semplicemente per l'inserimento di nuovi ospiti con bisogni assistenziali diversi da quelli degli ospiti presenti
- Riunione equipe periodiche e formazione con ente preposto periodica
- Incontri di aggiornamento e formazione sui principali rischi nel settore socio sanitario assistenziale come ad esempio mobilitazione, lesione da pressione, contenzioni e cadute, gestione terapia farmacologica
- Incontri di aggiornamento e formativi sui principali rischi nel settore socio sanitario assistenziali come ad esempio lesione da pressione, mobilitazioni, gestione della terapia farmacologica
- Corso interno entro gennaio 2025 per la formazione del personale sulla mobilitazione degli ospiti