Il sistema di incident reporting in una struttura socio-sanitaria: risultati di un’esperienza di implementazione

L’articolo analizza il ruolo dell’incident reporting nei contesti socio-sanitari attraverso l’esperienza dell’ASP Golgi Redaelli di Milano. I dati del 2025 evidenziano come la segnalazione degli eventi possa favorire l’individuazione delle principali aree di rischio e dei fattori organizzativi sottostanti. L’esperienza mostra il potenziale dell’incident reporting come strumento di apprendimento organizzativo e miglioramento continuo della sicurezza delle cure.

Di Pasquale Coccaro *(Infermiere risk manager, Azienda Servizi alla Persona Golgi-Redaelli di Milano)*

Il contesto della sicurezza delle cure

La **sicurezza del paziente** rappresenta una priorità ineludibile per tutte le organizzazioni sanitarie moderne. Essa è il risultato degli sforzi coordinati volti a ridurre al minimo i rischi, affrontando e limitando il numero di incidenti che potrebbero avere un impatto negativo sulla salute delle persone assistite. Questa responsabilità coinvolge **sia gli operatori sanitari sia l’intera organizzazione**, chiamati ad adottare misure efficaci per ridurre il rischio di complicanze, infortuni e decessi attraverso l’applicazione di politiche di sicurezza nella pratica clinica (Pohlman et al., 2020).

La normativa italiana conferma questo principio, stabilendo che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività» (Legge n. 24, 2017). Il ruolo delle istituzioni sanitarie non si limita, quindi, alla cura delle malattie, ma comprende anche la tutela della salute delle persone. Per questo motivo, è essenziale un continuo processo di evoluzione e miglioramento dei sistemi e dei processi che costituiscono la base della pratica clinica e dell’assistenza ai pazienti (WHO, 2016).

I rischi operativi legati all’erogazione delle prestazioni sanitarie sono molteplici e comprendono, in primo luogo, quelli derivanti dal mancato rispetto di linee guida, protocolli, procedure e buone pratiche raccomandate dalla letteratura scientifica, essenziali per garantire il corretto funzionamento dei processi aziendali, nonché tutti i pericoli associati all’uso di sistemi, macchinari e tecnologie sanitarie.

Questi fattori possono avere ripercussioni negative sulla sicurezza del paziente. Inoltre, tra i rischi operativi rientrano anche quelli di natura legale, connessi alla responsabilità gestionale o a violazioni di normative, leggi e regolamenti. La responsabilità in ambito sanitario è strettamente collegata alla possibilità che si verifichi un danno, sia esso prevenibile o prevedibile, derivante dalla complessiva gestione del processo di cura in ogni sua fase, dalla diagnosi al trattamento, **inclusi i metodi e le attrezzature utilizzati**.

L’attenzione alla sicurezza è particolarmente cruciale per specifiche categorie vulnerabili, quali anziani e persone fragili, esposti a molteplici fattori di rischio che possono aumentare la probabilità di esiti avversi per la loro salute (Taylor & Hignett, 2021). **Le strutture socio-sanitarie**, come le Nursing Home o le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), sono strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, fornendo il necessario supporto a persone affette da patologie croniche. Queste strutture offrono supervisione 24 ore al giorno, cure infermieristiche, programmi di riabilitazione e

attività sociali. In Italia, tale definizione trova riscontro nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), strutture di tipo extraospedaliero e protette, che accolgono, in una forma di domicilio, l'anziano non più autosufficiente e nelle quali sono previste assistenza medica e infermieristica, assistenza di base alla persona, riabilitazione e supporto sociale (DPR 14 gennaio 1997).

Il presente articolo si propone di analizzare in profondità il **sistema di incident reporting**, tecnica quantitativa di gestione del rischio, nei contesti socio-sanitari, idealmente utilizzato come parte di una strategia globale di miglioramento della sicurezza e della qualità (Institute of Medicine, 2006), con l'obiettivo finale di migliorare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria e affrontare, nel miglior modo possibile, le sfide organizzative collegate alla gestione di pazienti fragili e vulnerabili, al fine di:

- delineare le principali barriere che ostacolano la segnalazione, con particolare attenzione al personale dell'équipe socio-sanitaria;
- esaminare l'efficacia della tecnica nel rilevare gli eventi sfavorevoli e nel promuovere **l'apprendimento organizzativo**;
- esplorare strategie pratiche per trasformare i sistemi di segnalazione in motori di cambiamento culturale e miglioramento della sicurezza.

L'esperienza di una struttura di **grandi dimensioni** operante nel contesto socio-sanitario del territorio milanese, come l'ASP "Golgi Redaelli", offre una testimonianza concreta di come un sistema di incident reporting, ben progettato e non confinato esclusivamente a far emergere gli errori, possa diventare un vero strumento di apprendimento organizzativo e di comprensione profonda dei processi di cura. Il numero di segnalazioni, l'analisi dei fattori alla base dei singoli eventi e la conseguente revisione del profilo di rischio dimostrano la capacità dell'organizzazione di compiere il passaggio fondamentale **da una mera raccolta di dati a un'analisi sistemica**, orientata alla prevenzione e al miglioramento continuo della sicurezza e della qualità delle cure.

Sistematicità e accessibilità dell'errore nei suoi diversi gradi di giudizio

La comprensione della **natura sistematica dell'errore umano** e dei suoi differenti gradi di accessibilità è un aspetto fondamentale per la progettazione di efficaci strategie di prevenzione e di sistemi di incident reporting. L'errore non è un fenomeno casuale, ma segue traiettorie che dipendono dal livello di controllo cognitivo esercitato dall'operatore e dal contesto in cui l'azione si svolge.

La letteratura distingue l'errore in due macro-categorie: **errori di esecuzione** ed **errori di pianificazione**. Gli errori di esecuzione comprendono, a loro volta, gli slips (detti anche scivoloni) e i lapses (lapsus o fallimenti di memoria). Si tratta di casi nei quali l'intenzione e il piano d'azione sono corretti, ma l'esecuzione devia dal piano oppure si verifica un'omissione dovuta a un cedimento della memoria (Reason, 1979; Norman, 1986). Sono errori collegati alla prestazione, spesso associati a compiti altamente automatizzati e routinari, eseguiti in contesti ben conosciuti, nei quali l'attenzione può essere facilmente "sequestrata" da eventi distraenti (Reason, 1979; Norman, 1986).

Gli errori di pianificazione, noti come mistakes, fanno invece riferimento a una categoria di errore qualitativamente diversa rispetto agli slips e ai lapses. **Si verificano nella fase in cui viene definito l'obiettivo e pianificata l'azione necessaria al suo raggiungimento.** Possono essere definiti come deficit o fallimenti dei processi di giudizio coinvolti nella scelta di un obiettivo o nell'individuazione dei mezzi necessari al suo raggiungimento, indipendentemente dal fatto che le azioni derivanti da questo schema decisionale vengano successivamente eseguite secondo il piano o meno (Reason, 1990).

In tutti i casi, la rilevazione dell'errore può avvenire attraverso **tre canali principali**: l'autocontrollo della persona, i segnali provenienti dall'ambiente che rendono evidente la deviazione oppure l'intervento di un'altra persona che la rende esplicita (Reason, 1979).

Tabella 1. Classificazione dei tipi di errore primario in relazione agli stadi cognitivi nei quali si manifestano (Reason, 1990)

STATO COGNITIVO	TIPOLOGIA DI ERRORE PRIMARIO
PIANIFICAZIONE	Mistakes
IMMAGAZZINAMENTO	Lapses
ESECUZIONE	Slips

Fonte: Rielaborazione degli autori

Se Reason ha posto l'accento sulla distinzione tra errori di esecuzione e di pianificazione nella vita quotidiana, è con i lavori di Jens Rasmussen (1983) che lo studio **dell'errore umano** compie un salto di qualità, offrendo interpretazioni nuove e particolarmente adatte ai contesti ad alto rischio.

Rasmussen non si limita a classificare l'errore, ma lo inserisce in una cornice più ampia, che tiene conto dell'ambiente, del compito e del livello di esperienza dell'operatore. La sua analisi si concentra principalmente su errori più gravi, commessi durante situazioni di emergenza dai supervisori addetti al controllo di siti industriali ad alto rischio, come impianti nucleari o chimici. A partire da questa impostazione è stato possibile distinguere **tre livelli della prestazione**:

- **ERRORI SKILL-BASED** (errori basati sulle abilità): si verificano quando l'operatore agisce in maniera automatizzata, facendo affidamento su una routine che, in condizioni ordinarie, dovrebbe consentire il raggiungimento del risultato atteso;
- **ERRORI RULE-BASED** (errori basati su regole): si verificano quando l'operatore si trova di fronte a una situazione che riconosce come familiare o comunque classificabile all'interno del proprio repertorio di procedure;
- **ERRORI KNOWLEDGE-BASED** (errori basati sulla conoscenza): emergono in situazioni nuove o altamente complesse, per le quali l'operatore non dispone di regole o procedure stabilite preliminarmente. L'operatore deve quindi fare affidamento **sull'analisi consapevole della situazione** e sulle proprie conoscenze di base, per costruire successivamente un piano d'azione adeguato.

Le violazioni nella prospettiva del risk management

Le **violazioni** rappresentano un aspetto particolarmente delicato nella gestione del rischio clinico, poiché non possono essere considerate alla stessa stregua degli errori involontari né essere automaticamente ricondotte a comportamenti dolosi. Per comprenderle correttamente, è necessario distinguere **l'intenzionalità della deviazione dall'intenzionalità del danno** e valutare il comportamento dell'operatore all'interno del contesto organizzativo e delle condizioni reali di lavoro. Una violazione può infatti essere definita come un allontanamento deliberato da una procedura, da una regola o da uno standard, senza che ciò implichi necessariamente la volontà di arrecare un danno al paziente (Reason, 1990; Amalberti et al., 2006).

La letteratura evidenzia inoltre come le violazioni non costituiscano un fenomeno uniforme, ma possano assumere caratteristiche diverse in relazione alle motivazioni dell'operatore, alla frequenza con cui si verificano, al grado di accettazione all'interno del gruppo di lavoro e al contesto nel quale si sviluppano. Le violazioni procedurali possono

dipendere non solo da scelte individuali, ma anche da pressioni situazionali e organizzative che rendono difficile o, talvolta, poco funzionale il rispetto rigoroso delle regole (Lawton, 1998). In questo contesto incidono anche il tipo di indicazione, la natura dell'attività e le condizioni sociali e organizzative in cui il lavoro viene svolto. In ambito sanitario, in particolare, l'applicazione delle procedure può richiedere un certo margine di flessibilità, che in alcune situazioni è previsto o comunque tollerato (Amalberti et al., 2006).

Alcune violazioni possono così diventare routinarie e inserirsi progressivamente nella pratica quotidiana, mentre altre possono rappresentare adattamenti consapevoli alle esigenze effettive del lavoro, avvicinandosi al concetto di **violazione ragionata**. Quando una deviazione si ripete nel tempo senza determinare conseguenze immediate, può essere progressivamente accettata fino a diventare una modalità abituale di comportamento.

Il modello di Rasmussen , successivamente sviluppato da Amalberti, descrive questo processo come una progressiva migrazione del sistema verso i confini della sicurezza, favorita dalle pressioni sulla performance, dalle esigenze di adattamento, dalla disponibilità delle risorse e dai vantaggi percepiti associati alla deviazione. In questo percorso assumono particolare importanza le **Borderline Tolerated Conditions of Use (BTCUs)**, cioè condizioni operative nelle quali scorciatoie e deviazioni vengono gradualmente tollerate perché consentono di raggiungere più facilmente gli obiettivi, ridurre i tempi o utilizzare in modo più efficiente le risorse, pur avvicinando il sistema ai limiti della sicurezza.

Diversa è la situazione in cui l'operatore continua consapevolmente ad adottare comportamenti ad **alto rischio**, superando i limiti della pratica sicura: in questi casi, la condotta può assumere caratteristiche "reckless", con una maggiore probabilità di danno e la possibile necessità di interventi correttivi o disciplinari (Amalberti et al., 2006). Per questo motivo, nell'ambito della gestione del rischio clinico, l'individuazione di una violazione non dovrebbe portare immediatamente all'attribuzione di una responsabilità individuale, ma dovrebbe rappresentare il punto di partenza per un'analisi più approfondita delle motivazioni, della frequenza della deviazione, della sua diffusione nel gruppo, del livello di tolleranza organizzativa, dell'effettiva applicabilità delle procedure e delle condizioni operative che possono averla favorita.

Tabella 2. Classificazione e logica delle violazioni

VIOLAZIONE	CONCETTO	NELLA LOGICA DEL RISK MANAGEMENT
DEVIAZIONE DELIBERATA	La violazione è una deviazione intenzionale rispetto a una regola, procedura o standard. L'intenzionalità riguarda la deviazione, non necessariamente il danno.	Consente di distinguere la violazione dall'errore non intenzionale e impedisce di assimilare automaticamente ogni violazione a colpa grave o dolo.
VIOLAZIONE ROUTINARIA	Deviazione ripetuta nel tempo che, in assenza di conseguenze immediate, tende a diventare abituale e poco visibile agli operatori e ai responsabili.	Richiede di indagare la normalizzazione della devianza e l'eventuale tolleranza del gruppo o del management, non solo il comportamento del singolo.
ADATTAMENTO RAGIONATO ALLA SITUAZIONE REALE	La deviazione può costituire un adattamento consapevole alle richieste concrete del lavoro, soprattutto quando regole e condizioni operative entrano in conflitto.	Può essere vicina al concetto di "violazione ragionata". Occorre verificare se la procedura sia applicabile, aggiornata e coerente con il lavoro reale.
NORMALIZZAZIONE DELLA DEVIANZA	Una deviazione inizialmente eccezionale, se ripetuta senza danno e socialmente accettata, può trasformarsi progressivamente nella prassi ordinaria.	È un segnale di rischio organizzativo: la prassi reale può essersi allontanata dallo standard senza che il sistema la percepisca più come anomala.
BORDERLINE TOLERATED CONDITIONS OF USE (BTCUs)	Condizioni di utilizzo borderline nelle quali deviazioni e scorciatoie risultano tollerate	Indicano una migrazione del sistema verso i confini della sicurezza. Devono essere

	perché aumentano la performance, riducono tempi o costi e sembrano avere una probabilità di danno accettabile.	intercettate con osservazione delle pratiche, audit, confronto tra operatori e management.
VIOLAZIONE ESTREMA O RECKLESS	Condotta intenzionalmente deviante che supera progressivamente i limiti della pratica sicura e può determinare pericolo concreto o danno al paziente.	Richiede una valutazione differenziata rispetto alle deviazioni adattive o routinarie. In presenza di condotte reckless possono rendersi necessari interventi correttivi, gestionali o disciplinari.

Fonte: Amalberti et al., 2006

Materiali e metodi

È stata effettuata una **revisione bibliografica preliminare** nelle banche dati PubMed, Embase e CINAHL. La ricerca iniziale è stata condotta con l'obiettivo di analizzare la letteratura internazionale, con particolare riferimento all'utilizzo dei **sistemi di segnalazione degli incidenti** e alle forme di errore associate ai fattori di innesco. La ricerca è stata successivamente ampliata ai contesti di cura a bassa intensità sanitaria, ma contraddistinti da **elevata ripetitività assistenziale**, come le Nursing Home. La disponibilità di full text in lingua inglese non ha influito sui criteri di inclusione ed esclusione. L'indagine, inoltre, si è focalizzata anche su quesiti di ricerca non strettamente specifici rispetto al tema principale.

L'incident reporting nei contesti socio-sanitari: l'esperienza dell'asp "Golgi Redaelli"

Un contributo fondamentale alla definizione del perimetro concettuale e pratico in cui si colloca l'**incident reporting** proviene dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce un incidente come «qualsiasi deviazione dalle cure abituali che comporti un rischio di danno o causi un danno al paziente, includendo errori, eventi avversi prevenibili e situazioni di pericolo» (WHO, 2005). Questa definizione è particolarmente rilevante perché amplia il campo di osservazione oltre il danno evidente, includendo anche i **near misses** (quasi incidenti), in linea con i modelli sistemici dell'errore discussi in precedenza.

Vincent (2007) ha definito i sistemi di incident reporting come un investimento importante per le organizzazioni, la cui efficacia è strettamente collegata a una solida **cultura della sicurezza**, sostenuta da doveri etici e da scelte economicamente razionali per la sostenibilità dei sistemi sanitari. Ciò assume particolare rilevanza nei contesti di cura rivolti a pazienti fragili e cronici, come quelli socio-sanitari, nei quali la complessità assistenziale e la vulnerabilità dell'utenza **moltiplicano le opportunità di errore e le relative ricadute**.

L'analisi dei dati provenienti da contesti operativi reali è fondamentale non solo per validare le evidenze della letteratura, ma anche per testare l'applicabilità pratica dei modelli teorici di gestione del rischio. In questa sede si presentano i risultati dell'attività di incident reporting condotta nel corso del 2025 dall'Azienda di Servizi alla Persona (ASP) "Golgi Redaelli" di Milano, una realtà complessa che opera in tre distinti istituti — Milano, Vimodrone e Abbiategrasso — e che ha adottato un **sistema strutturato di gestione del rischio clinico**, coerente con le caratteristiche dell'utenza ricoverata nelle diverse unità d'offerta accreditate, quali Cure Intermedie, Hospice e Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

Nel corso del 2025 sono pervenute complessivamente **198 segnalazioni di incident reporting**, distribuite nei tre istituti aziendali: 36 ad Abbiategrasso, 61 a Vimodrone e 101 a Milano.

Tabella 3. Numero segnalazioni incident reporting 2025 aziendali nei 3 istituti

ISTITUTO	NUMERO SEGNALAZIONI	%
ABBIATEGRASSO	36	19%
VIMODRONE	61	30%
MILANO	101	51%
TOTALE	**198**	100%

Fonte: Rielaborazione degli autori

Il numero complessivo delle segnalazioni risulta significativamente superiore rispetto a quanto rilevato nel 2024 (140 segnalazioni), confermando l'efficacia della costante attività formativa e di sensibilizzazione promossa nelle tre strutture. Questo dato è in linea con quanto osservato in letteratura: in un contesto caratterizzato da una **cultura della sicurezza in via di sviluppo**, un aumento delle segnalazioni non indica necessariamente un peggioramento della qualità delle cure, ma può rappresentare il segnale di una maggiore consapevolezza del personale e di una maggiore fiducia nei sistemi di reporting. Questi ultimi costituiscono infatti una delle strategie più diffuse per il **miglioramento della sicurezza dei pazienti** e della qualità delle prestazioni (Vincent, 2007; Macrae, 2016).

La comprensione teorica dei **meccanismi dell'errore** trova riscontro in studi condotti su larga scala che hanno analizzato le cause profonde degli eventi avversi in ambito sanitario. Un contributo fondamentale in questa direzione proviene dal *Quality in Australian Health Care Study* (QAHCS), i cui risultati offrono una tassonomia delle cause di errore e delle corrispondenti strategie di prevenzione di notevole utilità operativa (Wilson et al., 1999).

L'analisi delle cause di errore condotta nello studio australiano evidenzia una distribuzione coerente con la **distinzione tra errori di esecuzione ed errori di pianificazione** discussa in precedenza.

Tabella 4. Tassonomia delle cause di errore e delle corrispondenti strategie di prevenzione

CAUSE DI ERRORI	%
Fallimento nell'esecuzione pratica di una procedura	34,6%
Incapacità di sintetizzare, decidere e/o agire sulla base delle informazioni disponibili	15,8%
Omissione e/o pianificazione di un'indagine clinica	11,8%
Assenza di cura, attenzione o assistenza al paziente	10,9%
Altro	26,9%
STRATEGIE DI PREVENZIONE	%
Implementazione di nuovi protocolli e miglioramenti di quelli esistenti	23,7%
Controllo e monitoraggio dei processi	21,2%
Istruzione e formazione	19,2%
Consultazione di figure esperte (specialisti)	10,5%
Migliore accesso alle informazioni	3,6%
Miglioramento delle procedure e dei protocolli di dimissione	3,3%
Miglioramenti organizzativi	2,4%
Modifica della cultura organizzativa	2,1%
Maggiore dotazione del personale	1,9%
Maggiori dotazione di attrezzature/risorse	0,6%
Strategia non identificabile ("Don't know")	9,2%
Altro	2,3%

Fonte: Rielaborazione degli autori su Wilson et al., 1999.

La costruzione di un sistema di incident reporting efficace non può prescindere da una chiara **classificazione degli eventi da rilevare**. La letteratura di riferimento distingue gli eventi in near miss, evento avverso ed evento sentinella. Il near miss (quasi evento) è definito come un errore che avrebbe potuto causare un danno ma non lo ha fatto, grazie al caso o a un intervento che ha determinato una sorta di barriera (Reason, 1997). Si tratta di una categoria particolarmente rilevante perché, come osservato da Reason, i near miss rappresentano **finestre privilegiate per osservare le vulnerabilità del sistema** prima che queste producano effetti negativi. La loro rilevazione è importante in quanto essi sono statisticamente molto più frequenti degli eventi avversi e offrono opportunità di apprendimento a basso costo in termini di danno al paziente.

L'evento avverso, invece, è definito dal Ministero della Salute come «un evento inatteso correlato al processo assistenziale che ha comportato un danno al paziente, non necessariamente dovuto a un errore, ma inclusivo anche degli eventi dovuti a complicanze» (Ministero della Salute, 2011). All'interno di questa categoria, una sottoclasse particolarmente critica è rappresentata dagli **eventi sentinella**. In un'ottica di risk management, un evento sentinella in una struttura sanitaria è da considerarsi un «particolare tipo di indicatore la cui soglia di allarme è 1. Basta, cioè, che si verifichi una sola volta perché si renda necessaria un'indagine interna volta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero in futuro essere corretti» (JCAHO, 2001). Si tratta di eventi di particolare gravità, come la morte o un danno debilitante e permanente, che impongono un'analisi immediata e approfondita delle cause sottostanti.

L'esperienza dell'ASP "Golgi Redaelli" si inserisce in questo quadro concettuale, adottando un sistema di rilevazione che include **sia i near miss sia gli eventi avversi e gli eventi sentinella**, classificati secondo una tassonomia dei rischi specificamente sviluppata per il contesto socio-sanitario. La tabella seguente riporta la distribuzione delle 198 segnalazioni pervenute nel 2025. Le segnalazioni non direttamente collegate ai rischi correlati al settore socio-sanitario sono state catalogate nella voce "altro".

Tabella 5. Segnalazioni incident reporting 2025 aziendali collegate ai rischi correlati al settore socio-sanitario

TIPOLOGIA	NUMERO	%
GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	67	33,8%
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	6	3%
CADUTE	21	10,7%
LESIONI DA PRESSIONE	8	4%
MALNUTRIZIONE	1	0,5%
DISIDRATAZIONE	1	0,5%
GESTIONE DELLA DISFAGIA	5	2,5%
DANNO DA CONTENZIONE FISICA	6	3%
TRAUMI DA MOVIMENTAZIONE	22	11,1%
ALLONTANAMENTO INCONSAPEVOLE	14	7,7%
ALTRO	47	23,7%
TOTALI	198	100%

Fonte: Rielaborazione degli autori

Le 67 segnalazioni (33,8%) relative alla gestione della terapia farmacologica **confermano quest'ultima come l'area a maggior rischio** anche in ambito socio-sanitario. Si tratta di un tema di particolare complessità, poiché il processo del farmaco si articola in diverse fasi strettamente collegate, ciascuna delle quali rappresenta un potenziale momento di errore: approvvigionamento, prescrizione, trascrizione, preparazione, somministrazione, monitoraggio degli effetti, stoccaggio e conservazione. La frammentazione di questo processo moltiplica le possibilità di errore, soprattutto quando l'organizzazione non si avvale di procedure rigorose e altamente standardizzate. La rilevanza di questo dato è strettamente correlata alle

caratteristiche della popolazione assistita. **La complessità dei regimi farmacologici** sottolinea infatti i rischi legati all'uso di farmaci potenzialmente inappropriati, alle interazioni farmacologiche e alle frequenti modifiche delle forme di dosaggio orale solide, effettuate per facilitare la somministrazione nei residenti con difficoltà di deglutizione o deficit cognitivi.

Completano il quadro delle segnalazioni i traumi da movimentazione, con 22 segnalazioni (11,1%), le cadute, con 21 segnalazioni (10,6%), l'allontanamento inconsapevole, con 14 segnalazioni (7,7%), le lesioni da pressione, con 8 segnalazioni (4%), le infezioni correlate all'assistenza, con 6 segnalazioni (3%), il danno da contenzione fisica, con 6 segnalazioni (3%), la gestione della disfagia, con 5 segnalazioni (2,5%), la malnutrizione, con 1 segnalazione (0,5%), e la disidratazione, con 1 segnalazione (0,5%).

Nella categoria "Altro" (23,7%) confluiscono segnalazioni non direttamente riconducibili alle tipologie di rischio del settore socio-sanitario sopra elencate, ma comunque meritevoli di attenzione e approfondimento. Si tratta di segnalazioni che, in gran parte, fanno riferimento ad aspetti organizzativi e gestionali, al lavoro d'équipe e alle dinamiche relazionali, alla gestione della documentazione socio-sanitaria e a disservizi minori.

Uno dei punti di forza del sistema di incident reporting adottato dall'ASP "Golgi Redaelli" risiede nella sua capacità di andare oltre la mera registrazione dell'evento, estendendo l'indagine ai cosiddetti **elementi triggering** (fattori scatenanti o contribuenti). Questo approccio, in linea con il modello sistemico dell'errore (Reason, 1997), consente di mettere in evidenza le problematiche riguardanti il personale e gli elementi di sistema che hanno contribuito al verificarsi dell'evento, distinguendo tra **errori attivi e condizioni latenti**.

È importante precisare che la rilevazione di questi elementi si basa sulla percezione del segnalante, il quale compila la scheda di segnalazione, online o cartacea, in forma anonima e volontaria. I dati riportati rappresentano quindi una lettura personale di quanto accaduto e dei fattori che, secondo il segnalante, hanno contribuito all'evento. La percezione di chi segnala costituisce un'informazione preziosa, ma è inevitabilmente soggettiva e può pertanto risentire di bias. Di conseguenza, questi dati non devono essere interpretati come una fotografia oggettiva della realtà, ma come un primo input che necessita di una successiva verifica approfondita, ad esempio attraverso interviste, analisi della documentazione o riunioni d'équipe, finalizzate ad approfondire le cause che hanno prodotto l'evento.

Inoltre, la compilazione dei campi relativi agli elementi triggering non è obbligatoria e, in alcuni casi, il segnalante può omettere di fornire tali informazioni. I dati che seguono, pertanto, si riferiscono al **numero di risposte effettivamente pervenute** per ciascuna voce.

Tabella 6. Elementi triggering legati al personale

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL PERSONALE	SI	NO
Violazione nell'eseguire Istruzioni/Procedure/Protocolli	160	25
Inadeguate Conoscenze/Esperienze	85	12
Fatica/Stress	145	31
Scarso lavoro di gruppo	48	21

Fonte: Rielaborazione degli autori

I dati della Tabella 5 evidenziano **fattori di stress e criticità organizzative significative** che incidono sul personale. In 160 casi su 185 segnalazioni è stata rilevata una "violazione nell'eseguire istruzioni/procedure/protocolli". È fondamentale interpretare questo dato con cautela e in un'ottica sistemica. La violazione di una procedura non deve essere letta esclusivamente come una mancanza individuale, ma anche come **espressione di criticità del sistema organizzativo**. Le

procedure potrebbero infatti essere percepite come inadeguate, eccessivamente complesse, in contrasto con i carichi di lavoro reali oppure semplicemente obsolete.

La fatica e lo stress sono segnalati come **fattori contribuenti** in 145 casi su 176, mentre le inadeguate conoscenze o esperienze sono riportate in 85 casi su 97. Lo “scarso lavoro di gruppo”, segnalato in 48 casi su 69 rispondenti, completa un quadro nel quale emerge una **percezione di insufficiente supporto da parte dell’équipe di lavoro**.

Tabella 7. Elementi triggering legati al sistema

ELEMENTI TRIGGERING LEGATI AL SISTEMA	SI	NO
Staff Inadeguato/Insufficiente	96	7
Addestramento/Inserimento inappropriato	51	91
Elevato turn over	8	140
Scarsa continuità assistenziale	63	22
Protocollo/Procedura inesistente o con delle lacune	5	154
Mancato coordinamento	96	52
Deficit/Assenza comunicativa o utilizzo improprio delle informazioni	138	16
Ambiente inadeguato	0	154

Fonte: Rielaborazione degli autori

L’analisi dei fattori di sistema evidenzia le possibili **vulnerabilità organizzative**. Il deficit o l’assenza di comunicazione, così come l’utilizzo improprio delle informazioni, emerge come il fattore critico più rilevante, con 138 risposte affermative su 154. Questo dato conferma il ruolo centrale della comunicazione tra i fattori di sistema associati agli eventi segnalati. La mancanza di una comunicazione chiara, tempestiva ed efficace tra i membri del team, tra turni diversi o tra operatori e familiari può infatti creare i presupposti per fraintendimenti, omissioni e, in ultima analisi, **eventi avversi**.

Altri fattori sistemici di particolare rilevanza includono lo staff inadeguato o insufficiente (96 su 103), il mancato coordinamento tra gli operatori dell’équipe multidisciplinare (96 su 148) e la scarsa continuità assistenziale (63 su 85). L’assenza di segnalazioni relative all’“ambiente inadeguato” (0 su 154) potrebbe riflettere una sostanziale adeguatezza delle strutture, ma anche una minore sensibilità del personale nel ricondurre gli eventi a fattori ambientali oppure la percezione che tali fattori siano difficilmente modificabili e, quindi, meno suscettibili di segnalazione.

Un dato apparentemente controintuitivo riguarda **l’elevato turnover** (8 su 148) e i “protocolli inesistenti o con lacune” (5 su 154), che registrano un numero molto basso di risposte affermative. Questo risultato potrebbe dipendere da diversi fattori: una reale stabilità del personale e un’adeguatezza percepita dei protocolli oppure, come ipotizzato in precedenza, dalla presenza di **bias informativi**.

Cosa ci insegna l’esperienza di Golgi Redaelli

L’esperienza maturata dall’ASP “Golgi Redaelli” offre una testimonianza significativa di come un sistema di incident reporting, se ben progettato e supportato da una costante attività formativa, possa diventare uno strumento efficace di **apprendimento organizzativo** anche in contesti complessi come le strutture socio-sanitarie. L’aumento delle segnalazioni registrato nel 2025 (+41% rispetto all’anno precedente) non va interpretato come un peggioramento della qualità delle cure, ma piuttosto come il segnale di una maggiore consapevolezza del personale e di una crescente fiducia in un sistema percepito come meno punitivo e maggiormente orientato al miglioramento (Vincent, 2007).

L'analisi dei dati conferma che i rischi correlati al settore socio-sanitario — gestione della terapia farmacologica, cadute, traumi da movimentazione, allontanamento inconsapevole, lesioni da pressione, ecc. — rappresentano **aree di vulnerabilità** sulle quali concentrare gli sforzi di prevenzione. L'adozione di un modello di analisi ha consentito di andare oltre la mera registrazione dell'evento, intercettando fattori sistemici, quali i deficit comunicativi e il mancato coordinamento, che rappresentano aspetti rilevanti sui quali l'organizzazione può intervenire in maniera consapevole.

Il presente lavoro presenta alcuni limiti che è opportuno esplicitare. In primo luogo, l'analisi è stata circoscritta a una singola struttura socio-sanitaria, seppure complessa e articolata in più istituti. I dati raccolti risentono inevitabilmente di dinamiche organizzative, valori e modalità operative specifiche che differenziano l'ASP "Golgi Redaelli" da altre realtà socio-sanitarie, limitando pertanto la **generalizzabilità dei risultati**. In secondo luogo, la letteratura reperita non ha sempre consentito un confronto puntuale, a causa delle differenze tra i contesti socio-sanitari, demografici e politici dei diversi Paesi, anche all'interno della stessa Unione Europea. Infine, l'utilizzo della sola statistica descrittiva non ha consentito di individuare correlazioni o inferenze dotate di significatività statistica, lasciando inesplorate alcune possibili relazioni tra le variabili esaminate.

Va inoltre segnalato che, per ragioni di scorrevolezza e per non appesantire la lettura, non sono stati approfonditi i dieci rischi specifici del settore socio-sanitario contemplati nella scheda aziendale di incident reporting. Tale scelta, se da un lato ha garantito una maggiore fluidità del testo, dall'altro ha limitato la possibilità di offrire un quadro analitico completo di ciascuna tipologia di rischio.

Nonostante questi limiti, il lavoro offre un contributo al dibattito sulla gestione del rischio nei contesti di cura socio-sanitari, nei quali l'incident reporting non può essere una semplice trasposizione dei modelli ospedalieri, ma deve concentrarsi sulle **specifiche vulnerabilità degli assistiti**, sulle dinamiche del personale di cura e sulla complessità organizzativa propria di questo tipo di struttura.

Solo in questo modo sarà possibile **favorire il cambiamento e il miglioramento continuo della qualità delle cure**.

BIBLIOGRAFIA

Amalberti R., Vincent C., Auroy Y., de Saint Maurice G. (2006), *Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management*, in Quality & Safety in Health Care, 15(Suppl. 1), pp. i66-i71.

Institute of Medicine (2006), *The Future of Drug Safety: Promoting and Protecting the Health of the Public*, National Academies Press.

Macrae C. (2016), *The problem with incident reporting*, in BMJ Quality & Safety, 25(2), pp. 71-75.

Ministero della Salute (2011), *Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità*, giugno.

Norman D.A., Draper S.W., a cura di, (1986), *User Centered System Design: New Perspectives on Human-Computer Interaction*, Lawrence Erlbaum Associates.

Pohlman K.A., Salsbury S.A., Funabashi M., Holmes M.M., Mior S. (2020), *Patient safety in chiropractic teaching programs: a*

mixed methods study, in Chiropractic & Manual Therapies, 28, 50.

Rasmussen J. (1983), *Skills, rules, and knowledge; signals, signs, and symbols, and other distinctions in human performance models*, in IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics, 13(3), pp. 257-266.

Reason J. (1997), *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Ashgate.

Taylor E., Hignett S. (2021), *DEEP SCOPE: A framework for safe healthcare design*, in International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(15), 7780.

Vincent C. (2007), *Incident reporting and patient safety*, in BMJ, 334(7584), p. 51.

Wilson R.M., Harrison B.T., Gibberd R.W., Hamilton J.D. (1999), *An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study*, in The Medical Journal of Australia, 170(9), pp. 411-415.

World Health Organization (2016), *Global Consultation: Setting Priorities for Global Patient Safety*, World Health Organization.