



organizzare, formare e gestire

# Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)



---

I Safety Walkarounds ed i Significant Event Audit

*I incontro*

# Indice

---

<b>1</b>	<b>Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari</b>
2	Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte
3	I Safety Walkarounds (SWAR - Giri per la sicurezza)
4	Applicazione del questionario SWAR
5	I Significant Event Audit (SEA)
6	Avvio del SEA
7	I prossimi passi

## Ripresa del progetto

---

### Obiettivo del progetto -

Migliorare il sistema di gestione del rischio clinico nell'assistenza dei detenuti negli Istituti penitenziari della Regione Emilia Romagna tramite l'applicazione di strumenti propri del risk management:

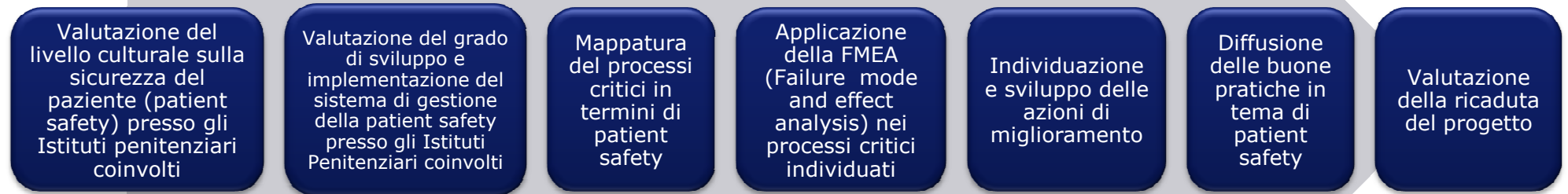
- *Safety Walkarounds,*
- *Significant Event Audit*
- *Incident reporting*

Il progetto prevede il coinvolgimento di 9 aziende USL

**Piacenza, Parma, Reggio, Modena, Bologna, Ferrara, Forlì, Ravenna,  
Rimini**

## Ripresa del progetto

### ➤ **Le fasi del progetto: le attività effettuate (2013)**



### ➤ **Le fasi del progetto: le attività da avviare (2014)**



## Ripresa del progetto

---

### Obiettivi dell'incontro

- Condividere lo stato di applicazione dell'Incident reporting e le azioni di miglioramento avviate
- Presentare e sperimentare il metodo dei Safety Walkarounds
- Presentare i Significant Event audit
- Condividere i prossimi passi

## Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
<b>2</b>	<b>Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte</b>
3	I Safety Walkarounds (SWAR – Giri per la sicurezza)
4	Applicazione del questionario SWAR
5	I Significant Event Audit (SEA)
6	Avvio del SEA
7	I prossimi passi

## Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte

La finalità dell'*Incident Reporting* è quella di raccogliere le segnalazioni su **eventi o quasi eventi (near-miss)** allo scopo di fornire una base di analisi e predisposizione di strategie ed azioni di correzione e miglioramento per prevenirne il ri-accadimento nel futuro.

### FASI



La gestione **dell'Incident Reporting**, può essere vista come un **processo**, avviato dalla raccolta della segnalazione sino alla restituzione dei dati analizzati.

# Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte

## FASI



TIPOLOGIA ACCADIMENTO	LUOGO DELL'EVENTO	Specificare	ANNO	GG/MESE	FASCIA ORARIA	PRESTAZIONE ASSISTENZIALE	DESCRIZIONE DELL'EVENTO	COME SI POTEVA PREVENIRE L'EVENTO?	Fattori legati al paziente (Ri)		
									generali precarie/limità/ infermità	ente/ scarsamente orientato	ancata autonomia
Caduta											
Evento auto etero aggressivo											
Inesatta identificazione pz/paz											
Malfunzionamento o inadegu											
Mancata/ritardata /errata/inad											
Ritardata/inadeguata/manca											
Complicità clinica non prev											
Infezione											

### Tipologia di accadimenti segnalati - globale



La tipologia di accadimento che ha registrato il maggior numero di segnalazioni è la caduta (16 segnalazioni su 62), seguita dalla Inadeguata/errata dispensazione faramaci (12 segnalazioni su 62)



## Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte

### Lavoro di gruppo 1

#### Obiettivo

Verificare l'applicazione dell'Incident reporting presso le Strutture

#### Modalità di sviluppo

- Ogni Struttura presenta:
  - ✓ Le modalità di attivazione dello strumento e le schede di Incident reporting raccolte
  - ✓ Eventuali criticità riscontrate
  - ✓ Le azioni di miglioramento attivate
  - ✓ I risultati ottenuti ed i prossimi passi

#### Tempo

15 minuti per Struttura

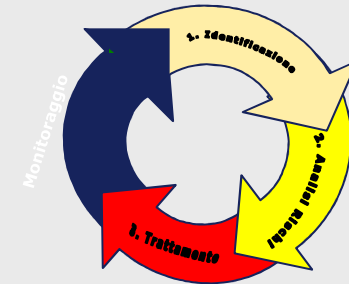
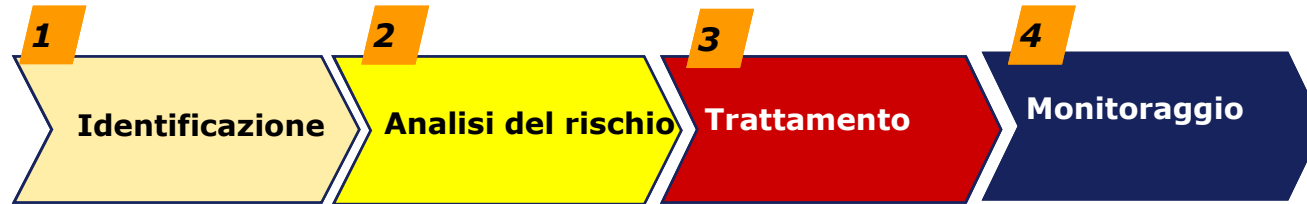
## Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte
<b>3</b>	<b>I Safety Walkarounds (SWAR – Giri per la sicurezza)</b>
4	Applicazione del questionario SWAR
5	I Significant Event Audit (SEA)
6	Avvio del SEA
7	I prossimi passi

# I Patient Safety Walkarounds (SWAR)

## FASI



## STRUMENTI

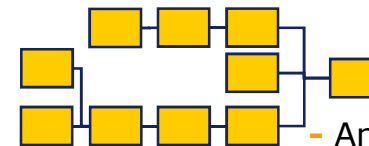
- Scheda di segnalazione: Incident Reporting / Eventi sentinella



- Registrazione delle segnalazioni e costituzione di un database (Reclami e Contenziosi)



- Farmacovigilanza



- Analisi dei dati e classificazione delle cause (RCA)

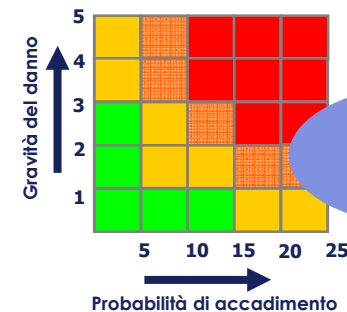
- Revisione ed analisi delle Cartelle Cliniche

Strumenti retrospettivi

- Analisi delle SDO

FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)

- **Patient safety walkrounds**



Strumento prospettico

## I Patient Safety Walkarounds (SWAR)

<b>STRUMENTI</b>	<b>FASI</b>				<b>Cogente o Volontario</b>		<b>Prospettico o Retrospettivo</b>	
	<b>Identificazione</b>	<b>Analisi</b>	<b>Trattamento</b>	<b>Monitoraggio</b>	<b>Cogente</b>	<b>Volontario</b>	<b>Prospettico</b>	<b>Retrospettivo</b>
Segnalazione degli eventi	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Analisi cartelle cliniche	✓					✓		✓
Root Cause Analysis (RCA)		✓			✓	✓		✓
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Analisi dei contenziosi e dei sinistri	✓					✓		✓
<b>Safety walkrounds</b>	✓	✓	✓			✓		✓



### Patient Safety Walkarounds

#### ➡ Cos'è?

Tecnica di risk assessment nata negli Stati Uniti , che prevede **visite ed interviste strutturate** da parte di esponenti della dirigenza o da parte di altri operatori sanitari con mandato della dirigenza, presso le unità operative o servizi al fine di **identificare** con il personale i **problemi legati alla sicurezza dei pazienti** (eventi avversi o situazioni di criticità)



### Patient Safety Walkarounds

#### ➔ Finalità

Il SWAR consente la **valutazione delle vulnerabilità del sistema** e l'adozione, anche in tempi brevi, di misure preventive e, nello stesso tempo, favorisce il **reciproco impegno** degli operatori e dei dirigenti nell'attuare **miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza del paziente.**

La cultura della sicurezza del paziente rientra in un più ampio cambio culturale che prevede un rapporto aperto e diretto tra i vari operatori ed un clima di integrazione e collaborazione.



### Patient Safety Walkarounds

#### ➔ Obiettivi

I principali obiettivi del SWAR sono i seguenti:

- identificare situazioni di rischio e vulnerabilità di sistema;
- individuare ed adottare misure correttive per aumentare la sicurezza del paziente partendo dalla classificazione delle risposte ottenute;
- monitorare l'implementazione delle suddette misure;
- incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.



### Patient Safety Walkarounds

#### ➡ Modalità

- Le interviste sono effettuate con l'ausilio di questionari dedicati che guidino la raccolta delle segnalazioni
- Il SWAR deve essere pianificato anticipatamente; i soggetti che saranno coinvolti nelle interviste devono essere informati delle finalità e modalità di esecuzione del SWAR e deve essere comunicata con anticipo la data di esecuzione dello stesso
- Le interviste possono essere strutturate in gruppi multi-professionali di soggetti attivi nella unità operativa o servizio: dirigenti medici, infermieri, OSS o altri operatori scelti in relazione alla tipologia di unità operativa. *In realtà ospedaliera si suggerisce di intervistare separatamente il coordinatore infermieristico ed il direttore di struttura.*





### Patient Safety Walkarounds

#### ➔ Modalità

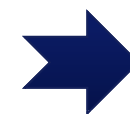
- Le interviste dovrebbero durare al massimo un'ora, durante la quale il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni
- La raccolta deve essere anonima ed i problemi che emergono vengono inseriti in un database che consenta una elaborazione: durante le interviste si raccolgono opinioni, lamentele, segnalazioni di eventi e commenti in grande numero, tante informazioni che ad un primo esame appaiono molto disperse e dispersive. Di qui la necessità di "riordinare" questa massa di informazioni in aree di cause e fattori contribuenti. Sarebbe auspicabile riuscire anche a classificare l'evento/criticità in ordine alla frequenza di accadimento ed alla gravità del potenziale danno per definire le priorità di intervento
- Deve essere sempre previsto un feedback agli operatori sugli esiti del SWR



## Patient Safety Walkarounds

### ➡ Risultati

Criticità	Frequenza
Errato dosaggio di fisiologica con cui fare la diluizione per un problema di programma del computer	1
Errore di anagrafica sull'etichetta del paziente	4
Errore di anagrafica sullo schema di terapia	1
Errore di diluizione chemioterapico	1
Errore di dosaggio chemioterapico	2
Errore di prescrizione del chemioterapico	2
Errore di somministrazione di insulina a fine turno	1
Errore di etichettatura dello schema di terapia	2



Area  
prioritaria



Intervento  
(Azioni di  
miglioramento)



### Patient Safety Walkarounds

#### ➡ Aree di attenzione per ottenere un buon risultato

- Deve essere garantita la confidenzialità delle informazioni. I dati sono raccolti in forma anonima ed elaborati statisticamente
- Deve essere fornito un feedback ai partecipanti per fare emergere l'importanza di quanto da loro segnalato
- Lo strumento dovrebbe essere ufficialmente riconosciuto dalla Dirigenza e riproposto periodicamente (almeno 1 volta all'anno)





### Patient Safety Walkarounds

#### ➡ Vantaggi

- Metodo che consente una rapida identificazione dei rischi
- Metodo a basso costo
- Non richiede un elevato impegno temporale del personale
- Favorisce lo sviluppo tra gli operatori di una cultura della sicurezza, coinvolgendoli nella individuazione delle aree di miglioramento



### Patient Safety Walkarounds

#### ➡ Esempio di questionario – parte 1

- *Sono presenti iniziative di miglioramento in tema di patient safety?*
- *C'è qualcosa che a suo avviso si può fare per migliorare la patient safety? (elencare le ipotesi)*
- *Quanto da 1 a 5 su ogni iniziativa è fattibile, secondo Lei, trovare delle soluzioni? (per le ipotesi invitare a dare un punteggio da 1 a 5 con 1 non assolutamente fattibile e 5 fattibile da nel breve termine)*
- *Si ricorda una situazione in cui si è evitato all'utente un danno che altrimenti sarebbe accaduto? (descrivere in sintesi l'accaduto)*
- *Come si è evitato l'accadimento? (sintesi azioni correttive)*
- *L'evento è stato segnalato? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No*



### Patient Safety Walkarounds

#### ➡ Esempio di questionario – parte 1

- *Se No, quali sono gli ostacoli che ne hanno impedito la segnalazione?*

*Fattori ostacolanti (dare un punteggio da 1 a 5 con 1=nulla e 5=moltissimo)*

*Struttura Organizzativa/Ambiente e Attrezzatura/Comunicazione Interna/  
Risorse Umane/Protocolli-Procedure/Utente*

- *Si è ricevuto un feedback a seguito della segnalazione?*

\_\_\_\_\_ *Si* \_\_\_\_\_ *No*

## Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte
3	I Safety Walkarounds (SWAR – Giri per la sicurezza)
<b>4</b>	<b>Applicazione del questionario SWAR</b>
5	I Significant Event Audit (SEA)
6	Avvio del SEA
7	I prossimi passi

## Applicazione del questionario SWAR

---

### Lavoro di gruppo 2

#### Obiettivo

Sperimentare l'applicazione degli SWAR

#### Modalità di sviluppo

- Ogni Struttura individua due intervistatori,
- I restanti membri vengono divisi in due gruppi e ogni intervistatore effettua le domande presenti nel questionario
- Le Strutture presentano quanto emerso dalle interviste

#### Tempo

60 minuti



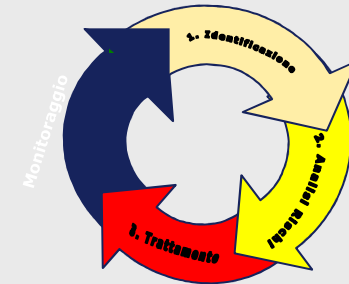
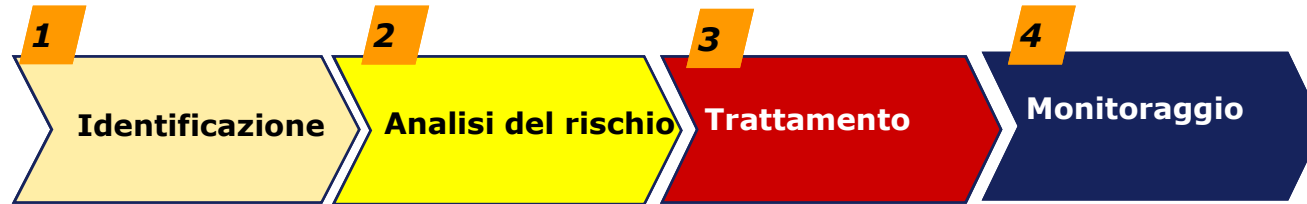
## Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte
3	I Safety Walkarounds (SWAR – Giri per la sicurezza)
4	Applicazione del questionario SWAR
<b>5</b>	<b>I Significant Event Audit (SEA)</b>
6	Avvio del SEA
7	I prossimi passi

# I Significant Event Audit (SEA)

## FASI



## STRUMENTI

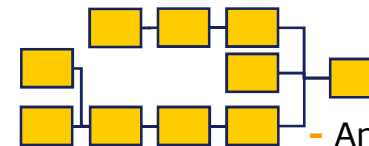
- Scheda di segnalazione: Incident Reporting / Eventi sentinella



- Registrazione delle segnalazioni e costituzione di un database (Reclami e Contenziosi)



- Farmacovigilanza



- Analisi dei dati e classificazione delle cause (RCA)

- Revisione ed analisi delle Cartelle Cliniche

Strumenti retrospettivi

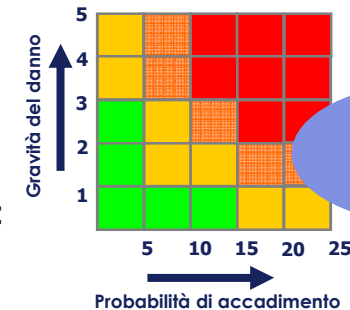
- Analisi delle SDO

FMEA



- Patient safety walkrounds

I Significant Event Audit (SEA)



Strumento prospettico

## I Significant Event Audit (SEA)

<b>STRUMENTI</b>	<b>FASI</b>				<b>Cogente o Volontario</b>		<b>Prospettico o Retrospettivo</b>	
	<b>Identificazione</b>	<b>Analisi</b>	<b>Trattamento</b>	<b>Monitoraggio</b>	<b>Cogente</b>	<b>Volontario</b>	<b>Prospettico</b>	<b>Retrospettivo</b>
Segnalazione degli eventi	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Analisi cartelle cliniche	✓					✓		✓
Root Cause Analysis (RCA)		✓			✓	✓		✓
Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Analisi dei contenziosi e dei sinistri	✓					✓		✓
Safety walkrounds	✓	✓	✓			✓		✓
<b>I Significant Event Audit (SEA)</b>	✓	✓	✓	✓		✓		✓



### Significant Event Audit

#### ➡ Cos'è?

E' un metodo non quantitativo («attività di riflessione tra pari», fonte Ministero della Salute, L'audit clinico, Maggio 2011) che consente di **analizzare eventi significativi di bassa o moderata severità** al fine di individuare aree di miglioramento

Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, near miss, eventi avversi) è indirizzato alla individuazione di comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci e ad evidenziare, anche in momenti di grandi difficoltà, esempi di buone pratiche.



### Significant Event Audit

#### ➔ Finalità

- Identificare nei singoli casi le azioni che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito (utili o dannose)
- Promuovere una cultura della trasparenza finalizzata all'apprendimento piuttosto che alla colpevolizzazione o all'autocritica
- Favorire la costruzione del gruppo ed il sostegno dopo episodi di stress
- Individuare le buone prassi e le pratiche non ottimali
- Sostenere lo sviluppo professionale identificando le esigenze di apprendimento del gruppo e dei singoli
- Coinvolgere i vari professionisti che operano nei diversi settori correlati all'evento avverso



### Significant Event Audit

#### ➡ Obiettivi

Individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri tramite un processo di analisi sistematica e dettagliata della qualità delle cure, dando risposta a tre domande:

- a) In che modo le cose potevano andare diversamente?*
- b) Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?*
- c) Che cosa deve cambiare?*



### Significant Event Audit

#### ➡ Modalità

- Il SEA si sviluppa con un ristretto numero di persone che devono creare un clima di reciproco supporto, favorevole all'apprendimento; il metodo deve essere, in ogni caso, rigoroso e sistematico e facilitante il cambiamento ed il suo mantenimento nel tempo.
- Solitamente prevede incontri regolari, mensili o quindicinali, tra un team di operatori, per discutere i casi significativi. In alternativa è possibile effettuare il SEA immediatamente dopo un evento significativo

# I Significant Event Audit (SEA)



## Significant Event Audit



Fasi	Attività	
1	Scelta dell'evento significativo	Analisi degli eventi e dei quasi eventi (es. fonti: Incident Reporting, SWAR, ecc.) con selezione dei casi in relazione a criteri predefiniti (es. rilevanza clinica, gravità, interdisciplinarietà dell'evento, ecc.).
2	Raccolta delle informazioni	Raccogliere tutte le informazioni disponibili sull'evento o quasi evento. La raccolta delle informazioni, a seconda dei casi, può essere sviluppata attraverso la ricostruzione cronologica, con interviste e/o analisi della documentazione clinica.
3	Costituzione del gruppo di lavoro	La dimensione del gruppo deve essere adeguata rispetto alla discussione tenendo presente che generalmente l'efficacia dei gruppi più numerosi potrebbe risultare inferiore rispetto a quella dei piccoli gruppi. Per ogni SEA deve essere individuato un referente/ facilitatore. La durata di una discussione può variare, ma sono generalmente necessari almeno 60 minuti. Gli incontri dovrebbero essere verbalizzati.
4	Analisi dell'evento	L'analisi dell'evento può essere sviluppata attraverso la definizione dei fattori causali/contribuenti (Cosa è successo? Perché è successo? Cosa abbiamo imparato? Quali sono le azioni da intraprendere). L'esito dell'analisi, sviluppata con il gruppo di lavoro, porta all'identificazione delle criticità e quindi le relative azioni di miglioramento che devono essere pianificate ed attuate.
5	Attuazione del cambiamento e monitoraggio	Le azioni individuate devono essere implementate ed ogni azione deve essere coordinata e monitorata da un referente per valutare l'effettiva attuazione del cambiamento e la sua efficacia.
6	Condivisione delle conoscenze	Il risultato ed il cambiamento generato attraverso lo sviluppo del SEA è utile venga diffuso a tutti i livelli dell'organizzazione affinché tutti possano apprendere dall'esperienza, acquisire fiducia e mantenere i risultati nel tempo.



# I Significant Event Audit (SEA)



## Significant Event Audit

Fasi	Attività
1 Scelta dell'evento significativo	Analisi degli eventi e dei quasi eventi (es. fonti: Incident Reporting, <b>SWAR</b> , ecc.) con selezione dei casi in relazione a criteri predefiniti (es. rilevanza clinica, gravità, interdisciplinarietà dell'evento, ecc.).

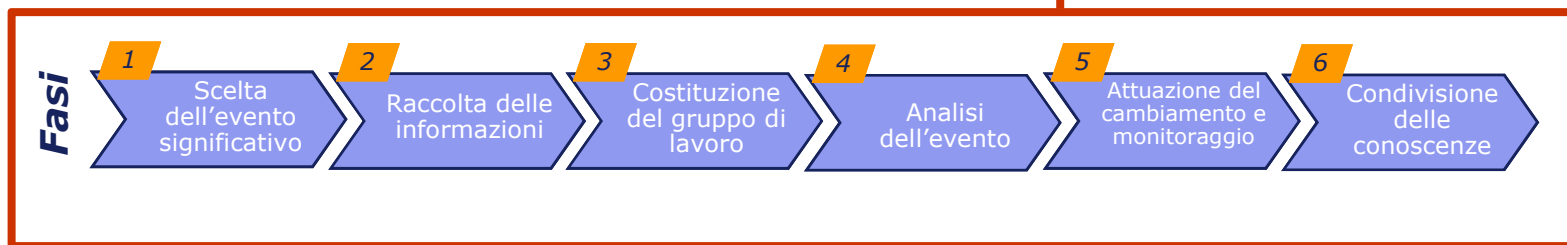
### ESITI SWAR

Criticità	Frequenza
Errato dosaggio di fisiologica con cui fare la diluizione per un problema di programma del computer	1
Errore di anagrafica sull'etichetta del paziente	4
Errore di anagrafica sullo schema di terapia	1
Errore di diluizione chemioterapico	1
Errore di dosaggio chemioterapico	2
Errore di prescrizione del chemioterapico	2
Errore di somministrazione di insulina a fine turno	1
Errore di etichettatura dello schema di terapia	2



Area prioritaria

### FASI SEA



# I Significant Event Audit (SEA)



## Significant Event Audit

Fasi	Attività
1 Scelta dell'evento significativo	Analisi degli eventi e dei quasi eventi (es. fonti: <b>Incident Reporting</b> , SWAR, ecc.) con selezione dei casi in relazione a criteri predefiniti (es. rilevanza clinica, gravità, interdisciplinarietà dell'evento, ecc.).

### FASI INCIDENT REPORTING



### FASI SEA





## Significant Event Audit

*Esempio report SEA*

Report Analisi Evento Significativo	
Breve descrizione dell'evento:	Che cosa abbiamo imparato dall'evento:
Incontro di discussione del:	
Presenti alla Discussione:	
Esone Partecipanti Identificati:	
Problemi Identificati:	
Azioni Emesse:	
È stato completato un Incident Reporting <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cambiamenti Attuati:	
Verificati in data:	
Da:	



### Significant Event Audit

#### ➡ Vantaggi

- Il SEA racchiude in un'unica attività diversi aspetti che svolgono un ruolo fondamentale nel miglioramento della qualità delle cure:
  - ❖ attività multi-professionale;
  - ❖ gli eventi o i quasi eventi possono essere discussi in un ambiente che pone l'accento sul miglioramento del sistema;
  - ❖ quanto appreso nel corso del SEA può essere condiviso sia all'interno del gruppo sia con gli altri professionisti, nel rispetto della confidenzialità;
  - ❖ facilita l'apprendimento, individuale e del gruppo, rappresentando una modalità di formazione continua.

## Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte
3	I Safety Walkarounds (SWAR – Giri per la sicurezza)
4	Applicazione del questionario SWAR
5	I Significant Event Audit (SEA)
<b>6</b>	<b>Avvio del SEA</b>
7	I prossimi passi

## Avvio del SEA

### Lavoro di gruppo 3

#### Obiettivo

Avviare un SEA su un evento significativo

#### Modalità di sviluppo

Ogni Struttura:

- a) individua i criteri sulla base dei quali individuerà l'evento sui cui applicare il SEA (rilevanza clinica, gravità, interdisciplinarietà dell'evento, ecc.)
- b) Individua l'evento dalle segnalazioni di IR raccolte
- c) Elenca le informazioni che intende raccogliere (quali informazioni e da quali fonti) relativamente all'evento

Ogni Struttura presenta quanto individuato

#### Tempo

60 minuti

## Indice

---

1	Ripresa del progetto Gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari
2	Ripresa dell'Incident reporting e stato dell'arte
3	I Safety Walkrounds (SWAR – Giri per la sicurezza)
4	Applicazione del questionario SWAR
5	I Significant Event Audit (SEA)
6	Avvio del SEA
<b>7</b>	<b>I prossimi passi</b>

## I prossimi passi

---

### Cosa fare per il prossimo incontro

- Raccogliere le informazioni
- Costituire il gruppo di lavoro
- Avviare l'analisi dell'evento al fine di disporre per il prossimo incontro di tutte le informazioni utili per impostare le azioni di miglioramento.

Per il prossimo incontro portare quanto sviluppato in sede e un PC per struttura

