PuntoSicuro

ARTICOLO DI PUNTOSICURO

Anno 26 - numero 5634 di Mercoledì 05 giugno 2024

Incident reporting: l'importanza della segnalazione degli incidenti

Una tesi di laurea si sofferma sull'utilizzo dello strumento di incident e near misses reporting. Focus sulla just culture, sulla gestione del sistema di segnalazione, sugli strumenti di reporting e sulla root cause analysis.

Brescia, 5 Giu ? La ***just culture*** è un concetto che, nato nel mondo anglosassone, identifica una moderna cultura della sicurezza che è "fondata su un approccio positivo, diametralmente opposto quello della ***blame culture***" (cultura della colpa). Secondo questa cultura ci si "deve chiedere 'che cosa' (non più "chi") all'interno del setting organizzativo ha permesso al lavoratore di trovarsi in una situazione che ha condotto all'errore". Un cambiamento di visione che "sposta l'attenzione dalla ricerca del colpevole all'analisi sistemica".

A parlare in questi termini, soffermandosi in particolare sulla segnalazione e analisi degli eventi avversi (incidenti, infortuni, near miss, ...) per migliorare la prevenzione, è la tesi di laurea "**La sicurezza condivisa. L'utilizzo dello strumento di incident e near misses reporting**" elaborata, nell'anno accademico 2018/2019, da **Fabiana Faraone** per il Corso di Laurea interateneo in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (Università degli studi di Udine, Università degli studi di Trieste). Una tesi che è stata premiata all'edizione 2020 del "**Premio tesi di laurea nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro e sostenibilità**" organizzato dalla Fondazione AiFOS.

La tesi, già presentata dal nostro giornale, vuole favorire la possibilità di implementare Sistemi di Gestione della Sicurezza sul Lavoro, sulla base delle indicazioni della UNI ISO 45001:2018, anche all'interno di piccole o medie aziende e si sofferma, in particolare, sull'utilizzo dello strumento di **Incident Reporting** (IR), utile per analizzare gli eventi indesiderati", i near miss e le anomalie, "allo scopo di prevenirli".

Torniamo a parlare oggi del **sistema di *incident reporting*** (IR) che è "uno strumento particolarmente utile nella fase di identificazione e analisi del rischio (Dossier Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, 86-2003) con particolare riferimento anche ai seguenti argomenti:

- Just culture, cultura della segnalazione e strumenti di reporting
- Sistema di segnalazione, root cause analysis e guide operative
- Applicazioni concrete e utilizzo dello strumento di incident reporting

Pubblicità
<#? QUI-PUBBLICITA-SCORM1-[ELAI02] ?#>

Just culture, cultura della segnalazione e strumenti di reporting

La tesi indica che "concetti quali **cultura giusta** e **cultura della segnalazione** sono parti integranti della cultura della sicurezza dei sistemi organizzativi complessi, sono approcci che si ritrovano soprattutto in quelle organizzazioni definite resilienti".

E in questo senso "è evidente come lo **strumento di reporting** sia un metodo efficace per far circolare le informazioni, riportando errori e quasi incidenti che consentono al sistema di apprendere, da ciò che è stato segnalato in precedenza, prima di incorrere in danni di maggiore gravità. Si tratta, infatti, di agire con risposte forti a segnali deboli".

Infatti "un'accurata indagine porta all'identificazione di tutti quelle condizioni latenti che hanno dato origine all'evento inatteso".

Si indica poi che la **segnalazione di incidenti** e near miss "potrebbe venire considerata come bagaglio esperienziale vissuto da qualche operatore all'interno dell'organizzazione e da condividere con tutti gli altri, non solo sotto forma di discussione tra pari, ma anche effettuando simulazioni che siano in grado di riprodurre la situazione di rischio o l'incidente". E l'abitudine degli operatori al reporting "permette di superare la cosiddetta '**normalizzazione della devianza**', ovvero la lenta trasformazione di una violazione occasionale in una violazione costante, invisibile e condivisa a livello sistemico" che porta poi all'incidente.

In una "**cultura della giustizia**" si indica poi che l'organizzazione "deve essere coinvolta nella sua totalità, le persone devono essere incoraggiate e persino premiate se forniscono informazioni per il mantenimento della sicurezza. Con questo spirito gli operatori si sentono liberi di segnalare i problemi senza dover incorrere in ritorsioni o punizioni immeritate, favorendo lo sviluppo di sensibilità e consapevolezza nei confronti delle potenziali condizioni di rischio (segnali deboli)".

Sistema di segnalazione, root cause analysis e guide operative

La tesi si sofferma su alcune riflessioni a proposito della **gestione del sistema di segnalazione**.

Ad esempio si indica che nella progettazione di un sistema di segnalazione, "oltre alla sensibilizzazione dei lavoratori in merito all'importanza dello strumento, si dovrà valutare a chi far arrivare le informazioni ottenute. In alcune organizzazioni, la gestione dei report è di competenza dei diretti superiori". Tuttavia questa scelta "può comportare alcuni effetti spiacevoli", ad esempio "la difficoltà di rendere anonime le segnalazioni anche se sul report non è presente alcun nominativo; il manifestarsi di ricadute negative immediate in quanto un manager scontento può interferire con le possibilità di carriera dei reporter; il mancato utilizzo delle informazioni soprattutto nel caso in cui i diretti superiori siano parte attiva nella creazione del problema".

Si indica poi che una caratteristica che porta ad un uso efficace dello strumento di segnalazione "è sicuramente la **garanzia di confidenzialità**, sostanzialmente diversa dal concetto di anonimità. Utilizzando quest'ultima modalità, il soggetto che 'riporta' rimane sconosciuto". Ma risulta "evidente il punto di caduta legato a questa modalità: il sistema potrebbe diventare bacino di raccolta di tutte le frustrazioni e dei livori che i lavoratori hanno accumulato nei confronti del loro lavoro, o dei colleghi, o di altri aspetti legati all'ambiente lavorativo. Inoltre, con un sistema di reporting anonimo non c'è la possibilità di avere un confronto con il lavoratore 'reporter' per chiedere chiarimenti sull'accaduto. Per questi motivi una segnalazione che viene gestita in modo confidenziale, consente a colui che segnala di acquisire visibilità e di sentirsi parte dell'organizzazione, facendo prevalere l'assunzione di responsabilità rispetto a quanto riportato".

La tesi si sofferma anche su uno "strumento di approccio sistemico, reattivo, rigoroso e strutturato, utile per determinare le cause e i fattori che hanno determinato il verificarsi degli eventi avversi": la ***Root Cause Analysis*** (RCA). Anche questo strumento permette ai datori di lavoro e alle organizzazioni di "conoscere le cause e i fattori che contribuiscono al manifestarsi di un

incidente o di un near miss, offrendo loro la possibilità di sviluppare efficaci raccomandazioni per l'implementazione di azioni utili al miglioramento del sistema".

In seguito al manifestarsi di un evento, "condurre correttamente una RCA permette di far emergere, oltre alle cause più generiche e immediate, anche quelle meno evidenti e sistemiche". E a seconda della tipologia di evento avverso, "al fine di condurre un efficace root cause analysis, l'organizzazione ha a sua disposizione diversi strumenti: la discussione di gruppo, le check lists, l'albero degli eventi, la cronologia degli eventi, il diagramma di sequenza, la determinazione dei fattori causali. Una volta scelti gli strumenti utili per condurre l'indagine, la leadership dovrà essere in grado di dare una risposta a quattro quesiti fondamentali":

1. Cosa è successo?
2. Come è successo?
3. Perché è successo?
4. Cosa è necessario correggere?

Si indica poi che diversi enti hanno proposto in questi anni tipologie di approccio utili per orientare "l'analisi a seguito di una segnalazione, fornendo dei **modelli** da poter utilizzare per raccogliere nella maniera più esaustiva e corretta le informazioni, al fine di implementare uno strumento di *Incident Reporting* che sia aderente alla realtà organizzativa".

Una proposta arriva dall'OSHA sotto forma di guida ? " Incident [Accident] Investigations: A Guide for Employers" ? che può essere utile per datori di lavoro, manager, SPP e consulenti esterni all'organizzazione che si occupano di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Si segnala che "il **sistema di approccio dell'Incident Investigation Guide** prevede quattro passaggi:

1. Preservare e Documentare la scena;
2. Raccogliere le informazioni;
3. Determinare le root causes;
4. Implementare le azioni correttive".

Consultando la guida è possibile trovare indicazioni su come dovrebbe venire condotta un'indagine a seguito di una segnalazione.

Il National Safety Council, sulla scorta di quanto suggerito dall'OSHA, "rappresenta i vari passaggi in un Diagramma di Processo (Figura 3. National Safety Council, 2017), di immediata consultazione, che può orientare l'organizzazione verso un'appropriata indagine".

Riprendiamo l'immagine dalla tesi:

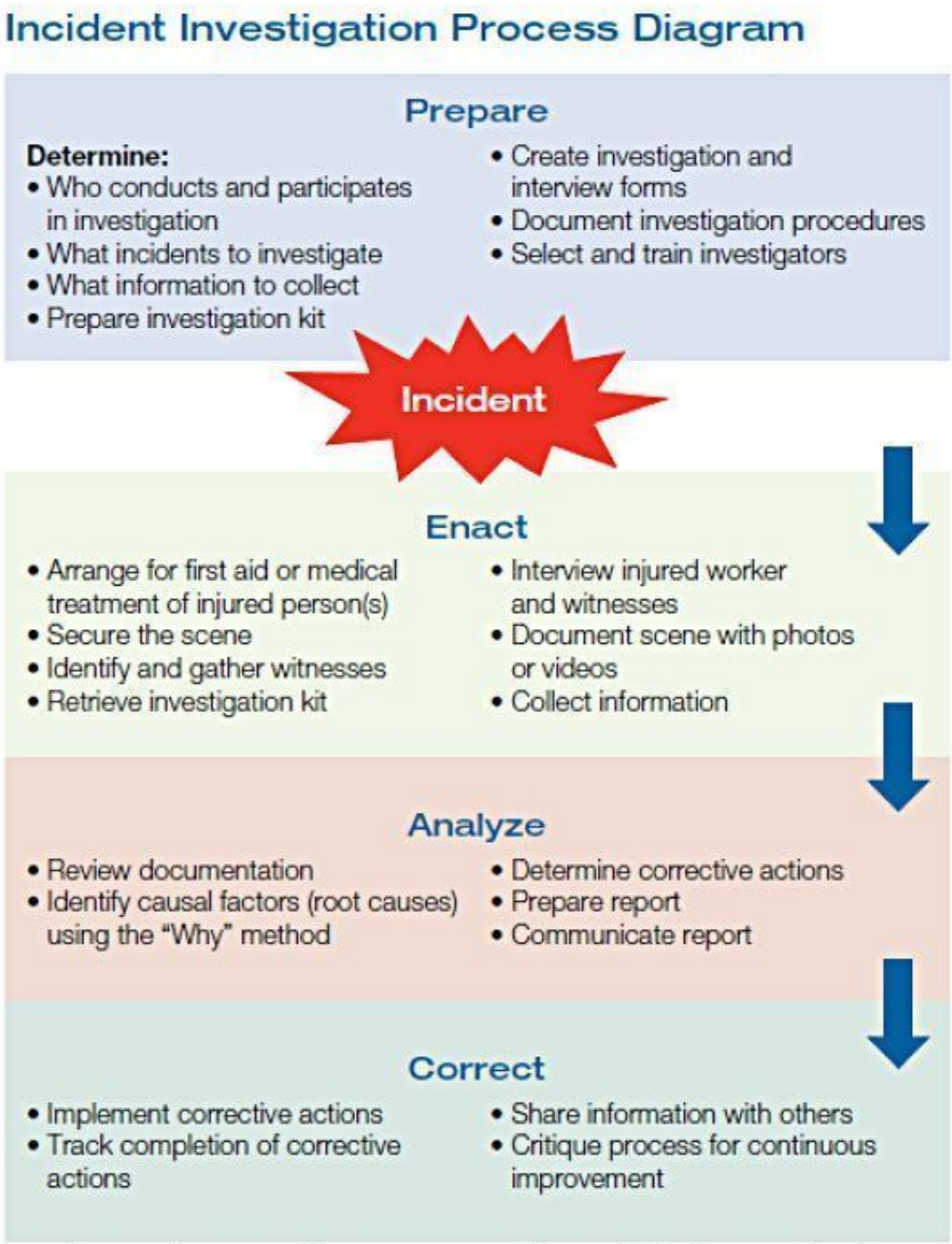


Figura 3. Diagramma di processo per condurre un'indagine a seguito di un incidente o di un near miss (NSC, 2017)

La tesi riporta poi altre indicazioni connesse ad altri strumenti nati per favorire un'efficace analisi di tutti gli eventi indesiderati, siano essi infortuni, incidenti o near miss.

Applicazioni concrete e utilizzo dello strumento di incident reporting

Ci si sofferma poi sull'**applicazione concreta dello strumento di incident reporting** che, "calato in un sistema efficace e organizzato di gestione della sicurezza dei lavoratori", può essere implementato anche in realtà di piccole e medie dimensioni. E a supporto di questa affermazione sono proposti, e ampiamente descritti nella tesi, **due esempi virtuosi** di realtà organizzative che operano in Friuli Venezia-Giulia, in settori differenti.

Alla luce di quanto descritto nell'elaborato si può, dunque, affermare "che il **sistema di reporting** può venire utilizzato trasversalmente da una qualsiasi realtà aziendale e, se correttamente contestualizzato e condiviso all'interno dell'organizzazione, fornisce una base empirica di riferimento nelle fasi di progettazione, di pianificazione delle azioni preventive e di adozione delle azioni correttive e di miglioramento, oltre a creare sensibilità e consapevolezza negli operatori sui temi della sicurezza". E si è visto "come l'implementazione dello strumento di IR debba superare la mera visione burocratica e passare alla visione di '**sicurezza agita**', ove tutti gli attori facenti parte dell'organizzazione siano responsabilizzati ognuno per la sua parte".

Infine, sempre in relazione all'adozione, volontaria e non cogente, di un **Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro**, si indica che, dal punto di vista organizzativo, "è conveniente implementare un concreto ed efficace sistema di segnalazione, in quanto permette all'organizzazione di operare applicando un effettivo SGSL, attraverso il quale la sicurezza viene gestita a priori e non inseguita quotidianamente. Questo consente al management di concentrarsi sul core business aziendale, evitando situazioni di costante 'emergenza' in cui la sicurezza viene costantemente 'rincorsa' anziché pianificata e gestita".

Rimandiamo, in conclusione, alla lettura integrale della tesi di laurea che si sofferma su molti altri aspetti e riporta una ricca bibliografia, relativa alle fonti utilizzate, che permette di conoscere utili strumenti in materia di SGSL e analisi degli incidenti.

Ricordiamo, infine, che la tesi è scaricabile anche attraverso il portale BTS " Biblioteca Tesi Sicurezza", una biblioteca virtuale dedicata alle tesi di laurea in materia di salute e sicurezza sul lavoro e sostenibilità che hanno partecipato al "Premio tesi di laurea".

RTM

Scarica il documento da cui è tratto l'articolo:

" La sicurezza condivisa. L'utilizzo dello strumento di incident e near misses reporting", tesi realizzata, nell'anno accademico 2018/2019, da Fabiana Faraone per il Corso di Laurea interateneo in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (Università degli studi di Udine, Università degli studi di Trieste).

Il link per accedere alla Biblioteca Tesi Sicurezza.

***Scarica il documento citato nell'articolo**:*

Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria regionale, "Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2", Dossier n. 86/2003, a cura di Cinotti R, Basini V e Di Denia P, edizione 2003.

 Licenza Creative Commons

---

www.puntosicuro.it