



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

**Dipartimento di Medicina Traslazionale**  
**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE**  
**IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**  
**Presidente: Prof. Fabrizio Faggiano**

**TESI DI LAUREA**

*La cultura della sicurezza delle cure in ambito di emergenza – urgenza:  
indagine sugli infermieri di Area Critica tramite la somministrazione del  
questionario SAQ.*

**Relatore:**

Enrico Malinverno

**Candidata:**

Melissa Shirin Farghaly

**Anno Accademico 2022 – 2023**

*Sogna ragazza sogna*

## Sommario

<i>Abstract</i> .....	4
<i>Introduzione</i> .....	6
1. <i>Il concetto di qualità in sanità</i> .....	10
2. <i>Il rischio clinico</i> .....	12
3. <i>La sicurezza delle cure</i> .....	13
3.1. <i>La legge 24 del 2017</i> .....	15
3.2. <i>Il dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure dell’A.O.U Città della Salute e della Scienza di Torino</i> .....	16
4. <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)</i> .....	18
<i>Obiettivo</i> .....	20
<i>Materiali e Metodi</i> .....	21
<i>Risultati</i> .....	22
<i>Discussione</i> .....	27
<i>Conclusioni</i> .....	29
<i>Bibliografia</i> .....	31
<i>Allegato 1. The Safety Attitudes Questionnaire (short form 2006) in Italian</i> .....	33

## **Abstract**

### **Introduzione**

Nel contesto sanitario contemporaneo, la sicurezza delle cure emerge come un tema cruciale per garantire la qualità e l'efficacia delle prestazioni sanitarie, specialmente in contesti di emergenza e urgenza, dove la tempestività e l'accuratezza delle cure sono fondamentali per il benessere e l'outcome dei pazienti.

La misurazione dell'atteggiamento verso la sicurezza tra il personale ospedaliero è stata ampiamente studiata e riportata in letteratura per fornire una lente attraverso la quale visualizzare e migliorare la cultura della sicurezza del paziente negli ospedali.

### **Obiettivo**

La ricerca si propone di esplorare la cultura della sicurezza delle cure tra gli infermieri che operano nelle unità di Area Critica dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, quali sono i suoi determinanti e da quali fattori viene influenzata.

### **Materiali e Metodi**

La somministrazione del Safety Attitudes Questionnaire è il metodo di ricerca adottato, si tratta di uno strumento ampiamente validato volto a valutare la cultura della sicurezza nelle strutture sanitarie.

La popolazione di studio è stata costituita da infermieri attivi in reparti di Area Critica presso diverse strutture ospedaliere, selezionati tramite campionamento casuale stratificato. I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando tecniche statistiche appropriate.

### **Risultati**

Il tasso di risposta è stato del 41.6% (n = 104/250).

L'alfa di Cronbach dell'intero questionario è stato di 0,85, dimostrando una buona coerenza interna. Le correlazioni policoriche hanno mostrato che i fattori sono ben correlati tra loro. È stato riscontrato che il riconoscimento dello stress ha una correlazione negativa con altri fattori di sicurezza.

### **Conclusioni**

I risultati ottenuti da questa ricerca potranno fornire importanti indicazioni sullo stato attuale della cultura della sicurezza delle cure e sulle eventuali aree di intervento per migliorare la sicurezza e la qualità delle prestazioni offerte ai pazienti.

## **Abstract**

### **Introduction**

In the contemporary healthcare context, patient safety emerges as a crucial theme to ensure the quality and effectiveness of healthcare services, especially in emergency and urgency settings, where timeliness and accuracy of care are fundamental for patients' well-being and outcomes. The measurement of attitudes towards safety among hospital staff has been widely studied and reported in literature to provide a lens through which to view and improve patient safety culture in hospitals.

### **Objective**

The research aims to explore the culture of patient safety among nurses working in the Critical Care Units of the A.O.U Città della Salute e della Scienza in Turin, Italy, to identify its determinants and the factors influencing it.

### **Materials and Methods**

The research method adopted involves the administration of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), a widely validated tool used to assess safety culture in healthcare facilities. The study population consisted of nurses working in Critical Care Units across various hospitals, selected through stratified random sampling. The collected data were analyzed using appropriate statistical techniques.

### **Results**

The response rate was 41.6% ( $n = 104/250$ ). The Cronbach's alpha for the entire questionnaire was 0.85, demonstrating good internal consistency. Polychoric correlations showed that the factors were well correlated with each other. It was found that stress recognition had a negative correlation with other safety factors.

### **Conclusions**

The results obtained from this research could provide important insights into the current state of patient safety culture and areas for intervention to improve safety and the quality of care provided to patients.

## Introduzione

L'attuale quadro culturale di riferimento nel mondo sanitario si snoda lungo un apparente paradosso: da un lato l'oggettività rigorosa delle conoscenze tecnico-scientifiche, strettamente legate a indicatori di tipo quantitativo, anche sotto il profilo economico, dall'altro la crescente valorizzazione della soggettività, assunta come unità di misura del reale. Due ottiche diverse che hanno generato due culture che si confrontano senza riuscire a trovare un effettivo piano di integrazione poiché le considerazioni degli uni non sempre incontrano il consenso di altri.

L'attenzione nei confronti della persona è cresciuta molto, sotto una duplice spinta: una di natura etica e una di natura pragmatica, *best evidence outcomes*. Etica ed economia, competenza ed efficienza stanno dando un forte contributo innovativo alla qualità dell'assistenza. La centralità della persona assume un innegabile valore etico e il suo punto di vista gioca un ruolo economicamente importante nel dibattito sui risultati. Per chi si occupa di controllo di qualità attraverso l'analisi dei risultati, il miglior criterio per stabilire se ci si sta muovendo correttamente è soffermarsi ad analizzare due parametri: i metodi e gli strumenti di *assessment* della *clinical governance*.

Oggi per migliorare la qualità in sanità non è più sufficiente contare sull'intuizione, il buon senso, la buona volontà o l'esperienza: ogni professionista necessita di una competenza specifica che gli permetta di sviluppare conoscenze e capacità sulle metodologie e sugli strumenti di valutazione in questo specifico ambito, proprio a partire da un preciso modello teorico di riferimento, ovvero il miglioramento continuo della qualità.

L'efficacia del trattamento, in un'ottica che considera l'uomo, la sua salute e le sue malattie, al centro di un sistema non semplicemente biologico, comprende indicatori con alta incidenza nel contesto sanitario, ma anche in quello professionale e sociofamiliare in cui il soggetto è inserito.

La salute non è mai un bene privato, così come le malattie non restano circoscritte nell'ambito della singolarità; l'una e le altre hanno una forte ricaduta nel vissuto e modificano in modo significativo le dinamiche tipiche della vita professionale (1).

Negli ultimi decenni, i sistemi sanitari di tutti i Paesi sviluppati sono stati sempre più incalzati da importanti sfide dovute all'aumentata pressione economica, alla crescente complessità della scienza e delle tecnologie sanitarie, a mutamenti demografici inattesi e all'aumento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche (2).

Per molti anni l'organizzazione del sistema sanitario si è basata su una nozione implicita di qualità imperniata sul principio che l'arruolamento di personale adeguatamente formato e la disponibilità di strutture ed attrezzature adeguate fossero sinonimo di un elevato livello assistenziale. L'esplosione delle conoscenze, la parcellizzazione degli approcci troppo orientata alla tecnologia, la razionalizzazione dei costi e gli aumentati bisogni di salute hanno minato questa nozione di qualità, delineando la necessità di un approccio sistemico al problema dell'assistenza, cioè un bisogno di maggior governo del sistema. A tal fine, durante gli anni '80, gli amministratori e i responsabili politici del sistema sanitario hanno enfatizzato la necessità di applicare anche al proprio settore le metodologie gestionali del *total quality management* (TQM) e del miglioramento continuo della qualità, che avevano dato buona prova nel mondo industriale.

Tuttavia, questi approcci, sviluppati in settori molto diversi dal sanitario, non hanno avuto grande successo in ambito clinico, probabilmente per lo scarso coinvolgimento dei professionisti e l'orientamento fortemente centrato solo sugli aspetti gestionali-amministrativi e senza chiara identificazione del ruolo svolto dai clinici.

La "Clinical Governance", termine introdotto per la prima volta nel libro bianco "*The new NHS: modern and dependable*" dal governo inglese nel 1997 (3), nasce per rivendicare il primato degli obiettivi di salute e del miglioramento continuo della qualità all'interno di un sistema di governo partecipato e condiviso.

La *Clinical Governance* riprende i concetti della *corporate governance* e cioè un insieme di norme finanziarie, regole di condotta verificabili e necessità di trasparenza.

Il complesso concetto della *Clinical Governance* può essere succintamente sintetizzato come "azioni poste in essere per dirigere la società verso obiettivi identificati e condivisi" (4). L'essenza sta nell'attuazione di meccanismi di governo che non si basino esclusivamente sull'autorità e le sanzioni, ma sulla

corresponsabilizzazione e partecipazione dei professionisti. Per tali motivi, la corretta traduzione in lingua italiana è diversa da “Governo Clinico”, termine che enfatizza aspetti dirigitici e approcci “*top-down*”. Pertanto la *Clinical Governance* richiede la rivalutazione dei ruoli tradizionali e dei confini tracciati fra le professioni sanitarie, fra medico e paziente e fra amministrativi e clinici e fornisce il mezzo per dimostrare al pubblico che il sistema sanitario non può tollerare che l’eccellenza (5). La qualità in medicina, infatti, può essere definita come il grado con il quale i sistemi sanitari aumentano, a livello di singolo e di comunità, la probabilità di esiti clinici desiderati ed erogati secondo le più aggiornate conoscenze scientifiche. Dopo la pubblicazione del famoso report dell’Institute of Medicine (IOM) *To Err Is Human* (6), il tema della sicurezza nelle pratiche mediche ha ricevuto un interesse crescente da un numero sempre più esteso di parti interessate. I casi di morte, effetti avversi, ed in generale gli errori in medicina da un lato, ed i costi crescenti del sistema assicurativo per l’aumento della litigiosità, del numero di denunce e cause legali dall’altro lato, rappresentano aspetti diversi di un unico grande problema e cioè la qualità, o non-qualità, del sistema sanitario. La letteratura è ricca di apporti sul tema, e sempre maggiori sono i tentativi di proporre programmi volti a ridurre sia gli errori che provocano danni sul paziente che a migliorare la comunicazione e documentazione di tutti gli episodi, specialmente i “*near misses*” che sono dovuti a pratiche e processi scarsamente affidabili.

Tuttavia, il limite di molti interventi è di non tener conto delle indicazioni di Reason e di altri ricercatori che hanno ben dimostrato come la maggior parte degli errori sia dovuta a carenze del sistema e non a negligenza dei singoli (7). Pertanto, non si può pensare ad un’efficace riduzione dell’errore in medicina e alla minimizzazione del rischio per il paziente, se non in un contesto organico che sappia coinvolgere l’intera organizzazione, identificare i processi erogati, le fasi ed attività connesse, intercettando in maniera puntuale quelle che sono maggiormente critiche, per prevalenza, gravità e possibilità di prevenzione.

In secondo luogo, è sempre più evidente che, in aggiunta alla mappatura dei processi ed alla riduzione delle criticità, la sicurezza si fonda sull’attivazione di pratiche basate sulle prove di efficacia.



Infine, è altrettanto dimostrato che i processi di cambiamento necessitano di un'attività formativa e divulgativa volta a rendere responsabili tutti gli operatori coinvolti nei processi erogati degli obiettivi di sicurezza dichiarati dalla Direzione e delle metodologie adottate per raggiungerli.

La gestione del rischio clinico va assumendo nuove e più avanzate dimensioni. È infatti evidente, come l'*incident reporting* in sé non possa migliorare la sicurezza per i pazienti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in uno dei primi documenti emessi dal gruppo di lavoro "WHO Patient Safety Alliance" sottolinea che "*Reporting in itself does not improve safety. It is the response to reports that leads to change. Merely collecting data contributes little to patient safety advancement. The response system is more important than the reporting system*"(8).

È ormai matura la consapevolezza dell'inscindibile legame fra qualità e sicurezza e come, pertanto, solo un approccio integrato possa generare cambiamenti positivi e destinati a generare benefici anche nel lungo termine.

## **1. Il concetto di qualità in sanità**

In letteratura si trovano numerosi tentativi di definizione della qualità; tuttavia, una definizione di carattere generale e quindi universalmente accettabile non è disponibile. Le difficoltà nascono soprattutto dal fatto che la qualità non è una proprietà assoluta, intrinseca ai servizi sanitari e indipendente dalle percezioni. Al contrario, essa è un fenomeno dinamico e multidimensionale che dipende da molti fattori, più o meno correlati, quali, ad esempio, il tipo di prestazione ricevuta, la modalità con cui viene erogata, i costi, i risultati da raggiungere; ma la qualità dipende anche dalle aspirazioni e dalle preferenze individuali delle persone che sono chiamate a esprimere il giudizio. Essa può essere intesa, quindi, come il risultato di una combinazione di tanti attributi, in parte oggettivi e in parte soggettivi, non sempre tutti facilmente documentabili, ciascuno dei quali partecipa, in varia misura, a qualificare le prestazioni sanitarie. Tali requisiti sono giudicati più o meno importanti in funzione dei diversi punti di vista, dei gusti personali e delle circostanze in cui sono valutati (9). Nell'accezione più ampia e completa del termine, per qualità si intende "l'insieme delle caratteristiche e degli attributi di un'entità materiale o immateriale (prodotto o servizio) che le conferiscono la capacità di soddisfare le esigenze (espresse o implicite) associate ai processi di produzione/fornitura e utilizzo/fruizione dell'entità medesima. La condizione limite di qualità perfetta è raggiunta quando tutte le esigenze, di tipo morale e materiale, sociale ed economico, proprie di tutti gli attori risultano pienamente soddisfatte. Tali esigenze rappresentano i requisiti (od obiettivi) della qualità che sono tanto più completi ed efficaci quanto più ampio il grado di soddisfazione da essi aggiunto.

Da un punto di vista prettamente infermieristico, invece, potremmo definire la qualità dell'assistenza come "l'insieme delle caratteristiche che conferiscono alla prestazione infermieristica la capacità di soddisfare in modo appropriato il bisogno di assistenza della persona assistita, nei limiti concessi dalla competenza professionale, dalle tecnologie e dalle diverse disponibili". Questo concetto di qualità, che implica dinamicità, si associa a un agire supportato dal processo dell'Evidence-Based Medicine/Evidence Based Nursing. Infatti, lo sviluppo scientifico, culturale e sociale dell'assistenza infermieristica è strettamente

conseguenziale alla piena valorizzazione di una competenza tecnica dell'infermiere nell'ambito dell'assistenza sanitaria, in grado di produrre, a favore delle persone assistite, propri risultati di salute sostenuti da prove cliniche di efficacia.

Si tratta cioè di fondare la valutazione, la decisione e l'azione sulle conoscenze prodotte dalla ricerca e su adeguati indicatori e standard di buona qualità elaborati con riferimento a un preciso approccio metodologico: il miglioramento continuo della qualità (10).

## 2. Il rischio clinico

Per rischio clinico si intende la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di ricovero, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (6).

Il rischio clinico è quindi l'eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore. Attualmente il tema del rischio clinico si pone come problematica di rilevanza nazionale che interessa vari settori dell'assistenza sanitaria e si colloca nel tema più generale della qualità e della clinical governance.

Il rischio è un concetto matematico che è dato dalla combinazione tra la probabilità di accadimento di un evento e le conseguenze dell'evento pericoloso secondo il rapporto  $R = G \times P$  dove R è il Rischio, G rappresenta la Gravità e la P è la Probabilità di accadimento di un dato evento.

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l'errore e i danni che da esso possono derivare per il paziente. In letteratura è possibile ritrovare molte definizioni di "errore" e di "evento avverso". Nella maggior parte dei casi, esse condividono alcune caratteristiche sostanziali, per le quali l'errore è: una carenza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate; un'azione non sicura o un'omissione, con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura; un comportamento che può essere giudicato inadeguato da pari di riconosciuta esperienza e competenza, nel momento in cui il fatto si verifica, e che abbia comportato o meno conseguenze negative per il paziente.

In tale ambito, una delle distinzioni più importanti è tra errore attivo e latente. Il primo risulta per lo più ben identificabile, temporalmente prossimo al verificarsi dell'evento avverso e associato alle prestazioni degli operatori di prima linea, i cui effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili. Gli errori latenti sono rappresentati, invece, da carenze organizzative e gestionali del sistema, tali da determinare condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo (7).

### **3. La sicurezza delle cure**

*Primum, non nocere* è un principio fondamentale della medicina e ricorda come sia fondamentale prevenire e mitigare i potenziali eventi avversi che possono derivare dall'assistenza sanitaria.

Circa 134 milioni di eventi avversi in tutto il mondo danno annualmente origine a 2,6 milioni di morti. Le stime indicano che, nei Paesi ad alto reddito, circa 1 paziente su 10 può incorrere in un evento avverso durante l'assistenza ospedaliera e di questi eventi circa il 30-50% può essere considerato come potenzialmente prevenibile.

Il peso di questo problema si ripercuote anche sulle risorse economiche, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha infatti stimato che gli eventi avversi incidono sulle spese ospedaliere per circa il 15%.

Gli eventi avversi sono un problema quotidiano dei sistemi sanitari di tutto il mondo; infatti, mentre rimangono irrisolte alcune questioni di vecchia data, si affacciano nuove problematiche dovute agli sviluppi e ai cambiamenti dei processi assistenziali. I pazienti presentano un'età media più avanzata, hanno esigenze più complesse e sono spesso affetti da più patologie croniche; inoltre, i nuovi trattamenti e l'applicazione di nuove tecnologie, pur avendo enormi potenzialità, offrono anche nuove sfide.

Perciò per garantire la sicurezza delle cure, in questo contesto in continua evoluzione, è necessario il coinvolgimento di tutte le parti interessate come gli operatori sanitari, i pazienti e i loro caregiver ed è anche fondamentale un forte sostegno da parte della leadership sanitaria (11).

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, basata sull'apprendere dall'errore. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, contribuire indirettamente a una diminuzione dei costi delle prestazioni e, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Il Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria – Ufficio 3 - ha avviato un programma molto articolato per affrontare il tema della Sicurezza delle cure.

Le azioni si sviluppano nei seguenti ambiti prioritari:

- Elaborazione di Raccomandazioni
- Monitoraggio e analisi degli eventi sentinella segnalati all'Osservatorio di monitoraggio degli eventi sentinella attraverso il “Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità” (SIMES)
- Elaborazione di Guide per il coinvolgimento dei cittadini, pazienti ed utenti
- Verifiche ispettive (tramite l'Unità di crisi)
- Monitoraggio degli adempimenti regionali e verifica attraverso il questionario LEA
- Sistema di monitoraggio delle azioni regionali di controllo delle infezioni correlate all'assistenza (vedi il Decreto di aggiornamento del Gruppo di lavoro e la pagina dedicata all'argomento nel sito tematico malattie infettive).

Il Ministero, inoltre, segue insieme alle Regioni e Province autonome e agli altri enti coinvolti il processo di attuazione della Legge 8 marzo 2017 n.24 (12).

### **3.1. La legge 24 del 2017**

Con la Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" il nostro Paese dispone di un impianto normativo avanzato e coerente con gli standard internazionali in tema di Sicurezza dei pazienti. Il provvedimento si compone di 18 articoli. L'articolo 1 qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. La Legge 24 ha istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità presso l'AGENAS, con il compito di coordinare e favorire l'implementazione dei programmi e il raccordo tra le Regioni e i diversi attori nazionali coinvolti (oltre al Ministero, ISS, AIFA, AGENAS stessa, Regioni, Università, Ordini professionali, Società scientifiche, Associazioni di cittadini, ecc.) composizione e funzioni dell'Osservatorio sono state disciplinate con il DM 29 settembre 2017. La Legge ha inoltre riorganizzato il Sistema nazionale Linee guida per il quale il Ministero ha curato l'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie in attuazione dell'articolo 5 della Legge 24. L'elenco viene aggiornato ogni due anni (11).

### **3.2. Il dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure dell'A.O.U Città della Salute e della Scienza di Torino**

L' A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino prevede il dipartimento di Qualità e Sicurezza delle Cure articolato in diverse Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e Strutture Semplici (SS), ognuna di queste divise a loro volta tra i vari Presidi Ospedalieri ovvero Molinette, Centro Traumatologico Ortopedico, Sant'Anna e Regina Margherita. Tra le Strutture Complesse che afferiscono al dipartimento di Qualità troviamo le diverse Direzioni Sanitarie di Presidio, la SC Qualità, Risk Management e Accreditamento (QRMA), il Centro Regionale Trapianti e la Medicina del Lavoro e Rischio Occupazionale. Importante SSD è la struttura di integrazione ospedale-territorio, ma anche la struttura di programmazione e coordinamento di attività di ricerca.

Volendo approfondire la SC Qualità, Risk Management e Accreditamento (QRMA), si deve innanzitutto dire che è una struttura certificata UNI EN ISO 9001, ha unica sede presso il Presidio Molinette e ha una équipe composta sia da dirigenti medici e sanitari sia da professionisti sanitari.

Le attività in evidenza sono:

- Referente, con le Direzioni Sanitarie, dei Piani di Emergenza/*Disaster Management*;
- Monitoraggio della qualità percepita di utenti e operatori per la progettazione di progetti di miglioramento (interfaccia URP);
- Progettazione e gestione di progetti di empowerment e umanizzazione condivisi con le Associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela del Cittadino (interfaccia URP);
- Progetti di sviluppo organizzativo in area sanitaria per la promozione della qualità nell'ambiente di lavoro (interfaccia Servizio di Prevenzione e Protezione);
- Rapporti con Comitato Etico, Conferenza Aziendale di Partecipazione, Centri aziendali anti violenza, Comitato Unico di Garanzia per iniziative comuni.



La SC QRMA è anche Struttura a funzione regionale, con particolare riferimento a:

- Raccolta e analisi delle procedure per la sicurezza del paziente in atto presso le Aziende Sanitarie e le Strutture private accreditate regionali, propedeutiche alla valutazione sull'applicazione delle stesse da parte del gruppo regionale e della loro diffusione in ambito regionale;
- Raccolta, analisi e archiviazione dei verbali degli audit di particolare valenza occorsi nelle Aziende Sanitarie e le Strutture private accreditate regionali;
- Supporto alle Aziende Sanitarie e alle Strutture private accreditate regionali per la stesura di audit clinici, di analisi delle cause radice degli eventi, dei percorsi di empowerment di operatori e cittadini e di umanizzazione delle strutture di ricovero e cura;
- Organizzazione e gestione di eventi formativi a livello regionale;
- Raccolta, analisi e trasmissione dei dati sugli eventi sentinella a livello regionale
- Validazione degli eventi sentinella nell'ambito dell'applicativo regionale istituito per il miglioramento della qualità del dato SIMES.

#### 4. Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

Gli esperti ritengono che la qualità e la sicurezza sanitaria debbano essere studiate nel quadro dei sistemi e dei fattori contestuali in cui si verificano errori ed eventi avversi.

I fattori che influenzano la pratica clinica sono diversi: organizzativi (clima di sicurezza e morale), sia dell'ambiente di lavoro (livelli del personale e supporto manageriale), sia del team (lavoro di squadra e supervisione), sia del personale (eccessiva fiducia e sicurezza di sé) (13).

Nonostante gli interventi sulla cultura della sicurezza siano considerati fattori protettivi, sono poche le realtà in cui questa viene misurata sistematicamente e con strumenti validati.

Il *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) è un perfezionamento dell'Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire, un questionario ampiamente utilizzato nell'aviazione commerciale, il Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). Il FMAQ è stato creato dopo che i ricercatori hanno scoperto che la maggior parte degli incidenti aerei erano dovuti a interruzioni negli aspetti interpersonali delle prestazioni dell'equipaggio come il lavoro di squadra, il parlare apertamente, la leadership, la comunicazione e il processo decisionale collaborativo (14).

Il SAQ è un questionario a pagina singola (fronte-retro) con 60 items e informazioni demografiche (età, sesso, esperienza e nazionalità).

Per completare il questionario sono necessari dai 10 ai 15 minuti circa. A ciascuna delle 60 domande viene data risposta utilizzando una scala Likert a cinque punti (fortemente in disaccordo, leggermente in disaccordo, neutrale, leggermente d'accordo, fortemente d'accordo).

Alcuni elementi sono formulati in modo negativo. È inoltre presente una sezione aperta per i commenti: "Quali sono le sue tre principali raccomandazioni per migliorare la sicurezza del paziente in quest'area clinica?"

Il SAQ è stato adattato per l'uso nelle terapie intensive, nelle sale operatorie, nei reparti di degenza medica o chirurgica e negli ambulatori.

Per ciascuna versione del SAQ, il contenuto degli item è lo stesso, con piccole modifiche per riflettere l'area clinica.

Il SAQ esplora principalmente 6 aree: lavoro di squadra, clima di sicurezza, soddisfazione personale, percezione della Direzione, condizioni di lavoro e riconoscimento dello stress.

Negli ultimi anni è stato il questionario più utilizzato per misurare la cultura della sicurezza. La Rete europea per la sicurezza dei pazienti ha raccomandato il SAQ come uno dei tre strumenti efficaci (insieme all'Hospital Survey on Patient Safety Culture e al Manchester Patient Safety Assessment Framework). È stato convalidato in diverse lingue, tra cui inglese, italiano, norvegese, turco, olandese, cinese, svedese, tedesco, portoghese, arabo.

Inoltre, quando il questionario è validato esternamente, punteggi elevati dei fattori di sicurezza del SAQ hanno dimostrato miglioramenti dell'ambiente di sicurezza, come tassi più bassi di errori medici e mortalità ospedaliera, durata più breve del ricovero ospedaliero o migliori condizioni di lavoro, come tassi più bassi di turnover degli infermieri (14).

## **Obiettivo**

L'obiettivo principale della ricerca è esaminare e valutare la cultura della sicurezza delle cure tra gli infermieri operanti in Area Critica, con particolare enfasi sull'ambito dell'emergenza e urgenza. Attraverso l'utilizzo del questionario SAQ (Safety Attitudes Questionnaire), lo studio si propone di analizzare approfonditamente le percezioni, le pratiche e le attitudini degli infermieri riguardo alla sicurezza delle cure.

## **Obiettivi specifici**

- Analisi della Cultura della Sicurezza delle Cure: esaminare i fattori che influenzano la cultura della sicurezza delle cure all'interno del contesto dell'emergenza e urgenza.
- Valutazione delle Percezioni degli Infermieri: raccogliere dati dettagliati riguardanti le percezioni degli infermieri in merito alla sicurezza delle cure, inclusi elementi come la comunicazione interprofessionale, la gestione degli errori e la leadership.
- Identificazione dei Punti Critici e delle Best Practices: identificare eventuali punti critici o aree di miglioramento nella cultura della sicurezza delle cure, nonché individuare le best practices adottate dagli infermieri per promuovere un ambiente sicuro e protetto per i pazienti.
- Proposta di Interventi e Raccomandazioni: sulla base dei risultati ottenuti, elaborare proposte di intervento mirate e raccomandazioni pratiche per migliorare la cultura della sicurezza delle cure nell'ambito dell'emergenza e urgenza, con un focus specifico sul ruolo e sulle responsabilità degli infermieri.

## **Materiali e Metodi**

Lo studio è stato condotto presso gli ospedali dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, includendo i presidi ospedalieri Molinette, CTO, Sant'Anna e Regina Margherita.

La popolazione di riferimento sono stati gli infermieri che lavorano nell'ambito dell'emergenza-urgenza nelle unità operative di rianimazione e pronto soccorso, selezionati tramite campionamento casuale stratificato. Non è stato prefissato un obiettivo di reclutamento specifico per lo studio.

Il principale strumento di ricerca utilizzato è stato il Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), un questionario validato e ampiamente utilizzato per valutare la cultura della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie (Allegato 1). Il SAQ è stato somministrato in forma elettronica e in italiano agli infermieri partecipanti tra novembre 2023 e febbraio 2024.

La ricerca è stata condotta in conformità con le linee guida etiche della Dichiarazione di Helsinki. Tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni scritte sullo scopo dello studio e sono stati informati che i dati sarebbero stati raccolti in forma anonima e trattati in modo confidenziale. Questo studio è stato esente dall'approvazione del comitato etico locale. Tuttavia è stata richiesta l'autorizzazione e la delibera alla Direzione Sanitaria di riferimento.

Il SAQ italiano contiene 41 domande suddivise in sette fattori di atteggiamento verso la sicurezza: lavoro di squadra, clima di sicurezza, soddisfazione lavorativa, riconoscimento dello stress, percezioni della direzione ospedaliera e delle unità operative e condizioni lavorative. Il SAQ utilizzata una scala Likert a 5 punti (1 = fortemente in disaccordo, 2 = leggermente in disaccordo, 3 = neutro, 4 = leggermente d'accordo e 5 = d'accordo).

I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando metodi statistici appropriati, come analisi descrittiva, test di correlazione e analisi multivariata se necessario.

La coerenza interna è stata rappresentata dall'alpha di Cronbach (soglia = 0.70).

## Risultati

Complessivamente, la percentuale di risposta allo studio è stata del 41,6% (104/250). L'età media della popolazione di riferimento è di 37,8 anni con una maggioranza di sesso femminile (66,3%).

Il presidio ospedaliero Molinette ha registrato il tasso più alto di risposte pari al 60,6%, mentre quello più basso è stato riportato dall'ospedale Sant'Anna (5,8%).

Il 43,2% dei partecipanti lavora da più di 11 anni (Tabella 1).

Descrizione dei partecipanti allo studio (n 104)		n	%
Genere	Femmine	69	66.3%
	Maschi	35	33.7%
Ospedali	Molinette	63	60.6%
	CTO	25	24.0%
	Sant'Anna	6	5.8%
	Regina Margherita	10	9.6%
Unità Operativa	Rianimazione	64	61.5%
	Pronto Soccorso	40	38.4%
Anni di servizio	1 – 2	2	1.9%
	3 – 4	26	25.0%
	5 – 10	31	29.8%
	11 – 20	27	25.9%
	> 20	18	17.3%

Tabella 1 Caratteristiche socio-demografiche della popolazione totale

Il tempo necessario per completare il SAQ varia dai 10 ai 15 minuti. Tuttavia gli infermieri, hanno chiesto chiarimenti sugli elementi inversi e hanno espresso la loro preferenza per quelli scritti in una sequenza normale.

Il questionario ha mostrato un test chi-quadro significativo ( $p < 0,001$ ) nel complesso. L'alfa di Cronbach della scala totale del SAQ era 0,85, indicando una buona coerenza interna. I coefficienti alfa di Cronbach di ciascun fattore di sicurezza erano compresi tra 0,70 e 0,86 (Tabella 2).

	<b>p-value</b>	<b>Cronbach's alpha</b>
Lavoro di Squadra	<0.001	0.73
Clima di Sicurezza	<0.001	0.72
Soddisfazione Lavorativa	0.015	0.83
Riconoscimento dello Stress	<0.001	0.78
Percezioni sulla Direzione Aziendale	0.018	0.84
Percezioni sull'Unità Operativa	0.011	0.86
Condizioni di Lavoro	<0.001	0.70
Modello totale	<0.001	0.85

Tabella 2. Proprietà psicometriche del SAQ italiano

Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nella valutazione del livello di sicurezza del paziente all'interno delle sottoscale del questionario SAQ tra donne e uomini ( $p > 0,05$ ). La soddisfazione lavorativa è correlata positivamente con la valutazione del lavoro di squadra, il clima di sicurezza, la direzione ospedaliera e di reparto e le condizioni lavorative. Tuttavia, è stata riscontrata una correlazione negativa statisticamente significativa tra la soddisfazione lavorativa e il riconoscimento dello stress ( $p < 0,01$ ).

La valutazione della direzione ospedaliera, così come quella delle unità operative, sono correlate positivamente con il lavoro di squadra, il clima di sicurezza, la soddisfazione lavorativa e le condizioni sul lavoro ( $p < .001$ ). La Tabella 3 presenta i risultati del sondaggio condotto su diverse dimensioni dell'ambiente lavorativo. Ogni categoria include diverse affermazioni alle quali i partecipanti hanno risposto indicando il grado di accordo o disaccordo su una scala percentuale.

In generale, i risultati mostrano una buona percezione riguardo alla collaborazione tra il personale sanitario, con la maggior parte dei partecipanti che ritiene di ricevere supporto dai colleghi e che l'ambiente favorisce la comunicazione aperta e la risoluzione dei conflitti orientata al benessere del paziente. Tuttavia, emergono anche aree di preoccupazione, come la gestione degli errori e la difficoltà nel discuterne, insieme a percezioni negative riguardo alla gestione ospedaliera e dell'unità operativa.



	Agree <sup>(a)</sup> (%)	Disagree <sup>(b)</sup> (%)
<b>Teamwork Climate</b>		
1. I suggerimenti dell'infermiere vengono accolti positivamente in questa unità operativa.	69	20
2. In questa unità operativa è difficile parlare apertamente se percepisco un problema nella gestione di un paziente.	51	34
3. I disaccordi in questa unità operativa sono risolti in modo adeguato (ovvero, non chi ha ragione, ma cosa è meglio per il paziente).	69	17
4. Ricevo il supporto di cui ho bisogno dalle altre figure che si occupano dell'assistenza ai pazienti.	66	15
5. Qui è facile per il personale fare domande quando non capisce qualcosa.	77	9
6. Qui I medici e le infermiere lavorano insieme come una squadra ben coordinata.	63	23
<b>Safety Climate</b>		
7. Da paziente mi sentirei sicuro ad essere curato qui.	63	14
8. Gli errori medici sono gestiti appropriatamente in questa unità operativa.	47	11
9. In questa unità operativa, conosco i canali appropriati per indirizzare le domande relative alla sicurezza del paziente.	63	10
10. Ricevo feedback appropriati riguardo la mia performance.	48	23
11. In questa unità operativa è difficile discutere degli errori	40	38
12. Vengo incoraggiato dai miei colleghi a riferire qualsiasi preoccupazione posso avere riguardo la sicurezza del paziente.	62	12
13. La cultura in questa unità operativa rende facile imparare dagli errori degli altri.	54	14

	Agree <sup>(a)</sup> (%)	Disagree <sup>(b)</sup> (%)
<b>Job Satisfaction</b>		
15. Mi piace il mio lavoro.	90	3
16. . Lavorare qui è come fare parte di una grande famiglia.	57	20
17. Questo è un bell'ambiente dove lavorare.	62	20
18. Sono orgoglioso di lavorare in questa unità operativa.	67	11
19. Il morale in questa unità operativa è alto.	52	28
<b>Stress Recognition</b>		
20. Quando il mio carico di lavoro diviene eccessivo, la mia performance ne risulta compromessa.	76	11
21. Sono meno efficiente al lavoro quando sono stanco.	81	11
22. . È più probabile che commetta errori in situazioni di ostilità o tensione.	84	10
23. La stanchezza compromette la mia performance nelle situazioni di emergenza (per esempio, manovre di rianimazione di emergenza, crisi epilettiche).	53	24

	Agree <sup>(a)</sup> (%)	Disagree <sup>(b)</sup> (%)
<b>Perceptions of Hospital Management</b>		
24. La direzione supporta i miei sforzi quotidiani.	17	47
25. La direzione non mette consapevolmente a rischio la sicurezza del paziente.	43	18
26. La direzione sta facendo un buon lavoro.	25	31
27. I problemi personali vengono gestiti in modo costruttivo dalla nostra direzione	22	33
28. Ricevo informazioni adeguate e tempestive sugli eventi che possono influire sul mio lavoro da parte della direzione	29	33
<b>Perceptions of Unit Management</b>		
24. La direzione di UO supporta i miei sforzi quotidiani.	34	37
25. La direzione di UO non mette consapevolmente a rischio la sicurezza del paziente.	49	16
26. La direzione di UO sta facendo un buon lavoro.	38	25
27. I problemi personali vengono gestiti in modo costruttivo dalla nostra direzione di UO	34	31
28. Ricevo informazioni adeguate e tempestive sugli eventi che possono influire sul mio lavoro da parte della direzione di UO	42	28
<b>Working conditions</b>		
29. I livelli di assunzione del personale in questo servizio sono sufficienti a gestire il numero di pazienti.	25	66
30. Questo ospedale fa un buon lavoro per quanto riguarda la formazione del personale neoassunto.	38	40
31. Tutte le informazioni necessarie per le decisioni diagnostiche e terapeutiche sono sempre a mia disposizione.	46	23

	Agree <sup>(a)</sup> (%)	Disagree <sup>(b)</sup> (%)
32. I tirocinanti nella mia disciplina vengono adeguatamente	56	20
<b>Other questions</b>		
14. I miei suggerimenti sulla sicurezza sarebbero messi in atto se io li facessi presenti alla direzione.	29	31
33. Ho un buon rapporto di collaborazione con il personale infermieristico in questa unità operativa	87	5
34. Ho un buon rapporto di collaborazione con il personale medico in questa unità operativa.	45	29
35. Ho un buon rapporto di collaborazione con la farmacia ospedaliera	44	13
36. Sono frequenti problemi di comunicazione che portano a ritardi nell'erogazione delle cure.	31	39

(a) The percentage of "Agree slightly" and "Agree strongly" answers

(b) The percentage of "Disagree slightly" and "Disagree strongly" answers

Tabella 3. Caratteristiche degli item del SAQ

## Discussione

Sulla base dei risultati dello studio nessuno dei domini, ovvero lavoro di squadra, clima di sicurezza, percezione della gestione (direttiva o di unità operativa), riconoscimento dello stress, soddisfazione lavorativa e condizioni di Lavoro, ha ottenuto un risultato medio positivo superiore al 75.

Il riconoscimento dello stress è l'unico fattore nel SAQ che viene espresso in termini di auto-comportamento dei partecipanti. Il punteggio medio più alto del riconoscimento dello stress evidenzia la consapevolezza dei lavoratori riguardo gli effetti che possono avere gli agenti di stress sulle loro prestazioni.

Stanchezza, affaticamento e tensione rappresentano un fattore di indebolimento nella pratica e hanno una correlazione negativa con altri fattori di sicurezza. I dipartimenti di emergenza – urgenza sono un ambiente lavorativo impegnativo a causa della complessità delle malattie dei pazienti, della necessità di reagire rapidamente e prendere decisioni in caso di improvvisi cambiamenti nella salute e della dinamicità del lavoro del personale medico. Questo dato sottolinea l'importanza di affrontare in modo adeguato e proattivo le sfide legate allo stress lavorativo e alle pressioni connesse all'ambiente di lavoro, al fine di preservare la sicurezza e la qualità delle cure erogate.

Inoltre, emerge chiaramente che una buona collaborazione tra colleghi e lo scambio interdisciplinare sono valutati positivamente dagli infermieri come fattori determinanti per garantire una maggiore sicurezza al paziente. L'idea che il lavoro di squadra e la condivisione delle conoscenze e delle competenze tra i diversi membri del team possano migliorare l'efficacia e l'efficienza nell'affrontare situazioni critiche è ampiamente riconosciuta. Questo dimostra l'importanza di promuovere una cultura organizzativa che favorisca la comunicazione aperta e la collaborazione tra i professionisti della salute, al fine di ottimizzare i risultati per il paziente.

Lo studio ha mostrato che un maggiore coinvolgimento del personale direttivo sul luogo di lavoro migliora la sicurezza del paziente. La direzione dovrebbe cooperare attivamente con i propri dipendenti in modo continuativo anziché valutare e trarre conseguenze in caso di evento avverso.

Studi recenti hanno mostrato che la causa più comune degli errori nel lavoro, non è l'approccio scadente dell'infermiere al lavoro svolto, ma la scarsa organizzazione dell'assistenza sanitaria (15).

I risultati dello studio sono limitati dalle dimensioni e dalla rappresentatività del campione a causa dell'incompleta aderenza degli infermieri. Sono stati implementati diversi metodi per ottenere un alto tasso di risposta; ad esempio, i questionari sono stati distribuiti in forma elettronica tramite la collaborazione dei coordinatori infermieristici di ogni unità operativa.

## Conclusioni

In conclusione, l'indagine ha evidenziato una base per la cultura della sicurezza delle cure tra gli infermieri di Area Critica. Tuttavia, vi sono ancora opportunità per migliorare e consolidare questa cultura, al fine di garantire la massima sicurezza e qualità delle cure fornite ai pazienti in situazioni di emergenza e urgenza.

È possibile adottare una serie di strategie:

- Formazione continua: assicurarsi che gli operatori sanitari ricevano una formazione continua e aggiornata sulla gestione delle emergenze, sulle procedure standard e sulle migliori pratiche cliniche. Questo aiuterà a garantire che il personale sia preparato ad affrontare situazioni critiche in modo efficace e sicuro.
- Promuovere una cultura della sicurezza: creare un ambiente di lavoro che promuova apertura e trasparenza riguardo agli errori e agli eventi avversi. Incentivare il reporting e l'analisi degli incidenti per identificare le cause sottostanti e implementare misure correttive.
- Comunicazione efficace: potenziare la comunicazione interprofessionale tra i membri del team di emergenza, utilizzando ad esempio protocolli standardizzati di comunicazione e procedure di briefing e debriefing prima e dopo le situazioni critiche.
- Utilizzo di tecnologie innovative: integrare tecnologie innovative, come ad esempio sistemi di monitoraggio avanzati, dispositivi di assistenza alla decisione clinica e strumenti di comunicazione digitale, per migliorare la precisione e la tempestività delle cure.
- Risorse adeguate: assicurarsi che ci siano sufficienti risorse materiali e umane per gestire le emergenze in modo sicuro ed efficiente. Questo include l'adeguato dimensionamento del personale, l'accesso a strumentazione e attrezzature di alta qualità e l'ottimizzazione dei flussi di lavoro.
- Leadership e coinvolgimento del personale: coinvolgere attivamente il personale nelle decisioni riguardanti la sicurezza delle cure e incoraggiare una leadership che ponga l'accento sulla sicurezza e sulla qualità.

- Audits e monitoraggio delle prestazioni: condurre audit regolari e monitorare le prestazioni per valutare l'aderenza alle procedure, individuare eventuali aree di rischio e identificare opportunità di miglioramento continuo.
- Promozione della salute e del benessere del personale: investire nella salute e nel benessere del personale sanitario, fornendo supporto psicologico, programmi di gestione dello stress e promuovendo uno stile di vita sano. Un personale sano e motivato è essenziale per garantire cure sicure e di alta qualità.

## Bibliografia

1. Malinverno E. La qualità in sanità. Metodi e strumenti di clinical governance. Carocci Faber, 2013
2. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a new health care system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Shortt S. Patient Safety & Health System Governance: A review of approaches to governing the physician sector. [http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/results-resultats/2005-shortt\\_e.html](http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/results-resultats/2005-shortt_e.html) (consultato il 28.11.2023)
5. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *Br Med J* 2001; 322: 1413-7
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academies Press, 1999
7. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990
8. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. [http://www.who.int/patientsafety/reporting\\_and\\_learning/en/](http://www.who.int/patientsafety/reporting_and_learning/en/) (consultato in data 28.11.2023).
9. Bonaldi A, Focarile F, Torreggiani A. Curare la qualità. Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria. Guerini e Associati, Milano, 1994
10. Vincent CA, Taylor-Adams S, Stanhope N: Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal* 1998, 316:1154-1157.
11. Gelli F, Hazan M, Zorzit D, La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione. Giuffré, 2017
12. Ministero della Salute, La sicurezza delle cure. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
13. Helmreich RL, Merritt AC, Sherman PJ, Gregorich SE, Wiener EL: The Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). NASA/UT/FAA Technical Report 93-4. Austin, TX: The University of Texas; 1993
14. Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas SA, Pascu D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. *BMC Health Serv Res*.

15. Da Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto Context Enferm.* 2018; **27**: 10



