

*Se non vi è coinvolgimento delle persone,
non può esserci un sistema di qualità*

Lloyd Dobens

Introduzione

La promozione della sicurezza del paziente richiede un approccio di sistema e l'adozione di metodi e strumenti diversificati, in relazione agli scopi specifici, al contesto socioculturale ed organizzativo, allo stato di avanzamento della cultura della sicurezza. Un aspetto fondamentale è che tutti i soggetti del sistema vengano direttamente coinvolti e possano interagire in forma sinergica. Negli ultimi anni è andata crescendo la consapevolezza della necessità di coinvolgere i pazienti e le loro famiglie (Poletti¹) e la dirigenza (Øvretveit², Botwinick³); nel 2000 Leape⁴ enfatizzò infatti che "il cambiamento necessita del sostegno della dirigenza". La campagna "5 milioni di vite salvate" promossa dall'Institute for Healthcare Improvement di Boston (USA) comprende una sola strategia non clinica che riguarda la partecipazione e piena assunzione di responsabilità della direzione strategica nella gestione del rischio clinico. Un metodo che consente la concretizzazione del principio del coinvolgimento di tutti, ma che ha anche dimostrato di essere efficace per l'identificazione dei rischi e degli eventi avversi e per la conseguente adozione da parte di tutti di misure di contenimento e prevenzione, è il Safety Walkaround⁵, ossia l'effettuazione di 'giri' per la sicurezza.

Metodo

Il Safety Walkaround (SWR) si realizza con l'effettuazione, da parte di un gruppo dirigenziale, di una visita, percorrendo insieme (giro) agli operatori i corridoi e le stanze delle unità operative. Durante tale giro il gruppo avvia una conversazione, con una o più interviste a soggetti (pazienti, operatori, volontari) singoli o in gruppo, finalizzata ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti. Durante tale giro tutti sono protagonisti, perché concorrono a identificare i rischi ma

The screenshot shows the IHI.org website interface. At the top, there is a navigation bar with the IHI.org logo, the text "A resource from the Institute for Healthcare Improvement", and links for "Log In/Register", "Contact Us", and "Site Map". A search bar is located on the right side. Below the navigation bar, there is a breadcrumb trail: "Home > Programs > Campaign". The main content area is divided into two columns. The left column contains a "Programs" menu with items like "Improvement Map", "Campaign", "Conferences & Seminars", "IHI Open School", "IMPACT Leadership", "Collaboratives", "Professional Development", "Audio & Web Programs", "Strategic Initiatives", "Past Programs", "Topics", "Community", "Workspace", "Results", "Products", and "About Us". The right column features a large banner for the "5 Million lives" campaign with the text "PROTECTING 5 Million lives FROM HARM" and "SOME IS NOT A NUMBER. SOON IS NOT A TIME.". Below the banner, there are tabs for "Home", "Overview", "Materials", "Progress", "Participants", "FAQs", and "Schedule". The main content area includes a section titled "LET'S MAKE HARM HISTORY!" with a sub-header "The 5 Million Lives Campaign was a voluntary initiative to protect patients from five million incidents of medical harm over the next two years (December 2006 – December 2008).". Below this, there is a quote: "In memory of David R. Calkins, MD, MPP (May 27, 1948 – April 7, 2006) -- physician, teacher, colleague, and friend". At the bottom, there is a "CAMPAIGN HIGHLIGHTS:" section with the text "Thank you for your invaluable contributions to the 5 Million Lives Campaign! On December 10 at IHI's Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care, IHI President and CEO Don Berwick reflected on the progress that so many of you have made over the past two years and described the IHI Improvement Map, an initiative to help hospitals make sense of countless requirements and focus on high-leverage changes to transform care."

anche ad individuare misure da adottare per ridurli o eliminarli, e successivamente sono impegnati anche direttamente a portare avanti alcune di queste misure, mentre altre, da introdurre a livello di sistema, vengono intraprese ai livelli superiori.

Questo metodo consente di confrontarsi e reciprocamente formarsi, sia durante i giri che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante l'implementazione delle azioni. La possibilità di 'esserci' ed esprimere le proprie opinioni sviluppa il senso di appartenenza all'istituzione e stimola il protagonismo di ciascuno nella stessa. Nel contempo consente il propagarsi della cultura delle responsabilità, ossia della consapevolezza da parte di tutti che la sicurezza del paziente non può che essere il risultato di un impegno condiviso a tutti i livelli ed in tutte le fasi. Come suggeriscono Frankel e colleghi⁶ "Il movimento per la sicurezza dei pazienti cerca di sviluppare una cultura in cui ciascun individuo, sia che riceva o che fornisca cura, si preoccupi della sicurezza, sia in grado di valutare il proprio ambiente rispetto ai rischi e sia incoraggiato e premiato ad introdurre i cambiamenti necessari". Fondamentale a tal fine è la garanzia che la trasparenza e la condivisione possano essere realizzate soltanto in un clima di fiducia e non colpevolizzazione. Il SWR ha quindi molteplici vantaggi,

immediati nel momento in cui consente di identificare rischi ed agire rispetto agli stessi, ma anche di formazione di tutte le persone coinvolte e di sviluppo della cultura istituzionale della sicurezza del paziente.

Modelli e applicazioni

Nel 2000 Frankel (citato) sviluppò i WalkRounds⁷ come strumento per collegare la dirigenza alla promozione della sicurezza del paziente ed inculcare le idee sulla sicurezza nel sistema sanitario. Egli postulò che le informazioni acquisite durante i WalkRounds, se analizzate opportunamente, avrebbero potuto essere utilizzate per introdurre cambiamenti per la sicurezza creando un circolo di informazione-analisi-azione-feedback. Tale circolo avrebbe quindi potuto autoalimentarsi coinvolgendo la dirigenza, educando i clinici e i manager, per portare al miglioramento continuo. Gli obiettivi a suo avviso erano quelli di:

1. aumentare la consapevolezza dei clinici sui problemi di sicurezza;
2. porre la sicurezza tra le priorità della dirigenza;
3. educare il personale sui concetti della sicurezza, quali la segnalazione non punitiva;
4. ottenere dallo staff informazioni sui problemi di sicurezza su cui agire. Il metodo deve essere portato avanti come revisione tra pari ed i risultati riportati ad un comitato di pari.

Nel 2004 Frankel pubblicò una linea guida per i WalkRounds⁸, in cui illustrò come procedere nell'applicazione del metodo, fornì una lista di domande da utilizzare ed introdusse anche alcuni indicatori per misurare l'efficacia dello strumento. Le domande da formulare nelle unità cliniche, precedute da una breve introduzione in cui vengono rassicurati i partecipanti circa la confidenzialità dei dati forniti, sono le seguenti:

- *Ricorda qualche evento che nei giorni scorsi abbia prolungato la degenza di qualche paziente?*
- *Ci sono stati quasi eventi che hanno quasi causato danno ai pazienti?*
- *Ci sono stati negli ultimi tempi incidenti in cui un paziente ha subito danni?*
- *Quali elementi dell'ambiente potrebbero causare danni ad un prossimo paziente?*

- *Possiamo fare qualcosa per evitare un prossimo evento avverso?*
- *Può indicare un modo in cui il sistema o il suo servizio le hanno creato problemi in modo rilevante?*
- *Quale specifico intervento della direzione potrebbe rendere il lavoro più sicuro per il paziente?*
- *Cosa potrebbe rendere più efficaci i WalkRounds?*
- *Come stiamo promuovendo una cultura non punitiva e lavorando su una politica di segnalazione non punitiva?*

In conclusione si comunica che i dati verranno elaborati e si chiede di riferire a due colleghi quanto discusso.

Gli indicatori proposti per la valutazione del metodo sono i seguenti:

1. risposte all'indagine sulla cultura della sicurezza da parte del personale e dei manager (indicatore di processo);
2. numero di errori segnalati mensilmente nel sistema volontario di segnalazione (indicatore di esito);
3. numero di cambiamenti per la sicurezza introdotti dai manager annualmente;
4. percentuale di modifiche in tutti i dati di monitoraggio del sistema (ad esempio, infezioni).

Oltre al modello sviluppato da Frankel (citato), sono state messe a punto diverse revisioni nelle diverse istituzioni, in relazione alle specifiche esigenze.

Nel 2006 negli Stati Uniti d'America la Kaiser Permanente ha vinto il premio per l'innovazione della National Patient Safety Foundation per aver introdotto il SWR nel proprio sistema, sostenendo che tale metodo aiuta a promuovere la cultura della sicurezza e aumenta la consapevolezza dei dirigenti e degli operatori nei confronti di tale problematica. Graham⁹ enfatizza l'importanza di specificare tutti i passaggi del processo e del coinvolgimento delle persone prima di procedere all'introduzione del metodo, suggerendo inoltre di sperimentarlo in un'area prima di estenderlo a tutta l'istituzione. Un altro aspetto estremamente importante è quello della preparazione dei dirigenti, innanzi tutto rispetto al significato di tale attività e quindi all'utilizzo della metodologia.

Il SWR deve promuovere la 'cultura delle responsabilità', dell'imparare dall'errore, necessaria per impegnarsi nella gestione del rischio clinico.

Le domande utilizzate frequentemente alla Kaiser Permanente sono le seguenti:

- *Vi sono stati eventi negli ultimi giorni che hanno comportato dei danni per i pazienti?*
- *Conosce 'eventi mancati', accaduti nei giorni scorsi, che stavano per causare danni ai pazienti?*
- *Quali elementi presenti nell'ambiente potrebbero portare ad un prossimo evento avverso?*
- *Cosa pensa si potrebbe fare nella sua unità operativa sistematicamente per migliorare la sicurezza?*
- *Quando fa un errore, lo segnala sempre?*
- *Se fa o segnala un errore, è preoccupato per le conseguenze?*
- *Sa cosa succede con le informazioni che segnala?*

Nella sede di San Diego (Feitelberg¹⁰) vengono aggiunte le seguenti domande:

- *Sa cosa accade con le informazioni che fornisce?*
- *È consapevole di partecipare attivamente alla promozione di una 'cultura delle responsabilità' (senza sanzione)?*
- *Ha discusso problemi di sicurezza con i suoi pazienti o con i loro famigliari?*
- *Le viene in mente una situazione in cui ha evitato al paziente un danno che altrimenti sarebbe accaduto?*
- *Che cosa potrebbero fare i dirigenti per rendere il suo lavoro più sicuro?*
- *Come si potrebbero migliorare i SWR?*

All'Hamilton Health Sciences in Canada il SWR è stato introdotto nel 2006 ed esteso a tutti i servizi, e quindi non solo alle unità operative cliniche, perché "la sicurezza del paziente è responsabilità di tutti" (Zimmerman¹¹).

Nel 2007 in quella istituzione è stata effettuata un'indagine presso il personale per conoscere la sua opinione circa l'utilità del SWR ed ottenere suggerimenti per migliorarne l'impiego. Il 93% dei rispondenti ne evidenziò l'utilità per lo sviluppo della cultura della sicurezza. I miglioramenti suggeriti hanno riguardato:

- a. l'esigenza di programmare con largo anticipo il giro, in modo da organizzare il lavoro;
- b. di fornire le domande per iscritto;
- c. la necessità di fornire un feedback sulle iniziative intraprese a seguito di quanto emerso dai giri, utilizzando molteplici strumenti comunicativi: bollettini, tabelloni, riunioni, e-mail;
- d. semplificare al massimo il rapporto sul SWR;
- e. chiarezza sulla responsabilità del miglioramento da introdurre per la risoluzione dei problemi evidenziati

quando questo riguarda tutta l'organizzazione e richiede quindi un approccio di sistema.

Dai suggerimenti sono emerse le quattro domande che vengono utilizzate:

- *una domanda generale su una iniziativa in corso o un problema di lavoro o sicurezza rilevante nello specifico momento nell'organizzazione. Tale domanda ha lo scopo di rompere il ghiaccio;*
- *una domanda aperta su quali problemi relativi alla sicurezza del paziente sono stati rilevati nella settimana precedente;*
- *una domanda scelta dall'unità operativa. Per facilitare questa scelta viene fornito un elenco di cento domande formulate sulla base della letteratura e dai gruppi di stakeholder;*
- *la domanda conclusiva chiede a ciascuno come contribuirà a risolvere le problematiche discusse durante il giro.*

Presso il Trust di Tayside in Scozia vengono utilizzate le seguenti domande (O'Connor¹²):

- *È stato in grado di prendersi cura dei propri pazienti nel modo più sicuro possibile? Se no, perché?*
- *Le sovviene qualche evento che nei giorni scorsi abbia portato ad un prolungamento della degenza del paziente?*
- *Potrebbe fornire uno scenario o esempio di un evento avverso con danno per il paziente?*
- *Cosa potrebbe fare questa unità operativa sistematicamente per migliorare la sicurezza?*
- *Quale azione della direzione potrebbe rendere il lavoro più sicuro per il paziente?*



- *Potrebbe fornire qualche esempio di buona pratica locale per migliorare la sicurezza del paziente che riterrebbe utile trasferire a tutta l'organizzazione?*

Organizzazione

Le diverse organizzazioni hanno elaborato una propria strategia di SWR, in relazione alla specifica cultura organizzativa ed ai rapporti tra i diversi livelli aziendali. In relazione ai diversi aspetti organizzativi da considerare per l'effettuazione del SWR, si richiamano nel seguito alcuni esempi.

Progettazione e comunicazione

Molte settimane prima del giro a Tayside viene inviato al dipartimento/unità operativa un foglio informativo, da diffondere a tutto il personale ed ai pazienti, che spiega gli scopi e le modalità di effettuazione del giro stesso. La visita viene comunicata almeno una settimana prima.

Al Brigham and Women's Hospital di Boston (Franklin et al, 2003, citato) ventiquattro ore prima viene contattato il coordinatore dell'unità operativa e gli si chiede di discutere in modo informale, con l'équipe, le domande che verranno affrontate.

Al momento dell'arrivo del gruppo del WalkRounds in reparto si chiede al coordinatore di trovare due infermieri, oltre ad altri operatori disponibili ed il medico responsabile.

Componenti del gruppo che effettua il giro

Nel Trust Tayside (citato) i membri del gruppo sono almeno un componente della direzione strategica ed un rappresentante dei pazienti, oltre che il personale di dipartimento/unità operativa (un infermiere, un medico, un ausiliario, un paziente) e un addetto alla registrazione delle informazioni che vengono raccolte; si possono aggiungere il direttore amministrativo, quello infermieristico, il responsabile della sicurezza del paziente.

Alla Kaiser Permanente San Diego Service Area il gruppo è composto da due dirigenti della direzione, un responsabile della sicurezza del paziente ed una persona che registra; nelle unità operative viene chiesto a tutti di partecipare e di attenersi esclusivamente a problemi di rischio clinico.

Al Brigham and Women's Hospital di Boston partecipano al gruppo un membro della direzione strategica, il responsabile

per la sicurezza ed un alto dirigente del dipartimento qualità/sicurezza, il farmacista ed un assistente di ricerca.

Frequenza e durata del SWR

A Tayside ogni settimana viene visitata un'unità operativa per una durata di trenta minuti. Alla Kaiser Permanente ogni unità operativa viene visitata almeno una volta all'anno. Al Brigham and Women's Hospital di Boston la durata dell'incontro è di circa un'ora.

Raccolta dei dati

Un aspetto molto importante del SWR riguarda la raccolta dei dati, in termini di modalità e di strumenti da utilizzare durante il giro ed il database per la loro archiviazione ed elaborazione.

All'Hamilton Health Sciences i campi del database comprendono: la data del SWR, i problemi emersi, il numero delle unità in cui tale problema viene segnalato, l'argomento e le relative specificazioni, la gravità dell'impatto per la sicurezza del paziente, la probabilità di accadimento, l'impatto accertato/rischio, l'impatto sulle risorse, le azioni correttive, la data del rapporto sulla situazione, lo stato della risoluzione del problema, il tempo previsto per l'impegno di miglioramento, gli ostacoli alla risoluzione del problema.

A Tayside non viene registrato il nome di chi partecipa, per evitare qualunque remora all'espressione di problemi ed opinioni; prima di chiudere il giro vengono concordate le tre azioni prioritarie da intraprendere ed un responsabile della loro messa in atto.

Alla Kaiser Permanente i dati vengono registrati, inseriti in un database, analizzati ed affrontati utilizzando le categorie di Vincent¹³:

1. fattori organizzativi e gestionali;
2. ambiente operativo;
3. gruppo di lavoro;
4. fattori individuali dell'operatore;
5. caratteristiche del paziente.

L'analisi dei dati riguarda il tipo di evento/fattore, la gravità (esito effettivo o potenziale per il paziente) e la numerosità delle segnalazioni per lo specifico elemento. L'elaborazione di tali fattori fornisce un indice utilizzato per definire le priorità di azione. Successivamente nel database vengono registrate anche le azioni intraprese in relazione ai singoli fattori e la risoluzione dei problemi.

Misure di prevenzione e miglioramento della sicurezza

Le informazioni raccolte durante i giri vengono elaborate (entro 48 ore a Tayside) e incluse nel rapporto mensile sui giri per la sicurezza, che viene diffuso ed inviato alla direzione strategica, che ogni trimestre discute le misure da introdurre a livello di sistema, mentre i direttori, clinici e no, discutono quanto emerso nelle riunioni settimanali; il messaggio veicolato è che “La sicurezza deve essere un impegno di tutti”. Il SWR consente di identificare misure di prevenzione da introdurre. Ovviamente vanno identificate con riferimento alla specifica realtà. Sembra tuttavia utile riportare qualche esempio. Nel Trust scozzese su citato sono stati introdotti in un paio d’anni ben cinquecento miglioramenti, sia generali di sistema che specifici di singola unità operativa, tra cui O’Connor (citata) ricorda:

- introduzione del briefing (brevissima riunione per la sicurezza) quotidiano;
- cambiamenti nell’ambiente, ad esempio ulteriori prese ed illuminazione;
- diffusione degli strumenti per una migliore comunicazione;
- avvio di una struttura per la fornitura temporanea delle attrezzature per la infusione venosa;
- revisione e riorganizzazione della stanza medicazione in pediatria;
- revisione del sistema di distribuzione dei farmaci;
- diffusione delle misure per la sicurezza;
- miglioramento della consegna-trasferimento delle informazioni sul paziente;
- misure per una sicura identificazione del paziente.

Alla Kaiser Permanente dopo sei mesi dal giro è stato inviato un questionario agli operatori, che hanno quindi contribuito a capire meglio i risultati della elaborazione dei dati. Tra le misure adottate a seguito del SWR si citano:

- per le attrezzature, ad esempio, l’aumento delle bombole di ossigeno, delle carrozzine e delle cinghie per i tavoli operatori, la riparazione delle apparecchiature ad ultrasuoni in ostetricia e dei freni ai letti in tutto l’ospedale;
- per quanto riguarda i processi, introduzione di un protocollo

per il passaggio delle consegne e di uno per il posizionamento dei sondini nasogastrici;

- la creazione del servizio di ascensore e per il trasporto dei pazienti in carrozzina;
- a livello della struttura ambientale sono state ampliate le porte di accesso alla radiologia e il deposito in dialisi.

Al Brigham and Women’s Hospital di Boston, ad esempio:

- sono state installate porte elettroniche nell’unità di terapia intensiva cardiologica;
- è stato avviato un programma di orientamento della farmacia per gli infermieri;
- è stato acquistato un sollevatore per i pazienti obesi;
- è stato rivisto il trasporto dei neonati;
- sono stati analizzati i ritardi nei risultati degli esami di laboratorio;
- è stata inserita in intranet la reperibilità dei medici.



Efficacia dei giri e suoi requisiti

Nell’arco di venti mesi a Tayside gli eventi avversi ed i quasi eventi segnalati sono aumentati del 15%, segno di un diverso approccio alla problematica. Tutti gli operatori sono inoltre coinvolti nel portare avanti misure per il miglioramento.

A Hamilton il 93% degli operatori ha dichiarato che il metodo ha consentito di aumentare la consapevolezza sui problemi della sicurezza e la tranquillità nella segnalazione.

Alla Kaiser Permanente più dell’85% degli operatori è giunto alla medesima conclusione, sottolineando che molte azioni di miglioramento sono state intraprese proprio a seguito del SWR (alla fine del 2005 erano stati identificati 181 problemi, l’84% dei quali successivamente risolti), il 91% discute delle problematiche nell’unità operativa, il 73% afferma che le azioni preventive intraprese sono scaturite da quanto emerso durante i giri; analogamente la direzione strategica ha affermato di aver imparato molto e nell’86% dei casi di aver adottato strategie proprio con riferimento alle informazioni acquisite tramite questo metodo. Graham (citata) suggerisce di introdurre i giri in tutti i turni

di lavoro e di introdurre anche un'indagine sul personale prima del giro, in modo che la dirigenza possa essere maggiormente a conoscenza dei problemi percepiti dal personale.

Al Brigham and Women's Hospital di Boston (Frankel et al 2003, citato) oltre all'indagine presso il personale (effettuata due settimane dopo la visita) trimestralmente viene chiesto ai dirigenti cosa hanno appreso dal giro. Tra i molti elementi è emerso che la partecipazione ai giri consente di meglio comprendere l'impatto delle decisioni assunte nel processo di budget sulla quotidianità. Le conclusioni dei ricercatori evidenziano come tuttavia i giri non siano sufficienti e debbano essere anche assicurati al personale una adeguata formazione nella gestione del rischio clinico, una dirigenza preparata e consapevole del proprio ruolo, ma anche una adeguata struttura di supporto. Nell'elaborazione dei dati relativa a 233 WalkRounds condotti nell'arco di ventotto mesi, Frankel et al¹⁴ riscontrano come la natura dei problemi segnalati riguardi nel 30% dei casi le attrezzature, nel 13% la comunicazione, nel 7% i farmaci e nel 6% il personale. Evidenziano l'importanza del database, del background e delle caratteristiche di chi conduce il giro ed in particolare della sua capacità di ascoltare. Concludono che il metodo è efficace per coinvolgere i clinici, identificare i rischi e sostenere la cultura della sicurezza.

Thomas et al¹⁵ evidenziano come il SWR abbia un'influenza positiva sulla cultura della sicurezza, rilevata dalla somministrazione di un questionario a due gruppi di infermieri prima e dopo i giri in 23 unità operative. Tale impatto è stato riscontrato anche in uno studio successivo di Frankel et al¹⁶ in uno studio prima-dopo; le voci del questionario somministrato al personale che hanno riscontrato un maggior cambiamento riguardano il fatto di sentirsi incoraggiati dai colleghi a segnalare rischi e problemi relativi alla sicurezza, conoscere a chi indirizzare quesiti in questo ambito, apprendere dagli errori degli altri e discutere con gli altri degli errori che avvengono nella propria unità operativa. Budrevics e O'Neill¹⁷ hanno descritto gli ostacoli che hanno incontrato nella effettuazione del SWR, che variano dalla difficoltà di coordinare la disponibilità dei partecipanti al giro alla scelta del momento più idoneo per le unità operative, e sono giunti pertanto a programmare la visita dai tre ai sei mesi prima. Altre difficoltà riguardano il flusso comunicativo, il coinvolgimento delle persone giuste, l'utilizzo del database per registrare le informazioni e quindi elaborarle ed utilizzarle. Le autrici evidenziano inoltre che in una prima fase il

personale si concentra su problemi ambientali ed organizzativi gestiti da altri livelli organizzativi che incidono sulla loro operatività, per pervenire in un momento successivo alla riflessione sulle proprie scelte e pratiche. Particolarmente importante per il successo del giro è la fiducia tra membri del gruppo che effettua la visita ed il personale, che non sempre è immediata.

Le raccomandazioni a cui le autrici pervengono sono:

1. disporre di una politica organizzativa per la sicurezza del paziente che espliciti il sostegno che l'organizzazione fornisce a tutti i livelli al personale in tale ambito;
2. ribadire continuamente la confidenzialità dei dati forniti;
3. stabilire un calendario di visite e mantenerle perché se cancellate potrebbero essere percepite come non importanti;
4. coinvolgere i dirigenti ed operatori di unità operative prima e dopo in modo da farli sentire parte attiva del sistema;
5. predisporre un database coerente con le specificità della organizzazione e strategie comunicative per identificare le priorità ed i cambiamenti da introdurre;
6. rendere visibile tale processo;
7. iniziare con alcune unità operative e quindi estendere le visite a tutte.

Conclusioni

Come descritto nell'articolo, a livello internazionale il SWR è ormai ampiamente utilizzato e ha dimostrato di essere efficace nello sviluppo di una cultura della sicurezza, oltre che di contribuire all'identificazione dei rischi, degli eventi avversi ed all'adozione di strategie di miglioramento a tutti i livelli dell'organizzazione. Sebbene nel nostro Paese l'applicazione di tale metodologia sia ancora agli inizi, va considerato che può contare sull'abitudine di alcuni dirigenti di 'fare il giro' delle unità operative per conoscere di persona i problemi. L'auspicio è che il SWR venga introdotto sia in ospedale che nei servizi territoriali.

Si tratta quindi di progettare l'impiego: organizzare le visite in forma strutturata e sistematica, applicando una metodologia rigorosa, che comprenda la preparazione, i giri nelle unità operative, la raccolta ed elaborazione dei dati, l'analisi e definizione delle priorità, l'identificazione delle strategie di miglioramento, la loro implementazione e la



successiva verifica. Vanno inoltre identificati gli indicatori da utilizzare per verificare i risultati del metodo ma anche dell'impatto del suo utilizzo sulla organizzazione, nonché strumenti di monitoraggio dei cambiamenti nella cultura della sicurezza e di accertamento degli atteggiamenti nei confronti di tale approccio da parte del personale e dei dirigenti. I principi su cui esso si basa e cioè l'esigenza di coinvolgere e rendere protagonista ciascuna persona nell'organizzazione, favorendo la conoscenza reciproca, il confronto e lo scambio sia nelle fasi di analisi che di cambiamento, sembrano tuttavia essere presupposti importanti per assicurarne un positivo accoglimento ed il successo in termini di soddisfazione degli operatori e maggiore sicurezza per il paziente.

Piera Poletti

CEREF - Centro Ricerca e Formazione, Padova
Membro direttivo della Società Italiana
per la Qualità Sanitaria (SIQuAS)

NOTE

1. Poletti P
Clinical governance e coinvolgimento del paziente
Clinical governance 2005, 36-41
2. Øvretveit J
The leader's role in quality and safety improvement: a review of research and guidance
Stockholm, Karolinska Institute Medical Management Center and The Swedish Association of County Councils (Lanstingsforbundet), 2004
3. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C
Leadership guide to patient safety. IHI Innovation, Series white paper
Cambridge (MA), Institute for Healthcare Improvement, 2006
4. Leape LL et al
Reducing adverse drug events: lessons from a breakthrough series collaborative
Jt Comm J Qual Improv 2000; 26: 321-331
5. Si trova anche Safety walkround
6. Frankel A et al
Patient safety leadership walkrounds
Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26
7. L'autore pose il copyright sul suo metodo per evitarne l'utilizzo senza autorizzazione
8. Frankel A
Patient safety leadership walkrounds
IHI, Boston
9. Graham S et al
Patient safety executive walkarounds. In: Advances in patient safety: from research to implementation
Rockdale (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, 2005
10. Feitelberg SF
Patient safety executive walkarounds
The Permanente Journal 2006; 10 (2): 29-36
11. Zimmerman R et al
An evaluation of patient safety leadership walkarounds
Healthcare quarterly 2008; 11 (special issue): 16-20
12. O'Connor P
How patient safety walkarounds help to put safety first in healthcare delivery
Healthcare risk report 2007; 4: 18-19
13. Vincent CA e Bark P
Accident investigation: discovering why things go wrong
In: Vincent C (ed), Clinical risk management. London, BMJ Publishing Group, 1995, pp 391-410
14. Frankel A et al
Patient safety leadership walkarounds at partners health
Jt Comm J Qual Patient Saf 2005; 31 (8): 423-437
15. Thomas EJ et al
The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units
BMC Health Services Research 2005, 5: 28
16. Frankel A et al
Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership walkarounds on frontline caregiver assessments of patient safety
Health Serv Res 2008; 43 (6): 2050-2066
17. Budrevics G, O'Neill C
Changing a culture with patient safety walkarounds
Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.) 2005; 8 (special issue): 20-25