

Risultati di un anno di applicazione sperimentale del protocollo B-BS in sanità per aumentare la sicurezza di operatori e pazienti

Gaia Arrigotti

*Ricercatrice Volontaria
presso il Servizio di Prevenzione e Protezione
del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano*

Sergio Moro

*Responsabile
del Servizio di Prevenzione e Protezione
del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano*

ABSTRACT

L'innovazione – anche in ambito di sicurezza – è parte della *mission* di un IRCCS di Diritto Pubblico: è il desiderio di conoscere e provare nuove tecnologie e nuovi sistemi per la prevenzione, con un approccio scientifico e di ricerca, con una valutazione costante di efficienza ed efficacia degli strumenti, delle tecnologie e delle leggi. Di qui è nato l'interesse per applicare il protocollo BBS nel IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO). Il processo di BBS ha definito metodi e procedure in termini operativi e ha iniziato a misurare la *compliance* a quei comportamenti.

INTRODUZIONE

L'efficacia del protocollo BBS in ambito lavorativo è stata mostrata sin dalle prime applicazioni negli anni '70 ad opera di B.Sulzer-Azaroff, J.Komaki e B.Hopkins, mostrando una riduzione media dei tassi di infortuni del 54%, e un contestuale aumento dei comportamenti di sicurezza durante l'attività lavorativa (aumento dal 9 al 157%; Grindle, Dickinson e Boettcher, 2000).

Molte delle applicazioni di questo protocollo nell'ambito manifatturiero hanno dimostrato che, seguendo tutte le sue fasi, si può osservare una riduzione dei comportamenti a rischio, con un conseguente aumento dei quelli sicuri alternativi, riducendo così il numero di infortuni sul lavoro.

Nel Marzo 2014 è nata una collaborazione tra la Società Scientifica di Analisi del Comportamento AARBA (*Association for the Advancement of Radical Behavior*

Analysis) e il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano che – grazie a fondi INAIL e del Ministero della Salute - ha programmato l'avvio del protocollo BBS nel campo ospedaliero, in particolare, sperimentandolo nel dipartimento di Chirurgia.

Questa sperimentazione ha voluto dimostrare l'efficacia del protocollo applicato al settore sanitario per una riduzione del rischio biologico, clinico e di quei comportamenti responsabili di malattie professionali. Questo strumento a un anno dalla sua applicazione nelle prime aree cliniche sanitarie del CRO ora è pronto per esser esteso capillarmente alle rimanenti aree sanitarie.

Il protocollo B-BS ha rappresentato un cambiamento “vivace” nell'approccio alla sicurezza e sta contribuendo tutt'oggi a reimpostare diversi aspetti dell'organizzazione: flussi informativi, analisi dei processi, sorveglianza, riconoscimento del comportamento sicuro, definizione degli obiettivi, analisi e intervento sulle condizioni a rischio rilevate.

In sintesi, il protocollo ha reso fattiva 1) la partecipazione del personale sanitario al processo di miglioramento continuo delle condizioni di sicurezza 2) la comunicazione di sicurezza interna ed esterna alle aree operative 2) la sorveglianza e il controllo della sicurezza.

Questo miglioramento adempie alla regolamentazione legislativa per la sicurezza nei luoghi di lavoro dagli anni '90 a oggi, che rende ogni lavoratore - per il suo ruolo all'interno dell'organizzazione - partecipe al controllo delle attività, alla rilevazione di nuovi rischi, al miglioramento continuo.

Attraverso una visione innovativa e sistemica della sicurezza, la BBS è stata capace di concentrare l'attenzione di tutta l'organizzazione sulla sicurezza.

All'interno di 3 aree del dipartimento di Chirurgia (Sala Operatoria, Centrale di Sterilizzazione e Reparto di degenza) vengono attuati un numero infinito di comportamenti. E' quindi partendo dagli infortuni degli anni precedenti che si è cercato di capire quali potessero essere i comportamenti che avrebbero potuto evitare gli infortuni accaduti precedentemente.

Nei 3 anni precedenti al protocollo BBS, in media sono state lavorate 195.000 ore, un valore rimasto costante nell'anno di sperimentazione. Nel triennio, si sono verificati in media 12 eventi all'anno, con assenze da 3 a 20 giorni. Sono stati anche considerati gli incidenti con rischio biologico e le medicazioni (infortuni senza giorni di prognosi). Gli eventi più frequenti sono stati schizzi in congiuntiva, punture con l'ago sia durante interventi chirurgici che durante medicazioni, urti e posture da movimentazione. E' stata fatta un'analisi funzionale di tutti gli infortuni e gli incidenti avvenuti, al fine di individuare i comportamenti a rischio che hanno causato l'infortunio e di conseguenza trovare i comportamenti sicuri alternativi che lo avrebbero potuto evitare.

Nell'analisi funzionale, abbiamo affrontato l'idoneità dell'ambiente di reparto e operatorio e i comportamenti relativi a diverse attività:

- Stabilizzazione del paziente;
- Decontaminazione e sterilizzazione degli strumenti;

- Sanificazione dell’ambiente;
- Abbigliamento;
- Taglienti e pungenti;
- Tecniche operatorie;
- Interazione chirurghi-infermiere-strumentiste;
- Assistenza post-intervento (es. gestione dei drenaggi e delle ferite);
- Movimentazione del paziente e con paziente allettato.

Nel dipartimento di chirurgia operano diverse figure sanitarie: operatori socio-sanitari (OSS), infermieri, medici chirurghi, anestesisti, specializzandi e studenti. Questo rende ancora più interessante l’analisi dei risultati ottenuti e porta alla creazione di una vera e propria cultura della sicurezza, intesa come comportamenti a cui seguono uguali conseguenze indipendentemente dalla persona che li osserva.

Il gruppo di progetto e il gruppo operativo – costituiti da rappresentanti di tutte le figure sanitarie, hanno elaborato 4 checklist comportamentali:

1. Reparto degenze;
2. Centrale di sterilizzazione e trasporto del paziente in sala operatoria;
3. Sala operatoria team operatorio;
4. Servizio di anesthesiologia in sala operatoria.

I comportamenti sono stati definiti in modo così preciso da poter essere osservati in maniera univoca, grazie anche una esplicativa definizioni inserita nella colonna destra delle checklist (Fig. 1).

Quante persone indossano o usano	N. Sicuro	N. A rischio	Definizioni
1. Visiera			Svuotamento o cambio sacca Esecuzione prelievi e toracentesi Gestione accessi venosi Posizionamento sondino naso-gastrico
2. Guanti			Tutte le attività con contatto con materiale biologico; gestione di accessi venosi (compreso CVC); Medicazione: Cambia i guanti ad ogni nuova medicazione e quando necessario (es. se nel corso

Figura 1 - Estratto di una checklist utilizzata per osservare i comportamenti al CRO

Inizialmente è stato formato un piccolo gruppo di osservatori, coinvolgendo i componenti del servizio di prevenzione, il Direttore di Dipartimento e di Struttura, la Posizione Organizzativa, le coordinatrici infermieristiche, alcuni medici ed infermieri, e qualche OSS. Negli *step* successivi il dipartimento ha individuato dei Safety Leader per la gestione del processo di sicurezza e dei suoi osservatori.

Le misurazioni avvengono tra gli stessi professionisti su un piano orizzontale dell’organigramma e non su quello gerarchico dello stesso ed è questo a creare una maggior condivisione valoriale della sicurezza.

Gli osservatori sono stati formati a osservare i comportamenti propri e dei colleghi, a compilare la checklist e soprattutto a dare feedback alle persone osservate. Come

prescritto dalle evidenze scientifiche, gli osservatori dovevano dare il feedback subito dopo l'osservazione. Si è chiesto agli osservatori di concentrare il loro feedback su un solo comportamento osservato, poi riportato e analizzato nel campo note della checklist. Si è concordata poi la frequenza delle osservazioni decidendo, per il personale che lavora sui due o tre turni, di effettuare un'osservazione a turno durante la settimana, tralasciando per il momento i giorni prefestivi, festivi e le notti. Non si esclude, una volta a completo regime l'utilizzo del protocollo, di prendere in considerazione anche i turni in questi giorni.

L'implementazione del protocollo BBS ha contribuito a sviluppare una visione di responsabilità reciproca trasversale ai ruoli, dando la possibilità di creare un clima lavorativo in cui non c'è paura del giudizio: gli osservatori hanno imparato a dare feedback riportando il comportamento osservato e il suo rischio, senza però aggiungere propri giudizi sulla persona. Le persone hanno imparato a usare questo approccio anche al di là dell'osservazione BBS. Da una situazione iniziale in cui operatori socio-sanitari e infermieri non si sentivano a proprio agio nello spiegare quanto osservato ai medici ora si parla insieme di come i comportamenti a rischio potrebbero essere evitati e la sicurezza è diventata argomento quotidiano di conversazione.

Come già dimostrato dalla letteratura, chi osserva i comportamenti è portato con frequenza maggiore a modificare i propri. Per questo, si è ampliato il numero degli osservatori, arrivando a formare tutto il personale del comparto al ruolo di osservatori. Questo ha generato l'entusiasmo di quasi tutto il personale coinvolto e aumentato i flussi di informazione sui comportamenti, ovvero i dati utili per il controllo operativo e direzionale

RISULTATI

Da inizio giugno 2014 a fine agosto 2015, sono state compilate 3.316 schede, osservate 5.225 persone e i loro relativi 44.743 comportamenti. Nelle pagine successive sono descritti gli andamenti della frequenza relativa (ossia percentuale) dei comportamenti oggetto dell'intervento.

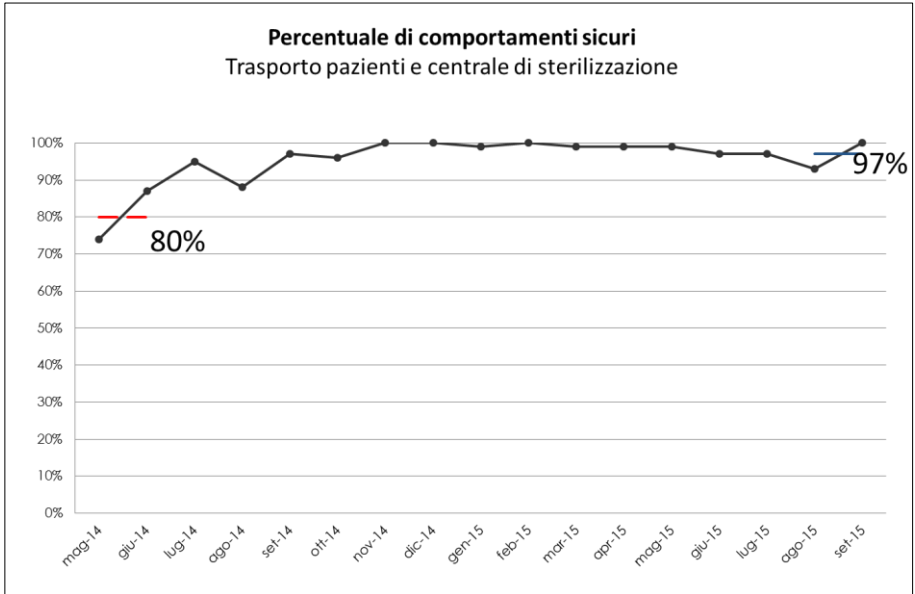


Figura 2 - La percentuale complessiva dei comportamenti sicuri osservati durante il Trasporto dei Pazienti e nella Centrale di Sterilizzazione. La checklist comprende più di 30 diversi comportamenti

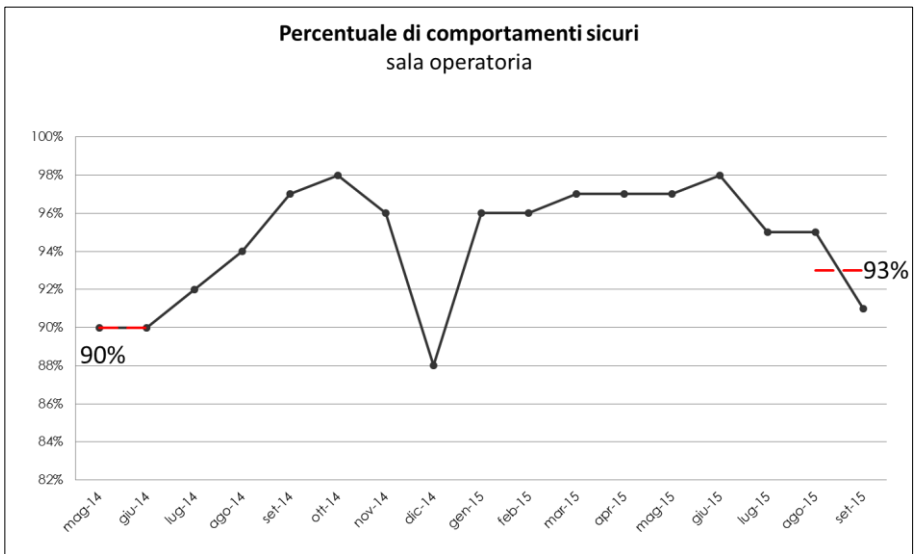


Figura 3 - La percentuale complessiva dei comportamenti sicuri osservati in Sala Operatoria. La checklist comprende più di 30 diversi comportamenti

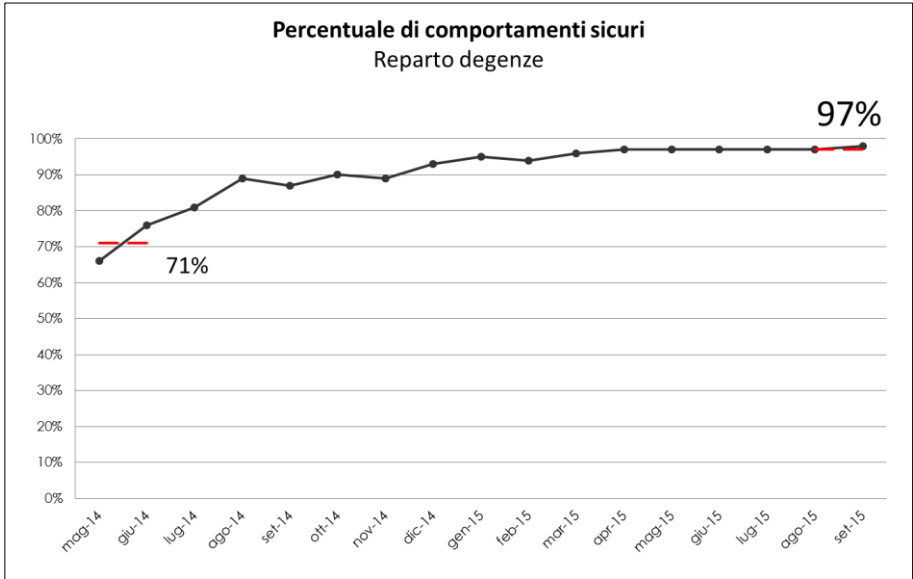


Figura 4 - La percentuale complessiva dei comportamenti sicuri osservati nel Reparto Degenze. La checklist comprende più di 20 diversi comportamenti

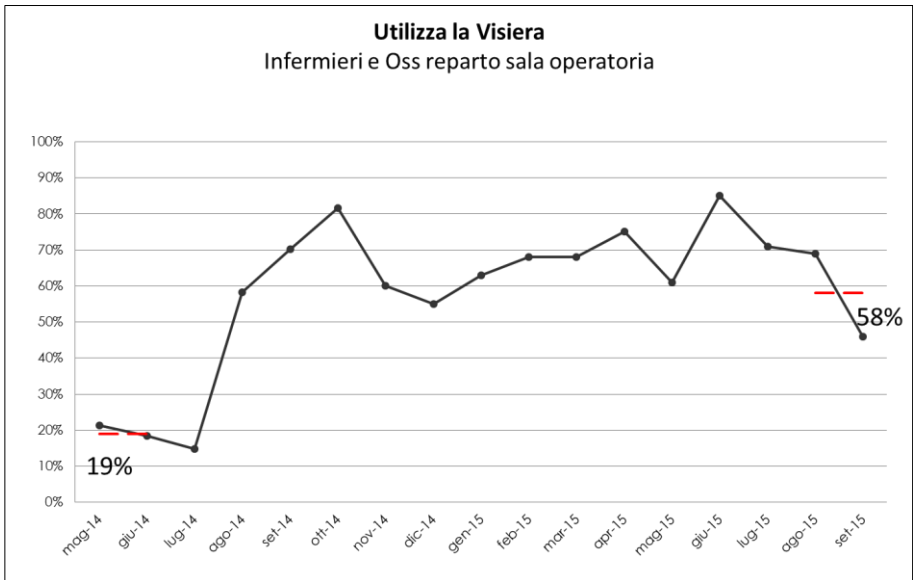


Figura 5 - L'andamento dell'uso della visiera da parte di Infermieri e Oss nella Sala Operatoria: dal bimestre maggio-giugno 2014 a quello agosto-settembre 2015 è migliorato dal 19% al 58%.



Figura 6 –L’uso della visiera da parte degli Operatori Socio-Sanitari in Centrale di Sterilizzazione: dal bimestre maggio-giugno 2014 a quello agosto-settembre 2015 è migliorato dal 49% al 92%.

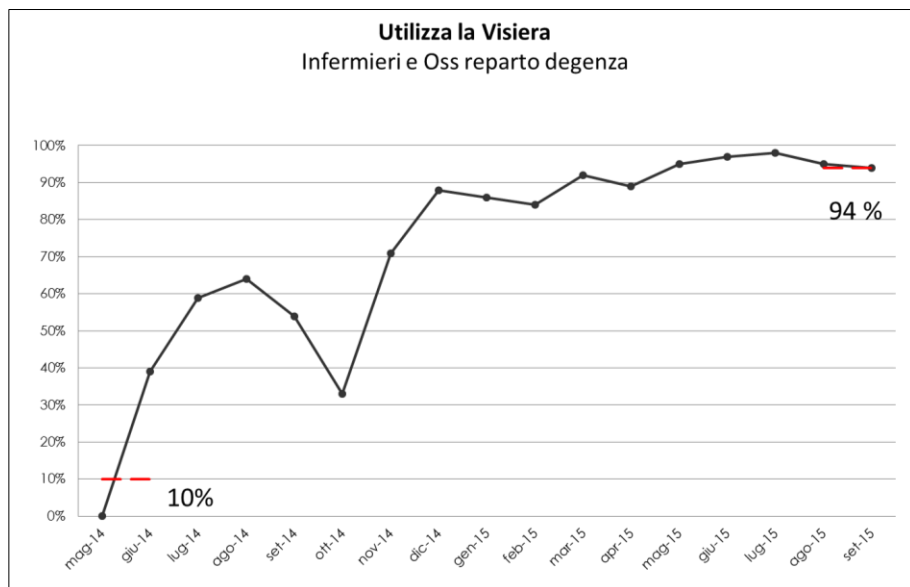


Figura 7 - L’andamento dell’uso della visiera da parte di Infermieri e Operatore Socio-Sanitario nella Sala Operatoria: dal bimestre maggio-giugno 2014 a quello agosto-settembre 2015 è migliorato dal 10% al 94%.

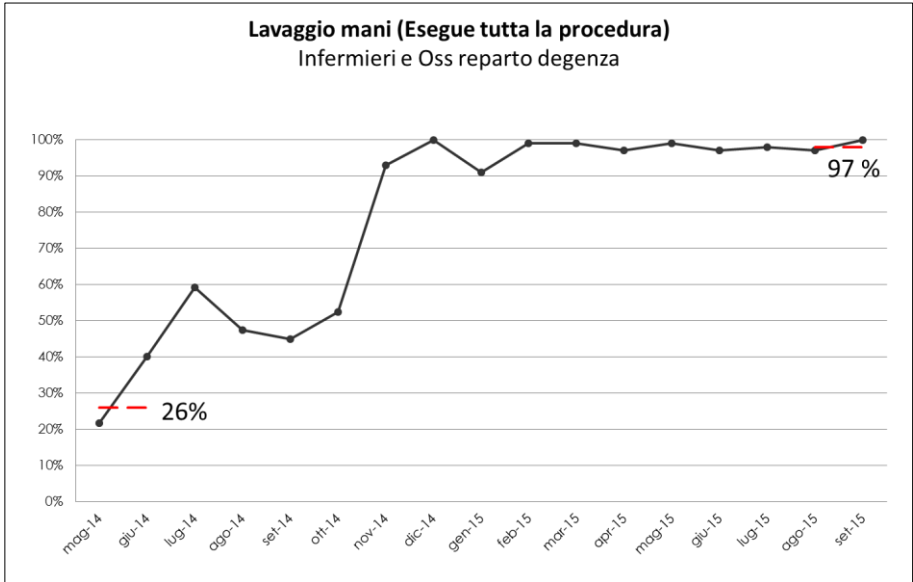


Figura 8 - L'esecuzione completa della procedura di lavaggio mani da parte di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari nel reparto degenza: dal bimestre maggio-giugno 2014 a quello agosto-settembre 2015 è migliorata dal 26% al 97%.

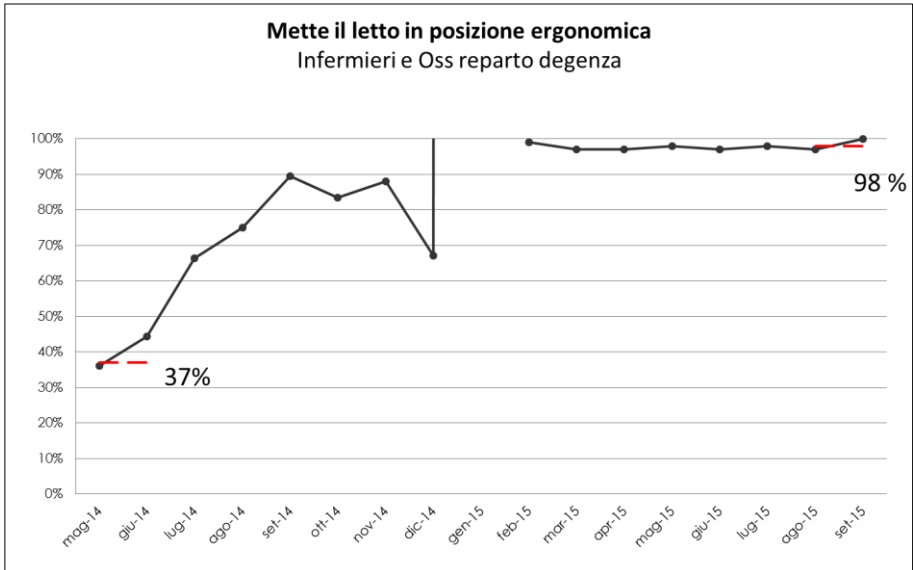


Figura 9 - Lavorare con il letto del paziente in modo da non piegare la schiena, osservato su Infermieri e Operatori Socio-Sanitari nel reparto degenza: dal bimestre maggio-giugno 2014 a quello agosto-settembre 2015 è migliorata dal 37% al 98%.

I risultati ottenuti sono stati oggetto di confronto con l'andamento nel quadriennio degli indici infortunistici dell'Istituto, di seguito riportati.

CONCLUSIONI

Dai dati raccolti in questo primo anno, si evidenzia una differenza significativa nei risultati tra le aree oggetto di applicazione delle tecnologie comportamentali e quelle di controllo. L'applicazione all'interno del CRO di Aviano ha quindi confermato la polivalenza del protocollo di BBS, capace di ridurre gli eventi infortunistici attraverso un miglioramento sistemico nei comportamenti di sicurezza a beneficio dell'operatore e del paziente, così come richiesto dalle direttive comunitarie e nazionali nella gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro.

I risultati saranno pubblicati a fine 2015, ma a un esame dei preliminari si nota che nelle aree di applicazione della BBS gli indici di sicurezza (frequenza, gravità e incidenza) sono in calo dal 2013 al 2014, anno a partire da cui è stato avviato il processo di osservazione e feedback dei comportamenti (Aprile). Nel resto delle aree operative del dipartimento chirurgico, dove non si è applicato il protocollo, pur simili per attività e rischi alle aree pilota, non si sono apprezzati miglioramenti altrettanto significativi.

BIOGRAFIA DEGLI AUTORI

Sergio Moro - Diplomato presso la scuola di Direzione Aziendale della Università L. Bocconi di Milano in collaborazione con l'Università di Birmingham (U.K.) In Health Services Management, discutendo la tesi finale dal titolo "La Gestione dei Rapporti con il Non Profit nel caso dell'IRCCS, Centro Riferimento Oncologico di Aviano" nell'anno accademico 1998/2000. Dal 2011 Safety Auditor CEPAS per Sistemi di Gestione Sicurezza, dal 2010 Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale del IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (PN), dal 2005 Valutatore Senior per il Dipartimento della Funzione Pubblica per il modello di gestione Common assessment Framework, dal 2006 Valutatore del Accreditamento Istituzionale delle Aziende Sanitarie per la regione Friuli Venezia Giulia.