

Peer Reviewed, Open Access, Free Online Journal  
Published monthly: ISSN: 2308-832X  
Issue 3(12); March 2014



---

**Original Article: CULTURA ORGANIZZATIVA E SICUREZZA: ATTUAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO**

**Citation**

Krups'kyi O.P. Cultura organizzativa e sicurezza: attuazione delle caratteristiche del servizio. *Italian Science Review*. 2014; 3(12). PP. 368-371.

Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/march/Krups'kyi.pdf>

**Author**

Olexandr P. Krups'kyi, Oles Honchar Dnipropetrovsk National University, Ukraine.

Submitted: February 21, 2014; Accepted: February 25, 2014; Published: March 31, 2014

Per le imprese nel settore dei servizi, il tema della sicurezza non è meno importante della questione dei servizi di qualità e di competitività. Problema particolarmente acuto è, quando si parla di settore sanitario, come tutti i problemi con la fornitura di servizi adeguati provocano una minaccia diretta per lo Stato, e, talvolta, la vita del paziente. In tali condizioni, "la sicurezza è compreso e percepito come la priorità numero uno" [1]. A quel tempo, come culturali (professionali, religiose etniche) differenze tra personale medico amplificato informazioni sulla possibilità di aumentare la qualità dei servizi e ridurre il rischio rimane limitato. La necessità di superare questo inconveniente e spiega l'importanza pratica di questa scrittura.

In primo luogo, il termine "cultura della sicurezza" (CS) è stato applicato nel 1988, dopo l'incidente alla centrale nucleare di Chernobyl [2, p. 338-339]. Da allora è stata estesa ad un numero di industrie con un elevato grado di rischio. In particolare, Hudson P., R. Burman, Nord K., Kanki B sopra questioni considerate in relazione al settore del trasporto aereo; Kissinger P. e Girasek D. - il comportamento dei conducenti; Rundmo T., Hestad H. - per l'industria petrolifera Ulleberg P.

Una notevole quantità di lavoro illumina alcune delle questioni direttamente legate alla pratica medica. In particolare, questo

problema ha sviluppato Steiner P., come R., Rubel A., Zohar D., Luria G., Neal A., M. Griffin

In Ucraina, i problemi di sicurezza ancora sollevato solo nel contesto di sicurezza sul lavoro; studiare la componente tecnica del processo di produzione, compromettendo in tal modo il posto dell'uomo e gli aspetti connessi alla realizzazione degli obiettivi dell'impresa. Tuttavia, come dimostra l'esperienza internazionale, stanno diventando sempre più importanti, sono fondamentali, soprattutto quando si tratta di un settore come la sanità.

Letteratura scientifica occidentale ha accumulato una notevole quantità di approcci diversi per la definizione di cultura della sicurezza (Westrum R., P. Hudson, Reason J., M. Fleming, Sharpanskykh A., Stroeve S., Sellers R. [3, 4, 5]), e, tutti in un modo o nell'altro collegati con l'ambiente culturale dell'impresa. Quindi, Uttal B. definisce come "valori condivisi e convinzioni che interagiscono con le strutture organizzative e i sistemi che stabiliscono gli standard di condotta"; Turner B.A. - come un insieme di credenze, norme, atteggiamenti, ruoli, pratiche sociali e tecniche per ridurre al minimo la vulnerabilità dei lavoratori, manager e membri della comunità; Confederation of British Industry - come un insieme di idee e

di credenze condivise dai membri dell'organizzazione per quanto riguarda il rischio di incidenti e problemi di salute [6, p. 113-114]. Dal punto di vista della pratica medica, la cultura della sicurezza significa che tutti i dipendenti hanno il diritto di votare e di fermare le azioni che possono danneggiare il paziente o un collega. Inoltre, si prevede l'istituzione dell'ambiente di lavoro in cui il pensiero critico diventa "altrettanto comune come respirare" [7].

Tutto questo ha permesso all'autore di offrire la propria definizione di cultura della sicurezza organizzativa (CSO) le imprese in materia di salute. Sotto la presidenza consiglia di comprendere il sistema di valori, obiettivi, conoscenze e competenze, regole e procedure, le credenze che sono condivisi dai membri di una particolare professione medica, i pazienti sono supportati, creare un clima di lavoro positivo, un clima di fiducia e diventare uno strumento per il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione modo efficace. Costruire una cultura professionale di sicurezza può essere considerato come una condizione necessaria e sufficiente per la realizzazione di una cultura organizzativa equilibrata della società.

Relativi componenti CSO, le opinioni degli scienziati differiscono leggermente. Ad esempio, "modello di cultura completato" Sicurezza sul lavoro comprende i seguenti elementi: manager dovere, la loro capacità di vedere il futuro dell'organizzazione e di imparare; obbligatorio; prestazioni; risorse di sicurezza, un'idea generale della sua partecipazione; fiducia; relazioni industriali; soddisfazione sul lavoro; formazione [8, p. 3-5]. Cooper M.D. costruisce il suo modello di quattro componenti: valori e credenze, comportamenti, sistemi di sicurezza aziendale; gli obiettivi aziendali e le pratiche di gestione; cultura della sicurezza; sforzi e le misure per costruire su una base CS continua [9, p. 4].

Di solito questionario di valutazione cultura della sicurezza è usato, in cui

l'intervistato viene chiesto di esprimere accordo / disaccordo con un certo numero di disposizioni (ad esempio, "È vero che la sicurezza di importanti servizi?", "Svolgere il proprio lavoro connessi con il rischio?"). Essi sono generalmente misurati su una scala Likert a cinque e possono essere facilmente rappresentati in percentuale. Con questo approccio, il match stato allarmante da 0 a 50% (la situazione richiede l'attenzione immediata e correzione), grande - 91-100 % (il rischio è molto meno, tuttavia, non esclude la necessità di un monitoraggio continuo) [10, p. 5].

Questo strumento è ampiamente utilizzato al di fuori degli Stati Uniti, dove è stato sviluppato. Il monitoraggio condotto dal 2004 su base continuativa da parte dell'Agenzia per la Ricerca Sanitaria e Qualità, ospedali permesso di valutare realisticamente il livello raggiunto di sicurezza (338 000 dipendenti hanno approfittato dei risultati da 855 ospedali). I dipendenti hanno avuto le risposte a domande come "I dipendenti si sentono come i loro errori si rivoltano contro di loro" e "Il personale è libero di esprimere la propria opinione", nel corso del feedback riportato omissioni, errori di calcolo, errori che potrebbero avere conseguenze negative per il paziente, anche in loro assenza. Come risultato, il 60 % delle strutture sono stati forniti misure volte a rafforzare la cultura della sicurezza; casi ridotti di errori medici [11].

La sicurezza è sempre valutata come una parte dell'artista, così come servizi ai consumatori. Tuttavia, l'enfasi in favore di quest'ultima avviene solo nel settore sanitario. Da un lato, questa situazione è chiara: anche nei paesi in cui il farmaco è considerato uno dei più sviluppati, il trattamento non sempre produce i risultati attesi. In Europa, ogni decimo paziente desidera ricevere il miglior servizio [12, p. 1189]. Incidenti di droga sono stati il terzo gruppo più grande (9 %) del totale (dopo gli incidenti (35%) e problemi sorti durante la procedura (9 %) [13, p. 1]. Pazienti stessi sono tre gruppi principali di rischio: legati a

tratti di personalità (l'incapacità di comprendere l'istruzione, farmaci irregolare e visita medica, un atteggiamento negativo verso il processo e l'ambiente, ecc) causati dal personale (molto basso livello di abilità, comportamenti inadeguati, scarsa salute fisica o mentale ad un certo punto), causati dall'ambiente (scarso livello di pianificazione e base logistica, la mancanza di dati affidabili, condizioni disagiati) [14, p. 253].

D'altra parte, medici ed infermieri sono vulnerabili [15]. In America, per esempio, si riflette ogni giorno nel 1000 quando i medici e gli infermieri si feriscono con strumenti taglienti; circa il 40 % si verifica dopo l'uso e prima dello smaltimento dei taglienti; 41 % - se applicato - il 15 %, durante o dopo lo smaltimento [16].

Misure per migliorare la situazione per il meglio e creare CSO impresa possono essere suddivisi nei seguenti gruppi: stabilire la leadership; miglioramento dei sistemi di comunicazione; conto dei pareri di personale a lavorare in una determinata direzione; condivisione di esperienze; discussione dei risultati e dei risultati; organizzazione del lavoro educativo tra i pazienti.

Conclusioni. Negli ultimi anni, la cattiva gestione della sicurezza sempre più sono responsabili per la maggior parte degli errori medici e incidenti. Il suo disprezzo non solo porta a problemi l'establishment medico, e costituisce una minaccia per la salute della nazione. Di conseguenza, abbiamo bisogno di chiaro quadro concettuale di considerare la cultura della sicurezza, un sistema di misure che permetteranno quadro teorico come base per futuri cambiamenti al meglio della salute e stretto controllo l'attuazione di questo compito dal lato sia della gestione e ogni partecipante professionale del processo di trattamento.

Le prospettive per ulteriori ricerche. Ulteriore lavoro da parte dell'autore sarà collegato allo sviluppo di misure per migliorare la gestione delle istituzioni

medica nel contesto della diversità culturale.

#### References:

1. Cullen, H. L. 1990. The Public Inquiry into the Piper Alpha Disaster. Report to the Parliament by the Secretary of State for Energy by Command of Her Majesty, Vols. 1 and 2. London: HMSO. 488 p.
2. Halligan, M.; Zecevic, A. 2011. Safety Culture in Healthcare: a Review of Concepts, Dimensions, Measures and Progress, *BMJ Quality and Safety*, 20 (4) April, p. 338-343.
3. Sellers, R. 2011. A Professional Culture of Safety Convergent Safety Pty Ltd, P. 1-10 [Web]. – Mode of access: <http://www.convergensafety.com/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/SELLERS-A-professional-culture-of-safety-SEC-08-Nov-11.pdf>
4. Fleming, M.; Sharpanskykh, A.; Stroeve, S. H. 2011. An Agent-Based Approach for Structured Modeling, Analysis and Improvement of Safety Culture. *Comput Math Organ Theory*, 17, p. 77–117.
6. Cooper, M.D. 2000. Towards a Model of Safety Culture. *Safety Science*, 36, p. 111-136 [Web]. – Mode of access: [http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards\\_a\\_model\\_of\\_safety\\_culture.pdf](http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf)
7. Weinstock, M. 2007. Can Your Nurses Stop a Surgeon? *H&HN magazine*. [Web]. – Mode of access: [http://www.hhnmag.com/hhnmag/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/Article/data/09SEP2007/0709HHN\\_FEA\\_CoverStory&domain=HHNMAG](http://www.hhnmag.com/hhnmag/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/Article/data/09SEP2007/0709HHN_FEA_CoverStory&domain=HHNMAG)
8. Safety Culture Maturity Model. Keil Centre for the Health and Safety. *Offshore Technology Report*. 2000/049. 7 p. [Web]. – Mode of access: <http://www.hse.gov.uk/research/otopdf/2000/oto00049.pdf>
9. Cooper, M.D. 2002. Surfacing your safety culture. Major Hazard Commission at the Federal Ministry of Environment: Human Factors Conference, 4-6th March, 2002, p. 1-14 [Web]. – Mode of access:

[http://www.behavioral-safety.com/articles/Surfacing\\_your\\_safety\\_culture.pdf](http://www.behavioral-safety.com/articles/Surfacing_your_safety_culture.pdf)

10. Cooper, M.D. 2008. Risk-Weighted Safety Culture Profiling. SPE International Conference on Health, Safety & Environment in Oil & Gas Exploration and Production held in Nice, France, 15-17th April 2008, p. 1-7 [Web]. – Mode of access: [http://www.behavioral-safety.com/articles/risk\\_weighted\\_safety\\_culture\\_profiling.pdf](http://www.behavioral-safety.com/articles/risk_weighted_safety_culture_profiling.pdf)

11. Clancy, C. 2011. Safety Culture Creates Better Care for Patients. Articles From the Agency for Healthcare and Quality [Web]. – Mode of access: <http://www.superdoctors.com/article/Safety-Culture-Creates-Better-Care-for-Patients/2d53255b-9f56-4195-a40f-cde91250069a.html>

12. Bagnasco, A.; Tibaldi, L.; Chirone, P.; Chiaranda, C.; Panzone, M.S.; Tangolo, D.; Aleo, G.; Lazzarino, L.; Sasso, L. 2011. Patient safety culture: an Italian experience // Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 20, p. 1188–1195.

13. Safety in Doses Improving the Use of Medicines in the NHS. Learning from national reporting. 2007, 70 p. [Web]. – Mode of access: [www.dhsspsni.gov.uk/npsa\\_safety\\_in\\_doses-2.pdf](http://www.dhsspsni.gov.uk/npsa_safety_in_doses-2.pdf)

14. Perea-Pérez, B.; Labajo-González, E.; Bratos-Murillo, M.; Santiago-Sáez, A.; Albarrán-Juan, E.; Villa-Vigil, A. 2013. The Clinical Safety of Disabled Patients: Proposal for a Methodology for Analysis of Health Care Risks and Specific Measures for Improvement. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. p. 251-256 [Web]. – Mode of access: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/med\\_oralv18\\_i2\\_p251.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/med_oralv18_i2_p251.pdf)

15. Rodak, S. 2013. Does Patient Safety Culture Always Mean Safe Hospitals? Nurses Say No. [Web]. – Mode of access: <http://www.beckershospitalreview.com/quality/does-patient-safety-culture-always-mean-safe-hospitals-nurses-say-no.html>

16. Tersigni, A. 2013. How to Inject Safety into Health Care with Self Care. [Web]. – Mode of access: <http://yoganurse.com/how-to-inject-safety-into-health-care-with-self-care>.