

Dal Rischio alla Resilienza

Sicurezza nelle organizzazioni sanitarie tra Safety I e Safety II:
il Safety Walkaround come strumento di analisi integrata

Candidato
Antonino Cannistrà
Chiara Vanzani
Elisa Bonomelli
Stefania Marotta

2026

Docente di progetto
Luciana Bevilacqua

GLI AUTORI

Antonino Cannistrà, Risk Manager, Istituti Ospedalieri Besciani spa,
antonino.cannistra@grupposandonato.it

Chiara Vanzani, Infermiera coordinatrice Risk Management, Istituti Ospedalieri Besciani spa,
chiara.vanzani@grupposandonato.it

Elisa Bonomelli, Infermiera Risk Manager, Centro Cardiologico Monzino,
elisa.bonomelli@cardiologicomonzino.it

Stefania Marotta, Infermiera, ASST Brianza,
stefaniamarotta92@gmail.com

INDICE

INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	7
METODOLOGIA ADOTTATA.....	7
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	10
1.1 FASE I: Sviluppo di un framework interpretativo.....	10
1.2 FASE II: Conduzione del Safety Walkaround	13
1.3 FASE III: Pianificazione dell’implementazione della SWA. studio pilota.....	17
1.4 FASE IV: Sviluppo di un modello di Debriefing: <i>Integrated SafetyWalkaround Debriefing</i>	21
A. Analisi e sintesi delle evidenze prodotte dal Framework Interpretativo	22
B. Preparazione del Deabriefing	23
C. Restituzione ed interpretazione condivisa delle evidenze	24
D. Learning Organizzativo	25
E. Prioritizzazione delle azioni di miglioramento.....	25
1.5 Analisi SWOT del progetto	27
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	28
CONTRIBUTO PERSONALE	29
RISULTATI ATTESI	30
CONCLUSIONI	31
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	32
BIBLIOGRAFIA	33
SITOGRAFIA	34
APPENDICE: Integrated SafetyWalkaround Debriefing (ISWD) – Simulazione.....	35
2.1. RUOLI.....	36
2.2. HERM.....	37
2.3. SAFETY-I - Vulnerabilità ricorrenti.....	38
2.4. SAFETY-II – Risorse e strategie adattative.....	39
2.5. ANALISI INTEGRATA dei modelli Safety-I e Safety-II:	40
2.6. Divergenze tra Work-as-Done (WAD) e Work-as-Imagined (WAI) nei diversi ruoli .	41
2.7. CAPACITÀ RESILIENTI (Hollnagel)	41
2.8. Evoluzione della rappresentazione della sicurezza durante l’intervista	42
2.9. La “densità narrativa” come indicatore di sicurezza percepita	42
3. CONCLUSIONE	42

INTRODUZIONE

Nel contesto dei sistemi socio-tecnici complessi, il concetto di sicurezza ha subito nel tempo una significativa evoluzione sia teorica sia operativa.

Tradizionalmente, la sicurezza è stata interpretata secondo il paradigma della Safety-I, che definisce uno stato sicuro come una condizione in cui “le cose vanno male il meno possibile”. Tale approccio si fonda su una logica reattiva, orientata all’analisi degli incidenti e degli errori, con l’obiettivo di individuarne le cause e prevenirne la ricorrenza. In questo modello, gli eventi avversi sono generalmente spiegati attraverso relazioni lineari di causa-effetto e ricondotti a fattori identificabili, tra cui l’errore umano, le carenze organizzative o i limiti tecnologici. In questo paradigma, dunque, gli incidenti e gli eventi avversi sono considerati il risultato di malfunzionamenti individuabili attraverso relazioni causali dirette.

L’evoluzione della Safety-I può essere compresa attraverso tre epoche storiche:

Prima epoca – La tecnologia è la principale fonte di rischio: rozza, inaffidabile, difficilmente controllabile.

Seconda epoca – Il fattore umano diventa l’anello debole: l’errore umano è visto come causa primaria degli incidenti.

Terza epoca – L’organizzazione emerge come elemento critico: cultura, processi, comunicazione e leadership diventano determinanti.

Nonostante il cambiamento dell’“anello debole”, la logica di fondo rimane invariata: la sicurezza è definita come assenza di eventi avversi.

In questo contesto si inserisce la teoria scientifica del lavoro (*Scientific Management Theory*) introdotta da Taylor all’inizio del XX secolo, i cui principi base sono:

- Analizzare i compiti per determinare la prestazione più efficiente, scomponendoli nelle loro parti elementari;
- Selezionare le persone per ottenere il miglior abbinamento tra necessità e capacità, evitando sovra o sotto qualificazione;
- Addestrare le persone per garantire una prestazione specifica;
- Sostenere l’adempimento del compito attraverso incentivi (anche economici) o altre forme di ricompensa.

Sulla base di questi principi, la sicurezza può essere migliorata attraverso un’attenta pianificazione del lavoro, fornendo istruzioni dettagliate e garantendo un adeguato addestramento, così da ridurre la variabilità delle prestazioni umane.

L’analisi degli incidenti e la valutazione dei rischi sottendono quindi una visione della sicurezza in cui il sistema funziona quando sono soddisfatte alcune condizioni fondamentali:

- I sistemi sono ben progettati e le funzioni delle componenti si integrano senza problemi per produrre il risultato desiderato; i progettisti sono in grado di prevedere ciò che può andare storto e di adottare le necessarie precauzioni (barriere, difese, tolleranza ai guasti);

- I sistemi sono costruiti secondo capitolati tecnici adeguati, con materiali idonei e correttamente mantenuti; le prestazioni delle componenti sono controllate e allineate alle specifiche progettuali
- Le procedure fornite sono complete e corrette;
- Le persone si comportano come previsto.

Da questa prospettiva deriva la conseguenza logica di ridurre o eliminare la variabilità, sia attraverso la standardizzazione del lavoro sia limitando ogni forma di variabilità prestazionale, così da mantenere elevata l'efficienza ed evitare malfunzionamenti o fallimenti.

La Safety-I promuove una visione bimodale, o binaria, delle attività lavorative, secondo la quale gli esiti possono essere classificati esclusivamente come accettabili o inaccettabili. In questo modello, lo stato normale è caratterizzato da un funzionamento conforme alle attese, mentre lo stato anormale coincide con il verificarsi di un guasto o di un errore. Di conseguenza, il compito del risk management consiste nel prevenire la transizione dallo stato normale a quello anormale, attraverso l'implementazione di barriere, procedure, standardizzazione e strategie volte alla riduzione della variabilità delle prestazioni.

Questa visione è coerente con modelli lineari di causalità, come la catena degli eventi, la piramide degli incidenti e la Root Cause Analysis. In tale prospettiva, le cause o i meccanismi che conducono agli eventi avversi sono considerati diversi da quelli che conducono agli esiti normali: se così non fosse, eliminare tali cause ridurrebbe anche la probabilità che le cose vadano bene, risultando controproducente.

In ottica Safety-I, i risultati sono classificati come accettabili o inaccettabili, ma nella realtà i criteri di accettabilità raramente sono netti e variano in funzione delle condizioni operative. Ciò che è accettabile in una situazione (ad esempio in presenza di forte pressione temporale) può non esserlo in un'altra. Esiste quindi una zona grigia, non ben definita, tra accettabile e inaccettabile. Inoltre, il giudizio può variare tra individui e nel tempo, influenzato da fattori come il senno di poi o la conferma ex post delle decisioni. La differenza non risiede tanto nel risultato in sé, quanto nella valutazione che se ne fa.

La visione binaria e lineare presenta limiti evidenti quando applicata a sistemi complessi caratterizzati da elevata interdipendenza tra le componenti e variabilità delle condizioni operative. In tali contesti, gli esiti emergono da interazioni dinamiche e spesso imprevedibili tra molteplici fattori, rendendo il paradigma Safety I talvolta riduttivo.

La prospettiva della Safety-II nasce proprio in risposta a queste criticità, proponendo un cambio di paradigma: la sicurezza viene ridefinita come la capacità del sistema di garantire che "le cose vadano bene il più possibile". L'attenzione si sposta quindi dagli eventi rari e negativi alle attività quotidiane, fondamentali per il funzionamento organizzativo. Comprendere perché le cose funzionano diventa così essenziale per capire anche perché talvolta falliscono.

Un elemento centrale della Safety-II è il riconoscimento della variabilità della prestazione umana come caratteristica inevitabile dei sistemi complessi. A differenza della prospettiva tradizionale, che la considera una deviazione indesiderata, la Safety-II la interpreta come una risorsa adattiva. Gli operatori infatti adattano continuamente il proprio comportamento alle condizioni reali, compensando carenze, gestendo imprevisti e garantendo la continuità operativa. La variabilità è quindi sistematica più che casuale.

Questa capacità di adattamento si manifesta attraverso diversi tipi di aggiustamenti: mantenimento di condizioni adeguate, compensazione di risorse mancanti e anticipazione di criticità future. Tali adattamenti, consapevoli o meno, costituiscono il fondamento sia della sicurezza sia dell'efficienza. Ne consegue che gli stessi meccanismi che producono esiti positivi possono, in certe condizioni, generare anche esiti negativi.

In questa prospettiva, gli esiti sono fenomeni emergenti, risultanti da combinazioni complesse e non lineari di variabilità. Il principio della causalità lineare lascia spazio al concetto di risonanza funzionale, secondo cui piccole variazioni possono amplificarsi reciprocamente producendo effetti significativi. Il metodo FRAM (Functional Resonance Analysis Method) analizza proprio queste interazioni tra funzioni.

Un sistema può oscillare con maggiore ampiezza a determinate frequenze (frequenze risonanti), per cui anche piccole sollecitazioni ripetute possono generare effetti rilevanti e potenzialmente dannosi. Inoltre, la variabilità della prestazione è sia reattiva sia proattiva: le persone agiscono non solo in base a ciò che accade, ma anche a ciò che si aspettano possa accadere, creando una rete di dipendenze tra funzioni.

Dal punto di vista metodologico, la Safety-II promuove un approccio proattivo basato sull'analisi del lavoro reale (work-as-done) piuttosto che su quello pianificato (work-as-imagined). Diventano quindi centrali l'osservazione diretta, le interviste e lo studio delle pratiche quotidiane.

Anche il processo di apprendimento organizzativo viene ripensato: gli eventi rari e gravi sono difficili da studiare, mentre quelli frequenti offrono maggiori opportunità di apprendimento. La Safety II valorizza quindi l'analisi delle attività quotidiane e dei piccoli aggiustamenti. L'apprendimento dovrebbe basarsi sulla frequenza più che sulla gravità, senza escludere l'analisi degli incidenti, ma integrandola.

La gestione della sicurezza deve inoltre includere la capacità di anticipare scenari futuri, accettando un certo grado di incertezza e investendo in risorse e competenze. Nella Safety-II la sicurezza è strettamente legata al concetto di resilienza, intesa come capacità di adattarsi e continuare a operare efficacemente, l'assenza del fallimento è il risultato di un impegno attivo.

In conclusione, il passaggio dalla Safety-I alla Safety-II rappresenta un'evoluzione significativa nel modo di concepire e gestire la sicurezza nei sistemi complessi. Esso implica un cambiamento culturale profondo, che integra il controllo degli errori alla comprensione delle dinamiche operative, valorizzando il ruolo attivo degli operatori e la loro capacità di adattamento. In questa prospettiva, la sicurezza non è più solo un obiettivo da raggiungere, ma un processo dinamico da sostenere e sviluppare continuamente.

Nonostante le differenze teoriche, è importante sottolineare che Safety-I e Safety-II non sono approcci mutuamente esclusivi, ma complementari. La prevenzione degli errori e l'analisi degli incidenti restano attività fondamentali, ma devono essere integrate con lo studio dei processi che portano al successo. Una gestione equilibrata della sicurezza richiede quindi la capacità di combinare entrambe le prospettive, adattandole al contesto specifico e alle caratteristiche del sistema.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

E se il futuro è nella combinazione delle esistenti pratiche di safety I con le complementari, e in qualche misura nuove, pratiche di Safety-II dove tutto ciò lascia spazio per una possibile Safety-III? (Hollnagel)

Il presente project work esplora il Safety Walkaround come possibile strumento di Risk Management, proponendo una metodologia di analisi testuale delle risposte che consenta di integrare le prospettive di Safety-I e Safety-II.

Obiettivo generale

- Integrare il paradigma Safety-II nelle attività aziendali di Risk Management.
- Valutare l'applicabilità del Safety Walkaround come strumento di Risk Management in grado di fornire elementi di analisi in un'ottica di complementarità Safety-I e Safety-II

Obiettivi specifici legati all'utilizzo delle Safety Walkaround

- Analizzare le strategie di adattamento messe in atto dagli operatori per fronteggiare la variabilità operativa.
- Identificare pratiche resilienti che consentono il mantenimento di elevate performance di sicurezza.
- Promuovere il coinvolgimento attivo del personale nei processi di gestione del rischio.
- Individuare aree di miglioramento organizzativo partendo da risorse già presenti nel sistema.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il progetto nasce dall'esigenza di individuare uno strumento di indagine applicabile in ambito di Risk Management che consenta di rilevare e analizzare i fenomeni organizzativi in una prospettiva integrata tra Safety-I e Safety-II. È stato adottato un approccio qualitativo, orientato alla comprensione del lavoro reale (work-as-done) e delle dinamiche operative che caratterizzano i contesti sanitari complessi.

Coerentemente con il paradigma della Safety-II, la principale fonte di informazione è rappresentata dagli operatori direttamente coinvolti nelle attività oggetto di analisi; strumenti privilegiati per la raccolta dei dati sono l'intervista e, secondariamente, l'osservazione sul campo.

Il Safety Walkaround è stato individuato dal gruppo di lavoro del presente project, come strumento privilegiato per raccogliere in modo sistematico narrazioni, percezioni ed evidenze relative ai fattori che influenzano la sicurezza, l'efficienza e la qualità del lavoro. Si è ipotizzato che gli item proposti dallo strumento permettessero di far emergere, in maniera complementare, sia elementi riconducibili alla prospettiva Safety-I (criticità, errori, vulnerabilità), sia aspetti tipici della Safety-II (adattamenti, strategie compensative, pratiche resilienti).

Le informazioni raccolte sono state successivamente sottoposte ad un'analisi qualitativa di tipo testuale, guidata da un framework interpretativo sviluppato dagli autori del presente project work. Tale framework è finalizzato a classificare e interpretare le risposte in una logica integrata Safety I–Safety -II, consentendo una lettura multidimensionale dei dati.

L'analisi è stata condotta mediante la codifica delle risposte all'interno di categorie analitiche predefinite, ciascuna delle quali rappresenta una specifica chiave di lettura del fenomeno osservato. Questo approccio consente di individuare simultaneamente criticità, risorse del sistema e strategie adattive, favorendo una comprensione più completa e sistemica dei processi organizzativi.

Al fine di aumentare l'affidabilità dell'analisi qualitativa, è stata prevista una triangolazione tra più valutatori, con successivo confronto e discussione delle codifiche fino al raggiungimento di un consenso interpretativo condiviso.

A conclusione della triangolazione, è prevista una fase successiva di debriefing con i professionisti coinvolti nelle attività assistenziali.

Il debriefing rappresenta un momento strutturato di confronto e validazione reciproca, durante il quale i risultati elaborati dalla leadership vengono condivisi con gli operatori di prima linea. L'obiettivo è verificare la coerenza tra l'interpretazione dei dati raccolti e la reale esperienza quotidiana dei professionisti, riducendo il rischio di valutazioni basate esclusivamente sulla prospettiva manageriale. Questo confronto consente di approfondire le cause delle criticità individuate, comprendere meglio le condizioni operative reali e far emergere eventuali elementi che potrebbero non essere stati colti durante la fase osservazionale.

In una logica integrata Safety-I e Safety-II, il debriefing non si limita alla conferma dei problemi rilevati, ma permette anche di riconoscere e valorizzare le strategie di adattamento, le pratiche efficaci e i fattori che contribuiscono al successo delle attività assistenziali. In tal modo, il processo favorisce una comprensione condivisa del sistema di lavoro e supporta la definizione di interventi di miglioramento maggiormente aderenti alla realtà operativa e più efficaci nel promuovere la sicurezza delle cure.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il progetto è rivolto innanzitutto alla leadership aziendale dell'ospedale, comprendendo la Direzione Strategica, la Direzione Sanitaria, i responsabili delle unità operative e i professionisti coinvolti nelle attività di Risk Management. Il coinvolgimento di tali figure è fondamentale per garantire il supporto organizzativo necessario all'implementazione delle Safety Walkaround (SWA), favorire la diffusione della cultura della sicurezza e tradurre le evidenze raccolte durante le visite in azioni concrete di miglioramento.

Tra i destinatari rientrano inoltre i professionisti direttamente coinvolti nelle Safety Walkaround, quali medici, infermieri, operatori socio-sanitari, coordinatori e altri operatori sanitari che operano nei contesti assistenziali oggetto delle osservazioni. La loro partecipazione attiva consente di raccogliere informazioni sul lavoro reale, identificare criticità e rischi latenti, ma anche valorizzare le strategie e gli adattamenti che quotidianamente permettono di garantire cure sicure ed efficaci.

L'inclusione congiunta della leadership e degli operatori di prima linea rispecchia i principi della Safety-I e della Safety-II: da un lato favorisce l'identificazione e la gestione dei rischi e degli eventi avversi, dall'altro permette di comprendere e rafforzare i fattori che contribuiscono al buon funzionamento del sistema. In questo modo le Safety Walkaround diventano uno strumento di dialogo e apprendimento organizzativo condiviso, capace di promuovere una cultura della sicurezza partecipativa e orientata al miglioramento continuo.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

Il progetto si sviluppa a partire dall'esigenza di tradurre i principi teorici della Safety-II in strumenti operativi concretamente applicabili nei contesti sanitari, mantenendo al contempo un'integrazione con le pratiche consolidate della Safety-I. In questa prospettiva, è stato progettato un percorso strutturato che consente di raccogliere, analizzare e interpretare dati qualitativi derivanti dall'esperienza diretta degli operatori, con l'obiettivo di ottenere una rappresentazione più completa del funzionamento del sistema.

L'intero impianto progettuale è stato articolato in fasi sequenziali e interconnesse, ciascuna delle quali contribuisce alla costruzione di un processo di analisi sistematico e replicabile. In particolare, il progetto prevede: la definizione di un framework interpretativo, la conduzione dei Safety Walkaround, l'analisi testuale delle informazioni raccolte, il debriefing con i partecipanti alla SWA e, infine, la valorizzazione dei dati ai fini del miglioramento organizzativo.

Questa articolazione consente non solo di strutturare la raccolta dei dati, ma anche di favorire una lettura integrata dei fenomeni osservati, supportando l'identificazione di azioni di miglioramento basate sia sulle criticità sia sulle risorse del sistema.

1.1 FASE I: Sviluppo di un framework interpretativo

Una volta individuato e confermato l'utilizzo della *Safety Walkaround* (SWA) come strumento di indagine, si è resa necessaria la progettazione di un sistema strutturato di raccolta e analisi dei dati. In particolare, è stato sviluppato un framework interpretativo finalizzato a decodificare e classificare in modo sistematico le informazioni raccolte durante le interviste, integrando le prospettive teoriche della Safety-I e della Safety-II.

In primo luogo, è stata considerata la **qualifica dell'operatore**, al fine di contestualizzare le risposte in relazione al ruolo organizzativo del partecipante e alla sua posizione all'interno del sistema.

Sono poi state individuate specifiche categorie analitiche, utili a garantire una lettura multidimensionale dei dati, capace di cogliere sia gli elementi di criticità sia le risorse resilienti presenti nel sistema, individuabili nelle risposte fornite dagli operatori durante i SWA.

Sono state selezionate otto categorie analitiche:

I.	Fattori contribuenti di Vincent	VI.	Work As Imagined (WAI)
II.	Risk Model - HERM	VII.	Aggiustamento della
III.	Paradigmi Safety I		Prestazione
IV.	Paradigmi Safety II	VIII.	Resilienza
V.	Work As Done (WAD)		

CATEGORIE ANALITICHE

I- Fattori contribuenti di Vincent

I fattori contribuenti di **Vincent** consentono di analizzare le risposte nei seguenti elementi:

- Contesto istituzionale;
- Fattori organizzativi e gestionali;
- Fattori legati all'ambiente lavorativo;
- Fattori legati al team;
- Fattori individuali del personale;
- Fattori legati ai compiti;
- Fattori legati al paziente.

II- Risk Model o tassonomia dei rischi— HERM Regione Lombardia

La tassonomia dei rischi **HERM (Healthcare Enterprise Risk Management)** consente una classificazione dei rischi secondo le seguenti categorie e sottocategorie:

RISCHI CLINICO-SANITARI		RISCHI ESTERNI	RISCHI FINANZIARI	RISCHI STRATEGICI	RISCHI OPERATIVI		RISCHI DI CONFORMITÀ (COMPLIANCE)
Anestesiologico	Identificazione del paziente	Contesto socio-economico nazionale e regionale	Contabilità e reporting finanziario	Comunicazione e relazioni istituzionali	Attività, processi e procedure	Gestione apparecchiature sanitarie	Anticorruzione
Assistenziale	Infezioni correlate all'assistenza				Asset infrastrutturali e tecnologia	Gestione farmaci e dispositivi medici	Codice etico
Atti di autolesione e tentativi di suicidio	Ostetrico e neonatale, inclusi i trigger	Eventi naturali e accidentali	Erariale patrimoniale	Governance	Business Continuity	Illeciti interni	Contrattualistica e controversie legali
Caduta	Prevenzione				Comunicazione e relazioni	Informativa e reporting	Normativa (regionale, nazionale, comunitaria)
Chirurgico	Sperimentazioni cliniche	Evoluzione del contesto normativo	Fiscale	Immagine/Reputazione	Continuità e coordinamento percorsi assistenziali	Persone e cultura	Regolamenti interni
Diagnostico	Terapeutico				Investimenti e patrimonio	Salute, sicurezza e ambientale	Sicurezza delle informazioni e tutela privacy
Gestione / redazione documenti	Trasfusionale	Gestione Terze Parti	Liquidità e credito	Planificazione strategica	Edifici e spazi comuni		
		Illeciti esterni	Tassi d'interesse	Sistema di Controllo Interno			
		Sicurezza informatica					

 Sotto-categorie di rischio su cui l'azienda può attivare la classificazione di terzo livello

Il Risk Model rappresenta uno strumento rispetto al quale classificare tutti i possibili rischi rilevati nelle diverse aree aziendali e nei processi in esame e sarà in questo project finalizzato a classificare i rischi sottesi nelle risposte dei partecipanti alle SWA.

III- Paradigmi Safety I

La codifica delle risposte ottenute in ottica *Safety I* consente di individuare deviazioni, errori, carenze di risorse, interruzioni dei processi, problemi comunicativi, violazioni di procedure e vulnerabilità latenti.

IV- Paradigmi Safety II

La codifica delle risposte in ottica *Safety II* permette invece di identificare adattamenti operativi, strategie di compensazione, forme di coordinamento efficace e segnali di resilienza operativa, capacità di anticipare e flessibilità del team.

CATEGORIE ANALITICHE	
V-	Work As Done (WAD)
Il lavoro reale è diverso dal lavoro immaginato, pianificato. Il <i>Work As Done</i> riflette la realtà operativa, caratterizzata da continui adattamenti alle condizioni contingenti. L'obiettivo è individuare nelle risposte fornite dagli operatori (linea del fronte) scorciatoie, adattamenti, compensazioni, pratiche locali.	
VI-	Work As Imagined (WAI)
Il <i>Work As Imagined</i> rappresenta la visione formale e pianificata del lavoro. La distanza tra queste due dimensioni costituisce un elemento chiave per comprendere sia le criticità sia le strategie di successo del sistema.	
VII-	AGGIUSTAMENTO della PRESTAZIONE
Nell'ottica della Safety-II un aspetto da indagare è come le persone adattano la loro prestazione alla situazione. Il concreto aggiustamento è correlato all'ambiente e al momento specifico ed è quindi impossibile fornire categorie universalmente applicabili ma si possono osservare le ragioni per cui le persone adattano la loro prestazione e, sulla base di ciò, proporre alcuni caratteristici tipi di aggiustamento. • MANTENERE/CREARE condizioni che possano essere utili in caso di problemi futuri • EVITARE qualsiasi cosa che può avere conseguenze negative per sé stessi, per il proprio gruppo, per l'organizzazione • COMPENSARE PER condizioni inaccettabili, così che diventi possibile fare il proprio lavoro	
VIII-	RESILIENZA
Infine, l'analisi ha incluso una valutazione delle capacità di resilienza del sistema, secondo i quattro pilastri individuati da Hollnagel: • Rispondere capacità di reagire a ciò che accade • Monitorare capacità di percepire segnali deboli • Anticipare capacità di prevedere ciò che potrebbe accadere • Imparare capacità di migliorare sulla base dell'esperienza	

NOTE INTERPRETATIVE: A completamento del processo analitico, è stata prevista una sezione dedicata alle note interpretative, utile a registrare elementi contestuali, condizioni operative e considerazioni qualitative emerse durante l'analisi, al fine di arricchire la comprensione complessiva dei fenomeni osservati.

È stato quindi realizzato un database in Excel nel quale ciascuno degli elementi sopra descritti corrisponde ad una etichetta di colonna.

ITEM SWA	QUALIFICA	TRASCRIZIONE LETTERALE della risposta fornita durante il SWA	FATTORI di VINCENT	HERM CATEGORIE	HERM SOTTOCATEGORIE

Le specifiche modalità di utilizzo del Framework saranno dettagliate nel paragrafo 1.4

1.2 FASE II: Conduzione del Safety Walkaround

Come già anticipato, negli ultimi anni, l'attenzione delle organizzazioni sanitarie si è progressivamente spostata verso approcci strutturali e sistematici di prevenzione del rischio, in risposta alla crescente esigenza di garantire standard elevati di sicurezza e qualità.

Il Safety Walk Round (SWR), ispirato al concetto di Gemba Walk sviluppato nell'ambito della Lean Production, è stato introdotto da Frankel nei primi anni 2000, quale metodologia proattiva finalizzata al miglioramento della cultura della sicurezza e all'identificazione precoce dei rischi nei contesti sanitari.

Nel corso degli ultimi vent'anni, il quadro normativo relativo alla gestione del rischio clinico, all'interno del quale si collocano le Raccomandazioni Ministeriali, si è progressivamente sviluppato attraverso l'emanazione di provvedimenti e documenti di riferimento che tuttora costituiscono strumenti fondamentali per gli operatori sanitari. Tra questi si annovera il Manuale Safety Walk Round (*Ministero della Salute; 2012*).

Attraverso visite periodiche nelle unità operative, i manager e i professionisti coinvolti nella governance possono promuovere un confronto aperto e costruttivo con gli operatori sanitari, osservando le attività in tempo reale, raccogliendo feedback ed intercettando precocemente potenziali criticità prima che queste si trasformino in eventi avversi o problematiche strutturate.

Tale approccio consente di sviluppare una conoscenza approfondita delle dinamiche operative e di favorire un dialogo bidirezionale che permette di acquisire informazioni direttamente dagli operatori coinvolti nei processi assistenziali.

Il metodo contribuisce inoltre a rafforzare il rapporto di fiducia tra management e professionisti sanitari, promuovendo un ambiente di lavoro nel quale la segnalazione della criticità non viene percepita come un elemento sanzionatorio, bensì come un'opportunità di apprendimento e di miglioramento.

L'introduzione del Safety Walkaround (SWA) comporta un investimento iniziale in termini di risorse organizzative e professionali; tuttavia, i benefici attesi si riflettono sulla sicurezza del paziente, sull'efficienza dei processi assistenziali e sul benessere degli operatori.

Il processo di implementazione della metodica si sviluppa attraverso diverse fasi, rappresentate nella Flow Chart riportata di seguito, ciascuna delle quali risulta essenziale per garantire l'efficacia dell'iniziativa e assicurarne la continuità nel tempo:

1. **Pianificazione della visita.** Questa fase prevede la definizione degli obiettivi specifici, la selezione delle unità operative da coinvolgere e l'individuazione dei componenti del team sulla base di criteri chiari e condivisi. La predisposizione di un setting adeguato, la limitazione di interruzioni, la programmazione degli incontri in accordo con gli operatori e la diffusione preventiva di materiale informativo rappresentano elementi fondamentali per il successo dell'iniziativa.
2. **Osservazione sul campo.** Durante la visita, i professionisti dell'area qualità e risk management osservano direttamente le attività assistenziali e interagiscono con gli operatori sanitari al fine

di raccogliere informazioni relative a criticità organizzative o a potenziali barriere alla sicurezza del paziente in un'ottica collaborativa improntata al dialogo aperto e costruttivo.

3. **Conduzione della Safety Walkaround.** Le interviste strutturate vengono effettuate in gruppi multidisciplinari composti da 5 o 6 professionisti (consigliabile, al fine di mantenere la confidenzialità ascoltare il Coordinatore ed il Direttore di Struttura in sede separata). Le 13 domande proposte dal modello Frankel vengono poste in ordine cronologico dal Risk Manager. Al fine di favorire la partecipazione di tutti i componenti del gruppo, è opportuno invitare a turno ciascun professionista a rispondere per primo ad una domanda. Un componente del team del rischio o un suo delegato, assume il ruolo di segretario per la registrazione delle risposte su carta. La durata dell'incontro, preventivamente concordata, non dovrebbe superare i 60minuti.

DOMANDE per l'INTERVISTA STRUTTURATA	
Safety Walkaround (SWA)	
1	Siete stati in grado di seguire i vostri pazienti nel modo più sicuro questa settimana? Se no perché?
2	Quali sono per voi (nella unità operativa) le tre aree maggiormente problematiche per la vostra pratica lavorativa (con riferimento alla sicurezza del paziente)?
3	Potete descrivere in che modo la comunicazione nell'ambito della vostra equipe operativa può facilitare o ostacolare la qualità e la sicurezza della assistenza?
4	Potete descrivere in che modo nella vostra Unità si lavora come un team?
5	Ci sono stati quasi eventi che avrebbero potuto provocare danno al paziente?
6	Quando commettete/intercettate un errore, avete la disponibilità/possibilità di discuterne all'interno della vostra U.O. senza timore? Se sì, con chi?
7	Avete implementato strategie personali per la prevenzione dell'accadimento di possibili errori?
8	Cosa si potrebbe fare per impedire il prossimo evento avverso?
9	Cosa pensate che nella vostra Unità si potrebbe fare regolarmente per migliorare la sicurezza del paziente?
10	I vostri pazienti o i loro familiari hanno espresso preoccupazioni riguardo alla sicurezza?
11	Avete discusso di problemi legati alla sicurezza con i pazienti o i loro familiari?
12	Quale particolare intervento della leadership renderebbe il vostro lavoro più sicuro per i pazienti?
13	Cosa renderebbe più efficace questa intervista?

TABELLA 1.1 INTERVISTA STRUTTURATA SWA(Frankel; 2003)

<https://www.ihl.org/library/tools/patient-safety-leadership-walkrounds>

4. **Analisi delle evidenze raccolte e debriefing.** Le informazioni emerse vengono successivamente analizzate per categorizzare le problematiche individuate, valutarne l'impatto sulla sicurezza e definire le priorità di intervento. Dopo l'analisi è importante la fase di debriefing, prima di implementare le azioni correttive, per verificare la coerenza tra l'interpretazione dei dati raccolti e la reale esperienza quotidiana dei professionisti, riducendo il rischio di valutazioni basate esclusivamente sulla prospettiva manageriale.
Il debriefing rappresenta inoltre un'importante occasione di confronto multidisciplinare, favorendo la riflessione sui rischi identificati e sulle strategie di compensazione, la diffusione delle buone pratiche e il consolidamento di un approccio orientato al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.
5. **Implementazione delle azioni correttive.** In questa fase vengono pianificate e attuate le misure di miglioramento necessarie, attraverso la revisione di procedure, l'aggiornamento di protocolli e la realizzazione di interventi formativi mirati.
6. **Restituzione dei risultati e feedback agli stakeholder.** Al termine dell'analisi delle evidenze raccolte, i risultati della Safety Walkaround vengono restituiti ai professionisti intervistati e agli stakeholder coinvolti (Direzione Strategica, Direttore di Struttura e Coordinatori) attraverso momenti strutturati di feedback. La condivisione delle criticità emerse, delle azioni correttive individuate e delle opportunità di miglioramento consente di promuovere la partecipazione attiva degli operatori e di rafforzare la cultura della sicurezza.
7. **Monitoraggio e valutazione dell'efficacia.** Gli interventi implementati vengono monitorati nel tempo al fine di valutarne l'efficacia nel breve, medio e lungo periodo, favorendo il miglioramento continuo della sicurezza e della qualità assistenziale.

L'applicazione sistematica della Safety Walkaround consente di integrare la gestione proattiva del rischio nella pratica organizzativa quotidiana, favorendo il dialogo multidisciplinare, la condivisione delle criticità e l'attivazione di interventi di miglioramento. In tale prospettiva, la letteratura raccomanda l'esecuzione della metodica con una frequenza almeno annuale, al fine di garantirne l'efficacia e la continuità nel tempo (*Ministero della Salute; 2012*).



1.3 FASE III: Pianificazione dell'implementazione della SWA. studio pilota

La fase di implementazione rappresenta il momento di traduzione operativa del modello progettato ed è finalizzata a garantire la sostenibilità dell'iniziativa nel tempo, attraverso una pianificazione strutturata delle attività, delle responsabilità e delle tempistiche.

L'introduzione della Safety Walkaround quale strumento proattivo di Risk Assessment, basato su visite e interviste strutturate orientate ai temi della sicurezza, richiede il coinvolgimento di molteplici dimensioni organizzative e assistenziali, interessando non soltanto la singola unità operativa, ma l'intera organizzazione sanitaria.

Tra le principali variabili da considerare rientrano la storia e la cultura dell'organizzazione, le politiche aziendali, la struttura organizzativa, i processi assistenziali, i meccanismi operativi, la distribuzione dei ruoli e delle responsabilità, gli eventi avversi e gli eventi sentinella registrati, la visione aziendale in tema di sicurezza e il livello di coinvolgimento e competenza degli operatori rispetto ai temi della qualità e della gestione del rischio.

Affinché il progetto possa essere implementato con successo, risulta fondamentale il coinvolgimento attivo degli stakeholder strategici, quali la Direzione Sanitaria, il Risk Manager, i Responsabili delle unità operative, i coordinatori e i professionisti sanitari. In tale contesto il Risk Manager assume un ruolo di leadership e coordinamento del cambiamento organizzativo, favorendo la condivisione degli obiettivi, il coinvolgimento degli operatori e la promozione della cultura della sicurezza.

La prima fase operativa prevede pertanto l'ingaggio degli stakeholder e la pianificazione delle attività progettuali, mediante la definizione degli obiettivi specifici e la condivisione delle finalità dell'intervento.

Successivamente si procede alla formalizzazione condivisa della metodologia di implementazione della Safety Walkaround, con la definizione dei ruoli, delle responsabilità e delle modalità operative. A tal fine, l'utilizzo di strumenti organizzativi quali la matrice RACI (Tabella 1.2) può favorire una chiara attribuzione delle responsabilità e contribuire alla sostenibilità del progetto nel tempo.

Matrice RACI

La Matrice RACI costituisce uno strumento di governance e coordinamento organizzativo finalizzato a definire in modo chiaro, univoco e tracciabile ruoli, funzioni e livelli di responsabilità dei professionisti coinvolti nell'attuazione del presente processo.

L'acronimo RACI identifica le differenti tipologie di coinvolgimento attribuite ai professionisti per ciascuna attività prevista:

- R = (Responsible): soggetto incaricato dell'esecuzione operativa dell'attività;
- A = (Accountable): soggetto responsabile del raggiungimento dell'obiettivo;
- C = (Consulted): soggetto coinvolto per pareri o competenze tecniche;
- I = (Informed): soggetto informato sullo svolgimento e gli esiti delle attività

Attività	Risk Manager	Direzione	Coordinatore/ Direttore di Struttura	Operatori Intervistati
Pianificazione	A/R	A	C	I
Conduzione SWA	A/R	/	C	C
Analisi dei Dati	A/R	/	/	/
Azioni Correttive	A/R	A	C	C
Monitoraggio	A/R	A	I	I

TABELLA 1.2 "MINI MATRICE RACI del PROCESSO di IMPLEMENTAZIONE"

Particolare rilevanza assume inoltre la formazione del team incaricato della conduzione delle Safety Walkaround, attraverso attività formative e di affiancamento operativo finalizzate a garantire la conoscenza dello strumento, delle sue fasi applicative e del framework adottato per la raccolta e la classificazione delle informazioni.

Al fine di limitare le criticità organizzative e favorire una graduale integrazione della metodologia nei processi aziendali, si propone l'avvio di un progetto pilota all'interno del blocco operatorio, considerato un contesto ad elevata complessità organizzativa, assistenziale e relazionale.

Il setting individuato coinvolge professionisti appartenenti a diverse figure professionali, tra cui chirurghi, anestesisti, infermieri, coordinatori e operatori socio-sanitari, al fine di favorire una lettura multidisciplinare dei processi e delle dinamiche organizzative.

L'eventuale estensione della Safety Walkaround ad altre unità operative consentirebbe successivamente di confrontare differenti contesti assistenziali e promuovere una cultura della sicurezza condivisa a livello aziendale.

Tabella Metodologica Riassuntiva

La Tabella 1.3 riassume gli elementi metodologici del progetto, consentendo una visione sintetica del contesto di applicazione, degli attori coinvolti e delle modalità di implementazione della metodologia.

TABELLA METODOLOGICA RIASSUNTIVA	
Setting	Blocco Operatorio individuato come unità pilota
Popolazione Coinvolta	Chirurghi, Anestesisti, Infermieri, Coordinatori, OSS
Stakeholder	Direzione Sanitaria, Risk Manager, Direttore di Struttura, Coordinatori
Metodologia	Safety Walkaround secondo il Modello di Frankel
Approccio Teorico	Safety I - Safety II e Miglioramento Continuo
Strumento di Raccolta Dati	Intervista Strutturata e trascrizione cartacea delle risposte
Analisi dei Dati	Categorizzazione con Framework interpretativo
Validazione	Triangolazione dei Ricercatori
Cronoprogramma	Diagramma di Gantt
Prospettive Future	Estensione ad altre Unità Operative

TABELLA 1.3: METODOLOGIA RIASSUNTIVA di IMPLEMENTAZIONE della SWA

Al fine di tradurre operativamente il progetto e garantirne la sostenibilità organizzativa, è stato predisposto un diagramma di Gantt volto a definire le principali attività progettuali, le relative tempistiche e i soggetti coinvolti nelle diverse fasi di implementazione della Safety Walkaround.

Il cronoprogramma è articolato in cinque macrofasi che richiamano il ciclo di miglioramento continuo PDCA (*Plan–Do–Check–Act*), ciascuna caratterizzata da specifici obiettivi e attività operative:

- 1. Pianificazione e Preparazione del Progetto;**
- 2. Verifica preliminare del Framework di Analisi;**
- 3. Implementazione della Sperimentazione Pilota;**
- 4. Analisi e Valutazione dei Dati Raccolti;**
- 5. Restituzione, Miglioramento ed Estensione della Metodologia.**

Tale articolazione consente di rappresentare in maniera sistematica il percorso di implementazione della Safety Walkaround, favorendo il coordinamento delle attività, la definizione delle responsabilità e la programmazione delle azioni di miglioramento in un'ottica di apprendimento organizzativo e miglioramento continuo.

DIAGRAMMA di GANTT: FASI di IMPLEMETAZIONE della SWA									
		GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN
FASE 1	Definizione del Gruppo di Lavoro								
	Coinvolgimento ed identificazione degli Stakeholder								
	Formazione del Personale per utilizzo della SWA								
	Costruzione del Framework di Analisi								
	Condivisione e Definizione degli Obiettivi								
	Definizione U.O. per Sperimentazione Pilota								
FASE 2	Test Preliminare del Framework								
FASE 3	Coinvolgimento dei professionisti intervistati								
	Osservazione sul Campo								
	Inizio della Sperimentazione in S.O.								
FASE 4	Categorizzazione ed Analisi dei Dati								
	Identificazione Rischi e Criticità								
	Individuazione delle Barriere di Sicurezza presenti								
	Analisi delle Pratiche Adattative e delle Strategie Resilienti								
	Valorizzazione delle Buone Pratiche e dei fattori di successo								
	Definizione delle Priorità di Intervento								
FASE 5	Debriefing								
	Restituzione agli Stakeholder								
	Definizione e condivisione delle azioni di miglioramento								
	Costruzione Indicatori di Monitoraggio								
	Raccolta dei feedback degli operatori sull'esperienza								
	Estensione della SWA a tutte le U.O.								
	Programmazione Annuale SWA								

Al momento della stesura del presente project work, il progetto si trova nella fase iniziale di implementazione e risultano concluse le attività di pianificazione, definizione del framework di analisi e predisposizione degli strumenti operativi. Non essendo ancora disponibili dati derivanti dall'applicazione della Safety Walkaround nelle unità operative individuate, non è stato possibile procedere alla sperimentazione sul campo della metodologia proposta.

Al fine di effettuare una prima verifica della struttura e della funzionalità del framework elaborato, si è pertanto deciso di applicarlo a dati raccolti nell'ambito di un'esercitazione svolta durante il percorso formativo. Tale applicazione ha consentito di testare preliminarmente il sistema di raccolta, categorizzazione e analisi delle informazioni, valutandone la coerenza interna e la capacità di organizzare le evidenze emerse.

Pur non configurandosi come una sperimentazione in contesto reale, questa fase rappresenta un'importante occasione di verifica preliminare dello strumento e fornisce indicazioni utili per eventuali revisioni e perfezionamenti del framework prima della sua futura applicazione nelle unità operative coinvolte.

1.4 FASE IV: Sviluppo di un modello di Debriefing: Integrated SafetyWalkaround Debriefing (ISWD)

A conclusione della fase di analisi delle informazioni raccolte durante la Safety Walkaround, si propone l'introduzione di un momento strutturato di debriefing con gli operatori coinvolti nella SWA.

La letteratura relativa alle Safety Walkaround descrive ampiamente le modalità di conduzione delle visite, il ruolo della leadership e l'importanza del feedback agli operatori; tuttavia non si è evidenziato un modello strutturato di debriefing che integri in modo esplicito i principi della Safety-I e della Safety-II. In ottica di ciò, il framework interpretativo sviluppato nel presente project non è stato concepito solo come un semplice sistema di classificazione dei dati in categorie analitiche (fattori contribuenti di Vincent, modello HERM, paradigmi Safety-I e Safety-II, Work-as-Done, Work-as-Imagined, pratiche di aggiustamento della prestazione e capacità di resilienza), ma come uno strumento capace di trasformare i risultati dell'analisi qualitativa in elementi strutturati e funzionali alla conduzione di un momento di restituzione.

In tale prospettiva, gli autori propongono un modello concettuale denominato **Integrated Safety Walkaround Debriefing (ISWD)**, quale fase conclusiva del percorso metodologico.

L'analisi testuale attraverso il Framework interpretativo e l'ISWD, non rappresentano due strumenti distinti, bensì due componenti integrate dello stesso modello metodologico:

- Il framework ha la funzione di produrre un quadro sintetico, coerente e rappresentativo delle evidenze emerse dall'analisi e rappresenta l'input per la conduzione dell'ISWD.
- L'ISWD si configura come uno strumento di apprendimento, che favorisce il confronto multidisciplinare attraverso il quale le interpretazioni emerse dal framework vengono trasformate in conoscenza condivisa e successivamente in decisioni organizzative.

Il percorso complessivo si sviluppa nei momenti seguenti:

A. Analisi e sintesi delle evidenze prodotte dal Framework Interpretativo

L'analisi delle informazioni raccolte è stata condotta attraverso una procedura strutturata di organizzazione e lettura dei dati mediante foglio di calcolo (Excel), al fine di rendere le risposte confrontabili, interrogabili e interpretabili in modo sistematico.

Ciascuna risposta è stata riportata in formato testuale all'interno del file Excel, organizzata per riga (unità di analisi) e associata alle specifiche colonne definite nel framework di classificazione descritto nel paragrafo precedente. Le intestazioni di colonna (ruolo, fattori contribuenti di Vincent, modello HERM, paradigmi Safety-I e Safety-II, Work-as-Done, Work-as-Imagined, pratiche di aggiustamento della prestazione e capacità di resilienza), rappresentano pertanto le dimensioni analitiche attraverso cui i contenuti vengono letti e interpretati.

Per ogni unità testuale, l'analisi prevede:

- La lettura integrale della risposta;
- L'individuazione dei contenuti rilevanti rispetto alle dimensioni di analisi;
- La compilazione delle colonne corrispondenti attraverso l'inserimento di etichette sintetiche, parole chiave o brevi descrizioni coerenti con il contenuto espresso.

ITEM VWA	QUESTIONE	TRASCRIZIONE LETTERALE della risposta fornita Risposta e Note	etichetta	ATTORI E VINCENT	HERM CATEGORIA	HERM SOTTOCATEGORIA	SAFETY I	SAFETY II	WAD	WAI	PRATICHE DI AGGIUSTAMENTO RESPONSE	Capacità della RESILIENT	NOTE
1	Good int	Dal punto di vista informativo l'esperto è informato, competente, conosce il numero di reparto, il documento, la difficoltà maggiore è dare dietro agli omopoli, non sono pochi e dobbiamo seguire tutti	Attegiamento in affermazione per i soli	AMBIENTE LAVORATIVO	RISCHIO STRATEGICO	GOVERNANCE	DISALLINEAMENTO	ADATTAMENTO INTERPERSONALE	Adattamenti professionali interpersonali ma non strategici	Team interprofessionale integrato	COMPENDARE	ANTICIPARE	
	Good int		Sufficiente	TEAM	RISCHIO OPERATIVO	COMUNICAZIONE E RELAZIONI		COMUNICAZIONE EFFICACE	Partecipazione responsabile	Partecipazione responsabile	MANTENERE/CREARE	RESPONDERE	
	Good int		Competenza	INDIVIDUALI DEL PERSONALE	RISCHIO OPERATIVO	PERSONE E CULTURA		Competenze come risorsa per la sicurezza	personale formato e competente	personale formato e competente	MANTENERE/CREARE	RESPONDERE	
	Good int		Conoscenza	TEAM	RISCHIO OPERATIVO	COMUNICAZIONE E RELAZIONI			superamento ostacoli	organizzazione adeguata	COMPENDARE	ANTICIPARE	
	Good int		Scarsità risorse del	AMBIENTE LAVORATIVO	RISCHIO STRATEGICO	STRUTTURAZIONE E ORGANIZZAZIONE		Scarsità di risorse, mancanza di risorse umane, risorse limitate	Scarsità di risorse umane, risorse limitate	Scarsità di risorse umane, risorse limitate	EVITARE	RESPONDERE	
	Good int		Scarsità risorse del	AMBIENTE LAVORATIVO	RISCHIO STRATEGICO	STRUTTURAZIONE E ORGANIZZAZIONE		Adattamenti efficaci	Adattamenti efficaci	Adattamenti efficaci	COMPENDARE	RESPONDERE	

L'utilizzo di Excel consente di effettuare successive operazioni di analisi, tra cui:

- Applicazione di filtri per singola categoria o combinazioni di categorie;
- Aggregazione di elementi ricorrenti;
- Individuazione di pattern, frequenze e relazioni tra variabili.

Le etichette inserite non hanno una funzione meramente descrittiva, ma rappresentano un primo livello di interpretazione del dato, utile a rendere espliciti i significati sottostanti alle risposte. Per questo motivo, è fondamentale mantenere coerenza nell'utilizzo dei termini e, ove possibile, ricorrere a un set condiviso di parole chiave.

L'analisi si sviluppa quindi su due livelli:

- un livello descrittivo, basato sull'organizzazione e classificazione dei contenuti;
- un livello interpretativo, che emerge attraverso l'esplorazione delle relazioni tra le diverse colonne e la lettura trasversale dei dati.

In questa prospettiva, Excel non viene utilizzato come semplice strumento di archiviazione, ma come supporto attivo all'analisi, permettendo di interrogare i dati in modo dinamico e di costruire una rappresentazione strutturata dei fenomeni osservati.

Triangolazione dei ricercatori

Al fine di incrementare l'affidabilità e la credibilità dell'analisi qualitativa, le informazioni raccolte e successivamente organizzate mediante il framework di classificazione sono sottoposte ad un processo di triangolazione dei ricercatori.

Le etichette, le categorie interpretative e i contenuti emersi dall'analisi testuale vengono esaminati in maniera indipendente da diverse figure professionali coinvolte nel progetto, tra cui il Project Leader, il Risk Manager aziendale e un valutatore esterno (*External Reviewer*).

Le codifiche e le interpretazioni ottenute saranno successivamente confrontate e discusse collegialmente fino al raggiungimento di un consenso interpretativo condiviso. Tale procedura consente di ridurre il rischio di interpretazioni soggettive, aumentare la robustezza dell'analisi e garantire una lettura multidisciplinare delle informazioni raccolte.

B. Preparazione del Deabriefing

Le evidenze prodotte nella fase di analisi (fase A) vengono interpretate e aggregate in temi e fattori emergenti che costituiranno l'oggetto della discussione durante il debriefing. L'obiettivo è quello di favorire il confronto tra la prospettiva analitica del team di progetto e quella dei professionisti direttamente coinvolti nelle attività assistenziali, adeguando il livello di approfondimento e linguaggio in base agli interlocutori e al contesto di riferimento.

Al fine di rendere la restituzione comprensibile, argomentabile e predisposta al confronto multidimensionale, può essere supportata da tabelle riassuntive, rappresentazioni grafiche, distribuzioni delle frequenze, esempi tratti dalle interviste e sintesi narrative dei principali temi emersi.

La selezione dei temi non è arbitraria, ma è guidata da criteri metodologici quali la ricorrenza, la rilevanza organizzativa, la trasversalità rispetto ai processi osservati e la capacità di rappresentare aspetti significativi della sicurezza delle cure. La quantificazione del dato non costituirà il principio guida del processo di de-briefing: potranno essere discussi anche fattori emergenti che, pur non frequenti nell'analisi, risultano particolarmente rilevanti per la comprensione del lavoro reale e delle dinamiche di sicurezza.

Durante il debriefing vengono analizzati anche gli aspetti qualitativi emersi nel corso delle interviste, includendo gli atteggiamenti manifestati dai professionisti, il grado di partecipazione al confronto, le dinamiche di ascolto reciproco, la presenza di temi ricorrenti e gli eventuali elementi di convergenza o divergenza tra i partecipanti. Tali dimensioni contribuiscono a una lettura più completa del lavoro reale e delle interazioni che sostengono la sicurezza delle cure.

C. Restituzione ed interpretazione condivisa delle evidenze

In questa fase vengono presentati sia gli elementi di vulnerabilità del sistema, sia le strategie adattative e le risorse che consentono agli operatori di garantire la sicurezza delle cure nonostante la variabilità delle condizioni operative.

Il facilitatore conduce una discussione guidata, utilizzando il Framework Interpretativo come matrice metodologica di lettura delle evidenze. Ciascuna dimensione del framework rappresenta una lente interpretativa attraverso la quale il gruppo approfondisce progressivamente il tema emerso, favorendo una comprensione sistemica del fenomeno osservato.

MATRICE INTERPRETATIVA INTEGRATED SAFETY WALKAROUND DEBRIEFING (ISWD)			
CATEGORIE	PERCORSO INTERPRETATIVO STANDARDIZZATO	RUOLO del FACILITATORE	OUTPUT GRUPPO
Evidenza	Qual è il tema prioritario emerso?	Presentazione del tema supportato dai dati raccolti	Fatto osservabile + Comprensione condivisa
Vincent	In quale area del sistema si colloca il problema?	Contestualizza il problema nel sistema	Identificazione dei fattori contribuenti
HERM	Quale tipologia di rischio rappresenta?	Esplora il significato del rischio	Presa di consapevolezza del rischio
Safety I	Quale vulnerabilità evidenza?	Analizza le criticità	Condivisione delle criticità
Safety II	Quali strategie consentono di lavorare comunque in sicurezza?	Fa emergere ciò che consente al sistema di funzionare	Riconoscimento delle buone pratiche
WAD	Come avviene realmente il lavoro?	Fa emergere come si lavora nel quotidiano	Presa di consapevolezza
WAI	Come dovrebbe avvenire secondo procedure e aspettative?	Condivide le procedure aziendali del tema	Condivisione e ripasso delle best practice
Gap WAD - WAI	Quali differenze emergono?	Analizza le cause del GAP	Comprensione del lavoro reale
Adjustment	Quali strategie adattative vengono utilizzate?	Esplora gli adattamenti messi in atto	Condivisione della strategia adattativa
Resilience	Quali capacità resilienti emergono?	Identifica le capacità da osservare	Apprendimento Organizzativo
Decisione	Cosa mantenere, correggere e sviluppare?	Facilita la prioritizzazione	Proposta e attuazione di azioni condivise per il miglioramento

L'Integrated Safety Walkaround Debriefing non standardizza le domande poste dal facilitatore, bensì il percorso attraverso cui vengono analizzate le evidenze prodotte dal Framework Interpretativo. Le modalità di conduzione possono pertanto adattarsi al contesto e alle caratteristiche del gruppo, mantenendo costante la sequenza logica di interpretazione e garantendo uniformità metodologica e replicabilità del processo.

Una simulazione applicativa di questa fase è riportata nell'Appendice A del presente elaborato, al fine di mantenere il corpo del testo focalizzato sulla descrizione metodologica del modello e fornire, al contempo, un esempio concreto delle modalità di utilizzo del framework interpretativo nella conduzione del debriefing.

D. Learning Organizzativo

L'apprendimento organizzativo rappresenta il nucleo centrale dell'Integrated Safety Walkaround Debriefing.

Le evidenze prodotte dal framework vengono reinterpretate collettivamente attraverso il confronto multidisciplinare. L'attenzione non è rivolta esclusivamente all'identificazione delle criticità, ma anche alla comprensione delle condizioni che consentono al sistema di funzionare efficacemente, delle strategie di adattamento adottate dagli operatori e delle pratiche resilienti che contribuiscono quotidianamente alla sicurezza delle cure.

Per supportare in maniera strutturata il processo di apprendimento il facilitatore adotterà domande simili a queste per stimolare l'interpretazione delle evidenze raccolte:

- Quali pratiche dovrebbero essere mantenute?
- Quali processi richiedono modifiche?
- Quali elementi di successo possono essere standardizzati?

Il framework interpretativo diventa così uno strumento di facilitazione della riflessione collettiva, trasformando dati qualitativi in conoscenza organizzativa.

E. Prioritizzazione delle azioni di miglioramento

Le evidenze discusse vengono successivamente tradotte in priorità di intervento.

Il gruppo identifica congiuntamente:

- le criticità che richiedono azioni correttive;
- le pratiche efficaci da mantenere;
- le strategie adattative che meritano di essere valorizzate;
- gli elementi organizzativi suscettibili di revisione;
- le opportunità di apprendimento emerse dal confronto.

Questa fase consente di integrare la prospettiva orientata all'identificazione delle vulnerabilità del sistema con quella finalizzata al riconoscimento delle risorse organizzative e delle capacità resilienti.

La Figura 1.4 sintetizza il modello metodologico proposto, mostrando come il Framework Interpretativo e l'Integrated Safety Walkaround Debriefing (ISWD) costituiscano componenti integrative della metodologia della Safety Walkaround, finalizzate a connettere i paradigmi Safety-I e Safety-II in un'unica struttura operativa. Il processo è rappresentato come un ciclo continuo di miglioramento, nel quale le osservazioni raccolte durante la Safety Walkaround vengono trasformate, attraverso il framework interpretativo, in output analitici che alimentano il debriefing, favoriscono l'apprendimento organizzativo e guidano la definizione, l'implementazione e il monitoraggio delle azioni di miglioramento. I risultati ottenuti costituiscono il punto di partenza per le successive Safety Walkaround, rendendo il modello dinamico, replicabile e orientato al miglioramento continuo della sicurezza delle cure e dei processi organizzativi-

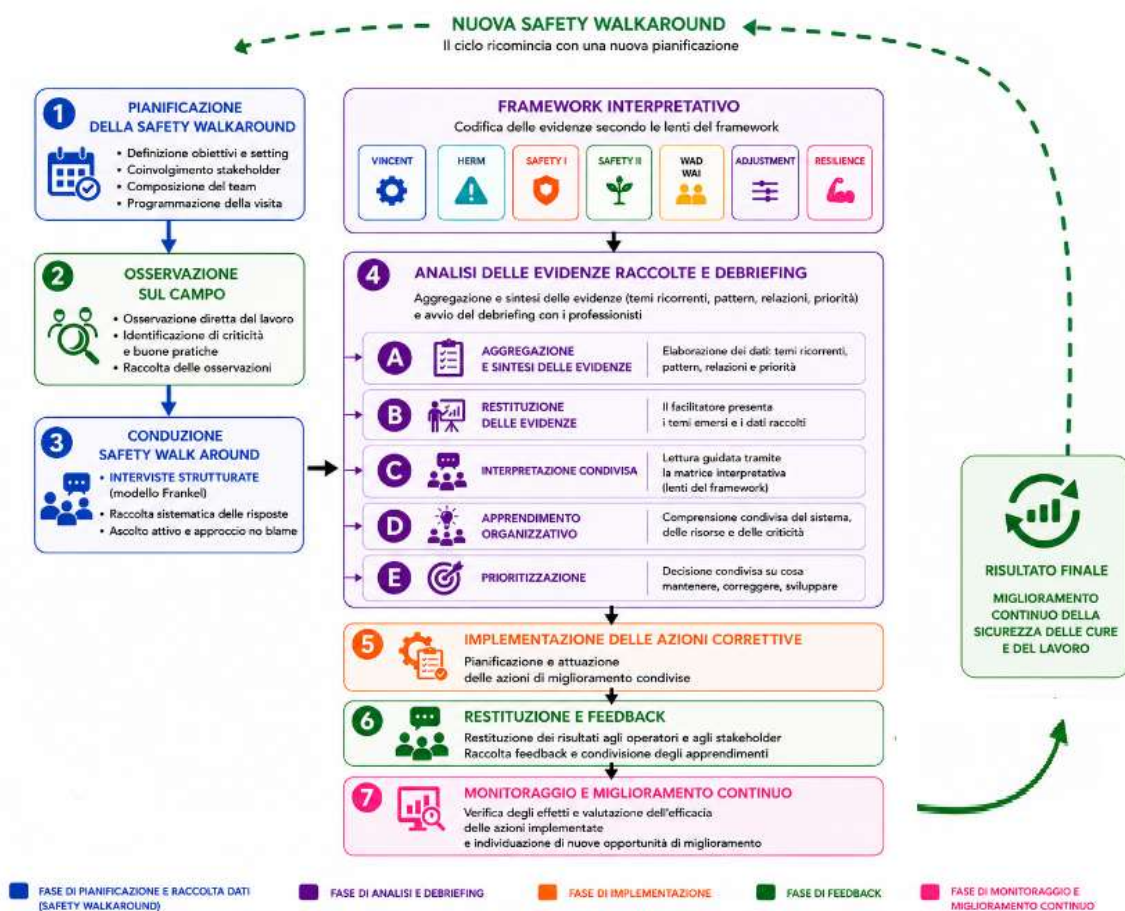


FIGURA 1.4 Modello metodologico integrato della Safety Walkaround: dal Framework Interpretativo all'Integrated Safety Walkaround Debriefing (ISWD) per il miglioramento continuo

1.5 Analisi SWOT del progetto

Al fine di valutare la sostenibilità e le potenzialità di sviluppo del progetto è stata condotta un'analisi SWOT, finalizzata a individuare punti di forza, criticità, opportunità e possibili fattori ostacolanti l'implementazione della Safety Walkaround. Tale analisi consente di collocare il progetto all'interno del contesto organizzativo di riferimento e di orientare future strategie di diffusione e consolidamento della metodologia connesse all'integrazione tra i paradigmi Safety I e Safety II. In particolare, l'introduzione del framework di debriefing integrato (ISWD) evidenzia nuove opportunità di apprendimento organizzativo, ma anche alcuni limiti legati alla misurazione degli outcome di resilienza, alla standardizzazione dei processi interpretativi e alla necessità di validazione empirica del modello proposto. L'analisi consente pertanto di collocare il progetto all'interno di una prospettiva evolutiva, orientata sia al miglioramento organizzativo sia allo sviluppo metodologico della Safety Walkaround.

STRENGTHS (Punti di Forza)	WEAKNESSES (Debolezza)
Approccio Proattivo al Rischio	Mancata Sperimentazione sul campo
Integrazione Safety I e Safety II	Assenza di validazione scientifica dei modelli (Framework Interpretativo + ISWD)
Coinvolgimento Multidisciplinare	Difficoltà nella misurazione degli outcome Safety II
Framework di Analisi Innovativo	Assenza di un framework standardizzato di debriefing
Leadership Partecipativa	Dipendenza dal Facilitatore (discrezionalità)
Proposta di Debriefing Strutturato (ISWD)	Rischio di dispersione delle informazioni
OPPORTUNITIES (Opportunità)	THREATS (Minacce)
Diffusione della Cultura della Sicurezza	Resistenza al cambiamento
Estensione ad altre U.O.	Scarsa compliance degli operatori
Miglioramento Organizzativo	Possibile Conflitto Culturale Safety I – Safety II
Integrazione dei modelli nel Risk Management	Difficoltà di applicazione del modello per non disponibilità di risorse (tempo e persone)
Possibilità di perfezionare il Framework nella simulazione prima della sperimentazione sul campo	Turnover del personale
Validazione del Modello ISWD	Altre Priorità Organizzative

COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto è caratterizzato da un basso impatto economico diretto, in quanto si basa sull'utilizzo di strumenti organizzativi e metodologici già disponibili (Safety Walkaround e analisi qualitativa dei dati).

Costi diretti:

Nessun costo per strumenti tecnologici specifici

Materiali di cancelleria e supporto alla raccolta dati (schede, moduli, stampe)

Eventuale utilizzo di software base per analisi qualitativa (già in dotazione aziendale)

Costi indiretti

Tempo dedicato dagli operatori alla partecipazione ai Safety Walkaround

Tempo del team di analisi (Risk Manager, coordinatori, project leader, valutatore esterno)

Eventuale riduzione temporanea di produttività durante gli incontri

Costi organizzativi

Pianificazione e coordinamento delle sessioni SWA

Attività di restituzione e feedback al personale

Considerazione finale

Il progetto si configura come un intervento a basso costo e alto valore organizzativo, in quanto orientato al miglioramento della sicurezza attraverso la valorizzazione delle risorse interne già presenti nel sistema.

CONTRIBUTO PERSONALE

L'interesse verso l'applicazione della Safety Walkaround nei contesti organizzativi di appartenenza è maturato durante il percorso formativo, attraverso il confronto sui temi della sicurezza delle cure, del risk management e degli approcci proattivi alla gestione del rischio. In particolare, l'attività esercitativa svolta in aula ha rappresentato un'importante occasione di riflessione e di sperimentazione, consentendo al gruppo di confrontarsi concretamente con la metodologia e di avviare una rielaborazione critica degli strumenti disponibili in letteratura.

L'impossibilità di disporre, nei tempi del presente project work, di dati derivanti da un'applicazione reale della Safety Walkaround ha costituito uno stimolo per sviluppare un percorso progettuale orientato alla costruzione e alla sperimentazione preliminare di un framework interpretativo originale. Il modello proposto amplia il sistema di categorizzazione tradizionalmente utilizzato dal modello di Frankel e propone inoltre un framework di debriefing integrato (ISWD), sviluppato dagli autori quale possibile completamento metodologico del percorso della SWA, integrando ulteriori dimensioni analitiche finalizzate a una lettura più ampia delle evidenze raccolte, coerente con i principi della Safety-II.

Il lavoro di gruppo si è sviluppato attraverso un costante confronto tra le diverse esperienze professionali, favorendo la condivisione di competenze, conoscenze e punti di vista differenti. La consultazione della letteratura, l'analisi della documentazione disponibile e la ricerca di strumenti metodologici innovativi hanno consentito di costruire un progetto multidisciplinare, capace di integrare differenti prospettive organizzative e assistenziali.

L'adozione della Safety Walkaround secondo un approccio proattivo rappresenta, per il gruppo di lavoro, un'opportunità per promuovere una cultura della sicurezza orientata non soltanto all'identificazione delle criticità, ma anche alla valorizzazione delle capacità adattative dei professionisti, delle barriere di sicurezza e dei fattori che contribuiscono quotidianamente al buon funzionamento dei sistemi di cura.

Il contributo dei singoli autori si è sviluppato attraverso una partecipazione attiva e continuativa nelle diverse fasi del progetto, dalla definizione dell'idea progettuale alla revisione della letteratura, dalla costruzione del framework interpretativo alla progettazione delle modalità di implementazione e di analisi dei dati. Le differenti competenze professionali hanno rappresentato un elemento di arricchimento reciproco, favorendo la costruzione di un percorso condiviso e metodologicamente coerente.

RISULTATI ATTESI

L'applicazione del Safety Walkaround e l'analisi dei dati attraverso il framework interpretativo si prevede possa generare i seguenti risultati:

- Identificazione simultanea di criticità (Safety I) e risorse del sistema (Safety II)
- Emersione di pratiche resilienti e adattamenti efficaci adottati dagli operatori
- Miglioramento della comprensione dei processi reali di lavoro (Work As Done)
- Rafforzamento della cultura della sicurezza no blame e orientata all'apprendimento anche delle esperienze di successo.
- Incremento del coinvolgimento attivo degli operatori nei processi di risk management
- Miglioramento della comunicazione interdisciplinare e del clima organizzativo
- Supporto alla transizione verso un modello organizzativo orientato alla resilienza
- Riduzione del gap tra procedure teoriche e pratica clinica quotidiana
- Produzione di azioni di miglioramento concrete e contestualizzate
- Rafforzare la cultura della sicurezza attraverso una leadership visibile e partecipativa.

CONCLUSIONI

Il presente progetto si inserisce nel paradigma della Safety-II, proponendo un cambiamento di prospettiva nella gestione del rischio clinico: dal focus tradizionale sull'errore e sulla prevenzione del fallimento (Safety I) all'analisi di ciò che consente al sistema di funzionare correttamente nonostante la variabilità del contesto operativo.

L'utilizzo del Safety Walkaround rappresenta uno strumento efficace per l'osservazione diretta dei processi assistenziali e per la raccolta di informazioni qualitative provenienti dall'esperienza degli operatori. Tale approccio consente di valorizzare il lavoro reale, mettendo in evidenza non solo le criticità, ma anche le strategie adattive e le pratiche resilienti che garantiscono la sicurezza delle cure. Il progetto evidenzia come la promozione della resilienza organizzativa e della leadership partecipativa possa rappresentare un elemento chiave per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza.

Elemento distintivo del progetto è la proposta di un framework interpretativo integrato, sviluppato per analizzare le evidenze raccolte durante i Safety Walkaround attraverso differenti chiavi di lettura (Safety I, Safety II, Work-as-Done, Work-as-Imagined, fattori contribuenti, modelli di rischio e capacità resilienti). Tale framework consente di trasformare le informazioni qualitative in conoscenza organizzativa strutturata, favorendo una comprensione più completa e sistemica delle dinamiche che influenzano la sicurezza.

In quest'ottica, il framework non rappresenta un semplice strumento di classificazione dei dati, ma un supporto metodologico per l'apprendimento organizzativo, capace di collegare l'osservazione del lavoro reale alla definizione di interventi concreti di miglioramento. La successiva integrazione con il modello di Integrated Safety Walkaround Debriefing (ISWD) rafforza ulteriormente questo processo, favorendo la condivisione delle evidenze, la costruzione di significati comuni e la traduzione delle conoscenze acquisite in azioni organizzative.

L'integrazione tra Safety-I e Safety-II permette una lettura più equilibrata e completa del sistema, superando la tradizionale contrapposizione tra analisi dell'errore e studio del successo operativo.

Un ulteriore sviluppo del presente progetto riguarda la validazione del modello di Integrated Safety Walkaround Debriefing (ISWD), proposto dagli autori quale strumento di raccordo tra l'analisi delle evidenze raccolte, l'apprendimento organizzativo e la definizione delle azioni di miglioramento. La futura sperimentazione del modello potrà consentire di valutarne l'efficacia nel promuovere la resilienza organizzativa.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- **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" (Legge Gelli-Bianco).
- **Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 20 marzo 2008**
"Intesa concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure".
- **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni**
"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421".
- **Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81**
"Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- **Decreto Ministeriale 19 dicembre 2022**
"Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità"
- **Ministero della Salute**
"Manuale per la Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico"
"Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella"
"Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella"
- **Regione Lombardia, Direzione Generale Welfare, Decreto n. 20638 del 21 dicembre 2023**
Approvazione delle linee di riferimento per l'implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) – gestione integrata del rischio nel sistema sociosanitario lombardo, Allegato

BIBLIOGRAFIA

Foster M, Shultz B, Mazur L. (2023) Impact of leadership walkarounds on operational, cultural and clinical outcomes: a systematic review, *BMJ Open Quality* 2023;12(4):e002284. doi:10.1136/bmjopen-2023-002284

Hollnagel E. (2009). The four cornerstones of resilience engineering. In C. P. Nemeth, E. Hollnagel & S. W. A. Dekker (Eds.), *Resilience Engineering Perspectives, Volume 2: Preparation and Restoration* (pp. 117–133). Ashgate. Aldershot, UK.

Hollnagel E. (2024) Safety-I e Safety-II: Il passato e il futuro del safety management. Ristampa con introduzione di A. Pagano. (Edizione originale: *Safety-I and Safety-II. The Past and the Future of Safety Management*, Ashgate Publishing Limited, 2014). Hirelia edizioni, Milano.

Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, Frankel TC, Proulx J, Watson SR, Magnus B, Bogan B, Jamal M, Schwendimann R, Frankel AS. Providing feedback following leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Qual Saf.* 2018 Apr;27(4):261-270. doi: 10.1136/bmjqs-2016-006399. Epub2017 Oct9.PMID:28993441

Rudolph J.W., Simon R., Dufresne R.L., Raemer D.B. (2006). *There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment.*

Fanning R.M., Gaba D.M. (2007). *The role of debriefing in simulation-based learning*

Kolbe M., Rudolph J., Rudolph C. et al. (2013). *Debriefing in healthcare: moving beyond the simulation setting.*

SITOGRAFIA

https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_1764_allegato.pdf

<https://www.ihi.org/library/tools/patient-safety-leadership-walkrounds>

APPENDICE

Integrated SafetyWalkaround Debriefing (ISWD) – Simulazione eseguita in aula

La presente appendice riporta una traccia strutturata per la conduzione del debriefing (fase 1 e fase 2), analizzando le risposte fornite durante l'esercitazione in aula del corso École, di cui il presente elaborato costituisce il project conclusivo.

1. FASE 1: OSSERVAZIONI

Le interviste mostrano un quadro complesso e ricco: la sicurezza non è descritta come semplice applicazione di procedure, ma come **costruzione continua**, basata su adattamenti, coordinamento, vigilanza e collaborazione.

Gli intervistati descrivono un sistema che funziona grazie alla **resilienza quotidiana** degli operatori: micro-adattamenti, coordinamento, vigilanza, supporto reciproco. Le criticità individuate non rappresentano fallimenti, ma punti di leva per rafforzare ulteriormente la sicurezza e la qualità del lavoro.

Molte criticità espresse riguardano il coordinamento interdisciplinare e, in particolare, gli aspetti comunicativi: le criticità non riguardano esclusivamente il passaggio di informazioni, ma soprattutto la qualità delle relazioni professionali, la chiarezza delle responsabilità, il briefing, il debriefing, il confronto sugli eventi e la possibilità di esprimere dubbi senza timore di ripercussioni.

Gli operatori nella maggior parte dei casi non attribuiscono la sicurezza alle sole competenze individuali. La resilienza emerge come **proprietà del gruppo**, costruita attraverso interazioni costanti: un professionista osserva, un altro interpreta, un altro anticipa, un altro coordina.

«Come équipe mi sembra una buona équipe, attenta.» (Anestesista) «Problemi ci sono ma cerchiamo di aiutarci.» (Infermiere)

Accanto alle risorse emergono segnali di **vulnerabilità**:

- **Assunzioni implicite non condivise**
«Gli altri sanno come devono comportarsi.» (Chirurgo) «La direttiva non è univoca e io ho difficoltà.» (OSS)
- **Overconfidence**
«Sono una persona precisa...» (Infermiere)
- **Sottosegnalazione e timore di segnalare**
«Non voglio segnalare tutto io, poi mi mandano in un'altra équipe.» (Anestesista)
- **Gerarchie percepite**
«Io, che sono l'ultima ruota del carro...» (OSS)

Questi elementi non indicano un sistema non resiliente, ma mostrano **dove la resilienza può essere rafforzata**.

Numerosi operatori sottolineano come gli errori potrebbero essere prevenuti non tanto attraverso ulteriori procedure, quanto mediante maggiori occasioni di confronto strutturato. Questa evidenza conferma come la sicurezza non dipenda esclusivamente dalla pianificazione o standardizzazione dei processi, ma anche dalla qualità delle interazioni tra i professionisti.

2. FASE 2: Condivisione delle evidenze guidata dal framework interpretativo

2.1. RUOLI

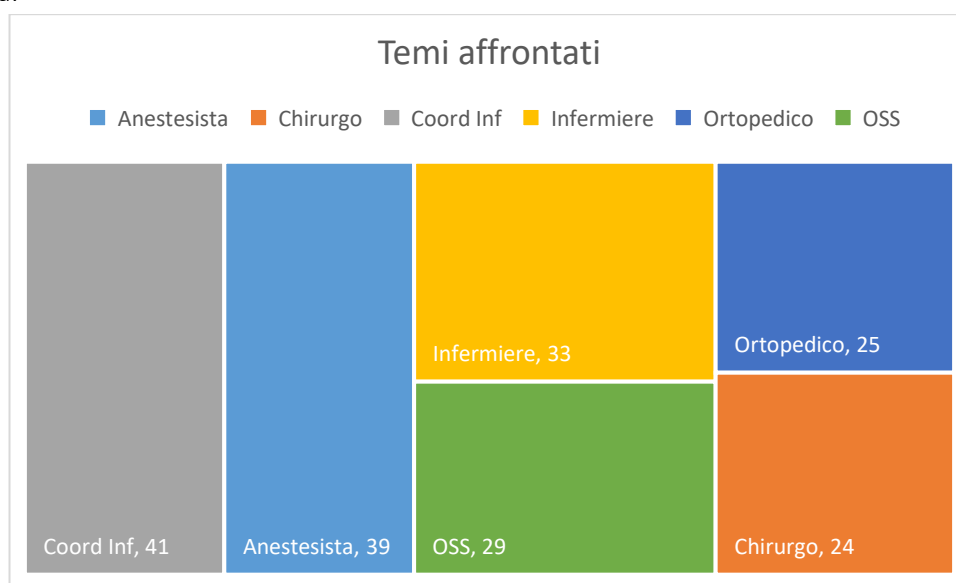
Ogni professione contribuisce alla resilienza con una funzione specifica.

Ruolo	Funzione resiliente prevalente
Infermiere	Integratore delle informazioni, monitoraggio continuo, coordinamento operativo.
Chirurgo	Adattatore della strategia clinica, ridefinizione del piano operatorio.
Anestesista	Anticipatore: scenari futuri, piani alternativi, vigilanza.
OSS	Supporto operativo, ascolto del paziente, segnalazione precoce.
Coordinatore	Regolatore organizzativo: risorse, tempi, personale, equilibrio del sistema.

«Io cerco di mantenere la sterilità e gli altri cercano di distruggerla.» (Infermiere) «Mi piacerebbe maggior standardizzazione.» (Anestesista)

Analisi dei ruoli professionali attraverso l'ampiezza tematica

L'analisi quantitativa dei temi affrontati dai professionisti durante la SWA mostra una distribuzione non omogenea:



Le aree più estese corrispondono ai ruoli del Coordinatore Infermieristico, dell'Anestesista e dell'Infermiere, che risultano essere i professionisti con la maggiore ampiezza tematica. Questo dato non è solo quantitativo, ma riflette una precisa dinamica organizzativa:

- Il **COORDINATORE INFERMIERISTICO** funge da regolatore del sistema: supervisiona, collega, integra e spesso verbalizza criticità che riguardano l'intero processo;
- L'**ANESTESISTA** mostra una forte capacità di anticipazione e una visione trasversale del percorso chirurgico, che lo porta a esprimere numerosi temi legati a continuità, variabilità e coordinamento;
- L'**INFERMIERE** è il professionista che vive più intensamente il Work-as-Done e intercetta quotidianamente deviazioni, adattamenti e criticità operative.

La maggiore estensione delle loro aree non indica un carico di problemi, ma un ruolo attivo nella costruzione **della resilienza del sistema**. Sono le figure che più frequentemente: monitorano, anticipano, compensano, coordinano, segnalano, integrano informazioni.

Al contrario, ruoli come il Chirurgo, l'Ortopedico e l'OSS presentano aree **più contenute, che riflettono** una partecipazione più selettiva, una focalizzazione su **specifici aspetti del processo** e una minore verbalizzazione delle dinamiche organizzative.

Questo è un elemento prezioso per la fase di debriefing: mostra chi sostiene la resilienza quotidiana e chi necessita di maggiore coinvolgimento nei processi di sicurezza.

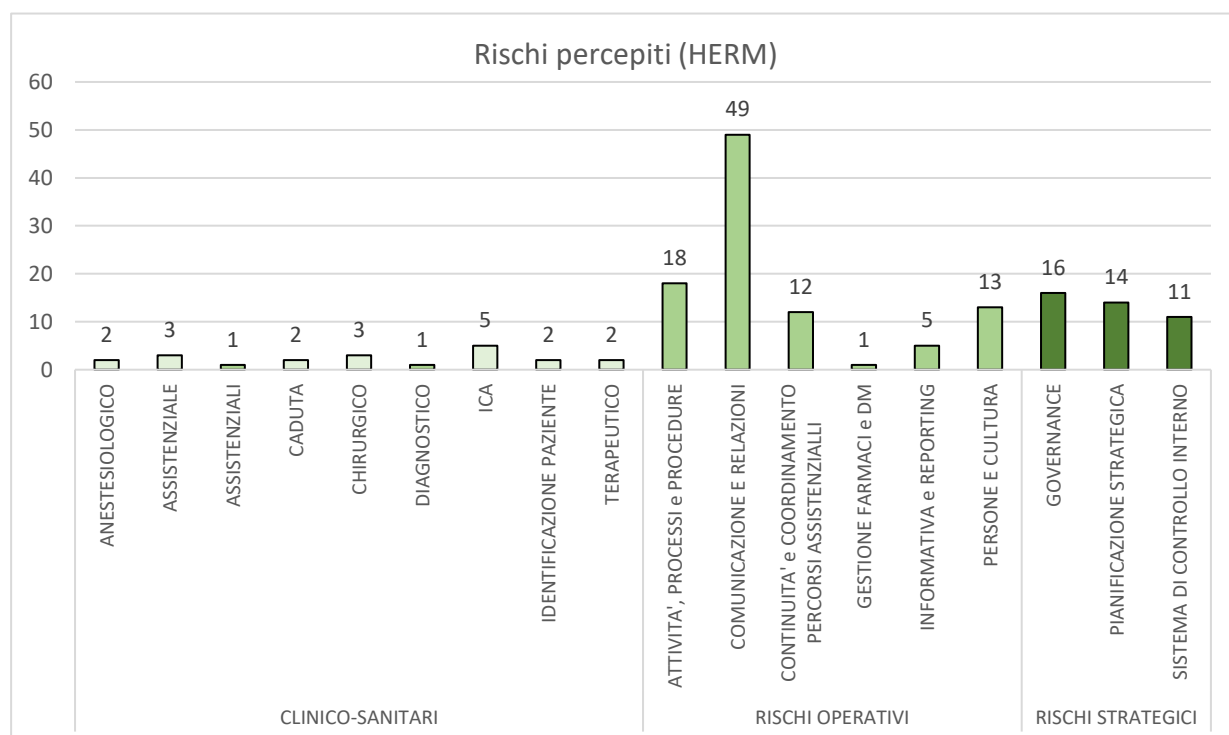
Divergenze percettive tra professionisti

Un elemento rilevante riguarda la **discordanza percettiva** tra professioni:

- i medici descrivono un contesto sicuro, con pochi errori;
- infermieri, OSS e coordinatore riportano criticità organizzative, comunicative e operative.

Questa divergenza non è una contraddizione, ma riflette punti di osservazione diversi del medesimo sistema.

2.2. HERM



Il modello HERM consente di classificare in modo sistematico i rischi emersi durante la SWA, distribuendoli nelle aree strategiche, operative, clinico-sanitarie e culturali. Dettagliando ulteriormente l'analisi sarà possibile individuare aree critiche meritevoli di differente approccio metodologico di analisi.

Esempi: **ICA**: criticità igiene delle mani, mantenimento asepsi, flussi non controllati in BO

QUALIFICA	TRASCRIZIONE LETTERALE della risposta fornita durante il SWA	TEMA	FATTORI di VINCENT	HERM CATEGORIE	HERM SOTTOCATEGORIE
Infermiere	Infermiere: sono una persona precisa e cerco di estendere la mia preparazione. Un punto critico per me è il precovero, più che altro, un intervento	criticità lavaggio mani	LEGATI ai COMPITI	CLINICO-SANITARI	ICA
Anestesista	migliorativo potrebbe essere il precovero. Le informazioni raccolte a volte mi mettono in difficoltà. A volte devo risolvere situazioni critiche che richiedono forza e decisione, necessariamente	IGIENE MANI: problema importante	LEGATI ai COMPITI	CLINICO-SANITARI	ICA
Anestesista	Infermiere sono d'accordo con la criticità del precovero. Gli specializzandi sono pericolosi	IGIENE MANI: aderenza alle pratiche	LEGATI ai COMPITI	CLINICO-SANITARI	ICA
Infermiere	Io cerco di mantenere la sterilità in questa stanza e gli altri cercano di distruggerla. Problemi ci sono ma cerchiamo di aiutarci	eccesso viavai in sala	ORGANIZZATIVI, GESTIONALI	CLINICO-SANITARI	ICA
Infermiere		Asepsi	AMBIENTE LAVORATIVO	CLINICO-SANITARI	ICA

Ulteriori aree di criticità sono risultati:

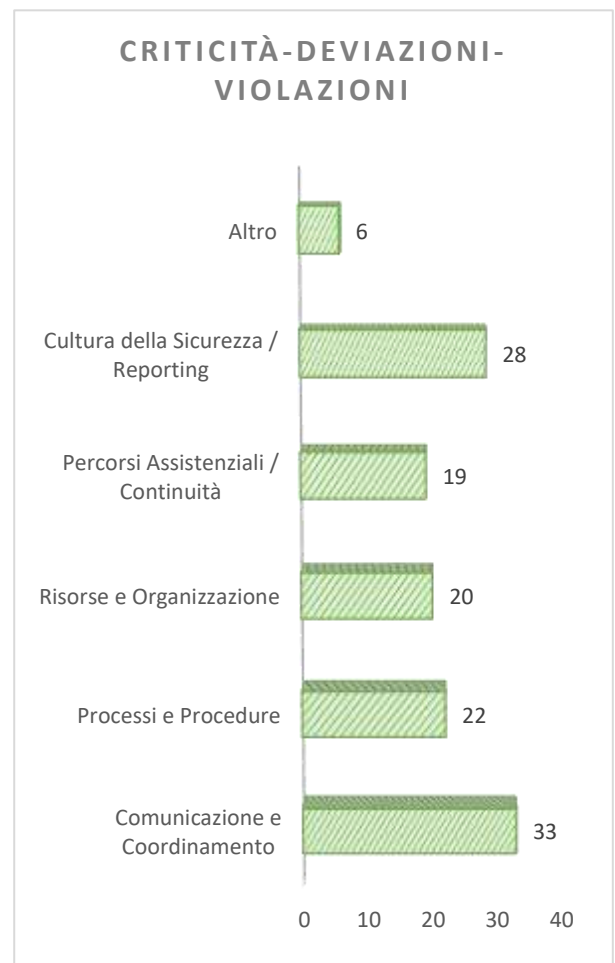
- **Comunicazione**: tema più ricorrente, con fragilità interprofessionali.
- **Segnalazione degli eventi**: timore, sottosegnalazione, gestione informale.
- **Prericovery**: informazioni incomplete, valutazioni non omogenee.
- **Monitoraggio post-operatorio**: percezione di criticità da parte di OSS e pazienti.

2.3. SAFETY-I - Vulnerabilità ricorrenti

Per finalità didattiche, i temi ricorrenti sono stati raggruppati in macro-aree coerenti con la prospettiva Safety-I; un'ulteriore indagine potrebbe articolare in modo più dettagliato le singole categorie, evidenziandone le declinazioni specifiche e le dinamiche sottostanti.

MACRO-AREE SAFETY-I

- 1. Comunicazione e Coordinamento**
 - Criticità/ambiguità comunicative
 - ambiguità comunicativa
 - gerarchie percepite
 - direttive non univoche
 - conflitti decisionali
 - handover incompleto
- 2. Processi e Procedure**
 - check-list approssimative
 - violazioni procedure
 - accessi non controllati
 - ritardi operativi
 - mancata standardizzazione
- 3. Risorse e Organizzazione**
 - carenza di personale
 - sovraccarico
 - pressione temporale
 - presidi insufficienti
 - criticità turno notturno
- 4. Percorsi Assistenziali / Continuità**
 - prericovery incompleto
 - informazioni non omogenee
 - criticità nel risveglio
 - criticità nella gestione urgenze
 - discontinuità assistenziale
- 5. Cultura della Sicurezza / Reporting**
 - sottosegnalazione
 - timore di segnalare
 - cultura della colpa
 - negazione del rischio



La macro-area più rappresentata è “Comunicazione e Coordinamento”, seguita da “Cultura della Sicurezza/Reporting” e “Processi e Procedure”.

Gli operatori percepiscono che le dinamiche relazionali, organizzative e comunicative influenzano la qualità del lavoro quotidiano. Le criticità più frequenti riguardano:

- ambiguità comunicativa, gerarchie percepite, direttive non univoche;
- Discontinuità/variabilità operativa e mancata standardizzazione dei processi;
- carenza di personale, sovraccarico e pressione temporale;
- difficoltà nel segnalare eventi, timore di ripercussioni, gestione informale dei near miss.

La sicurezza percepita dagli operatori è fortemente influenzata dal clima organizzativo, dalla fiducia reciproca e dalla possibilità di esprimere criticità senza timore.

2.4. SAFETY-II – Risorse e strategie adattative

«Ci si aiuta, non c'è una divisione fiscale.» (Anestesista)

«Condividiamo i near miss a pranzo.» (Coordinatore)

Le categorie Safety-II rappresentano **adattamenti, compensazioni, strategie resilienti, coordinamento efficace, apprendimento, anticipazione**. E sono state suddivise nelle seguenti macroaree:

MACRO-AREE SAFETY-II:

1. Adattamento Operativo

- compensazione criticità
- ridefinizione priorità
- flessibilità operativa
- riorganizzazione continua del lavoro

2. Adattamento Interprofessionale

- supporto reciproco
- collaborazione oltre i ruoli
- coordinamento implicito
- integrazione tra professioni

3. Monitoraggio e Vigilanza

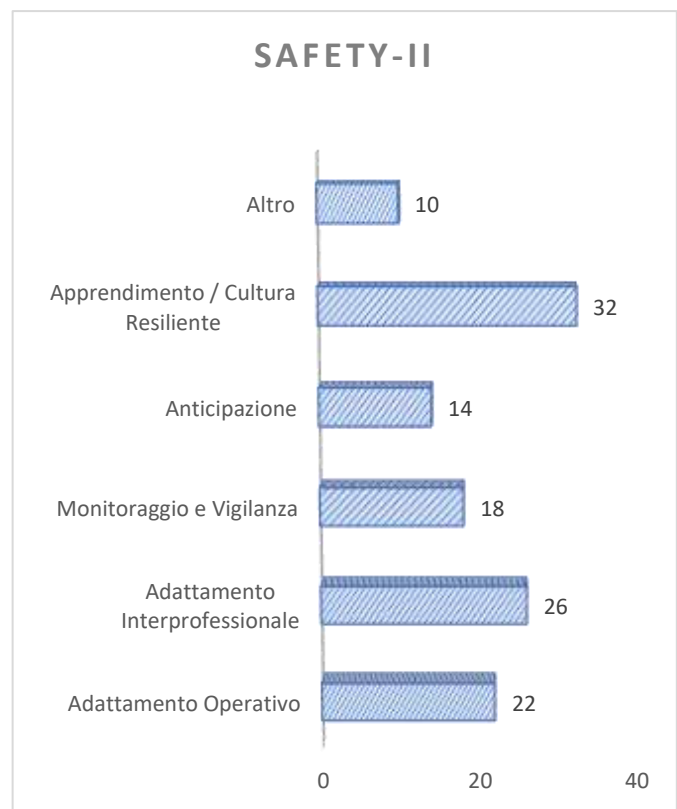
- controlli ridondanti
- cross-check
- vigilanza ambientale
- monitoraggio continuo

4. Anticipazione

- previsione scenari
- gestione proattiva urgenze
- preparazione alternativa
- identificazione precoce dei rischi

5. Apprendimento / Cultura Resiliente

- apprendimento tra pari
- condivisione near miss
- momenti informali di riflessione
- sensibilizzazione del team



Il grafico Safety-II mostra un quadro complementare: le aree più rappresentate sono Apprendimento/Cultura Resiliente, Adattamento Interprofessionale e Adattamento Operativo.

Questo indica che, nonostante le criticità rilevate, il sistema analizzato possiede robuste capacità resilienti, che permettono agli operatori di mantenere la sicurezza attraverso:

- compensazioni operative e riorganizzazione del lavoro;
- supporto reciproco e coordinamento implicito;
- vigilanza continua e controlli ridondanti;
- anticipazione delle criticità e ridefinizione dinamica delle priorità;
- apprendimento informale, condivisione dei near miss, tutoraggio e leadership partecipativa.

La macro-area **Apprendimento/Cultura Resiliente** è la più ampia: questo dato è particolarmente significativo perché mostra che la resilienza **non è episodica**, ma **strutturale**, radicata nelle pratiche quotidiane del team.

2.5. ANALISI INTEGRATA dei modelli Safety-I e Safety-II:

ELEMENTI CRITICI		COMPENSAZIONI/ADATTAMENTI che permettono al sistema di funzionare
COMUNICAZIONE	Ambiguità, gerarchie percepite, direttive non univoche	Coordinamento implicito, supporto reciproco, comunicazione efficace
PROCESSI E PROCEDURE	Variabilità operativa, violazioni, check-list approssimative	Ricerca standard condivisi, attenzione alle best practice
RISORSE E ORGANIZZAZIONE	Carenza personale, sovraccarico, pressione temporale	Flessibilità organizzativa, ridefinizione priorità, compensazione
PERCORSI ASSISTENZIALI	Prericovero incompleto, discontinuità, criticità monitoraggio	Identificazione precoce rischio, riorganizzazione dinamica
CULTURA DELLA SICUREZZA	Sottosegnalazione, timore, cultura della colpa	Apprendimento condiviso, leadership partecipativa, sicurezza psicologica
RUOLI PROFESSIONALI	Visione settoriale, limiti autonomia, conflitti decisionali	Collaborazione oltre i ruoli, integrazione nel team
RELAZIONE CON IL PAZIENTE	Insoddisfazione, informazioni incomplete	Ascolto del paziente, feedback, personalizzazione
GESTIONE DELL'ERRORE	Analisi incompleta, gestione informale	Intercettazione errore, secondo controllo, apprendimento dagli eventi

2.6. Divergenze tra Work-as-Done (WAD) e Work-as-Imagined (WAI) nei diversi ruoli

Un elemento particolarmente significativo emerso dall'analisi riguarda gli item in cui WAD e WAI si riferiscono allo stesso concetto, ma il delta tra le due rappresentazioni varia sensibilmente a seconda del professionista che parla. Questo fenomeno è cruciale perché mostra come la distanza tra lavoro reale e lavoro immaginato non sia uniforme nel sistema, ma dipenda dal ruolo, dalla responsabilità percepita e dalla posizione nella rete operativa.

Esempi:

Ruolo	CENTRALITÀ DEL PZ/FEEDBACK		COORDINAMENTO INTERPROFESSIONALE	
	WAI: Centralità del paziente nelle cure. Feedback del paziente come risorsa		WAI: Ruoli chiari, direttive definite	
	WAD:	Distanza	WAD:	Distanza
Ortopedico	Distacco: "lo vedo addormentato...", nessuna ricerca di feedback	Elevata	Noi decidiamo poi diamo le direttive	BASSA
Chirurgo	---		Il chirurgo decide, gli altri sanno come devono comportarsi	BASSA
OSS	Centralità pz Feedback ostacolato dalla direzione Figura ponte tra pz-equipe BO	Media	"lo seguo le direttive ma non è così chiaro. La direttiva non è univoca"	Elevata
Anestesista	Centralità pz Feedback anche dai familiari	BASSA	"L'impressione è che ognuno (equipe) conosca le direttive, sappia cosa deve fare. Anche se ci sono difficoltà"; "difficoltà a coordinarmi",	MEDIA
Infermiere	Centralità pz, nessuna ricerca di feedback "chiedete all'URP"	MEDIA	"Problemi ci sono ma cerchiamo di aiutarci"	MEDIA
Coordinatore Inf	---		mancata abitudine al confronto	ELEVATA

In senso generale

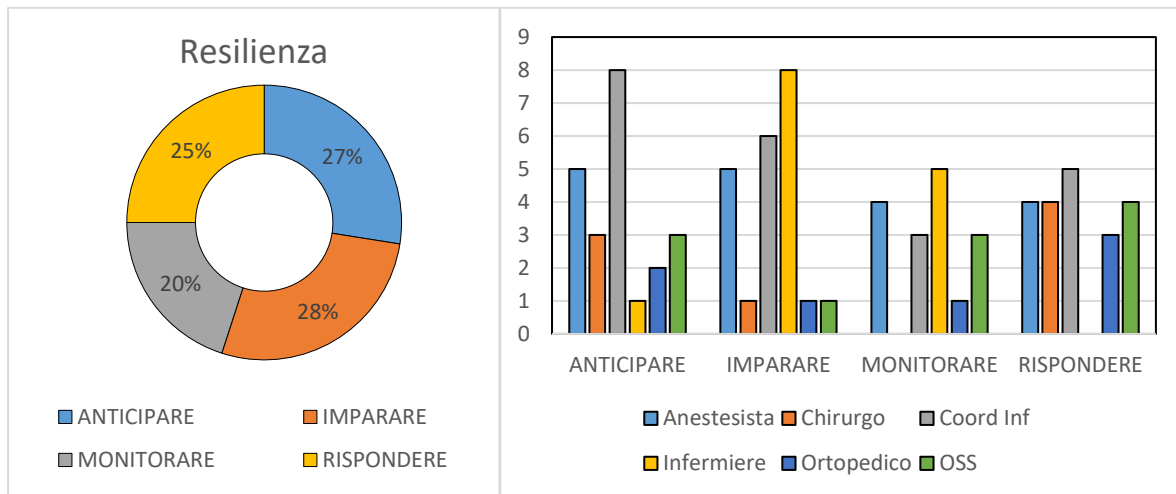
- **Infermiere, Anestesista e OSS** si percepiscono molto esposti alla variabilità operativa e coinvolti nella compensazione delle criticità.
- **Il Chirurgo e l'Ortopedico** hanno una rappresentazione del lavoro quasi esclusivamente centrata sulla fase chirurgica e meno sulla continuità del processo.
- **Il Coordinatore infermieristico** si colloca tra i ruoli con delta tra WAI/WAD più elevato, perché osserva l'intero sistema e percepisce le discrepanze tra pianificazione e realtà.

In nessuna intervista il lavoro è descritto come lineare. Il Work-as-Done domina il racconto e il Work-as-Imagined compare solo come sfondo.

2.7. CAPACITÀ RESILIENTI (Hollnagel)

Tutte e quattro le capacità emergono spontaneamente nella narrazione degli operatori.

Capacità	Evidenze
Monitorare	Vigilanza continua, cross-check, controllo dell'ambiente.
Anticipare	Preparazione, piani alternativi, gestione urgenze.
Rispondere	Redistribuzione del lavoro, ridefinizione priorità.
Imparare	Condivisione near miss, formazione tra pari, briefing informali.



Le quattro capacità resilienti emergono in modo complessivamente equilibrato. La variabilità diventa evidente solo osservando i singoli ruoli, che attivano le diverse capacità con intensità diversa.

2.8. Evoluzione della rappresentazione della sicurezza durante l'intervista

Molti operatori iniziano con una visione Safety-I (procedure, controlli), ma durante il colloquio emergono:

- confronto,
- comunicazione,
- apprendimento,
- integrazione interdisciplinare.

Il Safety Walkaround si conferma non solo strumento di raccolta dati, ma **occasione di riflessione condivisa**.

2.9. La “densità narrativa” come indicatore di sicurezza percepita

Ulteriore elemento di interpretazione dei dati potrebbe essere la densità narrativa intesa come il numero di parole, esempi e dettagli che un professionista utilizza per descrivere un tema.

L'analisi evidenzia che più la narrazione è densa, più il professionista percepisce quel tema come critico o rilevante.

- infermieri e anestesisti producono narrazioni dense → alta consapevolezza operativa;
- chirurghi producono narrazioni brevi → percezione di sicurezza più stabile; operatività più setoriale
- OSS produce narrazioni emotive → percezione di vulnerabilità personale.

3. CONCLUSIONE

Questa appendice costituisce la base per la fase successiva del debriefing (Learning + Piano di miglioramento), nella quale le evidenze verranno trasformate in azioni organizzative concrete.