

# Le Visite per la Sicurezza. Progetto VISITARE

Giovanni Sessa  
Annita Caminati





1<sup>a</sup> giornata REGIONALE sulle BUONE PRATICHE per la SICUREZZA DELLE CURE



# Joint Commission **Journal** on Quality and Safety

## Patient Safety

### Patient Safety Leadership WalkRounds™

Allan Frankel, MD  
Erin Graydon-Baker  
Camilla Nepl  
Terri Simmonds, RN  
Michael Gustafson, MD, MBA  
Tejal K. Gandhi, MD, MPH

## Leadership

### Patient Safety Leadership WalkRounds™ at Partners HealthCare: Learning from Implementation

**CME** clinical contributions The Permanente Journal/ Summer 2006/ Volume 10 No. 2  
2005 Lawrence Patient Safety Award Winner  
**Patient Safety Executive Walkarounds**  
By Steven P Feitelberg, MD

*The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*

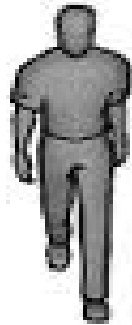
## Leadership

January 2008 Volume 34 Number 1

### Patient Safety Rounds in a Pediatric Tertiary Care Center

Michael L. Rinke, M.D.  
Karen P. Zimmer, M.D., M.P.H.  
Christoph U. Lehmann, M.D.  
Paul Colombani, M.D.  
George Dover, M.D.  
Catherine Garger, R.N.  
Marlene R. Miller, M.D., M.Sc.

# Walk the Gemba



改 *gemba*  
walk






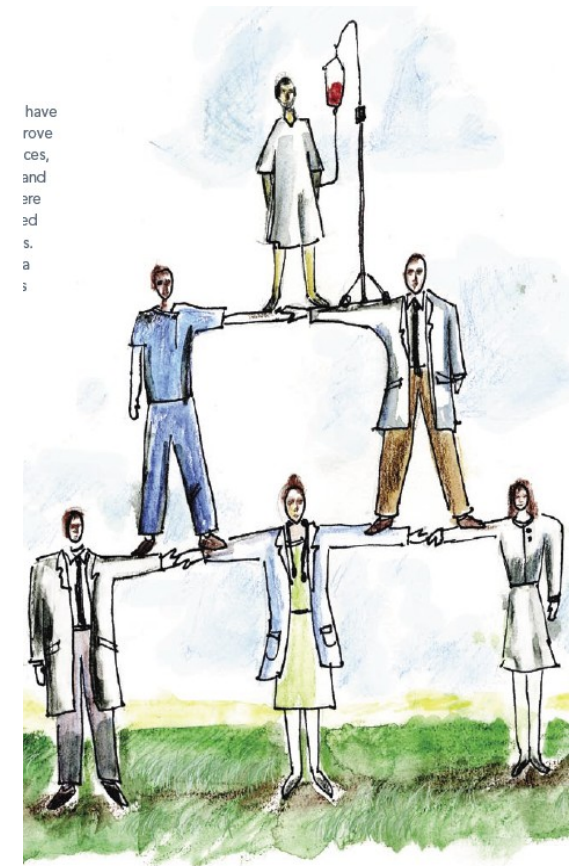
## Safety Walkrounds

Il Safety Walkarounds (SWR) è una tecnica di Risk Assessment, che prevede visite e interviste strutturate da parte dei un team di professionisti in U.O. e Servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità

## Coinvolgimento degli operatori sanitari nel proprio ambiente di lavoro

### OBIETTIVI

-  Identificare le maggiori situazioni di rischio e vulnerabilità di sistema e le misure correttive da adottare per aumentare la sicurezza del paziente;
-  Promuovere lo sviluppo della cultura della sicurezza delle cure;
-  Migliorare la comunicazione ed il clima organizzativo all'interno dell'UO



## Using Four-Phased Unit-Based Patient Safety Walkrounds to Uncover Correctable System Flaws

*April M. Taylor, MS, MHA, CPHQ; John Chuo, MD, MS; Ana Figueroa-Altmann, MSN, RN, DM(c); Susan DiTaranto, MHA, RN; Kathy N. Shaw, MD, MSCE*

**Results:** Leaders in all six pilot units indicated that PSWR helped them to uncover previously unidentified safety concerns. Top-impact areas included nurse-medical team relationship, work-flow flaws, equipment defects, staff education, and medication safety. The project engaged 149 individuals across all disciplines, including 33 physicians, and entailed 34 PSWR in its first year. Information from these pilot units initiated safety changes that spread across multiple units, with identification of hospital-wide quality and patient safety issues.

**Conclusions:** For participating units, the PSWR process is a situational awareness tool that helps management periodically assess new or unresolved vulnerabilities that may affect safety and care quality on the unit. Unit-based PSWR help identify safety concerns at the microsystem level while improving communication about safety events across units and to hospital leaders in the macrosystem.

# LE INIZIATIVE NAZIONALI



*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**



**8. Il Giro per la sicurezza del paziente - (Safety Walkaround)**



*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E ORDINAMENTO DEL SSN  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
EX UFFICIO III DG PROG

SEMINARIO

**“Safety Walk Round”  
ESPERIENZE A CONFRONTO**

*Roma, 27 marzo 2012*

*9.45-13.00*

*Auditorium del Ministero della Salute  
Lungotevere Ripa 1*

## Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome per la sicurezza del paziente.

Relazione di sintesi sulla Sessione tenutasi all'VIII Forum Risk Management in Sanità dal titolo:

**"Patient Safety Walk Rounds - Giri per la Sicurezza:  
confronto tra esperienze regionali, discussione sui modelli proposti e prospettive future"**

Resoconto a cura della Regione Basilicata

Programma Strategico Ricerca Finalizzata 2007

Costituire 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 hematologic  
area



**Fondazione IRCCS  
Istituto Nazionale  
dei Tumori**

**Parole  
chiave**

**SAFETY WALKAROUND**

**CARE 2, 2009**

**Padova Poletti**



## DISCIPLINARE PER LA REVISIONE DELLA NORMATIVA DELL'ACCREDITAMENTO

### **6° Criterio**

Requisito 6.3: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

- l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (*Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit*) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (*Safety walkround*);

**Dai Safety Walkround ....  
.....ai Giri per la sicurezza Emilia Romagna style!!**



**PROGETTO VI.SI.T.A.RE**  
**Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità**  
**Regione Emilia-Romagna**

Promozione della rete delle sicurezze e implementazione  
delle raccomandazioni in Ospedale

**VALORI DI RIFERIMENTO**



# LA SICUREZZA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE



Sicurezza degli operatori



Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro



## Salute e sicurezza del personale sanitario

Gli operatori nel settore sanitario si confrontano con un'ampia gamma di attività e ambienti che costituiscono una minaccia per la loro salute e presentano rischi in termini di malattie o infortuni sul lavoro. Questa sezione fornisce informazioni dettagliate su tali rischi e sui metodi efficaci per valutarli, eliminarli o ridurli al minimo.

La gamma di rischi a cui sono esposti questi lavoratori include:

- **rischi biologici**, quali infezioni causate da punture di aghi;
- **rischi chimici**, come quelli derivanti dai medicinali utilizzati per il trattamento dei tumori e dai disinfettanti;
- **rischi fisici**, quali la radiazione ionizzante;
- **rischi ergonomici**, ad esempio nell'ambito della gestione dei pazienti;
- **rischi psicosociali**, inclusi la violenza e il lavoro a turni.

## Saluter

il portale del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna



home → personale dipendente → sicurezza del lavoro in sanità

▶ Saluter oggi

▶ Servizi ai cittadini

▶ Sicurezza del lavoro in sanità

## **La cultura delle organizzazioni**

Ambito etico: Trasparenza e  
correttezza dei  
comportamenti

### **La cultura della correttezza dei co**

***E' all'etica collettiva che si ispirano le regole dell'agire e della convivenza, non in contrapposizione, ma a complemento dell'etica individuale. La legalità nelle organizzazioni dovrebbe da intendersi come un bene umano fondamentale, e parte costitutiva del bene comune. Una condizione che si origina e si sostanzia nella convivenza basata su valori condivisi, una legalità eticamente condivisa.***

## INTEGRARE LE SICUREZZE

Sicurezza degli  
operatori

rezza delle cure

Ambito etico:  
Trasparenza e  
correttezza dei  
comportamenti



## **PROGETTO VI.SI.T.A.RE**

### **Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità**

#### **Finalità del Progetto**

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 e di 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.



# Visitare

Vocabolario on line

-A +A 

**visitare** v. tr. [dal lat. *visitare*, frequent. di *visĕre* «visitare, andare a vedere», che è der. di *videre* «vedere», part. pass. *visus*] (*io visito*, ecc.). –

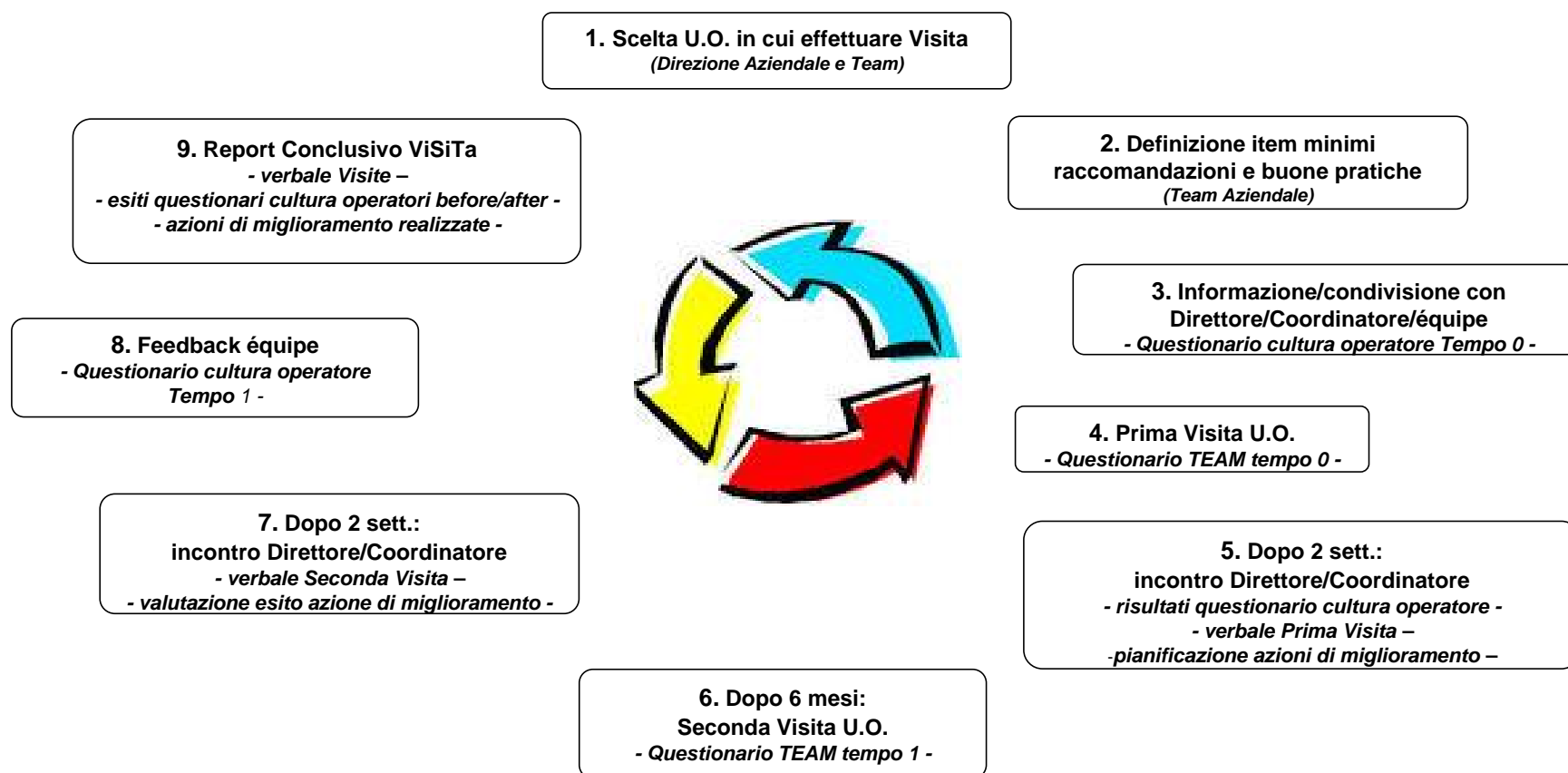
# Viŕo<sup>2</sup>

Vocabolario on line

-A +A 

**viŕo<sup>2</sup>** s. m. [lat. *vĭsus* -*us*, propr. «vista, sguardo, aspetto», der. di *videre* «vedere», part. pass. *visus*]. –

# CICLO DEL PROGETTO VISITARE





## Il Team VISITARE



Rappresentante dell'area rischio clinico  
Rappresentante del Servizio di  
Prevenzione e Protezione Aziendale  
Rappresentante della Direzione  
Aziendale.

### COME “VISITARE”.....

1. Capacità di **osservazione**
2. Capacità di **ascolto**
3. **Sospensione del giudizio**
4. Intelligenza emotiva (empatia)
5. Condivisione delle **regole**
6. **Flessibilità**
7. **Gestione dei conflitti e negoziazione**
8. **Gestione delle emozioni**



# Vi.Si.TA.RE - FASI E STRUMENTI

## QUALE UNITA' OPERATIVA VISITARE?

## QUALI RACCOMANDAZIONI VERIFICARE?

**Check List Essenziale "Raccomandazioni/Buone Pratiche per la Sicurezza"**

Tematica	Item Specifici
Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	La valutazione del rischio di caduta è riportata nella documentazione sanitaria? A seguito di cadute avviene la segnalazione dell'evento e la successiva analisi? A seguito di caduta è garantita una adeguata informazione ai familiari?
Istruzioni relative ad allontanamento di paziente da strutture sanitarie	Sono definiti i criteri in base ai quali i diversi soggetti sono da considerare a rischio di allontanamento? Sono definite le fasi operative e di i soggetti responsabili in caso di allontanamento? Viene definito come documentare l'evento nelle diverse fasi?
Prevenzione della violenza su operatori sanitari	Viene attuato un programma di prevenzione della violenza nei confronti degli operatori? A seguito di episodio di violenza avviene la segnalazione dell'evento e la successiva analisi? Sono state attuate misure strutturali, tecnologiche ed organizzative per prevenire il rischio di evento di violenza a danno degli operatori?
Prevenzione della reazione trasfusoriale da incompatibilità ABO	All'atto del prelievo di campioni di sangue per la determinazione del gruppo sanguigno viene applicata una specifica procedura per identificazione del paziente? L'operatore che effettua il prelievo per la compatibilità appone la propria firma sulla provetta al letto del paziente? Prima dell'atto trasfusoriale per evitare che il sangue sia trasfuso alla persona sbagliata o che sia trasfuso sangue non compatibile con quello del paziente: da transfondere, viene effettuata una verifica dell'identità e del gruppo sanguigno del ricevente e della unità di emocomponente sempre da parte di due operatori? Ai fini della tracciabilità della trasfusione l'operatore che esegue la trasfusione registra nella cartella clinica l'avvenuta trasfusione con l'indicazione della presenza o assenza di reazioni avverse, apponendo la propria firma?
Linee di indirizzo nella gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica	Sono stati individuati i farmaci ad alto rischio (FAIRA) e sono conosciuti anche in termini di modalità di gestione? Sono stati individuati e come vengono gestiti i farmaci LASA? Viene documentata la continuità di terapia farmacologica tra setting assistenziali (processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica)?
Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di ECI ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	Nelle UO autorizzate le fiale di K sono conservate in armadi (possibilmente chiusi) e separate dagli altri farmaci di uso corrente? Nelle UO autorizzate le fiale di K sono conservate in contenitori con la segnalazione di allarme: "Diluire prima della somministrazione: iniale se in fase non diluito"? Nella documentazione clinica è assicurata la tracciabilità del medico che prescrive il K e dell'infermiere che lo somministra oltre alla dose, frequenza, velocità di infusione, data di inizio e fine della terapia?
Corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura	E' in uso una Procedura standard per la corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura? E' presente una checklist per documentare tutti i passaggi di identificazione del paziente, del sito e della Procedura? La checklist è allegata alla documentazione operatoria del paziente e integrata con la check list SoaNet?
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Nelle UO dell'ospedale nel corso della raccolta dell'anamnesi viene esplorata la presenza di fattori di rischio di suicidio? In relazione al rischio di suicidio sono identificati nelle U.O. gli accorgimenti assistenziali ed organizzativi a titolo preventivo? Alla dimissione dei pazienti a rischio suicidio è assicurata l'integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari per fornire supporto fisico e psicologico o in modo continuativo?
Morti o gravi danni conseguenti a non corretta attribuzione del codice triage nella Centralità operativa 118 o all'interno del Pronto Soccorso	L'attività di triage intra-ospedale è affidata a personale in formazione in possesso di specifiche competenze e promosso almeno con un percorso formativo mirato e esperienza lavorativa di almeno sei mesi in Pronto Soccorso? E' presente una procedura di triage per l'identificazione certa del paziente/utente e per l'adeguata attribuzione del codice di priorità? Nel verbale di triage sono registrate le rivalutazioni dei codici di priorità attribuiti?

# Vi.Si.TA.RE - FASI E STRUMENTI

Il progetto ha l'obiettivo di introdurre 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;
- ✓ promuovere la conoscenza e l'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione.

Per ulteriori informazioni

il team Visitare

-----  
-----  
-----

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

## VISITARE

Promozione della rete  
delle sicurezze e  
implementazione delle  
raccomandazioni in  
Ospedale

Visite per la Sicurezza,  
la Trasparenza e  
l'Affidabilità



effettua una visita nell'Unità Operativa ed intervista, nel corso di un incontro, gli operatori presenti, raccogliendo informazioni su quali sono le azioni di promozione della sicurezza in corso e le iniziative che potrebbero essere attuate per aumentarne il livello.

L'attenzione si focalizza anche sulle tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e buone pratiche per la sicurezza degli operatori.

La visita nella struttura dura in totale circa un'ora e viene effettuata nell'orario più opportuno, concordato con il personale della struttura. Tutti gli operatori sono invitati a partecipare e benvenuti all'incontro.

### COSA SUCCEDDE DELLE INFORMAZIONI RACCOLTE

Le informazioni raccolte saranno riportate in un breve resoconto che verrà discusso e condiviso con l'Unità Operativa.

## Attività preliminare all'effettuazione della Visita – 1

Incontro con il Direttore Unità Operativa e Coordinatore assistenziale

Le visite possono essere discusse e discusse possibili misure per la promozione

Alcune proposte emerse durante la Visita potranno essere utilizzate dalla dirigenza e dal personale dell'Unità Operativa per le azioni di miglioramento, altre potranno essere poste all'attenzione della direzione per una valutazione.

### COSA SUCCEDDE DOPO IL TEAM

Il Team è composto da rappresentanti dell'Unità Operativa, del Servizio di Assistenza e Protezione Aziendale e.

### COSA SUCCEDDE POI

A distanza di circa sei mesi il TEAM tornerà per una seconda visita presso l'Unità Operativa, per discutere su quanto è stato messo in atto per migliorare la sicurezza.

### COSA SUCCEDDE DURANTE LA VISITA

Prima dell'incontro informativo con il Direttore, il Team si reca nella struttura e effettua un colloquio con gli operatori presenti in quel momento.


# Vi.Si.TA.RE - FASI E STRUMENTI

## Attività preliminare all'effettuazione della Visita - 2

Incontro/i di informazione/condivisione (1 ora circa) con l'équipe medico infermieristica dell'unità operativa.

Nell'ambito di questo incontro verranno:

- presentati gli obiettivi del percorso e gli strumenti;
- definito il giorno e l'ora in cui verrà effettuato la visita per la sicurezza;
- somministrato il questionario Operatore

**Questionario Operatore**  
**“Cultura Etica della Sicurezza e della Responsabilità”**

**SEZIONE A: Organizzazione/Ambiente di lavoro**

Pensa all'organizzazione del lavoro nella struttura in cui lavori

	Completamente in disaccordo	In disaccordo	In accordo	Completamente accordo
1. Ognuno è informato su come promuovere la sicurezza del paziente e degli operatori e su come ridurre la possibilità che accadano incidenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Stiamo sviluppando attività per migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il personale percepisce che intervenendo sulla sicurezza si hanno conseguenze positive per il paziente, gli operatori e l'intera organizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se accade un incidente lo segnaliamo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nell'unità operativa si discute e ci si confronta sugli incidenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando un problema viene segnalato da un operatore lo stesso percepisce che l'organizzazione ne tiene conto ed interviene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nel caso capitasse un incidente viene comunicato al paziente o ai familiari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vengono scoraggiati comportamenti che mettono a rischio la sicurezza dei pazienti e degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le nostre procedure e i nostri sistemi sono efficaci per garantire la sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il personale può parlare apertamente se vede attività che possono avere effetti negativi sulla sicurezza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vi è molta attenzione alla comunicazione tra colleghi per aumentare la sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La cultura della correttezza dei comportamenti è ritenuta un fattore favorente la sicurezza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE B: Livello di Percezione della Sicurezza**

Se dovessi esprimere un giudizio complessivo sull'AFFIDABILITÀ dell'organizzazione in cui lavori (intesa come connessione tra sicurezza delle cure, degli operatori e trasparenza/integrità dei comportamenti e della comunicazione), quale sceglieresti tra i seguenti:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4
Scarso	Mediocre	Buono	Eccellente

Per la realizzazione del questionario si è fatto riferimento ad altre esperienze, tra le quali: Safety Attitudes Questionnaire (Sector) dell'Accademia



## Questionario TEAM – VISITARE

“Promozione della Rete delle SICUREZZE”

1. Sono presenti nella sua U.O. iniziative in tema di sicurezza del paziente e degli operatori?  
(elenicare i temi affrontati)


2. C'è qualche iniziativa che è possibile effettuare nell'ambiente/organizzazione del lavoro per migliorare la sicurezza? (elenicare le ipotesi)


3. Quanto sono fattibili nel breve termine secondo Lei le precedenti iniziative?  
(valutando un punteggio da 1 a 5, considerando 1 non assolutamente fattibile e 5 fattibile)


...to un evento significativo per la sicurezza del paziente e/o degli


...come l'accadimento? (sintesi azioni correttive)


SI  No

...o impedito la segnalazione?


...o nella sua unità operativa per favorire comportamenti "etici"  
(esempio: trasparenza, comunicazione aperta tra i colleghi, rispetto  
azione al paziente ecc...)?


...urezza del paziente)


...urezza dei lavoratori)


# Vi.Si.TA.RE

## FASI E STRUMENTI

### Prima ViSiTA U.O. Questionario TEAM Tempo 0

Il patto  
tra  
Team Aziendale  
ed U.O. visitata



# Vi.Si.TA.RE - FASI E STRUMENTI

## IL DIARIO DI VISITARE

Tracciare il percorso

Rispettare i tempi

Annotare situazioni particolari  
idee, suggerimenti...



	FASI DEL PROGETTO	MODULISTICA*	DATA Presenti TEAM	NOTE
1	Riunione del Team Aziendale (definizione item minimi delle raccomandazioni e buone pratiche per la sicurezza da indagare nella unità Operativa)	<input type="checkbox"/> Check List Essenziale: "Raccomandazioni/buone pratiche per la sicurezza" <input type="checkbox"/> Slide Formazione (Domande)	_/ _/ _ _____ _____ _____	Raccomandazioni selezionate
2	Incontro con il Direttore Unità Operativa e Coordinatore Assistenziale <i>(Illustrare l'iniziativa e consegnare gli strumenti)</i>	<input type="checkbox"/> Opuscolo Progetto VISITARE <input type="checkbox"/> Questionario Operatore "Cultura Etica della Sicurezza e della Responsabilità" <input type="checkbox"/> Questionario Team VISITARE <input type="checkbox"/> Domande su Raccomandazioni selezionate	_/ _/ _ _____ _____ _____	Osservazioni / problemi emersi
3	Incontro/i di informazione /condivisione con l'équipe medico infermieristica dell'unità operativa.	<input type="checkbox"/> Opuscolo Progetto VISITARE <input type="checkbox"/> Questionario Operatore (10) "Cultura Etica della Sicurezza e della Responsabilità" (Somministrare il Questionario ai presenti e lasciare copie da ritirare in occasione della prima VISITA in U.O.) <input type="checkbox"/> Questionario Team VISITARE <input type="checkbox"/> Domande su Raccomandazioni selezionate <input type="checkbox"/> Resoconto incontro	_/ _/ _ _____ _____ _____	
4	Effettuazione della PRIMA VISITA. <i>(1 ora circa)</i>	<input type="checkbox"/> Questionario Team VISITARE (10) <input type="checkbox"/> Resoconto incontro (Ritirare i Questionari Operatore distribuiti in occasione dell'incontro di informazione)	_/ _/ _ _____ _____ _____	
5	Incontro con il Direttore UO ed il Coordinatore Assistenziale: - presentazione risultati questionario operatore (10); - Resoconto Prima Visita; - pianificazione azioni di miglioramento.	<input type="checkbox"/> Resoconto incontro + Questionario Team VISITARE (10) (COMPILATO) <input type="checkbox"/> Tabella "Piano di miglioramento" (PROPOSTE)	04/04/2022 04/04/2022 _/ _/ _ _____ _____ _____	Osservazioni / problemi emersi

## Costruire il piano di miglioramento

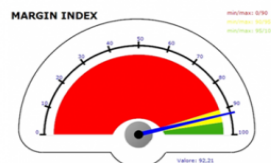
Obiettivi raggiungibili, chiari e condivisi.

Nella identificazione delle azioni di miglioramento tenere presente eventuali riflessioni, idee scaturite dagli operatori durante la visita.

Nella realizzazione delle azioni di miglioramento può essere previsto anche il coinvolgimento di membri del team del progetto.

Supporto alle UUOO in caso di azioni di miglioramento che coinvolgano servizi trasversali.

Monitoraggio periodico per verificare l'andamento delle azioni definite nel piano.



## Vi.Si.TA.RE - FASI E STRUMENTI



PIANO DI MIGLIORAMENTO					
Criticità Rilevate	Azioni di Miglioramento	Livelli di Responsabilità (Individuali, U.O., dipartimento, Aziendal)	Responsabilità Azioni Miglioramento	Data Realizzazione	Evidenza di Realizzazione

**MONITORAGGIO E SECONDA VISITA DETERMINANTE PER IL BUON ESITO DEL PROGETTO.....**

## **Vi.Si.TA.RE – RISULTATI**

### **CATEGORIE DELLE PRINCIPALI AZIONI DI MIGLIORAMENTO**



Comunicazione (chiarimenti, condivisione progetti, attività.....)

Gestione terapia farmacologica

Tecnologie (RIS PACS, Gestione Terapia)

Rischio biologico Operatore/Paziente (Igiene Mani, MDRO, Npd,...)

Introduzione Giornata della sicurezza

Incident reporting

Revisione Documentazione Sanitaria

Formazione / Training

Significant Event Audit

Accesso Visitatori

Rischio incendio

Ambiente di lavoro

Maxiemergenze



## Percorso Progettuale VISITARE



**Anno 2014:** Studio, Progettazione e Avvio della Formazione Team Aziende Sperimentatrici

### Fase Sperimentale Anno 2015

Azienda UsI Bologna

Azienda UsI Imola

Azienda UsI Ferrara

Policlinico di Modena

Montecatone Rehabilitation Institute

Azienda UsI Romagna (sede Cesena)

Il.OO. Rizzoli Bologna

## PROSPETTIVE FUTURE

### Ospedalità Privata 2016

11 Strutture Partecipanti

35 professionisti –

22 Strutture da VISITARE

**Formazione TEAM Aziendali**  
**23 Marzo 2016**

### Aziende Sanitarie 2016

12 nuove adesioni 50 professionisti

31 strutture da VISITARE

7 rinnovo adesione 28 professionisti

11 strutture da VSITARE

**Formazione**  
**TEAM Aziendali**

**7 Aprile 2016**

**100 professionisti**  
**64 strutture da VISITARE**

## **Vi.Si.TA.RE – PROSPETTIVE FUTURE**

DALLE VISITE COME PROGETTO.....ALL'ORDINARIETA' DEI  
GIRI PER LA SICUREZZA

UTILIZZO ABITUALE DELLE BUONE PRATICHE

LETTERATURA DETTAGLIATA IN AUMENTO  
NE CONFERMA LE DIFFICOLTA' E  
CONTEMPORANEAMENTE LE OPPORTUNITA'



## The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages


Sara J Singer,<sup>1,2</sup> Anita L Tucker<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, USA


<sup>2</sup>Department of Medicine, Harvard Medical School, Mongan Institute for Health Policy, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, USA

<sup>3</sup>Brandeis International Business School, Waltham, Massachusetts, USA

### CONCLUSION



It is evident that hospital executives want tangible ways they can make their hospitals safer places for patients. The idea of senior managers walking around and talking to staff has obvious appeal and appears like a simple enough intervention: go talk to staff where they work, listen to what the staff have to say and fix a few problems they point out. However, this simplistic view is misleading. Safety rounds can lead to improved culture, but only when they are implemented authentically and with full commitment and ability to resolve frontline staff's concerns. Half-hearted, insincere or ineffective safety rounds



can backfire, eroding rather than improving safety culture and wasting time at all levels of the organisation. Organisations interested in implementing safety rounds are well advised to develop process improvement capabilities first<sup>71</sup>, or to begin in one or two units, rather than tackling the entire organisation. Senior managers not inclined to invest the time and effort to solicit, really listen and address frontline staff's concerns, may want to focus on other means to improve their organisation's culture. Despite the term 'walk rounds', implementing safety rounds is no walk in the park; but then again, improving organisational culture never is.

pubblicato nel database PaSQ

<http://www.pasq.eu/Wiki/GPDisplayPracticeDetails.aspx?prid=1214>

## 1214 / VI.SI.T.A.RE - Visits in the healthcare organizations of the Emilia Romagna Region about safety, transparency and reliability

ITA  
LY

### Type of Patient Safety Practice

Clinical Risk Management Practice (CRMP)

"Best fit" category of the reported practice

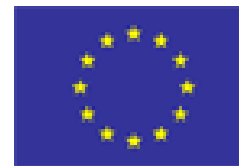
Implementation of Patient Safety initiatives /  
Activities

Patient safety culture / Patient safety climate

Topic of the reported practice

Patient safety system

## PaSQ

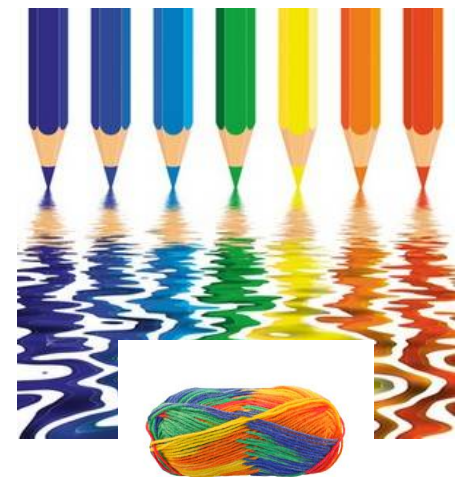


Funded by  
the Health Programme  
of the European Union



## PUNTI DI FORZA

- Riduce la distanza tra livelli organizzativi;
- Momento di ascolto e confronto con i professionisti ;
- Favorisce la comunicazione interdisciplinare;
- Il confronto “in loco” può far emergere criticità non rilevate/non rilevabili;
- Permette di raccogliere riflessioni, idee “spontanee” utili per identificare nuove azioni di miglioramento;
- Verifica della reale applicazione delle raccomandazioni;
- Partecipazione, interesse e collaborazione da parte dei professionisti coinvolti
- Interventi di miglioramento avviati tempestivamente, “spontaneamente” e consolidati nella pratica di UO (es. Incontri periodici con caregiver);
- Emergere criticità latenti
- Miglioramento della cultura della sicurezza



Piccole grandi azioni per la sicurezza delle cure e degli operatori  
Semplici chiarimenti.....  
Soluzioni prêt a porter....  
Soluzioni che non erano applicate per Scarsità di conoscenze.....  
Azioni di miglioramento che richiedono interventi integrati

**Patient Safetywalkround**

**PS narrative based practice**

**L’AFFIDABILITA’ SI COSTRUISCE  
OGNI GIORNO**

