

Sito web www.ausl.pe.it	AUSL PESCARA		Revisione 01
	U.O.S.D. RISK MANAGEMENT Responsabile Dr.ssa Annamaria Ambrosi		Anno emissione 2017
	SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E/O NEAR MISS		Redazione Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dr.ssa Rosangela Antuzzi
	Tel. 085.425.3523 e-mail <i>riskmanagement@ausl.pe.it</i>		
COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE CHE SEGNA			
DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'OPERATORE	Struttura P.O. : <input type="checkbox"/> Pescara <input type="checkbox"/> Penne <input type="checkbox"/> Popoli <input type="checkbox"/> Unità Operativa di		
	<input type="checkbox"/> D.S.B. di <input type="checkbox"/> Residenza Assistenziale di		
	(facoltativo) Cognome e Nome dell'Operatore.....		
	Qualifica di chi segnala	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Personale di supporto	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro
DATI RELATIVI AL PAZIENTE	(facoltativo) Cognome e Nome del Paziente		
	Anno di nascita N° SDO.....		
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> Ricovero urgente <input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero DH/DS	<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare <input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro	
CIRCOSTANZA DELL'EVENTO	Data/...../.....	Giorno <input type="checkbox"/> Feriale <input type="checkbox"/> Festivo	Momento della giornata <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte
	Ora		
SPECIFICARE IL LUOGO: (es. ambulatorio – corridoio – bagno – ecc...)			
BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO: (cosa è successo)			
.....			
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile indicare più di una risposta)			
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> Grossa fragilità o infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia		<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico/assistenziale <input type="checkbox"/> Altro:
	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienze/formazione <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non eseguita <input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura/documentazione/etichetta		<input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Altro:.....
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	<input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn over <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente o ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure		<input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancato/inadeguato funzionamento attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Mancanza/carenza delle istruzioni di utilizzo <input type="checkbox"/> Altro:.....
	<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona assistenza <input type="checkbox"/> Fortuna/Caso		<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Altro :.....
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO L'ESITO			
A SEGUITO DELL'EVENTO E' STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI O PRESTAZIONI SANITARIE			
<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> Altre indagini <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica		<input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero in Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Altro.....	
COME SI POTEVA PREVENIRE L'EVENTO? (es.: migliore comunicazione, comunicazione scritta, verifica attrezzature prima dell'uso, sistema di monitoraggio/allarme, ecc...) SPECIFICARE:			
L'EVENTO E' STATO RIPORTATO SULLA DOCUMENTAZIONE CLINICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

DA COMPILARE IN CASO DI ERRORI CORRELATI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA		
SPECIFICARE IL TIPO DI FARMACO :		
FASE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN CUI È AVVENUTO L'EVENTO:		
<input type="checkbox"/> Prescrizione <input type="checkbox"/> Preparazione <input type="checkbox"/> Somministrazione <input type="checkbox"/> Monitoraggio		
TIPO DI ERRORE:		
(es.: Errore di: dosaggio, via di somministrazione, tempi di somministrazione, mancata somministrazione, scambio di farmaci/pazienti, ecc...)		
.....		
COMPILAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELLA U.O.		
ESITO DELL'EVENTO		
EVENTO POTENZIALE	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es.: personale insufficiente/pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es.: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
EVENTO EFFETTIVO	NESSUN ESITO - evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es.: farmaco innocuo somministrato erroneamente al Paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es.: esami del sangue e/o delle urine)/trattamenti minori (es.: bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es.: procedure radiologiche/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza)	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO - ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO - disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>
VALUTAZIONE DEL RISCHIO FUTURO		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 1 evento/anno) <input type="checkbox"/> Raro (meno di 1 evento/anno) <input type="checkbox"/>	
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4) <input type="checkbox"/> Esito maggiore (livello pari o superiore a 5) <input type="checkbox"/>	
SONO STATI INTRAPRESI ACCORGIMENTI A SEGUITO DELL'EVENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se SI QUALI?		
L'EVENTO RISULTA INCREMENTARE I COSTI, LA DURATA DELLA DEGENZA O IL CONSUMO DI RISORSE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se SI IN CHE MODO?		
L'EVENTO HA DETERMINATO PROBLEMI DI TIPO ORGANIZZATIVO (es.: ritardi, ecc...) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se SI QUALI?		
C'E' UNA LEZIONE SIGNIFICATIVA DA TRARRE DALL'EVENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se SI QUALE?		
NELL'EVENTO SONO STATI COINVOLTI ALTRI SERVIZI/UU.OO. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se SI QUALI?		
NOME DEL RESPONSABILE U.O. FIRMA DATA / /		

- ✓ La presente scheda è uno strumento per identificare i problemi, le cause ad essi connessi, che possono verificarsi durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni contenute saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire il ripetersi degli stessi/simili problemi. Per questo, **in caso di obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.**
- ✓ La scheda può essere riconsegnata al Responsabile della Struttura Sanitaria anche anonima;
- ✓ Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'Operatore e al Paziente;
- ✓ Dopo la compilazione inviare la scheda all'U.O.S.D. Risk Management (alla e-mail riskmanagement@ausl.pe.it).

