Near miss: il gruppo risolve il sistema sostiene

INCIDENTE

Evento verificatosi in occasione di lavoro che potrebbe causare o causa lesioni o malattie. Nel caso in cui si verifichino lesioni o malattie è denominato “infortunio”.

Nel caso in cui non causi lesioni o malattie ma potenzialmente potrebbe farlo può essere descritto come **“mancato infortunio” o “*near miss*”.** Sebbene possano esserci una o più non conformità correlate ad un incidente, lo stesso può verificarsi anche in assenza di non conformità (fonte: Uni Iso 45001:2018)

Situazione pericolosa	Incidente	
	Near miss	Infortunio
L'oggetto "martello" permane, senza disturbi, in modo stabile in bilico su una superficie posta al di sopra dell'altezza dell'uomo	L'oggetto "martello", per qualche motivo, cade su un gruppo di lavoratori senza colpirne alcuno	L'oggetto "martello", per qualche motivo, cade su un gruppo di lavoratori e ne colpisce uno, provocando una ferita
perché il martello è stato lasciato su una superficie elevata, in bilico e incustodito?	**cosa ha provocato il disequilibrio e la caduta dell'oggetto "martello"?**	**perché i lavoratori erano in quella posizione? Era una situazione consentita?**

La nascita e l'evoluzione dei vari modelli per l'analisi del rischio e degli errori umani ha portato alla conclusione che un'importante possibilità di incrementare la sicurezza, in una organizzazione complessa sia quella di analizzare gli errori che sono già stati commessi.

Per arrivare a questo risultato la via scelta è stata quella di creare un sistema di riporto (*reporting*) degli eventi sia obbligatorio che volontario.

Da questo concetto si diramano poi le differenti nozioni di analisi di *accident*, *incident*, *errors* e *hazard*.

Tramite il segnalare questi errori e la conseguenze analisi degli eventi, si è quindi in grado di individuare quelle carenze e quelle falle che potrebbero portare all'occorrenza dell'errore od anche, solamente, al ripetersi di quell'evento

✓Semplici anomalie che apparentemente hanno la tendenza a rimanere isolate, combinandosi tra loro possono generare quella catena di eventi che porta a conseguenze ben più gravi.

fondamentale è l'approccio organizzativo a questo concetto, in quanto l'attore di prima linea deve sentirsi supportato nel dichiarare i propri errori da una cultura della *safety* che parta dal punto più alto della gerarchia aziendale e non si interrompa mai a nessun livello

Con cultura della *safety* si intende una cultura non punitiva degli errori (*No Blame*), detta anche "*just culture*", dove un errore non viene mai approcciato con una cultura punitiva, ma deve essere considerato come punto di arrivo di una serie di problemi ben più radicati all'interno del sistema che devono essere trovati ed eliminati per evitare un successivo ripetersi.

La *No Blame culture* rappresenta un approccio alla sicurezza in cui gli operatori in prima linea e gli altri non sono puniti per azioni, omissioni o decisioni da loro prese che sono commisurate alla loro esperienza e formazione, ma dove non sono tollerate negligenze gravi, violazioni dolose e atti distruttivi.

Si deve superare l'approccio della cultura della colpa, che spesso l'errore porta con sé.

- Se si pensa all'errore come colpa, va punito ed eliminato colui che sbaglia ma in questo modo il sistema organizzativo non viene migliorato.

Il rischio di questo approccio è quello di identificare l'errore con la persona e quindi di pensare che il suo comportamento errato sia dovuto alla natura deviante dell'individuo. Con questo approccio, l'unico rimedio sembra quello di agire su chi sbaglia.

- E'limitante cercare il colpevole a tutti i costi e non valutarne i comportamenti in un contesto organizzativo.

Raccogliere dati ed informazioni per promuovere la cultura della sicurezza è una parte fondamentale per i processi di gestione del rischio.

Attraverso questa analisi difatti si possono andare ad individuare le tendenze negative che possono essere foriere di un calo dell'efficienza sistemica.

Cosa significa adottare un punto di vista che consenta la promozione della sicurezza?

Guardate questa immagine con una sequenza numerica da 1 a 20 e cercate il
il piccolo errore nascosto proprio sotto i
i vostri occhi concentrati nella ricerca …

1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/1718/19/20



Guardate questa immagine con una sequenza numerica da 1 a 20 e cercate il
il piccolo errore nascosto proprio sotto i
i vostri occhi concentrati nella ricerca …

1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/1718/19/20

Guardate questa immagine con una sequenza numerica da 1 a 20 e cercate il
il piccolo errore nascosto proprio sotto i
i vostri occhi concentrati nella ricerca …

1/2/3/4/5/6/ 7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/1718/19/20

Gli occhi erano orientati a cercare l'errore nei numeri, che viene data per scontata la normalità delle istruzioni.

Tunnel cognitivo: si cerca l'errore dove ci si aspetta di trovarlo. Allo stesso modo si individuano/cercano i rischi solo dove si pensa che si possano annidare.

I rischi per la sicurezza si trovano ovunque e il vederli o meno dipende dall'atteggiamento mentale dell'individuo.

Questo fenomeno si chiama *inattentional blindness* e si riferisce alla cecità in cui gli individui cadono, quando non dirigono l'attenzione verso certe parti della scena.

❑Nelle organizzazioni , concentrandosi su regole e procedure,gli individui pensano di operare in modo sicuro. Regole e procedure non annullano però altri rischi/errori, l'inatteso, l'invisibile che potrebbero avere forte rilevanza per la sicurezza.

Indipendentemente dall'organizzazione e dall'ordine di grandezza, che può variare da sistema a sistema, per ogni incidente grave si sono verificate in passato diecine di incidenti, centinaia situazioni rischio e migliaia di anomalie → tutti segnali che avrebbero potuto essere colti per evitare di scalare la piramide fino all'incidente grave.

La sicurezza deve essere promossa agendo anche sui segnali deboli prima della loro evoluzione.

Questi segnali sono alla base della prevenzione, sono difficili da notare ma su questi si dovrebbe agire in misura preventiva.

Laddove regna una cultura della colpa ci sarà una cortina che annebbierà i livelli più bassi della piramide della sicurezza, lasciando emergere solo la punta (incidente grave).

- Nelle organizzazioni non sicure – dove si cerca solo il colpevole – gli individui non saranno capaci di vedere e tralasceranno i segnali deboli oppure non saprebbero e potrebbero condividerli e gestirli con il gruppo o l'organizzazione stessa (paura).

Solo una volta che questi segnali si trasformano in incidenti, l'organizzazione interviene in risposta per porre rimedio (approccio reattivo).

- Nelle organizzazioni sicure, orientate alla sicurezza si creano le condizioni per intervenire su tutti gli elementi della piramide della sicurezza, quando ancora non ci sono conseguenze da rimediare (approccio reattivo).



Area di apprendimento di una organizzazione dominata dalla cultura della colpa

Area di apprendimento di una organizzazione sicura (*No Blame*)



risposte deboli	a segnali forti

Se un sistema fornisce una risposta a debole a segnali forti sarà semplicemente destinato al collasso.

In questo caso non si attende solo che il segnale si trasformi in incidente, ma non si considera nemmeno come fonte di apprendimento/miglioramento.

E' il caso in cui, quando avviene un incidente organizzativo, si interviene solo sull'ultimo anello della catena

risposte deboli	a segnali deboli

Se un sistema fornisce risposte deboli a segnali deboli non si renderà conto di andare lentamente alla deriva verso il disastro, perché attenderà che il segnale evolva verso incidenti più gravi.

Difficoltà a rappresentare il pericolo a causa di eccessiva fiducia nelle proprie potenzialità e capacità.

In questo caso la troppa confidenza/fiducia fa sottovalutare il problema.

Ulteriore ragione può essere la mancanza di risorse da utilizzare per affrontare i segnali deboli.

risposte forti	a segnali forti

Sicurezza reattiva. Siamo nel campo dell'apprendimento per prove ed errori, dell'esperienza fatta sul campo.

I sistemi socio-tecnici complessi non possono permettersi di avere una sicurezza puramente reattiva, che ponga rimedi ai danni causati da un evento avverso.

I sistemi apprendono dagli errori, e quindi un tale metodo non sarebbe sbagliato, ma diventa inefficiente nel momento in cui il sistema si trova in condizioni di rischio tale che un incidente non sarebbe sostenibile.

Se si interviene con risposte forti dopo un incidente, sicuramente c'è un apprendimento, un insegnamento ma non si possono quantificare i costi (umani, sociali ecc.).

I motivi per cui le organizzazioni aspettano di arrivare a segnali forti, dipendono dalla sottostima dei rischi.

risposte forti	a segnali deboli

Sicurezza proattiva. In questo caso si ha la vera sicurezza.

In questo caso il sistema ha la capacità di intuire il rischio potenziale dei segnali e ha le risposte per intervenire.

Si crea una cultura organizzativa e lavorativa che si basa sulla fiducia e sulla condivisione. In questo modo gli individui possono cogliere tutti i segnali e condividerli.

- *Reporting:* circolazione delle informazioni, che mette in comunicazione la base e il vetrice dell'organizzazione.
- Il *reporting* viene inteso più come cultura che come sistema codificato in modelli e procedure.

Come fornisco risposte forti a segnali deboli ?

Attraverso i preposti

ACCOGLIE

Ringrazia, ascolta e protegge chi segnala senza promettere impunità né cercare subito un colpevole.

RENDE VISIBILE

Condivide con il gruppo il problema, il potenziale e la necessità di agire.

DECIDE

Assegna le misure possibili e chiarisce ciò che deve essere portato al livello superiore.

RESTITUISCE

Comunica avanzamento ed esito, verifica sul campo e riapre il caso se necessario.

La cultura della sicurezza nasce nel turno di lavoro

PREPOSTO
leader del gruppo

- rende facile parlare
- protegge e stabilizza
- riunisce chi conosce il lavoro
- decide entro il perimetro
- restituisce e verifica

→

TRE PRATICHE RIPETIBILI

ASCOLTO

Ogni segnale riceve attenzione, fatti e una prima risposta visibile.

DECISIONE

Il gruppo distingue ciò che può fare da ciò che deve richiedere.

SEGUITO

Nessun caso scompare: verbale, feedback e controllo chiudono il ciclo.

Il sistema sostiene il gruppo oltre il confine

GRUPPO LOCALE

- ricevono il segnale
- mettono in sicurezza
- analizzano il lavoro reale
- risolvono ciò che possono
- documentano e presidiano
- sbloccano risorse

→

ESCALATION MIRATA

RSPP / ASPP

Supporto tecnico, analisi specialistica, collegamento con rischi e misure di prevenzione.

DATORE / DIRIGENTE

Poteri decisionali, budget, modifiche organizzative, autorizzazioni e aggiornamenti formali.

RLS

Partecipazione e consultazione secondo ruolo, procedure e organizzazione aziendale.

Le segnalazioni crescono unicamente se il ciclo è credibile grazie a risposte forti