



## **IMPLEMENTARE E DIFFONDERE UN SISTEMA DI INCIDENT REPORTING**

Candidato

Mariagrazia Bordoni- Humanitas

Gloria Favretti – Marsh

Giorgia Oldani – Auxologico

Angela Peruzzotti – MultiMedica

Rosalia Spadari – Istituto Vismara - De Petri

Docente di progetto

Luciana Bevilacqua

Marzo 2023

## **GLI AUTORI**

**Mariagrazia Bordoni**, Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Vascolare - Istituto Clinico Humanitas-IRCCS Rozzano, [mariagrazia.bordoni@humanitas.it](mailto:mariagrazia.bordoni@humanitas.it)

**Gloria Favretti**, Broker assicurativo, Client Executive - Public Entities & Healthcare Marsh Spa, [gloria.favretti@marsh.com](mailto:gloria.favretti@marsh.com)

**Giorgia Oldani**, Ufficio Qualità e Rischio Clinico - Auxologico IRCCS, [g.oldani@auxologico.it](mailto:g.oldani@auxologico.it)

**Angela Peruzzotti**, Infermiera di dialisi - Gruppo MultiMedica, [angela.peruzzotti@multimedica.it](mailto:angela.peruzzotti@multimedica.it)

**Rosalia Spadari**, Medico Chirurgo, Geriatra - Istituto Vismara De Petri - [rosaliaspadari@gmail.com](mailto:rosaliaspadari@gmail.com)

**INDICE**

INTRODUZIONE .....	4
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	6
METODOLOGIA ADOTTATA.....	7
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	7
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE .....	7
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE .....	15
CONTRIBUTO PERSONALE .....	15
RISULTATI ATTESI .....	16
CONCLUSIONI .....	16
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	25
BIBLIOGRAFIA .....	25
SITOGRAFIA .....	26

## **INTRODUZIONE**

Il Corso Base per Risk Manager organizzato per il 2023 da ECOLE, in accordo con DG Welfare di Regione Lombardia, ha consentito l'incontro in aula di professionisti di diversa formazione accademica e provenienti da istituti lombardi a loro volta differenti per caratteristiche organizzative, attività svolta e localizzazione. L'occasione ha proposto e favorito la formazione di un gruppo di lavoro per produrre un progetto sul tema del rischio clinico. La estremamente eterogeneità e la disponibilità al confronto e alla collaborazione ha permesso alle autrici di questo scritto di conoscere, seppur nel breve arco temporale del corso, realtà disomogenee e di venire a contatto con figure professionali con formazione ed esperienza, specie sul tema del rischio, molto diverse. Se da un lato ciò ha sollevato perplessità circa la possibilità di definire un progetto comune, condivisibile, da poter sviluppare ciascuna nella propria sede, dall'altro è sembrata opportunità di arricchimento personale e professionale significativa. Ed è partendo da queste premesse che il gruppo ha deciso di approfondire la conoscenza e l'utilizzo dello strumento di INCIDENT REPORTING all'interno della propria organizzazione.

L'idea del progetto è nata proprio dal confronto tra le singole esperienze delle componenti del gruppo di lavoro: i sistemi di segnalazione in uso nelle rispettive strutture di appartenenza sono diversi ed hanno un differente livello di diffusione tra gli operatori. Inoltre, la formazione e l'esperienza di ciascuna e il differente livello di coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio clinico del proprio istituto ha rappresentato un forte stimolo per l'approfondimento.

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori che determinano la qualità delle cure. La possibilità di sviluppare interventi efficaci nel miglioramento continuo e nella tutela della sicurezza dell'assistenza dipende molto dalla diffusione della cultura del rischio, dalla capacità di mettere in evidenza l'importanza della conoscenza di incidenti ed errori, il valore della loro analisi e gli insegnamenti che da questa possono derivare.

Il gruppo ha quindi deciso di analizzare i dati disponibili in letteratura per individuare elementi di miglioramento e di maggiore diffusione del sistema di Incident Reporting all'interno della propria struttura, facendosi così promotore/facilitatore, attraverso questa indagine, della diffusione del concetto di sicurezza.

Le strutture alle quali i componenti del gruppo appartengono sono le seguenti:

**ISTITUTO CLINICO HUMANITAS:** Humanitas è un ospedale ad alta specializzazione, centro di Ricerca e sede di Humanitas University. All'interno del policlinico IRCCS, accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale, si fondono centri specializzati per la cura dei tumori, delle malattie cardiovascolari, neurologiche ed ortopediche, oltre a un centro oculistico e a un Fertility Center. Humanitas è inoltre dotato di un Pronto Soccorso EAS ad elevata specializzazione. Mariagrazia Bordoni è medico chirurgo, specialista in chirurgia vascolare, con ruolo di responsabile dal 2004.

**MARSH:** Marsh Spa è leader globale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi e supporta i clienti a quantificare e comprendere al meglio i diversi rischi che caratterizzano i loro processi. Marsh opera per conto di realtà sia pubbliche che private, non solo sanitarie, per definire, progettare e fornire soluzioni innovative nella quantificazione e

gestione dei rischi. Gloria Favretti gestisce il portafoglio assicurativo di Aziende sanitarie pubbliche e private e supporta il gruppo di lavoro dedicato alla gestione del rischio.

**AUXOLOGICO IRCCS:** Auxologico è una Fondazione no profit riconosciuta come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) dal 1972; è presente in Lombardia e Piemonte con 4 presidi ospedalieri, un Pronto Soccorso, le RSA, il Servizio di Medicina di Laboratorio, 8 poliambulatori e 12 punti prelievo. E' presente anche in Lazio e Romania. Auxologico persegue finalità non lucrative di utilità sociale nell'ambito della ricerca biomedica, della cura dei pazienti e della formazione del personale sanitario. E' specializzato nella ricerca, prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie endocrino-metaboliche, cardiovascolari e neurodegenerative. Giorgia Oldani lavora nell'Ufficio Organizzazione, Qualità e Rischio Clinico dal 2017; dal 1/3/2023 è Risk Manager di Auxologico per le sedi lombarde e piemontesi.

**MULTIMEDICA:** Il Gruppo MultiMedica ha oltre 30 anni di esperienza nel mondo della sanità italiana privata accreditata. Con un totale di 812 posti letto si compone di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), 3 ospedali, un centro ambulatoriale multi specialistico, un centro di Medicina di Laboratorio, un Polo Scientifico e Tecnologico dedicato alla ricerca nell'area life-science e un Centro di Ricerca attivo nel campo delle proteine ricombinanti terapeutiche e dei farmaci biosimili. Infine, a completare l'attività del Gruppo, la Fondazione MultiMedica ONLUS, che si occupa di promuovere e sostenere la ricerca scientifica e la formazione professionale e culturale in ambito sanitario. Angela Peruzzotti è infermiera di ambulatorio di dialisi presso la sede di Castellanza.

**ISTITUTO VISMARA:** Fondazione con la mission di accogliere la fragilità della vita con umanità di cura. Si disegna un percorso personalizzato che abbia al centro il benessere della persona e della sua famiglia. Lavoriamo al fianco delle persone e dei loro caregiver. I Servizi offerti sono di tipo residenziale e semiresidenziale (236 posti letto in RSA e 96 nella Fondazione Mazza di Pizzighettone), Residenza Sanitaria Disabili (RSD), Centro Diurno Integrato, Centro Diurno Psichiatrico, Servizi domiciliari, Servizi ambulatoriali (consulenze specialistiche, accertamenti sanitari, terapie in regime privatistico), Servizi Riabilitativi (cure intermedie 47 posti letto). Rosalia Spadari è un medico geriatra dell'Istituto.

## **OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO**

La legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco) ha come scopo quello di accrescere nelle strutture sanitarie la sensibilità sulle tematiche di Risk Management. Infatti, cita la Legge, *la “sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”* e ancora, *“alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale”*.

Nell’ambito di queste attività, ciò che comunemente è indicato come “Incident Reporting” è la segnalazione spontanea e volontaria degli eventi avversi e, più in generale, di eventi che potrebbero compromettere la sicurezza delle cure erogate. L’insieme delle segnalazioni costituiscono un patrimonio di dati che, opportunamente organizzato ed analizzato, può essere utilizzato per mappare i rischi al fine di individuare le aree prioritarie di intervento nell’ottica di prevenzione e di miglioramento continuo dell’assistenza.

L’obiettivo del progetto è verificare e migliorare in ciascun Istituto di appartenenza la diffusione della cultura della sicurezza partendo proprio dall’analisi della conoscenza e utilizzo in ogni centro dello strumento di segnalazione principale, l’incident reporting.

Verranno considerati i dati di letteratura sulle caratteristiche essenziali e irrinunciabili di questo strumento, i pregi e i difetti di diverse modalità di segnalazione (supporto cartaceo o informatico).

Un breve questionario consentirà di verificare per ciascun centro il grado di conoscenza e di utilizzo dello strumento di Incident Reporting e, indirettamente, il grado di diffusione della cultura della sicurezza.

Successivamente, in un periodo di 8 mesi, verranno sviluppati brevi incontri, dedicati soprattutto al proprio ambito di attività (dipartimento cardiovascolare, reparto di geriatria, attività ambulatoriali), nel corso dei quali affrontare temi molto pratici, se possibile casi reali, che consentano la discussione sul tema della sicurezza e sul valore dello strumento di segnalazione. Dove possibile, gli incontri punteranno molto a sottolineare azioni positive messe in pratica dopo la segnalazione e l’analisi dei casi.

Al termine del periodo indicato verrà riproposto il questionario iniziale e l’esito sarà confrontato con la prima versione. Si potrà inoltre verificare l’eventuale variazione nel numero di segnalazioni registrate, segno indiretto dell’efficacia della diffusione dell’informazione.

## **METODOLOGIA ADOTTATA**

Lavoro in piccoli gruppi (che comprendono tutte le figure professionali coinvolte nell'attività quotidiana) su temi specifici dell'area nella quale si è scelto di lavorare. L'attività formativa/informativa è preceduta dalla distribuzione di un questionario, che sarà nuovamente somministrato al termine al fine di verificare l'efficacia degli incontri. La rilevazione del numero e tipologia delle segnalazioni prima e dopo il periodo temporale considerato sarà ulteriore parametro di misurazione.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Il lavoro in piccoli gruppi coinvolge le figure professionali a più diretto contatto con le autrici del progetto: infermieri, OSS, medici, specializzandi, staff. La scelta è fatta per permettere alla conoscenza diretta, all'abitudine ad affrontare temi e situazioni analoghe, alla condivisione degli spazi, di consentire un più facile confronto. Solo in un secondo tempo si potrà prevedere la diffusione ad altri gruppi, secondo schema analogo.

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE**

Nel 1999 l'Institute of Medicine (IOM) ha pubblicato "To Err is human", testo fondamentale nell'ambito della sicurezza in sanità (1). Il rapporto ha sottolineato l'urgenza di conoscere e ridurre il possibile danno derivante al paziente dall'assistenza sanitaria, tema già noto e dibattuto ma sul quale c'era fino ad allora scarsa condivisione di intenti.

Il messaggio chiave di "To err is human" era assai innovativo: riconosceva infatti come i problemi che danno origine ad errori ed eventi avversi risiedono nella complessità del sistema sanitario e non sono responsabilità di singoli individui incompetenti.

Attingendo dall'aviazione e dall'attività di altre industrie ad alto rischio, il rapporto specificamente raccomanda che le organizzazioni sanitarie a qualsiasi livello, non solo ospedaliero, istituiscano un sistema di segnalazione che consente di imparare dagli eventi avversi, mitigare i fattori che contribuiscono al loro manifestarsi, mettere in campo strumenti di prevenzione e, in ultima analisi, rendere quindi pazienti ed operatori più sicuri.

Nel contesto sanitario, il sistema di segnalazione rileva ogni episodio potenzialmente in grado di provocare danni, ma anche eventi senza esiti e "near miss", nei confronti della persona assistita o dell'operatore sanitario; sono ovviamente inclusi nella rilevazione gli accadimenti che hanno causato danni (eventi avversi), soprattutto quelli di particolare severità (eventi sentinella).

La definizione di ciascuna condizione è di evidente rilevanza ed è importante che gli operatori abbiano ben chiaro come definire correttamente gli eventi:

**Errore:** Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

**Evento Avverso:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

**Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata, per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito, e l'implementazione delle adeguate misure correttive.

#### **Elenco eventi sentinella**

- ❖ Procedura in paziente sbagliato
- ❖ Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- ❖ Errata procedura su paziente corretto
- ❖ Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
- ❖ Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
- ❖ Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- ❖ Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
- ❖ Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
- ❖ Morte o grave danno per caduta di paziente
- ❖ Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- ❖ Violenza su paziente
- ❖ Atti di violenza a danno di operatore
- ❖ Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- ❖ Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
- ❖ Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
- ❖ Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente]

**Near-Miss:** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente

**Complicanza:** Aggravamento delle condizioni di salute che rende più difficile l'esito positivo di una malattia o di un intervento chirurgico. Con il termine "complicanza" la medicina legale designa solitamente un evento, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile.

William Herbert Heinrich, ingegnere americano pioniere della sicurezza del lavoro, nel 1931 pubblicò il suo libro “Industrial Accident Prevention”, considerato una pietra miliare perché conteneva quella che sarebbe divenuta nota come la “legge di Heinrich” (2). Secondo questa teoria esiste un rapporto ben definito tra gli eventi che possono avvenire in una organizzazione: per ogni evento molto grave ne esistono 29 di gravità minore e 300 senza danno. Heinrich giunse a questa conclusione dopo aver esaminato oltre 50.000 accadimenti incidentali presenti all’epoca nel database della società nella quale lavorava, individuando il rapporto tra infortuni gravi, infortuni lievi ed incidenti. Tutto ciò è ben rappresentato nella “piramide di Heinrich”.

Applicando il modello di Heinrich alla realtà delle organizzazioni sanitarie, la punta dell’iceberg è sicuramente rappresentata dagli eventi sentinella, mentre i near miss costituiscono la stragrande maggioranza degli eventi che non si sono verificati solo perché, di volta in volta, l’operatore o il caso hanno impedito che ciò accadesse. E’ immediata quindi la riflessione sull’importanza di identificare e segnalare anche e soprattutto degli eventi “near miss” al fine di poter prevenire eventi di maggiore gravità.



La segnalazione spontanea degli eventi definita “Incident Reporting” è uno degli strumenti fondamentali per una corretta gestione del rischio anche in ambito sanitario.

L’incident reporting si configura come modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi sentinella, eventi avversi e/o quasi eventi (near-miss).

Si tratta di segnalazioni volontarie e anonime, su schede cartacee o documenti on-line, mediante le quali è possibile costituire un elenco di informazioni che costituiranno la base per l’individuazione dei percorsi che hanno permesso il verificarsi di un evento (o che avrebbero potuto farlo) e attuare azioni volte a prevenirlo.

Secondo le indicazioni del Ministero della Salute, ogni Azienda deve dotarsi di una procedura che indichi le modalità di segnalazione degli eventi avversi, specificando la tipologia di eventi da segnalare, colui che segnala e le modalità e gli strumenti per la segnalazione (cosa, chi, a chi, come segnalare) (3).

*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER L'ANALISI DELL'EVENTO AVVERSO

E' necessario disporre di una procedura aziendale per l'analisi dell'evento avverso, l'individuazione dei fattori causali e/o contribuenti e la messa a punto di un piano di miglioramento

Ogni procedura di segnalazione deve quindi contenere informazioni relative a:

- **Cosa si intende segnalare:** Eventi Sentinella, Eventi Avversi e quasi eventi (Near Miss), anche facendo riferimento al Glossario sulla sicurezza dei pazienti del Ministero della Salute;
- **Chi esegue la segnalazione:** Ogni operatore coinvolto o chi viene a conoscenza di un evento avverso/near miss;
- **A chi va indirizzata la segnalazione:** La segnalazione deve pervenire alla funzione aziendale deputata alla gestione del rischio clinico (Risk management);
- **Come segnalare:** Il sistema di segnalazione richiede una scheda definita, facilmente accessibile a tutti gli operatori e che preveda almeno i seguenti campi:
  1. Tipologia di evento;
  2. Qualifica del segnalatore;
  3. Circostanze dell'evento;
  4. Descrizione dell'evento;
  5. Possibili cause e fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento;
  6. Suggerimenti per prevenire il ripetersi dell'evento.

In allegato (1-2-3) sono riportate esempi dei moduli cartacei disponibili in due dei centri di riferimento delle autrici del progetto e un'immagine del report elettronico presente in un terzo istituto.

Le schede di segnalazione devono essere facilmente disponibili e di rapida compilazione. La modalità di raccolta dati scelta è un aspetto molto importante: anche se le opzioni informatiche possono essere preferite perché consentono una più rapida lettura e aggregazione dei dati, se utilizzano schemi troppo complessi (con numerose tendine e box in successione), finiscono per essere gravose per il compilatore al pari o più di un documento cartaceo. D'altra parte il potenziale negativo di strumenti digitali troppo complessi è stato ben considerato e descritto nella valutazione delle cartelle cliniche elettroniche (4). Deve essere ben chiaro che la segnalazione ha carattere riservato. E' un aspetto che è necessario sottolineare soprattutto nel caso di segnalazioni effettuate con mezzi elettronici (email,

cartella clinica elettronica, intranet) che rendono inevitabile la possibilità di individuare del mittente: il nome di chi segnala è protetto e chi riceve la comunicazione non è tenuto a rivelarlo. Tutte le segnalazioni vengono quindi trattate mettendo in atto le opportune forme di tutela della riservatezza. E' caratteristica fondamentale che l'identità del paziente, di chi segnala e dell'istituzione non devono essere mai rese pubbliche: chi segnala deve essere libero dalla paura di ritorsioni o punizioni conseguenti alla segnalazione stessa.

L'Incident Reporting, in quanto sistema di segnalazione su base volontaria, è soggetto per sua stessa natura a una sottostima degli eventi: non ha pertanto finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non devono essere utilizzate per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi stessi (5-5a).

Un basso numero di segnalazioni all'interno di un Istituto non indica un maggiore livello di sicurezza rispetto ad una realtà che invece ha un elevato numero di segnalazioni. In entrambi i casi vanno tenuti in considerazione elementi di tipo culturale e organizzativo. La diffusione della cultura "no blame", della non colpevolizzazione del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore o una non conformità, la solidità del sistema di segnalazione, la frequenza di restituzione dei dati, il coinvolgimento di figure professionali informate e motivate, il sostegno da parte del management, sono tutti elementi che condizionano molto il significato e il valore dell'Incident Reporting (6).

Questo strumento consente di raccogliere dati necessari ad identificare aree o attività a maggior rischio e utili quindi per implementare azioni di cambiamento (diffusione di procedure, miglioramento del clima lavorativo, attività di formazione, ecc.); rappresenta anche un campanello di allarme del sistema. Quest'ultimo aspetto costituisce un fattore importante nell'affrontare i problemi legati a contenziosi e reclami da parte dei pazienti (o degli utenti in genere).

Una condizione irrinunciabile per il successo dell'Incident Reporting è la partecipazione, la condivisione e il supporto dell'attività da parte dei Responsabili e/o delle Direzioni e l'esistenza di un contesto di lavoro favorevole, basato su una diffusa cultura della sicurezza. Solo la garanzia della confidenzialità e l'assenza di comportamenti punitivi rimuovono la resistenza e la paura degli operatori, cosicché si possano far emergere errori attivi e latenti nel sistema.

Una obiezione che spesso viene mossa è che in seguito alle segnalazioni raramente si vedono azioni di cambiamento. Ecco perché è importante che siano definite le figure che si occupano della gestione del rischio e che queste abbiano facilità di rapporto e condivisioni con tutti gli ambiti organizzativi e di governo degli istituti. E' fondamentale, dopo la rapida lettura della segnalazione dare sempre feedback, condividere e documentare le azioni eventualmente intraprese e misurarne l'applicazione e gli esiti.

Tuttavia, in una più ampia valutazione del rischio clinico, va tenuto presente che il sistema di incident reporting riesce a cogliere non più del 5-10% degli eventi avversi, secondo dati molto condivisi in letteratura (7).

E' quindi estremamente importante avere ben presente che l'incident reporting non può essere strumento fine a sé stesso ma deve rientrare in un più complesso quadro di rilevazioni e gestione del rischio.

Solo andando a fondo e comprendendo le cause dell'under reporting avremo l'opportunità di lavorare su di esse e, quindi, aumentare il numero delle segnalazioni. Riassumendo e tenendo conto di quanto riportato in letteratura, possiamo distinguere le seguenti barriere alla segnalazione:

1. Il timore di una punizione o di un provvedimento disciplinare
2. La constatazione che l'evento osservato non ha causato gravi danni al paziente
3. La mancata consapevolezza dell'evento avverso e dell'utilizzo dell'IR
4. La mancanza di tempo
5. La mancanza di feedback e la scarsa fiducia nella possibilità di miglioramento

Il 27% degli intervistati in una ricerca condotta nel 2010, ha riportato un sentimento di paura e vergogna come ragione per eseguire una segnalazione (8). E' diffuso anche il disagio legato al timore di mettere in difficoltà colleghi eventualmente coinvolti o di creare ostilità nei propri confronti. È ben documentato che la ricerca di colpevoli e la punizione di questi non hanno alcun impatto sulla riduzione degli eventi avversi e sull'attuazione di strategie per prevenirli (9).

Gli eventi considerati meno gravi o che hanno conseguenze non immediate o più lievi per i pazienti sono meno frequentemente segnalati (10). Tuttavia, la segnalazione di incidenti senza danno o con danni più lievi deve essere incoraggiata ed è importante per aumentare la sicurezza dell'assistenza.

Il sovraccarico di lavoro e la mancanza di tempo per effettuare una segnalazione sono spesso citati come elementi fortemente scoraggianti. Ciò sottolinea l'importanza da una parte di rendere la segnalazione facile, di rapida compilazione e non burocratizzata, e dall'altra la necessità di una forte condivisione con le direzioni sul tema della gestione del rischio clinico.

Partendo dal presupposto che i professionisti sbagliano e continueranno a farlo, è necessario migliorare l'organizzazione dei sistemi per ridurre la probabilità di errori e incidenti e promuovere l'apprendimento quando si verificano (11).

Per scendere ora nel dettaglio del progetto, l'obiettivo che il gruppo di lavoro si propone è di contribuire a migliorare in ciascun Istituto di appartenenza, nella propria area di competenza e attività, la diffusione della cultura della sicurezza attraverso l'analisi dell'utilizzo dello strumento di incident reporting. Ci si propone cioè non l'analisi dello strumento e della sua efficacia, temi sui quali la letteratura offre ampie e articolate argomentazioni, ma piuttosto l'utilizzo di un'indagine a piccoli gruppi sullo strumento di incident reporting per verificare e "facilitare" una maggiore diffusione della cultura della sicurezza.

Le fasi di sviluppo sono così riassumibili:

**Fase 1.** Revisione delle schede di segnalazione disponibili in ciascun centro (supporto cartaceo/informatico, facile accesso, complessità strutturale).

**Fase 2.** Distribuzione al personale delle aree/reparto individuato da ciascun appartenente al gruppo (medici, specializzandi, oss, infermieri) di un questionario che intercetti il grado di conoscenza e diffusione d'uso dello strumento di Incident Reporting.

**Fase 3.** Brevi incontri di formazione, che chiameremo **“Caffè con il Rischio”** (casi simulati ma molto vicini alla realtà del reparto/area), uno massimo due al mese per un periodo indicativo di 8 mesi.

**Fase 4.** Ridistribuzione del questionario, analisi e contemporanea valutazione della eventuale variazione numerica delle segnalazioni.

Per maggiore dettaglio:

**FASE 1.** Verifica della tipologia di scheda di segnalazione, cartacea oppure elettronica. Verrà valutata la semplicità di accesso, da portale o direttamente dalla cartella clinica elettronica nel caso di documento informatizzato, la rapidità di compilazione della scheda che deve essere facilmente disponibile e altrettanto semplicemente inviata. In entrambi i casi deve esserci massima riservatezza dell'autore della segnalazione: nell'ipotesi di supporto informatico il nominativo deve comparire solo al team che riceve ed è sua responsabilità non diffonderlo, se la scheda è di tipo cartaceo deve essere raccolta in forma anonima, in una cassetta postale o comunque in un luogo facilmente disponibile nell'area di lavoro.

**FASE 2.** Ciascun componente del gruppo di lavoro individua l'area o il reparto all'interno del quale presentare il progetto. Poiché il gruppo è piuttosto eterogeneo la scelta è molto diversa ed è legata al reparto nel quale ciascuno lavora o ad un'area dove la segnalazione degli eventi non è sviluppata e si ritiene quindi che l'iniziativa possa trovare terreno fertile.

Ad esempio, per Humanitas viene scelto il Dipartimento cardio-vascolare, per Auxologico l'Area Critica (Pronto Soccorso, Unità Coronarica e Sala di Cateterismo Cardiaco), per MultiMedica l'ambulatorio di dialisi e per Istituto Vismara De Petri il reparto di Cure Intermedie - Riabilitazione.

Ciascun componente individua circa 20 colleghi tra tutti gli operatori dell'area: medici, specializzandi, oss, infermieri, caposala.

Dopo una breve presentazione, che potrà avvenire a piccoli gruppi o singolarmente, preferibilmente di persona, i colleghi sono invitati a partecipare all'iniziativa indicata **“Caffè con il Rischio”**. L'intenzione è quella, in controtendenza all'attuale preferenza per mezzi elettronici e comunicazioni da remoto, di sfruttare al massimo il confronto personale diretto, **“face to face”**.

Viene consegnato o inviato via email un questionario (vedi allegato 4 **“RISK - Test”**): le semplici domande elencate permettono di verificare quanto il rischio clinico e gli strumenti per gestirlo, e in particolare l'Incident Reporting da parte degli operatori, sono diffusi nell'area che è stata scelta per il progetto. Il questionario prevede anche un piccolo box a testo libero per

raccogliere eventuali suggerimenti e richieste di approfondimento che possono quindi essere base di lavoro per gli incontri che si svilupperanno.

**FASE 3** Durante questa fase del progetto si svolgono gli incontri con il personale che ha risposto all'iniziativa all'interno del reparto o dell'area prescelta per approfondire tematiche riguardanti il rischio clinico, partendo dallo strumento di Incident Reporting.

Per evitare un aggravio sul lavoro di ciascuno si fissano per tempo uno/due appuntamenti mensili per un periodo di circa otto mesi. Lo scopo è di incontrare sempre piccoli gruppi, in più occasioni. L'idea è di sfruttare gli spazi di cambio turno e di avere gruppi a composizione mista. E' fondamentale tenere conto delle esigenze anche del personale medico e scegliere quindi di fascia oraria adeguata, in modo che tutte le figure professionali siano rappresentate.

Importante anche individuare il luogo più adatto, possibilmente un ambiente "neutro", in modo tale da evitare possibili interruzioni legate all'attività clinico-assistenziale del reparto. Andrà bene uno spazio anche molto "informale", anche nella disposizione dei partecipanti (seduti a cerchio, non necessariamente in un'aula): lo scopo è la creazione di un ambiente favorevole e propositivo per il confronto e rimuovere eventuali sensazioni di disagio che potrebbero compromettere il desiderio di partecipare e di esprimere liberamente la propria opinione. Proprio per questo, il titolo scelto, "**Caffè con il Rischio**", ci è sembrato adatto a sottolineare fin dalla presentazione il clima degli incontri.

Prendendo spunto da un caso registrato nelle segnalazioni dell'istituto, o anche preso dalla letteratura, si facilita l'analisi guidando la discussione sul tema della sicurezza dell'assistenza, stimolando la riflessione ed invitando all'esame della situazione in oggetto dal punto di vista del rischio ed in particolare sottolineando l'importanza di fare segnalazione.

Durante la riunione l'organizzatore effettua un richiamo alla parte teorica, concentrandosi e dedicando la gran parte del tempo alla discussione del caso.

Un esempio può essere legato al tema della **caduta** di una persona assistita. L'incontro può essere aperto con la lettura di una segnalazione sul tema per verificare se i presenti condividono la necessità e l'utilità della segnalazione, se ciascuno di loro avrebbe segnalato l'evento e le ragioni della loro scelta; si passa poi nell'ambito del dibattito a verificare cosa è noto relativamente alle procedure aziendali, quali sono la raccomandazione del Ministero della Salute in merito a tale argomento. In incontri successivi si potrà tornare sul tema e verificare se c'è una diversa percezione del rischio, su come prevenire gestire l'evento caduta e la segnalazione. L'occasione può essere preziosa per individuare situazioni non note che favoriscono le cadute e raccogliere, per esempio, informazioni sulla presenza ed utilizzo di presidi non idonei al trasporto della persona assistita, alla mobilitazione in camera o in sala operatoria.

Importante è sottolineare quanto più possibile le azioni positive messe in campo dopo le segnalazioni: è noto dalla letteratura, infatti, che un forte deterrente a segnalare è la mancanza di feedback e di visibilità di azioni correttive eventualmente implementate (12). Ciò che spesso accade è che, una volta compilato un modulo, il segnalatore perde traccia della sua segnalazione e non coglie le attività che ne conseguono. Riportare negli incontri

"Caffè con il Rischio" casi nei quali siano evidenti le pratiche di miglioramento messe in atto è senz'altro un contributo per far acquisire fiducia nello strumento di Incident Reporting.

Solo a scopo di esempio, in seguito a segnalazione di episodi di mal **posizionamento di sondino naso-gastrico** in un reparto, viene eseguita non solo un'analisi sull'applicazione della corretta procedura ma anche un aggiornamento della stessa, sviluppato e condiviso con medici e infermieri, secondo le attuali linee guida, con miglioramento della sicurezza del paziente. La condivisione del risultato dà sicuramente forza all'utilizzo della segnalazione e contribuisce alla diffusione della cultura della sicurezza nelle attività quotidiane di assistenza.

**FASE 4.** Viene nuovamente distribuito il questionario per verificare le variazioni nelle risposte. Nell'intervallo temporale prescelto si valuta il numero delle segnalazioni per analizzare in maniera indiretta l'efficacia degli incontri formativi.

#### **COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

Il progetto descritto è facilmente sostenibile in quanto si basa essenzialmente sulla diffusione di un sistema già presente nell'organizzazione. L'impegno maggiore è nel tempo dedicato alla formazione, cioè per 1-2 incontri per un periodo massimo di 8 mesi.

Sarebbe preferibile poter investire sulla produzione di documenti formativi di facile consultazione da inviare preventivamente o distribuire dopo gli incontri sui temi generali relativi a:

- cos'è l'incident reporting
- cosa segnalare
- modalità di analisi e riscontri
- inquadramento normativo

#### **CONTRIBUTO PERSONALE**

Ciascuna autrice del progetto lavorerà come promotrice degli incontri **"Un caffè con il Rischio"** nell'area che ha individuato e si farà carico della lettura e valutazione degli esiti del progetto, condividendo gli esiti con tutto il gruppo. Ci sarà così l'opportunità di costruire, in nuce, una rete di collaborazione sui temi della sicurezza tra i rispettivi Istituti di appartenenza.

## **RISULTATI ATTESI**

Lo scopo del progetto è quello di promuovere una maggiore conoscenza delle attività di risk management e del significato di cultura della sicurezza all'interno di ciascun Istituto. Il primo passo, quello descritto in questo lavoro, è la promozione dell'utilizzo dello strumento di Incident Reporting come tale ma, anzi soprattutto, il suo impiego come mezzo di sensibilizzazione al tema più generale del rischio clinico e delle attività svolte in questo ambito in ciascuna struttura.

Andando un po' in controtendenza, il gruppo si propone di sfruttare la più facile comunicazione in un ambito di lavoro condiviso, sia per spazi che per tipologia di attività, con i colleghi a più diretto contatto quotidiano. Ci si aspetta con questa premessa di ottenere maggiore adesione alle attività di formazione/informazione. I risultati verranno letti attraverso la rivalutazione al termine del periodo indicato (8 mesi) del numero di segnalazioni registrate e dalla lettura delle risposte al questionario, sottoposto all'inizio dell'attività e riproposto alla fine dell'intervallo di tempo considerato.

L'auspicabile conferma dell'esito positivo atteso consentirà di riproporre la modalità su più ampia scala, possibilmente sempre utilizzando una modalità di "prossimità" tra le figure professionali coinvolte.

## **CONCLUSIONI**

L'Institute of Medicine (IOM) pubblicò ormai più di vent'anni fa il report "To err is human" (1) suscitando grande attenzione sul tema dell'incident reporting in sanità, augurandosi che lo strumento diventasse fondamentale nella prevenzione, così come avveniva nell'ambito dell'aviazione e delle altre attività industriali ad alto rischio.

A distanza di tempo in letteratura sono disponibili numerosi report che documentano come nella realtà lo strumento di segnalazione non ha sviluppato appieno le sue potenzialità.

Le ragioni descritte sono molteplici e vanno dalla difficoltà a reperire i moduli, alla loro complessità, talvolta anche quando sono in formato elettronico, fino allo scarso reclutamento di segnalatori e alla ridotta visibilità di azioni positive che da questo strumento derivano.

I documenti in formato elettronico, specie se accessibili direttamente dalla cartella clinica e di facile compilazione, rappresentano uno strumento agevole per l'uso; consentono inoltre di raccogliere i dati ed elaborarli in forme aggregate per trarne elementi di riflessione e miglioramento.

Alcuni autori suggeriscono di passare a strumenti di ancor più semplice accesso come l'uso del telefono con risposta vocale interattiva (13). Tuttavia, negli ambiti dove l'informatizzazione non è ancora così avanzata, il modulo cartaceo, che ha certamente una gestione più complessa, continua ad essere uno strumento applicabile per la segnalazione di eventi. Ha sicuramente il vantaggio di rendere più immediata e forte la sensazione dell'anonimato del segnalatore. Può ancora servire come modalità "ponte" in attesa di poter trasferire tutto su un sistema informatico più facilmente gestibile da chi legge ed elabora le informazioni.

Un altro tema riconosciuto da molti come critico è sicuramente lo scarso coinvolgimento dei medici nel segnalare, fare proprio e guidare il processo di incident reporting. Spesso la causa è il timore che quanto riportato possa essere utilizzato a scopo punitivo, a sua volta semplicemente legato alla scarsa conoscenza dello strumento in sé, della confidenzialità delle segnalazioni e della riservatezza sul nome del loro autore. Le segnalazioni avviate dal medico presentano una prospettiva preziosa che può scoprire diversi tipi di pericoli non rilevati dalle segnalazioni di colleghi non medici. Ad esempio, molte segnalazioni presentate dal personale infermieristico si riferiscono a pericoli comuni come la somministrazione di farmaci o cadute, che si verificano in uno specifico reparto ospedaliero in cui lavora quell'infermiere. Tuttavia, i medici hanno un'esposizione più ampia dell'intero percorso ospedaliero dei pazienti, al di là di uno specifico reparto ospedaliero. Pertanto, i rapporti dei medici hanno il potenziale di scoprire errori di sistema più gravi che potrebbero estendersi a più reparti e livelli (14).

Nella gran parte se non in tutte le pubblicazioni, gli infermieri rappresentano la categoria professionale che più spesso segnala eventi, dalle cadute, agli errori di approvvigionamento e somministrazione di farmaci fino a casi clinici complessi. Questo è un elemento importante da tenere ben presente perché rischia di fornire un'istantanea molto distorta di ciò che realmente accade nell'organizzazione: si rischia cioè di avere una visione unidirezionale invece che un più ampio orizzonte sulla realtà dell'assistenza, come ci si aspetterebbe dallo strumento di incident reporting.

Una significativa questione messa in evidenza in letteratura è ritenuta da alcuni autori la maggiore debolezza dello strumento è la mancata visibilità di azioni correttive messe in campo dopo le segnalazioni. Spesso, alla richiesta di motivare la scarsa propensione a segnalare eventi avversi, la risposta è che ciò non produce modificazioni o che dopo compilato un modulo difficilmente si comprende se e quali passi vengono fatti da parte dell'organizzazione nell'ottica di miglioramento e prevenzione.

La mancanza di feedback è quindi un deterrente molto significativo. Al contrario, una risposta immediata e la possibilità di seguire i passaggi successivi (analisi ed azioni intraprese) danno agli autori della segnalazione la sensazione di contribuire a cambiamenti positivi all'interno dell'organizzazione.

Ulteriori elementi che influenzano la diffusione e l'utilizzo dell'incident reporting, e più in generale la cultura della sicurezza, sono indubbiamente il sostegno e il valore che vengono attribuiti dalla governance dell'ospedale: l'attività di Risk Management richiede esperienza professionale, disponibilità di risorse umane e finanziarie e coinvolge quindi tutte le funzioni dell'organizzazione.

Pur considerando tutte queste limitazioni, l'incident reporting ha ancora un ruolo importante e un forte potenziale per contribuire al miglioramento delle cure. Non è certamente strumento sufficiente ma deve essere integrato nella più ampia visione del controllo del rischio clinico.

Per questa ragione abbiamo scelto di verificare all'interno delle nostre rispettive organizzazioni l'attuale conoscenza dello strumento, limitando l'indagine iniziale al proprio ristretto ambito di attività quotidiana per facilitare il confronto con i più diretti colleghi.

L'occasione che ci è stata offerta dal Corso Base di Risk Management è stata per noi molto preziosa: abbiamo infatti potuto verificare quanto sia variabile, già nel nostro piccolo gruppo, la conoscenza e l'utilizzo dell'incident reporting nell'ambito del risk management.

Abbiamo avuto l'impressione che, in alcuni ambiti, la conoscenza degli strumenti di controllo del rischio e addirittura talvolta del concetto di rischio stesso, possa essere piuttosto modesta. Per questo abbiamo quindi deciso di concentrare il nostro lavoro su una delle basi dell'attività di controllo del rischio, cioè la segnalazione: ci immaginiamo infatti che la differenza che abbiamo verificato tra noi, sia presente anche tra i nostri colleghi.

Lo strumento di incident reporting sicuramente rappresenta solo una parte del complesso quadro del rischio in ambito assistenziale ma la sua implementazione e diffusione può certo rappresentare un buon passaggio per sottolineare il valore della cultura della sicurezza e degli strumenti più ampi che consentono di garantire livelli di assistenza migliori.

ALLEGATI 01 – 02 – 03 ESEMPI MODULI DI SEGNALAZIONE

Struttura di: _____	Dati paziente:
U.O./Servizio: _____	Nome e Cognome _____
Data evento: ____/____/____ Ora: ____:____	Data di nascita: ____/____/____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tipo evento:	
Descrizione dell'evento:	
Luogo dell'evento: -	
REPARTO (o altra sede) .....	
<input type="checkbox"/> bagno	<input type="checkbox"/> stanza del paziente
<input type="checkbox"/> corridoio	<input type="checkbox"/> area risveglio
<input type="checkbox"/> sala operatoria	<input type="checkbox"/> ambulatorio visite
<input type="checkbox"/> altro (specificare) .....	
Conseguenze avute dal paziente _____	
a cura del medico: Nome, _____ Cognome _____ Firma _____	
Chi è coinvolto?	
Persone coinvolte e/o presenti (es. personale sanitario, parente) .....	
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Se sì, quali?	
Aggiungere eventuali considerazioni:	
N.B. Ogni segnalazione sarà trattata in maniera confidenziale. Le informazioni saranno utilizzate al fine di migliorare i processi e prevenire il ripetersi degli eventi segnalati.	
Dati del segnalatore:	
Nome e cognome: _____	
Data ____/____/____	
Codice segnalazione _____	Data ricezione segnalazione: ____/____/____

## SEGNALAZIONE SPONTANEA EVENTI AVVERSI / NEAR MISS

**Tipo di evento:**  Evento avverso (evento accaduto)  Evento evitato (near miss)

**Inquadramento:**

Presidio:

Unità Organizzativa:

Operatore che segnala:  Medico  Infermiere  Fisioterapista  
 OSS  TSRM  Altro:

Regime assistenziale:  Degenza  Ambulatoriale

Luogo:

Data:

Ora:

**Descrizione evento:**

Cosa è successo:

L'evento ha provocato danno al paziente?  No  Lieve  Moderato  Severo

L'evento si poteva evitare?  No  Sì – come:

L'evento potrebbe verificarsi ancora?  No  Sì

**Gestione evento:**

Hai registrato l'evento in cartella clinica?  No  Sì

Ne hai parlato con il personale?  No  Con il responsabile  Con i colleghi

Ne hai parlato con il paziente?  No  Sì

Sono stati intrapresi provvedimenti?  No  Sì – quali:

**Ulteriori note:**

---

Il modulo compilato va inviato per posta interna alla casella "Ufficio Qualità e Risk Management"

# Implementare e diffondere un sistema di Incident Reporting

Istituto Clinico Humanitas - Ambulatorio Di Chirurgia Vascolare - ACHV2

DOCUMENTI LISTA PAZIENTI CAMBIA UNITÀ OPERATIVA ESCI

C. Clinica Visita SELEZIONARE ACCESSO Ricetta Elettronica (Http://ichpacs.ich.it/ricetta) Op=ExternQuery&Us

Eventi sentinella, eventi avversi e quasi-eventi

+ Nuovo

Scheda segnalazione cadute

Errori relativi alla terapia farmacologica

Istituto Clinico Humanitas - Ambulatorio Di Chirurgia Vascolare - ACHV2

DOCUMENTI LISTA PAZIENTI CAMBIA UNITÀ OPERATIVA ESCI

(30/04/1995) v

SELEZIONARE ACCESSO (Http://ichpacs.ich.it/ricetta) Op=ExternQuery&Us

C. Clinica Visita Ricetta Elettronica Scala/Schede FR

Eventi sentinella, eventi avversi e quasi-eventi

**Stai inserendo nuovi dati**

Scheda di segnalazione spontanea di eventi sentinella, eventi avversi e quasi-eventi

ERRORE COMMESSO  ERRORE EVITATO

Data in cui si è verificato l'evento:  Ora evento:

Unità operativa / Unità di degenza / Servizio:

Luogo dell'unità in cui si è verificato l'evento (es. letto paziente, etc.):

Fase evento:  Pericolosi  Prestazione da Eseguire  Prestazione Eseguita  Durante la prestazione

Accompagnatore

Nome:  Cognome:  Data di nascita:

Descrizione dell'evento (cosa è successo?):

Descrizione delle conseguenze sul paziente (se non ce ne sono state specificare "nessuna conseguenza"):

Eventuali azioni / interventi:

Quali cause hanno contribuito al verificarsi dell'evento? (es.: fattori legati alle condizioni del paziente, fattori legati al personale, etc.):

Questo evento si è già verificato in passato?

#### ALLEGATO 04 Questionario RISK-TEST

Il **Rischio Clinico** è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento della degenza stessa, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

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

Le semplici domande alle quali chiediamo di rispondere permettono di valutare quanto nella nostra organizzazione siano note gli strumenti che si utilizzano nella gestione del rischio, con particolare riferimento a INCIDENT REPORTING, la segnalazione cioè di eventi avversi.

<b>RUOLO</b>	<b>ETA'</b>	<b>ANNI DI ATTIVITA' PRESSO LA STRUTTURA</b>

**1) Conosci le attività e gli obiettivi della funzione di Risk Management in una organizzazione sanitaria?**

- Si
- Si, le conosco ma vorrei approfondire alcuni aspetti
- No

**2) Conosci chi è responsabile della sicurezza dei pazienti?**

- Medici e infermieri
- Coordinatore infermieristico e Responsabile medico
- Tutto il personale della struttura
- Non so

**3) Nella nostra struttura è presente un Risk Manager?**

- Si e so come contattarlo in caso di necessità
- Si ma non so come contattarlo
- No non esiste
- Non so

**4) Nella nostra struttura è disponibile un sistema di INCIDENT REPORTING (cioè di segnalazione)?**

- Sì, in formato cartaceo
- Sì, su supporto elettronico
- No, non è previsto
- Non so

**5) Ti è mai capitato di fare una segnalazione?**

- Sì
- No, ci vuole troppo tempo
- No, il modulo di segnalazione è troppo complicato
- No, non sono riuscito a trovare il modulo
- No, mai

**6) Quali eventi pensi debbano essere segnalati nell'incident reporting?**

- Solo quelli che comportano un danno grave al paziente (ad es. decesso, disabilità permanente)
- Gli eventi che sono stati causati dall'errore di un operatore
- Gli eventi che hanno dato luogo a contenzioso
- Ogni accadimento che abbia causato un danno o ne aveva la potenzialità
- Non so

**7) Quali tra i seguenti motivi possono frenarti dal fare una segnalazione? (risposta multipla)**

- Non conosco i canali e le modalità per fare una segnalazione
- Non è chiaro quali eventi è opportuno da segnalare
- Temo che dalla segnalazione possa derivare un provvedimento disciplinare
- Non ho tempo per fare segnalazioni
- L'evento non ha causato gravi danni al paziente
- Penso sia sufficiente chiarire tra colleghi quello che accade
- E' sufficiente parlarne con il proprio responsabile
- Non vedo mai cambiamenti dopo segnalazioni su temi di sicurezza
- Altro \_\_\_\_\_

**8) Sai che cosa è un evento sentinella?**

- Sì
- No

**9) Conosci le raccomandazioni ministeriali per prevenire eventi avversi che possano causare gravi rischi ai pazienti?**

- Si
- Sì, conosco l'argomento ma non il dettaglio dei contenuti
- No
- Non è argomento utile nel mio lavoro quotidiano

**10) Sai che cosa è un near miss?**

- Si
- No

**11) Sei mai stato coinvolto in un gruppo di lavoro per l'analisi di eventi che hanno messo a rischio la sicurezza delle cure e dell'assistenza?**

- Si
- No, sarei interessato
- No, penso che se ne debba occupare la Direzione
- No, ma so che questa attività viene svolta nel nostro ospedale

**Eventuali suggerimenti o argomenti che vorresti approfondire** *Testo libero*

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

Legge 8 marzo 2017 n.24 Decreto Gelli – Bianco “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

## **BIBLIOGRAFIA**

1 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.

2 Herbert Heinrich Industrial Accident Prevention

3 Ministero della salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Manuale per la formazione degli operatori sanitari. 2007

4 Sitting DF et al Defining health information technology-related errors: new developments since “To err is Human” Arch Int Med 2011 Jul 25;171:1281-84

5 Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Qual Saf Health Care. 2006 Feb;15(1):39-43. doi: 10.1136/qshc.2004.012559. PMID: 16456208; PMCID: PMC2563993.

5a. Vincent C. Incident reporting and patient safety. BMJ. 2007 Jan 13;334(7584):51. doi: 10.1136/bmj.39071.441609.80. PMID: 17218667; PMCID: PMC1767279.

6 Colon P, Havlisch R, Kini N, Porter C. Using a Anonymous web-based incident reporting Toll to embed the principles of High-Reliability Organisation. Advances in patient safety: new directions and alternative approaches (volume 1), Agency for Healthcare research and quality, 2008.

7 O. Levtzion-Korach et al Integrating incident data fro five reporting systems to assess patient safety: making sense of the elephant”Jt Comm J Qual Pat Saf 2010;36(9):402-410

8 Pfeiffer Y et al. Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework BMJ Qual Saf 2010;19:167.172

9 Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM . The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 2014; 22(5):747-754.)

10 Throckmorton T, Etchegaray J. Factors affecting incident reporting by registered nurses: the relationship of perceptions of the environment for reporting errors, knowledge of the nursing practice act, and demographics on intent to report errors. J Perianesth Nurs. 2007;22(6):400-12

11 Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320(March):768-770.

12) Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. Varallo FR, Passos AC, Nadai TR, Mastroianni PC. 2018

13 McNiven B Novel telephone-based interactive voice response system for incident reporting *JtComm J Qual Pat Saf* 2021,47:809-813

14 Jennifer Ngo, Darren Lau, Jodi Ploquin, Tracey Receveur, Kobus Stassen, and Colin Del Castilho Improving incident reporting among physicians at south health campus hospital

## **SITOGRAFIA**

Library & Information Services (1998). *Electronic library resources: a subject guide to selected resources on the Internet* [online]. The Nottingham Trent University, Nottingham. Disponibile su <<http://www.ntu.ac.uk/lis/elr.htm>> [Data di accesso: 16/07/2004].

Defoe D. (1998). *The fortunes and the misfortunes of the famous Moll Flanders* [online]. Project Gutenberg, Champaign, Illinois. Disponibile su <<http://www.archive.org/gutenberg.htm>> [Data di accesso: 16/04/2005].

[www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)