

8^a Conferenza Nazionale GIMBE

Evidence, Governance, Performance

Bologna, 15 marzo 2013

Safety Walkaround: efficacia delle “passeggiate per la sicurezza” in ostetricia e ginecologia

Maria Vescia

UOC Sicurezza, Prevenzione e Risk Management



BACKGROUND

- Il safety walkaround (SWR) è una tecnica di risk assessment, che prevede visite e interviste strutturate da parte della dirigenza a operatori e dirigenti di U.O. e Servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità
- Il SWR permette:
 - valutazione delle vulnerabilità del sistema
 - adozione di misure preventive e azioni di miglioramento
 - partecipazione attiva dei dirigenti e degli operatori
 - realizzazione di clima favorevole alla cultura della sicurezza



BACKGROUND

- Analisi dei sinistri aziendale
- Analisi del contenzioso della UOC Ginecologia e Ostetricia
- Risarcimenti più onerosi corrisposti per problemi durante il parto: distocia di spalla, asfissia perinatale, morte
- Stima costi del contenzioso: 500.000 - 2.000.000 di euro
- Perdita di fiducia e motivazione dei professionisti



OBIETTIVI

Coinvolgere in maniera diretta e nel loro ambiente di lavoro gli operatori sanitari al fine di:

- 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 di un senso di protagonismo nei confronti della sicurezza
- migliorare la comunicazione e clima organizzativo all'interno della UOC
- rafforzare il principio che la "la sicurezza deve essere un impegno di tutti"



METODI

Fase 1. Costituzione del gruppo di lavoro

- Risk manager
- Ostetrica del territorio
- Facilitatori per il rischio clinico

Fase 2. Formazione degli operatori

- Corsi di formazione
- Distribuzione materiale informativo
- Questionario pre-visita



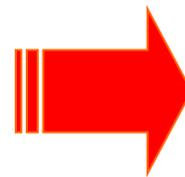
METODI

Fase 3. Safety walkaround

- "Passeggiate per la sicurezza" → 6 giornate
- Interviste a operatori sanitari e pazienti
- Analisi dei dati secondo i fattori di Vincent

Fase 4. Riunione finale

- Restituzione dei dati
- Questionario post-visita



10 medici
16 ostetriche
16 infermieri



METODI

Alcune domande...

- Sei a conoscenza di un errore intercettato che avrebbe potuto generare un danno?
- Nella vostra attività quali sono le aree maggiormente critiche per la sicurezza del paziente?
- Esistono difficoltà nel lavoro di equipe nella tua UOC ?
- Se commetti un errore o lo segnali, sei preoccupato delle possibili conseguenze personali?
- In che modo la comunicazione nella vostra UOC può facilitare o ostacolare la qualità e la sicurezza del paziente?
- Cosa si potrebbe fare per impedire il prossimo evento?



METODI

ANALISI SECONDO IL MODELLO DI VINCENT

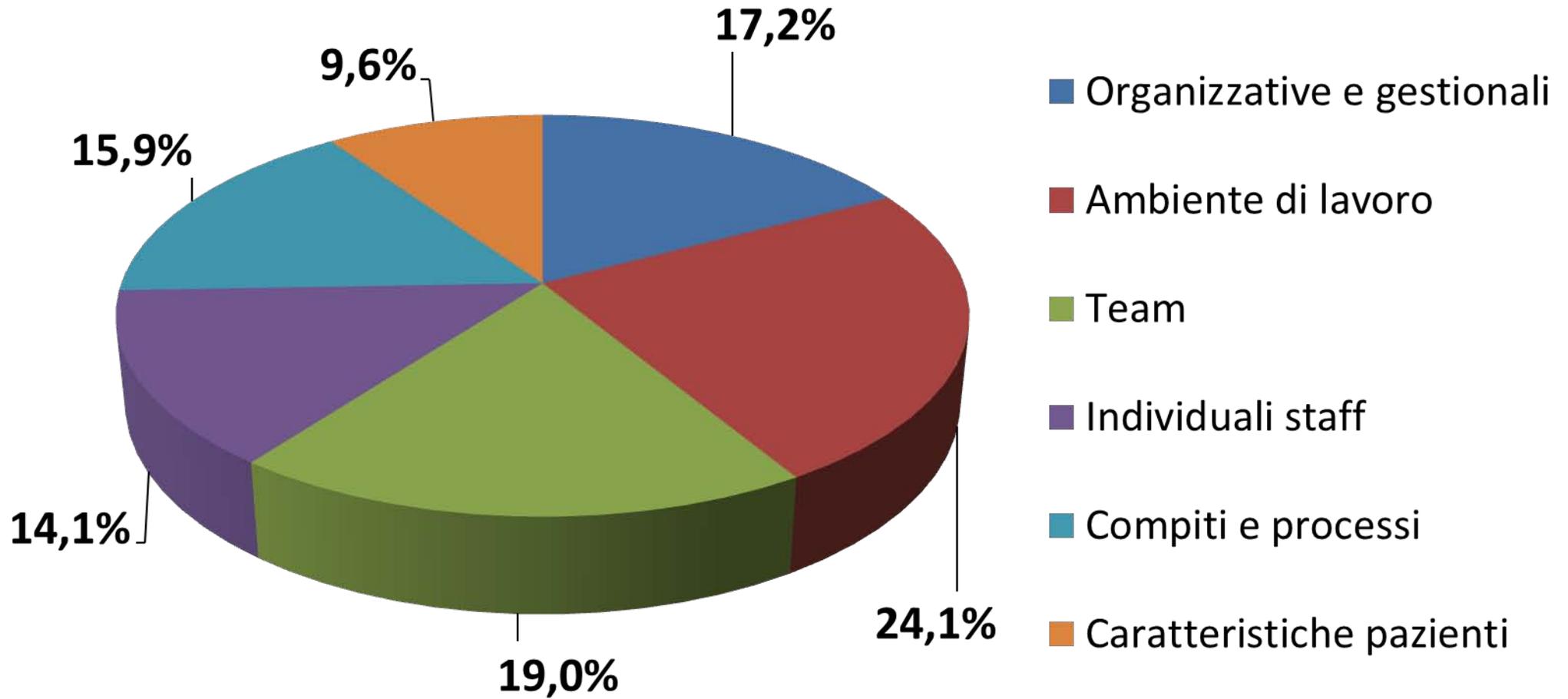
Aggregazione dei dati in base al punteggio di priorità e alla classificazione dei fattori contribuenti per mettere in evidenza i problemi che costituiscono le cause profonde delle vulnerabilità di sistema

- | |
|--------------------------------------|
| 1. Organizzative e gestionali |
| 2. Ambiente di lavoro |
| 3. Team |
| 4. Individuali staff |
| 5. Compiti e processi |
| 6. Caratteristiche pazienti |



RISULTATI

SEGNALATE 622 CRITICITÀ



RISULTATI

1. ORGANIZZATIVE E GESTIONALI

- Poca chiarezza nelle modalità di utilizzo del personale e nell'organizzazione dell'orario
- Mancato riconoscimento della leadership
- Sovrapposizione di attività (guardia, monitoraggi, dimissioni), e conseguente distrazione → alto rischio di errore

2. AMBIENTE DI LAVORO

- Macchinari obsoleti
- Spazi insufficienti e mal gestiti
- Formazione inadeguata di tutto il personale



RISULTATI

3. TEAM

- Paura nel comunicare errori e quasi errori
- Sensazione di abbandono durante l'esecuzione del lavoro
- Assenza di comunicazione tra i diversi ruoli professionali (medici-infermieri-ostetriche) e le diverse linee di attività, (reparto-sala parto-accettazione)
- Assenza di team per la gestione dell'emergenza/urgenza

4. INDIVIDUALI (STAFF)

- Mancata definizione delle competenze
- Clima teso elevato stress lavoro correlato
- Paura dei parti durante la notte per mancanza di personale



RISULTATI

5. COMPITI E PROCESSI

- Mancata condivisione di percorsi, procedure e protocolli

6. CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI

- Pazienti “fragili” spesso con difficoltà linguistiche (straniere)



RISULTATI

CLASSI DI INTERVENTI

1. INTEGRAZIONE TEAM

- Strumenti per una migliorare la comunicazione
- Bonifica del contesto lavorativo

2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

- Gruppi di lavoro per redazione e condivisione procedure e loro applicazione
- Definizione dell'organigramma con declinazione di funzioni e responsabilità
- Definizione delle clinical competence
- Ridefinizione delle attività interne per una riorganizzazione dei turni di reparto e di sala operatoria/parto



RISULTATI

CLASSI DI INTERVENTI

3. MISURE SPECIFICHE PER IL RISCHIO

- Introduzione delle check-list operatorie e di sala parto
- Costituzione team Emergenza Urgenza
- Introduzione del briefing quotidiano per la sicurezza

4. FORMAZIONE

- Addestramento team Emergenza/Urgenza
- Corsi di simulazione
- Corso di formazione sulla comunicazione

5. AMBIENTE E ATTREZZATURE

- Riorganizzazione spazi (es. ambulatorio esterno al reparto)
- Acquisto nuove apparecchiature



LIMITI

- Diffidenza iniziale degli operatori
- Temuta colpevolizzazione dell'errore
- Scarsa fiducia nelle azioni correttive
- Forte dipendenza dalle capacità di coinvolgimento del risk manager



CONCLUSIONI

- Metodo semplice, confidenziale che permette di raccogliere molti elementi e rappresenta un momento di apprendimento e formazione
- Non ha richiesto consulenze o personale aggiuntivo
- Costi della prevenzione nettamente inferiori a quelli dell'emergenza (50.000 vs 2.000.000 euro)
- Sviluppo partecipato tra professionisti e operatori alla creazione di una cultura condivisa della sicurezza
- Aumento delle segnalazioni e partecipazione alle attività di rischio clinico



CONCLUSIONI

- La direzione strategica ha sostenuto il gruppo di lavoro in tutte le fasi del lavoro dalla sua ideazione, realizzazione, sino all'implementazione delle azioni di miglioramento
- Rafforzamento del senso di appartenenza degli operatori alla struttura e del principio che...

«La sicurezza deve essere un impegno di tutti»





GRAZIE a...

Dott.ssa Maddalena Quintili

Dott.ssa Antonella Faiola

Dott. Vincenzo Scotto Di Palumbo

maria.vescia@asl-rme.it

