

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 _____ Tel. _____	UNITA' OPERATIVA _____ 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:

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

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

Evento correlato a procedure/prestazioni		
☐ ritardo procedura diagnostica	☐ mancata proc. diagnostica	☐ inadeguata proc. diagnostica
☐ ritardo procedura chirurgica	☐ mancata proc. chirurgica	☐ inadeguata proc. chirurgica
☐ ritardo prestazione assistenziale	☐ mancata prestaz. assistenziale	☐ 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:

(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)

(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:

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

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ BARRIERE LINGUISTICHE/CULTURALI | ☐ CONDIZIONI PRECARE FRAGILITA'/INFERMITA' |
| ☐ MANCATA ADESIONE AL PROGETTO | ☐ NON COSCIENTE/SCARSAMENTE ORIENTATO |
| ☐ POCA/MANCATA AUTONOMIA | |

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 |
| ☐ 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 | ☐ 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

- | | |
|--|---|
| ☐ 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
Dott. Antonio Silvestri