

RISK MANAGEMENT

Responsabile: Dott. Antonio Silvestri

Tel.: 06 58703678/3836 - FAX: 06 58705575 - email: riskmanagerscf@scamilloforlanini.rm.it

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

per la segnalazione spontanea di **eventi avversi** o potenzialmente dannosi (**near miss**)

scrivere in STAMPATELLO

Data di compilazione: ____ / ____ / ____

DIPARTIMENTO _____	UNITA' OPERATIVA _____
Tel. _____	FAX _____

Data e ora dell'evento:
gg. ____ mm. ____ aaa ____ hh ____ mm ____

SEGNALAZIONE di: evento avverso evento potenzialmente dannoso (near miss)

L'evento ha provocato/poteva provocare danni a persone? **SI** **NO**

Dati relativi alla persona: PAZIENTE VISITATORE OPERATORE (solo in caso di violenza)

Cognome: _____ Nome: _____ RAD: _____

Nato/a il: ____ / ____ / ____ Età: ____ Sesso: M F

Paziente deambulante: SI NO

PROVENIENZA: P.S. Altra UO aziendale Altra Azienda Proprio domicilio

REGIME DI EROGAZIONE: Degenza ordinaria P.S. Ambulatorio DH/DS
 Altro (specificare) _____

Luogo in cui si è verificato l'evento:

<input type="checkbox"/> REPARTO (CAMERA)	<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	<input type="checkbox"/> SPAZI COMUNI
<input type="checkbox"/> REPARTO (BAGNO)	<input type="checkbox"/> SALA OPERATORIA	<input type="checkbox"/> SPAZI APERTI	<input type="checkbox"/> SALA PARTO
<input type="checkbox"/> REPARTO (CORRIDOIO)	<input type="checkbox"/> SCALE	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____	

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

N.B. IN CASO DI INFORTUNIO (es. CADUTA) NON VA COMPILATA LA PRESENTE SCHEDA, BENSI' LA SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI INFORTUNIO, DA INVIARE ALLA DIREZIONE SANITARIA

RILEVAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVENTO

Evento correlato a procedure/prestazioni

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ritardo procedura diagnostica | <input type="checkbox"/> mancata proc. diagnostica | <input type="checkbox"/> inadeguata proc. diagnostica |
| <input type="checkbox"/> ritardo procedura chirurgica | <input type="checkbox"/> mancata proc. chirurgica | <input type="checkbox"/> inadeguata proc. chirurgica |
| <input type="checkbox"/> ritardo prestazione assistenziale | <input type="checkbox"/> mancata prestaz. assistenziale | <input type="checkbox"/> inadeguata prestaz. assistenziale |

Eventi particolari (in caso di DM, va sempre compilato il rapporto di incidente o di mancato incidente al Ministero della Salute, art. 9 e 10, D.Lgs. n. 46 del 1997; art. 11, D.Lgs. n. 507 del 1992)

- malf./malpos. Dispositivo Medico evento correlato a somm. sangue errore di paziente/lato/sede

Tipologia di Dispositivo Medico: _____

EVENTO CORRELATO ALLA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

(Attenzione: non confondere con sospetta reazione avversa a farmaco, per la quale deve essere sempre compilata la scheda ministeriale ADR, all. 1 Decr. Min Sal. 12/12/2013)

Nome del farmaco: _____

Selezionare in quale fase della terapia farmacologica si è verificato l'evento:

- prescrizione preparazione somministrazione monitoraggio

Selezionare la tipologia di evento avverso o di *near miss* di terapia:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paziente errato | <input type="checkbox"/> Tempi di somministrazione errati |
| <input type="checkbox"/> Farmaco errato | <input type="checkbox"/> Via di somministrazione errata |
| <input type="checkbox"/> Dosaggio errato | <input type="checkbox"/> Sottovalutazione delle possibili interazioni |
| <input type="checkbox"/> Forma farmaceutica errata | <input type="checkbox"/> Mancato monitoraggio scadenza |
| <input type="checkbox"/> Prescrizione errata/mancante/confondibile | <input type="checkbox"/> Etichetta/contenitore errato |
| <input type="checkbox"/> Errore di trascrizione | <input type="checkbox"/> Indicazioni e posologia non autorizzate |
| <input type="checkbox"/> Mancata somministrazione | <input type="checkbox"/> Scambio farmaci |

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BARRIERE LINGUISTICHE/CULTURALI | <input type="checkbox"/> CONDIZIONI PRECARE FRAGILITA'/INFERMITA' |
| <input type="checkbox"/> MANCATA ADESIONE AL PROGETTO | <input type="checkbox"/> NON COSCIENTE/SCARSAMENTE ORIENTATO |
| <input type="checkbox"/> POCA/MANCATA AUTONOMIA | |

2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' AD ESEGUIRE ISTRUZIONI/PROCEDURE | <input type="checkbox"/> FATICA/STRESS |
| <input type="checkbox"/> INADEGUATE CONOSCENZE/INESPERIENZA | <input type="checkbox"/> MANCATA SUPERVISIONE |
| <input type="checkbox"/> MANCATA VERIFICA PREVENTIVA APPARECCHIATURA | <input type="checkbox"/> PRESA SCORCIATOIA/REGOLA NON ESEGUITA |
| <input type="checkbox"/> MANCATA/ERRATA LETTURA DOCUMENTAZIONE/ETICHETTA | <input type="checkbox"/> SCARSO LAVORO DI GRUPPO |

3) Fattori contribuenti legati al SISTEMA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AMBIENTE INADEGUATO | <input type="checkbox"/> MANCATA/INADEGUATA COMUNICAZIONE |
| <input type="checkbox"/> GRUPPO NUOVO/INESPERTO | <input type="checkbox"/> MANCATO COORDINAMENTO |
| <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE ADDESTRAMENTO/INSERIMENTO | <input type="checkbox"/> MANCANZA/INADEGUATEZZA ATTREZZATURE |
| <input type="checkbox"/> MANCANZA/INADEGUATEZZA MATERIALE DI CONSUMO | <input type="checkbox"/> SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE |
| <input type="checkbox"/> MANCATA/INADEGUATA MANUTENZIONE ATTREZZATURE | <input type="checkbox"/> ELEVATO TURNOVER |
| <input type="checkbox"/> INSUCCESSO NEL FARE RISPETTARE PROTOCOLLI/PROCEDURE | <input type="checkbox"/> STAFF INADEGUATO/INSUFFICIENTE |
| <input type="checkbox"/> PROTOCOLLO/PROCEDURA INESISTENTE/AMBIGUA | |

INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NESSUNA | <input type="checkbox"/> CONSULENZA SPECIALISTICA |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> INDAGINI DI LABORATORIO |
| <input type="checkbox"/> INDAGINI RADIOLOGICHE | <input type="checkbox"/> INTERVENTO CHIRURGICO |
| <input type="checkbox"/> MEDICAZIONI | <input type="checkbox"/> RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA |
| <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO | <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO |
| <input type="checkbox"/> VISITA MEDICA | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
_____ |

RILEVAZIONE DEI FATTORI MINIMIZZANTI (da compilare SOLO in caso di near miss)

Quali fattori possono aver contribuito a minimizzare il rischio derivante dal near miss?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tempestivo riconoscimento ed immediata az. correttiva | <input type="checkbox"/> Informazione fornita dai familiari |
| <input type="checkbox"/> Informazione fornita al paziente | <input type="checkbox"/> Circostanze fortuite |
| <input type="checkbox"/> Informazione fornita dal paziente | <input type="checkbox"/> Consultazione tra il personale |

AZIONI SUGGERITE

Come potrebbe essere ridotta per il futuro la possibilità che l'evento avverso/near miss si ripeta?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maggiore standardizzazione dei processi | <input type="checkbox"/> Formazione più adeguata |
| <input type="checkbox"/> Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali | <input type="checkbox"/> Aggiornamento tecnologico |
| <input type="checkbox"/> Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

L'EVENTO AVVERSO E' DOCUMENTATO IN CARTELLA CLINICA?

-
- SI
-
- NO

IL PAZIENTE E' STATO INFORMATO DELL'EVENTO?

-
- SI
-
- NO

SEGNALAZIONE COMPILATA DA: (in caso di "near miss" la compilazione dei campi sottostanti è FACOLTATIVA)

COGNOME: _____ NOME: _____ MATRICOLA: _____

QUALIFICA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MEDICO | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA |
| <input type="checkbox"/> COORDINATORE | <input type="checkbox"/> TECNICO |
| <input type="checkbox"/> INFERMIERE | <input type="checkbox"/> OSTETRICA |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____ | <input type="checkbox"/> OSS/OTA |

Lo scopo principale della segnalazione è quello di imparare dall'esperienza, e quindi di identificare tutto quello che è stato o potrebbe essere nocivo durante la permanenza in Ospedale. Il valore di questo lavoro è elevato, perché consente di attivare un meccanismo utile a far sì che le situazioni pericolose non si possano più ripetere, a migliorare l'ambiente di lavoro e garantire una maggiore serenità degli Operatori. Pertanto un sincero e doveroso ringraziamento va rivolto a tutti coloro che avranno la pazienza e l'attenzione di compilare le schede.

IL RISK MANAGER
Dott. Antonio Silvestri