

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) _____	

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