

Cultura dell'incident reporting

Cultura delle segnalazioni degli eventi avversi nell'ambito delle Professioni Sanitarie

Filomena Autieri

UOC Accreditamento Qualità e Risk Management AOU Careggi

valorizzazione ruoli e
competenze nelle
professioni sanitarie:
l'importanza dei saperi
scientifici e il valore della
relazione con il paziente

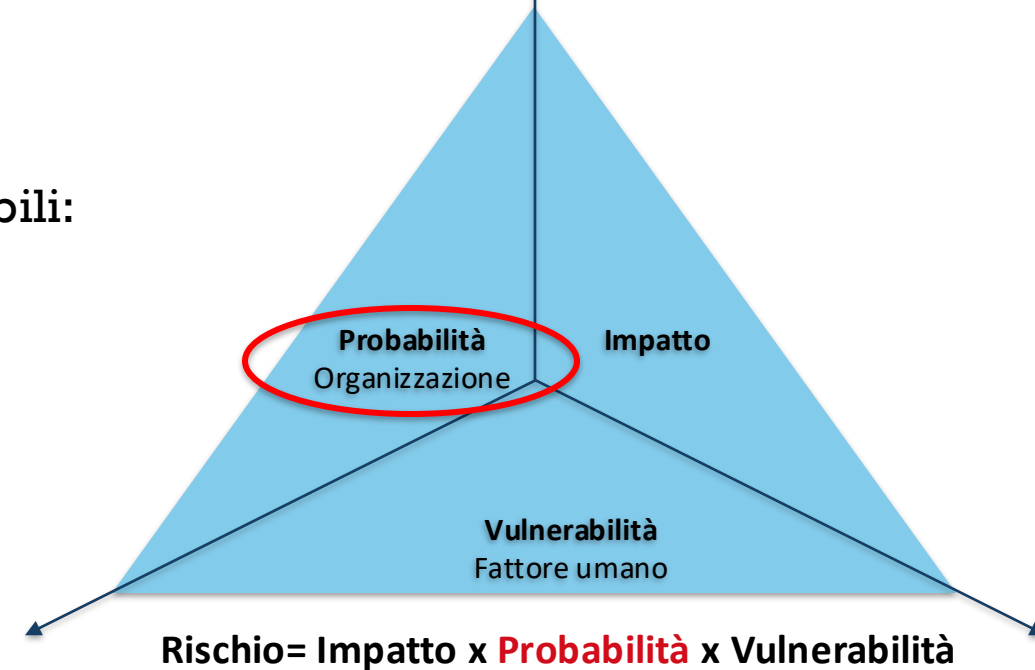
- Restart post COVID
 - Memoria dell'organizzazione
- Cambio strategico
 - Approccio
- Matrice della resilienza

- per poter *creare* e *proteggere il valore* di un'organizzazione è essenziale *gestire i rischi* in modo strutturato
- concentrarsi su eventi/fattori che impediscono o ostacolano il raggiungimento degli obiettivi QS
- Focus anche su aspetti positivi del rischio (*opportunità*) → risk management come volano per l'innovazione
- Focus su **dinamicità del risk management e la creazione del valore come obiettivo primario**

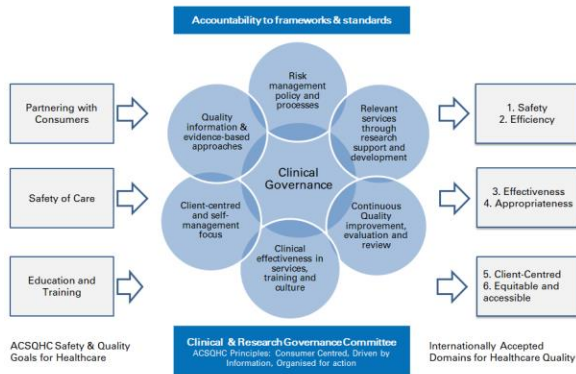


Gli ambiti del rischio nelle organizzazioni sanitarie sono riconducibili:

- alla sicurezza del paziente;
 - alla sicurezza del personale;
 - alle emergenze esterne;
 - alla sicurezza degli ambienti e attrezzature;
 - ai rischi finanziari per danni alle persone
-
- Obiettivo: aumentare la sicurezza dei pazienti, (oltre che di altri attori che interagiscono con l'organizzazione sanitaria), migliorare i risultati e, indirettamente, ridurre i costi, contenendo gli eventi avversi prevenibili e, conseguentemente, il contenzioso



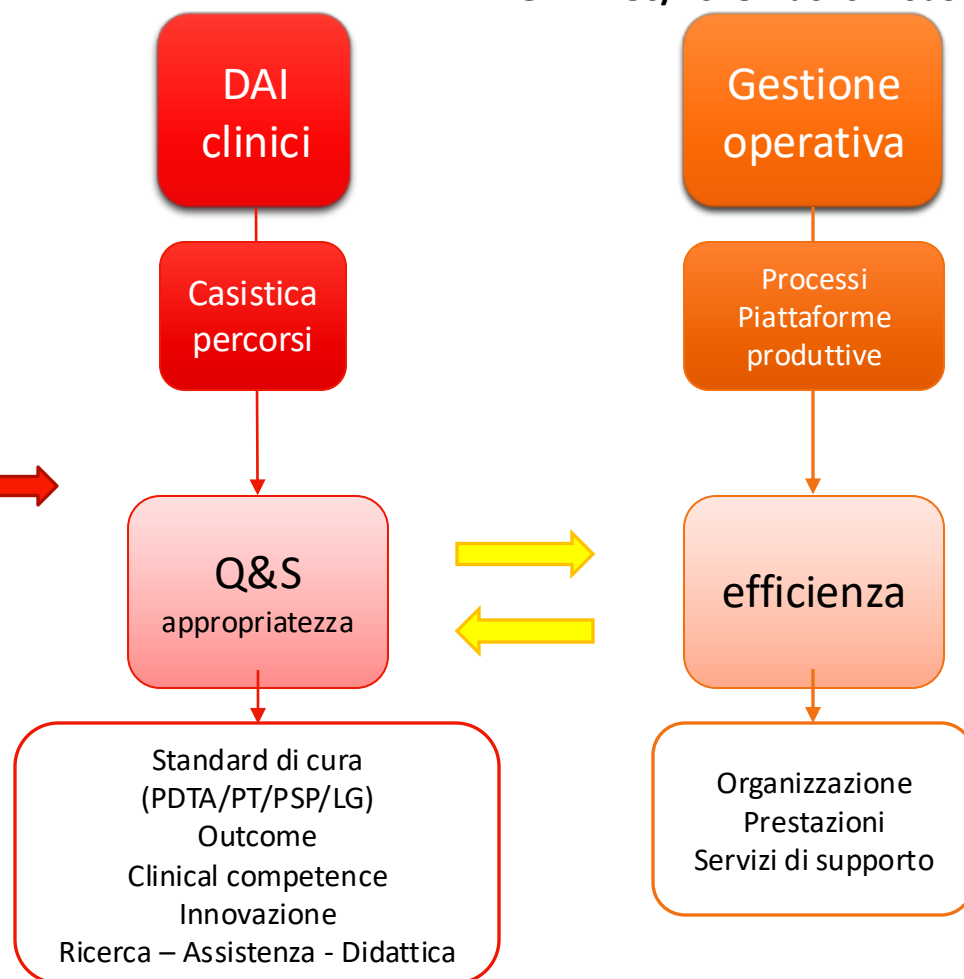
Clinical Governance Framework



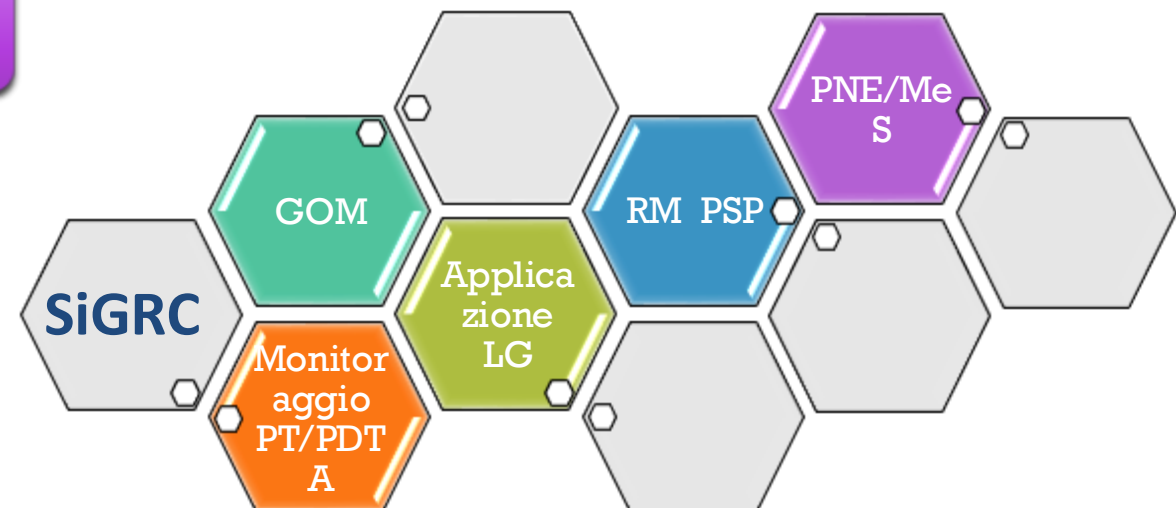
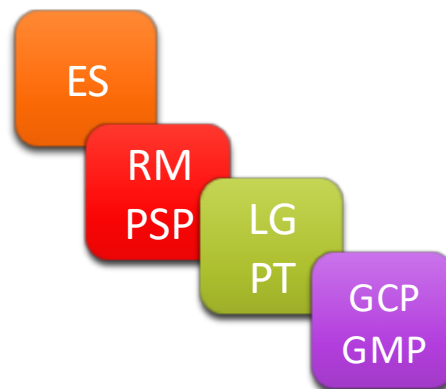
Nuovo modello di governance

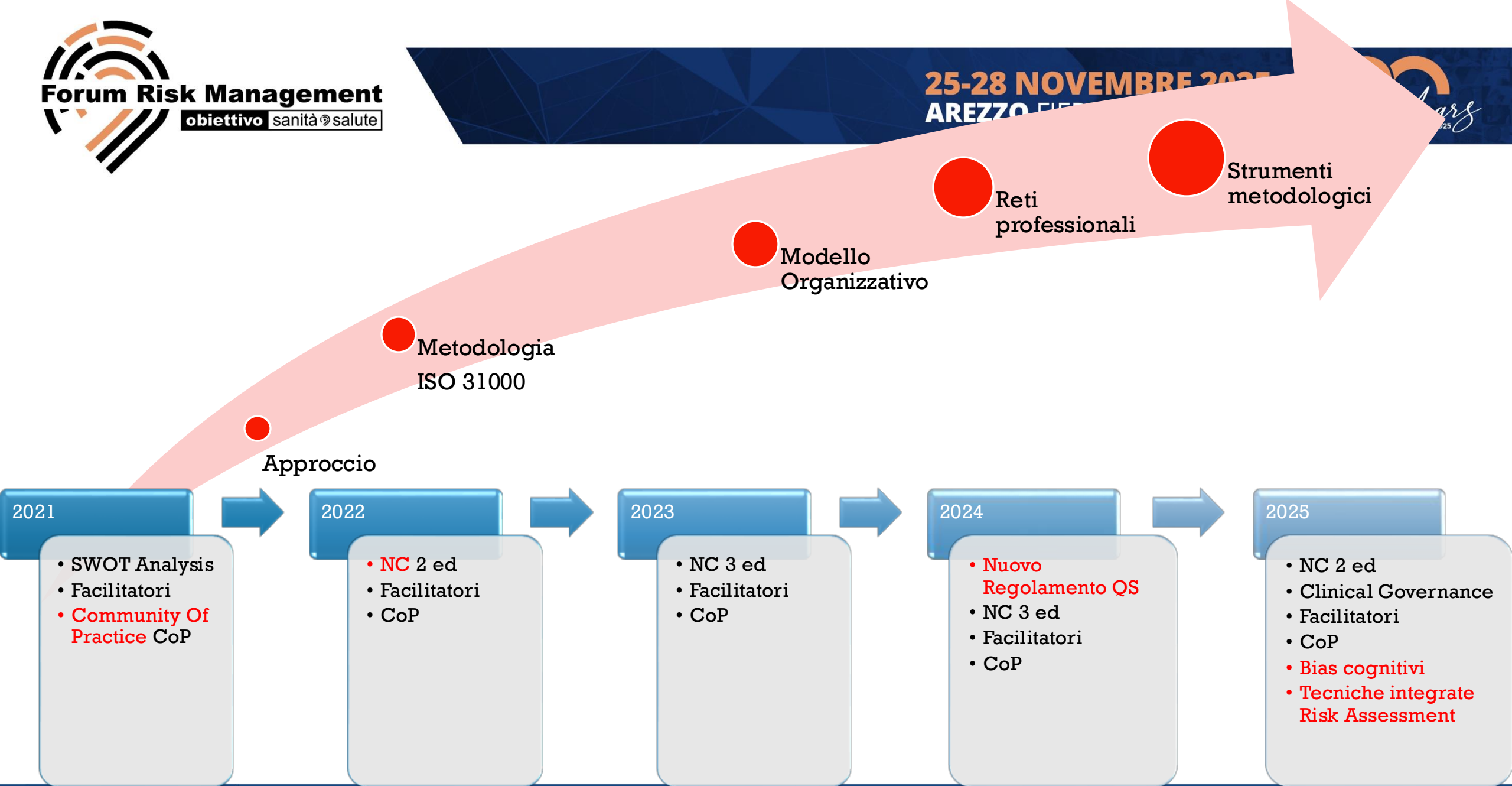
Il governo clinico e la gestione operativa

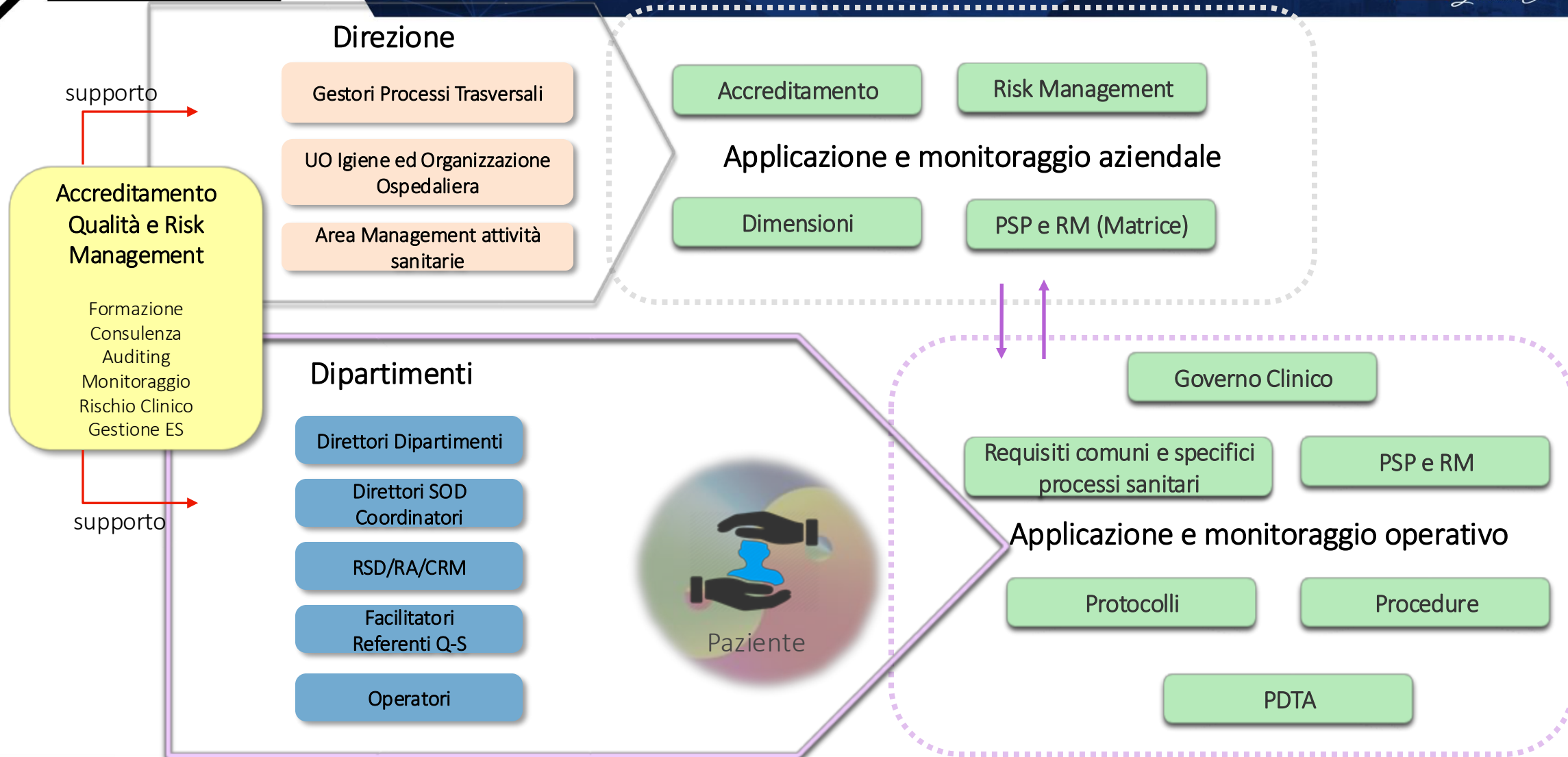
Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care – IHI 2009
DGRT 1280/2018 Nuovo modello di governance aziendale: linee di indirizzo regionali

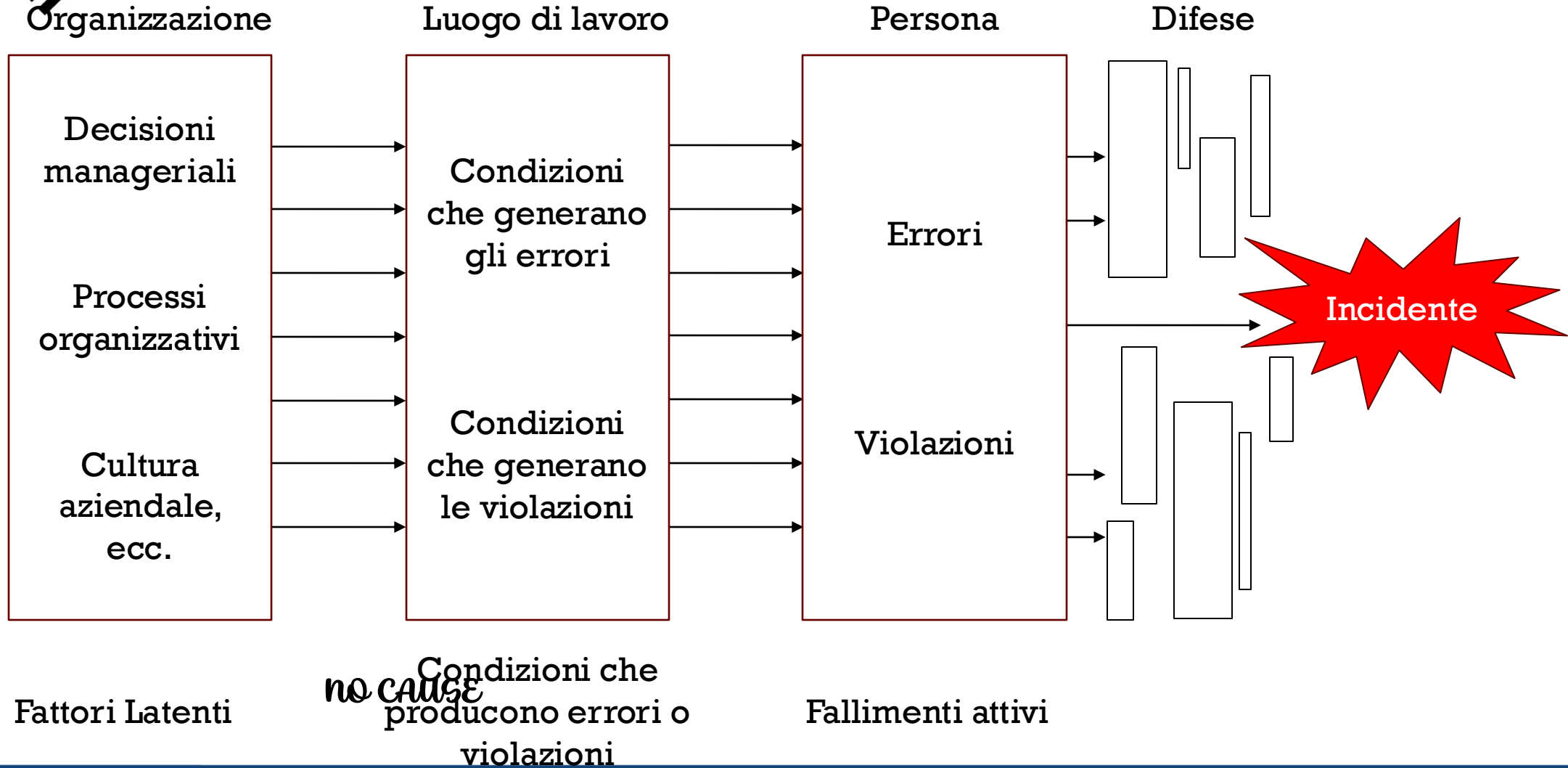


Obj e monitoraggio performance
Miglioramento dell'appropriatezza
Rischio Clinico
Risorse Umane (competenza vs n°)
Tecnologia e innovazione





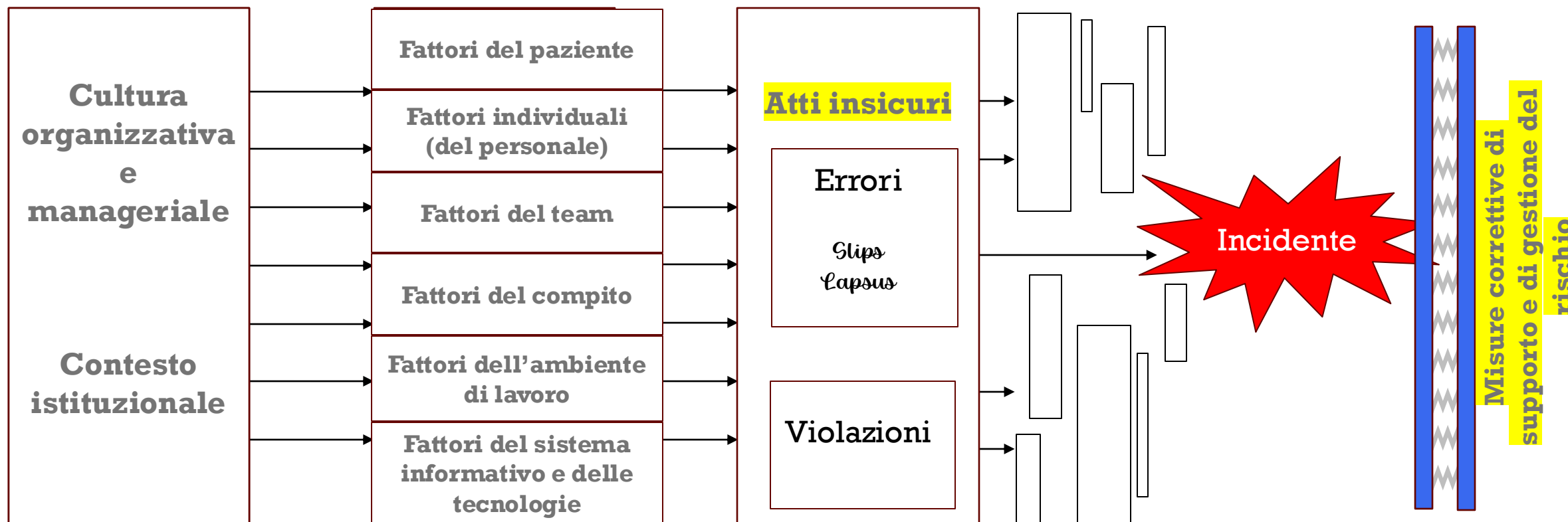




Fattori contribuenti

Problemi di gestione dell'assistenza (PGA)

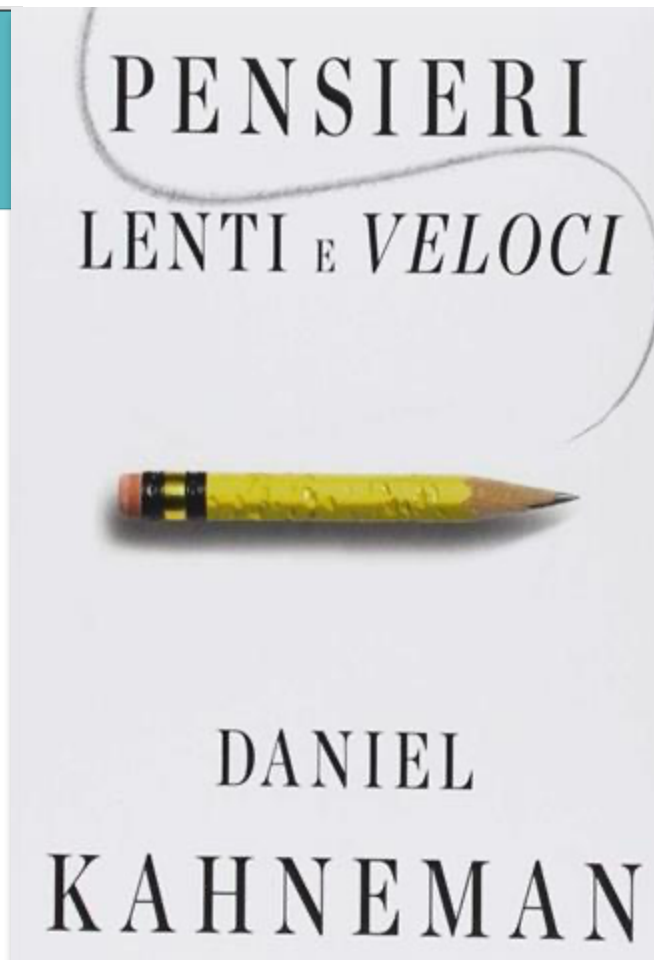
Difese e Barriere

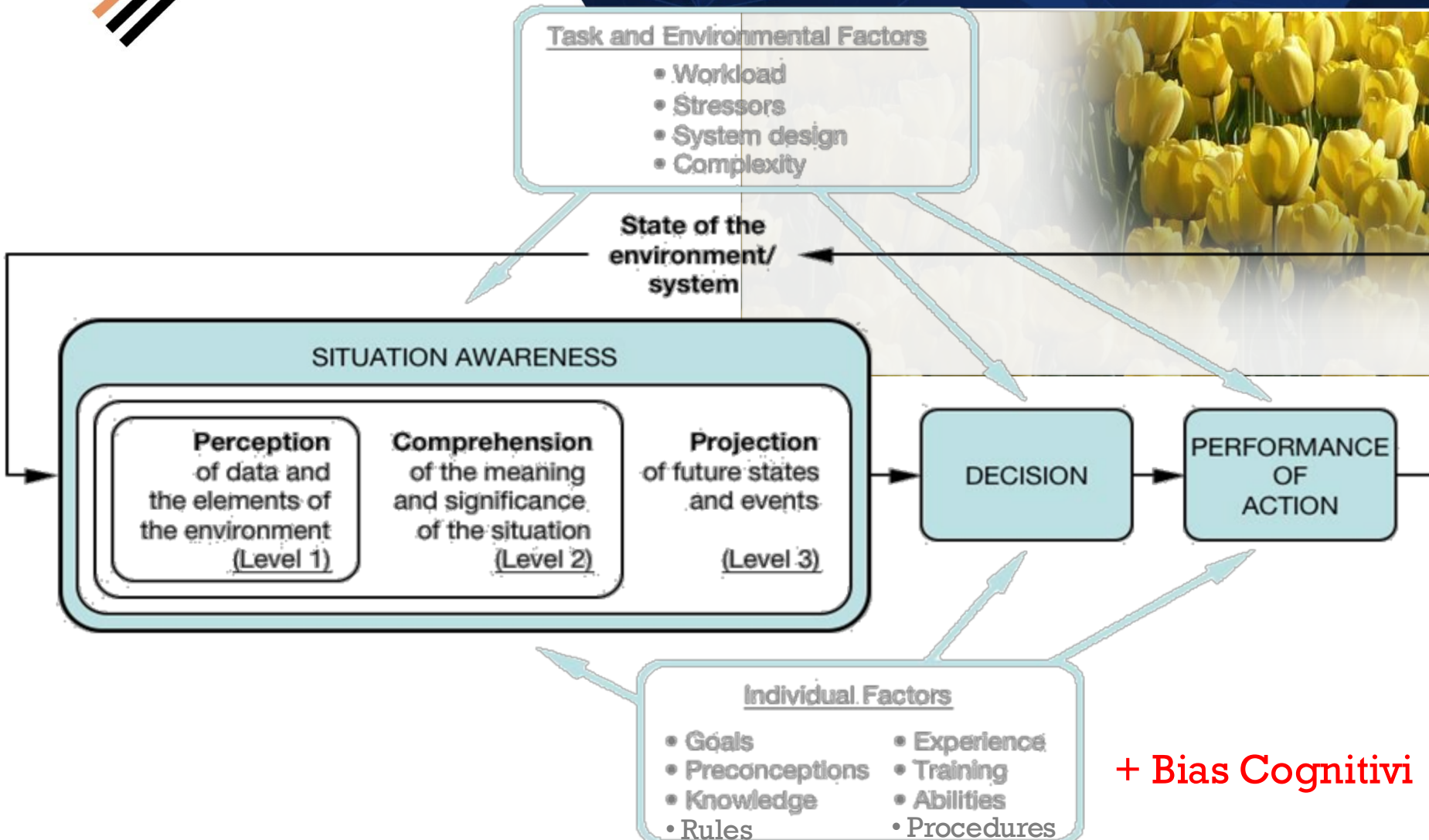


Condizioni latenti

Condizioni che producono errori o violazioni

Fallimenti attivi





Endsley's model of SA.
 This is a synthesis of versions she has given in several sources, notably in 1995^[32] and 2000.^[33]

Restituzione analisi documentale e sistemica



Ricostruzione del caso: documentazione e interviste



Focus non su clinica



Metodo: analisi sistemica, fattore umano



Decision making, eventuali bias



Individuazione criticità per affidabilità
(gestione rischi)

BARRIERE PREVENTIVE

Azioni per **EVITARE** il verificarsi di **EA PREVEDIBILI e PREVENIBILI**

BARRIERE MITIGANTI

PREVISIONE SCENARI CRITICI
Azioni per **MITIGARE EA PREVEDIBILI NON PREVENIBILI**
PREPAREDNESS GESTIONE COMPLICANZE

CONSEQUENZE

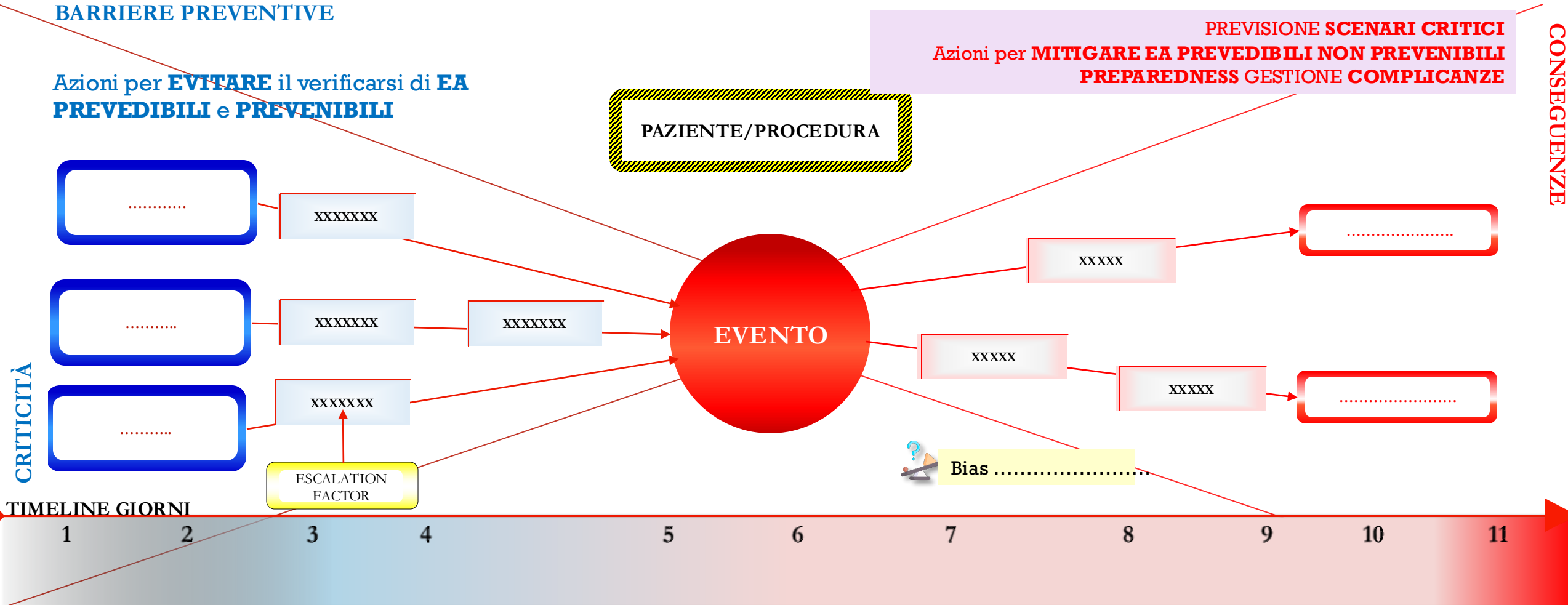
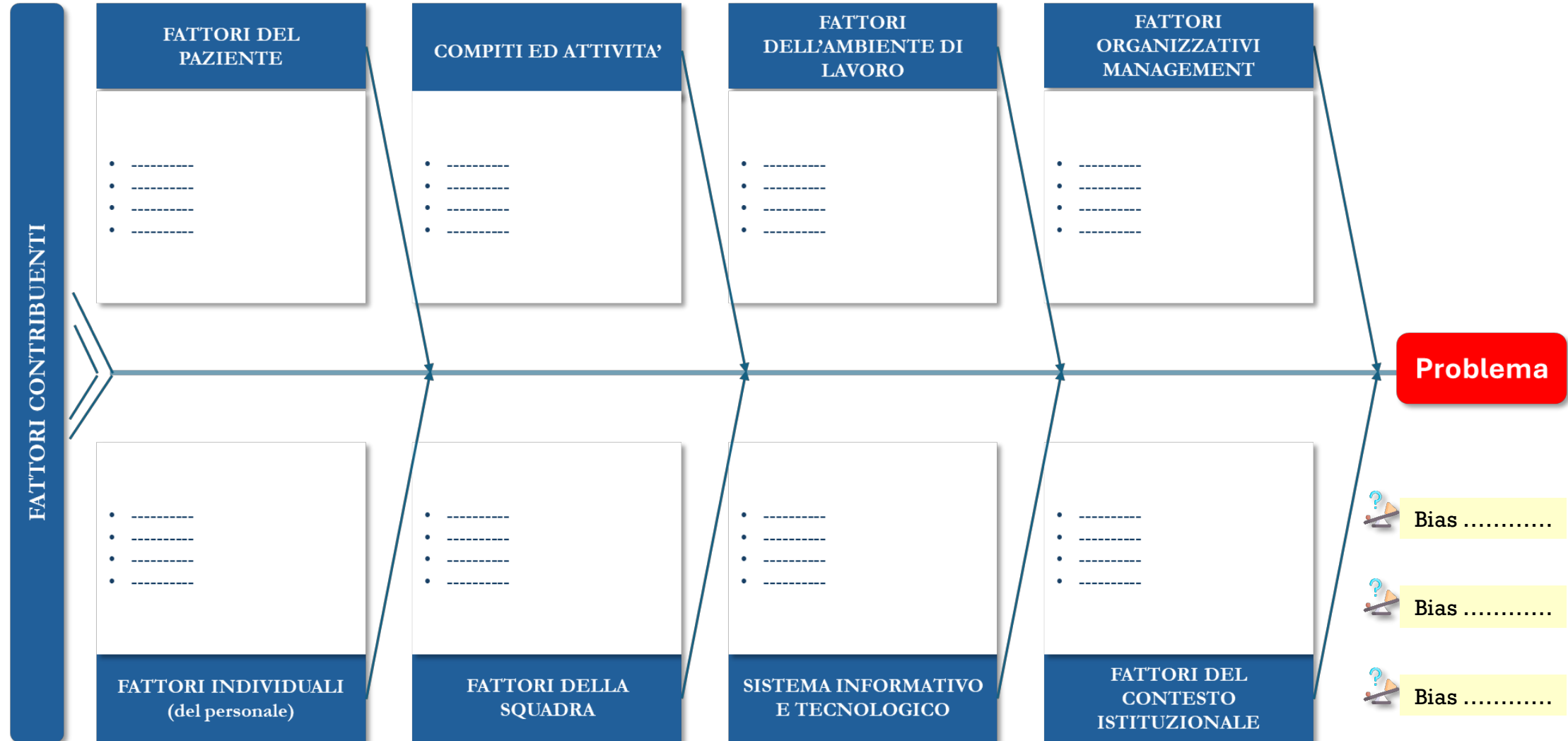




Diagramma di Ishikawa – Protocollo di Londra

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



L'Incident Reporting: cosa segnalare

*La gestione del rischio clinico è un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di **metodi**, **strumenti** e **azioni** che consentono di **identificare**, **analizzare**, **valutare** e **trattare** i rischi attuali e potenziali al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti*

- Pericolo (legato all'ambiente, tecnologia...)
- Near miss o “quasi evento”
- Evento senza esiti (INCIDENT)
- Evento avverso (ACCIDENT)
- Evento sentinella
 - Anche *no harm*

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 prestazioni sanitarie durante il periodo di degenza, che causi un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

(Kohn, IOM, 1999)



Accountability

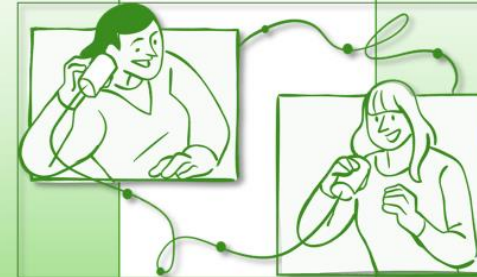
- Segnalare un evento significa impegnarsi a riconoscere eventuali disfunzioni del sistema organizzativo e a porvi rimedio
- Sostenersi a vicenda, assumersi ciascuno le proprie responsabilità, funzionare bene come squadra

Da **chi** ha sbagliato a **perché** ha sbagliato

«ogni errore
raccontato è
un'occasione di
miglioramento»

Approccio Tradizionale

«Errore umano, distrazione
del singolo»



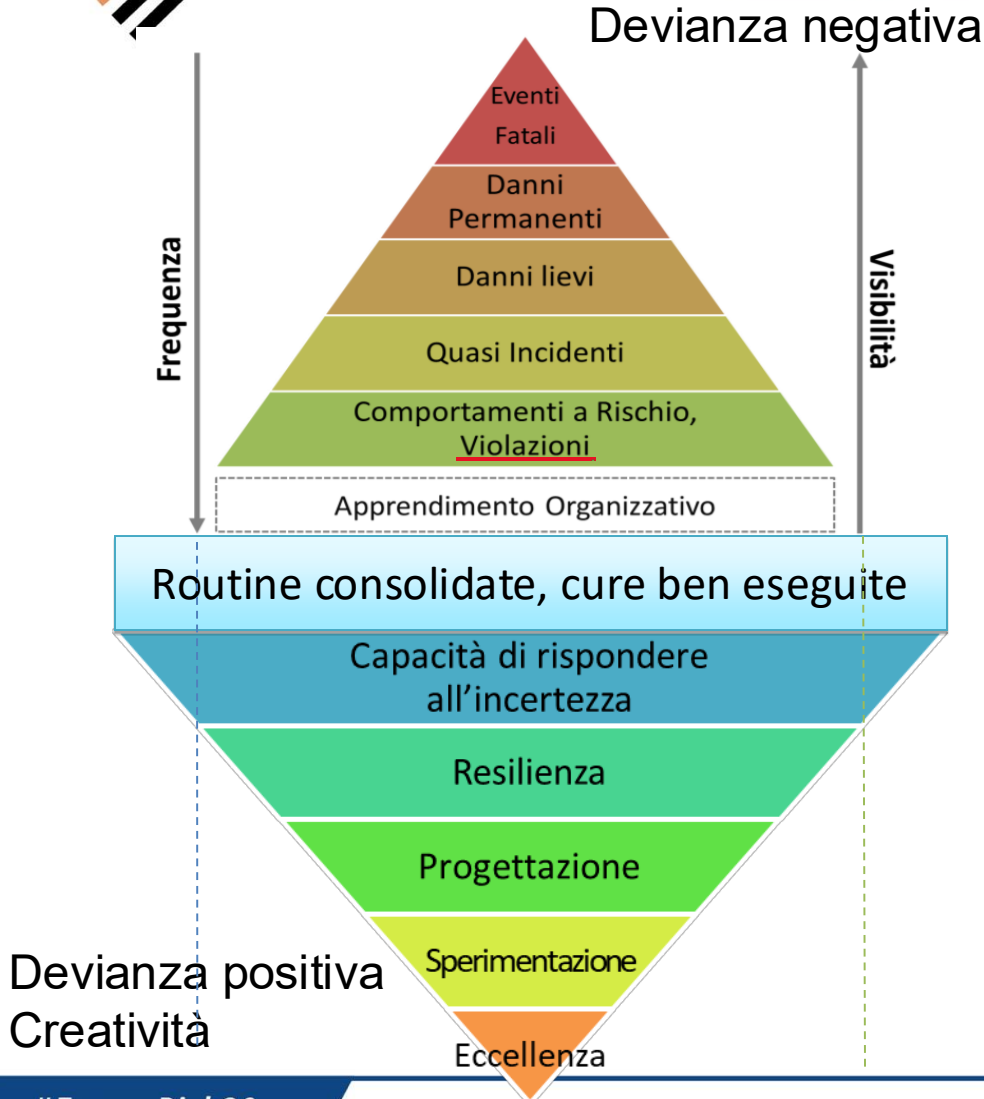
Approccio Sistemico

- L'intervista ha fatto emergere come l'interruzione fosse la causa reale dell'errore
- Dalla ricerca del «colpevole» all'analisi delle condizioni di lavoro
- Le interruzioni frequenti sono un *rischio sistematico* ricorrente

Il **dialogo** con l'operatore è uno strumento di indagine clinica, non solo di confronto
«L'ascolto come strumento di prevenzione»

Consolidare l'affidabilità
Allenare la resilienza





F. Bracco e T. Francesco Piccinno, UNIGE

Community of practice

Incident Reporting

strumento di condivisione

Focus su processo non su
operatore

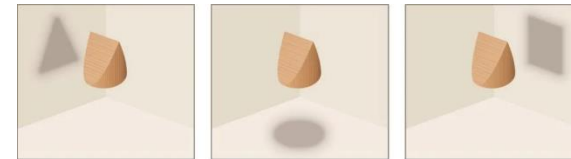


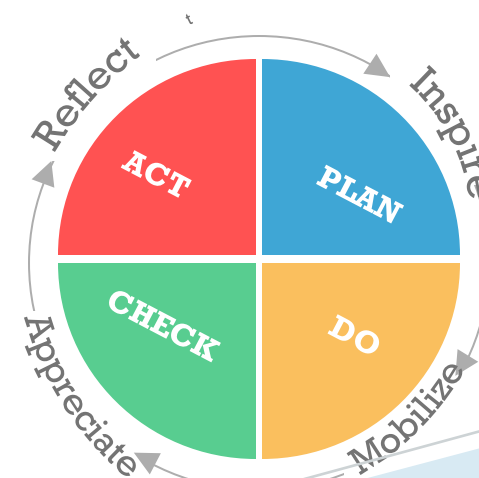
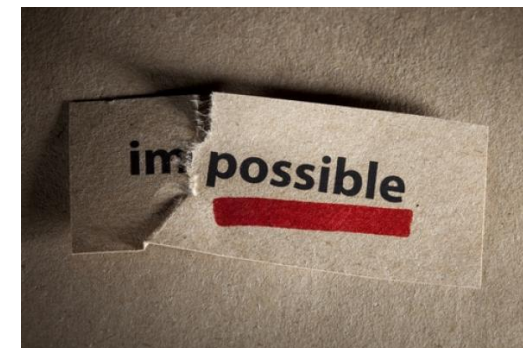


Rischi emergenti

Opportunità

- Tecniche e Tecnologie emergenti
- Sistemi informativi informatizzati
 - Interoperabilità *non via operatore!*
 - handover
- Task shifting e skill mix
 - Organizzazione fluida
- AI e Human Factor
 - Situation awareness
 - Rischi di errore da interruzione





Grazie

autierif@aou-careggi.toscana.it

Secure

Continuous Improvement