RISK MANAGEMENT

Responsabile: Dott. Antonio Silvestri

Tel.: 06 58703678/3836/4010 e-mail incident@scamilloforlanini.rm.it

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

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

Data di compilazione: ____ / ____ / ____

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.	FAX
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

Dati relativi alla persona: PAZIENTE VISITATORE OPERATORE

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:

☐ REPARTO (CAMERA)	☐ PRONTO SOCCORSO	☐ AMBULATORIO	☐ SPAZI COMUNI
☐ REPARTO (BAGNO)	☐ SALA OPERATORIA	☐ SPAZI APERTI	☐ SALA PARTO
☐ REPARTO (CORRIDOIO)	☐ SCALE	☐ ALTRO (specificare) _____	

Gravità dell'evento

NESSUNO LIEVE MODERATO SEVERO MORTE **PROGNOSI gg:**

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE:

☐ CADUTE PREGRESSE	☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI
☐ DEFICIT VISIVI	☐ PROBLEMI EQUILIBRIO/MOBILITA'/TONO MUSCOLARE
☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE	☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO
☐ RECENTE VARIAZIONE DI TERAPIA	☐ INCONTINENZA
☐ CALZATURE INADEGUATE	

2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE:

☐ DIFFICOLTA' AD ESEGUIRE ISTRUZIONI/PROCEDURE	☐ FATICA/STRESS
☐ INADEGUATE CONOSCENZE/INESPERIENZA	☐ MANCATA SUPERVISIONE
☐ MANCATA VERIFICA PREVENTIVA APPARECCHIATURA	☐ PRESA SCORCIATOIA/REGOLA NON ESEGUITA
☐ MANCATA/ERRATA LETTURA DOCUMENTAZIONE/ETICHETTA	☐ SCARSO LAVORO DI GRUPPO

3) Fattori contribuenti legati al SISTEMA:

☐ AMBIENTE INADEGUATO	☐ MANCATA/INADEGUATA COMUNICAZIONE
☐ GRUPPO NUOVO/INESPERTO	☐ MANCATO COORDINAMENTO
☐ INSUFFICIENTE ADDESTRAMENTO/INSERIMENTO	☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA ATTREZZATURE
☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA MATERIALE DI CONSUMO	☐ SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
☐ MANCATA/INADEGUATA MANUTENZIONE ATTREZZATURE	☐ ELEVATO TURNOVER
☐ INSUCCESSO NEL FARE RISPETTARE PROTOCOLLI/PROCEDURE	☐ STAFF INADEGUATO/INSUFFICIENTE
☐ PROTOCOLLO/PROCEDURA INESISTENTE/AMBIGUA	

INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO

☐ NESSUNA	☐ CONSULENZA SPECIALISTICA
☐ ECG	☐ INDAGINI DI LABORATORIO
☐ INDAGINI RADIOLOGICHE	☐ INTERVENTO CHIRURGICO
☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO	☐ PUNTI DI SUTURA
☐ MEDICAZIONI	☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA
☐ RICOVERO ORDINARIO	☐ TRASFERIMENTO
☐ VISITA MEDICA	☐ 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?

☐ Tempestivo riconoscimento ed immediata az. correttiva	☐ Informazione fornita dai familiari
☐ Informazione fornita al paziente	☐ Circostanze fortuite
☐ Informazione fornita dal paziente	☐ Consultazione tra il personale

AZIONI SUGGERITE

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

☐ Maggiore standardizzazione dei processi	☐ Formazione più adeguata
☐ Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali	☐ Aggiornamento tecnologico
☐ Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente	

L'EVENTO AVVERSO E' DOCUMENTATO IN CARTELLA CLINICA?

-
- SI
-
- NO

IL PAZIENTE E' STATO INFORMATO DELL'EVENTO?

-
- SI
-
- NO

TESTIMONI

-
- NO
-
- SI nome, cognome qualifica/ruolo)
-
-
- (Personale sanitario, Familiare)

L'INFORTUNATO ERA AFFIDATO A QUALCUNO AL MOMENTO DELL'ACCADUTO?

-
- SI
-
- NO (nome, cognome qualifica/ruolo)
-
-
- (Personale sanitario, Familiare)

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

COGNOME: _____ NOME: _____ MATRICOLA: _____

QUALIFICA

☐ MEDICO	☐ FISIOTERAPISTA
☐ COORDINATORE	☐ TECNICO
☐ INFERMIERE	☐ OSTETRICA
☐ ALTRO (specificare) _____	☐ 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