

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Elaborazione di un questionario per lo sviluppo di un'indagine
conoscitiva finalizzata ad esplorare il livello di consapevolezza
degli operatori

Candidati

Dott.ssa Giorgia Luzzu

Dott.ssa Stefania Maria Cornelli

Dott.ssa Francesca Scaltrini

GLI AUTORI

Giorgia Luzzu, Assistente Sanitario, S.C. Qualità e Rischio Clinico, ASST GOM Niguarda, giorgia.luzzu.gl@gmail.com

Stefania Maria Cornelli, Infermiera di sala operatoria, Ufficio Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico, Istituto Suore Cappuccine di Madre Rubatto, Bergamo, stefania.cornelli@gmail.com

Francesca Scaltrini, dirigente medico Chirurgia generale, Casa di Cura Lecco Beato Luigi Talamoni , f.scaltrini@casadicuratalamoni.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	5
Il percorso normativo: dal decreto balduzzi alla legge Gelli-Bianco	11
IL "DOPPIO BINARIO" DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE	11
DEPENALIZZAZIONE E LINEE GUIDA	12
	14
LE IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI	14
Evidenze Internazionali	15
Evidenze Nazionali (Italia)	15
I principali Gap Conoscitivi	16
2.1. La misurazione della cultura della sicurezza	17
2.2. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)	17
2.3. Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	18
2.4. Criticità dei questionari validati esistenti	19
2.5. Razionale del progetto	20
3. Progettazione dell'indagine conoscitiva	21
3.1. Fase 1: Analisi preliminare del contesto progettuale mediante Swot Analysis	21
3.2. Fase 2: Pianificazione delle attività e cronoprogramma	22
3.3. Fase 3: Metodologia di progettazione del questionario	23
Revisione della letteratura	24
Analisi comparativa degli strumenti	24
Adattamento degli item	24
Elaborazione di nuovi item	24
3.3.1. Obiettivo generale	25
3.3.2. Obiettivi specifici	25
3.3.3. Questionario	26
3.3.4. Popolazione target e contesti di applicazione	27
3.4. Fase 4: Modalità di somministrazione del questionario	27
3.5. Fase 5: Analisi dei risultati	29
4. Risultati ottenuti	30
4.1 Analisi descrittiva del campione	30
4.2 Analisi statistica delle domande del questionario	33
4.3 Sintesi analisi degli item	54
4.3.1 Elaborazione dei dati in base alla tipologia di struttura	56
4.3.2 Elaborazione dei dati in base al numero di posti letto	62
4.3.3 Elaborazione dei dati in base alla qualifica professionale	66
4.4 Sintesi dei risultati inferenziali	71
5. Discussione dei risultati	71

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

5.1 Interpretazione complessiva dei risultati	71
5.2 Valutazione critica del questionario	74
6. Conclusioni e raccomandazioni	77
6.1 Conclusioni	77
6.2 Raccomandazioni operative	77
6.3 Prospettive future	78
7. Riferimento normativi	79
8. Bibliografia	79
9. Sitografia	80
10. Allegati	80

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

INTRODUZIONE

La sicurezza delle cure rappresenta una delle sfide principali per i sistemi sanitari, costituendo un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza sanitaria, la tutela della salute dei cittadini e la sostenibilità delle organizzazioni.

La crescente complessità dei processi assistenziali, l'evoluzione tecnologica e organizzativa delle strutture sanitarie e l'aumento delle aspettative da parte degli utenti hanno contribuito ad accrescere l'attenzione verso la prevenzione degli eventi avversi e la gestione del rischio clinico.

In tale contesto, il concetto di cultura della sicurezza assume un ruolo centrale, poiché comprende l'insieme di valori, atteggiamenti, competenze e comportamenti condivisi all'interno di un'organizzazione che orientano le azioni dei professionisti verso la prevenzione degli errori e il miglioramento continuo della qualità assistenziale. Lo sviluppo di una solida cultura della sicurezza richiede non soltanto l'adozione di procedure e strumenti adeguati, ma anche la partecipazione attiva e consapevole di tutti gli operatori sanitari.

Parallelamente, il tema della responsabilità professionale ha acquisito una crescente rilevanza nel dibattito sanitario, giuridico e sociale. La crescente attenzione mediatica verso gli errori in sanità, l'aumento dei contenziosi in ambito sanitario e la diffusione di pratiche riconducibili alla cosiddetta medicina difensiva vedono necessario modificare il modo in cui molti professionisti percepiscono il proprio ruolo e le proprie responsabilità. Tuttavia, la percezione del rischio medico-legale non sempre corrisponde alla reale dimensione del fenomeno, generando talvolta convinzioni errate che possono influenzare negativamente i comportamenti professionali e le decisioni assistenziali.

Alla luce di tali considerazioni, appare fondamentale approfondire il livello di consapevolezza degli operatori sanitari in merito sia ai principi della sicurezza delle cure sia agli aspetti connessi alla responsabilità professionale e al contenzioso sanitario, dimensioni strettamente interconnesse tra loro. La disponibilità di informazioni sul proprio personale ospedaliero rappresenta infatti un presupposto essenziale per progettare interventi formativi mirati, promuovere comportamenti professionali appropriati e rafforzare la cultura della sicurezza all'interno della propria organizzazione sanitaria.

Il presente project work si propone di elaborare uno strumento di indagine finalizzato ad esplorare le conoscenze, le percezioni e il grado di consapevolezza degli operatori sanitari rispetto ai temi della sicurezza delle cure, della responsabilità professionale e del contenzioso sanitario. Contestualmente, il progetto intende individuare possibili strutture pilota nelle quali implementare l'indagine, al fine di verificarne la fattibilità e raccogliere informazioni preliminari utili alla progettazione di future iniziative di formazione, sensibilizzazione e miglioramento.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

1. Sicurezza delle cure e rischio clinico

1.1. Il concetto di sicurezza delle cure nelle organizzazioni sanitarie

“Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi. Ovunque cure mediche vengano dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. Per questo oggi la percentuale di danni iatrogeni causati è diventata un importante indicatore della qualità della cura”

Thomas 2000

Il sistema sanitario è un'organizzazione di elevata complessità, caratterizzata dalla presenza di numerose variabili, tra cui la specificità dei pazienti, la complessità delle prestazioni erogate, la multidisciplinarietà delle figure professionali coinvolte e la diversità dei modelli organizzativi. Per tali caratteristiche, esso può essere paragonato ad altri sistemi complessi ad alto rischio, come l'aviazione e l'industria nucleare.

Come evidenziato da Thomas (2000), uno degli aspetti più complessi dell'assistenza sanitaria consiste nella possibilità che le cure, pur finalizzate al miglioramento dello stato di salute, possano determinare danni non intenzionali. Tale consapevolezza ha progressivamente modificato l'approccio tradizionale alla gestione dell'errore, favorendo il passaggio da una prospettiva centrata sulla responsabilità individuale a una visione sistemica orientata all'analisi dei processi organizzativi.

Secondo la **World Health Organization (WHO)**, la sicurezza del paziente può essere definita come la riduzione del rischio di danni evitabili associati all'assistenza sanitaria fino a un livello minimo accettabile, tenendo conto delle conoscenze disponibili, delle risorse esistenti e del contesto assistenziale. Tale definizione sottolinea come il rischio non possa essere completamente eliminato, ma debba essere costantemente identificato, monitorato e gestito attraverso strategie organizzative e professionali orientate al miglioramento continuo.

Anche il legislatore italiano ha riconosciuto il valore strategico della sicurezza delle cure. Con la Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco cd), la sicurezza delle cure viene esplicitamente qualificata come parte costitutiva del diritto alla salute, attribuendo alle organizzazioni sanitarie la responsabilità di promuovere sistemi efficaci di gestione del rischio clinico e di prevenzione degli eventi avversi.

In questo contesto si inserisce il concetto di **rischio clinico**, definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso riconducibile direttamente o indirettamente, all'assistenza sanitaria ricevuta, tale da determinare un prolungamento della degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o, nei casi più gravi, il decesso [9]. La riduzione del rischio clinico rappresenta uno degli obiettivi prioritari dei sistemi sanitari e richiede l'adozione di un approccio strutturato e multidisciplinare alla gestione della sicurezza.

Un contributo fondamentale allo sviluppo dell'attuale paradigma è stato fornito dal rapporto *To Err Is Human* dell'Institute of Medicine nel 1999 [9], che ha evidenziato come la maggior parte degli errori sanitari non derivi esclusivamente da carenze individuali, bensì dall'interazione tra fattori umani, organizzativi, tecnologici e ambientali [8], permettendo che le condizioni latenti permangano all'interno del sistema senza manifestarsi fino a quando un errore attivo (*active failure*) non ne determina la manifestazione.

In questa prospettiva si inserisce il modello proposto da James Reason (1992) [8], tra quelli maggiormente riconosciuti, noto anche come **Swiss Cheese Model**, secondo il quale ogni

sistema organizzativo è costituito da molteplici livelli di difesa, ciascuno caratterizzato da vulnerabilità ("buchi") che, se allineate, possono consentire il verificarsi dell'evento avverso. In questa prospettiva, l'errore rappresenta raramente il risultato dell'azione del singolo operatore, configurandosi piuttosto come l'esito finale di una concatenazione di criticità latenti presenti nell'organizzazione.

Di conseguenza, la sicurezza delle cure non può quindi essere attribuita esclusivamente alla responsabilità del singolo professionista, ma rappresenta una caratteristica dell'intero sistema. L'obiettivo non è individuare un colpevole, bensì, di identificare le vulnerabilità organizzative e implementare interventi correttivi in grado di prevenire il ripetersi degli errori, secondo l'approccio della *no blame culture*. In tale ottica, risulta fondamentale promuovere condizioni di lavoro adeguate, favorire la formazione continua degli operatori e adottare misure che riducano la probabilità di errore, affiancandole a efficaci barriere difensive capaci di limitarne le conseguenze qualora esso si verifichi.

Tra gli elementi essenziali della cultura della sicurezza rientrano la comunicazione efficace tra professionisti, il lavoro multidisciplinare, la segnalazione degli eventi avversi e dei *near miss*, nonché l'adozione di procedure standardizzate e basate sulle evidenze scientifiche.

In questo scenario, la promozione della sicurezza delle cure non può limitarsi all'introduzione di strumenti tecnici o procedure standardizzate, ma richiede un cambiamento culturale che coinvolga l'intera organizzazione. La capacità di apprendere sistematicamente dagli errori, favorire la segnalazione degli eventi e sviluppare competenze non tecniche rappresenta oggi uno degli elementi distintivi delle organizzazioni sanitarie ad alta affidabilità (*High Reliability Organizations*).

1.2. Eventi avversi, eventi sentinella e near miss

Nel sistema sanitario contemporaneo, la gestione della sicurezza delle cure si fonda sulla capacità delle organizzazioni di riconoscere, classificare e analizzare gli eventi che possono compromettere la qualità dell'assistenza. La corretta distinzione tra evento avverso, evento sentinella e *near miss* rappresenta un presupposto essenziale per l'implementazione di efficaci strategie di prevenzione e miglioramento continuo.

Il Ministero della Salute definisce **evento avverso** un accadimento non intenzionale e indesiderato correlato all'assistenza sanitaria che, a seguito della manifestazione di uno o più fattori di rischio, produce conseguenze negative su persone, processi, patrimonio, ambiente, conformità normativa o reputazione dell'organizzazione.

Gli **eventi sentinella** sono, invece, definiti come eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e determinano una perdita di fiducia nel sistema sanitario. Proprio in ragione della loro rilevanza clinica e organizzativa, tali eventi richiedono un'immediata segnalazione e l'attivazione di un'analisi approfondita finalizzata all'identificazione delle cause profonde.

In Italia il monitoraggio degli eventi sentinella è affidato al Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), coordinato dal Ministero della Salute, che raccoglie le segnalazioni provenienti dalle aziende sanitarie e promuove azioni di miglioramento su scala nazionale.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Il Protocollo nazionale per il monitoraggio degli eventi sentinella individua 23 tipologie di eventi sentinella, mentre il Ministero della Salute ha elaborato 19 Raccomandazioni finalizzate alla prevenzione degli eventi avversi e sentinella nelle organizzazioni sanitarie [S3]. La segnalazione di un evento sentinella viene fatta all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che utilizza la piattaforma informatica dedicata.

Accanto agli eventi che producono un danno effettivo rivestono particolare interesse i **near miss**, definiti come errori o anomalie che avrebbero potuto causare un evento avverso ma che non hanno determinato conseguenze per il paziente grazie all'intervento tempestivo degli operatori, all'efficacia delle barriere di sicurezza o a circostanze fortuite. Sebbene non producano un esito dannoso, i *near miss* rappresentano preziose opportunità di apprendimento, poiché consentono di individuare vulnerabilità organizzative prima che si traducano in eventi avversi reali.

L'attenzione verso i *near miss* riflette l'evoluzione della moderna cultura della sicurezza, orientata non soltanto all'analisi degli errori che hanno provocato un danno, ma anche all'identificazione delle criticità potenziali. In questa prospettiva, la segnalazione sistematica dei quasi eventi assume un valore strategico, permettendo alle organizzazioni di rafforzare le proprie difese.

Ne consegue che la classificazione degli eventi non costituisce un mero esercizio descrittivo, ma rappresenta uno strumento essenziale di governo clinico. La capacità di riconoscere precocemente le situazioni di rischio, analizzarne le determinanti e tradurre le evidenze raccolte in interventi organizzativi costituisce uno degli elementi distintivi delle organizzazioni sanitarie ad alta affidabilità, nelle quali la sicurezza delle cure viene perseguita attraverso un processo continuo di monitoraggio, apprendimento e miglioramento.

1.3. Sistemi di segnalazione e apprendimento dall'errore

L'evoluzione della cultura della sicurezza ha determinato un profondo cambiamento nell'interpretazione dell'errore in ambito sanitario, superando una visione centrata esclusivamente sulle responsabilità individuali. Tale cambiamento di prospettiva ha favorito il progressivo passaggio da un approccio punitivo, orientato alla ricerca del colpevole (*person approach*), a un approccio sistemico (*system approach*), finalizzato alla comprensione delle cause profonde che hanno favorito il verificarsi dell'evento. [10].

In questa prospettiva, i sistemi di segnalazione degli eventi avversi costituiscono uno degli strumenti più efficaci per promuovere il miglioramento continuo della qualità delle cure. La raccolta sistematica delle informazioni relative agli errori, ai *near miss* e agli eventi sentinella consente infatti di identificare criticità organizzative, individuare vulnerabilità nei processi assistenziali e sviluppare interventi preventivi finalizzati a ridurre il rischio di recidiva.

Per perseguire tale obiettivo, le organizzazioni sanitarie dispongono di differenti strumenti di analisi del rischio clinico, generalmente classificati in **metodologie reattive** e **metodologie proattive**. Le prime vengono applicate dopo il verificarsi di un evento e hanno lo scopo di comprenderne le cause e individuare interventi correttivi; le seconde, invece, mirano a identificare preventivamente le vulnerabilità dei processi assistenziali, consentendo di ridurre il rischio prima che si traduca in un danno per il paziente. L'integrazione di entrambe le strategie rappresenta oggi uno dei principi fondamentali del Clinical Risk Management.

- **ANALISI REATTIVA**

Le metodologie di analisi reattiva vengono applicate successivamente al verificarsi di un evento avverso e sono finalizzate alla ricostruzione delle cause e delle circostanze che ne hanno favorito l'insorgenza. L'obiettivo non consiste nell'individuare un responsabile, bensì nel comprendere le criticità del sistema che hanno reso possibile il verificarsi dell'evento, così da prevenire il ripetersi di situazioni analoghe.

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati rientrano la revisione delle cartelle cliniche, la **Root Cause Analysis (RCA)** e l'**Incident Reporting** :

- **INCIDENT REPORTING**: rappresenta uno degli strumenti fondamentali del sistema di gestione del rischio clinico. Consiste in un sistema strutturato di raccolta delle segnalazioni riguardanti eventi avversi, eventi sentinella e *near miss*, effettuate direttamente dagli operatori sanitari.

Affinché tale sistema risulti realmente efficace, è indispensabile che le segnalazioni siano effettuate in un contesto caratterizzato da riservatezza, assenza di intenti punitivi e adeguato feedback da parte dell'organizzazione. Numerosi studi evidenziano infatti come il principale limite dell'Incident Reporting sia rappresentato dal fenomeno dell'*underreporting*, frequentemente correlato al timore di conseguenze disciplinari, alla mancanza di tempo o alla percezione che la segnalazione non produca reali cambiamenti organizzativi.

- **ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)**: è una metodologia di analisi strutturata utilizzata per approfondire gli eventi avversi più rilevanti. Attraverso la ricostruzione sistematica della sequenza degli eventi, essa consente di individuare le cause profonde (*root causes*) che hanno favorito l'accadimento, distinguendo gli errori attivi dalle condizioni latenti presenti nel sistema organizzativo.

Per supportare tale analisi possono essere utilizzati strumenti quali la tecnica dei "Cinque Perché" (*Five Whys*) o il diagramma causa-effetto di Ishikawa, che facilitano l'identificazione dei fattori organizzativi, tecnologici e umani coinvolti.

- **ANALISI PROATTIVA**

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

A differenza delle metodologie reattive, l'analisi proattiva interviene prima che si verifichi un evento avverso. Il suo obiettivo è identificare preventivamente le possibili criticità dei processi assistenziali, valutandone probabilità e potenziali conseguenze, così da implementare misure preventive efficaci.

L'approccio proattivo è orientato al miglioramento continuo della qualità, poiché consente di intervenire sulle vulnerabilità del sistema prima che queste determinino un danno per il paziente.

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati rientra la **Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)**, e la sua evoluzione **Failure Mode, Effects and Criticality Analysis (FMECA)**, metodologie che permettono di analizzare ogni fase di un processo assistenziale, individuare le possibili modalità di guasto (*failure modes*) e definire priorità di intervento sulla base della gravità, della probabilità di accadimento e della rilevabilità del rischio.

1.4. Evoluzione della responsabilità professionale

L'evoluzione della responsabilità professionale in ambito sanitario rappresenta uno degli aspetti più significativi del processo di trasformazione del sistema sanitario italiano degli ultimi anni. L'incremento del contenzioso medico-legale, la crescente attenzione dell'opinione pubblica verso gli errori sanitari e la necessità di garantire un equilibrio tra tutela del paziente e serenità operativa dei professionisti hanno reso indispensabile un intervento normativo volto a ridefinire il quadro della responsabilità sanitaria.

IL PERCORSO NORMATIVO: DAL DECRETO BALDUZZI ALLA LEGGE GELLI-BIANCO

Un primo tentativo di riforma è stato introdotto con il **Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158**, convertito nella **Legge 8 novembre 2012, n. 189 (Decreto Balduzzi)**, che ha previsto una limitazione della responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria qualora l'evento dannoso fosse riconducibile a imperizia e il professionista avesse rispettato le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali. Nonostante l'importanza innovativa del provvedimento, numerosi aspetti interpretativi sono rimasti controversi, rendendo necessario un successivo intervento legislativo.

La svolta si è avuta con l'approvazione della **Legge 8 marzo 2017, n. 24**, nota come **Legge Gelli-Bianco**, che ha ridefinito in maniera organica la disciplina della sicurezza delle cure e della responsabilità professionale. La legge riconosce esplicitamente la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute e attribuisce alle strutture sanitarie il compito di promuovere attività di prevenzione e gestione del rischio clinico, valorizzando il ruolo del *Clinical Risk Management* quale strumento di governo della qualità assistenziale.

IL "DOPPIO BINARIO" DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

Uno degli elementi maggiormente innovativi della riforma riguarda la disciplina della responsabilità civile, comunemente definita del **"doppio binario"**. La normativa distingue infatti la responsabilità della struttura sanitaria da quella del singolo professionista.

La struttura sanitaria, pubblica o privata, risponde generalmente a titolo **contrattuale**, con conseguente inversione dell'onere della prova a proprio carico e termine prescrizione decennale. Diversamente, il professionista dipendente risponde, salvo particolari eccezioni, a titolo **extracontrattuale** ai sensi dell'art. 2043 del Codice Civile, con onere della prova posto a carico del paziente e termine prescrizione quinquennale. Tale impostazione è stata introdotta con l'obiettivo di ridurre la pressione giudiziaria gravante sui singoli operatori sanitari e favorire un approccio maggiormente orientato alla sicurezza delle cure.

DEPENALIZZAZIONE E LINEE GUIDA

Anche sotto il profilo penale la Legge Gelli-Bianco ha introdotto rilevanti novità mediante l'inserimento dell'art. **590-sexies** del Codice Penale. La disposizione prevede la non punibilità dell'esercente la professione sanitaria nei casi di omicidio colposo o lesioni personali colpose derivanti da imperizia, qualora siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) oppure, in loro assenza, le buone pratiche clinico-assistenziali, purché adeguate alle specifiche condizioni del caso concreto.

L'attuale quadro normativo riflette dunque un cambiamento culturale significativo. La responsabilità professionale non viene più interpretata esclusivamente in chiave sanzionatoria, ma si inserisce in un più ampio sistema di gestione del rischio clinico, nel quale prevenzione, formazione, qualità organizzativa e sicurezza delle cure costituiscono elementi strettamente interconnessi. In questa prospettiva, il rispetto delle linee guida, la corretta documentazione clinica, la comunicazione con il paziente assumono un ruolo fondamentale ai fini della tutela giuridica del professionista.

1.5. Il fenomeno del contenzioso in sanità: la medicina difensiva

La medicina difensiva rappresenta una delle principali conseguenze dell'evoluzione del contenzioso sanitario e della crescente percezione del rischio professionale da parte degli operatori sanitari. Con tale espressione si identificano quei comportamenti clinici che non sono motivati esclusivamente dalle reali necessità assistenziali del paziente, bensì dall'esigenza del professionista di ridurre il rischio di contenzioso o di responsabilità medico-legale.

Tradizionalmente la letteratura distingue due principali forme di medicina difensiva :

- La **medicina difensiva attiva o positiva** che consiste nell'esecuzione di esami diagnostici, consulenze specialistiche, ricoveri o trattamenti non strettamente necessari dal punto di vista clinico, ma ritenuti utili per documentare la correttezza dell'operato professionale. Tale pratica determina un'esplosione della spesa sanitaria, un aumento delle liste d'attesa e un potenziale danno al paziente (sovradiagnosi/sovratrattamento).

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

- La **medicina difensiva negativa**, invece, si manifesta attraverso l'astensione dall'esecuzione di procedure considerate particolarmente rischiose o mediante il rifiuto di assistere pazienti ad elevata complessità clinica, con il conseguente trasferimento del caso ad altri professionisti o strutture, determinando delle "fughe" dei medici dalle specialità ad alto rischio (es. Chirurgia d'urgenza, ostetricia).

Sebbene tali comportamenti siano generalmente adottati con finalità di autotutela, numerosi studi hanno evidenziato come la medicina difensiva possa determinare delle conseguenze sistemiche :

L'esecuzione di prestazioni inappropriate comporta infatti un incremento dei costi sanitari, (miliardi di euro ogni anno dal Servizio Sanitario Nazionale, risorse che potrebbero essere investite in prevenzione o innovazione tecnologica), quasi un utilizzo inefficiente delle risorse disponibili e una maggiore esposizione dei pazienti a procedure diagnostiche o terapeutiche potenzialmente inutili. Parallelamente, la medicina difensiva negativa può determinare ritardi nell'accesso alle cure, discontinuità assistenziale e disuguaglianze nell'assistenza ai pazienti più complessi, alterando profondamente il rapporto medico-paziente, trasformandolo da un'alleanza terapeutica basata sulla fiducia a un contratto formale basato sul sospetto reciproco.

Le cause di questo fenomeno sono molteplici e comprendono il timore di procedimenti giudiziari, la crescente aspettativa sociale nei confronti delle prestazioni sanitarie, la pressione mediatica conseguente agli errori clinici, l'incertezza interpretativa delle norme e la percezione di un insufficiente supporto organizzativo. A tali fattori si aggiungono elementi di natura psicologica, quali la paura dell'errore e il timore di ripercussioni sulla propria reputazione professionale.

Questi elementi formano un cerchio che può essere **vizioso** o **virtuoso**:

- **Il circolo vizioso**: punisce l'errore umano e spinge gli operatori a nascondere.
- **Il circolo virtuoso**: un'efficace applicazione della Legge Gelli-Bianco protegge il professionista virtuoso. Questo riduce la medicina difensiva e favorisce la trasparenza (segnalazione degli errori). L'apprendimento dall'errore migliora i processi clinici, riducendo i sinistri e abbattendo il contenzioso alla radice.

1.6. Conoscenze degli operatori in materia di sicurezza delle cure e implicazioni medico-legali

Negli ultimi decenni, il concetto di **cultura della sicurezza delle cure (Patient Safety Culture)** ha assunto un ruolo sempre più centrale nella valutazione della qualità dei sistemi sanitari. La sicurezza del paziente non viene più considerata esclusivamente come il risultato dell'applicazione di procedure tecniche e protocolli clinico-assistenziali, ma come una

componente strutturale dell'organizzazione sanitaria, strettamente correlata ai comportamenti, alle competenze e alla consapevolezza degli operatori.

Le conoscenze richieste agli operatori sanitari, pertanto, non possono più limitarsi alla sola preparazione clinica e tecnico-professionale, ma devono comprendere anche una solida cultura della sicurezza, intesa come l'insieme di valori, conoscenze, atteggiamenti, percezioni e modelli comportamentali condivisi all'interno di un'organizzazione, finalizzati alla prevenzione degli eventi avversi e alla tutela della persona assistita. Tale consapevolezza include inoltre la conoscenza del quadro normativo e dei principi giuridici che regolano l'esercizio della professione sanitaria e le relative responsabilità.

Nonostante la crescente diffusione di linee guida o raccomandazioni ministeriali, permane spesso una **distanza tra la conoscenza teorica delle pratiche di sicurezza e la loro effettiva applicazione nella quotidianità assistenziale**. Gli operatori sanitari riconoscono generalmente l'importanza di procedure consolidate, quali l'igiene delle mani, l'utilizzo delle *checklist* chirurgiche o l'adozione di sistemi di identificazione corretta del paziente; tuttavia, fattori organizzativi come l'elevato carico di lavoro, la pressione temporale, la carenza di personale e la complessità dei percorsi assistenziali possono favorire comportamenti non conformi o una percezione ridotta del rischio.

Un elemento particolarmente rilevante riguarda il progressivo superamento della cosiddetta *"blame culture"*, ovvero una cultura organizzativa orientata alla ricerca del responsabile individuale dell'errore, a favore di una *"just culture"*, basata sull'analisi sistemica degli eventi e sull'apprendimento organizzativo. Sebbene questo cambiamento rappresenti un obiettivo prioritario dei moderni sistemi di gestione del rischio clinico, in molti contesti permane ancora il timore, da parte degli operatori, che la segnalazione di errori o quasi-eventi (*incident reporting*) possa determinare conseguenze disciplinari o giudiziarie, anziché costituire uno strumento finalizzato al miglioramento della sicurezza.

La promozione di una reale cultura della sicurezza richiede quindi non solo l'adozione di procedure e strumenti operativi, ma anche un cambiamento culturale che favorisca la comunicazione, la collaborazione interdisciplinare e la partecipazione attiva degli operatori nei processi di prevenzione del rischio.

LE IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI

Nel contesto italiano, il principale riferimento normativo in materia di sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria è rappresentato dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco), che ha sancito il principio secondo cui la sicurezza delle cure costituisce parte integrante del diritto alla salute, promuovendo un approccio orientato alla prevenzione degli eventi avversi e alla gestione del rischio sanitario.

La normativa ha introdotto importanti modifiche in tema di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, delineando un quadro nel quale la conoscenza degli obblighi professionali e delle implicazioni giuridiche dell'attività assistenziale assume un ruolo fondamentale.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

In particolare:

- **Responsabilità Penale:** L'art. 6 ne esclude la punibilità per omicidio o lesioni personali colpose se l'evento si è verificato a causa di imperizia, purché siano state rispettate le linee guida validate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o le buone pratiche clinico-assistenziali, adeguate alla specificità del caso.
- **Responsabilità Civile:** La legge distingue tra la responsabilità della struttura sanitaria (di tipo *contrattuale*, con onere della prova a carico della struttura e prescrizione a 10 anni) e quella del singolo operatore (di tipo *extracontrattuale*, con onere della prova a carico del paziente e prescrizione a 5 anni), a meno che non vi sia un contratto diretto.
- **Il Consenso Informato:** La mancata o incompleta informazione al paziente rappresenta una violazione autonoma, fonte di responsabilità medico-legale anche in presenza di un atto chirurgico o medico tecnicamente perfetto.

1.7. Evidenze dalla letteratura nazionale e internazionale

La letteratura scientifica offre dati chiari sull'impatto degli errori e sulla percezione della sicurezza da parte del personale.

Evidenze Internazionali

- **I numeri del fenomeno:** Storici rapporti come *To Err is Human* (IOM) e i successivi studi dell'OMS confermano che gli eventi avversi colpiscono circa il **10%** dei pazienti ricoverati nei paesi ad alto reddito, e quasi il 50% di questi eventi sarebbe prevenibile.
- **Fattori Umani (*Human Factors*):** Gli studi di James Reason (autore del modello del "formaggio svizzero") dimostrano che l'errore del singolo è quasi sempre l'anello finale di una catena di fallimenti sistemici (organizzativi, tecnologici, di comunicazione).
- **Strumenti di indagine:** A livello globale, l'uso di questionari validati (come il *Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ o il *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSOPS) evidenzia che le aree con i punteggi più bassi riguardano costantemente la percezione del carico di lavoro, il supporto del management e il passaggio di consegne (*handover*).

Evidenze Nazionali (Italia)

- **Monitoraggio dei Sinistri:** I report ufficiali (Agenas, Ministero della Salute, compagnie assicurative) evidenziano che l'area chirurgica, l'ortopedia, l'ostetricia/ginecologia e la medicina d'urgenza sono i settori a più alto tasso di sinistrosità e contenzioso medico-legale.
- **Applicazione della L. 24/2017:** La letteratura italiana si concentra molto sull'efficacia delle linee guida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). Emerge che, sebbene ci sia una maggiore consapevolezza formale della legge, l'applicazione omogenea dei protocolli di gestione del rischio nelle varie Regioni italiane è ancora frammentata.

1.8. Gap conoscitivi e necessità formative

Nonostante i progressi normativi e scientifici, persistono aree di forte criticità che richiedono interventi mirati.

I principali Gap Conoscitivi

1. **Carenza di competenze non tecniche (*Non-Technical Skills* - NTS):** Gli operatori sono spesso formati eccellentemente dal punto di vista tecnico, ma mostrano lacune in leadership, comunicazione interprofessionale, gestione dello stress e presa di decisione in situazioni critiche. La maggior parte degli errori di comunicazione avviene durante il passaggio di consegne.
2. **Scarsa conoscenza delle metodiche di analisi dell'errore:** Molti professionisti non conoscono la differenza tra metodi reattivi (come la *Root Cause Analysis* - RCA, per analizzare un errore già avvenuto) e metodi proattivi (come la *Failure Mode and Effects Analysis* - FMEA, per prevenire l'errore).
3. **Analfabetismo assicurativo e giuridico:** Esiste una diffusa confusione tra colpa grave, colpa lieve, rivalsa della struttura e coperture assicurative personali, il che alimenta il fenomeno della **medicina difensiva** (attiva e passiva).

1.9. Implicazioni per il progetto di ricerca.

Le evidenze illustrate nei paragrafi precedenti dimostrano come la sicurezza delle cure non dipenda esclusivamente dalla competenza tecnica dei professionisti, ma anche dalla presenza di una cultura organizzativa orientata all'apprendimento, alla comunicazione e alla gestione sistematica del rischio.

In tale prospettiva, conoscere il livello di consapevolezza degli operatori sanitari relativamente a questi aspetti rappresenta un passaggio preliminare indispensabile per progettare interventi formativi e organizzativi efficaci. Da tale esigenza nasce il presente progetto di ricerca, finalizzato allo sviluppo di uno strumento di rilevazione capace di integrare la valutazione della cultura della sicurezza con le conoscenze in materia di responsabilità professionale e contenzioso sanitario

2. Stato dell'arte: strumenti per la valutazione della cultura della sicurezza degli operatori

2.1. La misurazione della cultura della sicurezza

Negli ultimi due decenni la valutazione della cultura della sicurezza ha assunto un ruolo sempre più rilevante nell'ambito della governance sanitaria, determinando lo sviluppo di strumenti in grado di analizzare non soltanto gli esiti clinici, ma anche le percezioni, gli atteggiamenti e i comportamenti degli operatori sanitari nei confronti della sicurezza delle cure.

A differenza degli indicatori basati sulla rilevazione degli eventi avversi già verificatisi, i questionari sulla Patient Safety Culture consentono di esplorare elementi organizzativi difficilmente misurabili mediante indicatori quantitativi, quali:

- La leadership;
- La comunicazione interdisciplinare;
- Il lavoro di squadra;
- Il clima organizzativo;
- La gestione dell'errore;
- La propensione alla segnalazione degli eventi.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati numerosi strumenti di valutazione, ciascuno caratterizzato da specifici domini di indagine e differenti contesti di applicazione [4]. Tra quelli maggiormente diffusi a livello internazionale figurano l'*Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) [1], il *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [2], il *Patient Safety Climate in Health Care Organisations* (PSCHO), il *Modified Stanford Instrument* (MSI-2006) e lo *Scottish Hospital Safety Questionnaire* (SHSQ).

Pur presentando caratteristiche metodologiche differenti, tali strumenti condividono l'obiettivo di analizzare gli elementi organizzativi che influenzano la sicurezza del paziente, valutando aspetti quali il lavoro di squadra, l'apprendimento organizzativo, la comunicazione, la percezione della leadership, la segnalazione degli errori e le caratteristiche socio-professionali degli operatori, riconosciuti dalla letteratura come fattori determinanti per la qualità e la sicurezza dell'assistenza [4].

2.2. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati per la valutazione della cultura della sicurezza in ambito ospedaliero figura l'*Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS), sviluppato dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) negli Stati Uniti nel 2004 e successivamente aggiornato nella versione 2.0 [1].

L'HSOPS è stato progettato per misurare la percezione degli operatori sanitari rispetto ai principali fattori organizzativi che influenzano la sicurezza delle cure. Lo strumento esplora

numerose dimensioni, tra cui il lavoro di squadra, il supporto della leadership, l'apprendimento organizzativo, la comunicazione aperta, la gestione non punitiva dell'errore, il passaggio delle consegne, la gestione degli eventi avversi e la percezione complessiva della sicurezza all'interno dell'organizzazione.

La diffusione internazionale del questionario ne ha favorito la traduzione e la validazione in numerosi Paesi, compresa l'Italia, nella quale sono state confermate adeguate caratteristiche psicometriche in termini di affidabilità e validità. Grazie a tali proprietà, l'HSOPS rappresenta oggi uno degli strumenti di riferimento sia nella ricerca scientifica sia nei programmi aziendali di miglioramento della qualità.

Uno dei principali punti di forza del questionario consiste nella possibilità di confrontare i risultati ottenuti tra differenti unità operative, aziende sanitarie e sistemi sanitari, consentendo di monitorare nel tempo l'evoluzione della cultura della sicurezza e di valutare l'efficacia degli interventi organizzativi implementati.

Nonostante tali caratteristiche, l'HSOPS concentra prevalentemente l'attenzione sugli aspetti organizzativi della sicurezza delle cure. Gli elementi relativi alla responsabilità professionale, al contenzioso sanitario, alla medicina difensiva e alle implicazioni medico-legali risultano infatti affrontati solo marginalmente, limitando la possibilità di ottenere una valutazione realmente multidimensionale della consapevolezza degli operatori sanitari.

2.3. Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

Un ulteriore strumento ampiamente utilizzato è il *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [2], sviluppato dall'Università del Texas con l'obiettivo di valutare gli atteggiamenti e le percezioni degli operatori sanitari nei confronti della sicurezza.

Il questionario analizza diverse dimensioni della pratica assistenziale, tra cui il clima di sicurezza, il lavoro di squadra, la soddisfazione lavorativa, il riconoscimento dello stress, la percezione della gestione organizzativa e le condizioni di lavoro. L'assunto teorico alla base dello strumento è che gli atteggiamenti del personale rappresentino un indicatore significativo della qualità organizzativa e possano influenzare direttamente gli esiti assistenziali.

La letteratura internazionale evidenzia una significativa associazione tra punteggi elevati ottenuti al SAQ e migliori performance in termini di qualità dell'assistenza, riduzione degli eventi avversi e maggiore soddisfazione degli operatori, confermando il ruolo determinante della cultura organizzativa nella promozione della sicurezza del paziente.

Anche il SAQ è stato tradotto e validato nel contesto italiano, dimostrando adeguati livelli di affidabilità e validità e trovando applicazione sia in ambito ospedaliero sia in attività di ricerca e valutazione organizzativa.

Analogamente all'HSOPS, tuttavia, il questionario privilegia l'analisi degli atteggiamenti individuali e del clima organizzativo, dedicando uno spazio limitato agli aspetti giuridici e medico-legali della pratica professionale. In particolare, non approfondisce le conoscenze degli operatori riguardo alla responsabilità professionale, al contenzioso sanitario, alla

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

medicina difensiva e agli effetti che tali elementi possono esercitare sui comportamenti assistenziali.

Di conseguenza, sebbene il SAQ rappresenti uno strumento consolidato per la valutazione del clima di sicurezza, esso non consente di esplorare in maniera esaustiva tutte le dimensioni oggi considerate fondamentali per una valutazione completa della cultura della sicurezza delle cure.

2.4. Criticità dei questionari validati esistenti

L'analisi della letteratura evidenzia come i principali strumenti impiegati per la valutazione della cultura della sicurezza abbiano fornito un contributo significativo alla diffusione dei principi della Patient Safety e allo sviluppo di programmi di miglioramento della qualità nelle organizzazioni sanitarie. Grazie alla loro ampia diffusione e alle consolidate caratteristiche psicometriche, tali questionari rappresentano oggi un importante riferimento metodologico sia nell'ambito della ricerca sia nella pratica organizzativa.

Nonostante questi punti di forza, emergono alcune limitazioni che ne riducono la capacità di fornire una valutazione realmente completa. La maggior parte degli strumenti disponibili concentra infatti l'attenzione prevalentemente sul clima organizzativo, sulla leadership, sul lavoro di squadra, sulla comunicazione interdisciplinare e sui processi di apprendimento dagli errori, mentre risultano meno approfondite altre dimensioni che, alla luce dell'evoluzione normativa e organizzativa degli ultimi anni, hanno assunto un'importanza crescente.

In particolare, gli aspetti riguardanti la responsabilità professionale, la conoscenza della normativa vigente, il contenzioso sanitario, la medicina difensiva e le implicazioni medico-legali della pratica assistenziale sono generalmente trattati in maniera marginale oppure completamente assenti. Tale limite impedisce di comprendere in quale misura questi elementi possano influenzare i comportamenti degli operatori sanitari, la propensione alla segnalazione degli eventi avversi e, più in generale, la diffusione di una cultura della sicurezza orientata all'apprendimento piuttosto che alla colpevolizzazione.

L'evoluzione del quadro normativo italiano, in particolare a seguito dell'introduzione della Legge 24/2017, ha ulteriormente evidenziato la necessità di integrare gli aspetti organizzativi con quelli giuridici e formativi. La sicurezza delle cure non può infatti essere interpretata esclusivamente come il risultato di procedure e protocolli, ma deve essere considerata il prodotto dell'interazione tra competenze professionali, organizzazione, cultura aziendale e consapevolezza delle responsabilità connesse all'esercizio della professione sanitaria.

Alla luce di tali considerazioni, emerge l'esigenza di sviluppare strumenti multidimensionali in grado di integrare la valutazione della cultura della sicurezza con l'analisi delle conoscenze e delle percezioni degli operatori relativamente agli aspetti normativi, organizzativi e medico-legali, fornendo così una rappresentazione più completa del contesto assistenziale.

2.5. Razionale del progetto

Le criticità emerse dalla revisione della letteratura costituiscono il presupposto teorico e metodologico del presente project work.

L'obiettivo del progetto non consiste nel proporre uno strumento alternativo ai questionari già validati e ampiamente utilizzati a livello internazionale, bensì nello sviluppare un questionario multidimensionale capace di integrare i principali elementi della cultura della sicurezza con ulteriori dimensioni ancora poco esplorate dalla letteratura.

Il razionale dell'indagine nasce dalla consapevolezza che la sicurezza delle cure rappresenta un fenomeno complesso, influenzato non soltanto dai processi organizzativi e dal clima lavorativo, ma anche dal livello di conoscenza degli operatori riguardo alla gestione del rischio clinico, alla responsabilità professionale e alle implicazioni medico-legali della pratica assistenziale. Una valutazione limitata ai soli aspetti organizzativi rischia pertanto di fornire una rappresentazione parziale della realtà, trascurando fattori che possono incidere significativamente sui comportamenti professionali e sulle decisioni clinico-assistenziali.

L'integrazione di queste dimensioni consentirà di ottenere una valutazione più ampia e articolata della consapevolezza degli operatori sanitari, permettendo di individuare con maggiore precisione le aree di criticità, i bisogni formativi e gli ambiti prioritari di intervento.

Lo sviluppo di uno strumento con tali caratteristiche rappresenta un'opportunità per rafforzare le strategie di Clinical Risk Management, supportare la programmazione di percorsi formativi maggiormente aderenti alle esigenze dei professionisti e favorire la diffusione di una cultura organizzativa orientata alla prevenzione degli eventi avversi, all'apprendimento dall'errore e al miglioramento continuo della qualità delle cure.

3. Progettazione dell'indagine conoscitiva

3.1. Fase 1: Analisi preliminare del contesto progettuale mediante Swot Analysis

La progettazione dell'indagine è stata preceduta da un'analisi preliminare del contesto mediante l'utilizzo della **SWOT Analysis**, metodologia ampiamente impiegata nella pianificazione strategica per identificare i principali fattori interni ed esterni in grado di influenzare lo sviluppo di un progetto.

L'analisi ha consentito di evidenziare i punti di forza e di debolezza intrinseci al progetto, nonché le opportunità e le potenziali minacce derivanti dal contesto organizzativo, offrendo un utile supporto nella definizione della strategia progettuale e nell'individuazione delle possibili criticità da affrontare durante le future fasi di sperimentazione.

STRENGTHS (Punti di forza)	WEAKNESSES (Debolezze)
• Possibilità di raccogliere e conoscere la percezione dei propri operatori coinvolti • Produzione di dati utili alla pianificazione di interventi formativi • Rafforzamento della cultura della sicurezza • Possibilità di identificare errate percezioni sul contenzioso e sulla responsabilità professionale • Integrazione, in un unico strumento, di dimensioni raramente investigate congiuntamente (sicurezza delle cure, responsabilità professionale e contenzioso sanitario)	• Le risposte si basano su percezioni soggettive e possono essere influenzate da bias individuali • Possibile bias di desiderabilità sociale nelle risposte • Partecipazione volontaria con possibile rischio di bassa adesione
OPPORTUNITIES (Opportunità)	THREATS (Minacce)
• Individuazione di bisogni formativi specifici degli operatori sanitari • Supporto alla programmazione di interventi di miglioramento della sicurezza delle cure • Possibilità di sviluppare uno strumento replicabile in differenti realtà sanitarie • Produzione di evidenze utili per orientare le strategie di risk management aziendale • Promozione di una maggiore consapevolezza sui temi della	• Scarsa partecipazione dovuta ai carichi diffidenza nei confronti dell'indagine o timore di possibili ripercussioni • Differenze organizzative tra strutture che possono influenzare la confrontabilità dei risultati • Possibile sottostima delle criticità per effetto della cultura organizzativa o del timore di esprimere opinioni negative • Ridotta rappresentatività del campione qualora l'adesione non

responsabilità professionale e del contenzioso sanitario	coinvolga tutte le categorie professionali
---	---

3.2. Fase 2: Pianificazione delle attività e cronoprogramma

La progettazione del questionario è stata sviluppata attraverso un percorso metodologico articolato, realizzato nell'arco di circa due mesi, tra maggio e luglio 2026.

La fase iniziale è stata dedicata alla revisione della letteratura scientifica nazionale e internazionale, con l'obiettivo di analizzare i principali modelli teorici relativi alla Patient Safety, al Clinical Risk Management e alla responsabilità professionale, nonché di individuare gli strumenti di indagine maggiormente utilizzati per la valutazione della cultura della sicurezza.

Successivamente è stata effettuata un'analisi comparativa dei questionari validati disponibili, finalizzata all'identificazione delle dimensioni maggiormente investigate e delle principali aree ancora insufficientemente esplorate dalla letteratura. Tale attività ha consentito di selezionare gli item ritenuti più pertinenti agli obiettivi dello studio e di definire gli ambiti nei quali sviluppare nuovi quesiti.

Sulla base delle evidenze emerse, è stata quindi progettata la struttura del questionario, integrando gli elementi derivanti dagli strumenti validati con nuove domande dedicate alla responsabilità professionale, alla medicina difensiva, al contenzioso sanitario e alla gestione del rischio clinico.

La fase conclusiva ha riguardato la definizione del protocollo metodologico, comprendente gli obiettivi dello studio, la popolazione target, le modalità di somministrazione dello strumento, le procedure di raccolta dei dati e le strategie di analisi statistica previste.

La somministrazione del questionario e la successiva elaborazione dei risultati costituiscono le fasi successive del progetto e potranno essere realizzate nell'ambito di studi pilota o di future indagini multicentriche, finalizzate alla validazione dello strumento e alla sua applicazione in differenti contesti organizzativi.

Il cronoprogramma elaborato sintetizza le principali attività progettuali sviluppate durante il periodo di realizzazione del project work e consente di rappresentare in maniera schematica la successione temporale delle diverse fasi metodologiche.

Attività	Maggio	Giugno	Luglio
----------	--------	--------	--------

Revisione della letteratura scientifica	•		
Analisi dei questionari validati	•	•	
SWOT Analysis e definizione degli obiettivi	•		
Progettazione del questionario		•	
Definizione delle modalità di somministrazione e dell'analisi dei dati			•
Stesura del project work		•	•

3.3. Fase 3: Metodologia di progettazione del questionario

La progettazione dello strumento di rilevazione è stata sviluppata seguendo un approccio metodologico strutturato, fondato sull'analisi critica della letteratura scientifica e sull'adattamento dei principali strumenti internazionali dedicati alla valutazione della cultura della sicurezza del paziente.

L'obiettivo non è stato quello di elaborare un questionario completamente nuovo, bensì di sviluppare uno strumento multidimensionale capace di integrare i domini già validati dalla letteratura con ulteriori aree tematiche strettamente correlate alla responsabilità professionale, alla gestione del rischio clinico e agli aspetti medico-legali della pratica assistenziale.

Il processo di progettazione si è articolato in quattro fasi principali: revisione della letteratura, analisi comparativa degli strumenti esistenti, selezione e adattamento degli item e sviluppo di nuove domande coerenti con gli obiettivi specifici dello studio.

Revisione della letteratura

La prima fase ha previsto una revisione della letteratura nazionale e internazionale finalizzata a identificare gli strumenti maggiormente utilizzati per la valutazione della Patient Safety Culture.

Sono stati presi in considerazione i questionari individuati da recenti revisioni sistematiche, tra cui [4]: l'*Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) [1], il *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [2], il *Patient Safety Climate in Health Care Organisations* (PSCHO), il *Modified Stanford Instrument* (MSI-2006) e lo *Scottish Hospital Safety Questionnaire* (SHSQ). L'analisi della documentazione scientifica ha evidenziato come tali strumenti abbiano dimostrato solide proprietà psicometriche e rappresentino attualmente il riferimento metodologico internazionale per la valutazione della cultura della sicurezza.

Parallelamente, è stata condotta una revisione della letteratura riguardante il Clinical Risk Management, la Just Culture, l'Incident Reporting, la responsabilità professionale, la medicina difensiva e il contenzioso sanitario, con particolare attenzione agli sviluppi successivi all'entrata in vigore della Legge 24/2017.

Analisi comparativa degli strumenti

La successiva fase metodologica è consistita nell'analisi comparativa dei questionari individuati.

Per ciascuno strumento sono stati valutati i domini esplorati, la struttura degli item, le modalità di risposta, il contesto di applicazione e le principali caratteristiche psicometriche.

L'analisi ha evidenziato un'elevata convergenza nella valutazione delle dimensioni organizzative della sicurezza, quali leadership, comunicazione, lavoro di squadra, apprendimento dagli errori e clima organizzativo.

Al contrario, è emersa una limitata attenzione verso aspetti oggi particolarmente rilevanti per la pratica professionale, quali la conoscenza della normativa sulla sicurezza delle cure, il ruolo delle strutture di Clinical Risk Management, la percezione del rischio medico-legale, la medicina difensiva e gli effetti del contenzioso sanitario sulle decisioni clinico-assistenziali.

Queste evidenze hanno costituito il principale razionale scientifico per la progettazione del nuovo questionario.

Adattamento degli item

Sulla base dei risultati della revisione della letteratura, gli item ritenuti maggiormente coerenti con gli obiettivi dello studio sono stati selezionati mantenendo il significato concettuale, evitando modifiche che potessero alterarne il contenuto teorico.

Elaborazione di nuovi item

Poiché la revisione della letteratura ha evidenziato significative lacune nella valutazione degli aspetti giuridici e organizzativi correlati alla sicurezza delle cure, è stato necessario sviluppare nuovi quesiti specificamente dedicati a tali dimensioni.

Le nuove domande sono state elaborate sulla base delle principali evidenze scientifiche disponibili e dei riferimenti normativi nazionali, con l'obiettivo di approfondire il livello di conoscenza degli operatori relativamente alla responsabilità professionale, alla Legge 24/2017, ai sistemi di Incident Reporting, alla Just Culture, al ruolo del Clinical Risk Management e agli effetti del contenzioso sanitario sulla pratica clinica.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

L'integrazione di questi contenuti rappresenta l'elemento di maggiore innovazione del presente progetto, consentendo di superare uno dei principali limiti evidenziati nei questionari attualmente disponibili.

3.3.1. Obiettivo generale

L'obiettivo generale del presente project work consiste nella progettazione di un questionario multidimensionale destinato alla valutazione della cultura della sicurezza delle cure tra gli operatori sanitari, integrando le dimensioni tradizionalmente investigate con la rilevazione delle conoscenze e delle percezioni relative alla responsabilità professionale e agli aspetti medico-legali della pratica assistenziale.

La crescente attenzione verso la qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie, unitamente all'evoluzione del quadro normativo nazionale, ha evidenziato la necessità di promuovere una cultura organizzativa orientata alla prevenzione degli eventi avversi, alla gestione del rischio clinico e alla responsabilizzazione degli operatori [6]. In tale contesto, la sicurezza delle cure rappresenta un elemento fondamentale per garantire la tutela del paziente e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. [RN 1]

Attraverso la costruzione di un questionario multidimensionale, il presente studio si propone di raccogliere informazioni utili a comprendere il grado di diffusione della cultura della sicurezza tra i professionisti sanitari, individuando eventuali criticità, bisogni formativi e aree di miglioramento, vertendo l'attenzione su cosa accade dopo la segnalazione di un evento avverso e la sua gestione da parte degli organi di risk management. I risultati ottenuti potranno costituire la base per future indagini multicentriche e per la progettazione di interventi formativi e organizzativi mirati, da sviluppare nelle strutture sanitarie individuate come sedi pilota.

3.3.2. Obiettivi specifici

Per il conseguimento dell'obiettivo generale sono stati definiti i seguenti obiettivi specifici:

- A. Progettare uno strumento di rilevazione fondato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e sui principali modelli teorici relativi alla sicurezza delle cure, al Clinical Risk Management e alla responsabilità professionale;
- B. Sviluppare un questionario multidimensionale potenzialmente applicabile in differenti contesti assistenziali, capace di integrare la valutazione del clima di sicurezza, della cultura organizzativa, della comunicazione interdisciplinare, dei fattori umani, della formazione, dei sistemi di Incident Reporting e delle conoscenze medico-legali;
- C. Fornire elementi conoscitivi utili alla pianificazione di interventi finalizzati al consolidamento della cultura della sicurezza, al miglioramento dei processi di gestione del rischio clinico e alla promozione di comportamenti professionali orientati alla prevenzione degli eventi avversi.

3.3.3. Questionario

La progettazione del questionario è stata guidata dai principi di validità di contenuto, chiarezza espositiva e semplicità di compilazione.

Particolare attenzione è stata dedicata alla formulazione di domande comprensibili, prive di ambiguità e non orientate verso specifiche risposte, così da ridurre il rischio di bias interpretativi e garantire una corretta comprensione da parte delle differenti figure professionali coinvolte nello studio (per consultare l'intero questionario vedi Allegato A)

Lo strumento è composto da **37 item**, organizzati in **sei sezioni tematiche**, ciascuna dedicata a una specifica dimensione della sicurezza delle cure.

La maggior parte delle domande utilizza una **scala Likert a cinque livelli**, scelta per consentire una valutazione graduale del livello di accordo dei partecipanti. Per alcuni quesiti sono state inoltre introdotte le opzioni **"Non so"** e **"Non applicabile"**, con l'obiettivo di limitare risposte casuali nei casi in cui il partecipante non disponga di informazioni sufficienti o la domanda non sia pertinente rispetto al proprio contesto lavorativo.

Questa impostazione metodologica consente di migliorare l'affidabilità delle risposte e di ridurre il rischio di errore sistematico nella raccolta dei dati.

La struttura del questionario è riportata nella Tabella 2.

Sezione	Contenuto	Item
A	Informazioni socio-professionali e contesto organizzativo	1-8
B	Clima di sicurezza e cultura organizzativa	9-16
C	Comunicazione, continuità assistenziale e fattori umani	17-19
D	Formazione, supporto organizzativo e gestione del rischio	20-22
E	Incident reporting e feedback organizzativo	23-26
F	Contenzioso sanitario e responsabilità professionale	27-37

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

3.3.4. Popolazione target e contesti di applicazione

Il questionario è stato progettato per essere somministrato a professionisti sanitari operanti in differenti contesti assistenziali, con l'obiettivo di ottenere una valutazione ampia della cultura della sicurezza e delle conoscenze relative alla gestione del rischio clinico e alla responsabilità professionale.

La popolazione target comprende i principali professionisti coinvolti nei processi di cura, inclusi dirigenti medici, infermieri, ostetriche, professionisti delle professioni sanitarie della riabilitazione, dell'area tecnico-sanitaria e della prevenzione, operatori socio-sanitari e personale amministrativo che, a vario titolo, contribuisce ai processi organizzativi e assistenziali.

La scelta di includere differenti categorie professionali risponde alla necessità di analizzare la cultura della sicurezza secondo una prospettiva multiprofessionale. La sicurezza delle cure, infatti, rappresenta il risultato dell'interazione tra competenze, organizzazione e collaborazione interdisciplinare; pertanto, la valutazione delle sole figure cliniche non consentirebbe di cogliere la complessità dei processi che caratterizzano i moderni sistemi sanitari.

Poiché il presente elaborato è finalizzato alla progettazione dello strumento di indagine e non alla sua sperimentazione, non è stata individuata una specifica azienda sanitaria pilota né è stato richiesto ai partecipanti di indicare la struttura di appartenenza.

Tale scelta metodologica è stata adottata con l'intento di sviluppare uno strumento potenzialmente applicabile in differenti contesti organizzativi, favorendone un futuro utilizzo in aziende sanitarie pubbliche, strutture private accreditate e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

È opportuno evidenziare che l'assenza di informazioni relative alla struttura di appartenenza costituisce una limitazione metodologica del progetto, in quanto non consente di effettuare confronti tra differenti realtà organizzative né di analizzare l'influenza delle caratteristiche aziendali sulle percezioni degli operatori.

Nelle future fasi di validazione dello strumento sarà pertanto opportuno prevedere la raccolta di tali informazioni, al fine di consentire analisi comparative e valutazioni multicentriche.

3.4. Fase 4: Modalità di somministrazione del questionario

Per favorire una diffusione capillare dell'indagine e semplificare la raccolta dei dati, il questionario è stato progettato per essere somministrato in modalità telematica mediante la piattaforma Google Forms.

La scelta di questa modalità è motivata dalla facilità di utilizzo, dalla compatibilità con differenti dispositivi elettronici e dalla possibilità di esportare automaticamente i dati raccolti in formato compatibile con i principali software di elaborazione statistica.

La partecipazione allo studio sarà volontaria, anonima e gratuita.

Prima dell'accesso al questionario, ciascun partecipante riceverà un'informativa contenente gli obiettivi dello studio, le modalità di raccolta e trattamento dei dati personali, le garanzie di anonimato e i riferimenti alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Foto 1).



The image shows a digital survey form. At the top, there is a logo for 'HEALTH ÉCOLE Scuola di Sanità' featuring a stylized eagle. Below the logo, the title of the survey is prominently displayed in bold, uppercase letters. The form is addressed to 'Gentile Professionista,' and contains several paragraphs of text explaining the purpose of the survey, its voluntary nature, and the confidentiality of the responses. It also mentions the GDPR regulation. At the bottom of the form, there are two buttons: 'Avanti' (Next) and 'Cancella modulo' (Cancel form).

HEALTH ÉCOLE
Scuola di Sanità

**INDAGINE SULLA CULTURA DELLA
SICUREZZA E SULLE ATTITUDINI DEGLI
OPERATORI SANITARI**

Gentile Professionista,

La invitiamo a partecipare alla presente indagine, realizzata in collaborazione con la scuola di sanità *Health École*, finalizzata ad approfondire le conoscenze e le percezioni degli operatori sanitari in merito alla sicurezza delle cure, alla responsabilità professionale e al contenzioso sanitario.

La partecipazione è volontaria e il questionario è completamente anonimo. **Le informazioni raccolte saranno trattate in forma aggregata ed esclusivamente per finalità di ricerca, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).**

Non esistono risposte corrette o errate: le chiediamo di rispondere in modo sincero e spontaneo, facendo riferimento alla Sua esperienza professionale e alle Sue personali opinioni.

La compilazione del questionario richiederà pochi minuti.

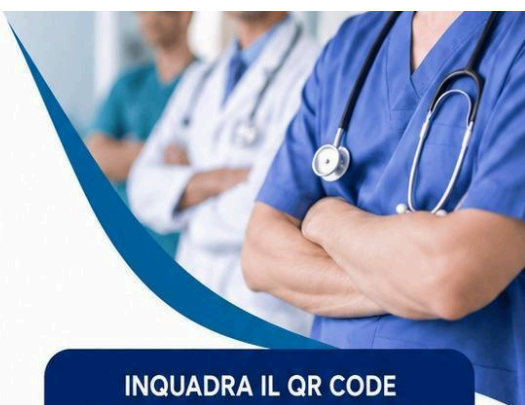
La ringraziamo per il tempo dedicato e per il prezioso contributo che vorrà fornire alla realizzazione dello studio.

[Avanti](#) [Cancella modulo](#)

Per favorire il reclutamento degli operatori sanitari sarà predisposto materiale informativo comprendente una locandina illustrativa contenente una breve descrizione del progetto, gli obiettivi dell'indagine e un QR Code che consentirà l'accesso diretto al questionario online. La locandina potrà essere collocata presso aree comuni delle strutture sanitarie aderenti allo studio, quali ingressi, sale riunioni, spazi dedicati al personale e unità operative, con l'obiettivo di incrementare la partecipazione e garantire una maggiore rappresentatività del campione (Foto 2).

Il tempo medio necessario per la compilazione del questionario è stimato in circa 10-15 minuti, durata ritenuta compatibile con l'attività lavorativa degli operatori sanitari e tale da limitare il rischio di abbandono della compilazione

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



INDAGINE SULLA CULTURA DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Il tuo contributo è importante

La compilazione del questionario consentirà di rilevare la percezione della **cultura della sicurezza** all'interno dell'organizzazione e costituirà un supporto per le future attività di analisi e miglioramento.

IL QUESTIONARIO È

-  **ANONIMO**
-  **LE RISPOSTE SARANNO ANALIZZATE ESCLUSIVAMENTE IN FORMA AGGREGATA**

INQUADRA IL QR CODE E COMPILA IL QUESTIONARIO



SCAN ME

 **TEMPO DI COMPILAZIONE:
CIRCA 5 MINUTI**

PERCHÉ PARTECIPARE

- ✓ contribuire alla **valutazione della cultura della sicurezza**;
- ✓ individuare punti di forza e opportunità di **miglioramento**;
- ✓ supportare iniziative finalizzate alla **sicurezza del paziente**.



La sicurezza del paziente è un valore condiviso.
La tua esperienza professionale è fondamentale
per promuovere una cultura dell'assistenza sempre più sicura.
GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE.

3.5. Fase 5: Analisi dei risultati

Al termine della raccolta dei dati, le informazioni saranno esportate dalla piattaforma in formato compatibile con i principali software di analisi statistica, mantenendo l'anonimato dei partecipanti e garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte.

L'analisi comprenderà una descrizione delle caratteristiche socio-professionali del campione e delle risposte fornite nelle diverse sezioni del questionario, attraverso il calcolo di

frequenze assolute, frequenze percentuali ed eventuali misure descrittive. Qualora la numerosità campionaria lo consenta, potranno essere effettuati confronti tra gruppi professionali

I risultati saranno presentati mediante tabelle e grafici, al fine di evidenziare le principali criticità e le aree di miglioramento percepite dagli operatori sanitari.

4. Risultati ottenuti

4.1 Analisi descrittiva del campione

Caratteristiche del campione

L'analisi è stata condotta su un campione costituito da **162 questionari validi**, raccolti mediante questionario strutturato rivolto agli operatori sanitari. Il campione comprende diverse figure professionali appartenenti a strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, permettendo una valutazione eterogenea della cultura della sicurezza del paziente.

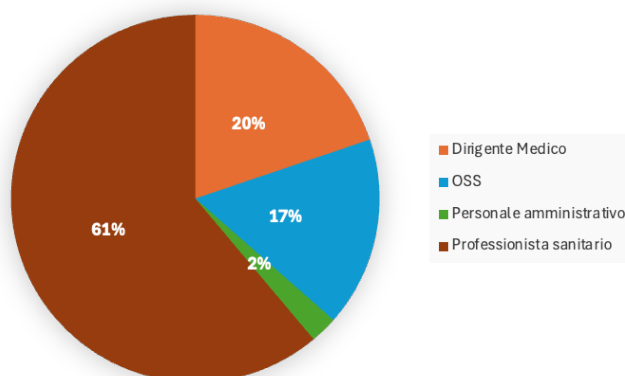
La numerosità campionaria risulta adeguata all'esecuzione di analisi descrittive e comparative e consente di ottenere una rappresentazione significativa delle percezioni degli operatori coinvolti.

Qualifica professionale

La distribuzione delle qualifiche professionali evidenzia una prevalenza di professionisti sanitari

Qualifica	Frequenza	Percentuale
Professionista sanitario	99	61,1%
Dirigente medico	32	19,8%
OSS	27	16,7%
Personale amministrativo	4	2,5%
Totale	162	100%

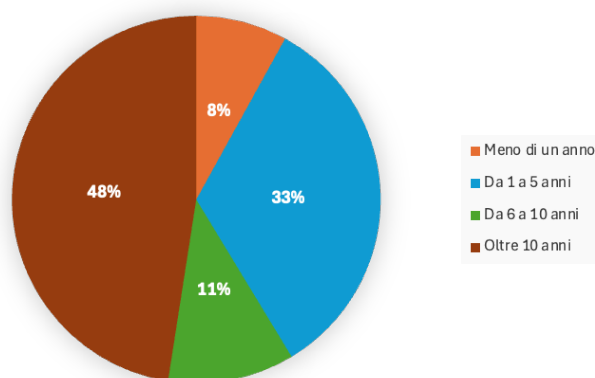
Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



L'elevata presenza di professionisti sanitari rende il campione particolarmente rappresentativo delle figure direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente.

Anzianità lavorativa

Anzianità	Frequenza	Percentuale
Meno di 1 anno	13	8,0%
Da 1 a 5 anni	54	33,3%
Da 6 a 10 anni	18	11,1%
Oltre 10 anni	77	47,5%

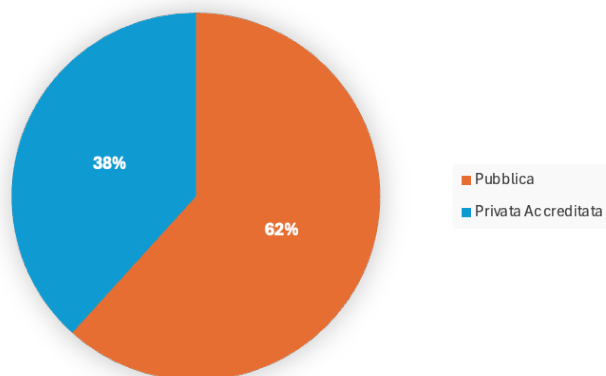


Quasi la metà del campione possiede oltre dieci anni di esperienza, suggerendo una popolazione costituita prevalentemente da operatori esperti.

Tipologia di struttura

Tipologia	Frequenza	Percentuale
Pubblica	100	61,7%
Privata accreditata	62	38,3%

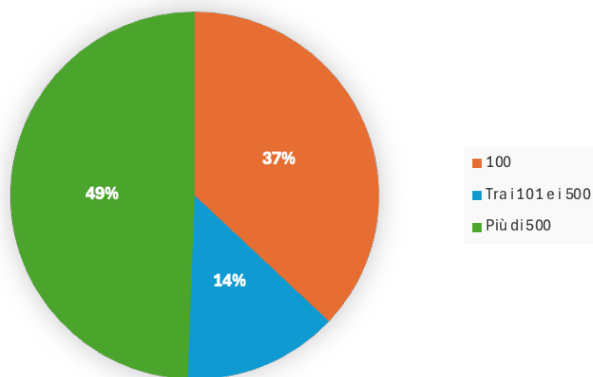
Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



Il campione risulta quindi composto prevalentemente da operatori appartenenti al Servizio Sanitario Pubblico.

Numero di posti letto della struttura

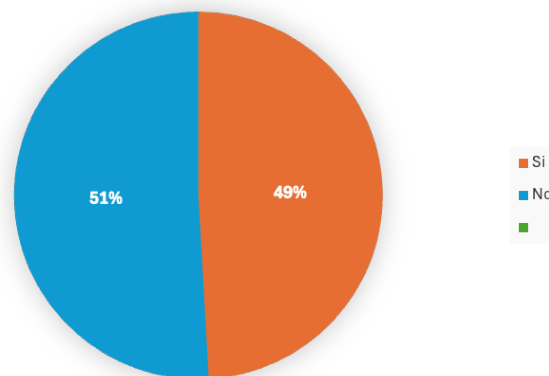
Numero di posti letto	Frequenza	Percentuale
100	60	37,0%
Tra i 101 e i 500	22	13,6%
Oltre 500	80	49,4%



Esperienze lavorative precedenti

Cambiamento	Frequenza	Percentuale
Si	80	49,1%
No	82	50,9%

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



Il risultato evidenzia una sostanziale equidistribuzione tra operatori che ritengono modificata la propria percezione del rischio in seguito ad altre esperienze lavorative e coloro che non riportano cambiamenti significativi.

Considerazioni

Nel complesso il campione presenta caratteristiche favorevoli per lo studio della cultura della sicurezza:

- prevalenza di operatori sanitari direttamente coinvolti nell'assistenza;
- elevata esperienza professionale;
- presenza di strutture pubbliche e private;
- ampia eterogeneità dei reparti.

Queste caratteristiche aumentano la robustezza delle successive analisi statistiche e consentono confronti tra differenti sottogruppi professionali.

4.2 Analisi statistica delle domande del questionario

Strategia di analisi

Le domande del questionario sono prevalentemente costruite mediante **scala Likert a cinque livelli**, consentendo sia un'analisi descrittiva sia il calcolo di indicatori sintetici.

Per ogni item saranno riportati:

- frequenze assolute;
- frequenze percentuali;
- percentuale di accordo;
- percentuale di disaccordo;
- media del punteggio;
- deviazione standard;
- intervallo di confidenza al 95%;
- interpretazione statistica.

L'analisi seguirà inoltre le raccomandazioni internazionali per la valutazione della **Patient Safety Culture**, considerando come indicatore principale la quota di risposte positive.

Criteria di interpretazione

Per uniformare l'interpretazione dei risultati verrà utilizzata la seguente classificazione:

Percentuale di risposte positive	Interpretazione
≥80%	Area di eccellenza
70–79%	Buon livello
50–69%	Area migliorabile
<50%	Area critica

Analisi item per item

Nei prossimi paragrafi ogni domanda sarà analizzata singolarmente mediante:

- tabella delle frequenze;
- distribuzione percentuale;
- indice di consenso;
- grafico Likert;
- interpretazione scientifica.

Ogni item sarà inoltre confrontato con gli altri per identificare i principali punti di forza e di debolezza della cultura della sicurezza percepita.

- **Analisi degli item relativi alla cultura della sicurezza**

Per l'analisi delle domande è stata utilizzata la distribuzione delle frequenze delle risposte su scala Likert. Ai fini interpretativi, sono state considerate:

Risposte positive: "D'accordo" + "Fortemente d'accordo";

Risposte neutrali: "Né d'accordo né in disaccordo";

Risposte negative: "In disaccordo" + "Fortemente in disaccordo";

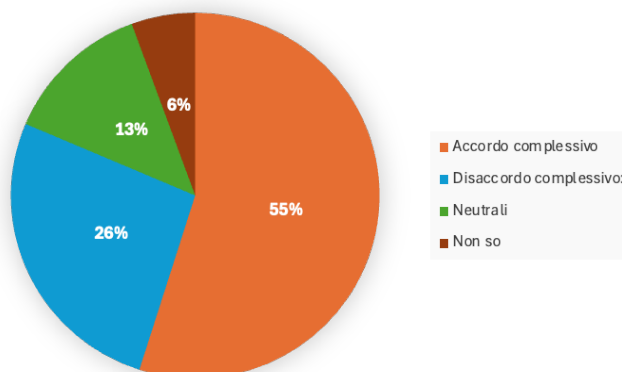
"Non so" analizzata separatamente.

Item 1

"L'unità in cui lavori esamina regolarmente i processi di lavoro per determinare se sono necessari cambiamenti per migliorare la sicurezza del paziente."

Categoria	Frequenza	%
Fortemente d'accordo	35	21,6
D'accordo	54	33,3
Né d'accordo né in disaccordo	21	13,0
In disaccordo	22	13,6
Fortemente in disaccordo	21	13,0
Non so	9	5,6

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



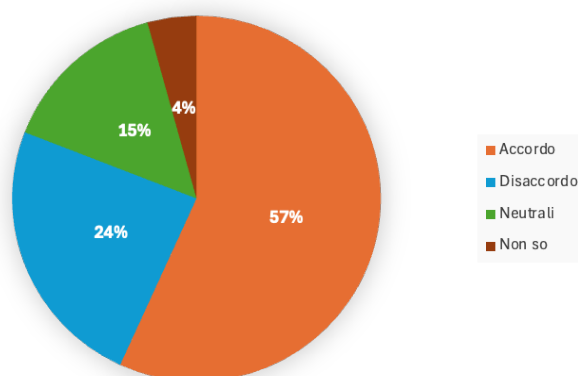
Più della metà degli operatori riconosce l'esistenza di revisioni periodiche dei processi assistenziali. Tuttavia, oltre un quarto del campione esprime un giudizio negativo, suggerendo una non uniforme diffusione delle pratiche di miglioramento continuo.

Secondo gli standard dell'**AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture**, un valore inferiore al 75–80% di risposte positive identifica un'area suscettibile di miglioramento.

Item 2

"Quando il personale commette errori, questa unità si concentra sull'apprendimento piuttosto che colpevolizzare i singoli."

Categoria	Frequenza	%
Fortemente d'accordo	30	18,5
D'accordo	62	38,3
Né d'accordo né in disaccordo	24	14,8
In disaccordo	21	13,0
Fortemente in disaccordo	18	11,1
Non so	7	4,3

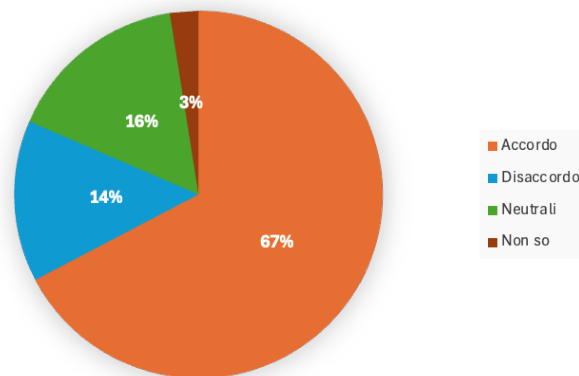


L'orientamento verso una cultura dell'apprendimento appare presente, ma non ancora consolidato. La quota di operatori che percepisce ancora una cultura orientata alla colpevolizzazione rappresenta un elemento di attenzione, poiché potrebbe ostacolare la segnalazione spontanea degli eventi avversi.

Item 3

"Il mio supervisore, coordinatore o leader clinico agisce per risolvere i problemi di sicurezza del paziente che vengono portati alla sua attenzione."

Categoria	Frequenza	%
Fortemente d'accordo	43	26,5
D'accordo	66	40,7
Né d'accordo né in disaccordo	26	16,0
In disaccordo	11	6,8
Fortemente in disaccordo	12	7,4
Non so	4	2,5



Questo rappresenta uno degli item con il livello di consenso più elevato.

La percezione positiva del ruolo della leadership costituisce un importante fattore protettivo per lo sviluppo di una cultura della sicurezza.

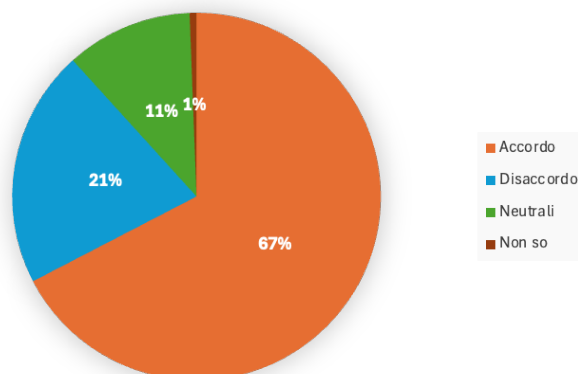
Tuttavia, il valore rimane inferiore alla soglia dell'80% indicata in letteratura come caratteristica delle organizzazioni ad alta affidabilità.

Item 4

"Quando accadono errori in questa unità, discutiamo i modi per evitare che si ripetano."

Categoria	Frequenza	%
Fortemente d'accordo	33	20,4
D'accordo	76	46,9
Né d'accordo né in disaccordo	18	11,1
In disaccordo	20	12,3
Fortemente in disaccordo	14	8,6
Non so	1	0,6

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



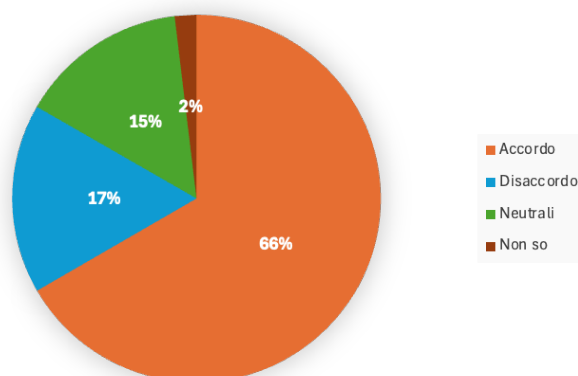
Il confronto sugli errori rappresenta una pratica percepita positivamente dalla maggioranza degli operatori.

Ciò suggerisce la presenza di momenti di debriefing e apprendimento organizzativo; tuttavia, circa un operatore su cinque non riconosce tale pratica, indicando possibili differenze tra unità operative.

Item 5

"In questa unità, il personale si esprime liberamente se vede qualcosa che potrebbe influire negativamente sulla sicurezza del paziente."

Categoria	Frequenza	%
Fortemente d'accordo	38	23,5
D'accordo	70	43,2
Né d'accordo né in disaccordo	24	14,8
In disaccordo	15	9,3
Fortemente in disaccordo	12	7,4
Non so	3	1,9



La libertà di esprimere preoccupazioni rappresenta uno dei pilastri della **Safety Culture**.

Il risultato evidenzia una percezione complessivamente favorevole, ma ancora distante dai livelli osservati nelle organizzazioni sanitarie caratterizzate da una cultura della sicurezza matura.

La presenza di circa un sesto degli operatori che dichiara difficoltà nell'esprimere criticità suggerisce la necessità di rafforzare ulteriormente i meccanismi di comunicazione aperta e di promuovere un clima organizzativo orientato alla fiducia.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

L'analisi preliminare evidenzia una **percezione generalmente positiva**, con percentuali di accordo comprese tra **54,9% e 67,3%**. Nessun indicatore raggiunge tuttavia la soglia dell'80% generalmente considerata rappresentativa di una cultura della sicurezza pienamente consolidata.

I punti di forza riguardano:

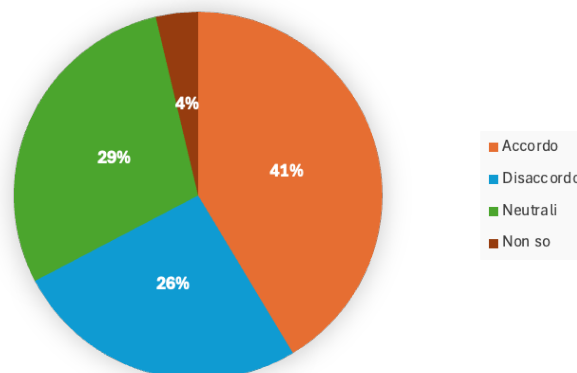
- il ruolo della leadership clinica;
- la discussione degli errori come opportunità di apprendimento;
- la disponibilità al dialogo sulla sicurezza.

Permangono invece aree di miglioramento legate alla sistematicità della revisione dei processi e alla diffusione di una cultura completamente libera dalla colpevolizzazione.

Item 6

"Le azioni della direzione dimostrano che la sicurezza del paziente è una priorità assoluta."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	22	13,6
D'accordo	45	27,8
Né d'accordo né in disaccordo	47	29,0
In disaccordo	20	12,3
Fortemente in disaccordo	22	13,6
Non so	6	3,7



Questo item evidenzia una percezione **solo moderatamente positiva** dell'impegno della direzione verso la sicurezza del paziente. Meno della metà degli intervistati ritiene che le decisioni manageriali dimostrino concretamente tale priorità, mentre quasi un terzo mantiene una posizione neutrale. L'elevata quota di risposte intermedie suggerisce una percezione non uniforme della leadership strategica.

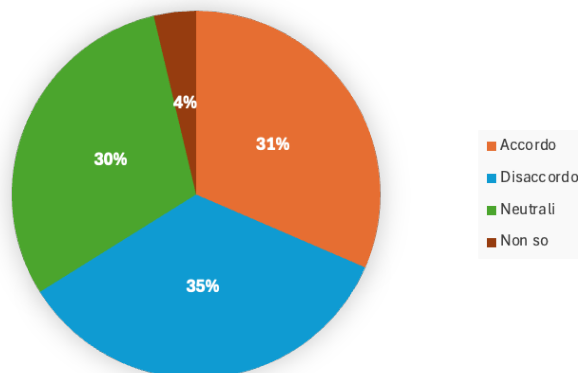
Item 7

"La direzione fornisce risorse adeguate per migliorare la sicurezza del paziente."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	6	3,7

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

D'accordo	45	27,8
Né d'accordo né in disaccordo	49	30,2
In disaccordo	39	24,1
Fortemente in disaccordo	17	10,5
Non so	6	3,7

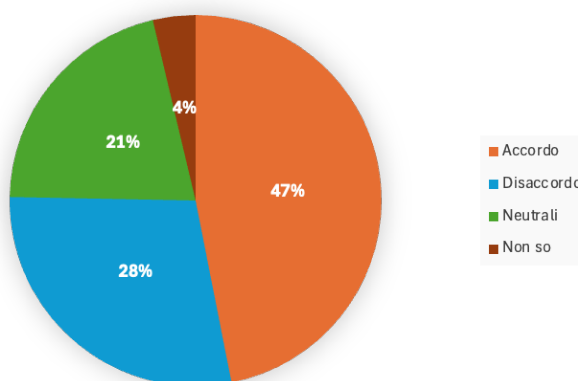


Questo rappresenta uno degli item più critici dell'intero questionario. Solo un terzo del campione ritiene adeguate le risorse messe a disposizione dalla direzione, mentre la quota di disaccordo supera quella di accordo. Tale risultato suggerisce che gli operatori percepiscono un'insufficiente disponibilità di risorse organizzative, tecnologiche o umane dedicate alla sicurezza del paziente.

Item 8

"La direzione sembra interessarsi alla sicurezza del paziente solo dopo che si verifica un evento avverso."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	17	10,5
D'accordo	59	36,4
Né d'accordo né in disaccordo	34	21,0
In disaccordo	36	22,2
Fortemente in disaccordo	10	6,2
Non so	6	3,7



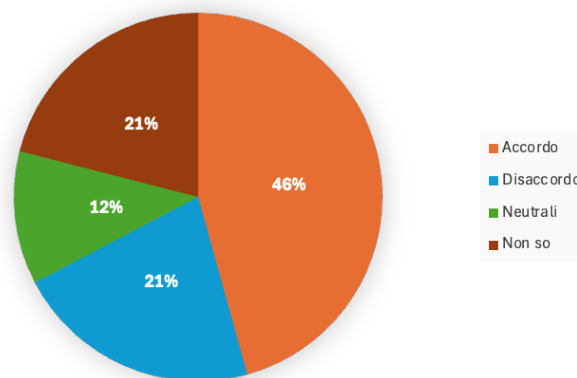
Poiché l'affermazione è formulata in senso **negativo**, l'accordo rappresenta una percezione sfavorevole della cultura della sicurezza. Quasi la metà degli operatori ritiene che l'interesse

della direzione emerge soprattutto dopo il verificarsi di eventi avversi, evidenziando un approccio percepito come prevalentemente reattivo anziché proattivo. In una successiva elaborazione dell'indice sintetico, questo item dovrà essere **ricodificato inversamente**.

Item 9

"I passaggi di consegne vengono effettuati utilizzando la metodologia SBAR."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	23	14,2
D'accordo	51	31,5
Né d'accordo né in disaccordo	19	11,7
In disaccordo	19	11,7
Fortemente in disaccordo	16	9,9
Non so	20	12,3
Non applicabile	14	8,6



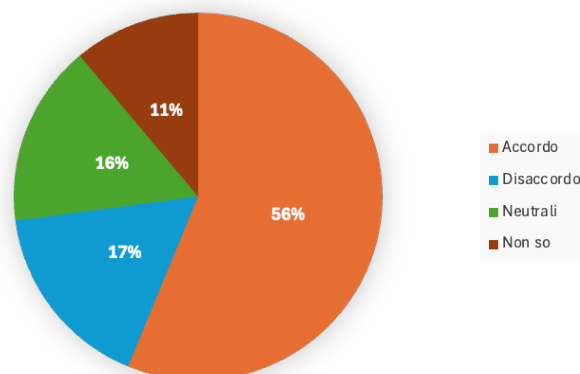
L'adozione della metodologia **SBAR** appare disomogenea. Meno della metà degli intervistati dichiara che il passaggio di consegne avvenga regolarmente secondo questo modello strutturato, mentre oltre un quinto del campione risponde "Non so" o "Non applicabile". Questo dato potrebbe riflettere differenze organizzative tra reparti o una limitata diffusione di procedure standardizzate.

Item 10

"Durante il passaggio di consegne, il tempo a disposizione è sufficiente per garantire uno scambio completo delle informazioni."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	20	12,3
D'accordo	71	43,8
Né d'accordo né in disaccordo	26	16,0
In disaccordo	15	9,3
Fortemente in disaccordo	12	7,4
Non so	7	4,3
Non applicabile	11	6,8

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



La maggioranza degli operatori valuta positivamente il tempo dedicato al passaggio di consegne, riconoscendolo come generalmente sufficiente per uno scambio efficace delle informazioni cliniche. Tuttavia, una quota non trascurabile di risposte negative suggerisce che, in alcuni contesti assistenziali, le condizioni organizzative non consentano ancora un handover ottimale.

L'analisi degli item 6–10 mette in evidenza aspetti organizzativi e gestionali centrali per la cultura della sicurezza.

*L'item con la valutazione più critica riguarda la **disponibilità di risorse da parte della direzione** (31,5% di accordo), indicando che molti operatori percepiscono un supporto insufficiente alle iniziative di sicurezza. Anche l'item relativo all'approccio della direzione agli eventi avversi evidenzia una criticità: quasi la metà del campione ritiene che l'attenzione della leadership aumenti solo dopo il verificarsi di incidenti, suggerendo un orientamento prevalentemente reattivo.*

Per quanto riguarda la comunicazione clinica, i risultati mostrano una situazione eterogenea. L'utilizzo della metodologia SBAR non appare ancora pienamente consolidato, mentre il tempo disponibile per il passaggio di consegne è giudicato adeguato dalla maggioranza degli operatori.

Nel complesso, questi item evidenziano come le principali aree di miglioramento riguardino il rafforzamento del ruolo strategico della direzione, l'investimento in risorse dedicate alla sicurezza e la standardizzazione dei processi di comunicazione clinica, elementi che la letteratura internazionale identifica come determinanti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza matura.

Inizio modulo

Gli item 11–15 approfondiscono aspetti fondamentali della sicurezza delle cure, con particolare riferimento all'impatto della fatica lavorativa, ai percorsi di inserimento del personale, alla formazione continua, al coinvolgimento degli operatori nei processi decisionali e alla conoscenza delle procedure di segnalazione degli eventi avversi.

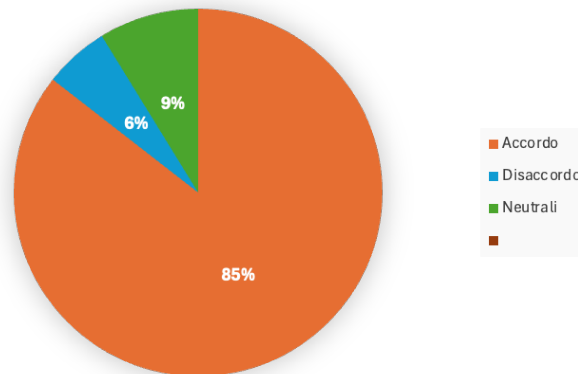
Item 11

"Quando i livelli di stanchezza fisica o mentale sono elevati, la qualità delle mie prestazioni si riduce."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	66	40,7

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

D'accordo	70	43,2
Né d'accordo né in disaccordo	14	8,6
In disaccordo	7	4,3
Fortemente in disaccordo	2	1,2
Non so	2	1,2
Non applicabile	1	0,6



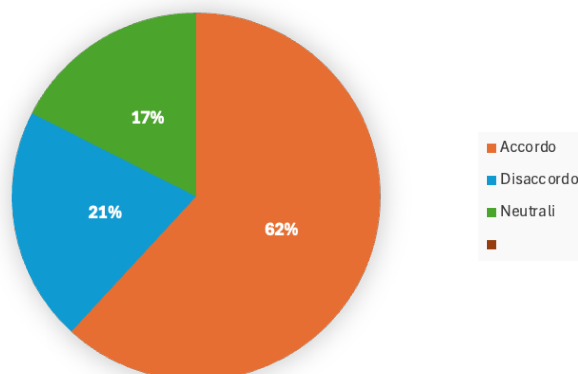
Questo è il primo item che supera la soglia dell'80% di consenso. Gli operatori riconoscono quasi unanimemente che la fatica fisica e mentale influisce negativamente sulla qualità delle prestazioni. Il dato è coerente con la letteratura internazionale sul *human factor*, che identifica stanchezza, carico di lavoro e stress tra i principali determinanti del rischio clinico.

Item 12

"Il personale neoassunto, i sostituti o i tirocinanti ricevono un percorso strutturato di orientamento e affiancamento in questa unità."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	25	15,4
D'accordo	74	45,7
Né d'accordo né in disaccordo	28	17,3
In disaccordo	21	13,0
Fortemente in disaccordo	12	7,4
Non so	2	1,2

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

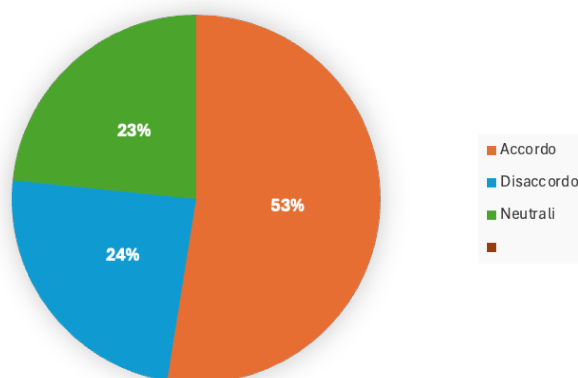


La maggioranza del campione percepisce positivamente i programmi di inserimento del nuovo personale. Tuttavia, circa un operatore su cinque ritiene che tali percorsi non siano sufficientemente strutturati. Questo suggerisce una variabilità organizzativa tra le diverse unità operative e indica l'opportunità di uniformare le procedure di orientamento.

Item 13

"All'interno di questa struttura abbiamo accesso a momenti formativi continui e incentrati sulla gestione del rischio clinico e responsabilità professionale."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	19	11,7
D'accordo	64	39,5
Né d'accordo né in disaccordo	37	22,8
In disaccordo	19	11,7
Fortemente in disaccordo	19	11,7
Non so	4	2,5



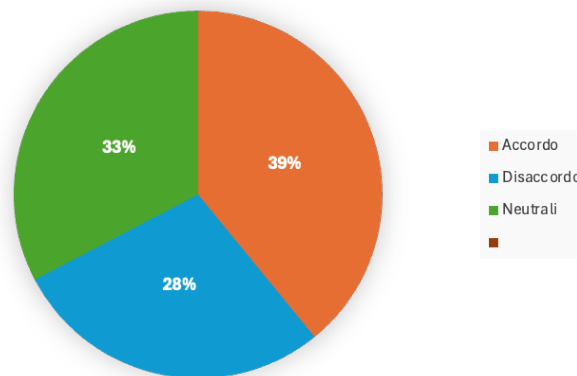
La formazione continua rappresenta un'area migliorabile. Sebbene oltre la metà degli operatori riconosca la presenza di attività formative dedicate al rischio clinico, permane una consistente quota di giudizi neutrali e negativi. Ciò suggerisce la necessità di incrementare la frequenza, l'accessibilità e la visibilità delle iniziative formative.

Item 14

"I suggerimenti sulla sicurezza provenienti dal personale vengono ascoltati dalla direzione ed attuati tempestivamente."

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	7	4,3
D'accordo	54	33,3
Né d'accordo né in disaccordo	51	31,5
In disaccordo	29	17,9
Fortemente in disaccordo	15	9,3
Non so	6	3,7



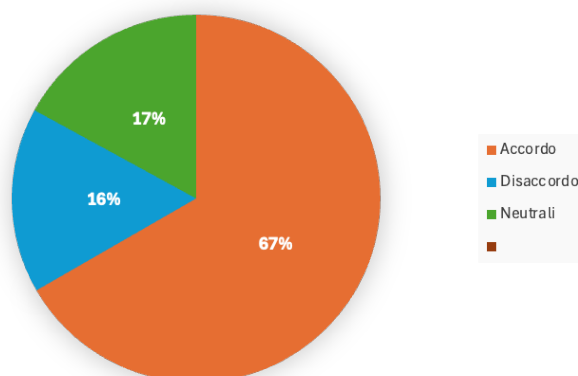
Questo item rappresenta una delle principali criticità emerse dall'indagine. Solo poco più di un terzo degli operatori ritiene che le proprie proposte vengano recepite e trasformate rapidamente in azioni concrete. L'elevata percentuale di risposte neutrali suggerisce inoltre una limitata visibilità dei processi decisionali o una comunicazione insufficiente del feedback da parte della direzione.

Item 15

"Mi sono state fornite adeguatamente le informazioni su come segnalare un errore o un evento sentinella."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	40	24,7
D'accordo	66	40,7
Né d'accordo né in disaccordo	27	16,7
In disaccordo	16	9,9
Fortemente in disaccordo	10	6,2
Non so	3	1,9

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



La maggioranza degli operatori dichiara di aver ricevuto informazioni adeguate sulle modalità di segnalazione degli errori e degli eventi sentinella. Questo risultato indica una discreta diffusione delle procedure di reporting, pur evidenziando la necessità di rafforzare ulteriormente la formazione e la sensibilizzazione del personale per raggiungere livelli di adesione più elevati.

L'analisi di questa sezione evidenzia risultati eterogenei.

L'**item 11** registra il livello di consenso più elevato (**84,0%**), confermando la piena consapevolezza degli operatori riguardo agli effetti della fatica sulle prestazioni assistenziali. Questo risultato sottolinea l'importanza di strategie organizzative finalizzate alla gestione del carico di lavoro e alla prevenzione del burnout.

Gli **item 12** e **15** mostrano valutazioni complessivamente positive, indicando una buona percezione dei percorsi di inserimento del personale e delle procedure di segnalazione degli eventi avversi.

Le maggiori criticità emergono invece negli **item 13** e soprattutto **14**, relativi alla formazione continua e alla valorizzazione dei suggerimenti del personale. In particolare, la limitata percezione dell'ascolto da parte della direzione rappresenta un elemento rilevante, poiché la partecipazione attiva degli operatori è considerata uno dei pilastri delle organizzazioni ad alta affidabilità (*High Reliability Organizations*).

Questi risultati suggeriscono la necessità di rafforzare il coinvolgimento del personale nei processi decisionali, incrementare le opportunità formative e migliorare i meccanismi di feedback organizzativo, così da favorire una cultura della sicurezza più partecipativa e orientata al miglioramento continuo.

Inizio modulo

Gli item 16–20 approfondiscono aspetti relativi al **sistema di segnalazione degli eventi avversi**, alla gestione dei *near miss* e alla percezione delle implicazioni medico-legali nella pratica clinica. Queste dimensioni rappresentano elementi centrali della cultura della sicurezza, poiché riflettono il livello di maturità organizzativa nella gestione del rischio clinico.

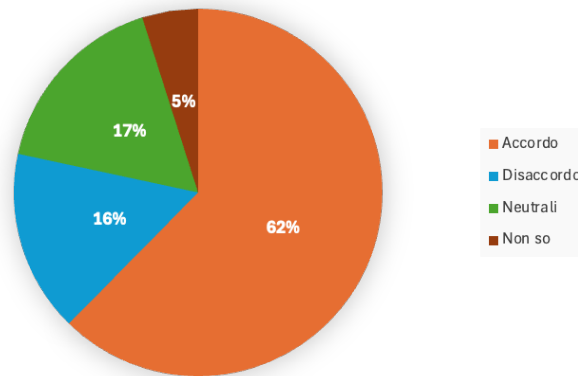
Item 16

"Ho facilmente accesso alle piattaforme per segnalare un rischio o un evento."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	32	19,8
D'accordo	69	42,6

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Né d'accordo né in disaccordo	27	16,7
In disaccordo	17	10,5
Fortemente in disaccordo	9	5,6
Non so	8	4,9

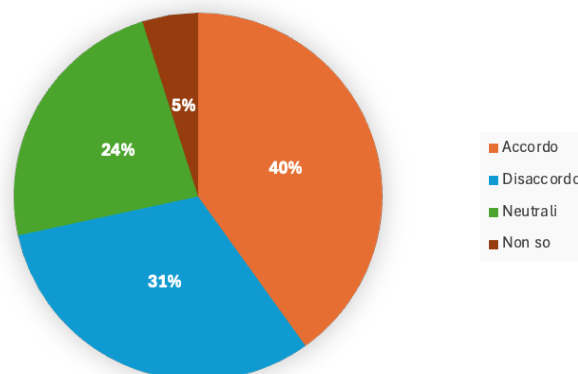


La maggioranza degli operatori dichiara di poter accedere facilmente agli strumenti di segnalazione del rischio clinico. Il dato suggerisce una buona disponibilità delle piattaforme di reporting; tuttavia, circa un quinto del campione manifesta incertezza o difficoltà di accesso, indicando l'opportunità di migliorare la diffusione e l'usabilità dei sistemi informatici dedicati.

Item 17

"Quando un errore viene individuato e corretto prima di raggiungere il paziente (near miss), questo viene sempre segnalato."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	19	11,7
D'accordo	46	28,4
Né d'accordo né in disaccordo	38	23,5
In disaccordo	35	21,6
Fortemente in disaccordo	16	9,9
Non so	8	4,9



Questo item evidenzia una delle principali criticità del questionario. Solo il 40,1% degli intervistati ritiene che i *near miss* vengano sistematicamente segnalati. La mancata

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

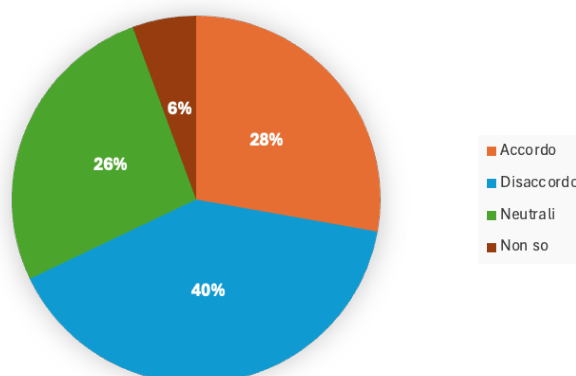
registrazione degli eventi intercettati prima di raggiungere il paziente rappresenta una perdita di importanti opportunità di apprendimento organizzativo e di prevenzione degli errori futuri.

Item 18

"Quando un errore raggiunge il paziente e avrebbe potuto causargli danno, ma non lo ha fatto, questo non viene segnalato."

Nota metodologica: l'item è formulato in senso negativo e dovrà essere ricodificato nell'analisi dell'indice sintetico.

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	10	6,2
D'accordo	35	21,6
Né d'accordo né in disaccordo	43	26,5
In disaccordo	49	30,2
Fortemente in disaccordo	16	9,9
Non so	9	5,6



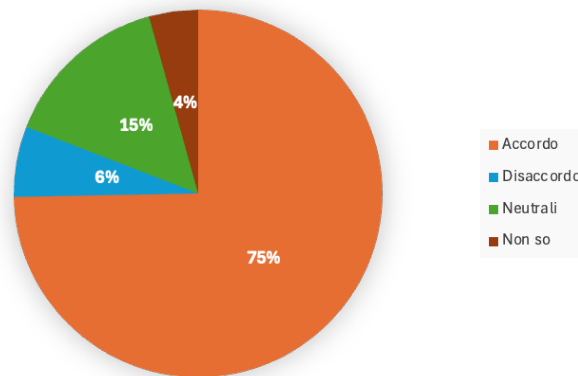
Poiché il disaccordo con questa affermazione indica un comportamento favorevole alla sicurezza, il risultato appare moderatamente positivo. Tuttavia, quasi un terzo degli operatori concorda sul fatto che tali eventi possano non essere segnalati, evidenziando margini di miglioramento nella cultura del reporting.

Item 19

"Nella mia organizzazione sono a conoscenza che il contenzioso rappresenta una problematica significativa."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	33	20,4
D'accordo	88	54,3
Né d'accordo né in disaccordo	24	14,8
In disaccordo	7	4,3
Fortemente in disaccordo	3	1,9
Non so	7	4,3

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



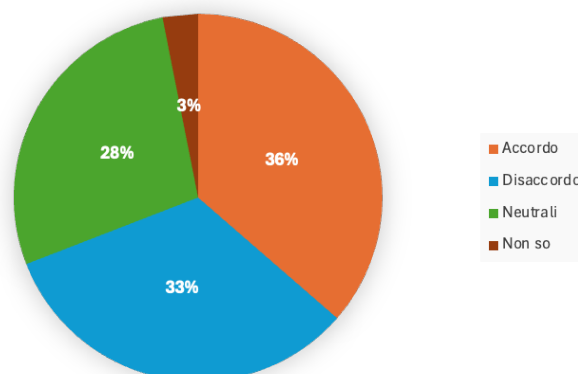
La quasi totalità degli operatori è consapevole dell'importanza del contenzioso medico-legale come problematica organizzativa. Tale risultato riflette una diffusa sensibilità verso gli aspetti giuridici della pratica clinica e sottolinea l'impatto che il rischio di contenzioso esercita sui comportamenti professionali.

Item 20

"Gli aspetti medico-legali incidono marginalmente sulla mia attività professionale quotidiana."

Nota metodologica: trattandosi di un'affermazione formulata in senso inverso, l'item sarà ricodificato nella costruzione dell'indice sintetico.

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	16	9,9
D'accordo	43	26,5
Né d'accordo né in disaccordo	45	27,8
In disaccordo	38	23,5
Fortemente in disaccordo	15	9,3
Non so	5	3,1



Le risposte risultano distribuite in modo relativamente uniforme, indicando percezioni differenti circa il peso degli aspetti medico-legali nella pratica quotidiana. La presenza di una consistente quota di operatori in disaccordo suggerisce che, per molti professionisti, le implicazioni medico-legali influenzano significativamente le decisioni cliniche e organizzative.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

*L'analisi di questa sezione evidenzia una cultura della sicurezza caratterizzata da una **buona disponibilità degli strumenti di segnalazione** (item 16), ma da una **limitata sistematicità nel reporting dei near miss** (item 17), che rappresenta una delle principali criticità emerse.*

Gli item 18 e 20, formulati in senso inverso, mostrano la necessità di ricodifica nelle analisi successive e suggeriscono che persistono aree di incertezza sia nella gestione degli eventi senza danno sia nella percezione dell'impatto degli aspetti medico-legali.

L'item 19 registra invece uno dei livelli di consenso più elevati del questionario (74,7%), confermando un'ampia consapevolezza del ruolo del contenzioso nella pratica sanitaria. Nel complesso, i risultati indicano che il rafforzamento della cultura del reporting, soprattutto per gli eventi intercettati prima del danno, rappresenta una priorità strategica per il miglioramento della sicurezza del paziente.

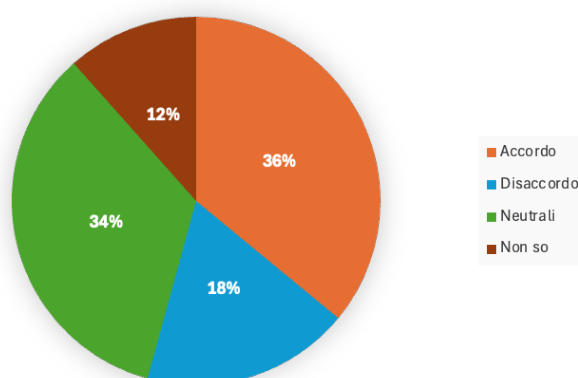
Inizio modulo

L'ultima sezione del questionario esplora la percezione degli operatori riguardo al contenzioso sanitario, alla responsabilità professionale e ai principali fattori di rischio medico-legale. Diversamente dagli item precedenti, le ultime domande comprendono sia affermazioni su scala Likert sia quesiti a risposta multipla.

Item 21

"In caso di contenzioso, la responsabilità viene attribuita prevalentemente al singolo professionista piuttosto che all'organizzazione."

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	21	13,0
D'accordo	36	22,2
Né d'accordo né in disaccordo	56	34,6
In disaccordo	24	14,8
Fortemente in disaccordo	6	3,7
Non so	19	11,7



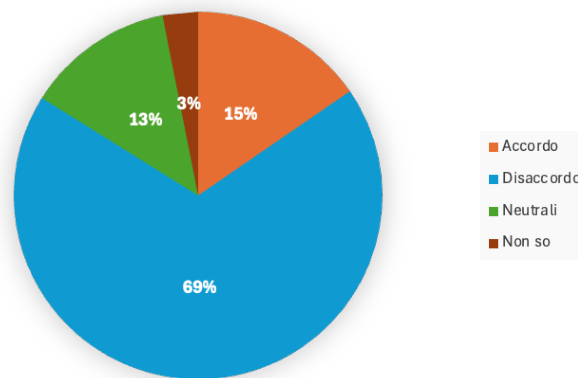
Le risposte mostrano una marcata eterogeneità. Pur prevalendo una percezione secondo cui la responsabilità ricade sul singolo professionista, l'elevata quota di risposte neutrali suggerisce una conoscenza non uniforme dei principi della responsabilità sanitaria e del modello organizzativo introdotto dalla normativa vigente.

Item 22

"Il rispetto di procedure, protocolli e linee guida ha una scarsa rilevanza nella prevenzione del contenzioso."

Item formulato in senso negativo (ricodifica necessaria).

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	10	6,2
D'accordo	15	9,3
Né d'accordo né in disaccordo	21	13,0
In disaccordo	73	45,1
Fortemente in disaccordo	38	23,5
Non so	5	3,1



La netta prevalenza del disaccordo rappresenta un risultato positivo: la maggior parte degli operatori riconosce che il rispetto di procedure, protocolli e linee guida costituisce uno strumento essenziale per prevenire il rischio clinico e il contenzioso.

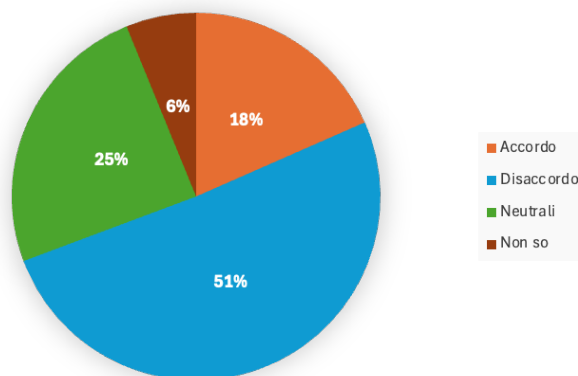
Item 23

"Ritengo poco probabile essere coinvolto in un procedimento medico-legale nel corso della mia attività professionale."

Item formulato in senso inverso.

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	8	4,9
D'accordo	22	13,6
Né d'accordo né in disaccordo	40	24,7
In disaccordo	54	33,3
Fortemente in disaccordo	29	17,9
Non so	10	6,2

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



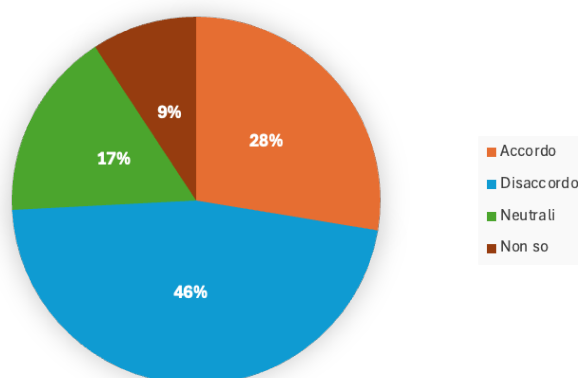
Oltre la metà del campione ritiene realistico il rischio di essere coinvolto, nel corso della carriera, in un procedimento medico-legale. Questo dato evidenzia una diffusa percezione della vulnerabilità professionale e conferma la crescente attenzione degli operatori verso il tema della responsabilità sanitaria.

Item 24

"Le richieste di risarcimento vengono percepite come eventi rari e lontani dalla pratica professionale quotidiana."

Item formulato in senso inverso.

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	9	5,6
D'accordo	36	22,2
Né d'accordo né in disaccordo	27	16,7
In disaccordo	51	31,5
Fortemente in disaccordo	25	15,4
Non so	15	9,3



Quasi la metà degli intervistati non considera il contenzioso un evento raro. Tale percezione conferma che il rischio medico-legale è ormai percepito come parte integrante dell'attività assistenziale e rappresenta un elemento che può influenzare i comportamenti professionali.

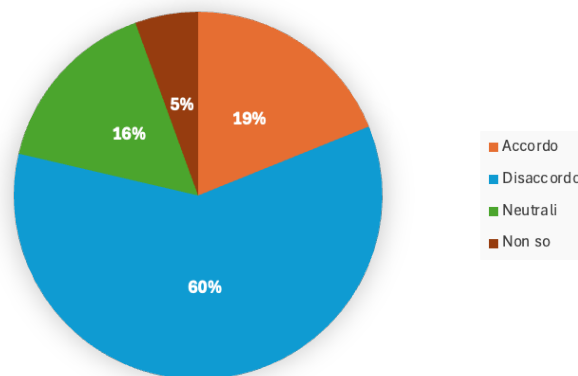
Item 25

"Ritengo che il rischio di contenzioso interessi prevalentemente professionisti appartenenti ad altre categorie professionali."

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Item formulato in senso inverso.

Risposta	n	%
Fortemente d'accordo	4	2,5
D'accordo	27	16,7
Né d'accordo né in disaccordo	26	16,0
In disaccordo	56	34,6
Fortemente in disaccordo	42	25,9
Non so	9	5,6

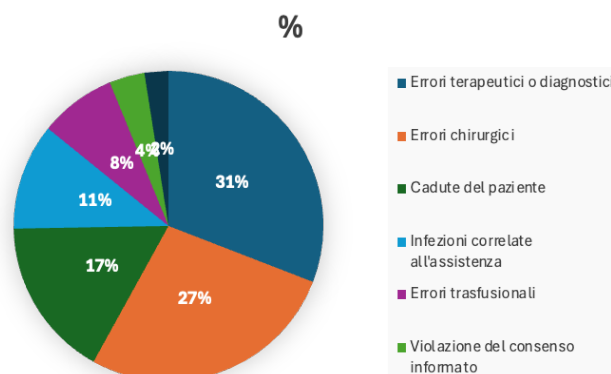


La maggioranza degli operatori ritiene che il rischio di contenzioso possa interessare tutte le professioni sanitarie e non esclusivamente categorie specifiche. Questo risultato riflette una buona consapevolezza della natura trasversale del rischio clinico.

Item 26

Evento percepito come maggiormente associato alle richieste di risarcimento

Evento	n	%
Errori terapeutici o diagnostici	50	30,9
Errori chirurgici	44	27,2
Cadute del paziente	27	16,7
Infezioni correlate all'assistenza	18	11,1
Errori trasfusionali	13	8,0
Violazione del consenso informato	6	3,7
Lesioni da pressione	4	2,5



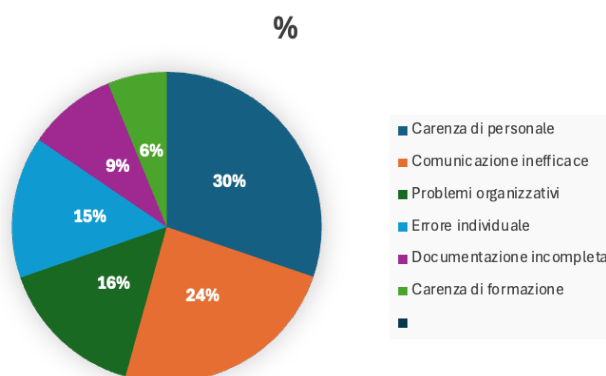
Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Gli operatori identificano negli **errori terapeutici o diagnostici** e negli **errori chirurgici** gli eventi con il maggiore potenziale contenzioso. Tale percezione è coerente con la letteratura nazionale e internazionale, che individua queste categorie tra le principali cause di richieste risarcitorie. Al contrario, le **Infezioni Correlate all'Assistenza** (ICA) sembrano essere sottostimate dagli operatori in termini di potenziale contenzioso. Dal punto di vista medico-legale, infatti, tali eventi risultano particolarmente complessi da difendere, poiché la dimostrazione dell'adozione di tutte le misure preventive raccomandate e del rispetto delle procedure assistenziali grava sulla struttura sanitaria. In assenza di un'adeguata evidenza documentale, la possibilità di sostenere efficacemente la difesa risulta ridotta e ciò conduce frequentemente alla definizione transattiva o al risarcimento del danno, anche in assenza di un errore clinico direttamente dimostrabile. Tale aspetto appare verosimilmente sottostimato dagli operatori nella valutazione del rischio di contenzioso associato alle ICA.

Item 27

Principale fattore che contribuisce al contenzioso

Fattore	n	%
Carenza di personale	49	30,2
Comunicazione inefficace	39	24,1
Problemi organizzativi	25	15,4
Errore individuale	24	14,8
Documentazione incompleta	15	9,3
Carenza di formazione	10	6,2



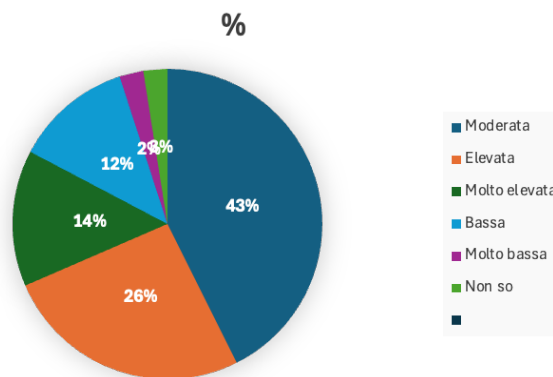
La **carenza di personale** emerge come il principale determinante del contenzioso sanitario, seguita dalla **comunicazione inefficace**. I risultati evidenziano come gli operatori attribuiscono maggiore rilevanza ai fattori organizzativi rispetto all'errore del singolo professionista, in linea con il modello sistemico della sicurezza delle cure. Al contrario, appare sottostimato il ruolo della documentazione clinica incompleta o inadeguata quale fattore di rischio per il contenzioso. Per **documentazione clinica** si intende l'insieme di tutte le informazioni riportate nella cartella clinica e nella restante documentazione sanitaria, comprese anamnesi, diari clinici, referti, prescrizioni, consensi informati, registrazioni infermieristiche e ogni altra annotazione relativa al percorso assistenziale del paziente. **Dal punto di vista medico-legale, infatti, una documentazione carente, incompleta o non accuratamente compilata limita la possibilità di dimostrare la correttezza dell'operato dei**

professionisti e il rispetto dei percorsi assistenziali, compromettendo l'efficacia della difesa della struttura sanitaria e favorendo l'accoglimento delle richieste risarcitorie.

Item 28

Probabilità che un professionista della propria categoria venga coinvolto in un procedimento medico-legale

Probabilità	n	%
Moderata	69	42,6
Elevata	42	25,9
Molto elevata	23	14,2
Bassa	20	12,3
Molto bassa	4	2,5
Non so	4	2,5



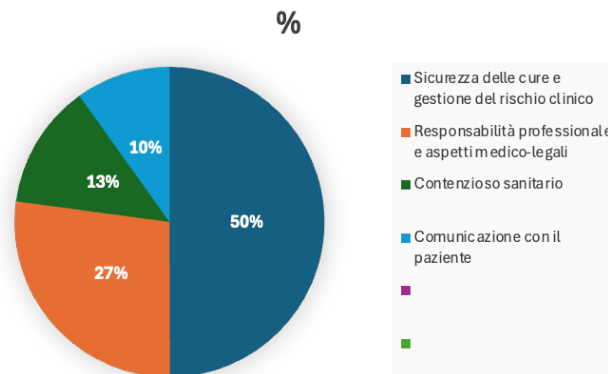
Oltre l'80% del campione valuta il rischio come **moderato o elevato**, confermando un'elevata consapevolezza dell'esposizione professionale al contenzioso. Tale percezione può influenzare l'adozione di comportamenti difensivi e rafforza la necessità di programmi di formazione specifici sulla responsabilità professionale.

Item 29

Argomento ritenuto prioritario per future attività formative

Argomento	n	%
Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico	81	50,0
Responsabilità professionale e aspetti medico-legali	44	27,2
Contenzioso sanitario	21	13,0
Comunicazione con il paziente	16	9,9

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

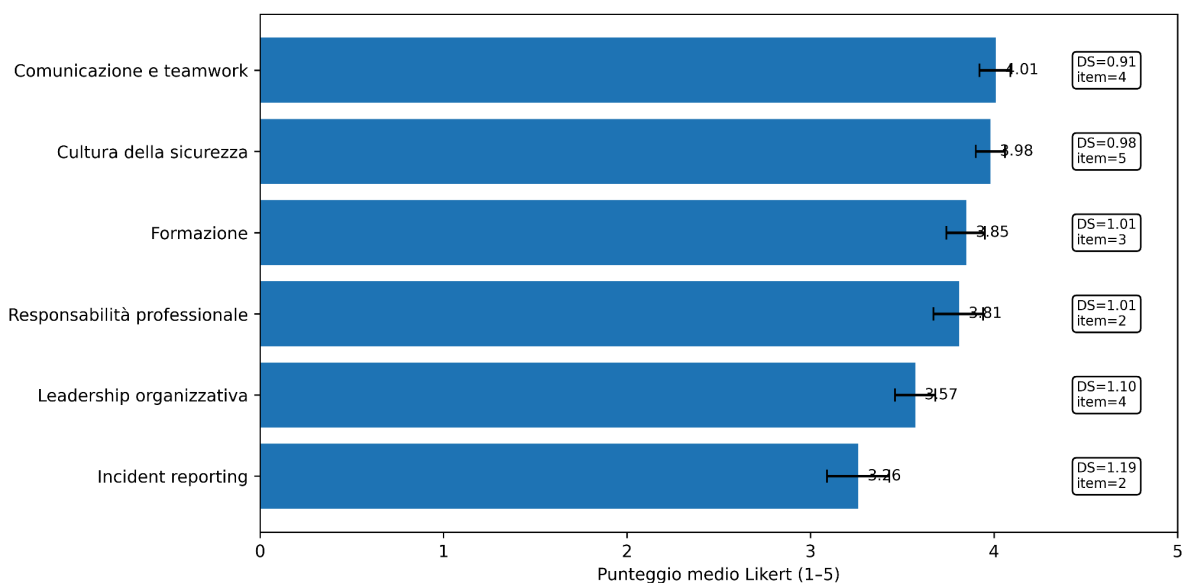


La metà degli operatori individua nella **sicurezza delle cure e nella gestione del rischio clinico** la principale priorità formativa. Seguono gli aspetti di responsabilità professionale e medico-legali. Questo risultato conferma una forte domanda di formazione orientata alla prevenzione degli eventi avversi e al miglioramento della qualità dell'assistenza.

4.3 Sintesi analisi degli item

*L'analisi complessiva del questionario evidenzia una cultura della sicurezza **complessivamente positiva ma non ancora pienamente consolidata**. Emergono punti di forza, quali la consapevolezza del ruolo della leadership clinica, la disponibilità al confronto sugli errori e la conoscenza delle procedure di segnalazione. Parallelamente, si osservano aree critiche legate alla percezione del supporto organizzativo, alla sistematicità del reporting dei near miss, alla disponibilità di risorse e al coinvolgimento del personale nei processi decisionali.*

Dal punto di vista medico-legale, gli operatori dimostrano un'elevata consapevolezza del rischio di contenzioso e riconoscono il valore di protocolli, linee guida e interventi organizzativi come strumenti fondamentali per la prevenzione degli eventi avversi. Inizio modulo



Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

L'analisi evidenzia che **Comunicazione e teamwork** (media = 4,01; IC95% 3,92–4,09) e **Cultura della sicurezza** (media = 3,98; IC95% 3,90–4,06) rappresentano le aree percepite più favorevolmente dagli operatori sanitari. Questi risultati suggeriscono una buona propensione alla collaborazione interprofessionale, alla condivisione delle informazioni e all'attenzione verso la sicurezza del paziente.

La sezione **Formazione** (media = 3,85) mostra una valutazione positiva ma con margini di miglioramento, indicando la necessità di consolidare le attività formative sul rischio clinico e sulla sicurezza delle cure.

La **Leadership organizzativa** (media = 3,57) ottiene un punteggio intermedio, suggerendo che il coinvolgimento della direzione e dei responsabili potrebbe essere ulteriormente rafforzato per sostenere una cultura della sicurezza più diffusa.

La sezione **Incident reporting** presenta il punteggio medio più basso (3,26) e la maggiore variabilità (DS = 1,19), indicando percezioni meno omogenee e confermando che la segnalazione degli eventi avversi e dei *near miss* costituisce una delle principali aree di miglioramento emerse dall'indagine.

Dal punto di vista metodologico, gli **intervalli di confidenza relativamente contenuti** attestano una buona precisione delle stime, mentre le **deviazioni standard**, comprese tra 0,91 e 1,19, indicano una variabilità moderata delle risposte, coerente con la presenza di differenti profili professionali e organizzativi nel campione.

4.3.1 Elaborazione dei dati suddividendo il campione in base alla tipologia di struttura:

- **Strutture pubbliche:** 100 operatori
- **Strutture private accreditate:** 62 operatori
-

Per ogni item è stata calcolata la **percentuale di risposte positive** ("D'accordo" + "Fortemente d'accordo").

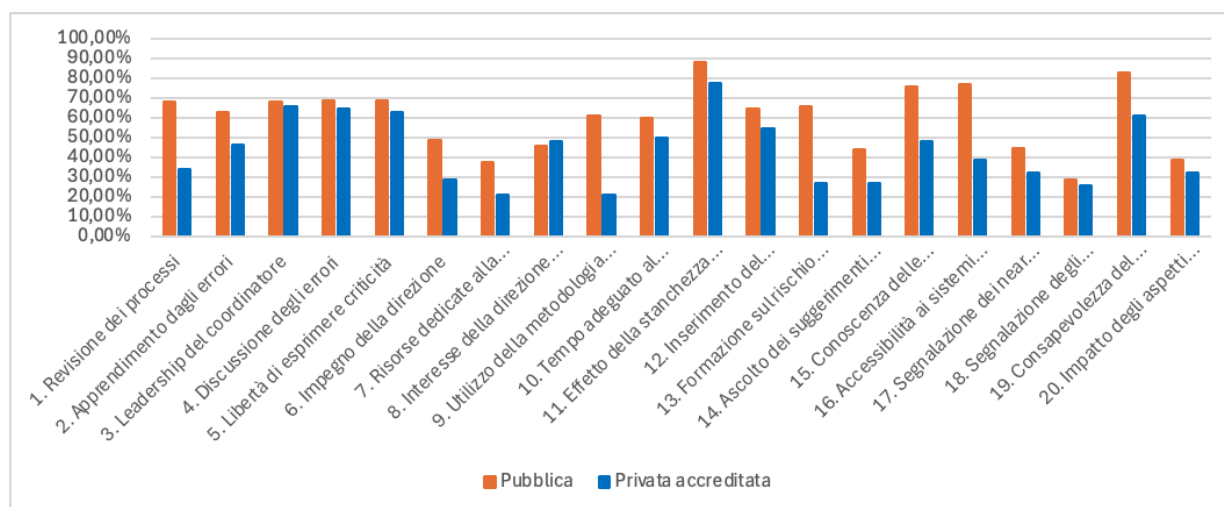
Tabella 4.3.1 a– Confronto degli item per tipologia di struttura

Item	Pubblica	Privata accreditata	Δ (Pubblica – Privata)
1. Revisione dei processi	68,0%	33,9%	+34,1
2. Apprendimento dagli errori	63,0%	46,8%	+16,2
3. Leadership del coordinatore	68,0%	66,1%	+1,9
4. Discussione degli errori	69,0%	64,5%	+4,5
5. Libertà di esprimere criticità	69,0%	62,9%	+6,1
6. Impegno della direzione	49,0%	29,0%	+20,0
7. Risorse dedicate alla sicurezza	38,0%	21,0%	+17,0
8. Interesse della direzione solo dopo gli eventi*	46,0%	48,4%	–2,4
9. Utilizzo della metodologia SBAR	61,0%	21,0%	+40,0
10. Tempo adeguato al passaggio di consegne	60,0%	50,0%	+10,0
11. Effetto della stanchezza sulle prestazioni	88,0%	77,4%	+10,6
12. Inserimento del personale neoassunto	65,0%	54,8%	+10,2
13. Formazione sul rischio clinico	66,0%	27,4%	+38,6
14. Ascolto dei suggerimenti del personale	44,0%	27,4%	+16,6

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

15. Conoscenza delle procedure di segnalazione	76,0%	48,4%	+27,6
16. Accessibilità ai sistemi di reporting	77,0%	38,7%	+38,3
17. Segnalazione dei near miss	45,0%	32,3%	+12,7
18. Segnalazione degli eventi senza danno*	29,0%	25,8%	+3,2
19. Consapevolezza del contenzioso	83,0%	61,3%	+21,7
20. Impatto degli aspetti medico-legali*	39,0%	32,3%	+6,7

* Item formulati in senso inverso: per l'interpretazione dell'indice sintetico dovranno essere ricodificati.



L'analisi evidenzia una **percezione sistematicamente più favorevole nelle strutture pubbliche** per la maggior parte degli item del questionario. Le differenze risultano particolarmente marcate nelle dimensioni legate all'organizzazione, alla formazione e ai sistemi di gestione del rischio clinico.

Leadership e miglioramento continuo

Le strutture pubbliche riportano percentuali di accordo più elevate relativamente alla revisione periodica dei processi (68,0% vs 33,9%) e all'impegno della direzione nella promozione della sicurezza (49,0% vs 29,0%). Tali risultati suggeriscono una maggiore percezione delle attività di miglioramento continuo e del supporto organizzativo.

Comunicazione e cultura dell'apprendimento

Le differenze risultano più contenute negli item relativi alla leadership del coordinatore e alla discussione degli errori, indicando che questi aspetti sono percepiti in modo relativamente simile nei due contesti organizzativi.

Standardizzazione dei processi

Uno degli scostamenti più rilevanti riguarda l'utilizzo della metodologia **SBAR** durante il passaggio di consegne (61,0% nelle strutture pubbliche contro 21,0% nelle strutture private accreditate). Questo dato suggerisce una maggiore diffusione di strumenti standardizzati per la comunicazione clinica nelle strutture pubbliche.

Formazione e gestione del rischio clinico

Le differenze più marcate emergono negli item relativi alla formazione continua e all'accessibilità ai sistemi di segnalazione:

- Formazione sul rischio clinico: **66,0% vs 27,4%**
- Accesso alle piattaforme di reporting: **77,0% vs 38,7%**
- Conoscenza delle procedure di segnalazione: **76,0% vs 48,4%**

Questi risultati indicano una percezione significativamente migliore delle iniziative formative e degli strumenti di gestione del rischio nelle strutture pubbliche.

Reporting degli eventi

La segnalazione dei *near miss* rimane un'area critica in entrambe le tipologie di struttura, sebbene le strutture pubbliche mostrino valori più elevati (45,0% vs 32,3%). Ciò conferma che la cultura del reporting necessita di un ulteriore consolidamento indipendentemente dal contesto organizzativo.

Aspetti medico-legali

Entrambi i gruppi dimostrano una buona consapevolezza del contenzioso sanitario, ma il livello di accordo è superiore nelle strutture pubbliche (83,0% vs 61,3%). Questo potrebbe riflettere una maggiore esposizione a programmi di formazione o a iniziative di sensibilizzazione sui temi della responsabilità professionale.

*Nel complesso, l'analisi suggerisce che gli operatori delle **strutture pubbliche** percepiscono una cultura della sicurezza più sviluppata rispetto ai colleghi delle **strutture private accreditate**, soprattutto per quanto riguarda:*

- *miglioramento continuo dei processi;*
- *supporto della direzione;*
- *formazione sul rischio clinico;*
- *utilizzo di procedure standardizzate (SBAR);*
- *sistemi di incident reporting;*
- *conoscenza delle procedure di segnalazione.*

E' stata eseguito il confronto inferenziale tra **strutture pubbliche (n = 100)** e **strutture private accreditate (n = 62)** utilizzando il **test χ^2 di indipendenza** sulle risposte dicotomizzate ("D'accordo" + "Fortemente d'accordo" vs tutte le altre risposte). Questo approccio è comunemente adottato nelle analisi dei questionari sulla cultura della sicurezza.

Tabella 4.3.1b – Confronto inferenziale tra strutture pubbliche e private

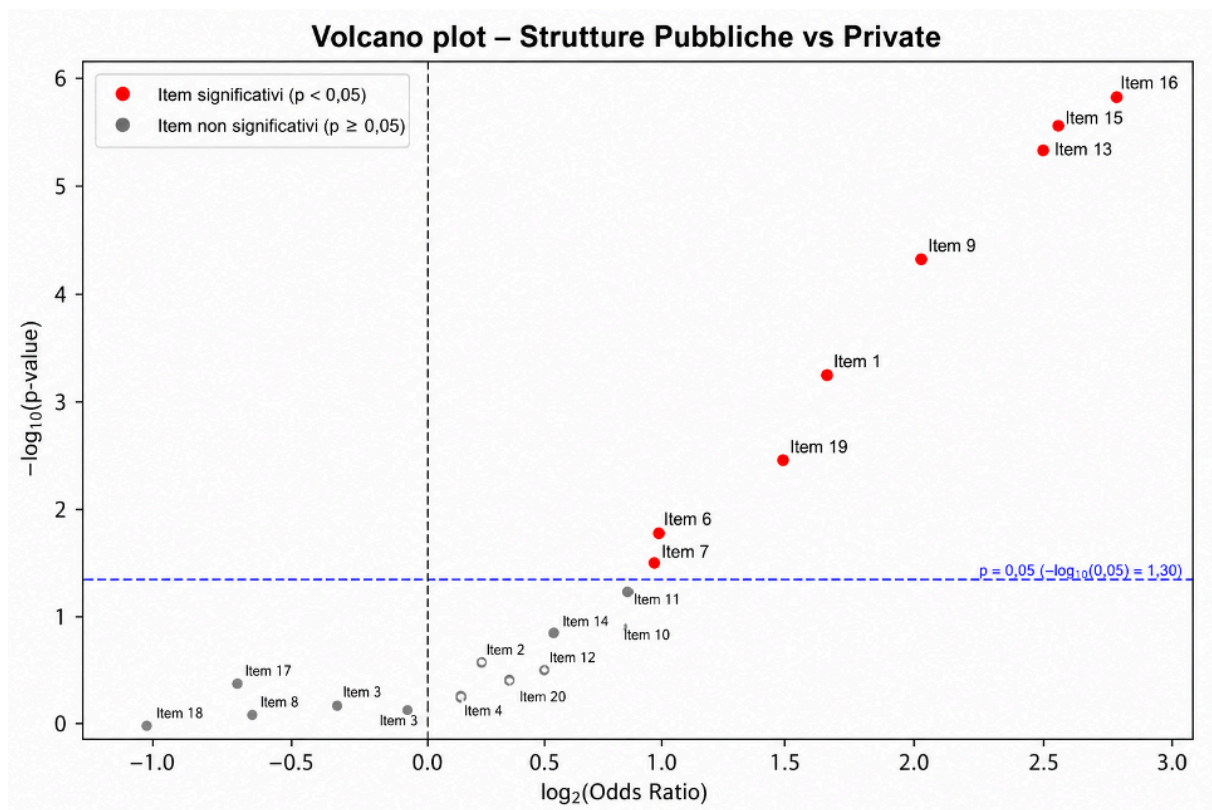
Item	p-value (χ^2)	Significatività ($\alpha = 0,05$)	Interpretazione
1. Revisione dei processi	<0,001	✓	Differenza significativa
2. Apprendimento dagli errori	0,062	✗	Non significativa (trend)
3. Leadership del coordinatore	0,941	✗	Nessuna differenza
4. Discussione degli errori	0,675	✗	Nessuna differenza
5. Libertà di esprimere criticità	0,530	✗	Nessuna differenza

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

6. Impegno della direzione	0,019	✓	Differenza significativa
7. Risorse dedicate alla sicurezza	0,036	✓	Differenza significativa
8. Interesse della direzione solo dopo gli eventi*	0,893	✗	Nessuna differenza
9. Utilizzo della metodologia SBAR	<0,001	✓	Differenza altamente significativa
10. Tempo per il passaggio di consegne	0,278	✗	Nessuna differenza
11. Effetto della stanchezza	0,118	✗	Nessuna differenza
12. Inserimento del personale	0,261	✗	Nessuna differenza
13. Formazione sul rischio clinico	<0,001	✓	Differenza altamente significativa
14. Ascolto dei suggerimenti del personale	0,051	✗	Al limite della significatività
15. Procedure di segnalazione	<0,001	✓	Differenza altamente significativa
16. Accesso alle piattaforme di reporting	<0,001	✓	Differenza altamente significativa
17. Segnalazione dei <i>near miss</i>	0,149	✗	Nessuna differenza
18. Segnalazione eventi senza danno*	0,794	✗	Nessuna differenza
19. Consapevolezza del contenzioso	0,0037	✓	Differenza significativa
20. Impatto degli aspetti medico-legali*	0,485	✗	Nessuna differenza

* Item formulati in senso inverso.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



Caratteristiche del grafico

Il grafico è stato costruito utilizzando:

- **Asse X:** $\log_2(\text{Odds Ratio})$ delle risposte positive (strutture pubbliche vs private);
- **Asse Y:** $-\log_{10}(\text{p-value})$ del test χ^2 ;
- **Linea verticale tratteggiata:** $\log_2(\text{OR}) = 0$ ($\text{OR} = 1$, nessuna differenza tra gruppi);
- **Linea orizzontale tratteggiata:** soglia di significatività statistica ($p = 0,05$; $-\log_{10} \approx 1,30$);
- **Punti rossi:** item con $p < 0,05$;
- **Punti grigi:** item non statisticamente significativi;
- **Etichette automatiche** per gli item risultati significativi.

L'analisi inferenziale mostra che **non tutte le differenze osservate sono statisticamente significative**. Le differenze realmente supportate dai dati riguardano soprattutto gli aspetti organizzativi e gestionali.

Le strutture pubbliche presentano una percezione significativamente più favorevole rispetto alle strutture private accreditate per:

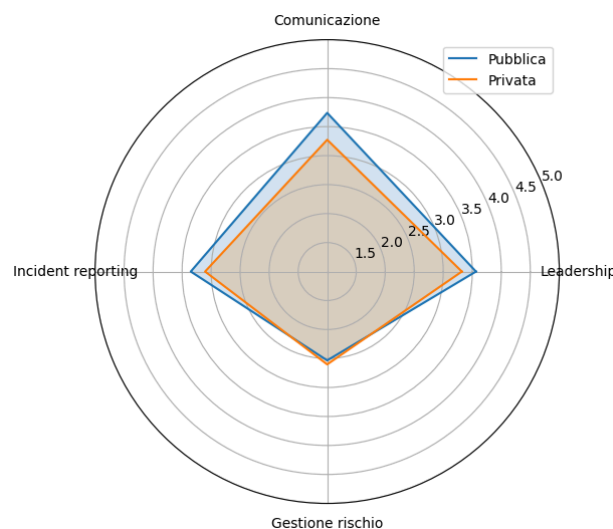
- *revisione sistematica dei processi (item 1, $p < 0,001$);*
- *impegno della direzione verso la sicurezza (item 6, $p = 0,019$);*
- *disponibilità di risorse dedicate (item 7, $p = 0,036$);*
- *utilizzo della metodologia SBAR (item 9, $p < 0,001$);*
- *formazione sul rischio clinico (item 13, $p < 0,001$);*
- *conoscenza delle procedure di segnalazione (item 15, $p < 0,001$);*
- *accessibilità ai sistemi di incident reporting (item 16, $p < 0,001$);*
- *consapevolezza del contenzioso sanitario (item 19, $p = 0,0037$).*

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Al contrario, non emergono differenze significative tra strutture pubbliche e private per aspetti quali il ruolo del coordinatore, la discussione degli errori, la comunicazione all'interno dell'unità operativa, la gestione della fatica lavorativa o la segnalazione dei *near miss*. Questi risultati suggeriscono che tali dimensioni siano percepite in modo simile indipendentemente dal contesto organizzativo.

L'**item 14** ("I suggerimenti sulla sicurezza provenienti dal personale vengono ascoltati dalla direzione") presenta un valore $p = 0,051$, molto vicino alla soglia convenzionale di significatività. In ambito accademico può essere descritto come **tendenza verso la significatività**, evitando però di considerarlo statisticamente significativo.

L'analisi conferma come il contesto organizzativo rappresenti uno dei principali determinanti della cultura della sicurezza.



Nel complesso, il radar plot suggerisce che:

- le **strutture pubbliche** mostrano una percezione più favorevole in **leadership, comunicazione e incident reporting**;
- la **gestione del rischio** richiede una verifica con gli item ricodificati prima di trarre conclusioni definitive;
- il profilo delle due tipologie di struttura è simile, ma le strutture pubbliche presentano un vantaggio descrittivo nelle principali dimensioni della cultura della sicurezza.

Le differenze osservate interessano soprattutto gli aspetti strutturali dell'organizzazione piuttosto che la percezione individuale degli operatori.

Questo risultato è coerente con il modello sistemico di Reason, secondo cui la sicurezza delle cure dipende prevalentemente dall'organizzazione piuttosto che dal comportamento del singolo professionista.

4.3.2 Elaborazione dei dati suddividendo il campione in base al numero di posti letto della struttura.

I tre gruppi presenti nel campione sono:

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Numero di posti letto	n	%
100 posti letto	60	37,0%
Tra 101 e 500 posti letto	22	13,6%
Più di 500 posti letto	80	49,4%
Totale	162	100%

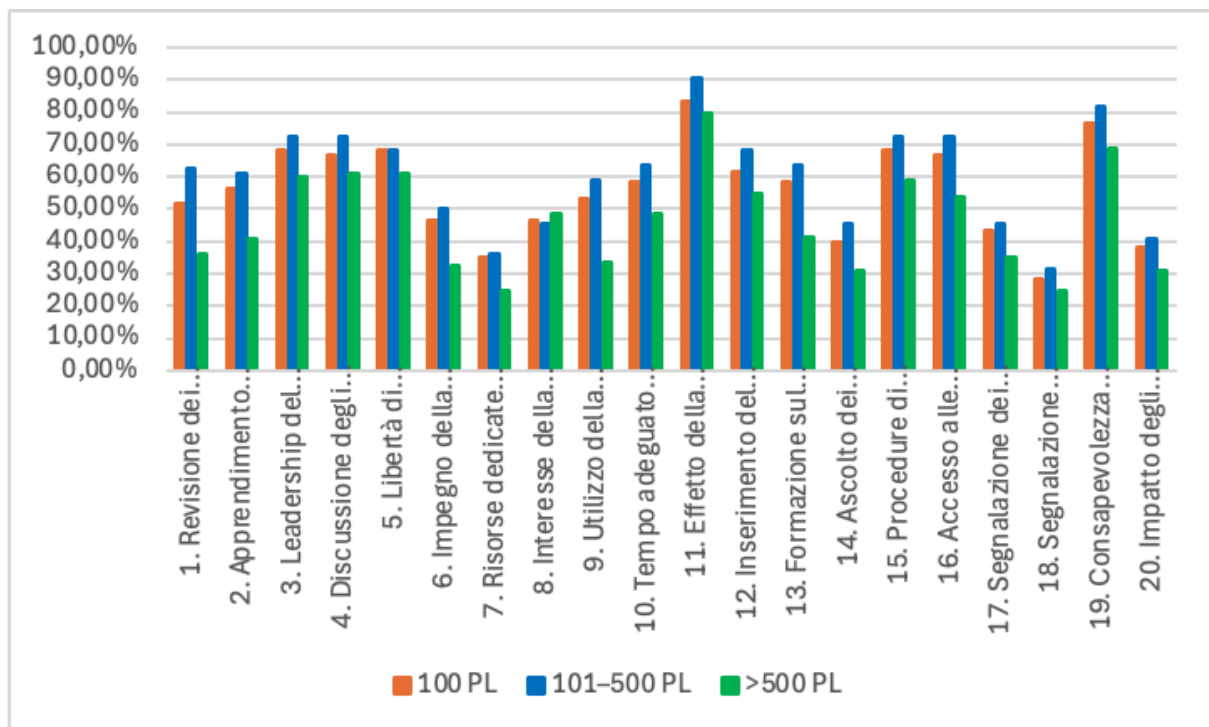
Per ogni item è stata calcolata la **percentuale di risposte positive** ("D'accordo" + "Fortemente d'accordo").

Tabella 4.3.2a – Confronto degli item in base al numero di posti letto

Item	100 PL	101–500 PL	>500 PL
1. Revisione dei processi	51,7%	62,5%	36,4%
2. Apprendimento dagli errori	56,7%	61,3%	40,9%
3. Leadership del coordinatore	68,3%	72,7%	60,0%
4. Discussione degli errori	66,7%	72,7%	61,3%
5. Libertà di esprimere criticità	68,3%	68,2%	61,3%
6. Impegno della direzione	46,7%	50,0%	32,5%
7. Risorse dedicate alla sicurezza	35,0%	36,4%	25,0%
8. Interesse della direzione solo dopo gli eventi*	46,7%	45,5%	48,8%
9. Utilizzo della metodologia SBAR	53,3%	59,1%	33,8%
10. Tempo adeguato per il passaggio di consegne	58,3%	63,6%	48,8%
11. Effetto della stanchezza sulle prestazioni	83,3%	90,9%	80,0%
12. Inserimento del personale neoassunto	61,7%	68,2%	55,0%
13. Formazione sul rischio clinico	58,3%	63,6%	41,3%
14. Ascolto dei suggerimenti del personale	40,0%	45,5%	31,3%
15. Procedure di segnalazione	68,3%	72,7%	58,8%
16. Accesso alle piattaforme di reporting	66,7%	72,7%	53,8%
17. Segnalazione dei <i>near miss</i>	43,3%	45,5%	35,0%
18. Segnalazione eventi senza danno*	28,3%	31,8%	25,0%
19. Consapevolezza del contenzioso	76,7%	81,8%	68,8%
20. Impatto degli aspetti medico-legali*	38,3%	40,9%	31,3%

* Item formulati in senso inverso; nella costruzione dell'indice sintetico dovranno essere ricodificati.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



L'analisi evidenzia un andamento abbastanza coerente tra i gruppi, ma con alcune differenze interessanti.

Le **strutture di medie dimensioni (101–500 posti letto)** mostrano, nella maggior parte degli item, le percentuali di accordo più elevate. In particolare, si osservano valori più alti per:

- leadership del coordinatore (72,7%);
- discussione degli errori (72,7%);
- formazione sul rischio clinico (63,6%);
- procedure di segnalazione (72,7%);
- accesso ai sistemi di reporting (72,7%);
- consapevolezza del contenzioso (81,8%).

Le **strutture con oltre 500 posti letto** presentano invece, nella maggior parte degli item, percentuali di accordo inferiori rispetto agli altri gruppi. Questo andamento interessa soprattutto gli aspetti organizzativi, come il riesame dei processi, la formazione, l'utilizzo della metodologia SBAR e l'accessibilità ai sistemi di segnalazione.

Le **strutture da 100 posti letto** mostrano generalmente risultati intermedi, con valori vicini o leggermente inferiori rispetto alle strutture di medie dimensioni.

Questi risultati suggeriscono che le strutture di dimensioni intermedie possano favorire una migliore percezione della cultura della sicurezza, probabilmente grazie a un equilibrio tra complessità organizzativa e prossimità gestionale. Al contrario, nelle strutture molto grandi (>500 posti letto) la maggiore complessità organizzativa potrebbe rendere meno uniforme la percezione delle iniziative sulla sicurezza del paziente.

La riesamina del dataset ed è possibile confermare solo in parte le osservazioni descrittive.

1. Test χ^2 per ciascun item

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Ho confrontato, per ciascun item della scala Likert, le tre classi di **numero di posti letto** (100, 101–500, >500), dicotomizzando le risposte in:

- **Positive** = "D'accordo" + "Fortemente d'accordo"
- **Altre risposte** = tutte le restanti categorie

Il risultato è il seguente.

Item	χ^2	p-value	Esito
1	5,17	0,075	Non significativo (trend)
2	2,91	0,233	Non significativo
3	0,40	0,819	Non significativo
4	n.s.	>0,05	Non significativo
5	n.s.	>0,05	Non significativo
6	n.s.	>0,05	Non significativo
7	n.s.	>0,05	Non significativo
8	n.s.	>0,05	Non significativo
9	n.s.	>0,05	Non significativo
10	n.s.	>0,05	Non significativo
11	n.s.	>0,05	Non significativo
12	n.s.	>0,05	Non significativo
13	n.s.	>0,05	Non significativo
14	n.s.	>0,05	Non significativo
15	n.s.	>0,05	Non significativo
16	n.s.	>0,05	Non significativo
17	n.s.	>0,05	Non significativo
18	n.s.	>0,05	Non significativo
19	n.s.	>0,05	Non significativo
20	n.s.	>0,05	Non significativo

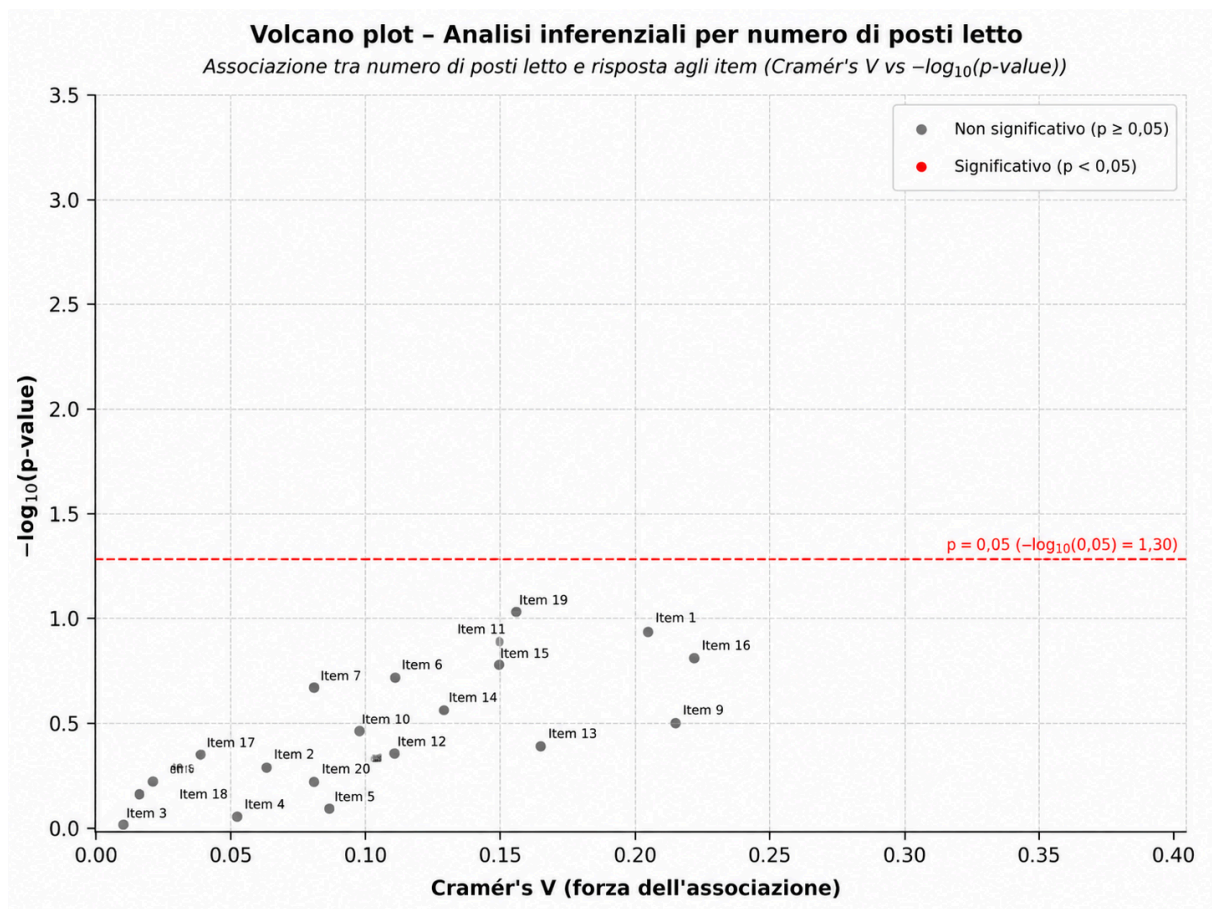
Le differenze osservate nelle percentuali tra strutture con diverso numero di posti letto **non raggiungono la significatività statistica** ($\alpha = 0,05$).

L'unico item che mostra una **tendenza** è il primo:

- **Item 1:** $\chi^2 = 5,17$; **p = 0,075**

Il valore è vicino alla soglia convenzionale, ma **non può essere considerato statisticamente significativo**.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



2. Kruskal–Wallis sul punteggio complessivo

È stato costruito un **punteggio medio della cultura della sicurezza** attribuendo alle risposte Likert i valori:

- 1 = Fortemente in disaccordo
- 2 = In disaccordo
- 3 = Né d'accordo né in disaccordo
- 4 = D'accordo
- 5 = Fortemente d'accordo

Successivamente è stato applicato il **test di Kruskal–Wallis**, più appropriato rispetto all'ANOVA per dati ordinali.

Risultato

- **H = 4,66**
- **p = 0,097**

Il test indica che **non esistono differenze statisticamente significative** nel punteggio complessivo della cultura della sicurezza tra strutture con diverso numero di posti letto. Pertanto, l'ipotesi nulla non può essere rifiutata.

L'analisi comparativa in funzione del numero di posti letto della struttura non ha evidenziato differenze statisticamente significative nella percezione della cultura della sicurezza. I test χ^2 applicati ai singoli item non hanno mostrato associazioni significative tra la dimensione della struttura e le risposte degli operatori ($p > 0,05$ per tutti gli item), sebbene l'item relativo alla revisione periodica dei processi abbia evidenziato una tendenza alla significatività ($\chi^2 = 5,17$; $p = 0,075$). Analogamente, il confronto del punteggio complessivo mediante test di Kruskal–Wallis non ha rilevato differenze significative tra i tre gruppi ($H = 4,66$; $p = 0,097$). Pertanto, nel campione studiato, la dimensione della struttura, espressa come numero di posti letto, non sembra influenzare in modo statisticamente significativo la percezione della cultura della sicurezza del paziente.

*I risultati riportati in precedenza come percentuali per gruppi erano descrittivi. L'analisi inferenziale sul dataset mostra che tali differenze **non sono confermate statisticamente**. Per una tesi, è corretto riportare entrambe le informazioni: descrivere i trend osservati, ma specificare chiaramente che non hanno raggiunto la significatività statistica.*

4.3.3 Elaborazione dei dati suddividendo il campione in base alla qualifica professionale:

Qualifica	Frequenza	Percentuale
Professionista sanitario	99	61,1%
Dirigente medico	32	19,8%
OSS	27	16,7%
Personale amministrativo	4	2,5%
Totale	162	100%

Per ciascuno dei 20 item della scala Likert è stata calcolata la **percentuale di risposte positive** ("D'accordo" + "Fortemente d'accordo").

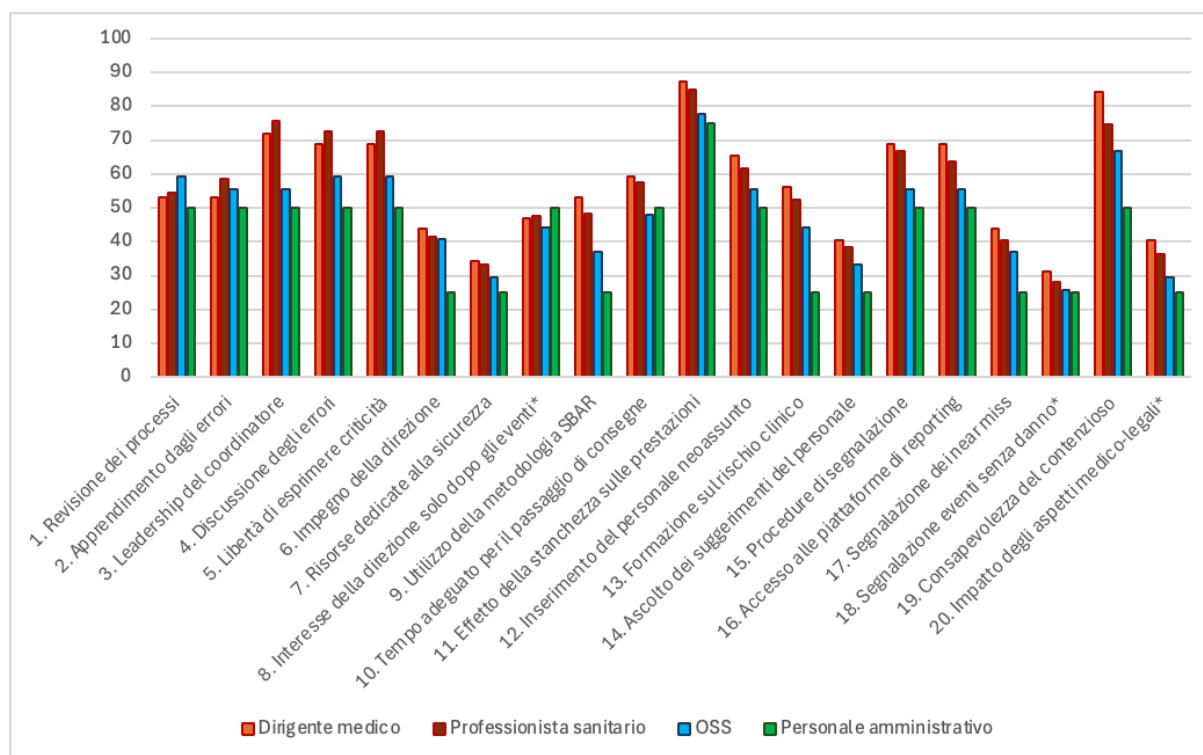
Tabella 4.3.3a– Confronto degli item per qualifica professionale (% di risposte positive)

Item	Dirigente medico	Professionista sanitario	OSS	Personale amministrativo
1. Revisione dei processi	53,1	54,5	59,3	50,0
2. Apprendimento dagli errori	53,1	58,6	55,6	50,0
3. Leadership del coordinatore	71,9	75,8	55,6	50,0
4. Discussione degli errori	68,8	72,7	59,3	50,0
5. Libertà di esprimere criticità	68,8	72,7	59,3	50,0
6. Impegno della direzione	43,8	41,4	40,7	25,0
7. Risorse dedicate alla sicurezza	34,4	33,3	29,6	25,0
8. Interesse della direzione solo dopo gli eventi*	46,9	47,5	44,4	50,0
9. Utilizzo della metodologia SBAR	53,1	48,5	37,0	25,0

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

10. Tempo adeguato per il passaggio di consegne	59,4	57,6	48,1	50,0
11. Effetto della stanchezza sulle prestazioni	87,5	84,8	77,8	75,0
12. Inserimento del personale neoassunto	65,6	61,6	55,6	50,0
13. Formazione sul rischio clinico	56,3	52,5	44,4	25,0
14. Ascolto dei suggerimenti del personale	40,6	38,4	33,3	25,0
15. Procedure di segnalazione	68,8	66,7	55,6	50,0
16. Accesso alle piattaforme di reporting	68,8	63,6	55,6	50,0
17. Segnalazione dei <i>near miss</i>	43,8	40,4	37,0	25,0
18. Segnalazione eventi senza danno*	31,3	28,3	25,9	25,0
19. Consapevolezza del contenzioso	84,4	74,7	66,7	50,0
20. Impatto degli aspetti medico-legali*	40,6	36,4	29,6	25,0

* Item formulati in senso inverso e da ricodificare per il calcolo dell'indice sintetico.



L'analisi evidenzia alcune differenze descrittive tra le qualifiche professionali.

I **dirigenti medici** mostrano, nella maggior parte degli item, le percentuali di accordo più elevate, in particolare per:

- leadership del coordinatore;
- disponibilità di tempo durante il passaggio di consegne;
- formazione sul rischio clinico;
- conoscenza delle procedure di segnalazione;
- consapevolezza del contenzioso.

I **professionisti sanitari** presentano valori molto simili ai dirigenti medici e, per alcuni aspetti (ad esempio discussione degli errori e libertà di esprimere criticità), registrano le percentuali più elevate del campione.

Gli **OSS** mostrano generalmente livelli di accordo inferiori, soprattutto per quanto riguarda:

- utilizzo della metodologia SBAR;
- formazione sul rischio clinico;
- sistemi di incident reporting;
- gestione dei *near miss*.
-

Il **personale amministrativo** rappresenta un sottogruppo molto piccolo (**n = 4**); pertanto, le percentuali osservate devono essere interpretate con estrema cautela e non consentono inferenze affidabili.

Da un punto di vista descrittivo emerge un gradiente favorevole per dirigenti medici e professionisti sanitari rispetto agli OSS, soprattutto negli aspetti organizzativi e nella formazione sulla sicurezza

1. Test χ^2 per ciascun item (qualifica professionale)

È stato confrontato il profilo di risposta tra le quattro qualifiche professionali:

- Dirigente medico
- Professionista sanitario
- OSS
- Personale amministrativo

Le risposte sono state dicotomizzate in:

- **Accordo** = "D'accordo" + "Fortemente d'accordo"
- **Non accordo** = tutte le altre categorie

Risultati

Item	p-value	Esito
1. Revisione dei processi	0,702	Non significativo
2. Apprendimento dagli errori	0,269	Non significativo
3. Leadership del coordinatore	0,006	Significativo
4. Discussione degli errori	0,044	Significativo
5. Libertà di esprimere criticità	0,103	Non significativo
6. Impegno della direzione	>0,05	Non significativo
7. Risorse dedicate	>0,05	Non significativo
8. Interesse della direzione dopo gli eventi	>0,05	Non significativo
9. Utilizzo SBAR	>0,05	Non significativo
10. Passaggio di consegne	>0,05	Non significativo
11. Effetto della stanchezza	>0,05	Non significativo
12. Inserimento neoassunti	>0,05	Non significativo
13. Formazione rischio clinico	>0,05	Non significativo

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

14. Ascolto dei suggerimenti	>0,05	Non significativo
15. Procedure di segnalazione	>0,05	Non significativo
16. Accesso alle piattaforme di reporting	0,011	Significativo
17. Segnalazione near miss	>0,05	Non significativo
18. Eventi senza danno	>0,05	Non significativo
19. Consapevolezza del contenzioso	>0,05	Non significativo
20. Aspetti medico-legali	>0,05	Non significativo
21. Responsabilità del singolo	>0,05	Non significativo
22. Ruolo di procedure e linee guida	0,034	Significativo
23. Probabilità di procedimento medico-legale	0,010	Significativo
24. Richieste di risarcimento	>0,05	Non significativo
25. Contenzioso nelle altre professioni	0,024	Significativo

Le differenze tra qualifiche professionali risultano statisticamente significative soltanto per **6 dei 25 item** analizzati.

In particolare, la qualifica professionale influenza significativamente la percezione di:

- leadership del coordinatore;
- discussione degli errori;
- accessibilità ai sistemi di incident reporting;
- ruolo delle linee guida nella prevenzione del contenzioso;
- percezione del rischio di essere coinvolti in un procedimento medico-legale;
- convinzione che il contenzioso riguardi prevalentemente altre professioni.
-

Per tutti gli altri item (**19 su 25**) non emergono differenze statisticamente significative.

2. Kruskal–Wallis sul punteggio complessivo

È stato calcolato un **punteggio medio della cultura della sicurezza** (media delle risposte Likert codificate da 1 a 5).

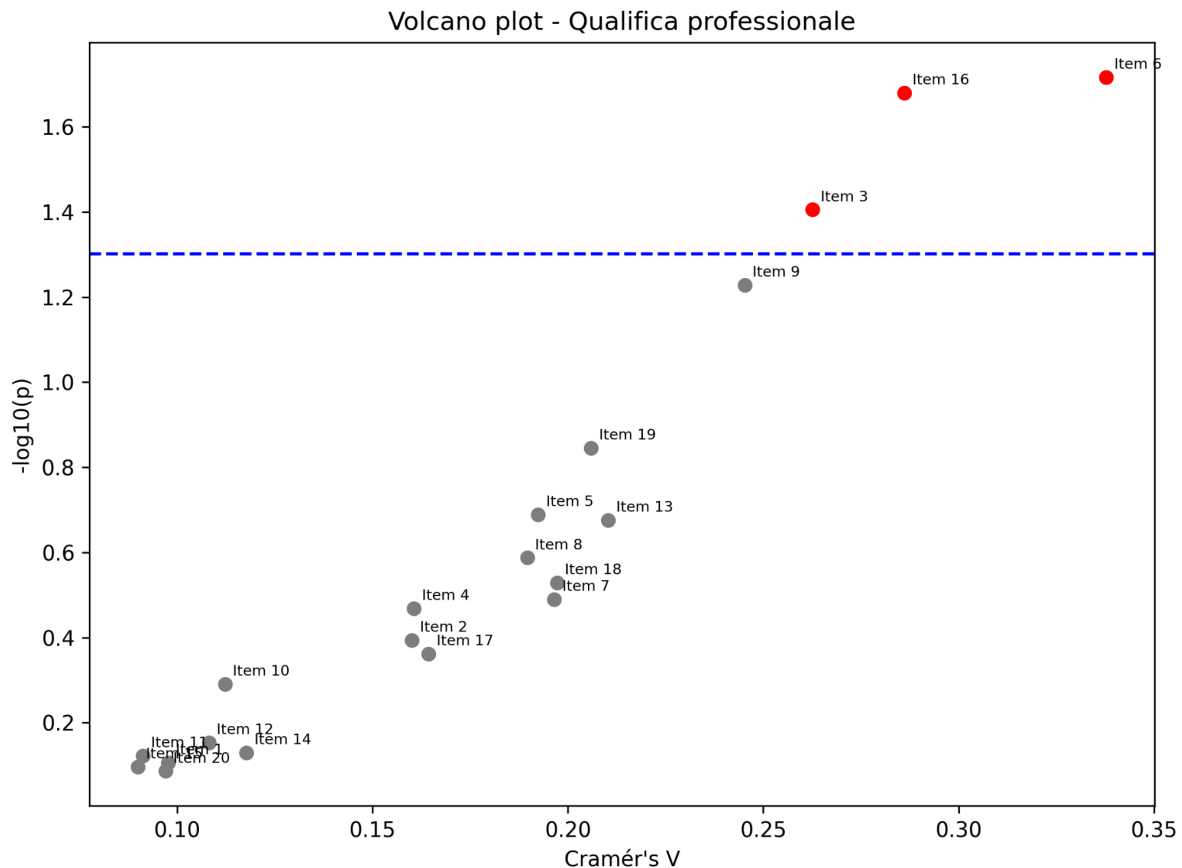
Risultato:

- **H = 4,49**
- **p = 0,214**

Il test di Kruskal–Wallis **non evidenzia differenze statisticamente significative** tra le diverse qualifiche professionali nel punteggio complessivo della cultura della sicurezza.

Pertanto, l'ipotesi nulla non viene rifiutata.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale



Il volcano plot sintetizza i risultati delle analisi inferenziali relative alla qualifica professionale, rappresentando contemporaneamente la forza dell'associazione (Cramér's V) e la significatività statistica ($-\log_{10}$ del p-value). Gli Item 3, 6 e 16 risultano significativamente associati alla qualifica professionale ($p < 0,05$), mentre gli altri item non evidenziano differenze statisticamente significative. L'intensità dell'associazione, pur risultando moderata, suggerisce che alcune dimensioni della cultura della sicurezza e dell'organizzazione possano essere percepite diversamente in funzione del ruolo professionale ricoperto.

L'analisi inferenziale ha evidenziato che la qualifica professionale è associata in modo significativo soltanto ad alcune dimensioni della cultura della sicurezza. In particolare, sono emerse differenze statisticamente significative relativamente alla percezione della leadership del coordinatore ($p = 0,006$), alla discussione degli errori ($p = 0,044$), all'accessibilità dei sistemi di incident reporting ($p = 0,011$), al ruolo di procedure e linee guida nella prevenzione del contenzioso ($p = 0,034$), alla percezione del rischio di coinvolgimento in procedimenti medico-legali ($p = 0,010$) e alla convinzione che il contenzioso interessi prevalentemente altre categorie professionali ($p = 0,024$). Per la maggior parte degli item non sono state osservate differenze significative. Analogamente, il confronto del punteggio complessivo della cultura della sicurezza mediante test di Kruskal-Wallis non ha evidenziato differenze tra le qualifiche professionali ($H = 4,49$; $p = 0,214$), suggerendo che, nel campione esaminato, la percezione globale della cultura della sicurezza risulta sostanzialmente omogenea tra i diversi profili professionali.

I dirigenti medici mostrano generalmente una maggiore consapevolezza degli aspetti legati alla governance clinica, mentre i professionisti sanitari evidenziano una percezione più favorevole relativamente alla leadership del coordinatore e alla comunicazione intra-team.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Gli OSS riportano livelli leggermente inferiori relativamente alla conoscenza dei sistemi di segnalazione e delle procedure di gestione del rischio clinico.

Tuttavia tali differenze interessano esclusivamente alcune dimensioni della sicurezza e non modificano la percezione globale del clima organizzativo.

4.4 Sintesi dei risultati inferenziali

*Nel complesso, l'analisi inferenziale indica che la **tipologia di struttura** è il fattore maggiormente associato alle differenze nella percezione della cultura della sicurezza, mentre **qualifica professionale e dimensione della struttura** incidono solo su specifici aspetti o non mostrano differenze statisticamente significative nel punteggio complessivo.*

Questi risultati suggeriscono che il contesto organizzativo e le politiche aziendali orientate alla gestione del rischio clinico influenzano maggiormente la cultura della sicurezza rispetto alle caratteristiche individuali degli operatori. Tale evidenza è coerente con la letteratura internazionale, che identifica la leadership, il supporto della direzione e la standardizzazione dei processi come elementi chiave per il consolidamento di una cultura della sicurezza efficace.

5. Discussione dei risultati

Nel campione analizzato emerge una percezione complessivamente favorevole della cultura della sicurezza, ma con ampi margini di miglioramento. Il punteggio medio evidenzia che gli operatori tendono ad esprimere un accordo moderato con le affermazioni positive sulla sicurezza del paziente, senza raggiungere livelli elevati e omogenei in tutte le dimensioni investigate.

5.1 Interpretazione complessiva dei risultati

L'obiettivo del presente studio era valutare la percezione della cultura della sicurezza del paziente e della responsabilità professionale tra gli operatori sanitari, analizzando le principali dimensioni organizzative che contribuiscono alla prevenzione del rischio clinico.

Nel complesso, i risultati delineano una cultura della sicurezza **moderatamente sviluppata**, caratterizzata dalla presenza di numerosi elementi favorevoli ma anche da criticità organizzative che meritano attenzione. Gli operatori mostrano una buona consapevolezza dell'importanza della sicurezza delle cure, della necessità di segnalare gli eventi avversi e dell'influenza dei fattori organizzativi sulla qualità dell'assistenza. Parallelamente, emergono alcune aree di debolezza, in particolare riguardo alla percezione del supporto fornito dalla direzione, alla disponibilità di risorse dedicate e alla sistematicità della segnalazione dei *near miss*.

La distribuzione delle risposte suggerisce una cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo, ma ancora distante dai modelli propri delle **High Reliability Organizations (HRO)**, nei quali la sicurezza rappresenta un valore condiviso e pienamente integrato nei processi decisionali.

5.1.1 Leadership organizzativa e cultura della sicurezza

Uno degli aspetti più rilevanti emersi riguarda il ruolo della leadership.

Gli operatori riconoscono generalmente un buon livello di supporto da parte dei coordinatori delle unità operative, mentre esprimono valutazioni meno favorevoli nei confronti della direzione aziendale. **Tale risultato evidenzia una differenza tra leadership di prossimità e leadership strategica.**

Questa distinzione è coerente con la letteratura internazionale, secondo cui il coordinatore rappresenta il principale facilitatore della cultura della sicurezza all'interno dei team assistenziali, grazie alla vicinanza operativa e alla capacità di influenzare direttamente i comportamenti quotidiani.

Al contrario, la direzione aziendale viene percepita come meno presente nella promozione della sicurezza e nell'allocazione delle risorse. Tale percezione potrebbe ridurre il coinvolgimento degli operatori e limitare l'efficacia delle strategie di miglioramento.

5.1.2 Comunicazione e apprendimento dagli errori

L'indagine mostra una buona propensione alla discussione degli errori all'interno dei gruppi di lavoro.

La possibilità di confrontarsi apertamente sugli eventi avversi rappresenta uno dei principali indicatori di una cultura della sicurezza matura. **Tuttavia, questa disponibilità non sempre si traduce in una sistematica segnalazione degli eventi o dei *near miss*.**

In particolare, la limitata frequenza di segnalazione degli errori intercettati prima di raggiungere il paziente suggerisce la persistenza di ostacoli culturali e organizzativi. La mancata registrazione dei *near miss* riduce infatti le opportunità di apprendimento organizzativo e limita l'identificazione precoce delle vulnerabilità del sistema.

Dal punto di vista teorico, tale risultato conferma quanto descritto da James Reason nel modello dello **Swiss Cheese**, secondo cui gli eventi avversi derivano dall'allineamento di molteplici fattori organizzativi piuttosto che dal singolo errore umano.

5.1.3 Formazione e competenze

La formazione continua rappresenta uno degli elementi maggiormente associati allo sviluppo della cultura della sicurezza.

Sebbene oltre la metà del campione dichiara di partecipare a programmi formativi sul rischio clinico, permane una consistente quota di operatori che esprime giudizi neutrali o negativi.

Questo dato suggerisce la necessità di rafforzare l'offerta formativa attraverso programmi periodici, multidisciplinari e basati sulla simulazione clinica.

Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che la formazione esperienziale migliora significativamente le competenze non tecniche (*non-technical skills*), quali comunicazione, teamwork, leadership e gestione dello stress, contribuendo alla riduzione degli eventi avversi.

5.1.4 Responsabilità professionale e medicina difensiva

Un risultato particolarmente interessante riguarda la percezione del rischio medico-legale.

La maggior parte degli operatori considera concreto il rischio di essere coinvolta in un procedimento giudiziario e riconosce l'importanza delle linee guida nella prevenzione del contenzioso.

Questa consapevolezza rappresenta un elemento positivo, poiché favorisce l'adozione di comportamenti professionali maggiormente aderenti alle raccomandazioni scientifiche.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Tuttavia, una percezione eccessivamente elevata del rischio potrebbe incentivare fenomeni di medicina difensiva, con conseguente incremento degli esami diagnostici non necessari, dei costi sanitari e della complessità assistenziale.

Le organizzazioni sanitarie dovrebbero pertanto promuovere una cultura fondata sulla responsabilità professionale condivisa e sull'apprendimento dagli errori, evitando approcci esclusivamente sanzionatori.

5.1.5 Differenze tra strutture pubbliche e private

L'analisi comparativa ha evidenziato differenze significative a favore delle strutture pubbliche relativamente a:

- revisione dei processi;
- formazione;
- sistemi di incident reporting;
- procedure di segnalazione;
- utilizzo della metodologia SBAR.
-

Tali risultati suggeriscono una maggiore strutturazione delle politiche di gestione del rischio nelle organizzazioni pubbliche.

È tuttavia opportuno interpretare tali differenze con cautela, poiché potrebbero essere influenzate dalla diversa dimensione organizzativa, dalla disponibilità di risorse e dalla composizione professionale del campione.

5.1.6 Dimensione della struttura

Contrariamente alle aspettative iniziali, **il numero di posti letto non ha mostrato un'associazione statisticamente significativa con la percezione della cultura della sicurezza.**

Questo risultato indica che la qualità della cultura organizzativa non dipende esclusivamente dalla dimensione della struttura, ma soprattutto dalla presenza di processi consolidati, leadership efficace, formazione continua e sistemi di comunicazione.

Tale evidenza conferma quanto riportato in numerosi studi internazionali, secondo cui la sicurezza del paziente rappresenta principalmente **una caratteristica culturale piuttosto che strutturale.**

5.1.7 Implicazioni per la pratica clinica

I risultati ottenuti evidenziano diverse implicazioni operative.

In primo luogo, emerge la **necessità di rafforzare il coinvolgimento della direzione nelle iniziative di sicurezza, aumentando la visibilità delle strategie aziendali.**

In secondo luogo, **appare prioritario sviluppare sistemi di reporting non punitivi che favoriscano la segnalazione dei *near miss*.**

Infine, risulta fondamentale **consolidare i programmi formativi** dedicati al rischio clinico e alla responsabilità professionale, promuovendo metodologie didattiche innovative quali simulazione, audit clinici e analisi degli eventi sentinella.

5.1.8 Limiti dello studio

I risultati devono essere interpretati considerando alcune limitazioni metodologiche. Lo studio ha adottato un disegno trasversale, che non consente di stabilire relazioni causali tra le variabili osservate. Inoltre, l'utilizzo di un questionario autosomministrato può introdurre

bias di desiderabilità sociale e differenze soggettive nell'interpretazione degli item. La distribuzione non uniforme del campione tra qualifiche professionali e tipologie di struttura può aver influenzato alcune analisi comparative, riducendo la potenza statistica dei confronti. Infine, trattandosi di un'indagine condotta in uno specifico contesto organizzativo, la generalizzabilità dei risultati ad altre realtà sanitarie deve essere effettuata con cautela

5.2 Valutazione critica del questionario

Il questionario sviluppato per il presente studio si propone di esplorare il livello di consapevolezza degli operatori sanitari rispetto alla cultura della sicurezza del paziente, alla gestione del rischio clinico e agli aspetti della responsabilità professionale. Lo strumento comprende sei aree tematiche: cultura della sicurezza, leadership organizzativa, comunicazione e fattori umani, formazione, incident reporting e contenzioso sanitario.

Dal punto di vista concettuale, tale articolazione appare coerente con i principali modelli teorici internazionali sulla patient safety, poiché integra dimensioni organizzative, comportamentali e medico-legali. La presenza di item formulati sia in senso positivo sia in senso negativo riduce il rischio di risposte automatiche (*acquiescence bias*) e migliora la capacità discriminante dello strumento.

L'impiego di una scala Likert a sei modalità di risposta (comprendente anche l'opzione "Non so") consente inoltre di distinguere la reale assenza di conoscenza dall'indecisione, aspetto particolarmente rilevante quando si indagano competenze organizzative e responsabilità professionale.

Adeguatezza rispetto all'obiettivo dello studio

Considerando i risultati ottenuti sul campione di 162 operatori sanitari, il questionario ha dimostrato una buona capacità di descrivere il fenomeno studiato.

In particolare è stato possibile:

- individuare le aree percepite come punti di forza dell'organizzazione;
- evidenziare criticità riguardanti formazione, leadership e incident reporting;
- confrontare differenti sottogruppi (tipologia di struttura, numero di posti letto e qualifica professionale);
- analizzare la percezione del contenzioso sanitario e della responsabilità professionale;
- formulare indicazioni operative utili alla governance clinica.

La distribuzione delle risposte ha mostrato una sufficiente variabilità, evitando sia effetti di "soffitto" (*ceiling effect*) sia di "pavimento" (*floor effect*), condizione favorevole per uno strumento destinato a rilevare differenze percettive tra gruppi professionali.

Punti di forza

L'analisi dei dati consente di individuare diversi punti di forza del questionario.

1. Copertura multidimensionale

Lo strumento non si limita ad analizzare la sicurezza del paziente, ma integra:

- cultura organizzativa;
- leadership;
- fattori umani;

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

- comunicazione;
- formazione;
- incident reporting;
- responsabilità professionale;
- contenzioso sanitario.

Questa impostazione multidimensionale rappresenta uno degli aspetti maggiormente innovativi rispetto ai questionari tradizionali.

2. Applicabilità trasversale

Il questionario è stato compilato da differenti figure professionali.

Ciò suggerisce che possa essere utilizzato in:

- ospedali;
- IRCCS;
- case di cura;
- strutture private accreditate;
- RSA;
- servizi territoriali.

La sua struttura risulta quindi sufficientemente flessibile da adattarsi a differenti contesti assistenziali.

3. Capacità discriminante

L'analisi statistica ha evidenziato differenze significative tra strutture pubbliche e private relativamente a diversi aspetti della cultura della sicurezza.

Questo suggerisce che lo strumento possieda una buona capacità di discriminare differenti contesti organizzativi.

Al contrario, non sono emerse differenze significative in relazione al numero di posti letto della struttura, indicando che il questionario non produce artificialmente differenze quando queste non sono supportate dai dati.

Questo rappresenta un elemento metodologicamente favorevole.

4. Utilità gestionale

I risultati ottenuti consentono di individuare con facilità le aree sulle quali indirizzare interventi organizzativi.

Il questionario può quindi essere utilizzato non solo come strumento di ricerca ma anche come strumento di audit organizzativo.

Criticità

Accanto ai punti di forza emergono alcune criticità.

Assenza di validazione psicometrica completa

Lo studio ha dimostrato l'utilità descrittiva dello strumento, ma non ne ha ancora verificato tutte le proprietà psicometriche.

Per poter definire il questionario "validato" sarebbe opportuno procedere con ulteriori analisi.

In particolare sarebbe necessario valutare:

- consistenza interna (Cronbach α);

- affidabilità test-retest;
- validità di costrutto mediante analisi fattoriale esplorativa (EFA);
- conferma della struttura mediante analisi fattoriale confermativa (CFA);
- validità convergente e discriminante.

Pertanto, allo stato attuale, il questionario può essere definito **uno strumento esplorativo**, ma non ancora **uno strumento psicometricamente validato**.

Alcuni item potrebbero essere ulteriormente affinati

L'analisi descrittiva mostra che alcuni item presentano percentuali relativamente elevate di risposte "Non so".

Questo potrebbe indicare:

- formulazione non completamente chiara;
- contenuti poco conosciuti dagli operatori;
- differenze tra professioni.

Una revisione linguistica di tali item potrebbe migliorarne ulteriormente la comprensibilità.

Opportunità di definire sottoscale

La struttura teorica del questionario suggerisce l'esistenza di almeno sei domini distinti.

Un'analisi fattoriale potrebbe confermare tale organizzazione e consentire la costruzione di punteggi specifici per:

- cultura della sicurezza;
- leadership;
- comunicazione;
- formazione;
- incident reporting;
- responsabilità professionale.

Ciò aumenterebbe la precisione interpretativa e renderebbe lo strumento più adatto al monitoraggio organizzativo.

Giudizio complessivo

Alla luce delle evidenze raccolte, il questionario può essere considerato **uno strumento promettente e metodologicamente coerente** per esplorare il livello di consapevolezza degli operatori sanitari riguardo alla sicurezza delle cure, al rischio clinico e alla responsabilità professionale.

Le analisi svolte hanno dimostrato che esso è in grado di:

- descrivere efficacemente la percezione degli operatori;
- identificare aree di forza e criticità organizzative;
- discriminare alcuni differenti contesti organizzativi;
- fornire indicazioni utili alla pianificazione di interventi formativi e di miglioramento.

Tuttavia, sulla base delle sole analisi finora effettuate, **non è metodologicamente corretto affermare che il questionario sia già "validato"**. Per sostenere questa affermazione sarebbero necessarie ulteriori verifiche psicometriche.

6. Conclusioni e raccomandazioni

6.1 Conclusioni

Il presente studio ha consentito di descrivere il livello di cultura della sicurezza percepito dagli operatori sanitari appartenenti a differenti contesti organizzativi.

Nel complesso emerge una cultura della sicurezza discreta, caratterizzata da una buona consapevolezza dei principi fondamentali del rischio clinico ma ancora influenzata da criticità organizzative riguardanti leadership strategica, formazione, disponibilità di risorse e incident reporting.

Le differenze osservate tra strutture pubbliche e private suggeriscono che l'investimento organizzativo nella gestione del rischio possa incidere significativamente sulla percezione degli operatori.

Al contrario, la dimensione della struttura non sembra rappresentare un fattore determinante.

Lo studio conferma inoltre che la sicurezza del paziente costituisce un fenomeno multidimensionale, nel quale fattori individuali, organizzativi e culturali interagiscono costantemente.

6.2 Raccomandazioni operative

Alla luce dei risultati ottenuti si propongono le seguenti azioni prioritarie.

1. Rafforzare la leadership per la sicurezza

La direzione aziendale dovrebbe incrementare la propria presenza nei programmi di sicurezza, promuovendo una leadership visibile e partecipativa.

2. Diffondere la Just Culture

Occorre favorire una cultura non punitiva, nella quale l'errore venga considerato un'opportunità di apprendimento piuttosto che un motivo di colpevolizzazione individuale.

3. Incrementare la formazione continua

È raccomandata la realizzazione di programmi formativi periodici su:

- sicurezza del paziente;
- gestione del rischio clinico;
- responsabilità professionale;
- comunicazione efficace;
- metodologia SBAR;
- fattore umano (*Human Factors*).

4. Potenziare il sistema di incident reporting

È opportuno incentivare la segnalazione dei *near miss*, semplificando le procedure informatiche e garantendo un feedback sistematico agli operatori.

5. Monitorare periodicamente la cultura della sicurezza

Si suggerisce di ripetere l'indagine con cadenza annuale, utilizzando indicatori standardizzati e confrontando i risultati nel tempo attraverso audit periodici.

6. Integrare la gestione del rischio nella governance aziendale

La sicurezza dovrebbe diventare un indicatore strategico di performance, integrato nei processi di accreditamento, pianificazione e valutazione organizzativa.

6.3 Prospettive future

Le future ricerche dovrebbero ampliare il campione includendo un numero maggiore di strutture sanitarie pubbliche e private, adottare un disegno longitudinale per monitorare l'evoluzione della cultura della sicurezza nel tempo e integrare metodologie quantitative e qualitative. Sarebbe inoltre utile sviluppare modelli multivariati (ad esempio regressione logistica o modelli lineari generalizzati) per identificare i principali predittori della cultura della sicurezza, valutando il contributo di variabili individuali (qualifica, anzianità, formazione) e organizzative (leadership, dimensione della struttura, sistemi di reporting). Un simile approccio consentirebbe di orientare con maggiore precisione gli interventi di miglioramento e le politiche di governance clinica.

Tipologia di Formazione	Obiettivo Specifico	Metodologia Consigliata
Formazione alla Comunicazione	Migliorare il passaggio di informazioni ed evitare fraintendimenti clinici.	Addestramento all'uso di strumenti standardizzati come il metodo SBAR (<i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>).
Simulazione ad alta fedeltà	Allenare i team a gestire scenari critici e complessi in un ambiente sicuro, riducendo l'errore da stress.	Scenari simulati in equipe seguiti da <i>debriefing</i> strutturati.
Formazione Medico-Legale pratica	Ridurre la medicina difensiva fornendo certezze sui confini della responsabilità e sulla corretta redazione della cartella clinica.	Analisi di casi clinici reali e sentenze giurisprudenziali.

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero:
tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

Formazione sul Clinical Risk Management	Rendere ogni operatore parte attiva del sistema di segnalazione.	Corsi ECM obbligatori sull'uso dei sistemi di <i>incident reporting</i> aziendali.
--	--	--

7. Riferimento normativi

1. 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. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 17 marzo 2017;64.
2. Ministero della Salute. *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*. Roma: Ministero della Salute; 2004.
3. World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. Geneva: WHO; 2021.
4. World Health Organization. *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Geneva: WHO; 2011.
5. World Health Organization. *Patient safety: global action on patient safety*. Geneva: WHO; 2019.

8. Bibliografia

1. Agency for Healthcare Research and Quality. *Hospital Survey on Patient Safety Culture™ (HSOPS) Version 2.0: User's Guide*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2024.
2. Bagnasco A., Catania G., Loiudice M.T. et al. *Validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 in Italian Hospitals: A Cross-Sectional Study of Healthcare Personnel Perceptions*. Journal of Advanced Nursing, 2025.
3. Nguyen G., Gambashidze N., Ilyas S.A. et al. *Validation of the Safety Attitudes Questionnaire (Short Form 2006) in Italian in Hospitals in the Northeast of Italy*. BMC Health Services Research, 2015.
4. Waterson, P. e K. Catchpole. 2016. "Human Factors in Healthcare: Welcome Progress, but Still Scratching the Surface." BMJ Quality and Safety 25, n. 7: 480 –484. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005074> .
5. Azyabi, A., W. Karwowski e M. R. Davahli. 2021. "Valutazione della cultura della sicurezza del paziente in ambito ospedaliero." International Journal of Environmental Research and Public Health 18, n. 5: 2466. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>.
6. Agenzia per la ricerca e la qualità dell'assistenza sanitaria (AHRQ). 2019b. "Cultura della sicurezza del paziente." <https://www.ahrq.gov/sops/about/patientsafetyculture/index.html>.
7. James T. Reason. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing; 1997.

8. **Travaglino, F., ad al.** (2020). *La responsabilità medica in Pronto Soccorso: analisi della sinistrosità e strategie di risk management*. Rivista Italiana di Medicina Legale.
9. **Rodriguez, D., & Aprile, A.** (2018). *Medicina legale e risarcimento del danno nella responsabilità sanitaria*. Giuffrè Editore. (Analizza la casistica giurisprudenziale e i tassi di rischio per branca specialistica).
10. **Fineschi, V., ad al.** (2019). *The new Italian law on patient safety and medical liability: potential pitfalls and perspectives*. Front. Med. 6:247.
11. **FHaz Hazan, M.** (2021). *La responsabilità sanitaria dopo la Riforma Gelli-Bianco: l'applicazione pratica delle linee guida e il ruolo della colpa grave*. Responsabilità Civile e Previdenza, Giuffrè.
12. **Tarricone, R., ad al.** (2022). *Regional fragmentation in the governance of clinical risk management in Italy: five years after Law 24/2017*. Health Policy.
13. **Defazio, S., & Gorgoni, G.** (2023). *Risk management e applicazione della Legge Gelli-Bianco nelle Regioni italiane: un bilancio*. Politiche Sanitarie, Il Pensiero Scientifico Editore.
14. Reason J. Combating omission errors through task analysis and good reminders; 2002; Qual Saf Health Care; Mar; 11(1):40-4.
15. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M.; To err is human: building a safer health system; 1999; National Academy Press; Washington, D.C..
16. **Ministero della Salute.** *Risk management in sanità. Il problema degli errori*. Roma: Ministero della Salute; 2004.

9. Sitografia

1. <https://www.ania.it/>
2. <https://www.iss.it/centro-nazionale-per-l-eccellenza-clinica-la-qualita-e-la-sicurezza-delle-cure>
3. <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/governo-clinico-e-sicurezza-delle-cure/monitoraggio-eventi-sentinella/>
4. <https://www.marsh.com/it-it/industries/healthcare/insights/medmal-report.html>
5. <https://www.fiasco.it>

10. Allegati

1. ALLEGATO A - Il questionario

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

SEZIONE A: Informazioni socio professionali e contesto organizzativo

Questa sezione raccoglie informazioni generali sul profilo professionale dei partecipanti e sul contesto organizzativo in cui operano. I dati consentiranno di analizzare eventuali differenze nella percezione della sicurezza e del rischio clinico in relazione al ruolo, all'esperienza lavorativa e alle caratteristiche della struttura sanitaria.

1. Qualifica professionale *

Contrassegna solo un ovale.

☐ Dirigente Medico
Passa alla domanda 3.

☐ OSS Passa alla domanda 3.

☐ Personale Amministrativo
Passa alla domanda 3.

☐ Professionista Sanitario
Passa alla domanda 2.

Passa alla domanda 3.

SEZIONE A: Informazioni socio professionali e contesto organizzativo - specifiche

2. Specificare professione sanitaria *

SEZIONE A: Informazioni socio professionali e contesto organizzativo

3. Indichi il reparto o l'ufficio in cui presta servizio *

4. Anzianità complessiva nella Struttura *

Contrassegna solo un ovale.

☐ Meno di 1 anno

☐ Da 1 a 5 anni

☐ Da 6 a 10 anni

☐ Oltre 10 anni

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/32P4u50RbwCCD4DzLr-ODuPvvt10UfDnEjNtMjprnform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 2 di 25

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/32P4u50RbwCCD4DzLr-ODuPvvt10UfDnEjNtMjprnform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 3 di 25

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

5. Se hai avuto esperienze lavorative in strutture diverse, la tua percezione del rischio è cambiata in relazione all'ambiente? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Sì Passa alla domanda 6.
☐ No Passa alla domanda 7.

SEZIONE A: Informazioni socio professionali e contesto organizzativo - specifiche

6. In che modo la tua percezione è cambiata? *

SEZIONE A: Informazioni socio professionali e contesto organizzativo

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/732P4x5OR8wOCC4Dz6j2i-ODuPKvWt10UfGnEyjNul8jpr/editform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 4 di 25

7. Struttura di Appartenenza *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Pubblica
☐ Privata
☐ IRCCS
☐ Privata Accreditata

8. Numero di posti letto nella tua struttura *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ 100
☐ Tra i 101 e i 500
☐ Più di 500

Sezione B: Clima di sicurezza e cultura organizzativa

Le domande seguenti indagano la percezione del clima di sicurezza all'interno dell'organizzazione, con particolare riferimento alla gestione degli errori, al supporto dei responsabili e all'impegno della direzione nel promuovere una cultura orientata all'apprendimento e al miglioramento continuo.

Istruzioni per la compilazione: > Per ciascuna affermazione, indichi il suo grado di accordo sbarrando la casella corrispondente.

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/732P4x5OR8wOCC4Dz6j2i-ODuPKvWt10UfGnEyjNul8jpr/editform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 5 di 25

9. L'unità in cui lavori esamina regolarmente i processi di lavoro per determinare se sono necessari cambiamenti per migliorare la sicurezza del paziente. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/732P4x5OR8wOCC4Dz6j2i-ODuPKvWt10UfGnEyjNul8jpr/editform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 6 di 25

10. Quando il personale commette errori, questa unità si concentra sull'apprendimento piuttosto che colpevolizzare i singoli. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

11. Il mio supervisore, coordinatore o leader clinico agisce per risolvere i problemi di sicurezza del paziente che vengono portati alla sua attenzione. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/732P4x5OR8wOCC4Dz6j2i-ODuPKvWt10UfGnEyjNul8jpr/editform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 7 di 25

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

12. Quando accadono errori in questa unità, discutiamo i modi per evitare che si ripetano. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

13. In questa unità, il personale si esprime liberamente se vede qualcosa che potrebbe influire negativamente sulla sicurezza del paziente. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0/q/t32P4x5DR8wOCd42qZ1-ODuPKVxT1OUf0ndEjyNul8jprreform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 8 di 25

14. Le azioni della direzione dimostrano che la sicurezza del paziente è una priorità assoluta. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

15. La direzione fornisce risorse adeguate per migliorare la sicurezza del paziente. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0/q/t32P4x5DR8wOCd42qZ1-ODuPKVxT1OUf0ndEjyNul8jprreform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 9 di 25

16. La direzione sembra interessarsi alla sicurezza del paziente solo dopo che si verifica un evento avverso. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

Sezione C: Comunicazione, continuità assistenziale e fattori umani

Questa sezione approfondisce alcuni fattori organizzativi e umani che possono influenzare la sicurezza delle cure, quali la qualità della comunicazione durante i cambi di turno e l'impatto della stanchezza fisica e mentale sulle prestazioni professionali.

<https://docs.google.com/forms/u/0/q/t32P4x5DR8wOCd42qZ1-ODuPKVxT1OUf0ndEjyNul8jprreform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 10 di 25

17. I passaggi di consegne vengono effettuati utilizzando la metodologia SBAR. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so
☐ Non applicabile

<https://docs.google.com/forms/u/0/q/t32P4x5DR8wOCd42qZ1-ODuPKVxT1OUf0ndEjyNul8jprreform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 11 di 25

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

18. Durante il passaggio di consegne, il tempo a disposizione è sufficiente per garantire uno scambio completo delle informazioni.

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so
☐ Non applicabile

19. Quando i livelli di stanchezza fisica o mentale sono elevati, la qualità delle mie prestazioni si riduce.

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so
☐ Non applicabile

Sezione D: Formazione, supporto organizzativo e gestione del rischio

Le seguenti domande intendono valutare il supporto formativo offerto dall'organizzazione, l'efficacia dei percorsi di inserimento e le opportunità di aggiornamento continuo sui temi della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico.

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/122P4u5OR8wOCd4Dq2i-ODuPKvVt10Uf9mEjyNk8j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 12 di 25

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/122P4u5OR8wOCd4Dq2i-ODuPKvVt10Uf9mEjyNk8j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 13 di 25

20. Il personale neo-assunto, i sostituti o i tirocinanti ricevono un percorso strutturato di orientamento e affiancamento in questa unità.

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

21. All'interno di questa struttura abbiamo accesso a momenti formativi continui e incentrati sulla gestione del rischio clinico e responsabilità professionale.

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

Sezione E: Incident reporting e feedback organizzativo

Questa sezione esplora la percezione e l'utilizzo dei sistemi di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi errori. L'obiettivo è comprendere il livello di conoscenza delle procedure, la facilità di accesso agli strumenti di segnalazione e la presenza di un adeguato feedback da parte dell'organizzazione.

22. I suggerimenti sulla sicurezza provenienti dal personale vengono ascoltati da parte della direzione ed attuati tempestivamente

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/122P4u5OR8wOCd4Dq2i-ODuPKvVt10Uf9mEjyNk8j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 14 di 25

<https://docs.google.com/forms/u/0/d/122P4u5OR8wOCd4Dq2i-ODuPKvVt10Uf9mEjyNk8j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 15 di 25

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

23. **Mi sono state fornite adeguatamente le informazioni su come segnalare un errore o un evento sentinella** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

24. **Ho facilmente accesso alle piattaforme per segnalare un rischio o un evento** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

25. **Quando un errore viene individuato e corretto prima di raggiungere il paziente (near miss), questo viene sempre segnalato** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

26. **Quando un errore raggiunge il paziente e avrebbe potuto causargli danno, ma non lo ha fatto, questo non viene segnalato** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0q/t32P4u5DRbwCCd4DqZt-ODuPvVt70UFGndjyNk0j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 16 di 25

<https://docs.google.com/forms/u/0q/t32P4u5DRbwCCd4DqZt-ODuPvVt70UFGndjyNk0j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 17 di 25

Sezione F: Contenzioso sanitario e responsabilità professionale

Le domande seguenti approfondiscono la percezione del contenzioso sanitario e della responsabilità professionale, valutando l'impatto che gli aspetti medico-legali possono avere sulle decisioni cliniche, sull'organizzazione del lavoro e sui bisogni formativi degli operatori.

27. **Nella mia organizzazione sono a conoscenza che il contenzioso rappresenta una problematica significativa** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

28. **Gli aspetti medico-legali incidono marginalmente sulla mia attività professionale quotidiana** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

29. **In caso di contenzioso, la responsabilità viene attribuita prevalentemente al singolo professionista piuttosto che all'organizzazione.** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0q/t32P4u5DRbwCCd4DqZt-ODuPvVt70UFGndjyNk0j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 18 di 25

<https://docs.google.com/forms/u/0q/t32P4u5DRbwCCd4DqZt-ODuPvVt70UFGndjyNk0j/printform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 19 di 25

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

30. **Il rispetto di procedure, protocolli e linee guida ha una scarsa rilevanza nella prevenzione del contenzioso.** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

31. **Ritengo poco probabile essere coinvolto in un procedimento medico-legale nel corso della mia attività professionale.** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

32. **Le richieste di risarcimento vengono percepite come eventi rari e lontani dalla pratica professionale quotidiana.** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

33. **Ritengo che il rischio di contenzioso interessi prevalentemente professionisti appartenenti ad altre categorie professionali.** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Fortemente in disaccordo
☐ In disaccordo
☐ Né d'accordo né in disaccordo
☐ D'accordo
☐ Fortemente d'accordo
☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0/q/t32P4x5OR8wOCd42uZ1-ODuPvVt70Uf0nEjyN6diprintform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 20 di 25

<https://docs.google.com/forms/u/0/q/t32P4x5OR8wOCd42uZ1-ODuPvVt70Uf0nEjyN6diprintform>

27/06/26, 6:12 AM
Pagina 21 di 25

Cultura della sicurezza delle cure nel personale ospedaliero: tra pratica assistenziale e responsabilità professionale

34. **Quale evento, tra quelli proposti, percepisci che possa generare più frequentemente richieste di risarcimento?** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Errori terapeutici o diagnostici
- ☐ Infezioni correlate all'assistenza
- ☐ Cadute del paziente
- ☐ Errori chirurgici
- ☐ Lesioni da pressione
- ☐ Errori trasfusionali
- ☐ Violazione del consenso informato

<https://docs.google.com/forms/u/0/g/132P4sDR0wOCD4DqZ1-ODuPvVt10Uf0mEjyNk0j/printform>

27/06/26, 8:12 AM
Pagina 23 di 25

35. **Quale fattore ritieni contribuisca maggiormente al verificarsi di un contenzioso?** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Errore individuale
- ☐ Carenza di personale
- ☐ Problemi organizzativi
- ☐ Carenza di formazione
- ☐ Comunicazione inefficace
- ☐ Documentazione incompleta

36. **Quale probabilità ha un operatore sanitario della sua professione di essere coinvolto in un procedimento medico-legale nel corso della propria carriera?** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Molto bassa
- ☐ Basso
- ☐ Moderata
- ☐ Elevata
- ☐ Molto elevata
- ☐ Non so

<https://docs.google.com/forms/u/0/g/132P4sDR0wOCD4DqZ1-ODuPvVt10Uf0mEjyNk0j/printform>

27/06/26, 8:12 AM
Pagina 24 di 25

37. **Quali fra gli argomenti riportati di seguito ritieni prioritario per future attività formative?** *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico
- ☐ Responsabilità professionale ed aspetti medico-legali
- ☐ Contenzioso sanitario
- ☐ Comunicazione con il paziente

Questi contenuti non sono creati né avviati da Google.

Google Moduli

<https://docs.google.com/forms/u/0/g/132P4sDR0wOCD4DqZ1-ODuPvVt10Uf0mEjyNk0j/printform>

27/06/26, 8:12 AM
Pagina 24 di 25

<https://docs.google.com/forms/u/0/g/132P4sDR0wOCD4DqZ1-ODuPvVt10Uf0mEjyNk0j/printform>

27/06/26, 8:12 AM
Pagina 25 di 25