NEAR MISS: gli errori che non sono diventati eventi avversi.

Nel mondo sanitario esistono errori che producono conseguenze evidenti, situazioni che determinano un danno al paziente e accadimenti che richiedono interventi immediati per limitarne gli effetti. Esiste, tuttavia, una categoria di eventi che merita un'attenzione altrettanto importante, se non addirittura maggiore: quelli che si verificano, ma che non arrivano a produrre un danno. Sono i cosiddetti *Near Miss*, situazioni potenzialmente pericolose che, grazie a un intervento tempestivo, alla capacità di osservazione di un professionista oppure, talvolta, semplicemente al caso, non si trasformano in eventi avversi. Il Near Miss, conosciuto anche come quasi evento o evento evitato, rappresenta un'occasione concreta per comprendere le criticità dei processi assistenziali prima che queste possano compromettere la sicurezza della persona assistita. Non si tratta, quindi, di un errore di minore importanza soltanto perché non ha prodotto conseguenze cliniche, ma di un segnale che permette di individuare una vulnerabilità del sistema e intervenire preventivamente. Secondo la terminologia utilizzata in ambito internazionale, un Near Miss è un evento o una circostanza che avrebbe potuto determinare un danno al paziente, ma che non lo ha prodotto perché l'errore è stato intercettato tempestivamente oppure per circostanze fortuite. È importante distinguere il Near Miss dall'evento senza danno: nel primo caso l'evento viene intercettato prima di raggiungere il paziente; nel secondo, invece, l'accadimento raggiunge la persona assistita, ma non determina conseguenze negative rilevabili. Entrambe le situazioni rappresentano importanti fonti di apprendimento organizzativo. Pensiamo, ad esempio, alla preparazione di una terapia farmacologica. Un operatore individua una discrepanza tra il farmaco predisposto e la prescrizione medica prima della somministrazione. Il paziente non riceve il farmaco errato e non subisce alcun danno. Ci troviamo di fronte a un Near Miss. Se, invece, il farmaco viene somministrato, ma non determina conseguenze cliniche, siamo in presenza di un evento senza danno. La differenza non è puramente terminologica: permette di classificare correttamente gli accadimenti, analizzarne le dinamiche e individuare le misure preventive più appropriate. Gli esempi nella pratica assistenziale sono numerosi e riguardano tutti i contesti di cura, un'identificazione errata del paziente corretta prima di una procedura, una dose farmacologica non conforme alla prescrizione individuata durante il controllo, una trascrizione inesatta intercettata prima della somministrazione, un dispositivo medico predisposto in modo non appropriato e sostituito prima dell'utilizzo, una procedura assistenziale interrotta perché non erano presenti tutte le condizioni di sicurezza previste. Anche nelle RSA e nell'assistenza territoriale possono verificarsi situazioni analoghe: una mancata rilevazione di un rischio di caduta corretta prima che la persona si esponga al pericolo, una criticità nella gestione della terapia, un'informazione incompleta durante il passaggio di consegne o una condizione ambientale potenzialmente pericolosa individuata da un operatore.

In tutti questi casi il risultato immediato può essere positivo: il paziente non subisce un danno. Ma la domanda che un'organizzazione sanitaria dovrebbe porsi non è soltanto perché l'errore sia stato

evitato. Dovrebbe chiedersi soprattutto perché quell'errore sia stato possibile. È proprio in questo passaggio che il Near Miss assume un valore strategico per la gestione del rischio clinico. L'assenza di un danno non deve diventare una giustificazione per archiviare l'accaduto, ma l'occasione per comprendere quali condizioni abbiano favorito l'errore. Turni particolarmente impegnativi, carichi di lavoro elevati, interruzioni frequenti, comunicazioni inefficaci, procedure poco chiare, carenze formative, ambienti non adeguatamente organizzati, strumenti tecnologici non intuitivi e sistemi di documentazione complessi possono contribuire alla generazione di situazioni a rischio, l'errore, infatti, raramente può essere interpretato esclusivamente come il risultato di una singola azione individuale, la sicurezza delle cure dipende dall'interazione di numerosi fattori umani, professionali, tecnologici e organizzativi. Per questo motivo, l'approccio moderno alla gestione del rischio clinico supera la semplice ricerca del responsabile e orienta l'analisi verso l'individuazione delle condizioni che hanno reso possibile l'accadimento, è il passaggio da una cultura della colpa a una cultura della sicurezza e dell'apprendimento. Questo non significa eliminare le responsabilità professionali o rinunciare alla necessaria valutazione delle condotte individuali. Significa, piuttosto, distinguere l'errore umano, il comportamento a rischio e le eventuali condotte consapevolmente non conformi, evitando che ogni criticità venga automaticamente interpretata come una responsabilità individuale. La segnalazione dei Near Miss rappresenta uno degli strumenti fondamentali di questo processo. Attraverso il sistema di *Incident Reporting*, gli operatori possono comunicare situazioni potenzialmente pericolose, errori intercettati, criticità organizzative e condizioni che avrebbero potuto determinare conseguenze negative per il paziente. Il Ministero della Salute, nelle proprie indicazioni sulla gestione del rischio clinico, riconosce l'importanza della segnalazione volontaria degli eventi e dei quasi eventi proprio per favorire l'identificazione delle criticità e la prevenzione del loro ripetersi. La segnalazione non dovrebbe avere finalità punitive, ma rappresentare uno strumento di conoscenza e miglioramento. Naturalmente, deve essere effettuata secondo le procedure aziendali e i flussi previsti, nel rispetto della riservatezza e della corretta gestione delle informazioni. Una segnalazione efficace dovrebbe contenere una descrizione chiara e oggettiva dell'accaduto, il contesto nel quale si è verificato, le circostanze che hanno favorito la situazione, le modalità attraverso cui il rischio è stato intercettato e gli eventuali suggerimenti per evitare il ripetersi dell'evento. È importante riportare i fatti senza interpretazioni personali premature, evitando formulazioni accusatorie e concentrandosi sulle informazioni utili all'analisi. Tuttavia, predisporre un modulo di segnalazione non è sufficiente. Un'organizzazione che raccoglie centinaia di segnalazioni senza analizzarle, restituire informazioni agli operatori e attivare interventi correttivi rischia di trasformare l'Incident Reporting in un semplice adempimento burocratico. La vera efficacia del sistema si misura nella capacità di trasformare le informazioni raccolte in cambiamenti concreti. L'analisi dei Near Miss può essere sviluppata attraverso strumenti metodologici consolidati, come la Root Cause Analysis (RCA), l'analisi delle cause profonde, il diagramma di Ishikawa e i cinque perché. Questi strumenti consentono di approfondire le dinamiche dell'accadimento, individuare i

fattori contribuenti e comprendere quali interventi possano ridurre la probabilità di ripetizione. Nei processi particolarmente complessi o prima dell'introduzione di nuove procedure, può risultare utile anche la Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), una metodologia proattiva che permette di individuare preventivamente le possibili modalità di errore e stimarne il rischio. In questo scenario il ruolo infermieristico assume una rilevanza determinante. L'infermiere, per la continuità della presenza assistenziale, la conoscenza della persona e il costante monitoraggio delle condizioni cliniche, rappresenta uno dei principali osservatori delle criticità che possono emergere durante i processi di cura. La sua capacità di riconoscere precocemente un'anomalia, verificare una prescrizione, intercettare una variazione clinica, controllare la corretta identificazione del paziente e comunicare tempestivamente un'informazione può fare la differenza tra un errore intercettato e un evento avverso. La prevenzione, in questo senso, non è un'attività accessoria rispetto all'assistenza, ma una componente costitutiva della pratica infermieristica. Significa anticipare il rischio, riconoscere i segnali di allarme, verificare l'appropriatezza delle procedure e promuovere comportamenti sicuri all'interno del gruppo multiprofessionale, non bisogna però dimenticare che la sicurezza delle cure non è una responsabilità esclusiva dell'infermiere, medici, operatori sociosanitari, farmacisti, fisioterapisti, tecnici e tutte le figure coinvolte nel percorso assistenziale contribuiscono, attraverso competenze e osservazioni differenti, alla costruzione di un sistema più sicuro. Il Near Miss deve diventare un patrimonio informativo condiviso, non un problema da attribuire a una singola categoria professionale. Particolare attenzione merita anche il contesto delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dove la complessità assistenziale, la fragilità degli ospiti, la presenza di pluripatologie, la polifarmacoterapia e la continuità delle cure rendono indispensabile un sistema strutturato di gestione del rischio. In questi ambienti, i passaggi di consegne, la gestione delle terapie, la prevenzione delle cadute, la prevenzione delle lesioni da pressione, la corretta identificazione degli ospiti e la comunicazione tra professionisti rappresentano ambiti nei quali l'osservazione e la segnalazione dei quasi eventi possono generare importanti opportunità di miglioramento. Un altro elemento fondamentale è rappresentato dalla leadership organizzativa. La direzione sanitaria, il coordinamento delle professioni sanitarie e le funzioni aziendali dedicate al rischio clinico devono creare le condizioni affinché gli operatori possano segnalare senza timore di essere automaticamente giudicati. È necessario garantire procedure accessibili, tempi adeguati per la segnalazione, formazione specifica, analisi periodiche e restituzione dei risultati. La cosiddetta *Just Culture*, o cultura giusta, si fonda proprio sull'equilibrio tra apprendimento, responsabilizzazione e valutazione appropriata dei comportamenti. Anche la tecnologia può offrire un contributo importante. La cartella clinica informatizzata, i sistemi di prescrizione elettronica, i controlli di appropriatezza, gli alert e gli strumenti di tracciabilità possono ridurre alcune vulnerabilità dei processi assistenziali. Tuttavia, nessuna tecnologia può sostituire completamente il giudizio clinico, l'osservazione professionale e la comunicazione tra operatori. Gli strumenti digitali devono essere progettati e utilizzati per supportare il lavoro dei professionisti, non per aggiungere ulteriori complessità

operative, è inoltre necessario prestare attenzione a un aspetto spesso sottovalutato: il numero delle segnalazioni. Un aumento dei Near Miss registrati non indica necessariamente un peggioramento della sicurezza. Potrebbe, al contrario, essere il risultato di una maggiore consapevolezza degli operatori, di una migliore accessibilità al sistema di reporting e di una cultura organizzativa più aperta. Allo stesso modo, un numero molto basso di segnalazioni non dimostra automaticamente che un'organizzazione sia sicura. Potrebbe essere il segnale di una scarsa propensione a comunicare le criticità o di un sistema di rilevazione inefficace. Per questo motivo, i dati devono essere interpretati attraverso indicatori, analisi qualitative, tipologie di evento, processi coinvolti e verifiche dell'efficacia delle azioni correttive. L'obiettivo non deve essere semplicemente aumentare o diminuire il numero delle segnalazioni, ma ridurre concretamente l'esposizione al rischio e migliorare la sicurezza delle persone assistite. La Legge 8 marzo 2017, n. 24, conosciuta come Legge Gelli-Bianco, ha ulteriormente consolidato il principio secondo cui la sicurezza delle cure costituisce parte integrante del diritto alla salute. L'articolo 1 stabilisce che alla prevenzione del rischio sono chiamate a concorrere tutte le figure professionali che operano nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. Un principio che richiama chiaramente la necessità di una responsabilità condivisa e di un'organizzazione orientata alla prevenzione. Il Near Miss, quindi, non dovrebbe essere considerato un episodio fortunato da dimenticare, ma un'occasione preziosa per intervenire prima che si verifichi un danno. Ogni errore intercettato racconta qualcosa del sistema nel quale si è generato. Ogni segnalazione può contribuire a individuare una criticità, modificare una procedura, migliorare un'organizzazione e rafforzare le competenze dei professionisti. La vera maturità di un'organizzazione sanitaria non si misura soltanto dalla capacità di gestire gli eventi avversi quando si verificano, ma soprattutto dalla capacità di riconoscere e correggere le condizioni che potrebbero generarli, perché un errore che non ha prodotto danno non è necessariamente un errore meno importante, è, al contrario, un'opportunità di prevenzione che non possiamo permetterci di sprecare. La sicurezza delle cure non nasce soltanto dalla capacità di gestire un evento avverso, ma dalla capacità di riconoscere un rischio quando siamo ancora in tempo per evitarlo.

Bibliografia e sitografia

Ti suggerisco di mantenere queste fonti in calce all'articolo, perché offrono riferimenti istituzionali e scientifici pertinenti al tema.

1. *World Health Organization (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. WHO, Geneva. Documento WHO.*
2. *World Health Organization (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Documento WHO.*
3. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Adverse Events, Near Misses, and Errors. PSNet, aggiornamento 2024. Consultazione scientifica.*
4. *Ministero della Salute. Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, 2011. Documento ministeriale.*
5. *Ministero della Salute. Monitoraggio errori in sanità. Portale istituzionale.*

6. *Repubblica Italiana. Legge 8 marzo 2017, n. 24 – Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Testo normativo – Normattiva.*
7. *Moon JY, Welp C, Nold M, et al. (2026). Optimizing Event Reporting to Drive a Culture of Learning and Safety: A System-based Approach to Mitigating Harm Through Near-miss and No-harm Reporting. Journal of Patient Safety, 22(1), 86–92. DOI: 10.1097/PTS.0000000000001424.*

Nota editoriale: contenuto a finalità informativa e formativa. Le misure operative devono essere adattate alle procedure aziendali, al contesto assistenziale e alle indicazioni istituzionali vigenti.