

# LA "CULTURE OF SAFETY": IL PUNTO DI VISTA DEGLI INFERMIERI E DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI

Autori: Alfredo Perulli (Ref. Qualità), Daniela Monteverdi (Ref. Rischio Clinico)

## INTRODUZIONE

La cultura della sicurezza espressa da ogni singolo professionista rappresenta la sfida del futuro per la gestione della qualità: la trasparenza e la responsabilità espressa da un team adeguatamente valorizzato porta a risultati stabili nel tempo ed è il motore principale dello sviluppo della qualità e sicurezza per i pazienti.

## OBIETTIVI DELLA RICERCA

La valutazione della cultura della sicurezza è impegno arduo perchè coinvolge molteplici aspetti (sociale, professionale, di empowering individuale). Esistono strumenti complessi che devono essere implementati progressivamente per essere accettati e condivisi. In AOUTS è stato sperimentato un questionario ridotto, ispirato a AHRQ<sup>1</sup>, per avere un primo inquadramento del fenomeno e per orientare le scelte in tema di formazione e sviluppo della culture of safety.

## MATERIALI E METODI

Il questionario è stato adattato dal modello AHRQ e dalla versione localizzata italiana Pascal<sup>2</sup>: nella versione completa risultano presenti 51 item, mentre in quella adottata da AOUTS sono presenti 22 item.

Sono stati distribuiti 450 questionari, ne sono stati restituiti 338.

Le professionalità che hanno risposto si distribuiscono secondo le seguenti proporzioni.

Infermieri 75 %  
OSS/IG 22 %  
Altro 3 %

**QUESTIONARIO SULL'UTILIZZO DEL MODULO DI PASSAGGIO DI CONSEGNE**

**Istruzioni**

Il questionario chiede la sua opinione sull'introduzione del modulo di passaggio di consegne e su alcune tematiche della sicurezza del paziente. Sono necessari circa 5 minuti per la compilazione. Se non si desidera rispondere ad una domanda o se una domanda non risulta pertinente alla propria sfera di attività, è sufficiente lasciare in bianco la risposta.

Indichi in quale Presidio Ospedaliero svolge la sua attività. Selezioni una sola risposta.

1. Ospedale Cattinara  2. Ospedale Maggiore

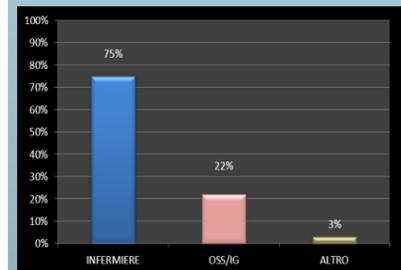
Indichi in quale unità operativa dell'ospedale svolge la sua attività. Selezioni una sola risposta.

1. Area Medicina  2. Area Chirurgia  3. Terapia intensiva

Indichi la sua valutazione sulle seguenti affermazioni facendo riferimento alla sua unità lavorativa.

SIKUREZZA	Mai	Quasi mai	Talvolta	Spesso	Sempre
1. In questa unità gli operatori si aiutano l'un l'altro.	<input type="checkbox"/>				
2. Quando abbiamo molto lavoro che deve essere fatto velocemente, per completarlo, operiamo insieme come una squadra.	<input type="checkbox"/>				
3. In questa unità le persone si rispettano reciprocamente.	<input type="checkbox"/>				
4. Lavoriamo per migliorare la sicurezza del paziente.	<input type="checkbox"/>				
5. Gli errori da noi hanno condotto a cambiamenti positivi.	<input type="checkbox"/>				
6. Quando c'è un sovraccarico di lavoro, i colleghi vengono in aiuto.	<input type="checkbox"/>				
7. Dopo aver introdotto cambiamenti per migliorare la sicurezza del paziente, valutiamo la loro efficacia.	<input type="checkbox"/>				
8. Il personale è preoccupato che gli errori commessi finiscano nel proprio fascicolo personale.	<input type="checkbox"/>				
9. Le nostre procedure e i nostri sistemi sono in grado di prevenire gli errori.	<input type="checkbox"/>				
10. In questa unità abbiamo problemi con la sicurezza dei pazienti.	<input type="checkbox"/>				
11. La presenza di personale in formazione (studenti, specializzandi) intralcia le cure e l'assistenza.	<input type="checkbox"/>				
12. Gli specializzandi e gli studenti rispettano le procedure di sicurezza per il paziente.	<input type="checkbox"/>				

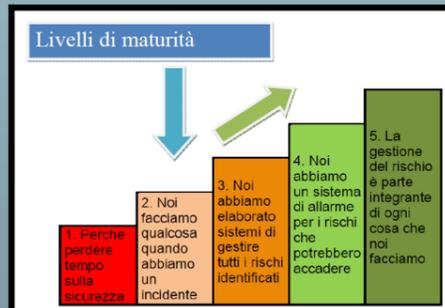
Da restituire a: Direzione medica - qualità e accreditamento



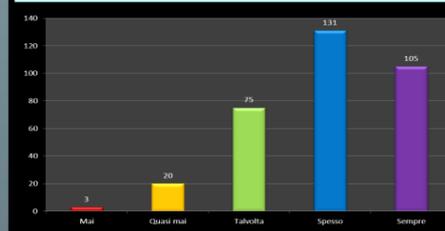
## RISULTATI

La semplificazione introdotta impedisce di avere dati utili al benchmarking, ciò nonostante i risultati indicano chiaramente una diffusa partecipazione ai programmi di qualità, con alcune resistenze importanti nella segnalazione dei near misses nel percorso di incident reporting (viene dichiarata una diffusa preoccupazione che gli errori commessi o evitati di misura entrino nel processo valutativo).

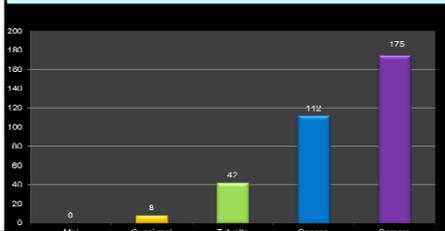
ANALISI	Mai	Quasi mai	Talvolta	Spesso	Sempre
1. In questa unità gli operatori si aiutano l'un l'altro	2	10	80	164	82
2. Quando abbiamo molto lavoro che deve essere fatto velocemente, per completarlo, operiamo insieme come una squadra	5	18	82	156	77
3. In questa unità le persone si rispettano reciprocamente	4	29	108	144	51
4. Lavoriamo per migliorare la sicurezza del paziente	0	8	42	112	175
5. Gli errori da noi hanno condotto a cambiamenti positivi	5	27	98	141	58
6. Quando c'è un sovraccarico di lavoro, i colleghi vengono in aiuto	5	20	93	144	71
7. Dopo aver introdotto cambiamenti per migliorare la sicurezza del paziente, valutiamo la loro efficacia	3	20	75	131	105
8. Il personale è preoccupato che gli errori commessi finiscano nel proprio fascicolo personale	26	56	88	92	62
9. Le nostre procedure e i nostri sistemi sono in grado di prevenire gli errori	6	17	93	194	23
10. In questa unità abbiamo problemi con la sicurezza dei pazienti	20	119	113	62	22
11. La presenza di personale in formazione (studenti, specializzandi) intralcia le cure e l'assistenza	74	125	92	34	11
12. Gli specializzandi e gli studenti rispettano le procedure di sicurezza per il paziente	5	23	73	136	92



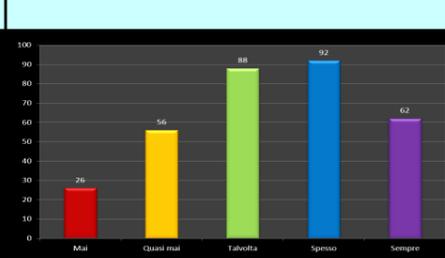
Dopo aver introdotto cambiamenti per migliorare la sicurezza del paziente, valutiamo la loro efficacia



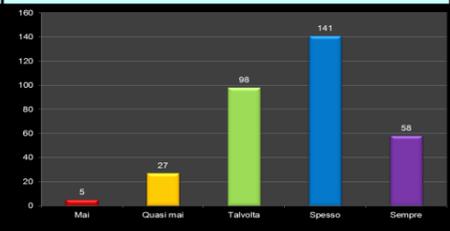
Lavoriamo per la sicurezza di pazienti



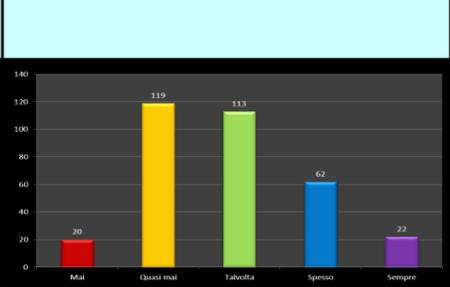
Il personale è preoccupato che gli errori commessi finiscano nel proprio fascicolo personale



Gli errori hanno portato a cambiamenti positivi



In questa Unità abbiamo problemi con la sicurezza



## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'indagine ha dimostrato un livello di maturità sulla sicurezza ai primi gradini della scala. Il percorso di crescita della cultura della sicurezza deve prevedere un più esteso controllo su tutti i possibili rischi identificati o prevedibili. Il principale ostacolo alla progressione verso la piena consapevolezza del rischio clinico è la sensazione che i meccanismi di intercettazione dei near misses possano essere utilizzati nella valutazione del personale. La "No Blame Culture" non è ancora patrimonio diffuso e accettato da tutti gli operatori. La programmazione delle azioni future dovrà pertanto prendere in considerazione tali aspetti per evitare resistenze al cambiamento.

## BIBLIOGRAFIA

1. [www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf](http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf)  
2. studio PaScaL (patient safety collaborative alliance) SDA Bocconi

