

PROGETTO VI.SI.T.A.RE
VIsite per la SIcurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità
Regione Emilia-Romagna

**“VISITARE: promozione della rete delle
sicurezze e implementazione delle
raccomandazioni in Ospedale”**



Luglio 2017

RAZIONALE

Da diversi anni la sicurezza rappresenta un elemento fondamentale di garanzia e qualità nelle organizzazioni sanitarie. Il tema sicurezza attraversa trasversalmente diversi ambiti del mondo sanitario e coinvolge i diversi soggetti interessati, a partire da operatori e pazienti.

Le attività correlate al miglioramento dei livelli di sicurezza sono stati molteplici, sostenute da indicazioni e documenti di livello nazionale e regionale e, nell'ambito relativo agli operatori, da un corposo impianto normativo. Le numerose azioni promosse, che costituiscono un patrimonio prezioso e che hanno portato ad un aumento della cultura della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, hanno tuttavia spesso presentato il limite della visione settoriale e specialistica. Una frammentazione di risorse e competenze a cui nel campo della patient safety si è cercato di ovviare attraverso la costruzione di reti aziendali e sovraaziendali, di referenti per la sicurezza dei pazienti e la elaborazione di piani-programma che mettessero in connessione e sinergia tutti i soggetti coinvolti nel sistema aziendale. “Separatezze” si sono comunque continue ad evidenziare, soprattutto in relazione ai soggetti individuati come destinatari degli interventi per la sicurezza e nello specifico i pazienti e gli operatori sanitari.

Una delle possibili soluzioni è quella di integrare i percorsi di valutazione dei pericoli partendo dai luoghi dove gli eventi accadono, coinvolgendo gli operatori e da lì risalire alle criticità cliniche e organizzative da affrontare.

Una metodologia di questo tipo permette di connettere competenze ed esperienze diversificate determinando un ampliamento della conoscenza e più in generale della cultura della sicurezza nell'organizzazione.

Nell'ambito di una strategia per la promozione della sicurezza, tra le attività fondamentali è presente quella dell'adozione, diffusione e implementazione di “pratiche” finalizzate alla eliminazione dei pericoli e all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

Diversi enti ed istituzioni nazionali ed internazionali hanno individuato alcune azioni di efficacia dimostrata e ne hanno raccomandato a tutte le organizzazioni sanitarie ed ai professionisti l'applicazione per la relativa semplicità di attivazione e la garanzia di miglioramento della sicurezza. A livello nazionale, il Ministero della Salute, ha sviluppato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema. Raccomandazioni e “buone pratiche” sono state altresì elaborate con lo scopo di migliorare i livelli di sicurezza con particolare riferimento all'attività degli operatori sanitari.

Un ulteriore elemento di riflessione sulla sicurezza nelle organizzazioni sanitarie riguarda il contributo che fornisce all’”affidabilità” delle organizzazioni sanitarie l’adozione di comportamenti corretti e trasparenti (anche riguardo alla segnalazione degli incidenti) e più in generale un approccio “etico”, in termini di comunicazione, relazione con soggetti interni ed esterni, collaborazione intra e interprofessionale, ecc.

Tra l'altro è risultato evidente dalla letteratura e dall'analisi di eventi avversi che alla radice di incidenti anche di particolare gravità vi siano state come elementi contribuenti violazioni procedurali. È legittimo affermare quindi che un contesto non attento al rispetto delle "regole condivise" rappresenta un ambiente meno sicuro per gli operatori e i pazienti. Non a caso diversi codici di comportamento adottati di recente dalle aziende sanitarie, fanno riferimento alla necessità da parte del dipendente di documentarsi e di adeguare il proprio comportamento agli specifici sistemi aziendali per la gestione dei rischi. E in questi stessi documenti si richiama spesso all'osservanza di comportamenti corretti nell'ambito della salute e sicurezza dei lavoratori\rischio lavorativo, sicurezza dei pazienti\rischio clinico, privacy e sicurezza dei dati\rischio informativo, correttezza amministrativa e contabile\rischio amministrativo, trasparenza e integrità\rischio corruttivo e da conflitti di interesse.

Si sottolinea quindi come l'affidabilità di un sistema possa essere la risultante di una integrazione delle diverse aree di rischio e di una interazione collettiva fra individui con diverse conoscenze ed esperienze, che permettono di ridurre le aree di non conoscenza analizzando il rischio da prospettive diverse.

La prospettiva che il progetto si è posta è stata quella di costruire e sperimentare un metodo, con i relativi strumenti, che consentisse di coinvolgere concretamente diversi soggetti interessati al tema della sicurezza, rendendoli parte attiva nell'identificazione dei rischi e nella conseguente adozione delle misure di contenimento e prevenzione.

Nel 2000 Frankel ha sviluppato i SafetyWalkRounds™ come strumento per coinvolgere anche la dirigenza nella promozione della sicurezza del paziente e promuovere la diffusione dei temi della sicurezza nel sistema sanitario. Egli aveva postulato che le informazioni acquisite durante i WalkRounds™, se analizzate opportunamente, avrebbero potuto essere utilizzate per introdurre cambiamenti per la sicurezza creando un processo circolare di informazione-analisi-azione-feedback. Tale processo avrebbe quindi potuto autoalimentarsi coinvolgendo la dirigenza, educando i clinici e i manager, per portare al miglioramento continuo.

Questo metodo di identificazione del rischio consiste in "visite" che i referenti della sicurezza, con mandato della direzione, effettuano nelle unità operative al fine di identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono spesso portare all'introduzione di una immediata modifica che migliora da subito i processi assistenziale e la sicurezza. Il sistema stimola quindi il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico e riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.

FINALITÀ E OBIETTIVI

Ispirandosi all'esperienza dei "Giri per la Sicurezza", il progetto VISITARE ha avuto l'obiettivo generale di introdurre nelle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna lo strumento delle Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità attraverso il quale:

- promuovere la connessione tra le reti della sicurezza;
- stimolare un approccio etico al tema della sicurezza;
- verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione;
- far emergere nei contesti coinvolti le eventuali criticità legate ai pericoli presenti ed i fattori di rischio correlati agli eventi avversi, al fine di individuare e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione;
- favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare sia tra gli operatori che tra i servizi coinvolti.

Sperimentazione dello strumento

Il progetto ha avuto inizio nel corso dell'anno 2014 con l'obiettivo generale di sperimentare in alcune aziende sanitarie lo strumento delle Visite.

Di seguito vengono descritte le fasi di sviluppo della sperimentazione che si è conclusa nel mese di ottobre 2015:

Prima fase:

- Ricerca ed analisi e sintesi della letteratura sui modelli di giri per la sicurezza e di valutazione della cultura della sicurezza.
- Condivisione dell'approccio e degli strumenti proposti con i soggetti interessati individuati.
- Definizione e perfezionamento del metodo e degli strumenti.
- Predisposizione del materiale progettuale e del set di strumenti ad uso delle aziende (anche in collaborazione con i soggetti interessati e competenti a livello regionale per l'implementazione delle raccomandazioni).

Seconda fase:

- Coinvolgimento formale delle aziende identificate come sede di sperimentazione: Azienda Usl di Ferrara, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena, Azienda Usl Romagna (sede di Cesena), IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e Montecatone Rehabilitation Institute.
- Formazione delle équipe sperimentatrici e fornitura di un kit di strumenti per l'effettuazione delle visite e la rendicontazione.
- Scelta a livello aziendale dei setting e delle raccomandazioni da monitorare.
- Avvio e monitoraggio regionale della sperimentazione con il supporto dei responsabili di progetto

Terza Fase

- Valutazione intermedia dei risultati emersi da parte delle Aziende sperimentatrici a seguito dello svolgimento della prima Visita
- Valutazione degli strumenti da adottare per effettuare la seconda Visita

Quarta Fase

- Valutazione finale a distanza di un anno dall'avvio del progetto con le Aziende sperimentatrici
- Presentazione delle esperienze condotte dalle singole Aziende
- Verifica e revisione degli strumenti utilizzati.

VI.SI.T.A.RE: DEFINIZIONE, MATERIALI E METODI

Sul modello dei Giri per la Sicurezza del paziente, il metodo si basa su visite effettuate da un gruppo di professionisti presso le strutture ospedaliere nel corso delle quali viene effettuata una intervista ad alcune delle persone incontrate e vengono raccolte informazioni su condizioni individuate dagli intervistati come fattori di rischio per la sicurezza.

Nel corso della visita l'attenzione si focalizza anche sulle tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori.

Vengono anche esplorati gli aspetti correlati all'adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilità dell'organizzazione.

Durante la visita il gruppo può riscontrare di persona alcune situazioni critiche e la sua presenza deve essere comunque percepita e vissuta dagli operatori come una manifestazione di interesse alle problematiche e soprattutto di condivisione per la soluzione dei problemi. Nel corso delle visite possono essere già identificate e discusse possibili misure da assumere per il miglioramento della sicurezza del paziente e dell'affidabilità dell'organizzazione.

CARATTERISTICHE GENERALI DEL METODO

(adattato da Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori – Ministero della Salute)

Protagonismo di tutti

Il metodo vuole avere una forte valenza di coinvolgimento e condivisione in relazione alla tematica della sicurezza e della gestione del rischio. La possibilità di sentirsi chiamati in causa, di esprimere le proprie opinioni sia durante le visite che nelle fasi di discussione sui dati raccolti e la possibilità di contribuire alla scelta delle azioni da intraprendere, consente di sviluppare il senso di appartenenza all'istituzione e stimola il protagonismo di ciascuno.

Cultura etica della sicurezza e della responsabilità

Le visite consentono il diffondersi nell'organizzazione di un approccio etico alla tema della sicurezza, lo sviluppo della cultura della responsabilità, ossia della consapevolezza da parte di tutti che la creazione di un contesto sicuro richiede un irrinunciabile impegno personale, che non può essere delegato ad altri, ma va

condiviso a tutti i livelli e in tutte le fasi. Fondamentale a tal fine è la creazione di un clima di fiducia e non colpevolizzante essenziale per la comunicazione e la condivisione.

Semplicità

Il metodo dovrebbe essere sempre caratterizzato dal punto di vista tecnico da un'estrema semplicità. Le domande sono infatti predisposte in anticipo, e il tempo è contenuto in circa un'ora per unità operativa. Le visite non prevedono una speciale organizzazione delle attività della unità operativa né riunioni specifiche perché è importante che la realtà venga vista come è effettivamente. Inoltre, se in una prima fase è necessario introdurre e spiegare il metodo, una volta che questo è a regime i tempi di preparazione delle visite sono contenuti.

Quantità e qualità delle informazioni raccolte

La raccolta di informazioni da diversi soggetti in maniera non rigidamente formale consente di rilevare molti elementi che rispecchiano competenze e discipline diverse, permettendo così di pervenire alla conoscenza approfondita delle situazioni e delle criticità correlate a tutti gli ambiti delle “sicurezze”.

Valenza formativa del metodo

L'azione di identificazione dei fattori di rischio, la discussione e il confronto, con il sostegno della letteratura, la riflessione, l'individuazione e la scelta delle misure da adottare, l'implementazione e il monitoraggio innescano un processo di apprendimento sul campo da parte dei singoli e della équipe nel complesso.

I REQUISITI PER L'APPLICAZIONE DEL METODO

Per l'adozione e l'implementazione del metodo nelle organizzazioni sanitarie sono necessarie alcune condizioni:

- impegno e sostegno della direzione strategica;
- partecipazione e condivisione da parte dei soggetti interessati al tema della sicurezza e dell'affidabilità;
- continuità nell'esecuzione delle visite;
- impegno nell'adozione ed applicazione delle misure proposte e condivise;
- restituzione sulle misure adottate e dei risultati ottenuti.

COMPOSIZIONE DEL TEAM VISITARE

Il Team è composto da un rappresentante dell'area rischio clinico, un rappresentante del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale ed un rappresentante della Direzione Aziendale. Uno dei professionisti sopraindicati assume il ruolo di referente aziendale del Progetto.

Il team potrà avvalersi di specifiche professionalità correlate agli ambiti prescelti di analisi del rischio, considerando l'opportunità di non costituire un gruppo eccessivamente numeroso.

STRUMENTI PER LA CONDUZIONE DELLA Sperimentazione

Gli strumenti a disposizione del Team VISITARE sono:

- il questionario Operatore “Cultura Etica della Sicurezza e della Responsabilità”
- il questionario Team VISITARE “Promozione della Rete delle Sicurezze” (prima e seconda Visita);
- check list essenziale “Raccomandazioni e Buone pratiche per la Sicurezza”
- scheda “piano di miglioramento”
- “Diario del Progetto VISITARE”

Questionario Operatore “Cultura Etica della Sicurezza e della Responsabilità”

In considerazione del fatto che numerose esperienze evidenziano come le visite per la sicurezza abbiano un'influenza positiva sulla cultura della sicurezza, si è ritenuto opportuno utilizzare in due fasi, prima e dopo la visita, un questionario per la rilevazione della cultura etica della sicurezza e della responsabilità percepita da parte degli operatori. Il questionario è stato realizzato con l'intento di registrare la percezione da parte degli operatori sul livello di “Affidabilità” dell'organizzazione in termini di connessione tra la sicurezza delle cure, degli operatori e trasparenza/integrità dei comportamenti e della comunicazione. Il questionario è costituito da due sezioni e contiene 13 domande. Nella prima sezione “Organizzazione e Ambiente di Lavoro” sono formulati 12 quesiti in cui si chiede di esprimere un giudizio di accordo o disaccordo secondo una scala a 4 item sui temi collegati alla sicurezza delle cure, degli operatori e trasparenza/integrità dei comportamenti. Nella seconda sezione “Livello di Percezione della Sicurezza” è formulato un singolo quesito in cui si chiede all'operatore di esprimere un giudizio complessivo sul livello di “Affidabilità” dell'organizzazione in cui lavora con una scala a 4 item da scarso ad eccellente.

Il questionario viene somministrato:

- a) Before: all'équipe visitata nell'ambito di un incontro di informazione sull'iniziativa preliminare dell'effettuazione della prima visita per la sicurezza;
- b) After: all'équipe visitata in un secondo incontro informativo a distanza di almeno 6 mesi dalla visita per la sicurezza in cui è prevista la riconsegna dei risultati.

La metodologia before and after dovrebbe consentire di “misurare” nel medio termine l'impatto delle iniziative di promozione della sicurezza successive alla VISITA, con riferimento alla singola U.O. oggetto di sperimentazione.

Questionario Team VISITARE “Promozione della Rete delle Sicurezze”

Il Questionario Team VISITARE rappresenta lo strumento di raccolta di dati ed informazioni sulla sicurezza delle cure nella singola U.O. Si tratta di un questionario con domande semi strutturate ed aperte che viene utilizzato come guida metodologica da parte del team Aziendale nell'effettuare l'intervista agli operatori presenti alla visita.

La struttura del questionario è la medesima sia per l'effettuazione della Prima Visita che per la Seconda Visita fatto salvo che in quest'ultima è modificato il testo della prima domanda in cui si fa riferimento alle azioni per il miglioramento realizzate nella singola Unità Operativa successivamente alla prima visita.

Il questionario si compone di sette domande: sei sono domande aperte; in una domanda viene chiesto agli operatori di esprimere un punteggio per la fattibilità delle azioni correttive.

Il questionario rappresenta lo strumento di “verbalizzazione” della visita del Team aziendale. Nel corso della prima Visita costituisce il primo passo per lo sviluppo di piani di promozione della Sicurezza nelle strutture visitate; mentre nella seconda Visita viene utilizzato anche per verificare la percezione sulle azioni di miglioramento realizzate ed avviare ulteriori percorsi per la sicurezza delle cure.

Nel questionario TEAM è inoltre presente un box dove verbalizzare le risposte agli item scelti dalla Check List Essenziale Raccomandazioni e Buone Pratiche per la Sicurezza.

Check List Essenziale Raccomandazioni e Buone Pratiche per la Sicurezza

Si tratta di una check list in cui sono presenti un set minimo di domande “essenziali” che intendono indagare il livello di implementazione delle raccomandazioni e buone pratiche per la sicurezza delle cure e degli operatori.

La check list è uno strumento che viene impiegato dal Team aziendale per le visite per la sicurezza per i soli item relativi alle raccomandazioni di cui si vuole indagare l’implementazione nel contesto specifico.

Le domande sono essenziali ma standardizzate a livello regionale al fine di indagare per quanto possibile su raccomandazioni e buone pratiche in modo omogeneo.

FORMAZIONE REGIONALE SUL TEMA

A livello regionale, è stata effettuata una giornata di formazione a cui sono stati invitati a partecipare tutti i componenti dei Team Aziendali individuati per la partecipazione al progetto. Nell’ambito del momento formativo sono stati presentati gli strumenti elaborati che costituiscono “la cassetta degli attrezzi” per la conduzione delle visite e l’attuazione del progetto.

MODALITÀ OPERATIVE PER LA PREPARAZIONE E L’EFFETTUAZIONE DELLE VISITE

Il processo di realizzazione delle VISITE prevede un modello circolare tipico dei cicli della qualità per cui è prevista una fase di pianificazione, di intervento, di controllo e di verifica; il ciclo è rappresentato in un grafico (allegato 1) ed è successivamente descritto in modo dettagliato. Il Ciclo rappresenta la sintesi del percorso che i Team Aziendali hanno seguito partecipando al progetto.

CICLO DEL PROGETTO VISITARE

Fase Preliminare all'avvio della sperimentazione

La Direzione Sanitaria Aziendale ed il gruppo individuato come Team aziendale definisce le strutture in cui effettuare le Visite condividendo l'intento con i rispettivi responsabili di U.O.

Attività Preliminare all’effettuazione della Visita

- Riunione del team Aziendale per la definizione degli item minimi delle raccomandazioni e buone pratiche per la sicurezza da indagare nell’Unità Operativa individuata.
Incontro con il Direttore Unità Operativa e Coordinatore assistenziale per illustrare l’iniziativa e gli strumenti che saranno impiegati durante la Visita.
- Incontro/i di informazione/condivisione (1 ora circa) con l’équipe medico infermieristica dell’unità operativa. Nell’ambito di questo incontro vengono:
 1. presentati gli obiettivi del percorso e gli strumenti;
 2. definito il giorno e l’ora in cui verrà effettuata la visita per la sicurezza;
 3. somministrato il questionario Operatore;

Effettuazione della Visita

Dopo un breve giro nell’unità operativa finalizzato alla conoscenza della struttura ospitante, ci si riunisce con gli operatori (medici, operatori delle professioni sanitarie ed operatori di assistenza) presenti in quel turno di lavoro in luogo identificabile (ad esempio in ambienti adibiti ad incontri del personale), per procedere alla somministrazione del questionario TEAM.

Fasi Successive alla Visita

Riunione del TEAM per elaborare il resoconto ed una proposta di azioni di miglioramento. Successivamente, incontro con il Direttore dell’Unità Operativa ed il Coordinatore assistenziale, dopo circa due settimane dall’effettuazione della visita per la sicurezza, per presentare il resoconto elaborato e per condividere il piano di azioni di miglioramento. Nella realizzazione delle azioni di miglioramento può essere previsto anche il coinvolgimento di membri del team del progetto.

Nell’ambito di questo incontro vengono presentati in modo sintetico i risultati del questionario operatore.

Monitoraggio e Seconda Visita

1. Dopo circa 6 mesi, pianificazione con il Direttore di U.O. ed il Coordinatore Assistenziale della seconda Visita a partire dalla valutazione delle azioni previste nel piano di miglioramento.
2. Effettuazione della seconda VISITA utilizzando il solo questionario TEAM.
3. Dopo circa due settimane dall’effettuazione della seconda Visita, incontro con il Direttore dell’Unità Operativa ed il Coordinatore assistenziale per:
4. Consolidare le valutazioni di esito del precedente piano di miglioramento;
5. Discutere del resoconto prodotto a seguito della seconda Visita.

Fase Conclusiva del Ciclo delle Visite

Incontro di informazione/condivisione conclusivo da parte del team Aziendale con il Direttore U.O. e Coordinatore U.O. con tutti gli operatori dell'U.O. per illustrare gli elementi emersi durante le Visite ed i risultati del piano di miglioramento. Nell'ambito di questo incontro viene somministrato il questionario Operatore per la seconda volta.

Al termine del percorso, consegna al Direttore di U.O. e Coordinatore assistenziale di un Report Conclusivo nell'ambito del quale sono presenti: risultati del questionario Operatore, resoconto delle Visite per la Sicurezza e tabella di sintesi delle azioni di miglioramento realizzate.

RESOCOMTO SPERIMENTAZIONE

Le Aziende Sanitarie che nel corso del 2015 hanno partecipato alla fase sperimentale sono state: Azienda Usl Romagna, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, Azienda Usl di Ferrara, IOR Rizzoli, Istituto di Riabilitazione di Montecatone e Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena. Le unità operative visitate nel corso del 2015 sono state:

Azienda Usl Romagna: U.O. Geriatria Cesena; U.O. Medicina Nucleare e Diagnostica Cesena

Montecatone Istituto di Riabilitazione: Area Critica "Terapia Intensiva e sub intensiva"; Degenza Specialistica;

Azienda Usl di Bologna: Chirurgia Osp Maggiore; Urologia Osp. Maggiore; Chirurgia e Urologia San Giovanni Persiceto

Azienda Usl Ferrara: Pronto Soccorso Ospedale di Argenta; Pronto Soccorso Ospedale di Cento; Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura presso Ospedale di Cona

Istituto Ortopedico Rizzoli: Clinica Ortopedica e traumatologica a indirizzo oncologico

Azienda Usl di Imola: Medicina-Cardiologia D'Urgenza

Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena: Medicina Interna e Area Critica

Al termine del periodo di sperimentazione, alla luce dei risultati positivi raggiunti, è stato deciso di estendere l'effettuazione delle Visite alle altre realtà organizzative sanitarie regionali pubbliche e private.

Nel corso dell'anno 2016 hanno quindi aderito al progetto tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche e alcune organizzazioni del Privato Accreditato della Regione Emilia Romagna.

Le strutture del Privato Accreditato hanno partecipato ad un percorso analogo alle Aziende Pubbliche, prima di reclutamento formale, poi di formazione dei Team Locali e successivamente hanno svolto le VISITE nelle strutture con restituzione dei risultati nell'ambito di un incontro regionale.

Nel 2016 sono state quindi effettuate VISITE nelle seguenti UU.OO. di strutture pubbliche:

Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna: U.O. Ortopedia e Traumatologia; U.O. Geriatria (Acuti + Pare);

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara: U.O. Ostetricia

Azienda Usl Modena: SPDC c/o Ospedale S. Agostino-Estense; Area Omogenea Chirurgica c/o Ospedale Pavullo

Azienda Usl di Piacenza: UO di ortopedia e traumatologia degenza ordinaria

Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma: UO Nefrologia; UO Clinica e Immunologia Medica;

Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia: U.O. di Lungodegenza; U.O. di Geriatria;

IRST Meldola: U.O. Oncologia Medica

Azienda Usl di Reggio Emilia: Unità Internistica Multidisciplinare (UIMD) Ospedale di Guastalla; Unità Internistica Multidisciplinare (UIMD) Ospedale di Correggio

Azienda Usl di Parma: U.O. di Medicina dell'Ospedale di Borgo Val di Taro; U.O. di Medicina dell'Ospedale di Fidenza.

IRCCS - Istituto Ortopedico Rizzoli: SC Ortopedia e Traumatologia Pediatrica

Azienda Usl di Imola: Servizio di Dialisi

Azienda Usl di Bologna: UO Urologia Ospedale Maggiore; UO Urologia San Giovanni in Persiceto; UO Chirurgia San Giovanni in Persiceto; UO Degenza ordinaria (IRCCS); UO Clinica Neurologica (IRCCS); UO Riabilitazione Neurologica (IRCCS)

Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena: U.O. Cardiologia

Azienda Usl Romagna: U.O. Geriatria Rimini; U.O. Chirurgia Generale Ravenna; UO Medicina Interna e Lungodegenza Santa Sofia – Forlì; UO Medicina Interna e Lungodegenza Cesenatico - Cesena

Azienda Usl di Ferrara: Terapia Intensiva Multidisciplinare del Delta; Terapia Intensiva Multidisciplinare di Cento

Montecatone Rehabilitation Institute: Unità Spinale Acuti; Gravi Cerebrolesioni Acquisite

Hanno inoltre effettuato VISITE le seguenti organizzazioni sanitarie regionali del Privato Accreditato:

Casa di Cura Villa Chiara - Bologna

Casa di Cura Villa Erbosa - Bologna

Casa di Cura Villa Laura - Bologna

Casa di Cura Villa Pineta - Modena

Casa di Cura Villa Rosa - Modena

Casa di Cura Prof. Fogliani Srl - Modena

Centro Cardinal Ferrari - Parma

Casa di Cura Villa Verde – Reggio Emilia

Casa di Cura Villa Azzurra - Ravenna

Villa Torri Hospital - Bologna

Le Raccomandazioni indagate nel corso delle VISITE sono state:

Sicurezza del Paziente

- Prevenzione e Gestione delle **Cadute**
- Prevenzione dell'**allontanamento** di paziente da struttura sanitaria
- Corretta **Identificazione** del Paziente
- Prevenzione degli errori nella gestione clinica del **farmaco**

- Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di **KCL** e altre soluzioni concentrate contenenti potassio
- Prevenzione degli episodi di **violenza** a danno di operatori sanitari
- **Identificazione** del paziente e del sito chirurgico
- Prevenzione degli eventi avversi correlati **all'emotrasfusione ABO**
- Prevenzione del **Suicidio**

Rischio Infettivo

- **Igiene delle mani**

Sicurezza degli Operatori

- **Movimentazione** dei carichi e dei pazienti
- Utilizzo **Dispositivi di protezione individuale**
- Procedure in caso di **emergenza incendio**
- **Rischio Biologico**

Si riportano di seguito le azioni di miglioramento realizzate nel corso degli anni 2015 e 2016 così come comunicato attraverso i resoconti dei TEAM:

SICUREZZA DEL PAZIENTE

Prevenzione e Gestione delle Cadute

1. Ridefinizione delle procedure aziendali per la prevenzione e gestione delle cadute;
2. Revisione dell'opuscolo informativo sulle cadute accidentali in età pediatrica;
3. Documentazione della consegna dell'opuscolo informativo di paziente a rischio di caduta;
4. Introduzione di una modalità di valutazione multidimensionale per la valutazione del rischio di caduta;
5. Attivazione di Audit sull'adesione alle procedure aziendali in tema di cadute e di cadute ripetute;
6. Adozione di uno strumento per documentare la mobilizzazione dei pazienti;
7. Aggiornamento delle indicazioni sulla segnalazione dell'evento caduta;
8. Interventi per la messa in sicurezza degli ambienti, tra i quali installazione di maniglioni nei bagni e verifica per sostituzione di letti inadeguati;
9. Produzione di indicazioni sulla modalità di segnalazione in caso di caduta negli spazi esterni/prossimali alle unità operative;

Prevenzione dell'allontanamento di paziente preso in carico da struttura sanitaria

- Formazione per implementazione delle Procedure “Allontanamento paziente”;
- Studio di fattibilità per l'adozione di un sistema di segnalazione allontanamento di pazienti con “wandering”, previsione di installazione di sensori sui varchi, remotizzazione degli allarmi in guardiola infermieri, fornitura di braccialetti/tag paziente;

- Allarmate porte delle unità operative verso l'esterno e blocco ascensori interni di notte;
- Attivazione sistemi di apertura porta a badge per ingresso nell'unità operativa;
- Revisione di spazi esterni alle unità operative di tipo psichiatrico per la prevenzione dell'allontanamento;

Corretta Identificazione del Paziente

- Verifica software RIS PACS per agevolare la corretta identificazione del paziente;
- Applicazione braccialetto identificativo a tutti i pazienti compresi i ricoverati in Terapia Intensiva;
- Stampa del braccialetto identificato in Ps dalla postazione Triage;
- Ridefinizione delle modalità di gestione del braccialetto identificativo da Pronto Soccorso a Unità Operativa di degenza;
- Attivazione interventi di ripristino su stampanti braccialetti non funzionanti;
- Introduzione di fotocopiatrici nelle UU.OO. per la copia del documento di identità da conservare in cartella clinica;
- Revisione del percorso di presa in carico dell'utente in Day Surgery
- Diffusione delle procedure Sale Operatorie Sicure (SOS.net)

Prevenzione degli errori nella gestione clinica del farmaco

- Revisione delle procedure operative sulla corretta compilazione del Foglio Unico di Terapia (chi fa, che cosa);
- Implementazione di sistemi informatici per la prescrizione e somministrazione della terapia;
- Revisione delle modalità di prescrizione della terapia al “bisogno”;
- Omogeneizzazione modalità comportamentali/comunicative nella gestione della terapia farmacologica nel post operatorio;
- Sperimentazione di casacche per riduzione delle interruzioni degli operatori nella preparazione e somministrazione della terapia;
- Miglioramento gestione dei carrelli della terapia (custodia/sorveglianza prima, durante e dopo la manipolazione e somministrazione dei farmaci);
- Revisione delle modalità di preparazione dei farmaci da infondere “at the moment”;
- Corretta gestione dei farmaci LASA;
- Ridefinizione cartella di OBI in particolare la parte di prescrizione della Terapia;
- Introduzione di un format standard per la cognizione farmacologica;
- Introduzione di modalità informatizzate per la riconciliazione farmacologica;

Prevenzione degli episodi di violenza a danno di operatori sanitari

- Revisione delle Procedure aziendali per la prevenzione della violenza ad operatore;
- Formazione per la prevenzione della violenza a operatore rivolta al personale del reparto
- Formazione specifica in collaborazione con DSM/SERT per la gestione dei pazienti con diagnosi psichiatrica

- Formazione sul contenimento del paziente potenzialmente a rischio di esprimere comportamenti violenti
- Modifica layout di triage e conseguente adeguamento strutturale
- Messa in sicurezza di alcuni arredi (specchi bagni/armadi) delle stanze di degenza
- Modifica delle modalità di accesso alla struttura e ai reparti, in particolare in orari in cui il personale presente è in numero ridotto
- Messa in sicurezza di idranti ed estintori

Prevenzione degli eventi avversi correlati all'emotrasfusione ABO

- Revisione delle Procedure Aziendali in tema di gestione dell'emotrasfusione
- Ridefinizione delle modalità di documentazione dell'atto trasfusionale con realizzazione di cartella trasfusionale

Sicurezza delle cure (altri aspetti affrontati)

- Revisione della procedura aziendale in tema di Contenzione;
- Verifica di adesione alle procedure sulla Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione ed interventi formativi specifici;
- Formazione su corretta tenuta documentazione sanitaria e consenso all'atto sanitario;
- Aggiornamento delle modalità di gestione della documentazione in tema di management degli allarmi;
- Prescrizione di esami di laboratorio e soluzioni informatiche;
- Definizione di modalità operativa per utilizzo in sicurezza dei sistemi di POCT in area d'emergenza;
- Attivazione di momenti di formazione sul tema della comunicazione in équipe;
- Formazione sul tema della segnalazione degli incidenti;

Rischio infettivo

- Promozione e attivazione di formazione e addestramento degli operatori sanitari sull'igiene delle mani;
- Introduzione Laboratori formativi “igiene delle mani” in collaborazione con il Comitato Infezioni Ospedaliero;
- Promozione dell'uso del gel alcolico con modifica prodotti, posizionamento di supporti specifici nelle unità operative, interventi comunicativi con esposizione di poster e locandine informative.

SICUREZZA DEGLI OPERATORI

Rischio da Movimentazione Manuale Carichi e Pazienti

- Previsione di ulteriori corsi di aggiornamento e formazione specifici;
- Aggiornamento della “Valutazione del rischio da movimentazione pazienti” con metodologia MAPO;

- Revisione da parte del SPPA dell'adeguatezza dei dispositivi in uso per la movimentazione dei pazienti;
- Previsione di acquisto e sostituzione/implementazione di presidi per la movimentazione del paziente, valutazione installazione sistemi a soffitto e presidi minori per la MMC/MMP;

Rischio biologico

- Revisione dei Dispositivi di Protezione Individuale presenti (ad esempio: occhiali di protezione antischizzo)
- Rivalutazione delle modalità di smaltimento dei rifiuti;
- Attivazione incontri di formazione con le Ditte fornitrici dei nuovi sistemi “protetti”: aghianula, siringhe per emogasanalisi ecc.;
- Accertamento dell'uso corretto dei dispositivi per diminuire il rischio biologico come l'utilizzo dei contenitori idonei per lo smaltimento dei rifiuti.

Piani di emergenza

- Attivazione di corsi di formazione e aggiornamento sui Piani di Emergenza;
- Programmazione di esercitazioni antincendio;
- Revisione delle procedure in caso di emergenza ed evacuazione;
- Diffuse algoritmi decisionali con catena intervento in caso di emergenza nelle “stanze sosta” del personale e del coordinatore di Unità Operativa;
- Revisione della gestione di spazi interni al fine di consentire il mantenimento vie di fuga;

ESTENSIONE DEL PROGETTO

Nel corso dell'anno 2017 il Progetto VISITARE è diventato parte integrante dei Piani Programmi Sicurezza delle Cure delle Aziende Sanitarie.

Bibliografia

Budrevics G., O'Neill C., *Changing a Culture with Patient Safety Walkarounds*, Healthcare Quarterly Vol. 8, Special Issue, p. 20-25, October 2005

Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003), *Risk management in Sanità Il problema degli errori*, Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, marzo 2004

Committee on Quality of Health Care in America, *Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21st Century*, INSTITUTE OF MEDICINE NATIONAL ACADEMY PRESS Washington, D.C., 2001

Feitelberg S.P., *Patient Safety Executive Walkarounds*, The Permanente Journal, Summer 2006, Volume 10 No. 2

Frankel A., Graydon-Baker E., Neppi C., Simmonds T., Gustafson M., Gandhi T.K., *Patient Safety Leadership WalkRounds*, Joint Commission Journal of Quality and Safety 2003, Vol 29, 16-26

Frankel A., Grillo S.P., Pittman M., Thomas E.J., Horowitz L., Page M., Sexton B., *Revealing and Resolving Patient safety defects: The Impact of Leadership walkarounds on frontline caregiver assessments of patient safety*, Health Services Research, 43:6, December 2008

Gandhi T. K., Graydon-Baker E., Neppi Huber C., Whittemore A. D., Gustafson M., *Closing the Loop: Follow-up and Feedback in a Patient Safety Program*, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety – 2005 Volume 31 Number 11

Graham S., Brookey J., Steadman C., *Patient Safety Executive Walkarounds*, Advances in Patient Safety: Vol. 4, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005

©Health Service Executive, *Quality and Patient Safety Directorate*, May 2013 Dublin, Ireland

Levati A., Amato S., Adrario E., De Flaviis C., Delia C., Milesi S., Petrini F., Bevilacqua L., *Safety Walkround as a risk assessment tool: the first Italian experience*, Ig Sanita Pubbl. 2009 May-Jun;65(3):227-40

Martin G., Ozieranski P., Willars J., Charles K., Minion J., McKee L., Dixon-Woods M., *Walkrounds in Practice: Corrupting or Enhancing a quality Improvement Intervention? A Qualitative study*, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety – 2014 Volume 40 Number 7

Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III ex D.G.PROG., *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*, Roma, Gennaio 2012

Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, FNOMCeO e IPASVI, *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari*, Roma 2007

Ministero della Salute, Regione Lombardia, Programma Strategico Ricerca Finalizzata 2007, *Costruire un sistema di competenze integrate per migliorare la sicurezza in chemioterapia. Progetto 4 – The validation of Safety Walk Round as a risk assessment tool in an Italian clinical setting: the hematological area*. Safety Walk Round – Manuale. Roma, marzo 2012

O'Connor P., *How patient safety walkrounds help to put safety first in healthcare delivery*, Healthcare risk report, 2007, 4: 18-19

Poletti P., *Cultura per la sicurezza – approcci, metodi e strumenti*, Care 4, 2011

Poletti P., *Misurare e promuovere la cultura della sicurezza del paziente*, QA 2011 – Volume 1; pp. 16-9

Poletti P., *Safety Walkaround*, Care 2, 2009

Rinke M. L., Zimmer K.P., Lehmann C.U., Colombani P., Dover G., Garger C., Miller M.R., *Patient Safety Rounds in a Pediatric Tertiary Care Center*, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety – 2008 Volume 34 Number 1

Thomas E.J., Sexton J.B., Neilands T.B., Frankel A., Helmrich R.L., *The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units*, BMC Health Services Research 2005, 5:28

Zimmerman R., Ip I., Daniels C., Smith T., Shaver J., *An Evaluation of Patient Safety Leadership Walkarounds*, Healthcare Quarterly, Vol. 11 Special Issue 2008 p. 16-20

Coordinamento Regione Emilia-Romagna

Ottavio Nicastro (Responsabile di Progetto) email: ottavio.nicastro@regione.emilia-romagna.it
Cristiano Pelati (Coordinamento Operativo) email: cristiano.pelati@regione.emilia-romagna.it

Gruppo di lavoro per la stesura del progetto di sperimentazione:

Vania Basini (Area Valutazione e Sviluppo dell'Assistenza e dei Servizi – ASSR)
Elena Cappiello (AUSL Bologna)
Donata Dal Monte (AUSL della Romagna – Ravenna)
Patrizio Di Denia (IRCCS – IOR)
Milvia Folegani (Tutela della Salute sui luoghi di lavoro, DGSPSI RER)
Stefano Gaiardi (AUSL Unica Romagna – Ravenna)
Massimo Ghetti (AUSL Unica Romagna – Cesena)
Lorena Landi (AUSL Imola)
Patrizia Marchegiano (AOU Modena)
Andrea Minarini (AUSL Bologna)
Giuseppe Monterastelli (Tutela Salute Luoghi di lavoro, DGSPSI RER)
Ottavio Nicastro (DGSPSI RER - Servizio Assistenza Ospedaliera)
Cristiano Pelati (AUSL di Ferrara)
Maurizia Rolli (IRCCS – IOR)
Ester Sapigni (DGSPSI RER – Politiche del Farmaco)
Giovanni Sessa (AUSL Ferrara)
Daniele Tovoli (AUSL Bologna)
Nicoletta Trani (AOU Modena)
Claudio Velati (Centro Regionale Sangue - Emilia-Romagna)

TEAM AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Ausl di Bologna: S. Bignami, P. Masoni, T. Palladino, A. Simoni, M. Spinosa
Ausl di Ferrara: G. Sessa, G. Tonetto, C. Pelati, A. Digiorgio
Ausl di Imola: L. Lorena, MC. Carraro, C. Bedosti, L. Zarabini; S. Lanzoni;
IRCCS - Istituto Ortopedico Rizzoli: M. Rolli, P. Di Denia, R. Sollazzo, D. Cavedagna, E. Porcu e L. Trombetta
Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara: R. Bentivegna, E. Bassi, C. Zerbini
Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna: C. Brugaletta, R. La Cioppa, P. La Porta; G. Aiello
Montecatone Rehabilitation Institute: F. Lorenzini, S. Marani, S. Ranuzzi, S. Olivi
Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena: F. Fregni, M. Santangelo, F. Torcasio, P. Marchegiano, A. Gheradini, A. Colelli
Azienda Usl di Modena: V. Maselli, P. Giuliani, A.M. Pietrantonio, V. Damen, MP. Bozzoli
Azienda Usl di Piacenza: G. Arcari, G. Di Girolamo, M. Bisagni, F. Pugliese, G. Delfanti, F. Amorevoli
Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma: M. Dazzi, A. Rolli, S. Turchi, C. Boccuni, A. Dovani
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia: F. Vercilli, R. Caroli, V. Zambonelli
Azienda Usl di Parma: G. Schirripa, M. Lombardi, P. Bertoli
Azienda Usl Reggio Emilia: S. Mastrangelo, E. Baccarani, C. Gentile, R. Marmonti, D. Costi, M. Tenerani
Azienda Usl Romagna: D. Dal Monte, A. Caminati, M. Ghetti, R. Suprani, V. Valmori, K. Drudi, K. Giuseppini, C. Drudi, E. Vetri, P. Grementieri, S. Vecchiatini, P. Fusaroli, K. Prati
IRST Meldola: MF. Zona, M. Ghetti, A. Zenelli, E. Prati, V. Ravaioli, L. Milanesi

TEAM ORGANIZZAZIONI SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE

Casa di Cura Villa Chiara Bologna: G. Felinciangeli, G. Franceschini, F. Grasiosi
Casa di Cura Villa Erbosa Bologna: G. Finzi, G. Morrone, F. Gaggioli, G. Ferriani
Casa di Cura Villa Laura Bologna: W. Domeniconi, A. Gagliani, L. Arfilli
Casa di Cura Villa Rosa di Modena: C. Argentieri, M.P. Barbieri, A. Camurri, E. Lugli
Casa di Cura Villa Pineta Modena: A. Scorzoso, C. Bonan
Casa di Cura Prof. Fogliani Srl Modena E. Giusti, E. Nicoli, A. Tripoli
Casa di Cura Villa Verde Reggio Emilia: S. Roti, O. Cassiani, M. Bonezzi, M. Visconti
Centro Cardinal Ferrari Parma: E. Papanastasiou, R. Comberiati, S. Lombardi
Casa di Cura Villa Azzurra di Ravenna: C. Argentieri, P. Fantoni, L. Di Giorgio, R. Pasini, L. Malaffo
Villa Torri Hospital: A. Sermenghi, C. Magelli, C. Agrati

Grafico 1

CICLO DEL PROGETTO VISITARE

