



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**“LastButNotLeast”**  
**Proposta di un peer support program per il**  
**sostegno dell’infermiere seconda vittima**

**Facoltà di Farmacia e Medicina, Medicina e Odontoiatria**  
**Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive**  
**Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche**  
**Laurea A- Roma Azienda Policlinico Umberto I**

**Laureando**  
**Elda Fidanza**  
**Matricola 1967831**

Relatore  
Dott.ssa Marina Palombi

Correlatore  
Dott.ssa Francesca Maria Meloni

A.A. 2021/2022

*A Brando e Gianluca,*

*Sempre e Per Sempre*

# Indice

Introduzione	1
Abstract	4
	6
Capitolo 1. La Seconda Vittima: come nasce la sindrome.	
1.1 Evento avverso: epidemiologia	6
1.2 La seconda vittima: definizione	8
1.3 Manifestazioni della seconda vittima	10
1.4 Le fasi di risposta all'evento avverso	13
1.5 Il supporto alla seconda vittima	15
1.5.1 Normativa di riferimento	17
Capitolo 2. Studio osservazionale. La seconda vittima: le esperienze dei professionisti sanitari italiani.	20
2.1 Ambito di ricerca	21
2.2 Scopi ed obiettivi	21
2.3 Materiali e metodi	21
2.3.1 Strumento di indagine	21
2.3.2 Disegno dello studio	22
2.3.3. Rilevazione e analisi dei dati	22
2.4 Risultati	23
2.4.1 Dati demografici	23
2.4.2 Frequenza degli eventi avversi e della seconda vittima	25
2.4.3 Distress psicologico	29
2.4.4. Distress fisico	31
2.4.5 Supporto da parte dei colleghi	33
2.4.6 Supporto da parte dei superiori	36
2.4.7 Supporto istituzionale	39
2.4.8 Supporto non correlato al lavoro	41
2.4.9 Auto-efficacia professionale	42
2.4.10 Attaccamento al lavoro	44
2.4.11 Assenteismo	45
2.4.12 Forme di supporto desiderate	46
2.5 Discussione dei risultati	53

Capitolo 3. L'efficacia del Peer Support Program: revisione della letteratura.	57
3.1 Strategia di ricerca	58
3.2 Letteratura identificata e risultati della ricerca bibliografica	61
3.3 Discussione	70
3.4 Conclusioni	72
3.5 Limiti	72
Capitolo 4. Il programma "LastButNotLeast": Peer support program per l'infermiere seconda vittima	74
4.1 Background: fondamenti di un buon supporto tra pari	74
4.2 Finalità	75
4.3 Obiettivi specifici	75
4.4 Fasi operative del programma	76
4.4.1 Identificazione e formazione del peer supporter	78
4.4.2 Identificazione seconde vittime	79
4.4.3 Svolgimento del programma	81
4.4.4 Valutazione dei risultati del programma	82
4.5 Criteri ed indicatori di raggiungimento degli obiettivi	82
Conclusioni	85
Bibliografia	91
Allegato 1. Second Victim Experience and Support Tool Italian version.	94
Allegato 2. Questionario sulla salute G.H.Q.- 12	102
Allegato 3. Questionario sullo Stato di Salute SF-36 (V1) standard	103

## Introduzione

L'errore in Sanità si pone come argomento di rilevante severità che interessa vari settori della sanità e ha un forte impatto sociale. In linea con quanto espresso dal Codice Deontologico e dalla recente Legislazione (legge Gelli 2017), *“l’infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte”*. La prevenzione degli eventi avversi è dunque un imperativo categorico per l’infermiere. Tuttavia, è necessario ricordare che l’errore è una componente inevitabile della realtà umana. Quando si verificano eventi avversi in ambito sanitario, ci sono tre potenziali vittime: pazienti, professionisti sanitari e l'organizzazione sanitaria. Il paziente che ha subito il danno ha l’assoluta priorità assistenziale per l’organizzazione sanitaria. Tuttavia, l’operatore sanitario, che è stato coinvolto in un evento imprevisto e negativo per il paziente, diviene vittima in quanto traumatizzato dal proprio errore e/o dalle lesioni causate al paziente. Il termine "seconda vittima" è stato coniato nel 2000 dal Dr. Albert Wu, professore di politica e gestione della salute presso la Johns Hopkins School of Public Health. La Joint Commission International (JCI), la più importante organizzazione di accreditamento all’eccellenza e punto di riferimento per la sicurezza dei pazienti, definisce la “seconda vittima” come il professionista sanitario coinvolto in un evento avverso imprevisto, un errore medico e/o un incidente occorso a un paziente, il quale diventa esso stesso vittima. Le seconde vittime si sentono personalmente responsabili per i danni ai pazienti e sentono di avere fallito, giudicando negativamente le proprie competenze. La reazione emotiva del professionista può avere conseguenze sulla qualità e sulla sicurezza delle cure e dell’assistenza se l’organizzazione sanitaria non ne prende atto e non offre un sostegno al professionista sanitario. Per questo motivo, già nel 2011, il Ministero della Salute ha percepito l’esigenza di affrontare tale problematica.

Attraverso la “Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso” il Ministero sostiene la necessità di sostenere gli operatori coinvolti nell’evento avverso. È necessario valutare le conseguenze di un evento avverso sugli operatori coinvolti e sulla equipe ed adottare strategie idonee affinché l’evento sia fonte di apprendimento e non di demotivazione. Inoltre, sarebbe auspicabile il coinvolgimento costante di tutti i professionisti in modo tale che l’evento avverso costituisca una opportunità di crescita professionale e di miglioramento della sicurezza delle cure. Pertanto, lo scopo della raccomandazione è non sostenere una “cultura della colpa” ma promuovere una cultura della sicurezza, cioè *“l’ambiente collaborativo nel quale i professionisti sanitari esperti si trattano con rispetto reciproco, i responsabili enfatizzano l’efficacia del lavoro di squadra e promuovono la sicurezza psicologica, le equipe imparano da errori e near miss”* (JCI). È proprio dal concetto di cultura della sicurezza che nasce la necessità di indagare la sindrome della seconda vittima. Dopo aver identificato manifestazioni e conseguenze della sindrome, in letteratura e sul campo attraverso uno studio osservazionale, lo scopo dell’elaborato è quello di proporre un programma di sostegno adeguato e supportato da prove di efficacia. Il fine ultimo del supporto alle seconde vittime è quello di aiutare il professionista coinvolto in un evento avverso a non provare senso di colpa, di inadeguatezza e di sfiducia nelle proprie capacità e affinché tali sentimenti non si riflettano negativamente sulla propria operatività e su quella dell’organizzazione sanitaria.

L’elaborato è così articolato:

- il primo capitolo introduce l’argomento partendo dall’epidemiologia dell’evento avverso. Viene poi descritta la sindrome della seconda vittima, le sue manifestazioni, le fasi di risposta all’evento ed il supporto, con un focus sulla normativa di riferimento.

- Il secondo capitolo è dedicato allo studio osservazionale. Attraverso la somministrazione della versione italiana del Second Victim Experience and Support Tool (I-SVEST) a infermieri e medici in tutta Italia, si è indagata la frequenza della seconda vittima, le manifestazioni psicologiche e fisiche, le conseguenze personali e lavorative dell'evento avverso, il supporto ricevuto e il supporto desiderato.

- Il terzo capitolo indaga in letteratura, sulla base della preferenza espressa nello studio osservazionale, l'efficacia del sostegno tra pari. Attraverso una revisione della letteratura si vogliono dimostrare i benefici di tale modalità di supporto per l'infermiere seconda vittima in seguito a un evento avverso.

- Il quarto capitolo propone un programma di supporto tra pari alle seconde vittime denominato "LastButNotLeast". Dopo aver definito gli obiettivi specifici, vengono descritte le fasi operative del programma nel dettaglio, fino ad arrivare all'identificazione dei criteri e degli indicatori di raggiungimento degli obiettivi.

L'errore è innato nella natura umana ma dai professionisti infermieri ci si aspetta la non fallibilità, ovviamente non raggiungibile. L'infermiere che commette un errore può sperimentare sentimenti di angoscia, senso di colpa e rimorso diventando esso stesso una seconda vittima dell'evento accaduto perciò è fondamentale, come evidenzia la letteratura, supportare i professionisti "seconde vittime" attraverso l'introduzione di sistemi di supporto organizzativo, attraverso il sostegno e monitoraggio costante delle seconde vittime da parte di colleghi e/o supervisor formati. L'infermiere non è infallibile in quanto umano e l'errore deve essere visto come opportunità di crescita e apprendimento, e non come colpa.

## Abstract

**Background.** La sindrome della seconda vittima è un fenomeno sperimentato da circa la metà degli operatori sanitari. Si verifica quando un individuo sperimenta effetti fisici, psicologici o emotivi negativi dopo un evento avverso, come un quasi incidente, un danno o la morte correlati al paziente. La sindrome della seconda vittima aumenta il turnover, l'assenteismo e il rischio di errore medico.

**Obiettivo.** Questo progetto mira a ridurre l'angoscia della seconda vittima tra gli infermieri seconde vittime implementando un programma di supporto tra pari.

**Materiali e metodi.** Dopo aver condotto uno studio osservazionale mirato a verificare in un campione di medici e infermieri la frequenza della sindrome della seconda vittima; l'impatto psicofisico sul professionista e le conseguenze sul lavoro, la qualità del sostegno ricevuto e la forma di supporto desiderata, è stata eseguita una revisione della letteratura per verificare l'efficacia del supporto tra pari per l'infermiere seconda vittima. Sulla base dei risultati e delle modalità di supporto evidenziate in letteratura, è stato creato il programma di supporto "LastButNotLeast", da applicare nel contesto italiano.

**Risultati.** Dallo studio osservazionale è emerso che nel corso della carriera, il 54% del campione è stato coinvolto in un "quasi incidente", mentre il 34% è stato coinvolto in un evento avverso che ha portato conseguenze al paziente a seguito del quale il 40% del campione ha vissuto un disagio emotivo. Inoltre, lo studio ha evidenziato che il 77% avrebbe desiderato un collega rispettato per parlare dei dettagli dell'accaduto, e l'86% un programma di counselling gratuito messo a disposizione dalla propria organizzazione, a cui poter accedere al di fuori del lavoro. La revisione ha evidenziato che il supporto tra pari può essere fornito alle seconde vittime con un buon margine di accettazione e di efficacia. In linea con le raccomandazioni presenti nelle Linee Guida del Ministero della Salute riguardo all'attivazione di azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento



avverso e le evidenze scientifiche è stato proposto il programma “LastButNotLeast”, per garantire supporto per gli operatori considerati seconde vittime dell’evento avverso.

**Conclusioni.** Dopo un evento avverso è necessario sostenere l’operatore seconda vittima e restaurare un buon clima di lavoro. Le ferite organizzative che un evento sentinella comporta, se non appropriatamente gestite, possono sfibrare il tessuto di una organizzazione, soprattutto nei rapporti tra operatori. Il programma “LastButNotLeast” vuole essere un esempio di gestione efficace ed efficiente delle conseguenze degli eventi avversi/sentinella sui professionisti sanitari e sull’organizzazione. L’individuazione e adozione di appropriate strategie possono consentire il recupero e il ristoro delle ferite personali e organizzative, e fare in modo che l’errore si trasformi in un’occasione di apprendimento.

# Capitolo 1. La seconda vittima: come nasce la sindrome.

## 1.1 Evento avverso: epidemiologia

La prevenzione e la gestione degli eventi avversi sono aspetti essenziali sia a livello professionale sia a livello di organizzazioni sanitarie, oltre ad essere argomento di ampio dibattito in letteratura. Infatti, il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti sono componenti essenziali dell'assistenza sanitaria. Non c'è dubbio che l'attuale elevata complessità assistenziale e l'alto numero di prestazioni erogate, siano fattori che favoriscono il verificarsi di errori.<sup>1</sup> Sfortunatamente, una stima accurata dell'attuale portata degli errori sanitari fatali è vincolata dalla mancanza di una definizione universalmente accettata di errore e da metodi incoerenti per misurare gli errori. Al fine di raccogliere ed analizzare questi eventi, il Ministero della Salute nel 2005 ha avviato un protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella. Al vaglio proprio gli eventi sentinella, poiché essi rappresentano eventi avversi di particolare gravità, non molto frequenti, ma soprattutto potenzialmente evitabili. Sono definiti "eventi sentinella" quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Gli ultimi dati sono forniti dal "Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto" pubblicato ad aprile del 2015, il quale mostra i dati relativi alle segnalazioni pervenute attraverso il sistema SIMES dal 2005 sino al 31 dicembre 2012.<sup>2</sup> I risultati sono esposti nella seguente tabella (Tabella 1).

---

<sup>1</sup> "Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità". Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Giugno 2011.

Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf). Accesso: 10 novembre 2022.

<sup>2</sup> "Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012)".

Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria ufficio III EX DGPROGS. Aprile 2015.

Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2353\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf). Accesso: 17 novembre 2022.

Tipo evento	N.	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	471	24,6
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	295	15,4
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	275	14,3
Atti violenza a danno di operatore	165	8,6
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	159	8,29
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	135	7,04
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	82	4,28
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	79	4,12
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	72	3,75
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	55	2,87
Errata procedura su paziente corretto	32	1,67
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	27	1,41
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo, parte)	26	1,36
Procedura in paziente sbagliato	16	0,83
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra o extra ospedaliero)	15	0,78
Violenza su paziente in ospedale	14	0,73
Totale	1918	100

*Tabella 1. Risultati degli eventi sentinella riportati nel "Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012)" del Ministero della Salute.*

La sorveglianza degli eventi sentinella, già attuata in altri Paesi, costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti.

In Sanità, dunque, l'evento avverso si pone come argomento di rilevante severità che ha un forte impatto sociale, economico e giuridico. In caso di errore la prima vittima resta comunque il paziente che ha subito il danno, il quale ha l'assoluta priorità assistenziale per l'organizzazione sanitaria. Tuttavia, l'errore può avere conseguenze psicologiche sul professionista che l'ha commesso, che diventa la seconda vittima. Oltre al potenziale impatto negativo sui pazienti e sul professionista, l'errore si ripercuote sul sistema sanitario definito terza vittima.<sup>3</sup>

## 1.2 La seconda vittima: definizione

La seconda vittima è *“l'operatore sanitario che è coinvolto in un evento avverso imprevisto per il paziente, in un errore medico e / o in una lesione correlata al paziente e diventa vittima nel senso che è traumatizzato dall'evento”*.<sup>4</sup> Il termine “seconda vittima” è stato coniato nel 2000 dal Dr. Albert Wu, professore di politica e gestione della salute presso la Johns Hopkins School of Public Health. Wu ha introdotto il concetto che, dopo aver commesso un errore professionale, i sanitari diventano le “seconde vittime” dell'errore stesso. Il termine fu introdotto con lo scopo di portare l'attenzione sull'esigenza di fornire supporto psicologico ai professionisti sanitari coinvolti in eventi avversi o errori. Secondo l'autore, la sindrome della seconda vittima non si verifica quando viene commesso un errore, ma quando il protagonista si trova di fronte a una mancanza di empatia da parte dei colleghi e viene accusato dell'errore indipendentemente dalle circostanze. In questo contesto, la seconda vittima soffre emotivamente e manifesta sentimenti di

---

<sup>3</sup> Jones JH, Treiber LA. *When Nurses Become the “Second” Victim*. *Nurs Forum*. Oct-Dec 2012;47 (4): 286- 91.

<sup>4</sup> Ibidem.

colpa e inadeguatezza, con conseguenze sulla sua salute, sulla salute dei pazienti, sulla salute dell'organizzazione intera. Le seconde vittime si sentono personalmente responsabili per i danni ai pazienti e sentono di avere fallito, giudicando negativamente le proprie competenze. La prevalenza delle seconde vittime è stimata, in diversi studi, dal 10% al 40% circa mentre la probabilità di diventare seconda vittima è pari al 70% circa.<sup>5</sup> Secondo i dati disponibili, un numero significativo di operatori sanitari sperimenta la Sindrome della seconda vittima nel corso della propria carriera.<sup>6</sup> Uno studio ha dimostrato che il 30% degli studenti di medicina, dei medici e degli infermieri soffre di problemi personali in seguito a un evento avverso avvenuto nei 12 mesi precedenti.<sup>7</sup> Si stima che quasi la metà di tutti gli operatori sanitari abbia sperimentato la sindrome durante la propria carriera.<sup>8</sup> Le seconde vittime riportano una serie di sintomi comuni, simili a quelli che caratterizzano il disturbo post traumatico da stress. I sintomi comportano: insonnia, riduzione della soddisfazione sul lavoro, senso di colpa, ansia (inclusa la paura di litigi sul luogo di lavoro o la perdita del posto di lavoro). Per alcuni i ricordi ricorrenti dell'evento contribuiscono al burnout, alla depressione e, nei casi più gravi, all'ideazione suicidaria. Il problema riguarda le professioni sanitarie in generale. Tuttavia, a tal proposito, è interessante la revisione di Chan<sup>9</sup> che ha riportato le differenze emotive che contraddistinguono i diversi professionisti che incorrono nella sindrome. Gli infermieri sono risultati più inclini a emozioni negative rispetto ai medici. Rispetto a farmacisti e medici, gli infermieri sperimentano maggiore senso di colpa, preoccupazione, imbarazzo e

---

5 *Rischio clinico e seconde vittime in sanità*. 5 settembre 2019. Reperibile presso:

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/rischio-clinico-e-seconde-vittimein-sanita.html>. Accesso: 20 novembre 2022.

6 Marmon LM, Heiss K. *Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care*. *Semin Pediatr Surg*. 2015 Dec;24(6):315-8.

7 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. *Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team*. *Qual Patient Saf*. 2010;36(5):233-240.

8 Marmon LM, Heiss K. *Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care*. *Semin Pediatr Surg*. 2015 Dec;24(6):315-8.

9 Chan ST, Khong PBC, Wang W. *Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims*. *Int Nurs Rev*. Jun 2017; 64 (2):242-262.

paure. Probabilmente perché l'infermiere è il professionista con cui il paziente ha più contatto durante la permanenza in ospedale, per cui potrebbe sentirsi direttamente responsabile dei danni a lui causati. Ancora, dallo stesso studio è emerso che le lavoratrici sanitarie donne sperimentano una maggiore intensità di emozioni rispetto ai colleghi uomini. Questa differente reazione in base al genere è confermata nell'articolo di Seys in cui è emerso che le seconde vittime donne tendono a riferire in modo più significativo angoscia rispetto agli uomini.<sup>10</sup>

Il danno involontario provocato ad un paziente a causa di un errore, dunque, è devastante sia per il paziente che è la prima vittima dell'errore, ma anche per i professionisti che lo hanno assistito. I professionisti coinvolti nella sindrome della seconda vittima sono numerosi ed in tutto il mondo.

### 1.3 Manifestazioni della seconda vittima

Gli eventi avversi hanno un impatto profondo e suscitano intense emozioni nelle seconde vittime. Dalla revisione di Seys è emerso che il 40,8% degli infermieri coinvolti in un errore ha avuto un moderato effetto "nocivo" e il 2,5% dichiara di aver avuto un grave impatto sulla vita personale.<sup>11</sup> In particolare, sono emersi sentimenti di colpa, rabbia, frustrazione, angoscia, paura. In alcune circostanze, la seconda vittima può avere un continuo disagio emotivo e può sviluppare un disturbo post-traumatico. I sintomi possono includere insonnia, incubi, rivivere l'incidente ripetutamente, percezione di perdita di fiducia da parte dei colleghi, mancanza di stima e paura di commettere un altro errore. Oltre a ciò, si aggiungono sintomi fisici quali tachicardia, ipertensione, disturbi del sonno.<sup>12</sup> Inoltre, la seconda vittima può sperimentare esaurimento e/o depressione. Questi

---

10 Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. *Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review*. Eval Health Prof. Jun 2013; 36(2): 135-162.

11 Ibidem.

12 Pratt SD, Jachna BR. *Care of the clinician after an adverse event*. Int J Obstet Anesth 2015 Feb;24(1):54-63.

sentimenti sono confermati dall'articolo di Chan, in cui senso di colpa, angoscia, ansia, paura, frustrazione, rabbia sono frequentemente riportati dalle seconde vittime.<sup>13</sup> Il senso di colpa si manifesta come una delle risposte emotive più comuni, con una prevalenza del 10,1–58,8%. Chan, inoltre, sottolinea un'associazione tra evento avverso e burnout, indicando che le risposte all'evento avverso sono più intense di una semplice reazione emotiva. A dimostrazione di ciò, l'articolo di Zhang dimostra che circa la metà (45,3%) degli infermieri ha sofferto di stress psicologico e il 26,6% degli infermieri intendeva lasciare il posto di lavoro.<sup>14</sup> Gli stessi sentimenti forti sono stati espressi nell'articolo di Kable in cui gli infermieri intervistati hanno riportato senso di fallimento, perdita di fiducia, senso di colpa, dolore, shock, disagio, rabbia, ansia, mancanza di supporto, trauma, stress, depressione, esaurimento, difficoltà a dormire, percezione di incompetenza professionale, isolamento, imbarazzo, devastazione, vulnerabilità, incredulità e paura.<sup>15</sup> L'errore può avere, come affermato in precedenza, impatto importante sulla vita personale che si può ripercuotere sulla vita professionale della seconda vittima. A causa dei sentimenti negativi provati, le seconde vittime tendono ad interrompere la relazione terapeutica con la prima vittima.<sup>16</sup> Gli infermieri coinvolti temono il ripresentarsi dell'evento e vivono con più ansia e preoccupazioni la pratica clinica e in uno studio è emerso che il 21,5% 58% si è sentito inadeguato, perdendo la fiducia nelle proprie capacità lavorative.<sup>17</sup> È stato dimostrato che gli infermieri hanno effetti negativi nelle relazioni di lavoro a seguito di eventi avversi, dichiarando di avere paura di essere incolpati, di

---

13 Chan ST, Khong PBC, Wang W. *Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims*. Int Nurs Rev. Jun 2017; 64 (2):242-262.

14 Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee S. *From Organisational Support to Second Victim-Related Distress: Role of Patient Safety Culture*. J Nurs Manag. Nov 2019; 27 (8): 1818-1825.

15 Kable A, Kelly B, Adams J. *Effects of Adverse Events in Health Care on Acute Care Nurses in an Australian Context: A Qualitative Study*. Nurs Health Sc. Jun 2018; 20 (2): 238-246.

16 Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. *Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review*. Eval Health Prof. Jun 2013; 36(2): 135-162.

17 Chan ST, Khong PBC, Wang W. *Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims*. Int Nurs Rev. Jun 2017; 64 (2):242-262.

essere puniti, di essere indagati e di perdere il lavoro.<sup>18</sup> Gli studi suggeriscono che gli infermieri come seconde vittime si sentono in colpa, umiliati, imbarazzati. La frustrazione, la perdita di fiducia e il dubbio possono permanere anche molto tempo dopo l'evento.

Indipendentemente dal sesso, dal tipo di professione o dagli anni di attività, il fenomeno della seconda vittima può essere descritto come un'esperienza che cambia la vita e che lascia un'impronta permanente sull'individuo.<sup>19</sup> In uno studio, i partecipanti sono stati in grado di fornire resoconti meticolosamente dettagliati dell'evento, alcuni citando la data esatta dell'evento anche anni dopo. I partecipanti hanno avuto difficoltà a lasciarsi completamente alle spalle l'evento.<sup>20</sup> L'evento avverso può quindi avere conseguenze sugli operatori coinvolti, sulla équipe, sui rapporti con le altre unità operative, creando disagio ed un clima di colpevolizzazione e sospetto. Bisogna fare in modo che, con il coinvolgimento costante di tutti gli operatori, l'evento avverso costituisca una opportunità di apprendimento e miglioramento della sicurezza delle cure.<sup>21</sup>

---

18 Kable A, Kelly B, Adams J. *Effects of Adverse Events in Health Care on Acute Care Nurses in an Australian Context: A Qualitative Study*. Nurs Health Sc. Jun 2018; 20 (2): 238-246.

19 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):325-30.

20 Ibidem.

21 "Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso." Ministero della Salute – Dipartimento della qualità. Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. Maggio 2011. Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf). Accesso: 20 Dicembre 2022.



## 1.4 Le fasi di risposta all'evento avverso

Dallo studio di Scott et al, sono state identificate le fasi caratterizzanti la risposta della seconda vittima all'evento avverso.<sup>22</sup>

- Fase 1: caos e risposta all'incidente. L'operatore riconosce l'errore, chiede aiuto e cerca di stabilizzare il paziente. Vi sono scenari caotici e confusi di tumulto esterno e interno. Talvolta l'operatore non è in grado di continuare nell'assistenza al paziente e appare distratto. Le domande ricorrenti sono: perché è successo? Com'è successo?

- Fase 2: riflessioni intrusive. Questa fase è stata descritta come un periodo di rievocazioni, spesso con sentimenti di inadeguatezza interna. L'operatore tende ad isolarsi, a dubitare di sé stesso e rivaluta più volte la situazione chiedendosi cosa sarebbe successo se avesse agito diversamente. Le domande ricorrenti sono: avrei potuto impedirlo? Cosa mi sono perso?

- Fase 3: ripristino dell'integrità personale. La terza fase è stata descritta come la ricerca di supporto da parte di un individuo con cui avevano un rapporto di fiducia come un collega, un supervisore, un amico o un familiare. Molti non sapevano a chi rivolgersi; in questa fase il pettegolezzo e la cultura organizzativa sono cruciali per l'evolvere della situazione. Infatti, la seconda vittima teme di perdere la fiducia dei propri colleghi, soprattutto se i colleghi non si mostrano solidali sin da subito. Le domande ricorrenti sono: cosa penseranno gli altri? Riuscirò ad ottenere di nuovo la loro fiducia? Come supererò il problema? Il paziente o i parenti riusciranno a capire? Come mai non riesco a concentrarmi?

- Fase 4: l'inquisizione. La seconda vittima inizia a prendere coscienza di quanto accaduto e pensa alle ripercussioni che la vicenda avrà sia a livello di sicurezza nel suo operato futuro sia a livello legale. Cerca di interagire con i colleghi e superiori, si chiede cosa e come dire sia ai parenti del paziente sia ai propri parenti. In questa

---

22 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):325-30.

fase si riflette sul livello di gravità che ha l'evento. Le domande ricorrenti sono: cosa succederà? Potrò ancora lavorare? Con chi posso parlare? Cosa dirò? In che modo potrò difendermi?

- Fase 5: primo soccorso emotivo. La seconda vittima cerca un supporto emotivo più consistente, ma non sa bene a chi e come chiedere; non sa se c'è la possibilità di rivolgersi ad un esperto (psicologo o altro), comunque il supporto fornito è spesso di breve durata e inefficace. Le domande ricorrenti sono: a chi posso chiedere aiuto? Di cosa ho bisogno davvero? C'è qualcosa di sbagliato in me o è normale che io reagisca così? Perché non riesco a comportarmi diversamente?

- Fase 6: andare avanti: abbandonare, sopravvivere o crescere. Si evidenziano 3 ipotesi di reazione finale all'evento:

1. Abbandonare, quindi cambiare lavoro o posto di lavoro (le domande frequenti sono: posso gestire questo lavoro? È questa la professione giusta per me?)

2. Sopravvivere, lasciandosi l'accaduto alle spalle, senza però dimenticarlo e superarlo del tutto (le domande frequenti sono: perché sto ancora male per l'accaduto? Posso ancora superare quello che è accaduto o mi ha segnato per sempre? Come avrei potuto evitare che ciò accadesse?)

3. Andare avanti/crescere, lasciandosi l'evento alle spalle e imparando da questo (le domande frequenti sono: come posso migliorare la sicurezza dei pazienti? Cosa ho imparato dall'accaduto? Cosa posso fare per migliorare?)

Molti all'interno dei sistemi sanitari soffrono da soli dopo gli eventi. È imperativo sviluppare delle strategie di supporto per mitigare la sofferenza tra le seconde vittime.<sup>23</sup>

---

23 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):325-30.

## 1.5 Il supporto alle seconde vittime

Tutte le emozioni e le conseguenze sopra descritte possono essere moderate dal supporto che ricevono le seconde vittime. Minimizzare il trauma, infatti, in alcuni casi ha impedito la “guarigione”.<sup>24</sup> Purtroppo, solo il 7% delle seconde vittime riceve l’appropriato sostegno dai propri superiori o colleghi, che a volte si rivelano inadeguati.<sup>25</sup> Secondo Zhang gli infermieri non sempre ricevono il supporto di cui hanno bisogno: i partecipanti hanno percepito un sostegno minimo dalla loro organizzazione; quello da parte dei supervisori è stato solo dell’1,5%.<sup>26</sup> Il supporto della seconda vittima è inversamente correlato a burnout e positivamente correlato al superamento del trauma, suggerendo che l’angoscia potrebbe essere mitigata con un sostegno adeguato.<sup>26</sup> Alcuni scelgono di parlare della loro esperienza con i loro parenti stretti, ma ritengono che ciò sia insufficiente, poiché i membri della famiglia possono ignorare il processo di assistenza sanitaria e l’entità del disagio emotivo.<sup>27</sup> Colleghi e dirigenti possono essere fonti di supporto e spesso gli infermieri si rivolgono a quelli di cui si fidano. Nonostante il desiderio di rivelare l’errore commesso, la decisione dell’infermiere se rivelare un errore è determinata dal grado di danno al paziente e da come vengono supportati.<sup>28</sup> Nel sondaggio condotto su 269 operatori sanitari, il 65% ha riferito di aver affrontato da solo le conseguenze personali degli errori. In assenza di un buon sistema di supporto, è probabile che l’angoscia peggiori. Questo potrebbe comportare

---

24 Chan ST, Khong PBC, Wang W. *Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims*. Int Nurs Rev. Jun 2017; 64 (2):242-262.

25 Cabilan CJ, Kynoch K. *Experiences of and Support for Nurses as Second Victims of Adverse Nursing Errors: A Qualitative Systematic Review*. JBI Database System Rev Implement Rep. Sep 2017; 15 (9): 2333-2364.

26 Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee S. *From Organisational Support to Second Victim-Related Distress: Role of Patient Safety Culture*. J Nurs Manag. Nov 2019; 27 (8): 1818-1825.

27 Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. *Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review*. Eval Health Prof. Jun 2013; 36(2): 135-162.

28 Ibidem.

l'abbandono della professione o del posto di lavoro.<sup>29</sup> In definitiva gli articoli hanno dichiarato che tre sono le fonti di supporto a cui le seconde vittime hanno fatto riferimento: supporto dell'organizzazione lavorativa, supporto dei colleghi, supporto esterno. I programmi di sostegno tra pari sono stati percepiti positivamente dagli infermieri. La revisione di Seys sostiene, infatti, come strategia di coping efficace quella di sollecitare approfondimenti con un collega per quanto riguarda le risposte all'evento avverso.<sup>30</sup> Anche nell'articolo di Chan le strategie di coping hanno incluso l'impegno nella discussione, l'imparare dall'episodio e l'adozione di misure per prevenire il ripetersi di eventi simili.<sup>31</sup> Parlare e condividere esperienze con colleghi ha permesso alle seconde vittime di andare avanti e mantenere la propria identità professionale. Anche diversi partecipanti allo studio australiano hanno descritto la discussione con i colleghi come strategia utile.<sup>32</sup> Oltre che al supporto tra colleghi, anche un maggiore supporto organizzativo ha permesso una riduzione del disagio legato alla seconda vittima.<sup>33</sup> È stata espressa dagli intervistati nello studio di Kable la necessità di informazioni su quali procedure avrebbero dovuto seguire per evitare l'evento avverso.<sup>34</sup> È importante che le istituzioni riconoscano il ruolo del sistema negli incidenti che si verificano. Troppo personale sanitario ha affermato che la propria istituzione o organizzazione ha preso le distanze dopo un incidente, creando ulteriore

---

29 Cabilan CJ, Kynoch K. *Experiences of and Support for Nurses as Second Victims of Adverse Nursing Errors: A Qualitative Systematic Review*. JBI Database System Rev Implement Rep. Sep 2017; 15 (9): 2333-2364.

30 Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. *Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review*. Eval Health Prof. Jun 2013; 36(2): 135-162.

31 Chan ST, Khong PBC, Wang W. *Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims*. Int Nurs Rev. Jun 2017; 64 (2):242-262.

32 Kable A, Kelly B, Adams J. *Effects of Adverse Events in Health Care on Acute Care Nurses in an Australian Context: A Qualitative Study*. Nurs Health Sc. Jun 2018; 20 (2): 238-246.

33 Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee S. *From Organisational Support to Second Victim-Related Distress: Role of Patient Safety Culture*. J Nurs Manag. Nov 2019; 27 (8): 1818-1825.

34 Kable A, Kelly B, Adams J. *Effects of Adverse Events in Health Care on Acute Care Nurses in an Australian Context: A Qualitative Study*. Nurs Health Sc. Jun 2018; 20 (2): 238-246.

isolamento e persino dimissioni.<sup>35</sup> Le istituzioni devono essere in grado di assicurare che l'individuo non sia stigmatizzato per aver commesso un atto criminale, ma piuttosto devono disporre di un processo per un'analisi al fine di evitare incidenti simili in futuro.

### 1.5.1 Normativa di riferimento

In Italia, la norma prevede l'obbligo per tutte le strutture pubbliche e private di attivare una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), al fine di realizzare idonei percorsi di monitoraggio e di prevenzione delle criticità più frequenti in ambito sanitario.<sup>36</sup> Tutti gli esseri umani sono fallibili e nell'ambiente sanitario complesso e ad alto rischio, l'errore umano è sempre un rischio e un risultato negativo può essere amplificato. Gli atti dolosi devono essere distinti da un "errore". Questo è stato meglio esemplificato in quella che Marx ha descritto come una "*cultura giusta*", in cui l'errore umano è opportunamente distinto da un'azione sconsiderata con un'assunzione di rischi ingiustificata. Promuovendo la resilienza del personale, il benessere, i miglioramenti a livello di sistema e la sicurezza del paziente, esiste il potenziale per ridurre i danni ai pazienti, con un effetto domino positivo di riduzione del burnout e della sindrome della seconda vittima del personale.<sup>37</sup>

L'esigenza di affrontare tale problematica è stata percepita dal nostro Ministero della Salute nella "*Raccomandazione per attivare azioni di sostegno*

---

35 Koyle MA, Chua ME, Kherani T, Pereira N, Heiss K. *The second victim requires more than Medice Cura Te Ipsum*. Can Urol Assoc J. 2021 Jun;15(6 Suppl 1):S40-S42.

36 Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (articolo 1, comma 539, lettera a). Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). Reperibile presso: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2015-12-28;208!vig=>. Accesso: 20 Dicembre 2022.

37 Koyle MA, Chua ME, Kherani T, Pereira N, Heiss K. *The second victim requires more than Medice Cura Te Ipsum*. Can Urol Assoc J. 2021 Jun;15(6 Suppl 1):S40-S42.

*per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso*".<sup>38</sup> La Raccomandazione sostiene la necessità di sostenere gli operatori coinvolti nell'evento avverso: vi si legge infatti, in accordo con gli articoli esaminati, che il professionista coinvolto in un evento avverso potrebbe provare senso di colpa, di inadeguatezza e di sfiducia nelle proprie capacità e tali sentimenti si riflettono negativamente sulla propria operatività e su quella dell'organizzazione sanitaria. È necessario, pertanto, valutare le conseguenze di un evento avverso sugli operatori coinvolti e sulla equipe ed adottare strategie idonee affinché l'evento sia fonte di apprendimento e non di demotivazione. La Raccomandazione esprime chiaramente che il professionista coinvolto in un evento avverso può diventare la cosiddetta "seconda vittima". Vista la gravità di tali reazioni, la Raccomandazione dichiara che è necessario valutare le condizioni psicologiche del professionista coinvolto nell'evento, al fine di fornire un adeguato sostegno psicologico e relazionale. Inoltre, sarebbe auspicabile il coinvolgimento costante di tutti i professionisti in modo tale che l'evento avverso costituisca una opportunità di apprendimento e di miglioramento della sicurezza delle cure. L'obiettivo finale della Raccomandazione ministeriale è di garantire che l'evento avverso non comporti disaffezione al lavoro, svalutazione delle capacità professionali con diminuzione dell'efficacia operativa individuale e di gruppo.<sup>39</sup>

In conclusione, cosa si può/deve fare?

1. Prevenire il fenomeno della seconda vittima attraverso la conoscenza preventiva.

---

<sup>38</sup> "Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso." Ministero della Salute – Dipartimento della qualità. Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. Maggio 2011. Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf). Accesso: 20 Dicembre 2022.

<sup>39</sup> Ibidem.

2. Supportare l'operatore coinvolto in un evento avverso attraverso il "primo soccorso emotivo".
3. Organizzare una gestione programmata delle seconde vittime attraverso il supporto e il monitoraggio costante da parte di colleghi e/o supervisori formati.
4. Organizzare una gestione programmata delle seconde vittime attraverso il supporto da parte di personale specializzato.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> "Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso." Ministero della Salute – Dipartimento della qualità. Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. Maggio 2011. Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf). Accesso: 20 Dicembre 2022.

## Capitolo 2. Studio osservazionale. La seconda vittima: le esperienze dei professionisti sanitari italiani.

Gli operatori sanitari coinvolti in eventi avversi (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) vengono definiti seconde vittime, riportando conseguenze sulla vita professionale e personale. Burlinson et al.<sup>41</sup> hanno convalidato una risorsa organizzativa per valutare gli effetti della seconda vittima e la qualità delle risorse di supporto: il Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). Il questionario indaga i sintomi psicologici e fisici della seconda vittima e la qualità e preferenze delle risorse di supporto. Lo SVEST può essere utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare le esperienze della seconda vittima del loro personale. Può anche fornire ai dirigenti delle organizzazioni sanitarie informazioni sulle risorse di supporto relative alla seconda vittima.<sup>44</sup> Lo SVEST è composto da 25 item che misurano 7 parametri:

- disagio psicologico;
- disagio fisico;
- supporto tra colleghi;
- supporto di supervisori;
- supporto istituzionale;
- supporto non correlato al lavoro e autoefficacia professionale;
- due variabili di risultato che valutano le intenzioni di turnover e l'assenteismo.

---

<sup>41</sup> Burlinson JD, Scott SD, Browne EK, et al. The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf* 2017;13:93-102.



Questo studio si pone l'obiettivo di esplorare la sindrome della seconda vittima nelle nostre realtà attraverso la somministrazione della versione italiana dello SVEST (I-SVEST).

## 2.1 Ambito di ricerca

L'indagine conoscitiva è stata svolta nel periodo che va dal 26 Maggio al 26 Giugno 2022. È stato somministrato l'I-SVEST attraverso l'invio e la pubblicazione dello stesso su Social Network quali Facebook, Instagram, Whatsapp. È stato scelto questo canale per raggiungere quanti più medici e infermieri in tutta Italia.

## 2.2 Scopi ed obiettivi

L'obiettivo dell'indagine è quello di verificare in un campione di medici e infermieri: la frequenza della sindrome della seconda vittima; l'impatto psicofisico sul professionista e le conseguenze sul lavoro; la qualità del sostegno ricevuto e la forma di supporto desiderata.

## 2.3 Materiali e metodi

Questa sezione comprende la descrizione dei reagenti, delle caratteristiche cliniche dei soggetti in studio, degli strumenti e delle procedure sperimentali utilizzate, dei metodi di valutazione dei dati impiegati.

### 2.3.1 Strumento di indagine

Per consentire il raggiungimento dello scopo suddetto è stato somministrato l'I-SVEST, consultabile in *Allegato 1*.

L'autorizzazione all'utilizzo del presente questionario è stata rilasciata in data 19/5/2022 dal gruppo di ricerca che ha validato il Second Victim Experience and Support Tool in italiano.<sup>42</sup>

### 2.3.2 Disegno dello studio

È stato effettuato uno studio di tipo osservazionale trasversale.

### 2.3.3 Rilevazione e analisi dei dati

La rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso la somministrazione del questionario. Non tutti i questionari sono stati compilati in modo completo: i dati mancanti non sono stati considerati nell'analisi dei risultati. Tutti i dati ottenuti dai questionari sono stati registrati in un foglio di calcolo elettronico Excel. L'analisi statistica è stata effettuata attraverso la funzione "filtro".<sup>43</sup> Con la stessa modalità, sono state eseguite, per alcune domande, distribuzioni percentuali del campione, per singola variabile, in base a specifici dati demografici. I risultati delle domande a risposta chiusa, con scala Likert, sono stati analizzati unendo i due item iniziali e finali della scala ("Molto in disaccordo" con "In disaccordo", "D'accordo" con "Molto d'accordo") per superare la granularità dei dati. Le risposte del questionario sono state rappresentate in tabella e/o graficamente esprimendo i dati in percentuale, senza decimali con approssimazione per eccesso/difetto: se il valore decimale è stato minore di 5 per difetto; se maggiore o uguale a 5 si è approssimato per eccesso. Nell'ultima domanda, in cui si è chiesto di indicare l'ospedale di provenienza è stata calcolata raggruppando le

---

<sup>42</sup> Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. *J Patient Saf.* 2021 Feb 2. doi: 10.1097/PTS.0000000000000825. Epub ahead of print. PMID: 33620164.

<sup>43</sup> Funzione che permette di filtrare i dati e/o di utilizzare un sottoinsieme di dati in un intervallo di celle. Reperibile presso: <https://support.office.com/it-it/article/Filtrare-i-dati-in-un-intervallo-o-in-una-tabella01832226-31b5-4568-8806-38c37dcc180e>. Accesso:9 Dicembre 2022.

risposte in quattro categorie: Nord Italia, Centro Italia, Sud Italia, Non specificato.

## 2.4 Risultati

I risultati vengono descritti secondo le sezioni evidenziate dallo strumento di raccolta dati I-SVEST, di seguito elencati:

1. dati demografici;
2. frequenza degli eventi avversi e della seconda vittima;
3. distress psicologico;
4. distress fisico;
5. supporto da parte dei colleghi;
6. supporto da parte dei superiori;
7. supporto istituzionale;
8. supporto non correlato al lavoro;
9. auto-efficacia professionale;
10. attaccamento al lavoro;
11. assenteismo;
12. forme di supporto desiderato.

### 2.4.1 Dati demografici

Dall'analisi dei questionari è emerso che il campione è composto principalmente da infermieri di sesso femminile di età compresa tra 31 e 50 anni, proveniente prevalentemente dal Centro Italia, con anzianità di

servizio compresa tra 5 e 15 anni in area medica. I dati totali sono esposti nella seguente tabella.

<b>Dati demografici</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Campione totale</b>	253	
<b>Età</b>		
30 anni o meno	91	36
Da 31 a 50 anni	126	50
Oltre 50	36	14
<b>Sesso</b>		
Femmina	205	81
Maschio	48	19
<b>Professione</b>		
Infermiere	234	92
Medico	19	8
<b>Area di appartenenza</b>		
Medica	115	45
Chirurgica	46	18
Cure intensive	92	36
<b>Anni di esperienza</b>		
Meno di un anno	7	3
Da 1 a 5 anni	75	30
Da 5 a 15 anni	113	47
Oltre i 15 anni	58	23
<b>Ospedale di appartenenza</b>		
Nord Italia	33	13
Centro Italia	184	73
Sud Italia	12	5
Non specificato	24	9

*Tabella 2: dati demografici del campione.*

## 2.4.2 Frequenza degli eventi avversi e della seconda vittima

Dalla raccolta dati emerge che nel corso della carriera, il 46% del campione è stato coinvolto in un "quasi incidenti", mentre il 35% è stato coinvolto in un evento avverso che ha portato conseguenze al paziente. Nonostante i partecipanti non abbiano avuto conseguenze professionali (96%) e non abbiano informato personalmente il paziente e/o i familiari dell'evento avverso (85%), il 61% del campione ha vissuto un disagio emotivo. Di coloro che hanno espresso un disagio emotivo, l'81% è di sesso femminile, svolge la professione di infermiere (96%).

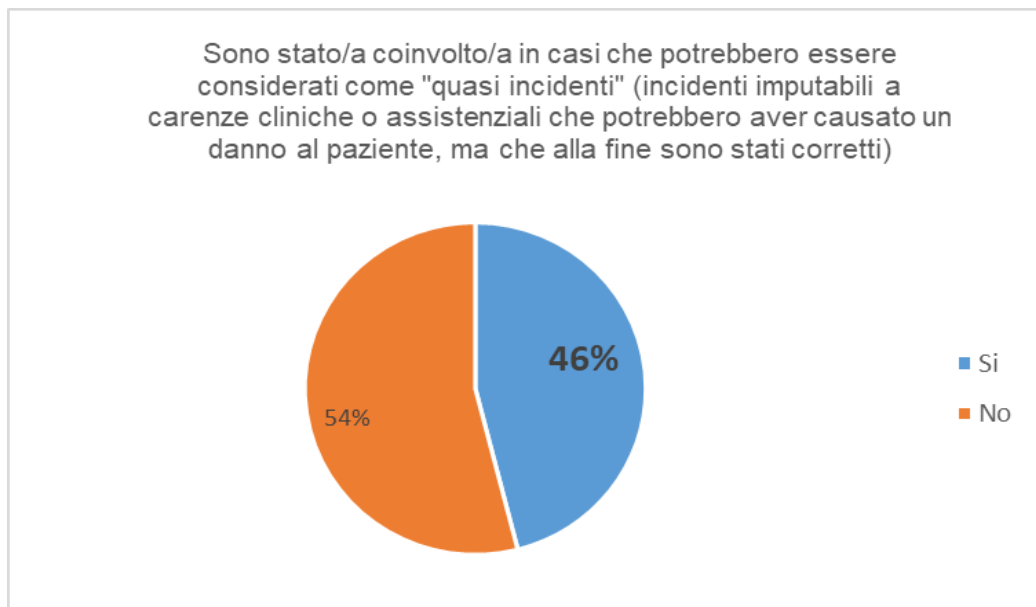


Grafico 1. Percentuale dei partecipanti coinvolti in "quasi incidenti"

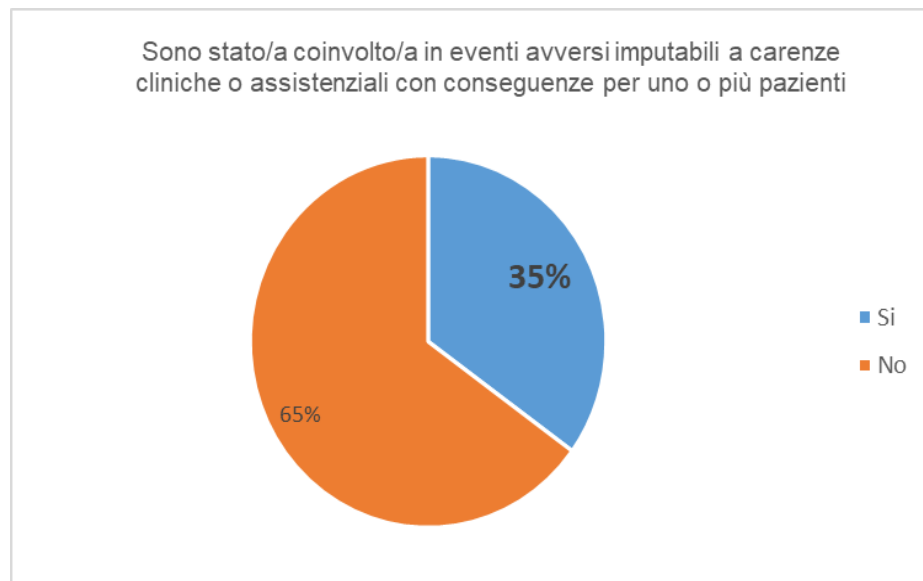


Grafico 2. Percentuale dei partecipanti coinvolti in eventi avversi.

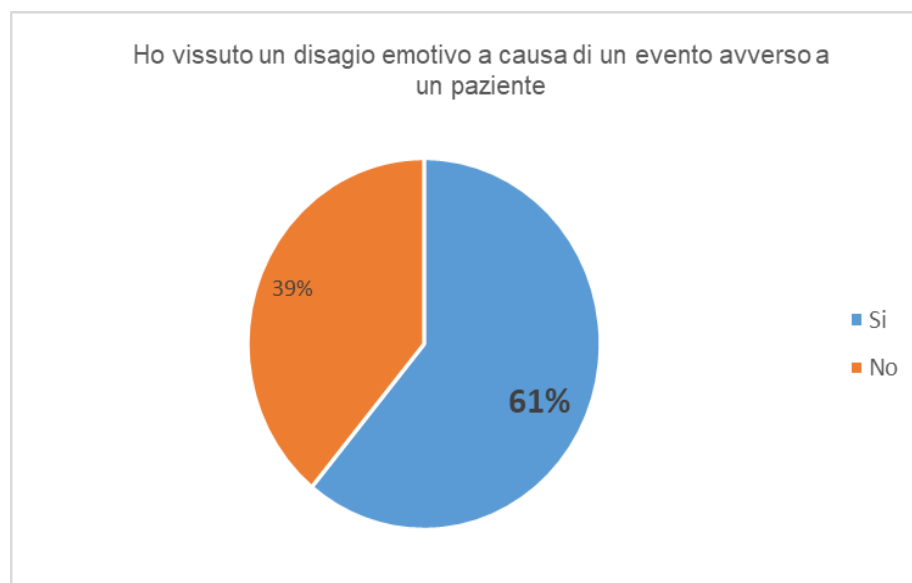


Grafico 3. Percentuale dei partecipanti che ha vissuto un disagio emotivo a seguito di un evento avverso.

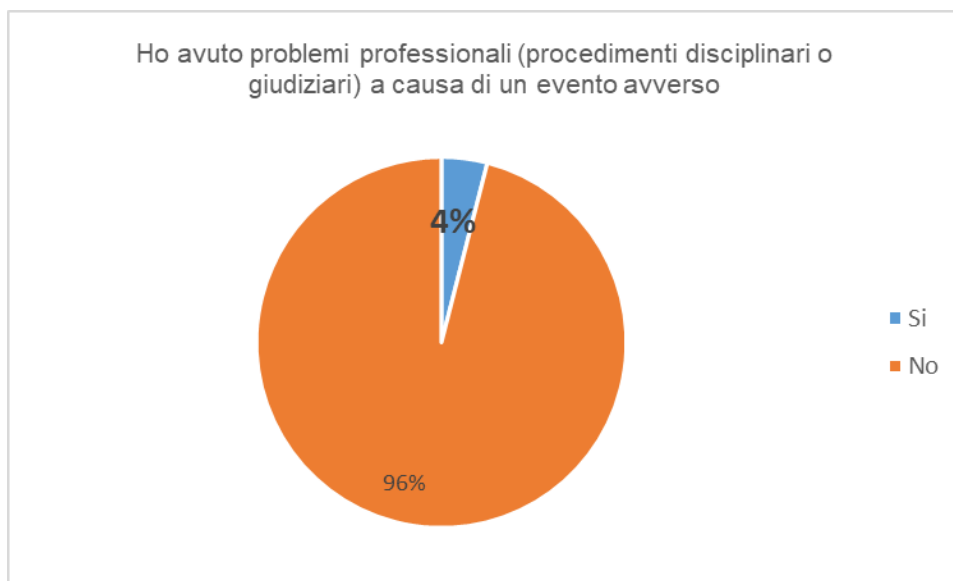


Grafico 4. Percentuale dei partecipanti che ha avuto problemi professionali a seguito di un evento avverso.

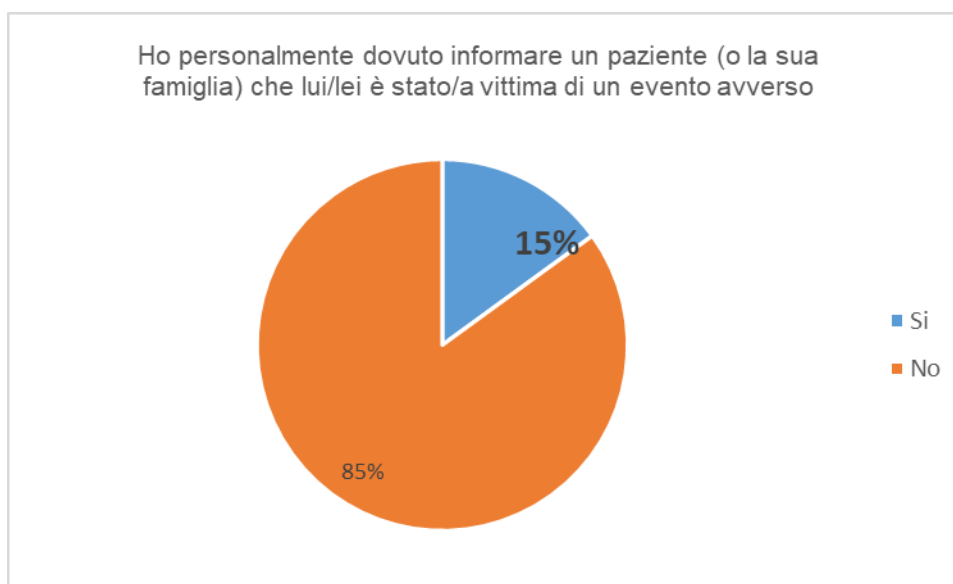


Grafico 5. Percentuale dei partecipanti che ha dovuto informare il paziente e/o la famiglia a seguito di un evento avverso.

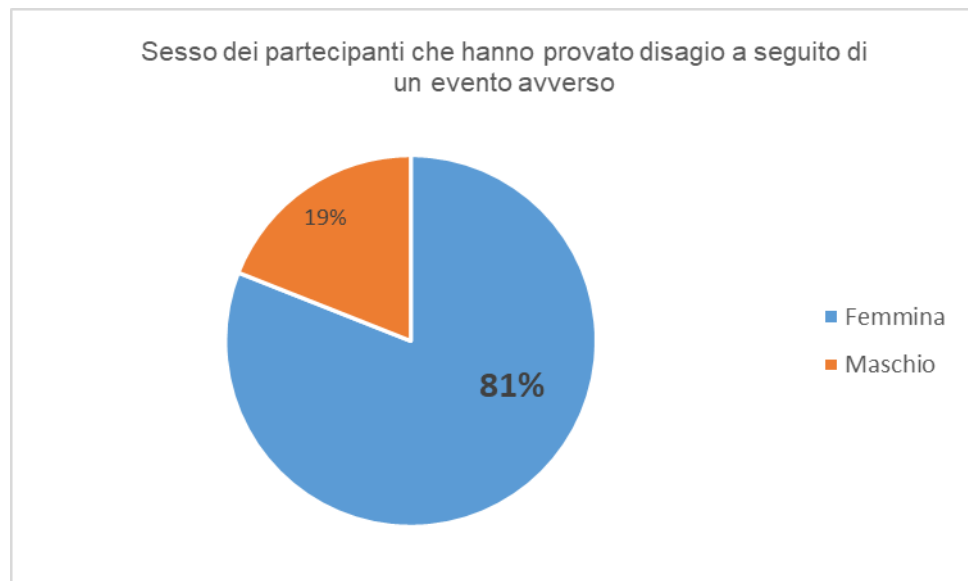


Grafico 6. Distribuzione percentuale del campione per sesso in risposta alla domanda: "Ho vissuto un disagio emotivo a causa di un evento avverso a un paziente".



Grafico 7. Distribuzione percentuale del campione per professione in risposta alla domanda: "Ho vissuto un disagio emotivo a causa di un evento avverso a un paziente".



### 2.4.3 Distress psicologico

L'analisi dei risultati dimostra che il 91% dei partecipanti che è stato coinvolto in un "quasi incidente"/evento avverso ha provato imbarazzo. Il 71% di essi si è sentito timoroso per eventi futuri, infelice (75%) e ha provato rimorso per l'accaduto (65%).

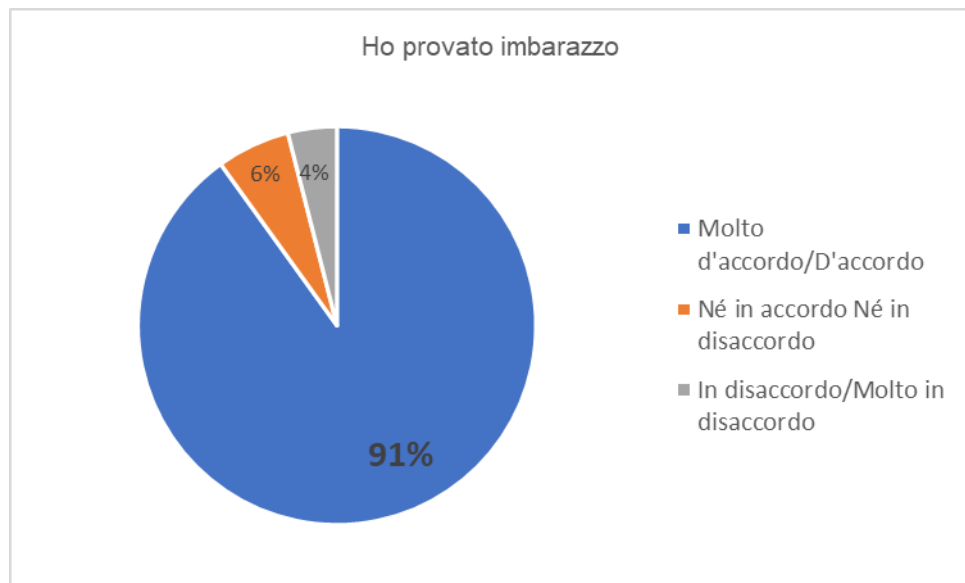


Grafico 8. Percentuale dei partecipanti che ha provato imbarazzo a seguito di un "quasi incidente"/evento avverso.

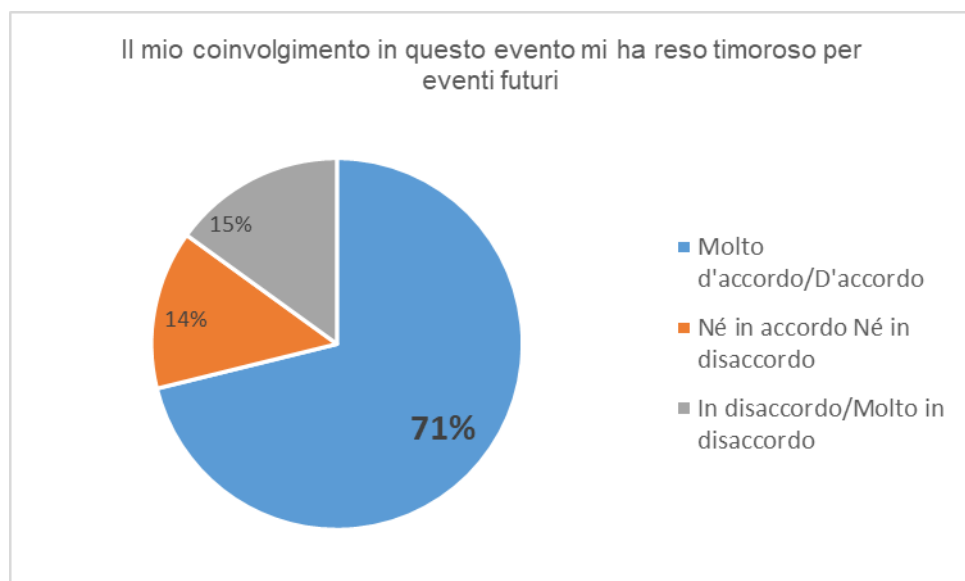


Grafico 9: Percentuale dei partecipanti che è stato reso timoroso per eventi futuri dal "quasi incidente"/evento avverso.

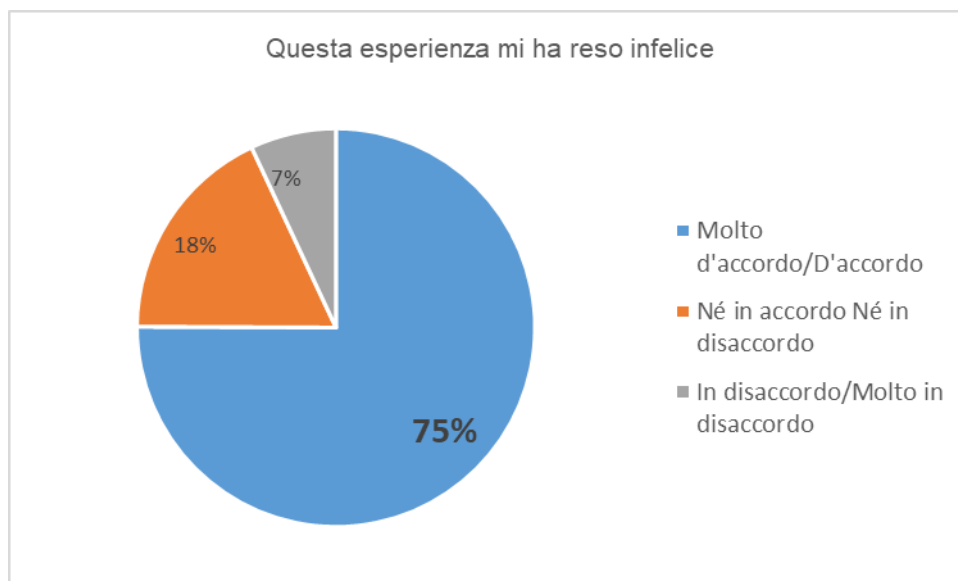


Grafico 10. Percentuale dei partecipanti che è stato reso infelice dal "quasi incidente"/evento avverso.

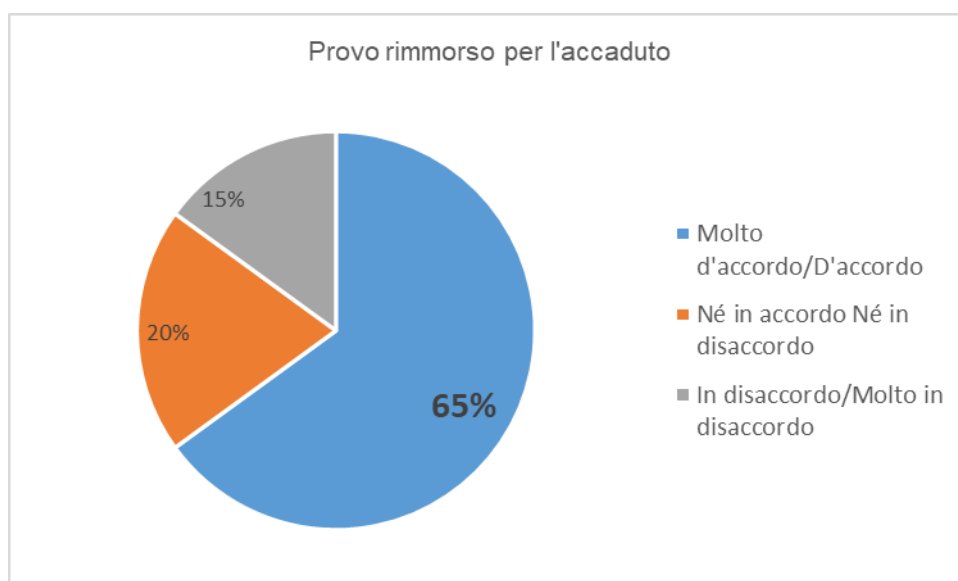


Grafico 11. Percentuale dei partecipanti che prova rimorso per il "quasi incidente"/evento avverso.

#### 2.4.4 Distress fisico

Dalla raccolta dati emerge che il 42% degli intervistati si sente esaurito da un peso mentale ed ha avuto disturbi del sonno conseguentemente all'accaduto (31%). Il 30% prova nausea e disgusto, e nel 18% degli intervistati il pensiero del "quasi incidente"/evento avverso provoca disturbi dell'appetito.

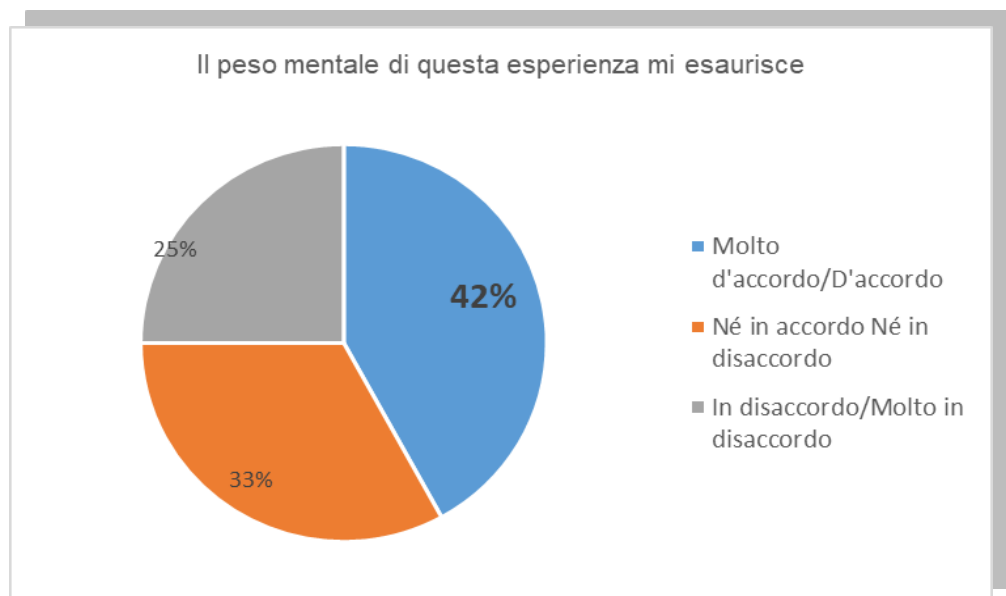


Grafico 12. Percentuale dei partecipanti che si sente esaurito a causa del peso mentale del "quasi incidente"/evento avverso.

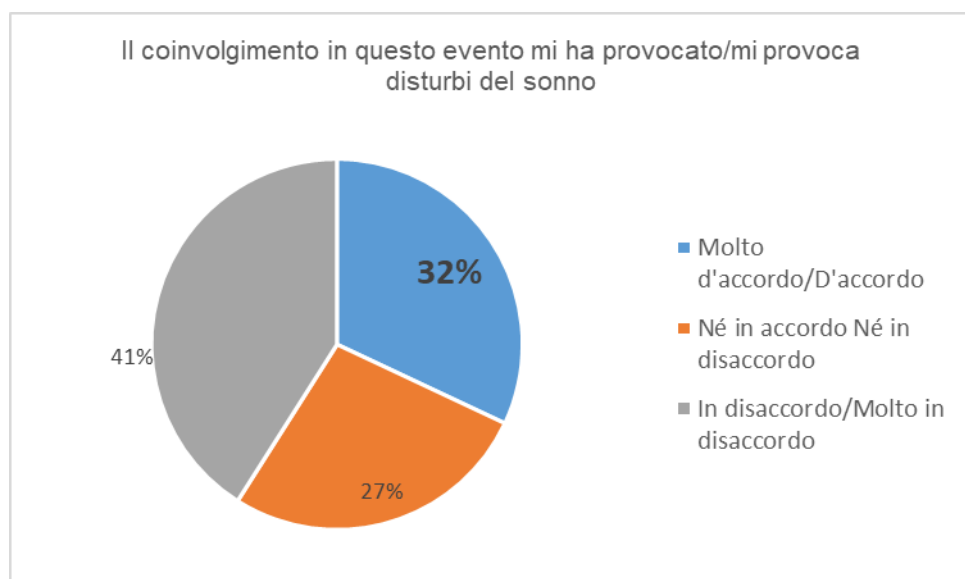


Grafico 13. Percentuale dei partecipanti che ha o ha avuto disturbi del sonno a causa del "quasi incidente"/evento avverso.

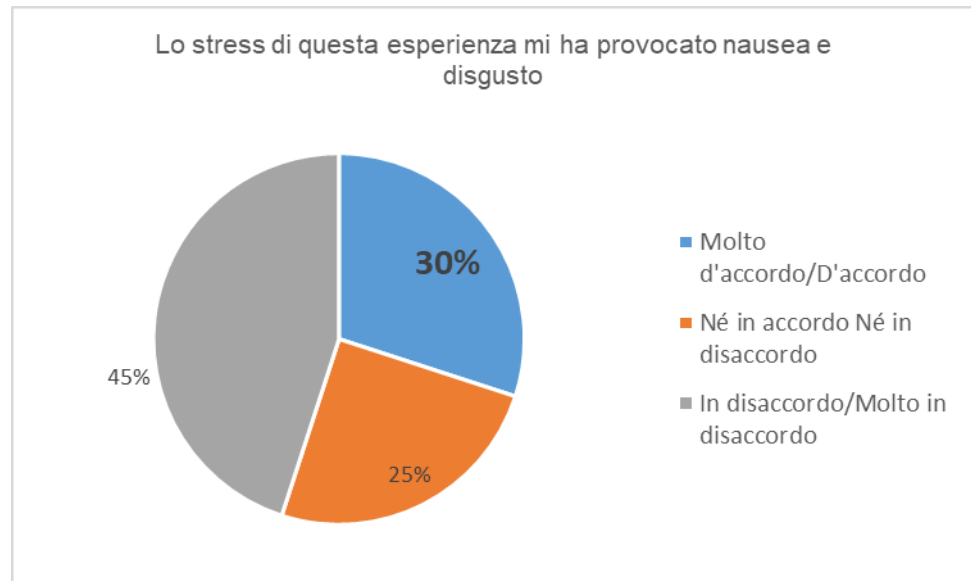


Grafico 14. Percentuale dei partecipanti che ha provato nausea e disgusto a causa del "quasi incidente"/evento avverso.

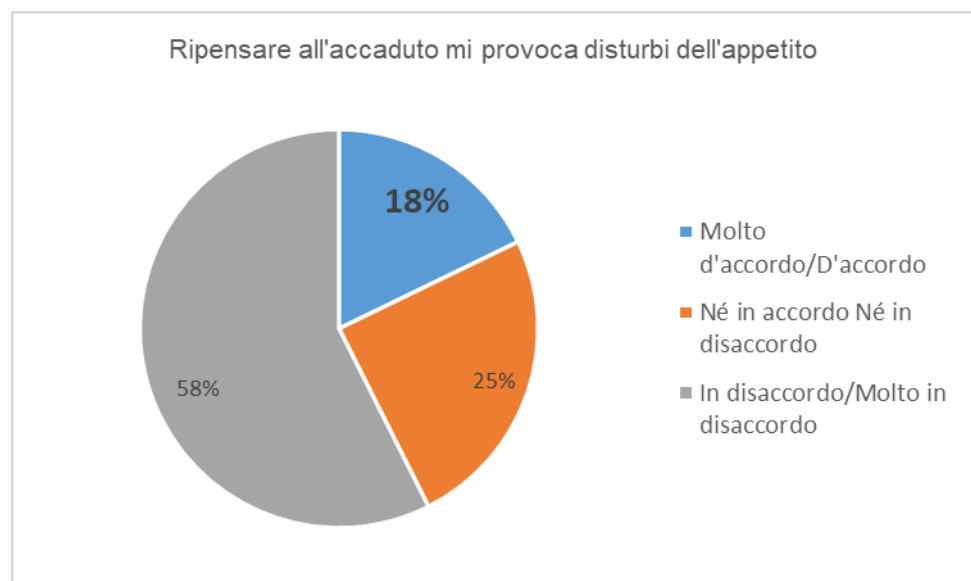


Grafico 15. Percentuale dei partecipanti che ha disturbi dell'appetito ripensando al "quasi incidente"/evento avverso.

## 2.4.5 Supporto da parte dei colleghi

L'analisi dei risultati evidenzia che il 73% dei partecipanti ritiene che parlare con un collega dia sollievo e lo apprezzano nonostante i tentativi di supporto possano arrivare nel momento sbagliato (55%). Il 44% ritiene che i colleghi possano sentirsi indifferenti rispetto all'impatto avuto a seguito del "quasi incidente"/evento avverso ma il 79% degli intervistati evidenzia come parlare con un collega lo faccia sentire ancora un buon professionista.

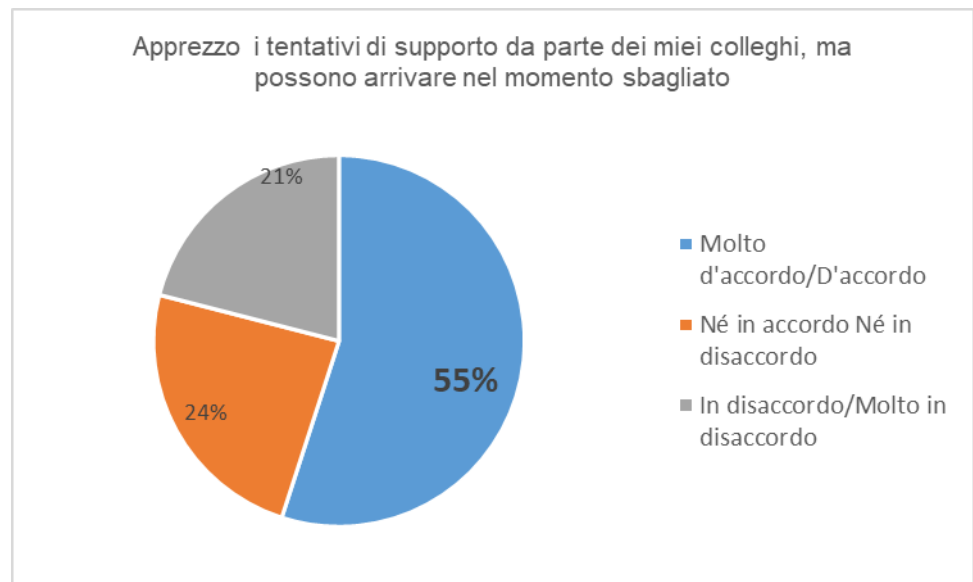


Grafico 16. Percentuale dei partecipanti che apprezza i tentativi di supporto dei colleghi, nonostante possano arrivare nel momento sbagliato.

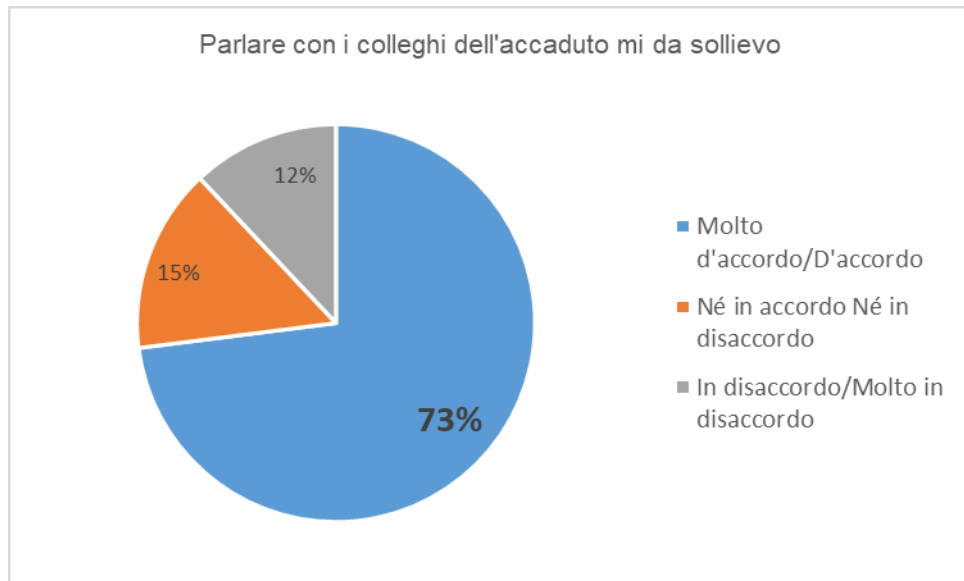


Grafico 17. Percentuale dei partecipanti prova sollievo parlando dell'accaduto con i colleghi.

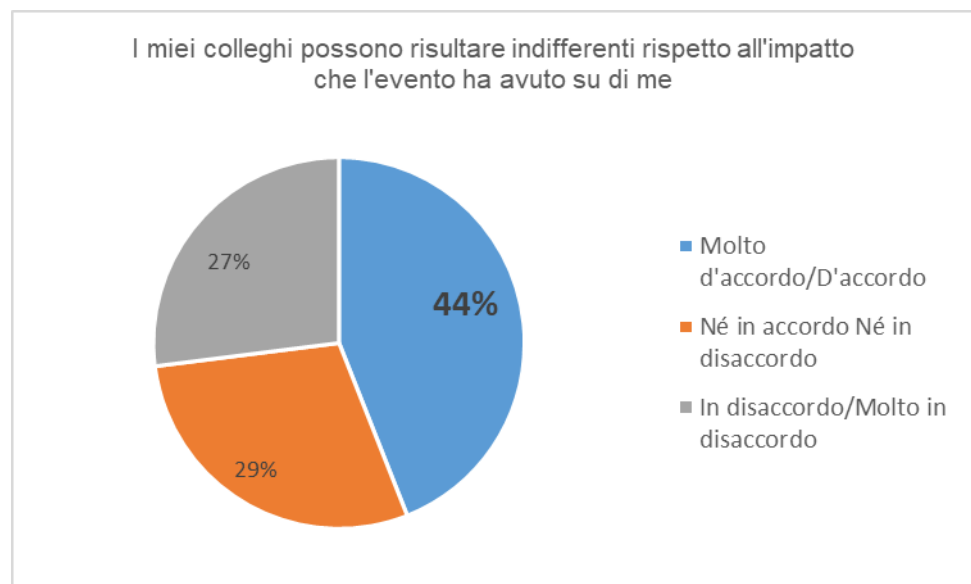


Grafico 18. Percentuale dei partecipanti che ritengono che i colleghi possano risultare indifferenti.

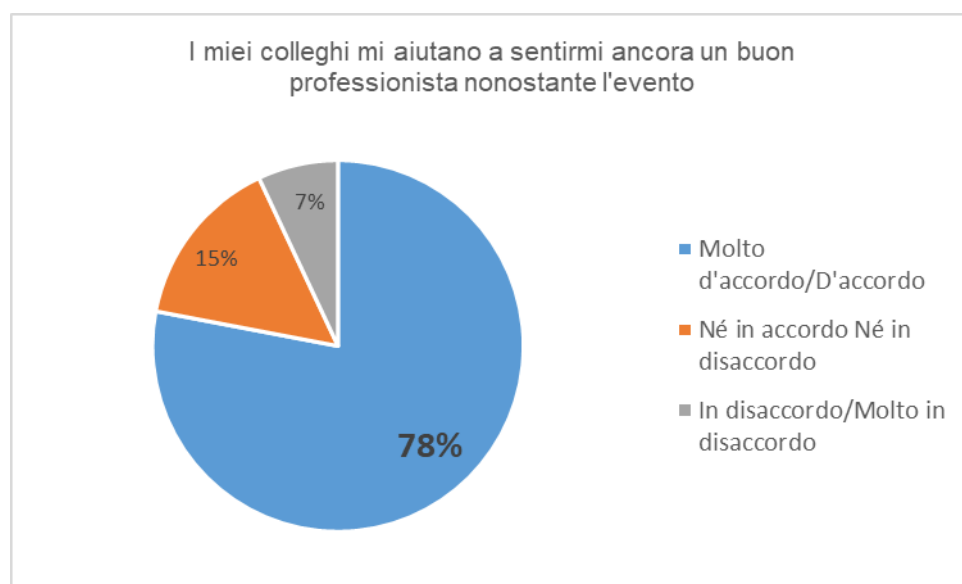


Grafico 19. Percentuale dei partecipanti che ritiene che i colleghi li aiutino a sentirsi dei buoni professionisti nonostante l'accaduto.

## 2.4.6 Supporto da parte dei superiori

L'analisi dei dati dimostra che in seguito a un "quasi incidente"/evento avverso, il 44% si sente trattato in maniera adeguata dal proprio superiore ed il 42% ritiene che quest'ultimo risponda in modo giusto ed equilibrato in certe situazioni, considerando la complessità delle cure (50%). Tuttavia, il 36% ritiene che il superiore tende a dare la colpa dell'accaduto alle persone coinvolte.

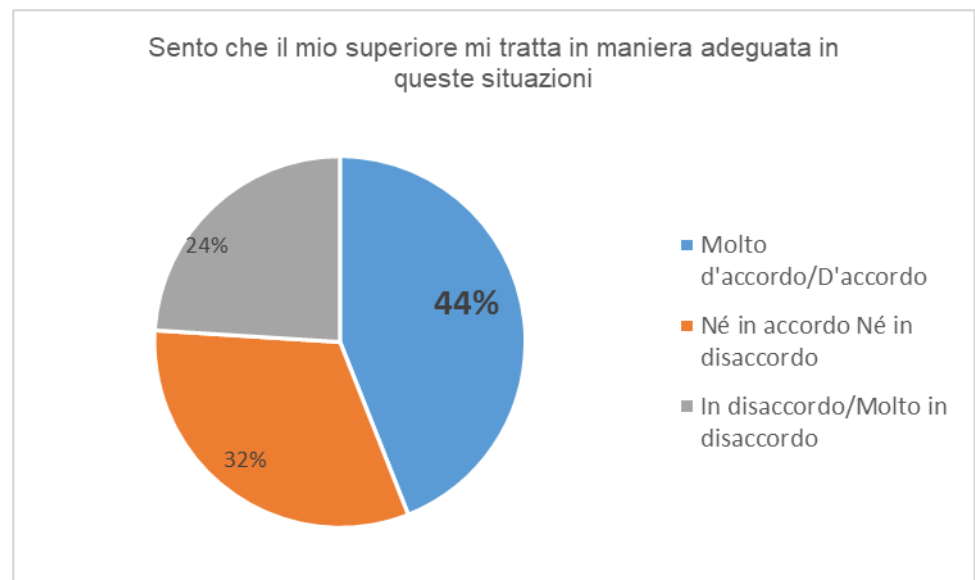


Grafico 20. Percentuale dei partecipanti che si sente trattato in maniera adeguata dal superiore.



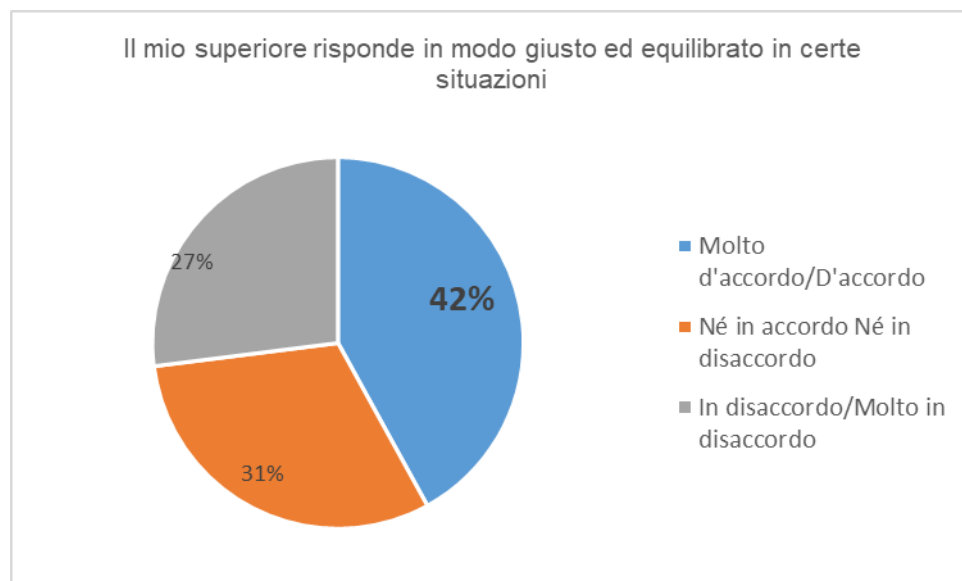


Grafico 21. Percentuale dei partecipanti che ritiene che il superiore si comporti in modo giusto ed equilibrato.

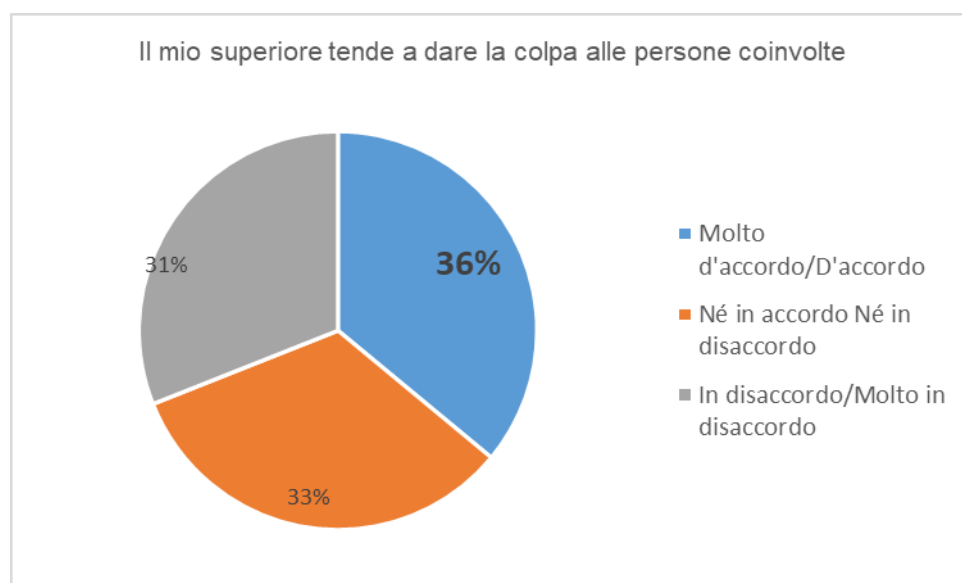


Grafico 22. Percentuale dei partecipanti che ritiene che il superiore tenda a dare la colpa alle persone coinvolte.

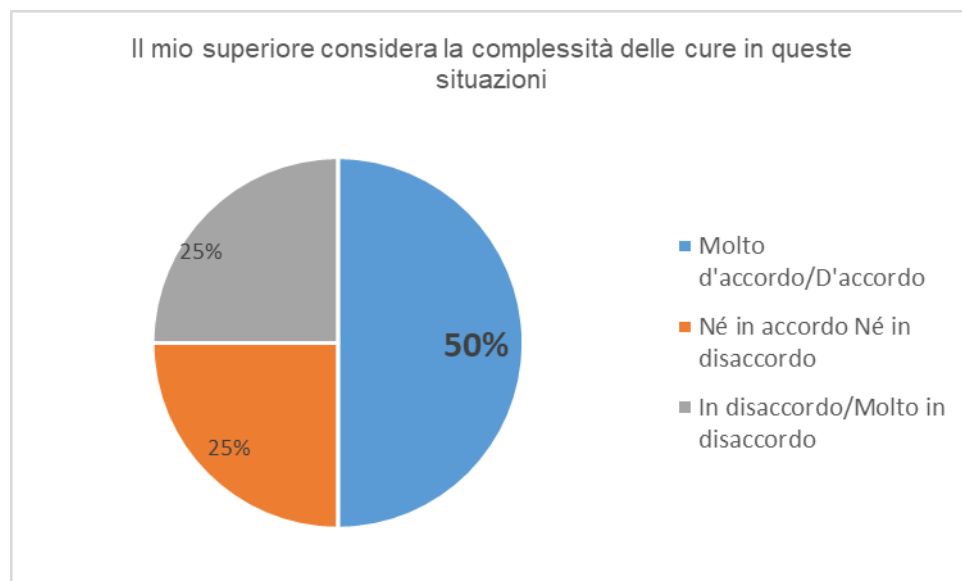


Grafico 23. Percentuale dei partecipanti che ritiene che il superiore consideri la complessità delle cure in certe situazioni.

## 2.4.7 Supporto istituzionale

Dall'intervista è emerso che il 34% dei partecipanti allo studio ritiene che la propria organizzazione comprenda il bisogno di aiuto dei professionisti sanitari coinvolti in un evento avverso. Tuttavia, il 62% evidenzia che la preoccupazione di offrire un supporto non è forte nella propria organizzazione e solo il 21% ritiene che venga offerta una forma di aiuto.



Grafico 24. Percentuale dei partecipanti che ritiene che la propria organizzazione comprenda il bisogno di aiuto in seguito ad un "quasi incidente"/evento avverso.



Grafico 25. Percentuale dei partecipanti che ritiene che la propria organizzazione offra una varietà di aiuti per superare gli effetti del coinvolgimento in un "quasi incidente"/evento avverso.



Grafico 26. Percentuale dei partecipanti che ritiene che la preoccupazione per il benessere dei professionisti sanitari coinvolti in un evento avverso non sia forte nella propria organizzazione.

## 2.4.8 Supporto non correlato al lavoro

Dai dati raccolti emerge che 65% dei partecipanti allo studio cerca supporto emotivo da familiari e amici ed il loro affetto li aiuta a superare questi eventi (70%).

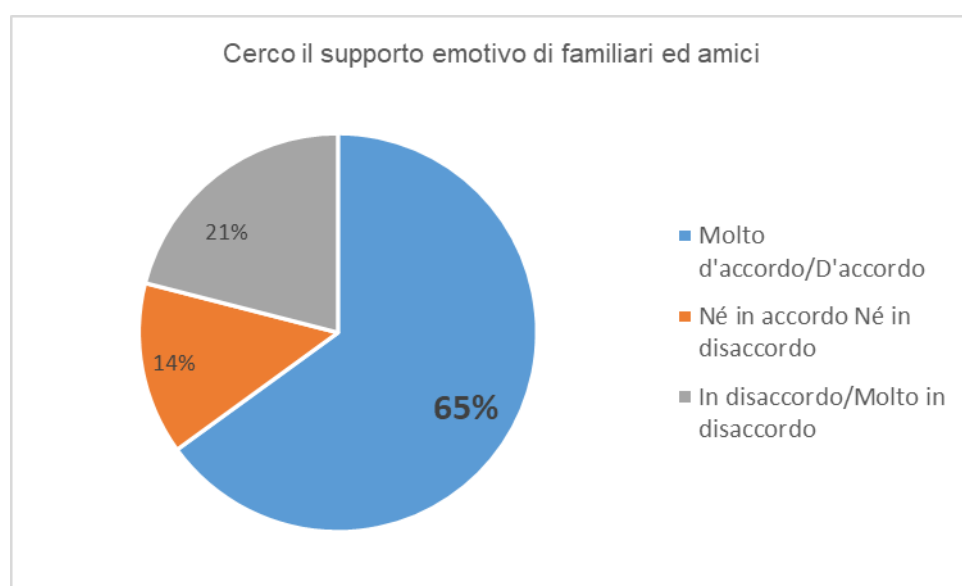


Grafico 27. Percentuale dei partecipanti che cerca il supporto emotivo di familiari e amici.

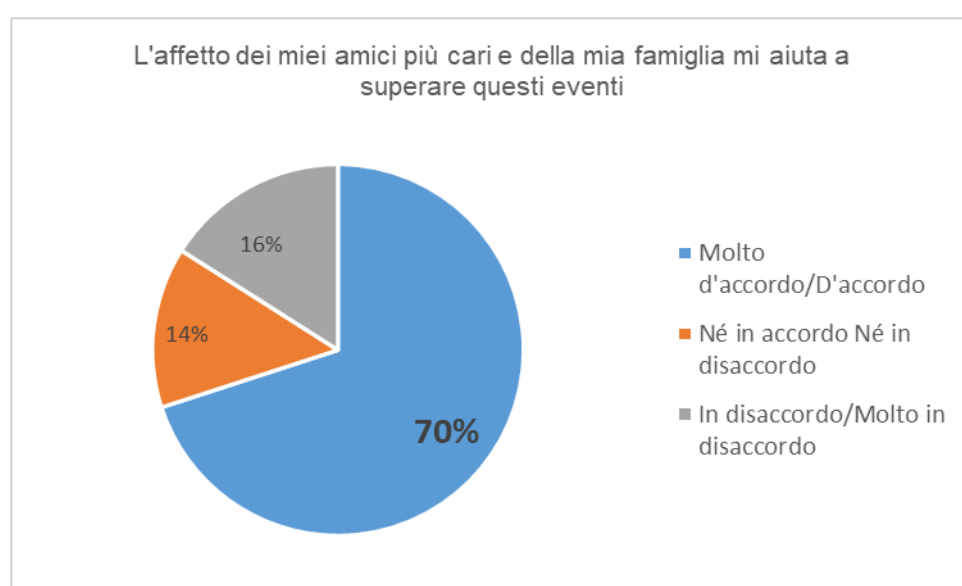


Grafico 28. Percentuale dei partecipanti che ritiene che l'affetto di amici e familiari lo aiuti a superare gli effetti dei "quasi incidenti"/eventi avversi.

## 2.4.9 Auto-efficacia professionale

L'analisi dei dati evidenzia che a seguito di un evento avverso, il 53% ha sperimentato sentimenti di inadeguatezza riguardo alle capacità assistenziali, instaurando dubbi sul proprio valore professionale (42%); il 42% non le ha messe in discussione. Il 49% ha avuto paura ad eseguire procedure difficili o ad alto rischio a seguito dell'evento.

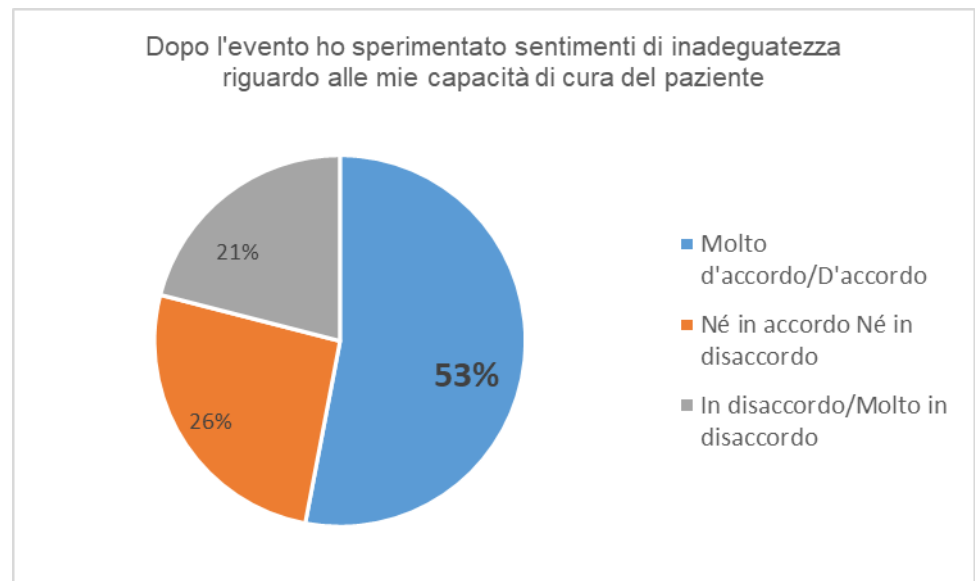


Grafico 29. Percentuale dei partecipanti che ha provato sentimenti di inadeguatezza riguardo alle capacità di cura del paziente.

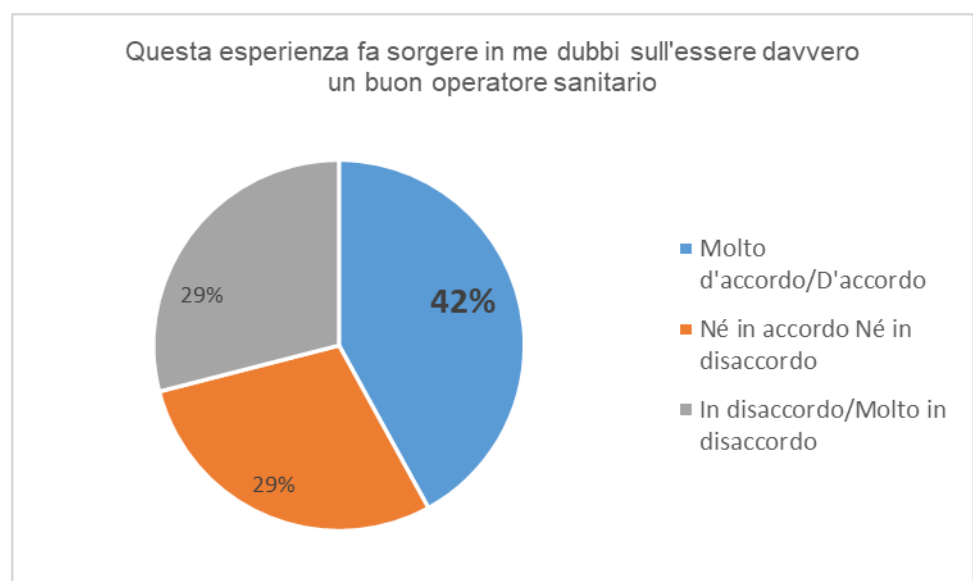


Grafico 30. Percentuale dei partecipanti che ha provato dubbi sull'essere un buon operatore sanitario.

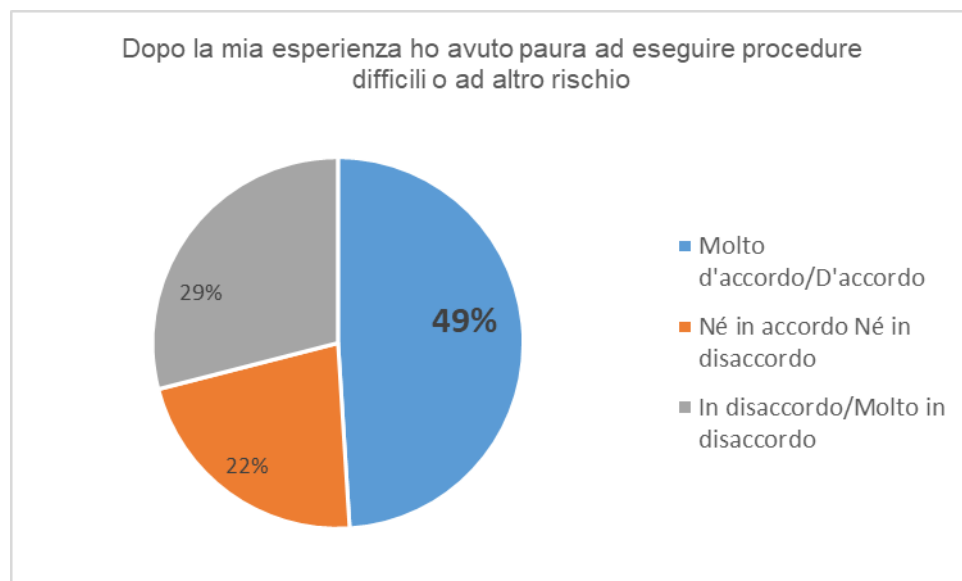


Grafico 31. Percentuale dei partecipanti che ha avuto paura ad eseguire procedure difficili o ad alto rischio a seguito dell'evento.



Grafico 32. Percentuale dei partecipanti che ha avuto paura ad eseguire procedure difficili o ad alto rischio a seguito dell'evento.

## 2.4.10 Attaccamento al lavoro

Dai questionari analizzati è emerso che il 27% ha evidenziato il desiderio di voler abbandonare l'assistenza diretta dei pazienti a seguito dell'accaduto, il 37% la voglia di lasciare il lavoro.

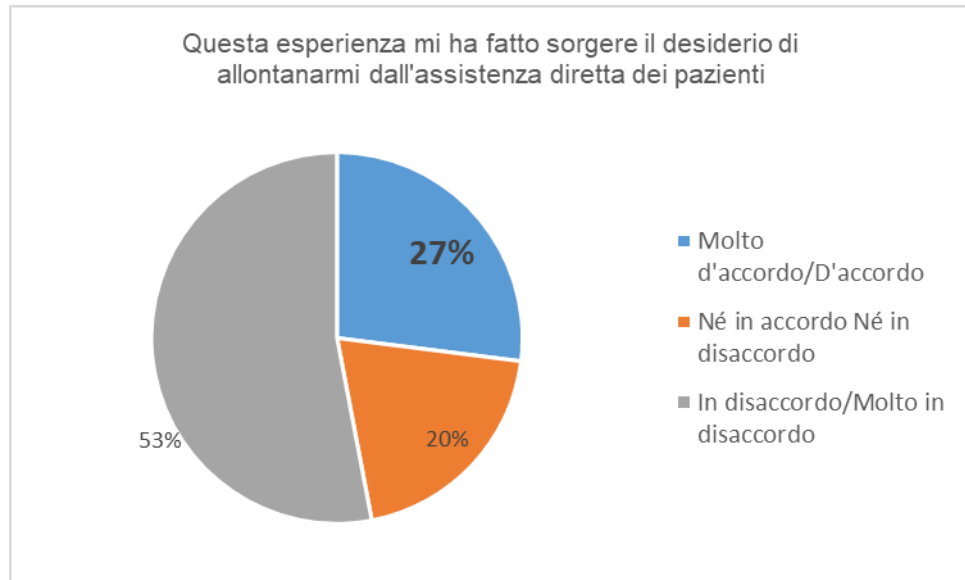


Grafico 33. Percentuale dei partecipanti che ha avuto il desiderio di allontanarsi dall'assistenza diretta dei pazienti o a seguito dell'evento.

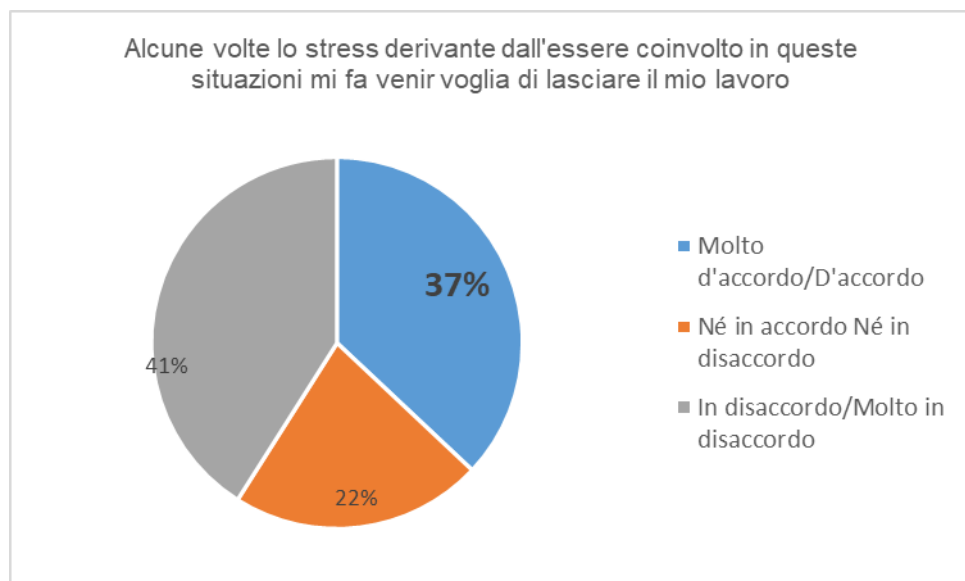


Grafico 34. Percentuale dei partecipanti che ha avuto voglia di lasciare il lavoro a causa dello stress provocante dal coinvolgimento in eventi avversi.



## 2.4.11 Assenteismo

Dall'analisi dei dati emerge che seguito di un evento avverso, l'11% ha preso una giornata di assenza per malattia, il 19% del tempo libero dal lavoro.

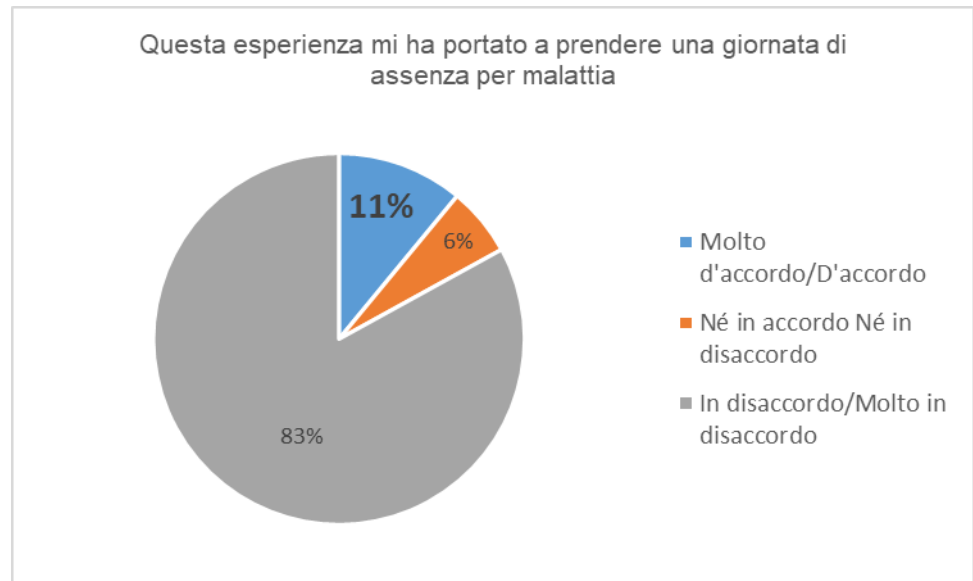


Grafico 35. Percentuale dei partecipanti che si è preso un giorno di assenza per malattia in seguito al coinvolgimento in eventi avversi.

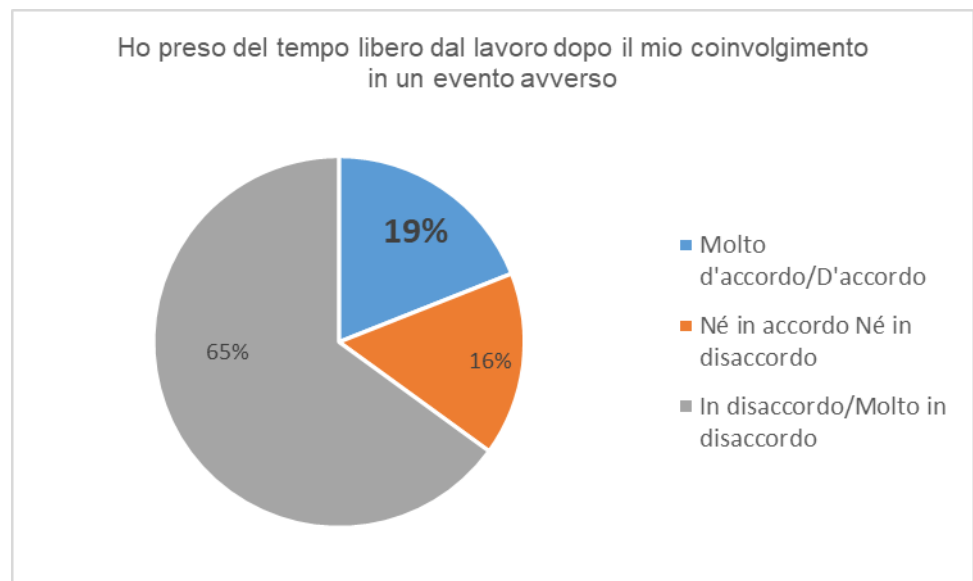


Grafico 36. Percentuale dei partecipanti che si è preso del tempo libero dal lavoro a seguito del coinvolgimento in eventi avversi.

## 2.4.12 Forme di supporto desiderate

Analizzati i dati, emerge che a seguito di un evento avverso, il 31% avrebbe voluto lasciare la propria unità per un po' di tempo, il 39% un luogo tranquillo per il recupero e la ricomposizione personale. Il 77% avrebbe desiderato un collega rispettato per parlare dei dettagli dell'accaduto, e l'86% un programma di counselling gratuito messo a disposizione dalla propria organizzazione, a cui poter accedere al di fuori del lavoro. Il 75% dei partecipanti avrebbe voluto discuterne con il proprio superiore, ed il 68% una modalità confidenziale per essere in contatto con qualcuno disponibile h24. Altri (79%) avrebbe voluto fissare un appuntamento con un consulente dell'ospedale.



Grafico 37. Percentuale dei partecipanti che avrebbe voluto lasciare per un po' l'unità operativa in seguito al coinvolgimento in eventi avversi.

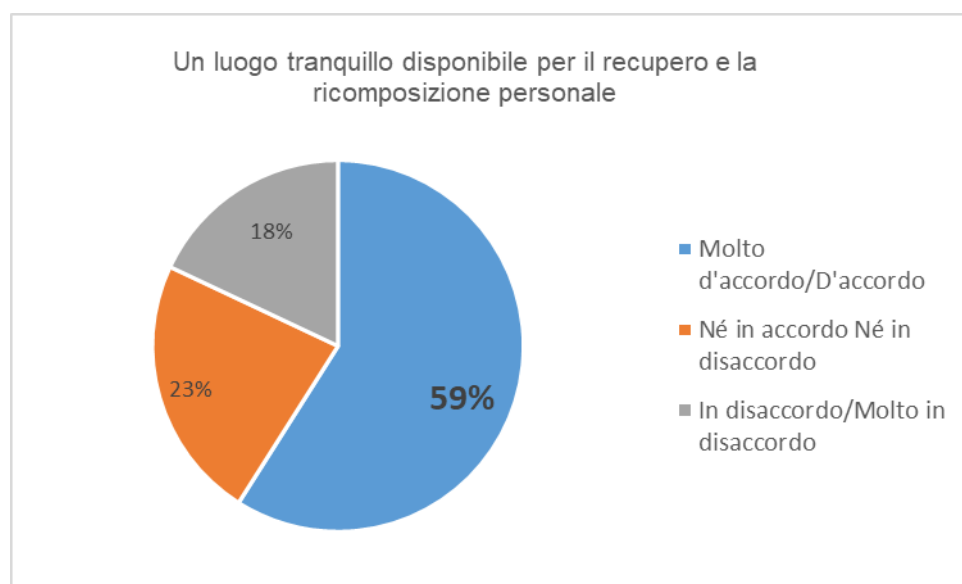


Grafico 38. Percentuale dei partecipanti che avrebbe voluto un luogo tranquillo disponibile dove ricomporsi.

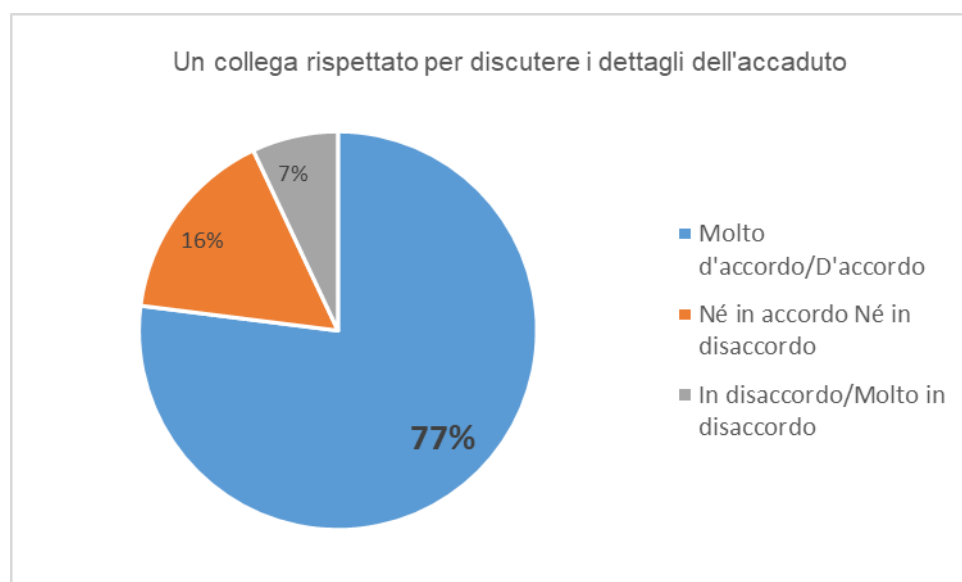


Grafico 39. Percentuale dei partecipanti che avrebbe voluto discutere con un collega rispettato i dettagli dell'accaduto.

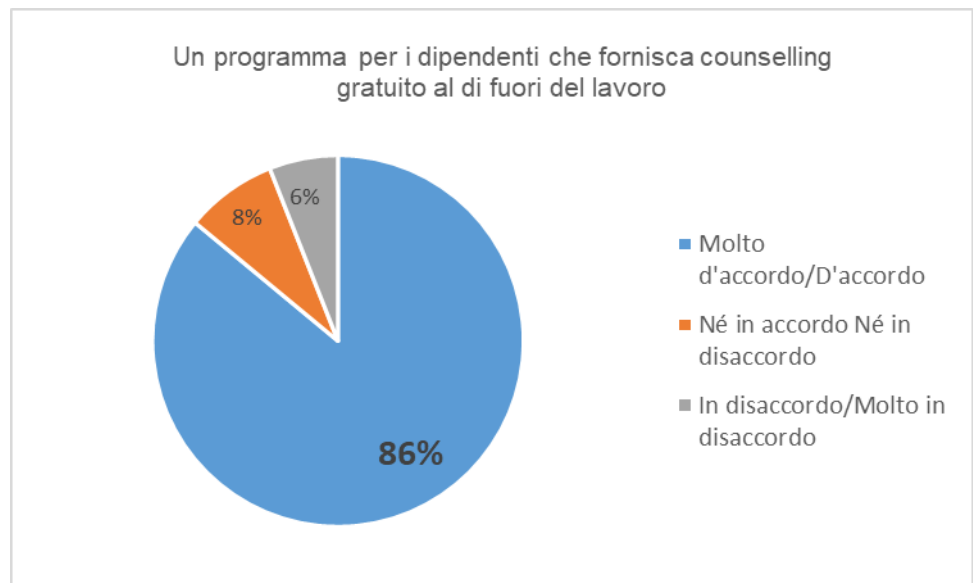


Grafico 40. Percentuale dei partecipanti che avrebbe voluto un programma di counselling gratuito al di fuori del lavoro.

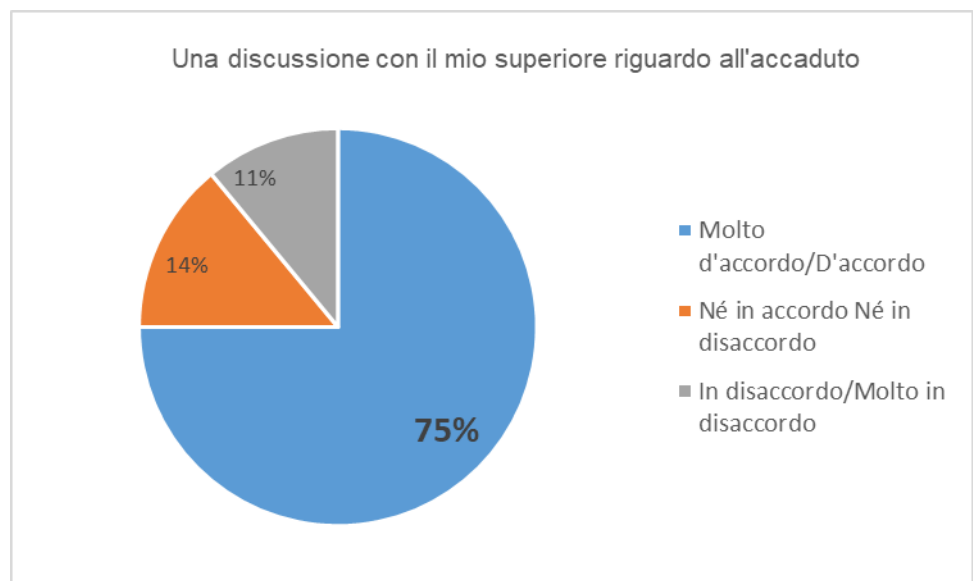


Grafico 41. Percentuale dei partecipanti che avrebbe voluto discutere con un superiore riguardo l'accaduto.

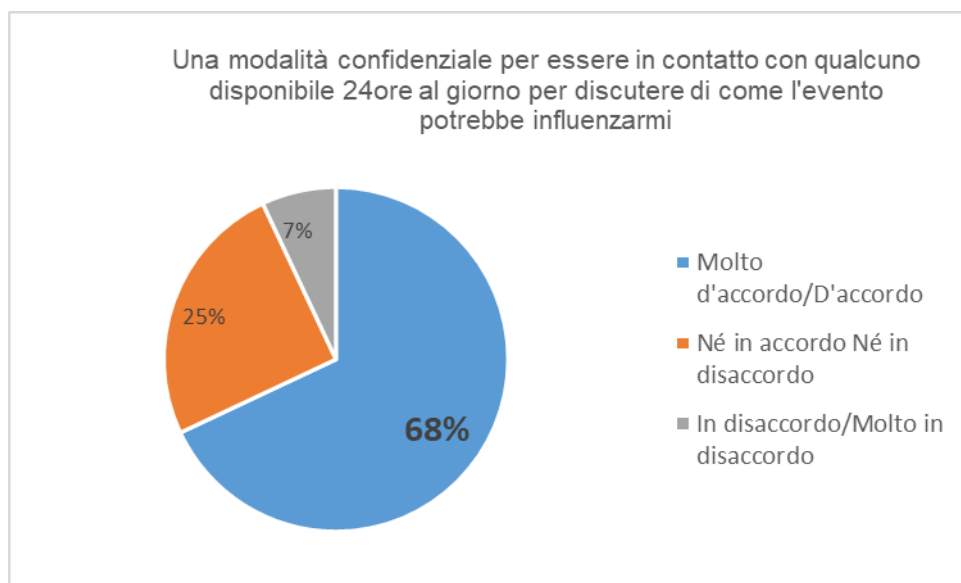


Grafico 42. Percentuale dei partecipanti che avrebbe voluto qualcuno disponibile h24 per discutere.



Grafico 43. Percentuale dei partecipanti che avrebbe voluto fissare un appuntamento con un consulente dell'ospedale.

Nella seguente tabella sono sintetizzati i risultati sopra esposti.

Domande	Risposte in percentuale		
	Si	No	
<b>1. Frequenza degli eventi avversi e della seconda vittima</b>			
Sono stato/a coinvolto/a in “quasi incidenti”		46%	54%
Sono stato/a coinvolto/a in eventi avversi con conseguenze per il pz		35%	65%
Ho vissuto disagio emotivo a causa di un evento avverso a un pz		51%	49%
Ho avuto problemi professionale a causa di un evento avverso		4%	96%
Ho personalmente dovuto informare un pz (o la sua famiglia vittima) di un evento avverso		15%	85%
		Risposte in percentuale	
		Molto d'accordo/d'accordo	Né in accordo né in disaccordo
		In disaccordo/molto in disaccordo	
<b>2. Distress psicologico</b>			
Ho provato imbarazzo	91%	6%	4%
Il mio coinvolgimento in questo evento mi ha reso timoroso per eventi futuri	71%	14%	15%
Questa esperienza mi ha reso infelice	75%	18%	7%
Provo rimorso per l'accaduto	65%	20%	15%
<b>3. Distress fisico</b>			
Il peso mentale di questa esperienza mi esaurisce	42%	33%	25%
Il coinvolgimento in questo evento mi ha provocato/mi provoca disturbi del sonno	32%	27%	41%
Lo stress di questa esperienza mi ha provocato nausea e disgusto	30%	25%	45%
Ripensare all'accaduto mi provoca disturbi dell'appetito	18%	25%	58%
<b>4.Supporto da parte dei colleghi</b>			
Apprezzo i tentativi di supporto dei colleghi ma possono arrivare nel momento sbagliato	55%	24%	21%
Parlare con i colleghi dell'accaduto mi da sollievo	73%	15%	12%
I miei colleghi possono risultare indifferenti rispetto all'impatto che l'evento ha avuto su di me	44%	29%	27%
I miei colleghi mi aiutano a sentirmi ancora un buon professionista nonostante l'evento	78%	15%	7%

Domande	Risposte in percentuale		
	Molto d'accordo/d'accordo	Né in accordo né in disaccordo	In disaccordo/ Molto in disaccordo
<b>5. Supporto da parte dei superiori</b>			
Sento che il mio superiore mi tratta in maniera adeguata in queste situazioni	44%	32%	24%
Il mio superiore risponde in modo giusto ed equilibrato in queste situazioni	42%	31%	27%
Il mio superiore tende a dare la colpa alle persone coinvolte	36%	33%	31%
Il mio superiore considera la complessità delle cure in queste situazioni	50%	25%	25%
<b>6. Supporto istituzionale</b>			
La mia organizzazione comprende che gli operatori sanitari interessati potrebbero avere bisogno di aiuto (...)	34%	16%	50%
La mia organizzazione offre una varietà di risorse per aiutarmi a superare gli effetti di un evento avverso	20%	11%	69%
La preoccupazione per il benessere di coloro che sono coinvolti in un evento avverso non è forte nella mia organizzazione	62%	19%	11%
<b>7. Supporto non correlato al lavoro</b>			
Cerco il supporto emotivo di familiari ed amici	65%	14%	21%
L'affetto dei miei amici più cari e della mia famiglia mi aiuta a superare questi eventi	70%	14%	16%
<b>8. Auto-efficacia professionale</b>			
(...) Ho sperimentato sentimenti di inadeguatezza riguardo alle mie capacità di cura del paziente	53%	26%	21%
Questa esperienza fa sorgere in me dubbi sull'essere davvero un buon operatore sanitario	42%	29%	29%
Dopo la mia esperienza ho avuto paura ad eseguire procedure difficili o ad alto rischio	49%	22%	29%
Queste situazioni non mettono in discussione le mie capacità professionali	42%	30%	28%
<b>9. Attaccamento al lavoro</b>			
Questa esperienza mi ha fatto sorgere il desiderio di allontanarmi dall'assistenza diretta dei pazienti	27%	20%	53%
Alcune volte lo stress derivante dall'essere coinvolto in queste situazioni mi fa venir voglia di lasciare il mio lavoro	37%	22%	41%

Domande	Risposte in percentuale		
	Molto d'accordo/d'accordo	Né in accordo né in disaccordo	In disaccordo/molto in disaccordo
<b>10. Assenteismo</b>			
Questa esperienza mi ha portato a prendere una giornata di assenza per malattia	11%	6%	83%
Ho preso del tempo libero dal lavoro dopo (...) l'evento avverso	19%	16%	65%
<b>11. Forme di supporto desiderate</b>			
La possibilità di lasciare la mia unità per un po' di tempo	31%	16%	53%
Un luogo tranquillo disponibile per il recupero e la ricomposizione personale	59%	23%	18%
Un collega rispettato per discutere i dettagli dell'accaduto	77%	16%	7%
Un programma per i dipendenti che fornisca counselling gratuito al di fuori del lavoro	86%	8%	6%
Una discussione con il mio superiore riguardo all'accaduto	75%	14%	11%
Una modalità confidenziale per essere in contatto con qualcuno disponibile 24h al giorno (...)	68%	25%	7%
L'opportunità di fissare un appuntamento con un consulente del mio ospedale per discutere dell'evento	79%	13%	8%

*Tabella 3: sintesi dei risultati dell'analisi dei dati.*



## 2.5 Discussione dei risultati

Il campione è composto perlopiù da infermieri di sesso femminile di età compresa tra 31 e 50 anni, proveniente prevalentemente dal Centro Italia, con anzianità di servizio compresa tra 5 e 15 anni in area medica. Nella distribuzione del campione vi sono delle considerazioni da fare. Il fatto che sia composto principalmente da infermieri provenienti dal Centro Italia potrebbe essere stato influenzato dalla professione e dall'ubicazione della scrivente. Tuttavia, in accordo con lo studio di Chan<sup>44</sup> vi sono differenze emotive che contraddistinguono i diversi professionisti che incorrono nella sindrome. Gli infermieri sono risultati più inclini a emozioni negative rispetto ai medici. Rispetto a farmacisti e medici, gli infermieri sperimentano maggiore senso di colpa, preoccupazione, imbarazzo e paure. Probabilmente perché l'infermiere è il professionista con cui il paziente ha più contatto durante la permanenza in ospedale, per cui potrebbe sentirsi direttamente responsabile dei danni a lui causati. In più, il questionario include solo professionisti sanitari infermieri e medici, non tenendo in considerazione altre figure sanitarie. Il fatto che il campione sia composto principalmente da donne è in linea con lo studio di Seys, in cui è emerso che le lavoratrici sanitarie donne sperimentano una maggiore intensità di emozioni rispetto ai colleghi uomini, tendendo a riferire in modo più significativo angoscia.<sup>45</sup> Dallo studio è emerso che nel corso della carriera, il 54% del campione è stato coinvolto in un "quasi incidenti", mentre il 34% è stato coinvolto in un evento avverso che ha portato conseguenze al paziente. È interessante notare che il questionario consideri eventi da analizzare anche i "quasi incidenti". Questo dato è in linea sia con lo studio

---

<sup>44</sup> Chan ST, Khong PBC, Wang W. *Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims*. Int Nurs Rev. Jun 2017; 64 (2):242-262.

<sup>45</sup> Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. *Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review*. Eval Health Prof. Jun 2013; 36(2): 135-162.

italiano di Pieretti,<sup>46</sup> sia con altri studi internazionali. Infatti, si stima che quasi la metà di tutti gli operatori sanitari abbia sperimentato la sindrome durante la propria carriera.<sup>47</sup> Nonostante i partecipanti non abbiano avuto conseguenze professionali e non abbiano informato personalmente il paziente e/o i familiari dell'evento avverso, il 40% del campione ha vissuto un disagio emotivo. In accordo con quanto detto precedentemente, di coloro che hanno espresso un disagio emotivo, l'81% è di sesso femminile, svolge la professione di infermiere. Dal punto di vista psicologico, il 91% dei partecipanti che è stato coinvolto in un "quasi incidente"/evento avverso ha provato imbarazzo, lo ha reso timoroso per eventi futuri (71%). Si è sentito infelice (75%) e ha provato rimorso per l'accaduto (65%). Gli eventi avversi hanno un impatto profondo e suscitano intense emozioni nelle seconde vittime. Come emerso dalla revisione di Seys in alcune circostanze, la seconda vittima può avere un continuo disagio emotivo e può sviluppare un disturbo post-traumatico.<sup>48</sup> Oltre a ciò, si aggiungono sintomi fisici quali tachicardia, ipertensione, disturbi del sonno.<sup>49</sup> Dallo studio condotto, infatti, è emerso che il 42% degli intervistati si sente esaurito da un peso mentale ed ha avuto disturbi del sonno conseguentemente all'accaduto. Un terzo del campione prova nausea e disgusto, e nel 18% degli intervistati il pensiero del "quasi incidente"/evento avverso provoca disturbi dell'appetito. Tutto ciò indica che le risposte all'evento avverso sono più intense di una semplice reazione emotiva.<sup>50</sup> L'errore può avere impatto importante sulla vita personale che si può ripercuotere sulla vita professionale della seconda vittima. Dall'analisi dei questionari è

---

<sup>46</sup> Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. *J Patient Saf.* 2021 Feb 2. doi: 10.1097/PTS.0000000000000825. Epub ahead of print. PMID: 33620164.

<sup>47</sup> Marmon LM, Heiss K. *Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care.* *Semin Pediatr Surg.* 2015 Dec;24(6):315-8.

<sup>48</sup> Ibidem.

<sup>49</sup> Pratt SD, Jachna BR. *Care of the clinician after an adverse event.* *Int J Obstet Anesth* 2015 Feb;24(1):54-63.

<sup>50</sup> Chan ST, Khong PBC, Wang W. *Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims.* *Int Nurs Rev.* Jun 2017; 64 (2):242-262.

emerso che, a seguito di un evento avverso, il 53% ha sperimentato sentimenti di inadeguatezza riguardo alle capacità assistenziali, instaurando dubbi sul proprio valore professionale (42%). Il 49% ha avuto paura ad eseguire procedure difficili o ad alto rischio a seguito dell'evento. A causa dei sentimenti negativi provati, le seconde vittime tendono ad interrompere la relazione terapeutica con il paziente.<sup>51</sup> A conferma di ciò dallo studio condotto è stato evidenziato che il 27% ha espresso il desiderio di voler abbandonare l'assistenza diretta dei pazienti a seguito dell'accaduto, il 37% la voglia di lasciare il lavoro. Di fatto, in alcuni questo desiderio si è trasformato in necessità. Infatti, a seguito di un evento avverso, l'11% ha preso una giornata di assenza per malattia, il 19% del tempo libero dal lavoro. Gli studi suggeriscono che la frustrazione, la perdita di fiducia e il dubbio possono permanere anche molto tempo dopo l'evento. Nonostante in Italia vi sia una Raccomandazione ministeriale affinché venga previsto un programma di supporto in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, dallo studio condotto è emerso scarso sostegno alle seconde vittime. Un terzo dei partecipanti allo studio ritiene che la propria organizzazione comprenda il bisogno di aiuto dei professionisti sanitari coinvolti in un evento avverso. Tuttavia, il 62% evidenzia che la preoccupazione di offrire un supporto non è forte nella propria organizzazione e solo il 21% ritiene che venga offerta una forma di aiuto. Addirittura, in seguito a un "quasi incidente"/evento avverso, il 36% ritiene che il superiore tende a dare la colpa dell'accaduto alle persone coinvolte.

In linea con la Raccomandazioni ministeriale, è importante che questa "cultura di colpa" venga trasformata in "cultura della sicurezza" affinché l'errore diventi

---

<sup>51</sup>Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. *Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review*. *Eval Health Prof*. Jun 2013; 36(2): 135-162.

un'opportunità di conoscenza e miglioramento.<sup>52</sup> Il 65% dei partecipanti allo studio cerca supporto emotivo da familiari e amici ed il loro affetto li aiuta a superare questi eventi. Ancor più importante risulta il confronto con i colleghi. Il 73% dei partecipanti ritiene che parlare con un collega dia sollievo e lo faccia sentire ancora un buon professionista. Tra le forme di sostegno desiderate, infatti, il 77% dei partecipanti avrebbe desiderato un collega per parlare dei dettagli dell'accaduto. Nonostante il personale coinvolto raramente voglia abbandonare momentaneamente il proprio lavoro a seguito di un evento avverso (il 31% avrebbe voluto lasciare la propria unità per un po' di tempo), i dati esprimono un forte bisogno di coinvolgimento dell'organizzazione stessa nel sostegno post evento avverso. L'86% avrebbe voluto un programma di counselling gratuito messo a disposizione dalla propria organizzazione, a cui poter accedere al di fuori del lavoro. Il 75% dei partecipanti avrebbe voluto discuterne con il proprio superiore. Altri (79%) avrebbe voluto fissare un appuntamento con un consulente dell'ospedale. L'obiettivo finale dei programmi di supporto alle seconde vittime è, in linea con la raccomandazione ministeriale, di garantire che l'evento avverso non comporti disaffezione al lavoro, svalutazione delle capacità professionali con diminuzione dell'efficacia operativa individuale e di gruppo.<sup>53</sup> Le istituzioni devono pertanto essere in grado di assicurare che l'individuo non sia stigmatizzato per aver commesso un atto criminale, ma piuttosto devono disporre di un programma di sostegno sistematico e adeguato.

---

<sup>52</sup> "Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso." Ministero della Salute – Dipartimento della qualità. Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. Maggio 2011. Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf). Accesso: 20 Dicembre 2022.

<sup>53</sup> Ibidem.

### Capitolo 3. L'efficacia del Peer Support Program: revisione della letteratura.

Il tipo di supporto ricevuto influenza il modo in cui l'infermiere si sente riguardo all'errore. Molti infermieri hanno espresso la necessità di raccontare la loro esperienza ad una persona di cui si fidavano. Le esperienze di seconda vittima possono essere isolanti, quindi avere qualcuno con cui parlare dell'errore ha generato una sensazione di sicurezza. Spesso gli infermieri scelgono di parlare con colleghi che hanno avuto esperienze simili. Il supporto ricevuto da colleghi e dirigenti ha influenzato il modo in cui gli infermieri hanno affrontato l'errore.<sup>54</sup> In accordo con ciò, un recentissimo studio ha dimostrato che il 75% delle seconde vittime si è sentito sostenuto dai colleghi. Di questi, il 69,2% riteneva che un collega li avesse aiutati a credere nelle proprie capacità nonostante fosse stato commesso un errore.<sup>55</sup> "Un pari per discutere i dettagli di ciò che è accaduto" è stato valutato come la forma di supporto più desiderata (80,5%).<sup>56</sup> "L'opportunità di pianificare un momento con un consulente del mio ospedale per discutere dell'evento" è stata valutata come la forma di supporto meno desiderata (48%).<sup>57</sup> In uno studio italiano, nato per convalidare lo SVEST in Italia, è emerso che anche nel nostro paese il 67,06% degli infermieri intervistati desidera come forma di supporto il confronto tra pari.<sup>58</sup> Lo studio osservazionale svolto nel precedente capitolo ha confermato tale bisogno. Da questi risultati è nata la necessità di

---

54 Koyle MA, Chua ME, Kherani T, Pereira N, Heiss K. *The second victim requires more than Medicine Cura Te Ipsum*. Can Urol Assoc J. 2021 Jun;15(6 Suppl 1):S40-S42.

55 Draus C, Mianecki TB, Musgrove H, Bastien DJ, Greggs D, Halash C, Bellamy C LO, Lewis A, Mackenzie W. *Perceptions of Nurses Who Are Second Victims in a Hospital Setting*. J Nurs Care Qual. 2022 Apr-Jun 01;37(2):110-116.

56 Burlison JD, Scott SD, Browne EK, et al. *The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources*. J Patient Saf 2017;13:93-102.

57 Ibidem.

58 Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. *Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version*. J Patient Saf. 2022 Mar 1;18(2):111-118.

indagare, attraverso una revisione della letteratura, l'efficacia del peer support program per gli infermieri seconde vittime al fine di poterlo proporre per il contesto italiano.

### 3.1 Strategia di ricerca

Per individuare l'efficacia di questo programma di supporto è stata svolta una ricerca su alcuni dei principali database, ai quali si disponeva dell'accesso (Embase, PubMed, Cinahl) individuando la letteratura che affrontasse questo argomento. Il quesito di ricerca è stato ideato seguendo il modello **PICO**:

**P** (popolazione): infermieri seconde vittime

**I** (intervento): peer support program

**C** (comparazione): nessuna comparazione

**O** (outcome): efficacia del programma

**QUESITO:** Il Peer support program è efficace per dare sostegno agli infermieri seconde vittime?

La *facet analysis* della domanda di ricerca comprende tre concetti principali descritti nella tabella sottostante (Tabella 4).

Popolazione	Intervento	Comparazione	Outcome
Infermieri seconde vittime	Peer support program	Nessuna	Riduzione sintomi psicofisici correlati alla sindrome della seconda vittima

Tabella 4. *Facet analysis*

Per evidenziare le parole chiave della domanda di ricerca esposte nel paragrafo precedente è stata fatta una prima ricerca per evidenziare eventuali sinonimi

attraverso i Mesh su PubMed. Le parole evidenziate sono state *Nurse*, *Second victim*, *Peer support program*, consultabili nella seguente tabella (Tabella 5).

Infermieri	Seconde vittime	Supporto dei pari
Nurses[Mesh]	Second victim	Peer support program
Nurse	Second victims	Peer support programs
Registered nurse	Second victim syndrome	
Registered nurses	Second victim phenomenon	
	Second victimization	

Tabella 5. Parole chiave della ricerca e sinonimi

La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle banche dati Embase, PubMed e Cinahl. Sono stati considerati tutti gli studi più adatti alla domanda di ricerca, che trattassero quindi dell'utilizzo di interventi di peer support program per ridurre le manifestazioni della sindrome della seconda vittima. Sono stati utilizzati gli operatori booleani AND e OR, insieme alla funzione di troncamento per alcuni dei termini di ricerca, senza limitazioni temporali.

Dalla ricerca su PubMed sono risultati 52 studi. Non sono stati utilizzati ulteriori filtri di ricerca, ma sono stati selezionati singolarmente gli studi più inerenti andando a visualizzare i contenuti e la congruità dell'abstract con la domanda di ricerca. Ne sono stati scelti 4.

La seconda banca dati consultata è stata Cinahl. Dei sette articoli risultati, sono stati esclusi quelli reperiti su Pubmed o non pertinenti e ne sono stati selezionati 2.

Infine, è stata eseguita la ricerca su Embase. Dei 14 articoli risultati, sono stati eliminati quelli già presenti su PubMed o non pertinenti e ne è stato selezionato 1.

La strategia di ricerca è illustrata nella seguente figura (Figura 1).

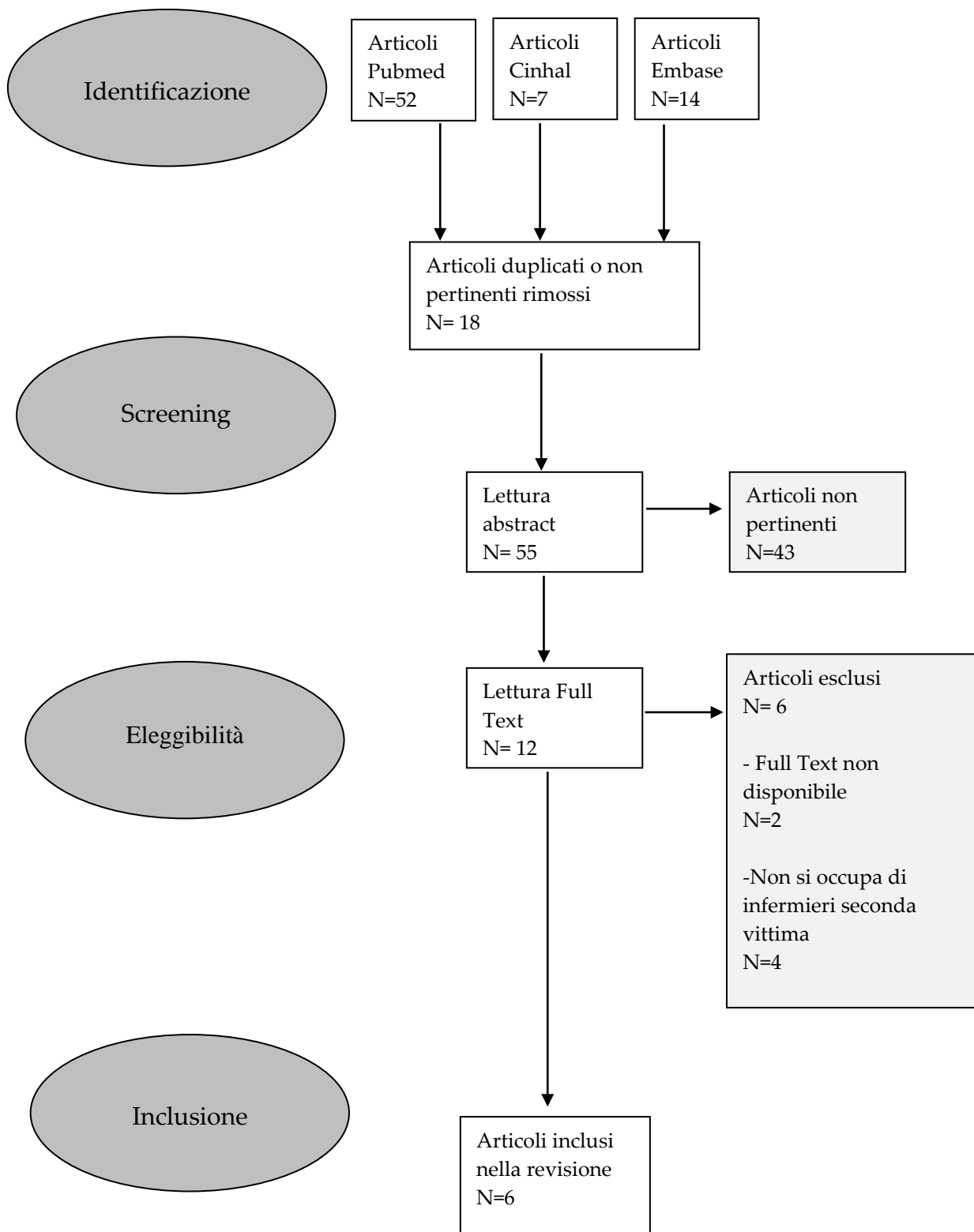


Figura 1. Flow chart della strategia di ricerca (PRISMA).



### 3.2 Letteratura identificata e risultati della ricerca bibliografica

Gli articoli inclusi nella revisione sono stati analizzati e sintetizzati nelle tabelle sottostanti (Tabella 4-10).

Autore/fonte	Tipologia	Campione	Trattamento	Risultati
Thompson M, Hunnicut R, Broadhead M, Vining B, Aroke EN.  J Perianesth Nurs. 2021 Dec 31:S1089- 9472(21)00126-X.	Progetto di miglioramento della qualità.	Otto infermieri anestesiisti certificati (CRNA) hanno seguito un corso per diventare peer supporter. 51 CRNA hanno completato lo SVEST di preimplementazione e 32 hanno completato l'indagine postattuazione.	I peer supporter si sono messi a disposizione h24 per il primo soccorso emotivo dei colleghi che avessero ritenuto necessario un supporto.	Otto incontri, di cui sette in risposta a un evento avverso, uno per un evento sentinella. Nessun incontro ha richiesto un rinvio a un servizio di supporto esterno o un follow-up da parte del peer supporter. I dati dei risultati sono esposti successivamente.

Tabella 6.1 risultati del programma di supporto.

Segni e sintomi	Pre implementazione (n=51) Media (DS)	Post implementazione (N=32) Media (DS)
Disagio psicologico	1.79 (0.67) 2.26	1.69 (0.6)
Distress fisico	(0.69) 2.44	2.08 (0.71)
Supporto per i colleghi	(0.37)	2.34 (0.42)
Supporto del supervisore	2.64 (0.52) 2.19	2.45 (0.64)
Supporto istituzionale	(0.72)	2.11 (0.58)
Supporto non lavorativo	2.53 (0.64)	2.63 (0.66)
Autoefficacia professionale	2.16 (0.4)	2.09 (0.67)

Tabella 6. Implementation of a Certified and Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program

Autore/fonte	Tipologia	Campione	Trattamento	Risultati
Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW.  J Pediatr Nurs . Jul-Aug 2018;41:5459.	Studio a metodo misto.	Circa 900 operatori sanitari del Dipartimento di Pediatria. Tassi di risposta: circa 23%. Gli intervistati al sondaggio di follow-up, il 49% erano infermieri, il 20% medici, il 10% dirigenti e il 21% altri.	RISE (Resilience In Stressful Events) è un programma pilota di supporto tra pari per i lavoratori ospedalieri testato nel Dipartimento di Pediatria del Johns Hopkins Hospital. RISE fornisce un supporto tempestivo ai dipendenti che hanno avuto eventi avversi, errori medici, decessi, esiti imprevisti, traumi e interazioni difficili o violente con il paziente. Viene offerto supporto 24 ore al giorno e sette giorni alla settimana in un peer-to-peer o in un gruppo formato, a seconda della richiesta. Il supporto è fornito dai colleghi: colleghi che lavorano in ambiente ospedaliero e che sono stati formati per fornire un supporto adeguato. È stato inviato un sondaggio online di preimplementazione di RISE in cui si indagava consapevolezza da parte degli operatori sanitari del problema della seconda vittima, la loro disponibilità per raggiungere il supporto organizzativo e il tipo di supporto che dovrebbe essere offerto. La seconda indagine, sulla base della prima, è stata progettata come valutazione di follow-up ed è stata somministrata 4 anni dopo l'indagine originale. Sono state incluse ulteriori domande per raccogliere il feedback del personale su RISE e l'utilizzo dei suoi servizi.	I risultati saranno espressi nella successiva tabella.

Tabella 7.1 Risultati pre e post implementazione del programma RISE.

Domande del questionario	Pre intervento	Post intervento
Familiarità con il termine seconda vittima	56%	65% (p=.053)
Desiderio di parlare con qualcuno di un evento avverso	85%	71% (p=.002)
Chi ha contattato per parlare:		
- amico	25%	10%
- struttura organizzativa	4%	10%
- supervisore	21%	18%
- collega della stessa professione	83%	85%
- collega di altra professione	11%	15%
Disponibilità all'utilizzo del supporto organizzativo	58%	60%
Benefici percepiti dalla seconda vittima	85%	94%

	Pre intervento	Post intervento
Funzioni del programma:		
-ascolto attivo: "era un ascoltatore attivo ed era disponibile"	19%	18%
- empatia: "comprendeva la mia situazione"	16%	13%
- apprendimento: "ciò che sperimentiamo ci renderà infermieri migliori"	15%	10%
- rassicurazione: "abbiamo fatto tutti del nostro meglio, a volte gli eventi sono fuori dal nostro controllo"	7%	9%
- condivisione: "ha aiutato a capire"	4%	8%
- prevenzione eventi simili "ha aiutato a capire perché e come si è verificato l'evento, e a riconoscerlo"	5%	7%
- spazio sicuro per parlare: "ha aiutato a riordinare la sequenza degli eventi"	6%	8%
- elaborazione: "ci siamo incoraggiati a vicenda ad esprimere i nostri sentimenti"	3%	9%

Tabella 7. Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation.

Autore/fonte	Tipologia	Campione	Trattamento	Risultati
Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, Allyse MA, Long ME, Torbenson VE, RiveraChiauzzi EY  J Pediatr Nurs . Nov-Dec 2021;61:312317.	Non specificato dagli autori.	Il 52,0% (194/373) ha completato il sondaggio preattuazione e il 43,9% (177/403) ha completato il sondaggio postattuazione	È stato implementato un programma di supporto tra pari per la seconda vittima (SV) nel dipartimento pediatrico e nell' unità di terapia intensiva nel settembre 2019. Gli operatori sanitari multidisciplinari di queste unità sono stati invitati a partecipare a un sondaggio anonimo (SVEST) prima e un anno dopo l'attuazione del programma di supporto. L'indagine ha valutato le esperienze di seconde vittime degli operatori sanitari, il supporto desiderato e le percezioni del programma di supporto tra pari.	I partecipanti hanno riferito di disagio psicosociale correlato a SV, disagio fisico o bassa autoefficacia professionale; il supporto più desiderato era 'un pari di cui discutere i dettagli cosa è successo'. Dopo l'attuazione del programma di sostegno tra pari, gli operatori sanitari erano significativamente più preparati circa il termine "seconda vittima" (51,8 vs. 74,0%; $p < 0,001$ ) e circa la possibilità di supporto (35,8% vs. 89,1%; $p < 0,001$ ). Nel sondaggio postimplementazione, la maggior parte degli intervistati ha indicato la probabilità di utilizzare il programma per se stessi (65,7%) o per colleghi (84,6%). I risultati specifici sono riportati nella seguente tabella

Tabella 8.1 Risultati pre e post implementazione supporto tra pari.

Segni e sintomi	Pre intervento	Post intervento
Disagio psicologico	29,4%	23,4%
Disagio fisico	25,6%	23,4%
Supporto del collega	0%	1,2%
Supporto del supervisore	3,6%	0,6%
Supporto istituzionale	10,9%	3,6%
Sostegno non lavorativo	6,3%	23%
Assenteismo	5,3%	4,3%

Tabella 8. Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST).

Autore/ fonte	Tipologia	Campione	Trattamento	Risultati
Merandi J, Winning AM, Liao N, Rogers E, Lewand D, Gerhardt CA  Journal of Patient Safety and Risk Management 2018, Vol. 23(6) 231– 238	Studio longitudinale.	466 operatori sanitari hanno partecipato al sondaggio iniziale e sono stati invitati a completare un sondaggio di followup a dodici mesi. Sono stati reclutati da sette UTIN.	I centri di terapia intensiva neonatale hanno implementato un programma di supporto tra pari composto da un team multidisciplinare di operatori sanitari. Gli operatori sanitari hanno imparato a identificare e fornire supporto iniziale alle seconde vittime. Quindi, un gruppo selezionato di volontari e operatori sanitari, hanno ricevuto una formazione di supporto tra pari più completa, per diventare peer supporter.	Dei 93 partecipanti che hanno vissuto un evento nei sei mesi precedenti, 36 (38,7%) hanno ricevuto supporto da parte di qualcuno all'interno della terapia intensiva neonatale e 16 (17,2%) aveva parlato con un peer supporter dopo l'evento. Ciascun partecipante ha riportato benefici grazie a questa interazione, con due (12,5%) che riportano un piccolo beneficio, nove (56,3%) un beneficio moderato e cinque (31,3%) che hanno riferito di aver beneficiato molto. Inoltre, l'8,0% dei partecipanti ha indirizzato un collega a un peer supporter. I dirigenti hanno riferito che il programma ha migliorato la loro capacità di guidare il proprio team in modo efficace. "Mi sono sentito supportato dal team, rafforzando la fiducia nell'organizzazione sanitaria e in me come leader." Gli operatori sanitari hanno notato che il programma ha aiutato il ritorno al lavoro dopo un evento, e ha reso meno difficile il collegamento con risorse e supporto aggiuntivi (ad es. consulenza psicologica).

Tabella 9. *Implementation of a second victim program in the neonatal intensive care unit: An interim analysis of employee satisfaction.*

Autore/ fonte	Tipologia	Campione	Trattamento	Risultati
<p>Connors CA, Dukhanin V, March AL, Parks JA, Norvell M, Wu AW.</p> <p>Journal of Patient Safety and Risk Management 2020, Vol. 25(1) 22–28</p>	<p>Studio trasversale.</p>	<p>Ci sono state 337 risposte (tasso di risposta 8,3%) da parte del personale infermieristico.</p>	<p>Sono state indagate la consapevolezza e l'utilizzo della resilienza negli eventi stressanti tra gli infermieri di un ospedale universitario. Sono state chieste le percezioni dei benefici del programma: resilienza, burnout e soddisfazione sul lavoro agli utenti che hanno usufruito del peer program RISE:</p>	<p>Il 47% ha riferito che Resilience In Stressful Events (RISE) ha migliorato la propria capacità di lavorare con sicurezza, il 65% si è sentito meglio dopo aver utilizzato RISE e il 70% ha trovato utile il programma. Il 93% dei dirigenti infermieristici era a conoscenza del programma RISE, il 56% lo ha attivato; l'80% lo ha attivato per se, e il 68% ha riferito che il programma è stato utile per il proprio personale. I dirigenti infermieristici che hanno attivati RISE sono stati più resilienti di quelli che non l'hanno fatto, ma con risultati simili in termini di burnout e soddisfazione sul lavoro. Il 35% degli utenti aveva utilizzato RISE da meno di sei mesi e il 48% da meno di un anno. Di tutti coloro che avevano attivato il programma RISE, il 27% aveva preso in considerazione l'idea di lasciare il lavoro. L'84% dei partecipanti che hanno usufruito di RISE non ha successivamente preso alcuna pausa dal lavoro a causa dell'evento avverso. Tra coloro che avevano utilizzato RISE, il 47% era d'accordo o fortemente d'accordo sul fatto che RISE li avesse aiutati a tornare al lavoro sentendosi sicuri della propria capacità lavorativa. Complessivamente, di coloro che hanno attivato RISE, il 65% ha riferito di sentirsi meglio e il 70% ha riferito che è stato utile. Tra i partecipanti che non lo avevano utilizzato, il 39% avrebbe desiderato aver utilizzato RISE per se stesso e il 34% avrebbe desiderato averlo attivato per un collega. Un totale dell'80% indicava un certo grado di burnout professionale. Tra coloro che hanno utilizzato RISE di recente, il 93% ha indicato almeno un certo grado di burnout. I dirigenti infermieristici hanno riferito che i peer supporter formati, neutrali, non giudicanti e facilmente accessibili, disponibili a fornire uno spazio sicuro per il personale, li hanno sollevati dalla responsabilità di fornire loro stessi tale supporto.</p>

Tabella 10. Peer support for nurses as second victims: Resilience, burn out, and job satisfaction.

Autore/ fonte	Tipologia	Campione	Trattamento	Risultati
<p>Schrøder K, Bovil T, Jørgensen JS, Abrahamsen C. BMC Health Serv Res. 2022 Apr 27;22(1):566.</p>	<p>Studio trasversale.</p>	<p>Gli operatori sanitari di due dipartimenti dell'Odense University Hospital in Danimarca hanno partecipato al programma Buddy Study.</p>	<p>L'obiettivo del programma Buddy Study è quello di facilitare il sostegno tra pari dopo eventi avversi o traumatici</p> <p>Il Buddy Study comprendeva:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) un seminario obbligatorio</li> <li>2) un'autoselezione di due Buddies</li> <li>3) un sistema per l'attivazione e la risposta del compagno dopo eventi avversi.</li> </ol> <p>Lo scopo del seminario obbligatorio di 2 ore era fornire ai partecipanti la conoscenza del fenomeno della seconda vittima e delle risposte allo stress che possono essere associate a un evento traumatico. Attraverso esercizi interattivi, i partecipanti hanno condiviso le loro esperienze e sono diventati consapevoli dei bisogni di supporto dopo un evento traumatico o avverso. Inoltre, i partecipanti sono stati informati sul programma Buddy System, su come attivare il proprio Buddy, su come rispondere come Buddy di qualcuno e quando cercare ulteriore supporto dalla direzione o da uno psicologo. Il seminario si rivolgeva a tutti i partecipanti sia come potenziali seconde vittime che come sostenitori.</p>	<p>Dei 156 intervistati, 26 hanno utilizzato uno dei loro sostenitori durante il periodo di studio. Le esperienze positive variavano dal 65,4% all'80,8%.</p> <p>Il seminario obbligatorio di 2 ore è stato valutato positivamente, in particolare perché ha permesso ai partecipanti di acquisire conoscenze sul fenomeno della seconda vittima e di ottenere informazioni e comprensione con i colleghi. Alcuni dei partecipanti hanno riferito che avere il programma Buddy Study nel dipartimento li ha fatti sentire al sicuro, che ha incoraggiato l'attenzione reciproca dopo eventi avversi, e che ha incoraggiato una cultura di sicurezza. L'utilizzo di un sostenitore dopo gli eventi avversi si è rivelato utile e la maggior parte degli intervistati ha trovato supporto sia professionale che emotivo con il proprio collega. Essere attivati come buddy per un collega si è rivelato gratificante sia in termini di poter aiutare qualcun altro sia come opportunità per riflettere sulle proprie esperienze.</p>

			<p>Alla fine del seminario, tutti i partecipanti hanno nominato due colleghi che avrebbero voluto come sostenitori in caso di evento avverso. Ai colleghi selezionati è stato quindi chiesto di acconsentire ad essere il compagno di quella persona.</p>	
--	--	--	---	--

*Tabella 11. Evaluation of the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments.*



Autore/ fonte	Tipologia	Campione	Risultati
Pereira L, Radovic T, Haykal KA  Can Med Educ J . 2021 Jun 30;12(3):113- 125	Revisione.	È stata eseguita una ricerca sistematica in sei database elettronici, letteratura grigia ed elenchi di riferimento. Undici articoli sono stati inseriti.	Un totale di 2155 colleghi ha partecipato a un programma di supporto in medicina, infermieristica o entrambi. I programmi descritti provengono da cinque diversi paesi. Sono stati individuati tre metodi di supporto tra pari: di persona, online e misto. Gli obiettivi di formazione, la durata, la supervisione tra pari, i dati demografici e il numero dei partecipanti variano da programma a programma. Dalla revisione è emerso che gli eventi avversi hanno ripercussioni sulla salute mentale di medici e altri operatori sanitari. I gruppi di supporto tra pari sono risultati una necessità per questi professionisti. I vantaggi includono una maggiore comunicazione, condivisione di esperienze, oltre a fornire l'opportunità di chiedere aiuto e supporto da parte dei colleghi. Allo stesso modo, un altro articolo incluso riporta un intervento mirato e offre supporto a una popolazione che potenzialmente soffre di sentimenti di fallimento. Fornendo video di storie relative a esperienze reali tra compagni studenti e professionisti, la sensazione di fallimento è diminuita. Con questa esposizione, gli studenti erano meglio preparati per potenziali difficoltà e veniva insegnato loro a riformulare le reazioni agli eventi avversi.

Tabella 12. *Peer support programs in the fields of medicine and nursing: a systematic search and narrative review.*

### 3.3 Discussione

Dalla revisione è emerso che il supporto tra pari è spesso sufficiente per far fronte all'emergenza emotiva derivante da un evento avverso, senza necessità di attivare livelli di supporto superiori, quali ad esempio consulenze psicologiche.<sup>59 60</sup> Tuttavia, tutti gli studi hanno dimostrato che è necessario formare peer supporter che possano essere di riferimento per le seconde vittime. Questi, attivando un team di risposta rapida per la vittima, garantiscono che gli operatori sanitari non si isolino, aiutandoli a superare l'evento, e permette loro di tornare alle prestazioni pre-evento e aumentare l'efficacia nella loro professione.<sup>61 62</sup> L'utilizzo di un sostenitore dopo gli eventi avversi si è rivelato utile e la maggior parte delle seconde vittime ha trovato supporto sia professionale che emotivo con il proprio collega.<sup>63</sup> I dirigenti infermieristici hanno riferito che i peer supporter formati, neutrali, non giudicanti e facilmente accessibili, disponibili a fornire uno spazio sicuro per il personale, li hanno sollevati dalla responsabilità di fornire loro stessi tale supporto.<sup>64 65</sup> La maggior parte degli intervistati negli articoli inclusi nella

---

<sup>59</sup> Thompson M, Hunnicutt R, Broadhead M, Vining B, Aroke EN. Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. *J Perianesth Nurs*. 2021 Dec 31;S1089-9472(21)00126-X.

<sup>60</sup> Connors CA, Dukhanin V, March AL, Parks JA, Norvell M, Wu AW. Peer support for nurses as second victims: Resilience, burn out, and job satisfaction. *J of Patient Safety and Risk Management* 2020, Vol. 25(1) 22–28.

<sup>61</sup> Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. *J Pediatr Nurs*. Jul-Aug 2018;41:54-59.

<sup>62</sup> Connors CA, Dukhanin V, March AL, Parks JA, Norvell M, Wu AW. Peer support for nurses as second victims: Resilience, burn out, and job satisfaction. *J of Patient Safety and Risk Management* 2020, Vol. 25(1) 22–28.

<sup>63</sup> Schrøder, K., Bovil, T., Jørgensen, J.S. et al. Evaluation of the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 566.

<sup>64</sup> Merandi J, Winning AM, Liao N, Rogers E, Lewand D, Gerhardt CA. Implementation of a second victim program in the neonatal intensive care unit: An interim analysis of employee satisfaction. *Journal of Patient Safety and Risk Management* 2018, Vol. 23(6) 231–238

<sup>65</sup> Connors CA, Dukhanin V, March AL, Parks JA, Norvell M, Wu AW. Peer support for nurses as second victims: Resilience, burn out, and job satisfaction. *J of Patient Safety and Risk Management* 2020, Vol. 25(1) 22–28.

revisione ha definito il programma utile o molto utile.<sup>66 67 68</sup> Gli aspetti più apprezzati dei programmi erano l'approccio non giudicante, l'accesso 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e l'impegno per il follow-up.<sup>69</sup> Negli studi presi in esame, è emerso che gli infermieri utilizzavano maggiormente i programmi di supporto; tuttavia, la portata dei programmi di sostegno negli ospedali è limitata.<sup>57 58</sup> Dagli articoli è emersa, infatti, la necessità di far conoscere i programmi di supporto, attraverso una campagna di sensibilizzazione a livello ospedaliero.<sup>70</sup> Il supporto organizzativo è della massima importanza per le seconde vittime per assisterle nell'affrontare efficacemente il trauma e aumentare la probabilità di poter tornare al loro lavoro subito, contribuendo allo stesso tempo a strategie preventive per eventi avversi dei pazienti. Infatti, in uno studio è emerso che il supporto tra pari incoraggiato l'attenzione reciproca dopo eventi avversi, incrementando una cultura di sicurezza.<sup>71</sup> Un altro studio ha dimostrato che il confronto con un peer supporter ha permesso alle seconde vittime di capire come e perché si è verificato l'evento avverso.<sup>72 73</sup> Inoltre, dalla revisione è emerso che, sentendosi compresi ed accolti, le seconde vittime grazie al supporto tra pari hanno registrato una

---

<sup>66</sup> Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, Allyse MA, Long ME, Torbenson VE, Rivera-Chiauszi EY. Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Pediatr Nurs*. Nov-Dec 2021;61:312-317.

<sup>67</sup> Schrøder, K., Bovil, T., Jørgensen, J.S. et al. Evaluation of 'the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 566.

<sup>68</sup> Pereira L, Radovic T, Haykal KA. Peer support programs in the fields of medicine and nursing: a systematic search and narrative review. *Can Med Educ J*. 2021 Jun 30;12(3):113-125.

<sup>69</sup> Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: a second victim support program in pediatrics: successes and challenges to implementation. *J Pediatr Nurs*. 2018;41:54-59.

<sup>70</sup> Ibidem.

<sup>71</sup> Schrøder, K., Bovil, T., Jørgensen, J.S. et al. Evaluation of 'the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 566.

<sup>72</sup> Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: a second victim support program in pediatrics: successes and challenges to implementation. *J Pediatr Nurs*. 2018;41:54-59.

<sup>73</sup> Schrøder, K., Bovil, T., Jørgensen, J.S. et al. Evaluation of 'the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 566

diminuzione dei sintomi psicofisici.<sup>74 75 76 77</sup> Molti degli intervistati avevano preso in considerazione l'idea di lasciare il lavoro. Tuttavia, con l'attivazione del programma di supporto, la maggior parte di loro non ha successivamente preso alcuna pausa dal lavoro a causa dell'evento avverso.<sup>78</sup>

### 3.4 Conclusioni

Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare quali tipi di supporto avvantaggiano specificamente gli infermieri per sviluppare strategicamente programmi di supporto efficaci per la seconda vittima. Sebbene non sia chiaro se un approccio valido per tutti sia efficace o quali programmi abbiano funzionato meglio di altri, ciò che resta evidente è che il supporto tra pari può essere fornito alle seconde vittime con un buon margine di accettazione e di efficacia.

### 3.5 Limiti

La ricerca effettuata, nonostante dia una risposta positiva alla nostra domanda, presenta comunque dei limiti. Già nelle fasi iniziali, durante la scelta degli articoli, molti presentavano un contenuto non inerente alla domanda di ricerca. Inoltre,

---

<sup>74</sup> Connors CA, Dukhanin V, March AL, Parks JA, Norvell M, Wu AW. Peer support for nurses as second victims:

Resilience, burn out, and job satisfaction. *J of Patient Safety and Risk Management* 2020, Vol. 25(1) 22–28.

<sup>75</sup> Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, Allyse MA, Long ME, Torbenson VE, Rivera-Chiauzzi EY. Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Pediatr Nurs.* Nov-Dec 2021;61:312-317.

<sup>76</sup> Pereira L, Radovic T, Haykal KA. Peer support programs in the fields of medicine and nursing: a systematic search and narrative review. *Can Med Educ J.* 2021 Jun 30;12(3):113-125.

<sup>77</sup> Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. *J Pediatr Nurs.* Jul-Aug 2018;41:54-59.

<sup>78</sup> Connors CA, Dukhanin V, March AL, Parks JA, Norvell M, Wu AW. Peer support for nurses as second victims: Resilience, burn out, and job satisfaction. *J of Patient Safety and Risk Management* 2020, Vol. 25(1) 22–28.

molti degli articoli anche se pertinenti non permettevano l'accesso al Full Text e non davano tutte le informazioni esaustive nell'Abstract.

## Capitolo 4. Il programma “LastButNotLeast”: Peer support program per l’infermiere seconda vittima.

Nel presente capitolo si vuole proporre un programma di supporto tra pari per il soccorso emotivo tempestivo degli infermieri seconde vittime, sulla base degli interventi descritti in letteratura e delle raccomandazioni del Ministero della Salute.

### 4.1 Background: fondamenti di un buon supporto tra pari.

Il primo passo per stabilire un supporto tra pari è costruire un rapporto. Nel tempo, i sostenitori guadagnano la fiducia dei loro pari, il che aumenta la probabilità che chiedano aiuto e divulghino informazioni. Per questo è bene che i peer supporter siano selezionati per le loro naturali capacità di comunicazione e quindi si sottopongano a corsi di formazione intensivi per rafforzare tali capacità.<sup>79</sup> Le abilità comunicative sono considerate una competenza fondamentale per i sostenitori tra pari (peer supporter), ponendo le basi per molte attività di supporto tra pari. Due abilità di comunicazione di base che vengono comunemente insegnate sono l'ascolto attivo e la condivisione di storie. L'ascolto attivo insegna ai sostenitori tra pari a utilizzare domande aperte, a far riflettere sui sentimenti. Sapere come dire le cose è più importante in una relazione che sapere cosa dire. E saper dire le cose senza giudizio, per mostrare empatia, è una pietra angolare del supporto tra pari. Inoltre, nel processo di condivisione delle loro esperienze vissute, i peer supporter possono modellare comportamenti positivi senza essere prescrittivi, il che può stimolare la risoluzione dei problemi e motivare i pari nella comprensione di ciò che è accaduto.<sup>80</sup> Un'altra importante

---

<sup>79</sup> Fundamentals of Good Peer Support: Strengthening Communication Skills. Peers for progress. Reperibile presso: [http://peersforprogress.org/pfp\\_blog/fundamentals-of-good-peer-support-strengtheningcommunication-skills/](http://peersforprogress.org/pfp_blog/fundamentals-of-good-peer-support-strengtheningcommunication-skills/). Accesso: 12 Gennaio 2023.

<sup>80</sup> Ibidem.

capacità da sviluppare nei peer supporter è la comunicazione non verbale. Fino a due terzi della comunicazione viene trasmessa in modo non verbale attraverso segnali visivi e sensoriali come abbigliamento, postura, gesti, espressioni facciali, contatto visivo, tatto e distanze spaziali.<sup>81</sup> Dopo queste abilità di base, il livello successivo di formazione si concentra sull'empowerment, l'incoraggiamento e la costruzione della motivazione. Un approccio che è stato ampiamente adottato è il colloquio motivazionale.<sup>82</sup> Rafforzando la formazione alla comunicazione, miglioriamo la capacità dei peer supporter di svolgere le funzioni chiave del supporto tra pari.<sup>70</sup>

## 4.2 Finalità

Il presente elaborato vuole proporre un percorso di approfondimento delle segnalazioni di evento avverso con esito almeno moderato, che prevede una attività di supporto per gli operatori considerati seconde vittime dell'evento avverso. Il sostegno agli operatori è volto a garantire che l'evento avverso non comporti disaffezione al lavoro, svalutazione delle capacità professionali con conseguente diminuzione della efficacia operativa individuale e di gruppo ed è finalizzato a fare in modo che l'evento costituisca una occasione di apprendimento e venga mantenuta la fiducia tra gli operatori dell'unità operativa.

## 4.3 Obiettivi specifici

1. Identificare il team coinvolto nel programma e formare al supporto cinque infermieri della Medicina del Lavoro.

---

<sup>81</sup> Fundamentals of Good Peer Support: Strengthening Communication Skills. Peers for progress. Reperibile presso: [http://peersforprogress.org/pfp\\_blog/fundamentals-of-good-peer-support-strengtheningcommunication-skills/](http://peersforprogress.org/pfp_blog/fundamentals-of-good-peer-support-strengtheningcommunication-skills/). Accesso: 12 Gennaio 2023.

<sup>70</sup> Ibidem.

<sup>82</sup> Ibidem.

2. Identificare gli infermieri seconde vittime.
3. Strutturare il programma di supporto tra pari.
4. Valutazione pre-implementazione del programma, a 6 mesi e 12 mesi dall'implementazione.

#### 4.4 Fasi operative del programma

Le fasi operative del programma sono sintetizzate nella seguente Carta degli Impegni.



Azioni da svolgere	Soggetti coinvolti	Quanto	Quando
<b>Stesura del programma</b>	Team di progettazione	2 mesi	Novembre- Dicembre
<b>Identificazione strumenti da utilizzare</b>	Team di progettazione	1 mese	Gennaio
<b>Identificazione e formazione peer supporter</b>	-Team di progettazione - Medicina del Lavoro	3 mesi	Gennaio- Marzo
<b>Costruzione del database per continuo aggiornamento e archiviazione</b>	Team di progettazione	1 mese	Gennaio
<b>Identificazione "secondo vittime"</b>	- Risk Management - Direzione Sanitaria - Medicina del lavoro	6 mesi	Febbraio-Luglio
<b>Svolgimento del programma</b>	- Team di progettazione - Medicina del lavoro - Risk Management - Direzione Sanitaria	6 mesi	Marzo-Agosto
<b>Analisi dei dati e valutazione dei risultati ottenuti</b>	- Team di progettazione - Direzione Sanitaria	T1 (=pre intervento) T2 (=dopo 6 mesi) T3 (=dopo 12 mesi)	Marzo  Agosto  Febbraio

Tabella 13. Carta degli Impegni programma "LastButNotLeast"

#### 4.4.1 Identificazione e formazione peer supporter

Per applicare il programma “LastButNotLeast” si formano cinque infermieri della Medicina del Lavoro affinché diventino Peer Supporter. In linea con quanto previsto dall’offerta formativa italiana, il peer supporter farà una formazione di 210 ore d’aula e 140 ore di tirocinio.<sup>83</sup>

La formazione include i seguenti temi:

- epidemiologia e caratteristiche del fenomeno della seconda vittima.
- Reazioni normali dopo eventi avversi; riconoscimento segni e sintomi di sindrome della seconda vittima; impatto degli incidenti sul lavoro.
- Formazione su strategie di coping e sistemi di supporto; i compiti e le responsabilità di un peer supporter; metodi di conversazione di supporto tra pari.
- Esercizi interattivi con gioco di ruolo con commenti dei supervisori;
- Riconoscimento delle situazioni in cui è necessario indirizzare l'individuo al programma di assistenza che fornisce risorse aggiuntive, inclusi psicologi e psichiatri.

Alla fine della sessione formativa, viene svolto un esame teorico e pratico per valutare l’apprendimento.<sup>72</sup>

---

<sup>83</sup> La formazione prevede un apposito percorso che ne certifica l’idoneità al Supporto tra Pari (StP). In Italia sono varie sigle per identificare l’utente esperto in supporto tra pari (ESP): Facilitatore Sociale, Peer supporter, UFE. Attualmente, circa 90/100 ESP svolgono il proprio servizio in una decina di DSM lombardi. Mediamente i corsi tenuti in Lombardia, a partire dal 2005, prevedono 210 ore d’aula e 140 ore di tirocinio. Le lezioni sono tenute da ESP e/o operatori ed hanno il carattere del confronto e della discussione aperta. L’esame è stato certificato da una scuola regionale riconosciuta. Reperibile presso: <https://www.centropsicologiamonza.it/psicoterapia/gli-esperti-supporto-tra-pari/>. Accesso: 15 Dicembre 2022.

<sup>72</sup> Van Buschbach S, Van der Meer CAI, Dijkman L, Olf M, Bakker A. Web-Based Peer Support Education Program for Health Care Professionals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* . 2020 Apr;46(4):227-231.

#### 4.4.2 Identificazione delle seconde vittime

A seguito della segnalazione e valutazione di un evento avverso con esito almeno moderato sul paziente, viene condotto un approfondimento da parte della Direzione Sanitaria (medico, infermiere e psicologo di Direzione Sanitaria) che coinvolge i protagonisti dell'evento tra gli operatori dell'ospedale, entro 72 ore dallo stesso. Al termine dell'approfondimento viene somministrato al personale intervistato il questionario sulla salute generale G.H.Q.-12 (Allegato 2) e il questionario sulla qualità di vita SF-36 (Allegato 3). Alla luce dei risultati evidenziati dalla scala e dall'osservazione diretta durante l'approfondimento dell'evento avverso, lo psicologo valuta la necessità o meno di attivazione del programma "LastButNotLeast" al personale interessato e coinvolto nell'evento avverso. Inoltre, annualmente, la Medicina del Lavoro somministra a tutti i professionisti sanitari dell'organizzazione l'I-SVEST. Come specificato dallo studio di Pieretti, infatti, l'I-SVEST può essere uno strumento operativo che aiuta a monitorare l'esposizione e la prevalenza agli eventi avversi, i loro effetti e dare allo stesso tempo importanti informazioni per il supporto alle seconde vittime.<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> <sup>84</sup> Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. *J Patient Saf.* 2021 Feb 2. doi: 10.1097/PTS.0000000000000825. Epub ahead of print. PMID: 33620164.

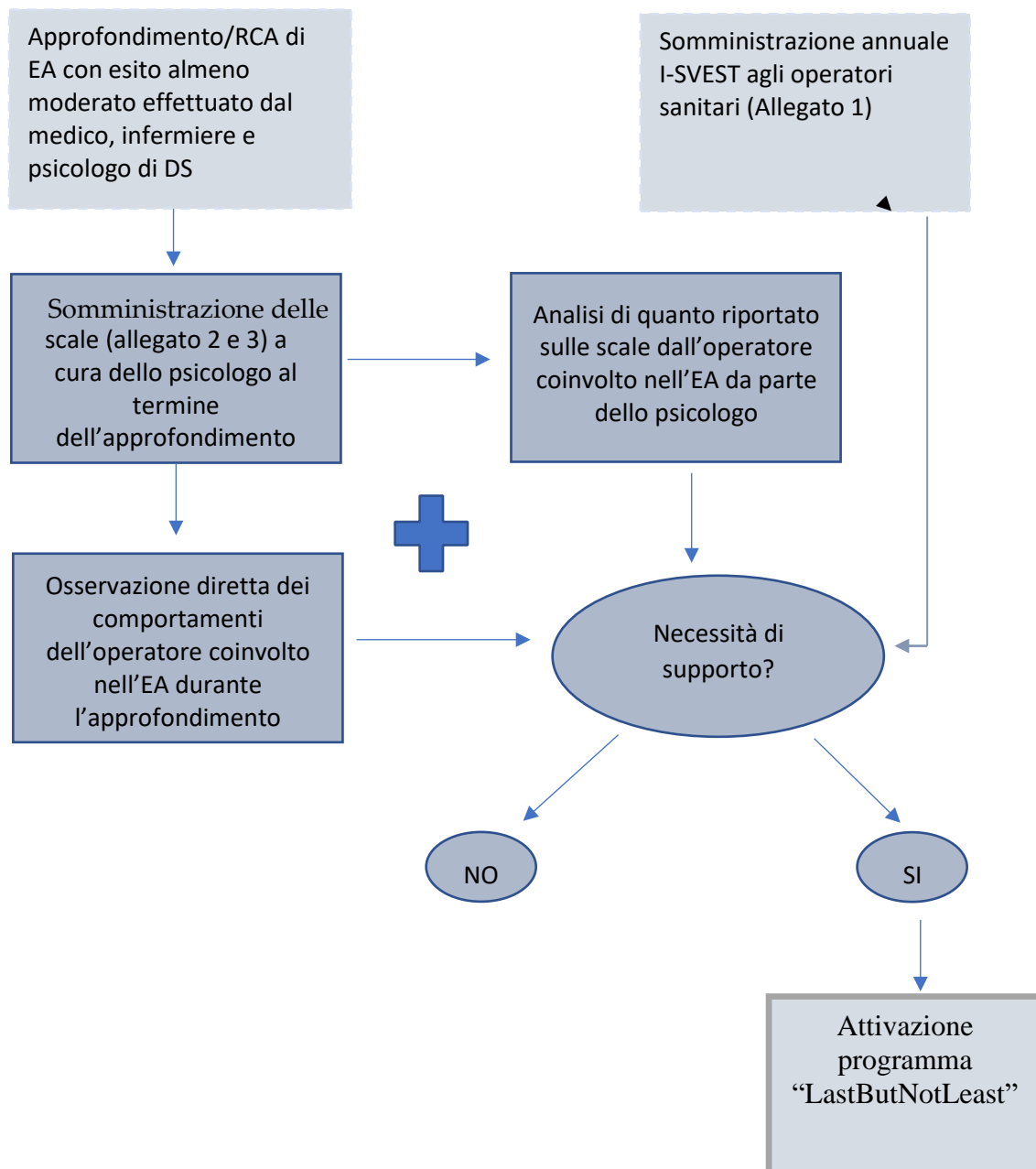


Figura 2. Diagramma di flusso attivazione programma "LastButNotLeast"

### 4.4.3 Svolgimento del programma

Dopo l'identificazione di un infermiere con necessità di supporto a questo si affianca un peer supporter. Il contatto tra peer supporter e la seconda vittima viene garantito entro 48 ore dall'approfondimento e la valutazione psicologica. All'infermiere che necessita di supporto viene inviata dalla Medicina del Lavoro un'e-mail introduttiva. L'obiettivo di questa introduzione è normalizzare la necessità di supporto dopo un evento avverso e fornire informazioni sul programma "LastButNotLeast". L'introduzione include i dati di studi pubblicati che descrivono l'impatto degli eventi avversi sugli infermieri e i contatti del peer supporter. Il peer supporter stabilisce un contatto iniziale via e-mail o telefono e si adopera per programmare un appuntamento, in un locale dedicato all'interno dell'azienda ospedaliera. Durante il primo incontro, egli rassicura la seconda vittima sul fatto che il suo ruolo è quello di fornire assistenza non giudicante e la aiuta nell'identificazione dei meccanismi per far fronte alle conseguenze emotive degli eventi. La seconda vittima è informata che il peer supporter non tiene appunti delle conversazioni e tutte le conversazioni sono riservate tranne in circostanze in cui può rappresentare un pericolo per sé stessi o per gli altri. Il peer supporter aiuta a riscoprire la naturale resilienza identificando e incoraggiando meccanismi di coping positivi per superare l'evento stressante. Le conversazioni si concentrano sulle emozioni e sul benessere dell'individuo e non sui dettagli dell'evento. Tuttavia, è necessario un debriefing di quanto successo perché l'esperienza può essere utilizzata per migliorare i sistemi sanitari e aiutare a prevenire altri eventi simili. Successivamente al primo incontro, vengono programmati altri incontri, in base alla necessità della seconda vittima e alla valutazione del peer supporter. Al termine di ogni incontro, l'infermiere seconda vittima è incoraggiato a contattare il peer supporter, anche durante

l'orario lavorativo, qualora lo ritenesse opportuno e riscontrasse difficoltà. Quando necessario, i sostenitori tra pari indirizzano la seconda vittima a risorse aggiuntive per il supporto (psicologo di Direzione Sanitaria). I peer supporter sono tenuti a fare un debriefing con lo psicologo di Direzione Sanitaria dopo il contatto con una seconda vittima per garantire la supervisione del programma. Durante questo debriefing, i sostenitori tra pari confermano il completamento del contatto iniziale e i piani per i contatti successivi. I peer supporter discutono di eventuali dubbi e difficoltà che riscontrano. Inoltre, al fine di mantenere aggiornate le competenze all'interno del pool di peer supporter, sono organizzate riunioni mensili per condividere gli aggiornamenti del programma e per consentire di condividere eventuali approcci e lezioni apprese durante le conversazioni di supporto, con la supervisione dello psicologo di Direzione Sanitaria.

#### 4.4.4 Valutazione dei risultati del programma

A sei mesi e a dodici mesi dall'approfondimento, agli infermieri che hanno necessitato di supporto, vengono somministrati nuovamente il questionario sulla salute generale G.H.Q.-12 (Allegato 2) e il questionario sulla qualità di vita SF-36 (Allegato 3), per valutare l'efficacia del programma.

#### 4.5 Criteri ed indicatori di raggiungimento degli obiettivi

I criteri e gli indicatori di raggiungimento degli obiettivi sono sintetizzati nella seguente tabella.

<b>CRITERI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>Non raggiunto</b>	<b>Raggiunto parte</b>	<b>Atteso</b>
<b>Per gli infermieri coinvolti in un evento avverso moderato viene attivato il programma di supporto</b>	L'80% degli infermieri ricevono entro 48 ore dall'approfondimento l'e-mail di convocazione al programma	<50%	Tra 50%-80%	>80%
<b>Partecipazione a tutti gli incontri del programma</b>	Degli infermieri identificati, l'80% partecipa a tutti gli incontri concordati con il peer supporter	<60%	Tra 60%-80%	>80%
<b>Gli infermieri che hanno partecipato eseguono valutazione post-programma a 6 mesi</b>	L'80% dei pazienti che hanno concluso gli incontri, partecipa alla valutazione a 6 mesi	<60%	Tra 60%-80%	>80%
<b>Gli infermieri che hanno partecipato eseguono valutazione post-programma a 12 mesi</b>	L'80% dei pazienti che hanno concluso gli incontri, partecipa alla valutazione a 12 mesi	<50%	Tra 50%-70%	>70%
<b>Gli infermieri che hanno aderito al programma non hanno necessitato di supporto aggiuntivo</b>	L'80% degli infermieri che hanno concluso gli incontri non ha necessitato di supporto aggiuntivo	<60%	Tra 60%-80%	>80%
<b>Gli infermieri che hanno aderito al programma non si sono assentati dal lavoro dopo l'evento avverso</b>	Il 90% degli infermieri supportati dal programma non ha richiesto periodi di congedo dopo l'evento avverso	<70%	Tra 70%-90%	>90%

Tabella 14. Criteri ed indicatori di raggiungimento degli obiettivi

In linea con le raccomandazioni presenti nelle Linee Guida del Ministero della Salute riguardo all'attivazione di azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso è stato proposto il programma "LastButNotLeast", per garantire supporto per gli operatori considerati seconde vittime dell'evento avverso. Il programma proposto è volto a garantire che l'evento avverso non comporti disaffezione al lavoro, svalutazione delle capacità professionali con conseguente diminuzione della efficacia operativa individuale e di gruppo ed è finalizzato a fare in modo che l'evento costituisca una occasione di apprendimento e venga mantenuta la fiducia tra gli operatori della unità operativa.



## Conclusioni

La prevenzione e la gestione degli eventi avversi sono aspetti essenziali sia a livello professionale sia a livello di organizzazioni sanitarie. L'errore è una componente inevitabile della realtà umana e gli incidenti sono solo la punta dell'iceberg: il verificarsi di un incidente è frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le misure di prevenzione degli errori che sono state messe in atto. In questo contesto si inserisce il punto di vista dell'operatore sanitario responsabile dell'errore in medicina che viene denominata "seconda vittima"; la prima vittima resta comunque il paziente che ha subito il danno, il quale ha l'assoluta priorità assistenziale per l'organizzazione sanitaria. La seconda vittima è stata definita come un operatore sanitario che è stato coinvolto in un evento imprevisto e negativo per il paziente, che diviene vittima in quanto traumatizzato dal proprio errore e/o dalle lesioni causate al paziente. La prevalenza delle seconde vittime è stimata, in diversi studi, dal 10% al 40% circa mentre la probabilità di diventare seconda vittima è pari al 70% circa. Le seconde vittime si sentono personalmente responsabili per i danni ai pazienti e sentono di avere fallito, giudicando negativamente le proprie competenze. Le seconde vittime riportano una serie di sintomi comuni, simili a quelli che caratterizzano il disturbo post traumatico da stress. I sintomi comportano: insonnia, riduzione della soddisfazione sul lavoro, senso di colpa, ansia (inclusa la paura di litigi sul luogo di lavoro o la perdita del posto di lavoro). Per alcuni i ricordi ricorrenti dell'evento contribuiscono al burnout, alla depressione e, nei casi più gravi, all'ideazione suicidaria. Gli infermieri sono più inclini a emozioni negative rispetto ad altri professionisti sanitari e le lavoratrici sanitarie donne sperimentano una maggiore intensità di emozioni rispetto ai colleghi uomini. L'evento avverso può quindi avere conseguenze sugli operatori coinvolti, sulla équipe, sui rapporti con le altre unità operative, creando disagio ed un clima di colpevolizzazione e sospetto. Tutte le emozioni e le conseguenze sopra descritte possono essere moderate dal supporto che ricevono le seconde vittime. L'esigenza di affrontare tale

problematica è stata percepita dal nostro Ministero della Salute nella “Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso”. La Raccomandazione dichiara che è necessario valutare le condizioni psicologiche del professionista coinvolto nell’evento, al fine di fornire un adeguato sostegno psicologico e relazionale. Burlinson et al.<sup>85</sup> hanno convalidato una risorsa organizzativa per valutare gli effetti della seconda vittima e la qualità delle risorse di supporto: il Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). Nell’elaborato è stato condotto uno studio osservazionale trasversale attraverso la somministrazione della versione italiana dello SVEST (I-SVEST). L’obiettivo dello studio è di esplorare la sindrome della seconda vittima nelle nostre realtà. Il questionario indaga i sintomi psicologici e fisici della seconda vittima e la qualità e preferenze delle risorse di supporto. L’indagine conoscitiva è stata svolta nel periodo che va dal 26 Maggio al 26 Giugno 2022. È stato somministrato l’I-SVEST attraverso l’invio e la pubblicazione dello stesso su Social Network quali Facebook, Instagram, Whatsapp. Dallo studio è emerso che il campione è composto principalmente da infermieri di sesso femminile. Nel corso della carriera, il 46% del campione è stato coinvolto in un “quasi incidente”, mentre il 35% è stato coinvolto in un evento avverso che ha portato conseguenze al paziente a seguito del quale il 61% del campione ha vissuto un disagio emotivo. In accordo con la letteratura, dall’analisi dei risultati è emerso che di coloro che hanno espresso un disagio emotivo, l’81% è di sesso femminile, svolge la professione di infermiere (96%). Il 91% dei partecipanti che ha partecipato allo studio e che è stato coinvolto in un “quasi incidente”/evento avverso ha provato imbarazzo, si è sentito infelice (75%) e ha provato rimorso per l’accaduto (65%). Lo studio ha evidenziato che il 42% degli intervistati si sente esaurito da un peso mentale ed ha avuto disturbi del sonno conseguentemente all’accaduto. Il 73% dei partecipanti ritiene che parlare con un collega gli dia sollievo e lo faccia sentire

---

<sup>85</sup> Burlinson JD, Scott SD, Browne EK, et al. The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf* 2017;13:93-102.

ancora un buon professionista. Dall'analisi dei risultati è emerso che il 44% si sente trattato in maniera adeguata dal proprio superiore. Tuttavia, il 62% evidenzia che la preoccupazione di offrire un supporto non è forte nella propria organizzazione e solo il 21% ritiene che venga offerta una forma di aiuto. A seguito di un evento avverso, il 53% degli intervistati coinvolti ha sperimentato sentimenti di inadeguatezza riguardo alle capacità assistenziali, instaurando dubbi sul proprio valore professionale, provando successivamente paura ad eseguire procedure difficili o ad alto rischio. Il 27% ha evidenziato il desiderio di voler abbandonare l'assistenza diretta dei pazienti a seguito dell'accaduto, il 37% la voglia di lasciare il lavoro. Infatti, dallo studio è emerso che l'11% ha preso una giornata di assenza per malattia, il 19% del tempo libero dal lavoro. Dai risultati è emerso che il 77% avrebbe desiderato un collega rispettato per parlare dei dettagli dell'accaduto, e l'86% un programma di counselling gratuito messo a disposizione dalla propria organizzazione, a cui poter accedere al di fuori del lavoro. Il 75% dei partecipanti avrebbe voluto discuterne con il proprio superiore, ed il 68% una modalità confidenziale per essere in contatto con qualcuno disponibile h24. Altri (79%) avrebbero voluto fissare un appuntamento con un consulente dell'ospedale. Il tipo di supporto ricevuto influenza il modo in cui l'infermiere si sente riguardo all'errore. Le esperienze di seconda vittima possono essere isolanti, quindi avere qualcuno con cui parlare dell'errore ha generato una sensazione di sicurezza. In uno studio italiano, nato per convalidare lo SVEST in Italia, è emerso che anche nel nostro paese il 67,06% degli infermieri intervistati desidera come forma di supporto il confronto tra pari.<sup>86</sup> Lo studio osservazionale svolto ha confermato tale bisogno. Da questi risultati è nata la necessità di indagare, attraverso una revisione della letteratura, l'efficacia del peer support. La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle banche dati Embase, PubMed e Cinahl. Sono stati considerati tutti gli studi più adatti alla domanda di ricerca, che trattassero quindi dell'utilizzo di

---

<sup>86</sup> Pieretti A , Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. J Patient Saf. 2022 Mar 1;18(2):111-118.

interventi di peer support program per ridurre le manifestazioni della sindrome della seconda vittima. Dalla revisione è emerso che il supporto tra pari è spesso sufficiente per far fronte all'emergenza emotiva derivante da un evento avverso, senza necessità di attivare livelli di supporto superiori, quali ad esempio consulenze psicologiche. I peer supporter, adeguatamente formati, garantiscono che gli operatori sanitari non si isolino, aiutandoli a superare l'evento, e permette loro di tornare alle prestazioni pre-evento e aumentare l'efficacia nella loro professione. Inoltre, l'analisi degli articoli ha evidenziato che i dirigenti infermieristici si sono sentiti sollevati dalla responsabilità di fornire loro stessi tale supporto. Il supporto organizzativo è della massima importanza per le seconde vittime per assisterle nell'affrontare efficacemente l'evento avverso e aumentare la probabilità di poter tornare al loro lavoro subito, contribuendo allo stesso tempo a strategie preventive per eventi avversi dei pazienti. Infatti, dalla revisione è emerso che il supporto tra pari ha incoraggiato l'attenzione reciproca dopo eventi avversi, incrementando una cultura di sicurezza, in quanto il confronto con un peer supporter ha permesso alle seconde vittime di capire come e perché si è verificato l'evento avverso. Inoltre, dalla revisione è emerso che, sentendosi compresi ed accolti, le seconde vittime grazie al supporto tra pari hanno registrato una diminuzione dei sintomi psicofisici. Gli studi inclusi nella revisione mostrano che con l'attivazione del programma di supporto, la maggior parte delle seconde vittime non ha successivamente preso alcuna pausa dal lavoro a causa dell'evento avverso. Sebbene non sia chiaro se un approccio valido per tutti sia efficace o quali programmi abbiano funzionato meglio di altri, ciò che resta evidente è che il supporto tra pari può essere fornito alle seconde vittime con un buon margine di accettazione e di efficacia. Per questo, si vuole proporre un percorso di approfondimento delle segnalazioni di evento avverso con esito almeno moderato, che prevede una attività di supporto per gli operatori considerati seconde vittime dell'evento avverso. Per applicare il programma, denominato "LastButNotLeast", si formano cinque infermieri della Medicina del Lavoro affinché diventino Peer

Supporter. A seguito della segnalazione e valutazione di un evento avverso con esito almeno moderato sul paziente, viene condotto un approfondimento da parte della Direzione Sanitaria (medico, infermiere e psicologo di Direzione Sanitaria) che coinvolge i protagonisti dell'evento. Al termine dell'approfondimento vengono somministrati al personale intervistato dei questionari. Alla luce dei risultati evidenziati dalla scala e dall'osservazione diretta durante l'approfondimento dell'evento avverso, lo psicologo valuta la necessità o meno di attivazione del programma "LastButNotLeast". Inoltre, annualmente, la Medicina del Lavoro somministra a tutti i professionisti sanitari dell'organizzazione l'I-SVEST. Dopo l'identificazione di un infermiere con necessità di supporto a questo si affianca un peer supporter. Il contatto tra peer supporter e la seconda vittima viene garantito entro 48 ore dall'approfondimento e la valutazione psicologica. All'infermiere che necessita di supporto viene inviata dalla Medicina del Lavoro un'e-mail introduttiva. L'obiettivo di questa introduzione è normalizzare la necessità di supporto dopo un evento avverso e fornire informazioni sul programma "LastButNotLeast". Il peer supporter aiuta a riscoprire la naturale resilienza identificando e incoraggiando meccanismi di coping positivi per superare l'evento stressante. Quando necessario, i sostenitori tra pari indirizzano la seconda vittima risorse aggiuntive per il supporto (psicologo di Direzione Sanitaria). In linea con le raccomandazioni presenti nelle Linee Guida del Ministero della Salute riguardo all'attivazione di azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso è stato proposto il programma "LastButNotLeast", per garantire supporto per gli operatori considerati seconde vittime dell'evento avverso. La letteratura suggerisce che il supporto psicologico influisce non solo sulle percezioni dei singoli operatori sanitari, ma anche su quella degli altri professionisti dell'équipe di lavoro.

L'augurio è che questo elaborato possa fare luce sugli effetti emotivamente e psicologicamente devastanti degli errori, sottolineando l'alienazione che i professionisti provano per la mancanza di supporto da parte di colleghi e

superiori. Dopo un evento avverso è necessario sostenere l'operatore seconda vittima e restaurare un buon clima di lavoro. Le ferite organizzative che un evento sentinella comporta, se non appropriatamente gestite, possono sfibrare il tessuto di una organizzazione, soprattutto nei rapporti tra operatori. Il programma "LastButNotLeast" vuole essere un esempio di gestione efficace ed efficiente delle conseguenze degli eventi avversi/sentinella sui professionisti sanitari e sull'organizzazione. L'individuazione e adozione di appropriate strategie possono consentire il recupero e il ristoro delle ferite personali e organizzative, e fare in modo che l'errore si trasformi in un'occasione di apprendimento.

## Bibliografia

Burlison JD, Scott SD, Browne EK, et al. The Second Victim Experience and Support Tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf* 2017;13:93-102.

Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and Support for Nurses as Second Victims of Adverse Nursing Errors: A Qualitative Systematic Review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. Sep 2017; 15 (9): 2333-2364.

Chan ST, Khong PBC, Wang W. Psychological Responses, Coping and Supporting Needs of Healthcare Professionals as Second Victims. *Int Nurs Rev*. Jun 2017; 64 (2):242-262.

Connors CA, Dukhanin V, March AL, Parks JA, Norvell M, Wu AW. Peer support for nurses as second victims: Resilience, burn out, and job satisfaction. *J of Patient Safety and Risk Management* 2020, Vol. 25(1) 22–28.

Draus C, Miannecki TB, Musgrove H, Bastien DJ, Greggs D, Halash C, Bellamy C LO, Lewis A, Mackenzie W. Perceptions of Nurses Who Are Second Victims in a Hospital Setting. *J Nurs Care Qual*. 2022 Apr-Jun 01;37(2):110-116.

Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. *J Pediatr Nurs*. Jul-Aug 2018;41:54-59.

Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, Allyse MA, Long ME, Torbenson VE, Rivera-Chiauzzi EY. Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Pediatr Nurs*. Nov-Dec 2021;61:312-317.

Fundamentals of Good Peer Support: Strengthening Communication Skills. Peers for progress. Reperibile presso: [http://peersforprogress.org/pfp\\_blog/fundamentals-of-good-peer-support-strengtheningcommunication-skills/](http://peersforprogress.org/pfp_blog/fundamentals-of-good-peer-support-strengtheningcommunication-skills/).

Jones JH, Treiber LA. When Nurses Become the "Second" Victim. *Nurs Forum*. Oct-Dec 2012;47 (4): 286- 91.

Kable A, Kelly B, Adams J. Effects of Adverse Events in Health Care on Acute Care Nurses in an Australian Context: A Qualitative Study. *Nurs Health Sc.* Jun 2018; 20 (2): 238-246.

Koyle MA, Chua ME, Kherani T, Pereira N, Heiss K. The second victim requires more than Medice Cura Te Ipsum. *Can Urol Assoc J.* 2021 Jun;15(6 Suppl 1):S40-S42.

Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (articolo 1, comma 539, lettera a). "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)". Reperibile presso: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2015-12-28;208!vig=>.

"Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità". Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Giugno 2011. Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf).

Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg.* 2015 Dec;24(6):315-8.

Merandi J, Winning AM, Liao N, Rogers E, Lewand D, Gerhardt CA. Implementation of a second victim program in the neonatal intensive care unit: An interim analysis of employee satisfaction. *Journal of Patient Safety and Risk Management* 2018, Vol. 23(6) 231-238

Pereira L, Radovic T, Haykal KA. Peer support programs in the fields of medicine and nursing: a systematic search and narrative review. *Can Med Educ J.* 2021 Jun 30;12(3):113-125.

Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. *J Patient Saf.* 2021 Feb 2. doi: 10.1097/PTS.0000000000000825. Epub ahead of print. PMID: 33620164.

Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth* 2015 Feb;24(1):54-63.

"Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012)". Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione



sanitaria ufficio III EX DGPROGS. Aprile 2015. Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2353\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf).

“Raccomandazione per attivare azioni di sostegno per gli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso.” Ministero della Salute – Dipartimento della qualità. Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. Maggio 2011. Reperibile presso: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf).

Rischio clinico e seconde vittime in sanità. 5 settembre 2019. Reperibile presso: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/rischio-clinico-e-seconde-vittimein-sanita.html>.

Schrøder, K., Bovil, T., Jørgensen, J.S. et al. Evaluation of 'the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 566.

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Qual Patient Saf*. 2010;36(5):233–240.

Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Health Prof*. Jun 2013; 36(2): 135-162.

Thompson M, Hunnicutt R, Broadhead M, Vining B, Aroke EN. Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. *J Perianesth Nurs*. 2021 Dec 31:S1089-9472(21)00126-X.

Van Buschbach S, Van der Meer CAI, Dijkman L, Olf M, Bakker A. Web-Based Peer Support Education Program for Health Care Professionals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* . 2020 Apr;46(4):227-231.

Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee S. From Organisational Support to Second Victim-Related Distress: Role of Patient Safety Culture. *J Nurs Manag*. Nov 2019; 27 (8): 1818-1825.

# Allegato 1. Second Victim Experience and Support Tool Italian version.

## S.V.E.S.T. Second Victim Experience and Support Tool

Gentile collega grazie per il tempo che hai deciso di dedicare a questo progetto. Gli operatori sanitari coinvolti in eventi avversi (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) vengono definiti seconde vittime, riportando conseguenze sulla vita professionale e personale. Questo lavoro si pone l'obiettivo di esplorare la sindrome della seconda vittima nelle nostre realtà; pertanto, ti chiedo di rispondere in maniera franca e spontanea e ti informo che, al fine di garantire la tua riservatezza, i dati che fornirai saranno utilizzati solo in forma aggregata in modo tale da non essere riconducibili a te. La compilazione del questionario richiederà 12-15 minuti di tempo. Ti ringrazio per la tua preziosa collaborazione

### \*Campo obbligatorio

**Letto e compreso l'informativa sulla natura e gli obiettivi dello studio:** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Acconsento alla partecipazione

Non acconsento alla partecipazione

### Nel corso della tua carriera

**2.1 Sono stato/a coinvolto/a in casi che potrebbero essere considerati come "quasi incidenti" (incidenti imputabili a carenze cliniche o assistenziali che potrebbero aver causato un danno a un paziente, ma che alla fine sono stati corretti) \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Si

No

**2.2 Sono stato/a coinvolto/a in eventi avversi imputabili a carenze cliniche o assistenziali con conseguenze per uno o più pazienti \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Si

No *Dopo l'ultima domanda in questa sezione, passa alla domanda 42.*

**2.3 Ho vissuto un disagio emotivo a causa di un evento avverso a un paziente \*** *Contrassegna solo un ovale.*

Si

No

**2.4 Ho avuto problemi professionali (procedimenti disciplinari o giudiziari) a causa di un evento avverso \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Si

No

**2.5 Ho personalmente dovuto informare un paziente (o la sua famiglia) che lui/lei è stato/a vittima di un evento avverso \*** *Contrassegna solo un ovale.*

Si

No

**Distress psicologico. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**3.1 Ho provato imbarazzo** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto d'accordo

**3.2 Il mio coinvolgimento in questo evento mi ha reso timoroso per eventi futuri** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto d'accordo

**3.3 Questa esperienza mi ha reso infelice** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto in accordo

**3.4 Provo rimorso per l'accaduto** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto in accordo

**Distress fisico. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**4.1 Il peso mentale di questa esperienza mi esaurisce** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto d'accordo

**4.2 Il coinvolgimento in questo evento mi ha provocato/ mi provoca disturbi del sonno** \*  
*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto d'accordo

**4.3 Lo stress di questa esperienza mi ha provocato nausea e disgusto** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto in accordo

**4.4 Ripensare all'accaduto mi provoca disturbi dell'appetito** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**Supporto da parte dei colleghi. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**5.1 Apprezzo i tentativi di supporto da parte dei colleghi, ma possono arrivare nel momento sbagliato** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**5.2 Parlare con i colleghi dell'accaduto mi da sollievo** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**5.3 I miei colleghi possono risultare indifferenti rispetto all'impatto che l'evento ha avuto su di me** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**5.4 I miei colleghi mi aiutano a considerarmi ancora un buon professionista nonostante l'evento** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**Supporto da parte dei superiori. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**6.1 Sento che il mio superiore mi tratta in maniera adeguata in queste situazioni** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**6.2 Il mio superiore risponde in modo giusto ed equilibrato in queste situazioni** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto d'accordo

**6.3 Il mio superiore tende a dare la colpa alle persone coinvolte** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto in accordo

**6.4 Il mio superiore considera la complessità delle cure in queste situazioni** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto in accordo

**Supporto istituzionale. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**7.1 La mia organizzazione comprende che gli operatori sanitari interessati potrebbero aver bisogno di aiuto per elaborare e risolvere gli eventuali effetti del loro coinvolgimento in un evento avverso** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto d'accordo

**7.2 La mia organizzazione offre una varietà di risorse per aiutarmi a superare gli effetti del coinvolgimento in un evento avverso** \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto d'accordo

**7.3 La preoccupazione per il benessere di coloro che sono coinvolti in un evento avverso non è forte nella mia organizzazione** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo  
Molto in accordo

**Supporto non lavorativo. In caso di evento avverso**

**8.1 Cerco il supporto emotivo di familiari ed amici** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo  
In disaccordo  
Né in accordo né in disaccordo  
D'accordo

Molto d'accordo

**8.2 L'affetto dei miei amici più cari e della mia famiglia mi aiuta a superare questi eventi \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**Auto-efficacia professionale. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**9.1 Dopo l'evento ho sperimentato sentimenti di inadeguatezza riguardo alle mie capacità di cura del paziente \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**9.2 Questa esperienza fa sorgere in me dubbi sull'essere davvero un buon operatore sanitario \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**9.3 Dopo la mia esperienza ho avuto paura ad eseguire procedure difficili o ad alto rischio \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**9.4 Queste situazioni non mettono in discussione le mie capacità professionali \*** *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**Attaccamento al lavoro. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**10.1 Questa esperienza mi ha fatto sorgere il desiderio di allontanarmi dall'assistenza diretta ai pazienti \***

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**10.2 Alcune volte lo stress derivante dall'essere coinvolto in queste situazioni mi fa venir voglia di lasciare il mio lavoro** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**Assenteismo. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**11.1 Questa esperienza mi ha portato a prendere una giornata di assenza per malattia** \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**11.2 Ho preso del tempo libero dal lavoro dopo il mio coinvolgimento in un evento avverso** \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**Forme di supporto desiderate. In caso di coinvolgimento in un evento avverso**

**12.1 La possibilità di lasciare la mia unità per un po di tempo** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**12.2 Un luogo tranquillo disponibile per il recupero e la ricomposizione personale** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**12.3 Un collega rispettato per discutere i dettagli dell'accaduto** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**12.4 Un programma di assistenza per i dipendenti che fornisca counseling gratuito al di fuori del lavoro** \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto d'accordo

**12.5 Una discussione con il mio superiore riguardo all'accaduto** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**12.6 Una modalità confidenziale per essere in contatto con qualcuno disponibile 24 ore al giorno per discutere di come l'evento potrebbe influenzarmi** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**2.7 L'opportunità di fissare un appuntamento con un consulente del mio ospedale per discutere dell'evento\***

*Contrassegna solo un ovale.*

Molto in disaccordo

In disaccordo

Né in accordo né in disaccordo

D'accordo

Molto in accordo

**Infine, si prega di indicare**

**13.1 Età** \* 30 anni o meno da 31 a 50 Oltre 50

**13.2 Sesso** \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Maschio

Femmina

**13.3 Professione** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Medico

Infermiere

**13.4 Area di appartenenza** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Medica

Chirurgica

Cure intensive

**13.5 Anni di esperienza professionale** \* *Contrassegna solo un ovale.*

Meno di 1 anno

Da 1 a 5 anni

Da 5 a 15 anni



Oltre 15 anni

### **13.6 Ospedale di appartenenza**

---

**QUESTIONARIO SULLA SALUTE G.H.Q.- 12**

<b>Durante le ultime settimane</b>	<b>0 (0)</b>	<b>1 (0)</b>	<b>2 (1)</b>	<b>3(1)</b>
Ha perso molto sonno per delle preoccupazioni?	No	Non più del solito	Un po' più del solito	Molto più del solito
Si è sentito costantemente sotto pressione?	No	Non più del solito	Un po' più del solito	Molto più del solito
È stato in grado di concentrarsi sulle cose che faceva?	Meglio del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
Si è sentito utile / produttivo?	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
È stato in grado di affrontare i suoi problemi?	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
Si è sentito capace di prendere decisioni?	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
Ha avuto l'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà?	No	Non più del solito	Un po' più del solito	Molto più del solito
Si è sentito, tutto sommato, abbastanza contento?	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
È stato in grado di svolgere volentieri le sue attività quotidiane?	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
Si è sentito infelice e depresso?	No	Non più del solito	Un po' più del solito	Molto più del solito
Si è sentito come se avesse perso fiducia in se stesso?	No	Non più del solito	Un po' più del solito	Molto più del solito
Si è sentito come se avesse minore stima di sé?	No	Non più del solito	Un po' più del solito	Molto più del solito

Nome

Età

Data

Professione

## Allegato 3. Questionario sullo Stato di Salute SF-36 (V1) standard

1. **In generale, direbbe che la Sua salute è**  
Eccellente  
Molto buona  
Buona  
Passabile  
Scadente
  
2. **La sua salute La limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta, ecc.) ?**  
SI, mi limita parecchio  
SI, mi limita parzialmente  
NO, non mi limita per nulla
  
3. **La sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale ?**  
SI, mi limita parecchio  
SI, mi limita parzialmente  
NO, non mi limita per nulla
  
4. **Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?**  
SI  
NO
  
5. **Nelle ultime 4 settimane, ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica ?**  
SI  
NO
  
6. **Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso) ?**  
SI  
NO
  
7. **Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?**  
SI  
NO

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa) ?

- Per nulla
- Molto poco
- Un po'
- Molto
- Moltissimo

9. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito calmo e sereno ?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

10. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito pieno di energia?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Mai

11. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito scoraggiato e triste ?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Mai

12. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Mai