



PROCEDURA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITÀ	VERS. 2 10/02/2026	Pag.1 di 29
-----------	---	-----------------------	-------------

SAFETY WALK ROUND

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
VERS. 1 01.10.2022	UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità Dirigente Medico <i>Dott. Enrico Pilia</i>	Responsabile F.O. Qualità Risk e Management <i>Dott. Roberto Masiero</i>	Responsabile Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dr.ssa Azzurra Rizzo</i>	2 Anni
VERS. 2 10/02/2026	Responsabile F.O. Qualità Risk e Management <i>Dott. Roberto Masiero</i>	Direttore Sostituto UOC Professioni Sanitarie Reti Ospedaliera <i>Dott. Silvano Di Mauro</i>	<i>Dr.ssa Azzurra Rizzo</i>	

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale		Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X				
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni	
	X			X	

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4. OBIETTIVI	5
5. RIFERIMENTI NORMATIVI	5
6. ABBREVIAZIONI	6
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	7
7. MODALITÀ OPERATIVE	8
8.1 <i>Fasi di applicazione del metodo.....</i>	9
8.2 <i>Composizione dell'équipe</i>	11
8.3 <i>Soggetti intervistati.....</i>	11
8.4 <i>Organizzazione del Giro.....</i>	12
8.5 <i>Durata del giro e modalità di effettuazione dell'intervista</i>	14
8.6 <i>Contenuti</i>	15
8.7 <i>Costruzione del Database.....</i>	16
8.8 <i>I requisiti per l'applicazione del metodo.....</i>	22
8. VERIFICA DI PROCESSO.....	23
9. DIAGRAMMA DI FLUSSO	25
BIBLIOGRAFIA	27
Allegato 1: Dépliant Informativo SWR ASL Latina	29
Allegato 2: Check list domande	30

1. PREMESSA

Il tema del rischio clinico si pone come argomento di rilevante attualità che interessa vari settori della sanità ed ha un forte impatto sociale. Pertanto, è indispensabile approfondire ed analizzare quest'aspetto dell'assistenza sanitaria. È necessario inoltre conoscere la prevalenza e le cause del rischio clinico, la formulazione d'indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la gestione e riduzione dei problemi.

Il Safety Walk Round (SWR) è una tecnica di risk assessment, che prevede visite ed interviste strutturate da parte di esponenti della UOC Rischio Clinico agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità. Le interviste sono finalizzate a identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti e le misure che, secondo i diversi stakeholder, possono essere utilmente introdotte per prevenire l'accadimento e garantire la sicurezza del paziente.

2. SCOPO

Il SWR consente la valutazione della vulnerabilità del sistema e l'adozione 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:

- il SWR permette di raccogliere le criticità organizzative individuando le priorità di intervento;
- il SWR è una componente importante per la sicurezza e aiuta a facilitare il miglioramento della sicurezza e della qualità;
- il SWR migliora l'atteggiamento del singolo operatore;
- il SWR favorisce lo sviluppo della segnalazione nell'ambito di una cultura delle responsabilità.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il SWR può essere utilizzato in tutte le UU.OO ospedaliere e territoriali dell'AUSL di Latina per implementare il processo di crescita e di sicurezza clinica mediante la formazione e la sensibilizzazione del personale sanitario.

4. OBIETTIVI

I principali obiettivi del SWR sono:

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

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge Gelli 24/2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita.
- Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Ministero della Salute. Gennaio 2012

6. ABBREVIAZIONI

DUO	Direzione Unità Operativa
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
UOGR	Unità Operativa Gestione del Rischio
PZ	Paziente
UU.OO	Unità Operative
UOC	Unità Operativa Complessa
CPSI	Infermiere
CPSE	Coordinatore
UVMO	Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

FUNZIONE → ATTIVITÀ ↓	RISK MANAGER	STAFF RISK MANAGER	Facilitatori Rischio clinico	ArOp Qualità	DMO	DUO	CPSI	CPSE
Programma giri di sicurezza	R	C	C	C	I	C	I	I
Piano singolo giro sicurezza	A	R	C	I	I	A	I	I
Interviste	I	R	C	I	I	I	C	C
Report (problemi assistenziali, fattori contribuenti, azioni di miglioramento)	A	R	C	I	I	I	I	C
Pianificazione azioni miglioramento	R	C	I	C	C	R	I	I
Attuazione piani di miglioramento	I	I	C	C	C	R	C	C
Valutazione piano miglioramento	I	C	I	I	C	R	I	

R: Responsabile C: Coinvolto A: Approvazione I: Informato

7. MODALITÀ OPERATIVE

Il SWR è una visita che un gruppo di professionisti effettua presso un'unità operativa nel corso della quale, affiancato da personale della stessa, percorre corridoi e stanze, intervista alcune delle persone incontrate (dirigenti, operatori, pazienti, famigliari, volontari) e raccoglie informazioni su condizioni ritenute dagli intervistati fattori di rischio.



Durante la visita il gruppo può riscontrare di persona alcune situazioni critiche e la sua presenza viene di solito percepita e vissuta dagli operatori come una manifestazione di partecipazione alle problematiche e soprattutto di condivisione dei problemi. Nel corso del Giro, inoltre, possono essere già identificate e discusse possibili misure da assumere per il miglioramento della sicurezza del paziente e degli operatori.



8.1 Fasi di applicazione del metodo

Il metodo si articola in diverse fasi:

- a) progettazione della tipologia di SWR che si vuole organizzare: scelta dei membri del team, delle unità da visitare e delle persone da coinvolgere, predisposizione delle domande da porre, della struttura del database per la raccolta dei risultati e delle modalità di gestione di questi, delle informazioni preliminari da fornire, anche attraverso uno specifico foglio informativo da distribuire alle unità operative al fine di spiegare lo scopo e il metodo;
- b) organizzazione della visita: scelta della data e dell'ora;
- c) realizzazione del giro: durante il giro l'équipe intervista varie persone (dirigenti, operatori, pazienti, volontari) singolarmente o in gruppo, al fine di identificare insieme i fattori di rischio, attuali o potenziali che possono condurre ad eventi avversi e individuare misure da adottare per la loro riduzione o eliminazione. Le interviste vengono effettuate avvalendosi della

lista di domande predisposte nella fase a). Le domande sono uno stimolo all'apertura e alla discussione e qualsiasi ulteriore elemento offerto dagli intervistati su problemi di sicurezza, se rilevante, va accolto;

- d) raccolta dei fattori di rischio: individuati i fattori di rischio, vanno registrati in un database e successivamente analizzati al fine di trovare le migliori strategie di prevenzione. Per facilitare l'analisi viene utilizzato un modello, predisposto dalla struttura, costruito in base ad una classificazione dei fattori di rischio;
- e) scelta delle priorità per l'azione preventiva: dopo l'analisi si definiscono le priorità per l'azione preventiva a livello di unità operativa oppure a livello di direzione strategica di struttura se si tratta di misure trasversali o che comportano un impegno notevole di risorse;
- f) costruzione di un progetto d'intervento e implementazione delle misure preventive;
- g) si suggerisce di far precedere l'introduzione del SWR da una rilevazione del



livello di cultura della sicurezza presso il personale da confrontare successivamente all'applicazione del metodo; inoltre è utile che il Giro venga ripetuto almeno una volta all'anno.

8.2 Composizione dell'équipe

L'équipe che effettua il giro è composta da un massimo di quattro persone e può includere: un componente della direzione strategica, il clinical risk manager, il direttore di dipartimento, un rappresentante dei pazienti e, nel caso di unità amministrative, è opportuna la partecipazione del direttore amministrativo. Va inoltre prevista la



presenza di un segretario per la registrazione delle informazioni che vengono raccolte.



8.3 Soggetti intervistati

La letteratura riporta varie esperienze rispetto al numero di persone da intervistare:

- 4 o 5 operatori in gruppo (Levati et al, 2009),
- da 8 a 10 (Campbell & Thompson, 2007),
- 5 (Graham et al, 2005).

Sulla base dell'esperienza acquisita in questo progetto, si propone che, durante ogni SWR, venga intervistato un gruppo multiprofessionale composto da almeno 4-5 soggetti attivi nella unità operativa: dirigenti medici, infermieri, OSS o altri operatori scelti in relazione alla tipologia di unità operativa. Si suggerisce di intervistare separatamente il coordinatore infermieristico ed il direttore di struttura. È opportuno garantire la confidenzialità di quanto raccolto nel SWR e, pertanto, nel rapporto redatto a seguito delle interviste non devono essere riportati i nomi dei partecipanti al SWR, a meno che essi esplicitamente non lo desiderino. I seguenti riferimenti bibliografici confermano l'opportunità della riservatezza.

- 1) Non viene registrato il nome dell'operatore partecipante al SWR per evitare qualunque remora all'espressione di problemi ed opinioni (O' Connor, 2007).
- 2) Tutte le informazioni raccolte nel SWR sono confidenziali e nessuno specifico commento verrà attribuito ad alcuno senza averne prima acquisito l'autorizzazione. Le informazioni raccolte tuttavia verranno condivise con i colleghi nell'ottica della “*no blame culture*” e per imparare quanto appreso (Cavanagh & Hulme 2009).

8.4 Organizzazione del Giro

La data della visita deve essere comunicata alle unità operative almeno una settimana prima e l'orario deve essere scelto compatibilmente con le attività dell'unità operativa, in modo da non creare disagio o essere d'ostacolo.

È utile, inoltre, che nel dipartimento/unità operativa venga distribuito al personale (la prima volta), ai volontari e ai pazienti un foglio informativo che spieghi gli scopi e le modalità di effettuazione del giro, in modo che vi sia una conoscenza corretta e condivisa sulle modalità e sullo scopo del SWR.

Si propone:

- precedentemente alla prima effettuazione del SWR, di spiegare, eventualmente in un incontro finalizzato, ai direttori di dipartimento e delle unità operative ed ai coordinatori infermieristici le finalità ed i vantaggi, per la unità operativa stessa e per la struttura in generale, di questa tecnica, fornendo il materiale informativo sulle modalità di esecuzione e chiarendo la tempistica del ritorno dei dati;
- di distribuire nel dipartimento/ unità operativa un foglio informativo sugli scopi e le modalità di effettuazione del SWR a tutti gli operatori;
- di concordare, in anticipo di almeno una settimana, la data e l'orario della visita per non interferire con l'attività clinica degli operatori;
- di fornire riferimenti nel caso gli interessati desiderino avere ulteriori informazioni sul SWR e la sua realizzazione.

I contenuti del depliant informativo riguardano:

- le finalità della tecnica: essa è tesa al miglioramento dei processi organizzativi, al fine di garantire la sicurezza del paziente;
- gli obiettivi: le interviste mirano a raccogliere informazioni sulle vulnerabilità del sistema che mettono a rischio il paziente e ad individuare possibili ambiti di miglioramento;
- la partecipazione: essa deve essere volontaria, sia da parte dei dirigenti medici che del personale infermieristico e di comparto;
- l'esecuzione del metodo: modalità e tempistica di esecuzione delle interviste;
- i risultati: le informazioni raccolte vengono elaborate in forma statistica e, pertanto, non possono consentire l'associazione alle persone che le hanno fornite;
- il feed-back: i dati raccolti sono elaborati ed il documento finale è un report che viene fornito alle unità operative affinché sia possibile formulare ed introdurre azioni di miglioramento;

- i riferimenti bibliografici: la bibliografia essenziale deve illustrare i vantaggi del metodo sia per l'unità operativa che per gli operatori e per la struttura sanitaria in generale.

Nell'allegato 1 si riporta un esempio di depliant informativo.

8.5 Durata del giro e modalità di effettuazione dell'intervista

La durata del Giro in un'unità operativa è di circa un'ora. In base alla tipologia di persona, l'intervista viene fatta nella sede più idonea ossia presso il letto se si tratta di un paziente, in una saletta se si tratta di un volontario, in uno studio, o in un ambulatorio



nel caso di personale sanitario. Le informazioni possono essere fornite dal personale anche mentre percorre insieme all'équipe del Giro l'unità operativa (talvolta è utile che le spiegazioni vengano fornite sul posto in modo da facilitare il riscontro).

È molto importante che l'intervista venga effettuata in un clima sereno e di condivisione, pertanto, è necessario che l'équipe del SWR si presenti, chiarisca lo

scopo del giro e assicuri agli intervistati la confidenzialità delle informazioni, spiegando che queste non potranno essere ricondotte alla persona che le ha fornite in quanto utilizzate in forma aggregata. È opportuno, inoltre, che il gruppo specifichi agli intervistati che la modalità a domande aperte permette ampia libertà di esprimere opinioni. Si consiglia, infine, di non essere pressanti ma di concedere alle persone il tempo necessario per riflettere prima di fornire le risposte.

All'arrivo nelle unità operative è inoltre necessario:



- chiedere di disporre di un locale nella unità operativa, in cui poter effettuare i colloqui/interviste con gli operatori e gli altri soggetti senza interruzioni (i primi intervistati potranno essere il dirigente ed il coordinatore, sentiti distintamente dal resto dell'equipe);
- chiedere ai presenti di spegnere i telefoni cellulari personali;
- accertarsi che le persone siano sedute comodamente;
- chiedere se gli operatori hanno letto il depliant e se hanno qualche quesito da porre nel merito;
- richiamare alcuni concetti del rischio clinico (es. definizione di sicurezza del paziente, errore, near miss, evento avverso);
- iniziare con domande generali che creino un clima positivo di fiducia;
- rassicurare circa l'elaborazione solo statistica dei dati e chiarire che il rapporto specifico verrà discusso all'interno della équipe.

8.6 Contenuti

Il SWR consente di raccogliere informazioni relativamente alle seguenti variabili:

- situazioni e fattori di rischio o la gravità dell'impatto per la sicurezza del paziente o la probabilità di accadimento di eventi a essi connessi;
- condizioni ambientali a sostegno della sicurezza e ostacoli;
- ruoli e responsabilità rispetto alla sicurezza;
- eventi avversi ed eventi avversi evitati;

- misure adottate nell'organizzazione per la sicurezza del paziente;
- proposte di misure e strategie a livello di sistema/ di dipartimento/ di UO;
- livello d'impegno per la sicurezza dei singoli, del gruppo di UO/dipartimento;
- livello d'impegno per la sicurezza della Direzione e sua percezione da parte del personale.

Le variabili precedenti possono essere influenzate da ulteriori variabili quali: caratteristiche del contesto: storia dell'organizzazione, politiche aziendali, struttura, ruoli e responsabilità, processi produttivi ed organizzativi

8.7 Costruzione del Database

È opportuno che le criticità evidenziate durante il SWR siano inserite in un database e classificate sulla base dei fattori causali e contribuenti, utilizzando il modello di Vincent, riportato nel lavoro di Frankel del 2003 (vedi tab 1). Sarebbe auspicabile riuscire anche a classificare l'evento/criticità in ordine alla frequenza di accadimento ed alla gravità del potenziale danno per definire una priorità di intervento. L'aggregazione dei dati in base al punteggio di priorità ed alla classificazione dei fattori contribuenti permette di mettere in evidenza i problemi che costituiscono le cause profonde delle vulnerabilità di sistema evidenziate.

Per la costruzione del database è importante la scelta della tipologia di categorizzazione da utilizzare. Vengono proposte tre possibilità:

1. Categorie di Vincent (*cfr. Tabella1*):

Fattori organizzativi e gestionali;

Ambiente operativo;

Gruppo di lavoro;

Fattori individuali dell'operatore;

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.

Tab 1 Fattori contribuenti che influenzano la pratica clinica di Vincent

Fattori organizzativi e gestionali	Ambiente di lavoro	Team di lavoro
Struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro)	Caratteristiche strutturali dell'UO;	Comunicazione verbale tra personale; dinamiche interpersonali e di gruppo;
Politica e gestione delle risorse umane (organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, formazione, aggiornamento, carico di lavoro e turni)	caratteristiche del fabbricato sanitario e dell'impiantistica;	comunicazione scritta incompleta/assente (es. compilazione cartella, sut, ecc);
Politiche per la promozione della sicurezza del paziente (linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, sistema di segnalazione degli errori)	logistica degli ambienti (percorsi, temperatura, illuminazione);	supervisione e controllo, richiesta di aiuto e disponibilità di personale esperto;
Modalità di comunicazione aziendale	disponibilità e manutenzione delle apparecchiature e strumentazioni	sostegno "tra pari" dopo evento avverso
Fattori individuali	Compiti e processi	Caratteristiche dei pazienti
Verifica delle competenze professionali (tecnico-manuali, cognitive, relazionali);	Disponibilità e utilizzo di protocolli e procedure e loro revisione;	livello di dipendenza/autonomia del paziente;
caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, condizioni mentali e fisiche);	disponibilità della documentazione clinica completa;	lingua, comunicazione, livello scolastico;
fattori stressanti fisici e mentali (effetto del carico di lavoro, del contatto con la sofferenza sullo stato psico-fisico del personale)	disponibilità di piani assistenziali, terapeutici e riabilitativi;	fattori di rischio associati a trattamenti diagnostico-terapeutico-assistenziali;
		caratteristiche personali del paziente (storia clinica, anamnesi familiare, stato emotivo);
		relazione personale sanitario-paziente.

2. Categorie individuate nel progetto di ricerca “*The validation of safety Walkround as a risk assessment tool in an Italian clinical setting: the hematoncologic area*”¹

Ambiente fisico	Fattori/caratteristiche individuali	Team di lavoro
Caratteristiche del fabbricato sanitario e dell'impiantistica, logistica degli ambienti, apparecchiature e strumentazioni, automatizzazione;	percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione della responsabilità, condizioni mentali e fisiche, abilità psicomotorie o competenza professionale	dinamiche interpersonali e di gruppo e conseguente livello di cooperazione;
Caratteristiche del paziente	Contenuto del lavoro/compiti da svolgere	Fattori organizzativo-gestionali
stato di salute e caratteristiche sociodemografiche		struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro), politica e gestione delle risorse umane (organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento), carico di lavoro e turni (che concorrono a determinare fatica e stress), sistema di comunicazione organizzativa, aspetti ergonomici (postazione di lavoro, monitor, allarmi, rumore, luce); politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, sistemi di sorveglianza.

3. Categorie della Tassonomia OMS: comprende 4 classi di variabili relative all'evento alle quali si aggiungono altre 5 classi relative agli aspetti di gestione del rischio e comprendono informazioni circa la prevenzione, il rimedio per l'errore, la capacità di recupero del sistema.

Le 4 classi di variabili relative all'evento includono:

¹ Manuale Safety Walk Around - Progetto The validation of Safety Walk Round as a risk assessment tool in an Italian clinical setting: the hematoncologic area.

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1764

1. caratteristiche del paziente: sono le caratteristiche demografiche, la diagnosi principale e i motivi che l'hanno indotto a rivolgersi ai servizi sanitari;
2. caratteristiche dell'incidente: classificano le informazioni sull'incidente ossia dove e quando è avvenuto, chi è stato coinvolto e chi l'ha segnalato;
3. fattori facilitanti/hazard: sono rappresentati dalle circostanze, le azioni o i fattori che si presume abbiano agito o influito nel dare origine a un incidente o che abbiano aumentano il rischio di un incidente (fattori inerenti il personale come comportamenti o modalità comunicative; fattori legati all'organizzazione quali l'assenza di protocolli condivisi; fattori esterni quali la legislazione; fattori legati al paziente come la mancata compliance). Solitamente più di un fattore contribuisce al verificarsi di un singolo incidente;
4. esiti di tipo organizzativo: si riferiscono all'impatto sull'organizzazione in parte o completamente attribuibile all'incidente, ad esempio incremento dell'utilizzo di risorse per la cura del paziente o l'attenzione dei media o le conseguenze legali.

Le 5 classi per la gestione del rischio comprendono:

1. metodi per la rilevazione: sono azioni o circostanze che hanno come risultato l'identificazione di un incidente. Ad esempio, un incidente può essere rilevato attraverso un cambiamento dello stato di salute del paziente o attraverso un dispositivo di allarme, oppure può essere rilevato attraverso metodi proattivi di analisi del rischio o con audit clinici;
2. fattori mitiganti: sono tutte le azioni o circostanze che limitano la progressione del danno in un paziente a seguito di un incidente;

3. azioni di miglioramento: sono le azioni intraprese o le circostanze che tendono a compensare il danno dopo l'incidente. Le azioni di miglioramento possono essere applicate al paziente o all'organizzazione;

4. azioni per ridurre il rischio: sono tutte le azioni intraprese per prevenire la ricorrenza dello stesso o di incidenti simili e per migliorare le capacità di recupero del sistema. A tali azioni appartengono anche quelle intraprese per ridurre, gestire e controllare ogni danno futuro o la probabilità del danno associato ad un incidente. Possono essere indirizzate nei confronti del paziente (es. fornire un'adeguata cura), del personale (es. formazione) e dell'organizzazione (es. valutazione proattiva del rischio).

5. capacità di recupero del sistema: è definita come il grado con cui il sistema previene in modo continuo, rileva e mitiga i fattori facilitanti/hazard o gli incidenti.

La validità del metodo è legata soprattutto ai seguenti elementi:

- Protagonismo di tutti

Il metodo ha una forte valenza di coinvolgimento e condivisione in relazione alla gestione del rischio clinico. La possibilità di sentirsi chiamati in causa, di esprimere le proprie opinioni sia durante i giri che nelle fasi di discussione sui dati raccolti e la possibilità di contribuire alla scelta delle azioni da intraprendere, consente di sviluppare il senso di appartenenza all'istituzione e stimola il protagonismo di ciascuno.

- Cultura della responsabilità

Il SWR consente il diffondersi nell'organizzazione della cultura della responsabilità, ossia della consapevolezza da parte di tutti che la sicurezza del paziente richiede un irrinunciabile impegno personale, che non può essere delegato ad altri, ma va condiviso a tutti i livelli e in tutte le fasi.

Frankel et al. hanno così sintetizzato tale concetto: “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 presenza di un clima di fiducia e non colpevolizzazione, essenziale per la trasparenza e la condivisione.

- Semplicità

Il metodo è caratterizzato dal punto di vista tecnico da un'estrema semplicità; infatti, le domande sono predisposte in anticipo, è disponibile un database per la raccolta dei fattori di rischio, il tempo è contenuto in circa un'ora per unità operativa. Il SWR non prevede una speciale organizzazione delle attività della unità operativa né riunioni specifiche perché è importante che la realtà venga vista come effettivamente è. Inoltre, se in una prima fase è necessario introdurre e spiegare il metodo, una volta che questo è a regime i tempi di preparazione delle visite sono contenuti.

- Quantità e qualità delle informazioni raccolte

La raccolta di informazioni da diversi soggetti in maniera non rigidamente formale consente di raccogliere molti elementi che rispecchiano competenze e discipline diverse, permettendo così di pervenire alla conoscenza approfondita delle situazioni.

- Valenza formativa del metodo

L'azione di identificazione dei fattori di rischio, la discussione e il confronto, con il sostegno della letteratura, la riflessione, l'individuazione e la scelta delle misure da adottare, l'implementazione e il monitoraggio innescano un processo di apprendimento sul campo da parte dei singoli e della équipe nel complesso.

8.8 I requisiti per l'applicazione del metodo

Per l'adozione e l'implementazione del metodo nelle organizzazioni sanitarie sono necessarie alcune condizioni:

- impegno e sostegno della direzione strategica;
- partecipazione e condivisione da parte di tutti;
- continuità nell'esecuzione dei giri per la sicurezza dei pazienti (almeno uno all'anno);
- impegno nell'adozione ed applicazione delle misure proposte e condivise;
- visibilità degli scopi, del processo, dei risultati, delle misure adottate.

Il metodo può essere applicato in tutte le unità operative dell'Azienda sanitaria, anche in quelle amministrative.

8. VERIFICA DI PROCESSO

L'implementazione delle misure per la sicurezza, introdotte a seguito del SWR, deve essere accompagnata da un sistema di indicatori di monitoraggio quali:

- segnalazioni;
- indicatori di processo

I risultati conseguiti attraverso le attività di miglioramento dovranno essere discussi nell'équipe per diventare patrimonio delle persone e dell'unità operativa.

Analogo approccio dovrà essere utilizzato a livello della struttura, in modo da rendere il Safety Walkround uno strumento efficace per tutta l'organizzazione.

9.1 Utilizzo dei risultati

- numero di SWR effettuati;
- numero di conseguenti azioni di miglioramento adottate e portate a termine;
- risultati delle indagini sul clima per la sicurezza effettuate presso gli operatori e i dirigenti;
- percentuale di aumento nelle segnalazioni di eventi avversi/eventi avversi evitati;
- diminuzione dei rischi/gravità degli esiti di eventi avversi identificati attraverso l'analisi della documentazione.

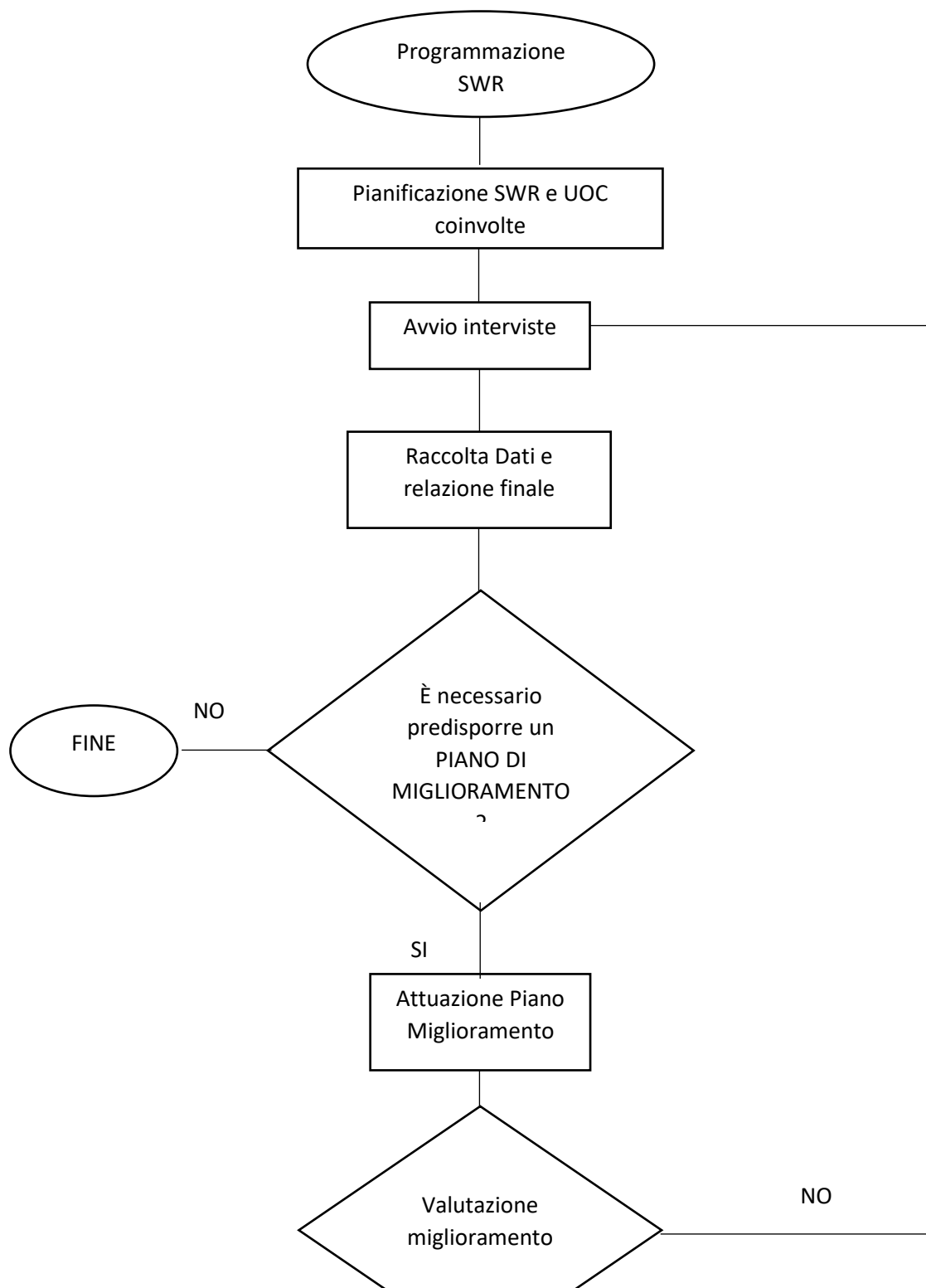
I WalkRounds sono strumenti per stimolare la dirigenza a impegnarsi in prima persona nella promozione della sicurezza del paziente e diffondere le idee sulla sicurezza del paziente nei servizi sanitari. Le informazioni acquisite durante i WalkRounds, se opportunamente analizzate, possono essere utilizzate per aumentare la consapevolezza

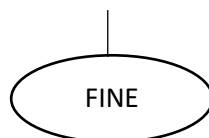
dei clinici sui problemi di sicurezza, introdurre cambiamenti, formare il personale su temi quali la segnalazione non punitiva, ottenere informazioni sui problemi di sicurezza su cui agire e creare così un circolo informazione-analisi-azione-feedback. Tale circolo può quindi auto alimentarsi coinvolgendo la direzione e educando gli operatori.

Gli indicatori proposti per la valutazione del processo 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 annualmente.

9. DIAGRAMMA DI FLUSSO





BIBLIOGRAFIA

- La safety walk round un'opportunità per l'assessment del rischio: la prima esperienza italiana- Levati. A. – Amato S.- Bevilacqua L.- Igiene Sanità Pubblica- parte scientifica e pratica – LXV-.3/2009
- La gestione del rischio in sanità: Processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali- di Orazio Cassani- editore Edizioni Accademiche Italiane
- Safety Risk Management di Rotella Andrea, Blasizza Erica- editore

Wolters Kluwer Italia

- Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati. Con nuovi casi studio. Nuova ediz. - di Giancarlo Bizzarri, Monica Canciani, Massimo Farina- editore Franco Angeli; 2° edizione 29 gennaio 2018
- Analisi sistemica degli eventi avversi: “Protocollo Londra” di S. Taylor e C. Vincent
- Decreto Ministeriale 3 marzo 2003 Commissione Tecnica del Rischio Clinico : “Risk Management in sanità- il problema degli errori
- Raccomandazione ministeriale, Prevenzione e gestione della caduta nelle strutture sanitarie.2011
- Lean Thinking come creare valore e bandire gli sprechi di J.P.Womack e D.T. Jones- editore GueriNext
- www.salute.gov.it Raccomandazioni e Manuale della sicurezza del paziente e degli operatori sanitari.
- www.ao.siena.toscana.it procedure rischio clinico – Safety Walk Round Patient

- www.normativa.it Presidenza del Consiglio dei ministri
- www.salute.gov.it/ portale documentazione- Manuale Safety Walk Round The validation of Safety Walk Round as a risk assessment tool in an Italian clinical setting: the hematoncologic area- a cura di Ministero della Salute

Allegato 1: Dépliant Informativo SWR ASL Latina

Che cosa sono i giri della sicurezza SWR?	I giri della sicurezza SWR consistono in visite che un gruppo di referenti della UOC Rischio Clinico effettua nelle unità operative per identificare con il personale i problemi correlati alla sicurezza del paziente e degli operatori.
Cosa deve fare il personale delle Unità operative durante la “visita”?	Il personale partecipante al SWR viene invitato, attraverso una lista di domande a risposte aperte (12 domande) predisposte a raccontare gli eventi significativi per la sicurezza del paziente, fattori causali e possibili soluzioni.
Chi deve partecipare alla “visita”?	La partecipazione del personale dell’Unità operativa è volontaria, anonima ed aperta a tutti.
Chi conduce l’intervista?	La visita è condotta da un gruppo di referenti del Rischio clinico debitamente formato.
Quanto dura l’intervista?	“La visita” dura circa 30 minuti
Come vengono trattate le informazioni che emergono durante la “visita”?	Le risposte fornite dal personale vengono acquisite e saranno dati confidenziali e riservati
A che cosa serve la SWR?	• Migliorare il sistema di gestione del rischio clinico • Introdurre cambiamenti per il miglioramento continuo della qualità delle cure • Diffondere la cultura della sicurezza e dell’imparare dall’errore

Allegato 2: Check list domande

U.O.....

DATA.....

PERSONALE CHE CONDUCE

L'INTERVISTA.....

1. Vi sovviene qualche evento che nei giorni scorsi abbia portato ad un prolungamento della degenza dei vostri pazienti?
2. Vi sono stati eventi che negli ultimi giorni hanno comportato danni per vostri pazienti?
3. Vi viene in mente una situazione in cui avete evitato al paziente un danno che altrimenti sarebbe accaduto?
4. Quali elementi presenti nell'ambiente potrebbero portare ad un prossimo evento avverso?
5. Potreste fornire un esempio di un evento avverso con danno al paziente?
6. Quando accade un errore lo comunicate sempre?
7. Se fate o segnalate un errore siete preoccupati delle conseguenze?
8. Avete a volte discusso problemi di sicurezza con i pazienti o i loro familiari?
9. Potreste fornire qualche esempio di buona pratica locale?
10. Siete a conoscenza della procedura di segnalazione "incident reporting"?
11. Cosa si potrebbe fare, a suo avviso, nell'unità operativa per evitare che accada un evento avverso in futuro?
12. Cosa potrebbe fare, personalmente nell'unità operativa per migliorare la sicurezza del paziente?

