



Dai patient safety walkaround ai gruppi itineranti: l'esperienza della Regione Toscana

Sara Albolino, Giulio Toccafondi



rischio.clinico@regione.toscana.it

<http://www.salute.toscana.it/sst/grc/rischio-clinico.shtml>



Patient safety walkaround: la definizione in letteratura

Un gruppo della direzione sanitaria che include il DS, i professionisti esperti in GRC, Qualità e i responsabili delle strutture e i coordinatori infermieristici, conducono delle visite nelle varie aree specialistiche.

Si affrontano questioni specifiche rispetto ai principali rischi ed eventi avversi caratterizzanti la specifica area e i fattori che il personale ritiene contribuiscano al determinarsi del rischio e degli eventi.

Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26.

I gruppi itineranti della Regione Toscana

Il gruppo itinerante è un gruppo regionale misto composto da esperti esterni e interni all'azienda

Esperti esterni

- uno/due membri del Centro GRC;
- uno/due esperti esterni delle buone pratiche implementate nell'azienda sanitaria oggetto della visita;
- un esperto esterno di gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente;
- un dirigente medico o infermieristico esterno di area clinica
- Un rappresentante dei pazienti

Figure aziendali

- il direttore sanitario aziendale o suo delegato,
- il responsabile aziendale GRC e qualità,
- il direttore e il coordinatore infermieristico di dipartimento/area di intensità di cura
- il direttore sanitario del presidio

Decreto regionale 2303/ 2008 “*Gruppo itinerante per la promozione della sicurezza del paziente*»

Il pool di auditor esperti

ALLEGATO B

Esperti per la costituzione del gruppo itinerante preposto alla valutazione dell'andamento delle attività di gestione del rischio clinico e dell'attestazione delle buone pratiche nelle aziende sanitarie
(ex parere n. 37/2007 seduta del 6 novembre 2007 del Consiglio Sanitario Regionale)

Responsabili della Gestione del Rischio Clinico nelle aziende sanitarie

Rizzini Donatella, Massimo Martelloni, Ivano Cerretini, Giuseppe Pettinà, Massimo Silvestri, Stefano Lelli, Sabina Sanguineti, Luca Scali, Gino Parca, Cinzia Sestini, Sergio Bovenga, Francesco Venneri, Lucilla Di Renzo, Alessandro Grazzini, Gaetano Privitera, Camillo Calfa, Maria Grazia Campanile, Carolina Cuzzoni.

Membri del Comitato Scientifico del Centro GRC (delib. GR N° 50 del 26/01/2004)

Sebastiano Bagnara; Sergio Bovenga; Raffaele Domenici; Luciano Ferri; Luciano Gabbani; Gianfranco Gensini; Claudio Marinai; Massimo Martelloni; Lorian Meini; Oronzo Parlangei; Andrea Rinnovati; Stefania Rodella; Carlo Rinaldo Tomassini; Francesco Venneri.

Professionisti che hanno operato insieme al Centro GRC nella messa a punto e diffusione di buone pratiche ed analisi di eventi sentinella

Marchetti Federica, Pagliazzi Aleandro, Becattini Giovanni, Giani Alessandro, Giordano Giovanni, Gianni Berni, Mariarosaria Di Tommaso, Carlo Buffi, Piero Curiel, Mario Spinelli, Patrizio Caldora, Mauro Rossi, Riccardo Pini, Laura Rasero, Angela Brandi, Luciano Gabbani, Sergio Bovenga, Paolo Zoppi, Domenico Prisco, Daniela Poli, Marco Feri, Cesare Vittori, Gianni Biancofiore, Franco Filippini, Margherita Rinaldi, Francesco Mazzotta, Marcello Caremani, Gian Maria Rossolini, Luciana Pazzagli, Silvano Giorni, Alessandro D'Arpino, Debora Dacomo, Gianmaria Fiorentini, Angela Stefania Ribecco, Luisa Fioretto, Sergio Dell'Acqua, Angela Citeresi, Maria Grazia Barneschi, Elisabetta Magnelli.

Obiettivi del gruppo itinerante

- Confronto e verifica delle attività svolte sulla sicurezza del paziente
- Condivisione delle criticità incontrate nella realizzazione delle attività e individuazione di ipotesi di miglioramento
- Condivisione delle aree di rischio emergenti e individuazione di possibili interventi.
- Coinvolgere le figure di coordinamento in discussioni aperte sulla sicurezza del paziente insieme agli operatori di prima linea in modo da promuovere la diffusione di una cultura della sicurezza.
- **Motivare e coinvolgere il personale di prima linea** nelle attività per la gestione del rischio clinico

Il calendario

Calendario 2010-2011



Azienda	Data	Staff GRC	Esperto CRM	Esperto clinico	Esperto BP	Rappresentante dei pazienti
AOU Careggi	1 Ott. 2010	Riccardo Tartaglia, Michela Tanzini	<u>Pettinà Giuseppe</u>	Marco <u>Scatizzi</u>	Francesco <u>Venneri</u>	Ada <u>Macchiarini</u>
Ospedale Pediatrico Meyer	14 Ott. 2010	Riccardo Tartaglia, Michela Tanzini	Stefano Lelli	Cesare Ponticelli	Angela Brandi	Paola Costantini
Az. USL 10 Firenze	11 nov. 2010	Riccardo Tartaglia, Francesco <u>Ranzani</u>	Massimo Silvestri	(Bruno <u>Alterini</u>)	Daniela Poli	- -
Az. USL 2 Lucca	27 Genn. 2011	Riccardo Tartaglia, Sara <u>Albolino</u>	Sabina Sanguineti	Carlo Dani	Angela Citeresi	Dafne Rossi
Az. USL 3 Pistoia	10 Febb. 2011	Riccardo Tartaglia, Tommaso Bellandi	Gaetano <u>Privitera</u>	Andrea <u>Coratti</u>	Margherita Rinaldi	Campanelli Caterina
Az. USL 4 Prato	24 F ebb. 2011	Riccardo Tartaglia, Michela Tanzini	Laura Brunelli	Angela Ribecco	Ivano Cerretini	Cocci Roberto
Az. USL 9 Grosseto	24 Marzo 2011	Riccardo Tartaglia, Giulio <u>Toccafondi</u>	Serena <u>Verzuri</u>	Adriano <u>Peris</u>	Luciana <u>Pazzagli</u>	<u>Platter Maria</u>
Az. USL 12 Viareggio	20 aprile 2011	Riccardo Tartaglia, Tommaso <u>Bellandi</u>	Massimo Martelloni	Di Tommaso o Citeresi	Angela Brandi	Mario <u>Ghilardi</u> Reg. Liguria Elio <u>Garbarino</u>
AOU Pisa	01 giugno 2011	Riccardo Tartaglia, Sara <u>Albolino</u>	Ismaele Fusco	Elisabetta Magnelli	Luciana <u>Pazzagli</u>	<u>Salvini Franco</u>
AOU Siena	10 giugno 2011 Nuova data	Riccardo Tartaglia, Giulio <u>Toccafondi</u>	Gino Parca	Sonia Toni	Gian Maria Fiorentini	Nuccia Rinaldi
Az. USL 1 Massa Carrara	15 giugno 2011 Nuova data	Riccardo Tartaglia, Tommaso <u>Bellandi</u>	Sabina Sanguineti	Bruno <u>Alterini</u>	Federica Marchetti	Giovanni <u>Nidito</u>
Az. USL 11 Empoli	30 giugno 2011 Nuova data	Riccardo Tartaglia, Sara <u>Albolino</u>	Luciano Gabbani	Alberto <u>Farese</u>	Maria Grazia Barneschi	<u>Matassi Giuliana</u>

I contenuti

Formazione

Buone pratiche

Raccomandazione/ ES

Organizzazione GRC

Clima organizzativo

Standard/indicatori



I contenuti/ ambiti di priorità

	ES/Racc.	BP	Indicatori GRC	Organizzazione
Chirurgia	Check list SO	Check list di percorso	Audit e M&M, sinistri, BP	Attore equivalente
Gine/ Oste	Prevenzione morte materna/ neonato	Distocia/emorragia post partum	Audit e M&M, sinistri, BP	Formazione del personale
Oncologia	Errori nel dosaggio pediatrico	Gestione farmaci antitumorali	Audit e M&M, sinistri, BP	Centralizzazione preparazione
Ortopedia	Contrassegno sito/lato	Utilizzo TAO	Audit e M&M, sinistri, BP	Profilassi pre-operatoria
Terapia	Conservazione Cloruro Potassio	STU	Audit e M&M, sinistri, BP	Integrazione medico-infermiere
Identificazione	Corretto paziente, corretto sito/ lato	Utilizzo del braccialetto	Audit e M&M, sinistri, BP	Centralizzazione anagrafica
Cadute	Prevenzione cadute	Valutazione rischio	Audit e M&M, sinistri, BP	Carico infermieristico

Driver: eventi sentinella

Frankel A, Graydon-Baker E, Neppel C, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26. DGR n. 704 del 08-10-2007

I contenuti

Livello aziendale

- organizzazione aziendale per la gestione del rischio clinico
- formazione aziendale per la gestione del rischio clinico
- buone pratiche ed iniziative specifiche adottate per la promozione della sicurezza del paziente (avvio, monitoraggio e risultati)
- stato di attuazione e mantenimento del sistema di gestione del rischio clinico

Particolare attenzione su efficacia delle misure di prevenzione del rischio adottate a seguito di Eventi Sentinella, audit, RCA, raccomandazioni regionali o nazionali

Livello di dipartimento/ struttura/ area di intensità di cura

- iniziative o buone pratiche promosse e che hanno una rilevanza per la sicurezza del paziente riconosciute a livello aziendale: avvio, monitoraggio e risultati
- specifici rischi che caratterizzano l'area
- possibili soluzioni e/o ipotesi di intervento
- strumenti di gestione del rischio (cartella clinica e consenso informato)
- stato di attuazione e mantenimento del sistema di gestione del rischio clinico

Fattori abilitanti

- Cultura basata sulla volontà di mettersi in discussione e cambiare
- Commitment della Direzione
- Coinvolgimento dei manager di prima linea
- Sistemi di gestione e monitoraggio dei dati
- Processi organizzativi chiari per la valutazione delle ipotesi di miglioramento e la loro realizzazione
- Competenza dei leader nella gestione del patient safety walkround

Frankel A, Graydon-Baker E, Neppel C, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26.

Gli strumenti: linee di indirizzo

I LINEE DI INDIRIZZO PER

LA REALIZZAZIONE DELLA VISITA DEL GRUPPO ITINERANTE (Decreto Regionale N° 2303 del 27 Maggio 2008)

Comunicare la visita

La Direzione dell'azienda sanitaria in cui si realizza la visita comunica ai responsabili di ciascuna struttura coinvolta il giorno e l'orario dell'incontro. I responsabili delle strutture informano l'intero personale.

Nelle comunicazioni relative alla visita, a qualsiasi livello, è fondamentale chiarire che:

- l'obiettivo è di individuare insieme le aree maggiormente critiche dal punto di vista della sicurezza in un'ottica sistemica e di miglioramento organizzativo;
 - le informazioni relative alle singole strutture rimarranno confidenziali;
- la funzione della visita non è ispettiva ma di ascolto per apprendere da chi lavora in prima linea quali sono i problemi quotidiani del contesto specifico

Chi partecipa alla visita

E' richiesta la partecipazione all'incontro dei responsabili medici e infermieristici delle strutture coinvolte. E' importante avere dei colloqui informali anche con il personale in servizio nelle strutture in oggetto al momento della visita.

E' richiesta la partecipazione alla visita all'interno delle strutture non solo del ~~clinical risk~~ manager ma anche dei rappresentanti della Direzione Sanitaria aziendale.

Quali strutture visitare

La letteratura suggerisce che le aree in cui effettuare visite quali quelle in oggetto sono:

Dipartimenti dell'Emergenza
Degenze
Area Chirurgica
Radiologia
Laboratori
Farmacia

Per ciascuna visita è opportuno tra queste selezionare quelle in che risultano maggiormente critiche rispetto ai seguenti criteri:

- aree maggiormente critiche dal punto di vista della gestione del rischio clinico per peculiarità delle attività svolte;
- aree critiche per la cultura della sicurezza che caratterizza gli operatori in esse operanti e per le difficoltà incontrate nella diffusione delle iniziative relative alla promozione della cultura della sicurezza.

Modalità di realizzazione della visita

Per quanto riguarda il momento di condivisione delle attività svolte a livello aziendale l'incontro può essere realizzato in una stanza della direzione sanitaria con i rappresentanti aziendali e il ~~clinical risk~~ manager.

Per quanto riguarda gli incontri all'interno delle singole strutture, questi devono coinvolgere i responsabili delle strutture e alcuni degli operatori in servizio e possono assumere diverse forme quali conversazioni collegiali con responsabili e/o operatori in una stanza all'interno della struttura; conversazioni informali con singoli operatori.

Le questioni da porre

Fermo restando le aree da approfondire durante la visita indicate nel Decreto Regionale N° 2303 del 27 Maggio 2008, ci sono alcune questioni che le esperienze internazionali (IHI, 2004; Department of Health and Human Services, USA) individuano come importanti da porre nel corso delle visite all'interno delle strutture:

- Quali aspetti di questo ambiente lavorativo possono contribuire al verificarsi di eventi avversi?
Es. modalità di ammissione, ricovero, dimissione; comunicazione con altre strutture; tecnologie utilizzate.
- Come possiamo supportarvi per prevenire il verificarsi di eventi avversi?
Es. mettere a disposizione alcune tipologie di informazioni; rapporti fra professionisti e con le altre strutture; risorse tecnologiche.
- Ci sono elementi organizzativi e di sistema che risultano costantemente critici nella vostra pratica quotidiana?
Es. procedure che richiedono molto tempo ma non sono utili, informazioni critiche non disponibili in maniera sufficiente
- Che interventi gestionali potrebbero rendere più sicuro il tuo lavoro
Es. Discussione dei casi critici con i colleghi

Ritorno d'esperienza

E' fondamentale che a conclusione di ogni visita il gruppo restituisca le proprie considerazioni generali alla Direzione Aziendale.

E' inoltre necessario prevedere dei momenti di incontro con le strutture coinvolte nella visita nei quali condividere i risultati elaborati dal gruppo itinerante.

Gli strumenti: griglia di osservazione

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione Rischio Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

Resoconto Visita del gruppo itinerante
Azienda **USL1 Massa-Carrara**
Data 11 febbraio 2009

Inserire logo azienda

RESOCONTO DELLA VISITA DEL GRUPPO ITINERANTE
(Decreto Regionale N° 2303 del 27 Maggio 2008)

Azienda:

Data:

Membri del gruppo itinerante:		
Nome	Cognome	Ruolo

Partecipanti dell'azienda:		
Nome	Cognome	Ruolo

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione Rischio Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

Resoconto Visita del gruppo itinerante
Azienda **USL1 Massa-Carrara**
Data 11 febbraio 2009

Inserire logo azienda

1. Livello di dipartimento/struttura/area di intensità di cura

Dipartimento/struttura/area di intensità di cura visitata:
(indicare presidio, se necessario)

Partecipanti della struttura:		
Nome	Cognome	Ruolo

1.1. Azioni di miglioramento per la sicurezza intraprese

1.2 Buone pratiche e iniziative specifiche

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione Rischio Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

Resoconto Visita del gruppo itinerante
Azienda **USL1 Massa-Carrara**
Data 11 febbraio 2009

Inserire logo azienda

1.3 Sistema GRC		

1.4 Altri strumenti di gestione del rischio (cartella clinica, consenso informato)		

1.5 Considerazioni di sintesi		

Gli output

Relazione finale con piano di miglioramento condivisa con la Direzione Generale



Azienda USL4 Prato – Ospedale Misericordia
Data 24 febbraio 2010
Resoconto Visita del gruppo Itinerante



Considerazioni finali sulla visita del gruppo e della direzione aziendale

Sebbene la partecipazione di dirigenti di struttura e coordinatori delle professioni sanitarie alla visita non sia stata numerosa, gli operatori coinvolti si sono dimostrati molto sensibili al tema della gestione del rischio clinico, nonché lo sviluppo della cultura della sicurezza.

Si rileva l'impegno dedicato all'effettiva implementazione di un sistema di gestione del rischio clinico, con chiarezza di obiettivi, attori e strumenti operativi in armonia con gli indirizzi regionali e nazionali.

L'analisi degli eventi avversi e dei near miss è una pratica in crescita che merita di essere ulteriormente sostenuta e sviluppata.

Si è rilevato una forte necessità di confronto come obiettivo prioritario della visita. Il tempo dedicato alla verifica delle pratiche è stato inferiore rispetto alla discussione iniziale, ma proficuo.

Tra le esigenze rilevate nel corso della visita vanno segnalate queste due priorità:

1. **intensità di cura:** necessità di confronto con altre esperienze, necessità di supporto e formazione per gli operatori, esigenza di mappare i rischi potenziali in questo passaggio;
2. **informatizzazione:** necessità di avere strumenti che facilitino la registrazione delle informazioni e il loro passaggio.

Considerazioni per i progetti futuri

Passaggio dalla promozione della cultura al monitoraggio della capacità di essere resilienti

Creare focus su alcune priorità/ ambiti di applicazione

Coinvolgere nella preparazione e nei feedback le Direzioni

Utilizzare sempre un punto di vista esterno/ le competenze degli auditor

Il punto di vista dei pazienti

Analisi qualitativa da integrare con i dati quantitativi