

# Progetto e realizzazione di un sistema di *incident reporting* per la medicina generale

■ Damiano Parretti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Responsabile Progetto Incident Reporting SIMG; [www.preveniamoilrischio.it](http://www.preveniamoilrischio.it)

## ABSTRACT

Clinical risk management is important in primary care, as most patients and most of their health problems are treated in this setting. The development of incident reporting systems is therefore important to improve patients safety. The Author describes the incident reporting system developed in 2009 by the Italian Society of Primary Care (SIMG – Società Italiana di Medicina Generale), in order to facilitate and organise the uniform reporting of critical incidents among General Practitioners.

The system includes: a form for the spontaneous incident reporting, a coding system to identify each report, a classification of all the adverse events reported, and a feedback of the signalled event to the physician. The final aim is the identification of safety risks in healthcare, the creation of a “culture of safety” and the opportunity of learning from errors.

**Keywords:** incident reporting system, primary care, risk management

*Planning and realising of an incident reporting system in primary care*  
*Pratica Medica & Aspetti Legali 2010; 4(2): 79-86*

## ■ INTRODUZIONE

La medicina generale è una disciplina a elevata complessità per la trasversalità dei suoi ambiti di interesse e di intervento con compiti in progressiva espansione. Il miglioramento degli outcome nella gestione delle patologie croniche, con conseguente aumento della aspettativa della vita media, determina un'alta prevalenza di comorbidità con necessità di un management di follow-up clinici, strumentali, di verifica della congruità della terapia, della tollerabilità dei farmaci, delle interferenze farmacologiche, dell'aderenza e continuità terapeutiche.

Inoltre il problema dell'allungamento delle liste di attesa determina spesso il rischio di non avere in tempi utili il conforto di conferme diagnostiche di laboratorio e strumentali a sospetti clinici nell'attività professionale quotidiana.

La necessità di programmare interventi di tipo preventivo in modo strutturato e anticipatorio, la

tendenza allo spostamento progressivo nel territorio di situazioni di criticità cliniche, la necessità di operare il meglio possibile in un periodo di risorse limitate, sono tutte situazioni ed esigenze che configurano l'attività professionale nella medicina generale di questo tempo.

Il medico di famiglia, in questo sistema complesso, è il primario e principale riferimento per la salute delle persone, ed è chiamato a trovare tutte le risorse, le energie e le competenze necessarie per rispondere a questa domanda.

Il nostro compito è impegnativo e difficile, perché per vocazione e ruolo specifico ci occupiamo in primo luogo della persona nella sua globalità piuttosto che della malattia intesa in senso organocentrico; ciò presuppone vasta cultura e grandi capacità, che necessitano di una costante verifica e formazione continua.

Un indicatore di bisogni formativi e culturali è rappresentato dalla conoscenza e consapevolezza dei “punti deboli” che possono essere selezionati conoscendo le distorsioni dei percorsi assistenziali

<b>Errore</b>	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato
<b>Errori attivi</b>	Azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate
<b>Errori latenti</b>	Condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso
<b>Evento (incident)</b>	Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine a un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente
<b>Evento avverso (adverse event)</b>	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 a errore è "un evento avverso prevenibile"
<b>Evento evitato (near miss)</b>	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
<b>Evento sentinella (sentinel event)</b>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito</li> <li>▪ l'implementazione delle adeguate misure correttive</li> </ul>

**Tabella I.** Glossario dei principali termini relativi al rischio clinico elaborato dal Ministero della Salute [1]

provocati dagli errori gestionali e professionali. Per tale motivo occorre prendere in considerazione il rischio clinico insito nella nostra attività, gli errori medici e gli eventi avversi che possono verificarsi, così da correggere i percorsi e i comportamenti responsabili di danni evitabili al paziente. Al fine di uniformare i termini e il linguaggio in tema di rischio clinico, il Ministero della Salute ha inserito nel proprio sito un glossario di utile consultazione [1]. Riportiamo qui alcune definizioni pertinenti agli argomenti trattati in questo articolo (Tabella I).

## ■ L'ERRORE COME INDICATORE DI BISOGNI FORMATIVI

Karl Popper affermava che «quello che possiamo chiamare il metodo della scienza consiste nell'imparare sistematicamente dai nostri errori, in primo luogo osando commetterli e, in secondo luogo, andando sistematicamente alla ricerca degli errori che abbiamo commesso».

Se accettiamo questa affermazione, dobbiamo necessariamente metterci in discussione, e mettere a disposizione di tutti gli operatori le criticità insite nelle nostre performance. Dobbiamo rimuovere un *habitus* mentale di tipo difensivo, proteso

a nascondere quello che non riusciamo a essere e non riusciamo a fare, per assumerne un altro, più moderno e proteso alla promozione professionale della medicina generale.

Un passo decisivo in questa nuova direzione culturale può essere rappresentato dalla "dichiarazione dell'errore", come passo iniziale per la costruzione di percorsi formativi e di programmazione professionale. Il censimento e l'analisi degli errori può solo migliorarci nelle nostre competenze, e può permetterci di confrontarci con le istituzioni con una maggior consapevolezza di ciò che possiamo dare in un servizio sanitario nazionale che sempre più avrà bisogno di una efficiente medicina territoriale e di un medico di famiglia affidabile, capace e competente.

## ■ LA PREVENZIONE DELL'ERRORE

Le azioni e le iniziative rivolte a identificare gli errori professionali sono mirate a ridurre la possibilità che si ripetano le distorsioni comportamentali che hanno provocato (o hanno rischiato di provocare) il danno al paziente. Il processo che permette di realizzare questo percorso prevede i seguenti passaggi:

Ambiti		Principali criticità
Fattori umani	Insufficiente competenza	Formazione specifica e formazione continua Aggiornamento
	Inadeguata o insufficiente comunicazione	Comunicazione medico-paziente o caregiver Comunicazione medico-medico o altri operatori
	Insufficiente registrazione dei dati	Utilizzo della cartella clinica (software)
	Inadeguata organizzazione	Strutture gestionali complesse (medicina di gruppo, medicina in rete) Utilizzo di personale paramedico o amministrativo Presenza in studio di tirocinanti e sostituti Orari non congrui
	Inadeguata integrazione del team	Idem come sopra
	Problemi legati all'utenza	Iniziative del paziente non conosciute dal medico curante (ricorso a specialisti, terapie praticate, stili di vita non dichiarati, autonoma sospensione o modifica di terapie concordate)
Fattori esterni	Caratteristiche del sistema	Carichi burocratici Incentivi basati (situazioni locali) sul solo controllo della spesa farmaceutica e non sulla globale appropriatezza gestionale
	Caratteristiche strutturali e tecnologiche	Spazi inadeguati Climatizzazione inadeguata Insonorizzazione inadeguata Strumenti non a norma, sterilizzazioni, materiale da medicazione
	Interferenza esterna di messaggi distorti	Messaggi e modelli mediatici

**Tabella II.** Fattori di rischio per errore

- identificazione dei rischi e degli eventi avversi;
- analisi dell'evento, e successiva ricerca di criticità ed errori;
- adozione delle adeguate misure di prevenzione e proposta di raccomandazioni.

La conoscenza dei fattori di rischio per errore è importante per favorirne l'identificazione.

Nella Tabella II viene riportata una serie di fattori di rischio che possono generare errori; tale elenco può essere considerato una base di partenza per individuare gli ambiti di attività professionale e gli aspetti organizzativi e strutturali da tenere in considerazione, in quanto maggiormente esposti a rischio clinico.

L'identificazione non può prescindere dalla segnalazione degli eventi avversi. Occorre a questo proposito promuovere una cultura e una sensibilità che favoriscano la segnalazione da parte dei medici, unitamente alla disponibilità di una struttura organizzativa che sia in grado di raccogliere e censire le segnalazioni. Tutto ciò può realizzarsi attraverso l'attuazione di normative di adeguata tutela e di rispetto dell'anonimato del segnalatore.

Una volta conosciuto e analizzato il rischio e gli eventi a esso correlati, occorre individuare e attuare tutte le misure possibili per la sua prevenzione. Il trattamento deve essere legato a regole organizzative/comportamentali e a requisiti culturali,

che possono essere riassunti in una serie di raccomandazioni.

A tal proposito la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS-VRQ) ha elaborato un documento, intitolato "Raccomandazioni sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti", che riporta precise raccomandazioni [2]. Le prime quattro sono specificamente riferite ai **modelli organizzativi** delle organizzazioni sanitarie, e individuano la necessità di un sistema strutturato secondo criteri di gestione del rischio clinico, con verifica periodica delle priorità di intervento nell'area della sicurezza del paziente. Si afferma che il sistema della sicurezza deve essere dotato di adeguate risorse umane e strumentali, e deve coinvolgere come parte attiva dei processi di promozione della salute anche i pazienti e i familiari, attraverso un'opportuna informazione sui rischi.

La raccomandazione 5 introduce il concetto della necessità della **formazione** in merito ai temi della gestione del rischio clinico. Tale formazione deve coinvolgere non solo i professionisti e gli operatori sanitari, attraverso i programmi di formazione continua, ma anche gli studenti nell'ambito degli studi universitari. A proposito di questo aspetto è possibile individuare due criticità. In primo luogo vi è scarsa attenzione, tra gli operatori sanitari, al tema del *risk management*, ed è pertanto essenziale che le

aziende sanitarie, le Regioni e le scuole di formazione promuovano la conoscenza e la cultura su questo argomento. Il *risk management*, in effetti, viene spesso visto non con una valenza positiva, che preveda la messa in atto di misure di prevenzione che derivano dalla conoscenza dei processi di gestione del rischio, ma con una connotazione negativa che si traduce in comportamenti di tipo difensivo nei riguardi di denunce e azioni legali. Questo atteggiamento, paradossalmente, diventa esso stesso rischio clinico, perché comporta la messa in atto delle decisioni "meno pericolose", ma spesso anche "meno efficaci", a causa della non adeguata valutazione del rapporto rischio/beneficio, e talvolta determina la mancata presa in carico di alcune situazioni cliniche critiche, la cui gestione rappresenta invece un dovere professionale dei medici e di tutti gli operatori sanitari. In secondo luogo può essere rilevata un'assoluta inconsapevolezza su questi temi da parte degli studenti, per la mancanza di percorsi formativi universitari specifici. Conseguenza di ciò è che il medico neo-laureato è spesso del tutto impreparato sulla gestione del rischio, che viene interpretata come necessità di "coprirsi le spalle" da contestazioni dei pazienti e da attacchi dei mass media.

La raccomandazione 6 si rivolge alla necessità di **attivare e mantenere reti**, sia di professionisti che di organizzazioni, che abbiano lo scopo di indagare sugli eventi avversi, al fine di individuare gli interventi correttivi necessari. Come medici di medicina generale possiamo sentirci coinvolti in questa raccomandazione, considerando che molti di noi sono organizzati in medicina di gruppo o in altre forme associative. Il team che si crea, negli incontri periodici che normalmente vengono allestiti per affrontare problemi organizzativi, gestionali e clinici, potrebbe inserire tra i temi che vengono affrontati anche l'analisi degli eventi avversi che si verificano nello studio, e la possibile individuazione delle possibilità correttive specifiche. Si tratta di una piccola rete che tuttavia può produrre i suoi frutti. Le modalità operative potrebbero essere o la registrazione di ogni evento avverso e la sua analisi periodica, o la costruzione di audit atti a focalizzare alcuni aspetti particolari.

La raccomandazione 7 riguarda la **ricerca**, che dovrebbe partire dalla prevenzione e dalla gestione del rischio clinico, avendo poi come obiettivo l'individuazione di strategie, strumenti e metodi atti a garantire la sicurezza. Come tutte le ricerche, requisito essenziale è la disponibilità di fondi, e nella raccomandazione si fa cenno a eventuali fondi dedicati. L'auspicio è che le strutture pubbliche che si occupano di salute possano prevedere, nella programmazione di politica e di gestione sanitaria, un budget da investire in questo ambito.

La ricerca, accrescendo la conoscenza, favorendo l'analisi dei problemi, individuando le soluzioni, oltre che tutelare la salute della popolazione, può produrre un'ottimizzazione di spese e investimenti.

La raccomandazione 8 entra nel vivo di un problema molto sentito da tutti gli operatori sanitari, perché si occupa dell'**errore**, e della necessità di inquadralo come opportunità di apprendimento e di miglioramento. Ancora una volta dobbiamo richiamare l'insegnamento e il pensiero di Popper.

Viene presa in considerazione l'inopportunità dell'atteggiamento di tipo punitivo, legato a certi aspetti legislativi in atto, e alla conseguente percezione negativa e difensivistica degli operatori.

Allo stato, l'errore viene spesso nascosto per paura di sanzioni o di critiche sull'operato professionale. Il SIQuAS individua la causa di questa criticità, prima di tutto, sulla mancanza di possibilità di una gestione confidenziale dei dati, e sottolinea la necessità di una revisione della legislazione italiana. Vengono citati i modelli legislativi australiano e danese, che vietano di utilizzare a scopi giudiziari le segnalazioni di eventi avversi, per la salvaguardia del segreto professionale.

La raccomandazione 9 si rivolge ai **leader clinici e gestionali**, che hanno la responsabilità della qualità della gestione e delle cure del paziente e hanno il dovere di promuovere e sostenere la conoscenza della gestione del rischio attraverso strumenti specifici come linee guida e audit.

I destinatari della raccomandazione sono sicuramente medici, ma anche direttori e dirigenti delle aziende sanitarie, che devono tener presente che obiettivo primario di qualsiasi organizzazione sanitaria è la qualità dei percorsi e delle cure proposte.

La raccomandazione 10 focalizza l'attenzione sull'importanza dell'**utilizzo degli indicatori di qualità**, che hanno l'obiettivo di verificare i risultati raggiunti e di definire le priorità. Sarebbe auspicabile che i medici fossero incentivati all'utilizzo di indicatori, che permettono il confronto tra professionisti, la autoverifica di qualità, l'individuazione delle aree critiche e dei percorsi necessari di miglioramento.

La raccomandazione 11 chiama nuovamente in campo le **strategie aziendali per la qualità**. Partendo da un'oculata gestione delle risorse economiche, si deve dare priorità al mantenimento e alla valorizzazione delle risorse umane e delle loro conoscenze, al ruolo attivo che devono avere i cittadini nell'ambito delle organizzazioni sanitarie. Ciò significa attenzione a utilizzare al meglio le risorse umane e culturali disponibili: gli operatori dovrebbero essere impiegati e valorizzati secondo le specifiche abilità e motivazioni, in modo da ottenere il massimo da ognuno in termini di ritorno di qualità e affidabilità.

La raccomandazione 12 entra nel merito dello spinoso **problema della comunicazione pubblica e del rapporto con i media**, che deve essere improntato su basi di correttezza e di etica professionale e comportamentale. Il fine è quello di evitare informazioni non controllate sugli eventi avversi. Il corretto canale di comunicazione dovrebbe coinvol-

	Identificazione dei segnalatori	Accesso al sito web	Feedback	Segnalazioni/mesi
NRLS	Anonimo + confidenziale	Aperto, staff <i>National Health Service (NHS)</i>	Pubblicazioni di bollettini sulla sicurezza, o diretto se segnalazione confidenziale	438/17
JFZ	Anonimo	Aperto	Pubblicazioni di report su eventi avversi, con analisi e commenti di esperti	199/17
CIRS Medical Germania	Anonimo	Aperto	Pubblicazioni di report, con commenti	29/7
CIRS Medical GP, Svizzera	Anonimo	Aperto alla <i>Swiss Medical Association</i>	Pubblicazioni di report, con commenti	19/18

**Tabella III. Comparazione tra le caratteristiche tra diversi incident reporting**

CIRS = *Critical Incident Reporting System*, Germania e Svizzera; JFZ = *Jeder Fehler Zaehlt*, Germania, Austria e Cantoni svizzeri di lingua tedesca; NRLS = *National Reporting and Learning Service*, Inghilterra e Galles

gere in primo luogo i leader clinici e organizzativi, e successivamente i media che dovrebbero diffondere le notizie con trasparenza, verità, nel rispetto della privacy e del segreto professionale. Il non osservare questo percorso, e la scorrettezza deontologica possono provocare gravi danni in termini di percezione dei problemi, di fiducia nelle istituzioni sanitarie, di mancata tutela dei diritti degli operatori sanitari e dei cittadini a livello di privacy.

La raccomandazione 13 evidenzia l'opportunità della attuazione di **processi sperimentali specifici** indispensabili per valutare, prima della messa in atto su larga scala, modelli, strumenti, tecniche e metodi rivolti alla garanzia della sicurezza dei pazienti. Queste sperimentazioni, secondo il SIQuAS, devono prendere in considerazione:

- l'efficacia degli interventi mirati alla riduzione di rischio e danni;
- i costi che questi interventi producono;
- la valutazione del rapporto costo/beneficio.

La raccomandazione 14 sottolinea che esistono **documenti di letteratura internazionale** che trattano di sicurezza dei pazienti, e auspica che tutte le organizzazioni sanitarie e i professionisti le consultino, così da attivare quei processi che hanno dimostrato sicura efficacia nel migliorare la sicurezza di pazienti.

## ■ SISTEMI DI INCIDENT REPORTING NEL SETTING DELL'ASSISTENZA PRIMARIA ALL'ESTERO

Abbiamo visto come tutte le azioni mirate a tutelare la sicurezza dei pazienti non possono prescindere dall'analisi di errori ed eventi avversi. Un approccio reattivo che parte direttamente da un

evento avverso per poi identificare errori e anomalie gestionali può essere rappresentato da una rete di segnalazioni (*incident reporting*).

Il ricorso a sistemi di *incident reporting* è maggiormente sviluppato in molti Paesi esteri, rispetto all'Italia, sia per normative che altrove sono meno penalizzanti, che per una diversa percezione culturale del problema dell'errore, che da noi è vissuto come realtà da nascondere e non come criticità da condividere a fini formativi.

Nella Tabella III vengono presi in considerazione quattro sistemi di *reporting* europei nell'ambito della medicina generale: sono riportati le modalità di identificazione dei medici che segnalano, il tipo di accesso al sito web, le caratteristiche del feedback messo a disposizione dagli esperti, il numero di segnalazioni pervenute al sistema [3].

In tutti è prevista la segnalazione anonima, e solo nel caso del *National Reporting and Learning Service* (Inghilterra e Galles) possono essere trasmesse segnalazioni confidenziali ai responsabili della rete. L'accesso ai siti web di *incident reporting* è aperto allo staff del *National Health Center* (NHC) per il *National Reporting and Learning Service*, è completamente di libero accesso per lo *Jeder Fehler Zaehlt* (Paesi europei di lingua tedesca) e per il *Critical Incident Reporting System*, Germania, è aperto alla *Swiss Medical Association* per il *Critical Incident Reporting System Medical GP*, Svizzera.

I feedback utilizzano come mezzo di diffusione bollettini sulla sicurezza, pubblicazione di report e, nel caso delle segnalazioni confidenziali del NRLS, comunicazioni dirette ai singoli segnalatori.

## ■ L'INCIDENT REPORTING SIMG

In una situazione non favorevole per difficoltà normative/legislative, e per un conseguente diffuso

▪ Errore legato alla gestione del Front Office nei rapporti con il pubblico
▪ Errore legato alla tenuta/gestione dei dati
▪ Errore legato a problemi di comunicazione tra gli attori coinvolti nell'evento
▪ Errore legato all'operatività del medico
▪ Errore legato all'operatività dell'infermiere
▪ Errore legato all'operatività di altri operatori (caregiver)
▪ Errore legato a iniziative del paziente
▪ Errore medico nel porre diagnosi
▪ Errore medico che ha determinato un ritardo diagnostico
▪ Errore nell'esecuzione di un compito amministrativo
▪ Errore nella prescrizione farmacologica
▪ Errore nella ricettazione
▪ Altri errori (...)
▪ Evento avverso non prevenibile, e quindi non riconducibile a errore

Tabella IV. Le tipologie di errore

atteggiamento di tipo difensivistico nella pratica della professione medica, la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) è impegnata nel promuovere un cambiamento di percezione del "problema errore" che rappresenti un'evoluzione culturale consistente nel cambiamento della percezione dei medici riguardo a tale problematica, che dovrebbe trasformarsi da realtà da nascondere e tacere a criticità da condividere per migliorare attraverso apprendimento e formazione continua. Per tutti questi motivi è nato il progetto di *incident reporting* in medicina generale. Si tratta di una rete di segnalazione anonima di eventi avversi o *near miss* in medicina generale finalizzata alla loro classificazione e alla successiva analisi delle loro cause.

La rete è stata avviata, in una modalità sperimentale, ad aprile 2009; a novembre 2009 è stata presentata e attivata ufficialmente, risultando quindi funzionante a pieno regime e aperta alle segnalazioni di tutti i medici di medicina generale che vogliono partecipare e dare il loro contributo.

Il sistema si basa sulla segnalazione spontanea e anonima di un evento (*incident*) inteso come accadimento connesso a un insuccesso, e prevede:

- una scheda per la segnalazione spontanea di un *incident*; questa deve essere compilata e inviata via internet utilizzando il sito [www.preveniamoilrischio.it](http://www.preveniamoilrischio.it);
- l'attribuzione di un codice, l'analisi della segnalazione e classificazione dell'errore/evento o *near miss* da parte del team di analisi SIMG;
- una classificazione degli eventi e delle loro cause al fine di catalogare e organizzare le informazioni e utilizzarle a fini formativi e di miglioramento organizzativo;

- un feedback per il medico segnalatore, attraverso un canale codificato anonimo, in una sezione specifica del sito, in cui viene riportata la sintesi dell'analisi del caso (errori prevalenti e concausali, aree critiche e azioni preventive); grazie al codice anonimo attribuito dal sistema, il medico segnalatore può rintracciare facilmente il caso segnalato.

Esaminiamo uno ad uno i cardini strutturali e organizzativi della rete.

## LA SEGNALAZIONE

Viene compilata e spedita online utilizzando una scheda a campi liberi per permettere la descrizione delle circostanze e degli eventi. Viene richiesto di riportare: le caratteristiche del paziente e del suo contesto, la descrizione dell'evento, gli operatori coinvolti, le cause determinanti e favoriti l'evento. Opzionalmente può essere indicata la provenienza della segnalazione (Regione, Asl). Non viene inserito il nome del segnalatore, né alcun riferimento che possa farlo identificare, per l'assoluta anonimità della segnalazione.

## IL CODICE DELLA SEGNALAZIONE

L'assegnazione di un codice è essenziale perché, visto che le segnalazioni sono anonime, il codice permette di identificare il caso segnalato all'atto del suo inserimento in rete e la relativa analisi. Viene utilizzato un codice a 6 cifre che è facilmente registrabile dal segnalatore, perché prende in considerazione, in successione di gruppi di due cifre, il mese, il giorno e l'ora della spedizione online della segnalazione (MM\_GG\_HH).

## LA CLASSIFICAZIONE E L'ANALISI

La segnalazione che giunge al responsabile del progetto viene inoltrata a tre *referee* appartenenti al gruppo di esperti che costituiscono il team di analisi. Utilizzando una tabella tassonomica che comprende diverse tipologie di errore con le relative specifiche, viene individuato l'errore determinante l'evento, secondo un criterio di tipo temporale, e gli errori concausali.

Vengono poi identificate le aree a rischio e viene inserito un commento sulle azioni preventive necessarie. Le principali tipologie di errore sono riportate nella Tabella IV.

## IL FEEDBACK

La nostra rete, pur se costruita in modo da far transitare esclusivamente segnalazioni di tipo anonimo, riesce a dare risposte singole per ogni

caso ricevuto, grazie al codice di segnalazione, rilevabile facilmente dal medico segnalatore. All'atto della ricezione, infatti, il sistema attribuisce in automatico mese, giorno e ora della segnalazione, e queste sei cifre costituiscono il codice della segnalazione. Come riportato sopra, viene pertanto individuato l'errore determinante l'evento e gli errori concausali, l'area a rischio in cui è maturato l'evento, o si è verificato il *near miss*, e vengono inserite indicazioni, o consigli, sulle azioni preventive da intraprendere per evitare il ripetersi dell'evento. Queste si basano su evidenze scientifiche (quando individuabili), su norme di buona pratica clinica, su riferimento a normativa vigente, secondo i casi.

Nella sezione [feedback](http://www.preveniamoilrischio.it) di [www.preveniamoilrischio.it](http://www.preveniamoilrischio.it) sono sempre poste in evidenza le ultime 10 segnalazioni pervenute e le relative analisi. Il team di esperti responsabile della gestione della rete produce poi report periodici sulla casistica degli errori classificati.

## INCIDENT REPORTING E FORMAZIONE

L'individuazione di aree gestionali critiche è, come affermato, utile per evidenziare necessità formative. Per questo motivo il progetto di *incident reporting* SIMG ha tra gli obiettivi principali la for-

mazione; per favorirla vengono utilizzati diversi strumenti.

Il feedback individualizzato e specifico per ogni segnalazione pervenuta fornisce indicazioni specifiche (misure preventive) rivolte al medico segnalatore, che riconosce l'analisi del suo caso grazie al codice anonimo, ma al tempo stesso la valutazione effettuata dal team dei *referee* è disponibile e fruibile da tutti coloro che accedono al sito web. Si tratta di una mini-formazione su aspetti specifici, che quando possibile riconduce i consigli a evidenze scientifiche.

Il sito [www.preveniamoilrischio.it](http://www.preveniamoilrischio.it) ha una specifica sezione "formazione" con accesso dalla home page, in cui vengono inseriti link ad articoli scientifici, a testi, a documenti e a presentazioni congressuali che trattano il tema della gestione del rischio clinico. I report periodici prodotti dal team di analisi si prefiggono di individuare le aree gestionali maggiormente critiche e gli errori più frequenti, con lo scopo di indicare le aree di intervento formativo più necessarie.

## DISCLOSURE

L'Autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria.

### PROGETTO INCIDENT REPORTING SIMG

**Responsabile:** Damiano Parretti, [parretti.damiano@simg.it](mailto:parretti.damiano@simg.it)

**Team di analisi:**

Giulio Corgatelli, [corgatelli.giulio@simg.it](mailto:corgatelli.giulio@simg.it)

Franco Magliozzo, [franco.magliozzo@alice.it](mailto:franco.magliozzo@alice.it)

Raffaella Michieli, [michieli.raffaella@simg.it](mailto:michieli.raffaella@simg.it)

Giorgio Carlo Monti, [monti.giorgio.carlo@simg.it](mailto:monti.giorgio.carlo@simg.it)

Damiano Parretti, [parretti.damiano@simg.it](mailto:parretti.damiano@simg.it)

Marzio Uberti, [uberti.marzio@simg.it](mailto:uberti.marzio@simg.it)

Maurizio Verducci, [verducci.maurizio@simg.it](mailto:verducci.maurizio@simg.it)

**Responsabile tecnico:** Iacopo Cricelli, [iacopo.cricelli@genomedics.it](mailto:iacopo.cricelli@genomedics.it)

**Come segnalare anonimamente un errore.** Entrare nella home page del sito [www.preveniamoilrischio.it](http://www.preveniamoilrischio.it), cliccare sulla sezione "Modulistica", poi cliccare su "Tabella per il medico segnalatore", compilare la scheda di segnalazione, cliccare infine su "Completa". La segnalazione viene così inviata.

## ■ BIBLIOGRAFIA

---

1. Ministero della Salute. Glossario per la sicurezza dei pazienti. 2006. Disponibile su: <http://www.ministerosalute.it/qualità/paginaInternaQualità.jsp?id=314&menu=sicurezza>
2. Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS-VRQ). Raccomandazioni sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti. Milano: SIQuAS, 2006. Disponibile su: [http://www.siquas.it/attachments/Documenti/Raccomandazioni/R\\_1RiskMan.pdf](http://www.siquas.it/attachments/Documenti/Raccomandazioni/R_1RiskMan.pdf).
3. Hoffmann B, Beyer M, Rohe J, Gensichen J, Gerlach FM. "Every error counts": a web-based incident reporting and learning system for general practice. *Qual Saf Health Care* 2008;17: 307-12

### CORRESPONDING AUTHOR

Dott. Damiano Parretti. E-mail: [parretti.damiano@simg.it](mailto:parretti.damiano@simg.it)