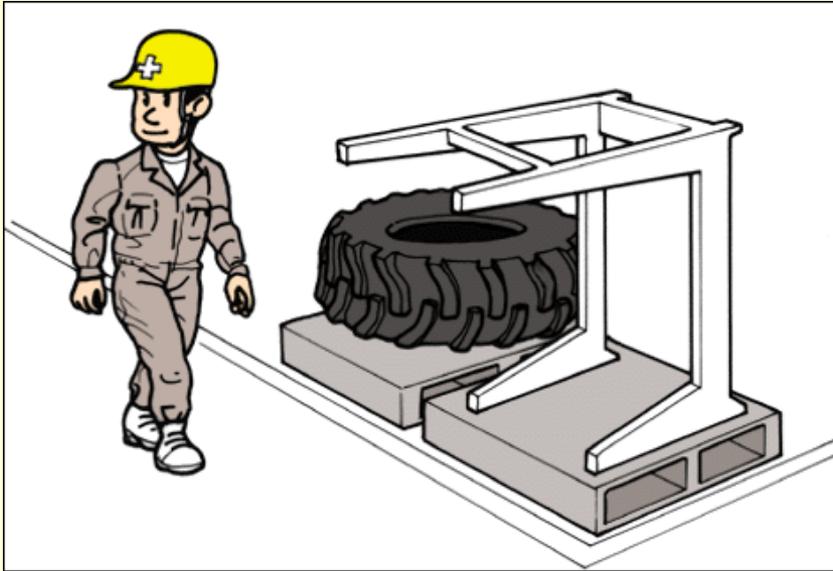


Incidenti e infortuni mancati

Gianluca Sotis
SPP-CNR, Roma

Roma, 17 giugno 2015

Corso per Preposti Area RM1



Qualche definizione

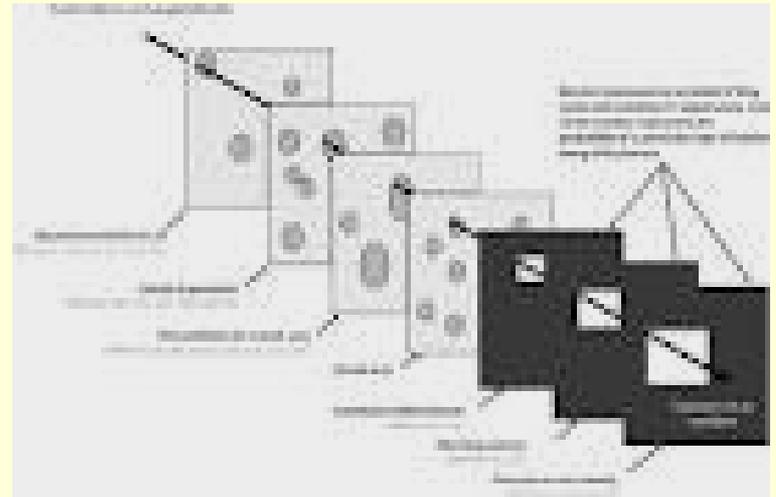
- **Errore:** fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
- **Mistake Knowledge-based:** errore causato dai limiti propri del sistema cognitivo umano oppure dalla mancanza o inaccuratezza di informazione.
- **Mistake Rule-based:** errore causato dall'applicazione sbagliata (ad es. contesto cambiato) di regole o procedure altamente familiari.
- **Slip:** errore per mancata corrispondenza tra azione e intenzione. Causato da mancanza di attenzione, specie se è un'azione svolta automaticamente.

Qualche definizione

- **Incidente** : evento non pianificato che ha la potenzialità di produrre un danno.
- **Evento avverso**: evento inatteso che comporta un danno. Può essere prevenibile (se dovuto ad errore) o non.
- **Infortunio**: evento lesivo avvenuto per causa violenta, in occasione di lavoro, da cui sia derivata una inabilità permanente assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea (DPR 1124).
- **Near miss** (infortunio/incidente mancato): errore che potrebbe determinare un incidente e/o un infortunio e non si verifica per caso fortuito o perché intercettato.

Gli errori nei sistemi complessi

- La maggior parte degli incidenti in organizzazioni complesse è generato dall'interazione fra le diverse componenti del sistema: tecnologica, umana e organizzativa.
- Modello di J. Reason: i buchi nelle fette di formaggio rappresentano insufficienze latenti. Se si allineano si verifica l'evento avverso.



Analisi degli errori

- Rilevazione del numero e del tipo di errori commessi nell'interazione con un sistema.
- Per definire le misure di prevenzione da adottare è importante non limitare l'analisi agli eventi avversi quali gli infortuni denunciati e non (<3gg) ma estenderla ai *near miss* (quasi eventi).
- Attenzione a: comportamenti pericolosi, mancato rispetto di prescrizioni e/o procedure di lavoro, carenze strutturali, organizzative e tecniche...
- È opportuno adottare delle procedure per la raccolta e segnalazione dei *near miss* (cfr. Norma OHSAS 18001-2007)

Alcune metodologie di analisi

Root Cause Analysis (RCA): riservata ad eventi di particolare complessità. FASI: Raccolta delle informazioni e spiegazione iniziale dell'evento; Definizione della sequenza temporale e spiegazione finale; Identificazione dei fattori contribuenti e cause profonde; Azioni di miglioramento; Rapporto finale.

Audit (clinico): finalizzata alla valutazione della pratica (clinica) rispetto a criteri espliciti di riferimento.

Significant event audit (SEA): si focalizza su particolari eventi considerati significativi.

In altri casi la valutazione di eventi avversi e near miss può essere effettuata anche attraverso strumenti di più semplice applicazione che presuppongono un minor impiego di risorse, tempo e competenze (briefing, discussione di casi, focus group, safety walk around (SWR)).

SWR: Il personale partecipante viene guidato, attraverso una lista di domande appositamente predisposta, a raccontare eventi, fattori causali, quasi eventi e possibili azioni di miglioramento da intraprendere nell'immediato o nel medio-lungo periodo.