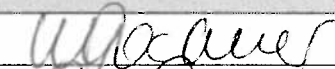
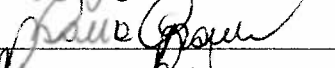
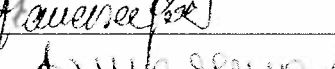
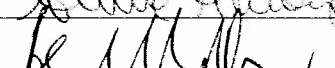
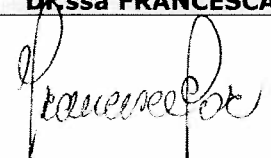
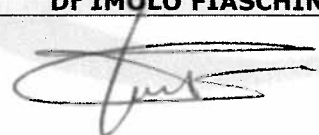


INDICE

1. SCOPO	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. TERMINI E ABBREVIAZIONI	3
4. RESPONSABILITA'	5
5. MODALITA' ESECUTIVE	6
7. RIFERIMENTI SCIENTIFICI	7
9. INDICATORI E CONTROLLI	8
10. DEBITI INFORMATIVI	8
11. ALLEGATI	8

GRUPPO DI REDAZIONE E VALIDAZIONE TECNICA

NOME	FUNZIONE	FIRMA
Margarete Tockner	Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico	
Laura Grasselli	Infermiera Servizio Gestione Rischio Clinico	
Francesca Gori	Resp. Servizio Qualità e Accreditamento	
Anna Mencarelli	Resp. Servizio Medicina Legale Foligno	
Fabio Motta	Resp. Servizio Verifica strutture socio sanitarie con accordo contrattuale	
Serena Agrestini	Resp. SITRO	

VERIFICATO	APPROVATO	APPROVATO
R.A.Q. Dr.ssa FRANCESCA GORI	RESP. GEST. RISCHIO CLINICO Dr.ssa MARGARETE TOCKNER	DIRETTORE SANITARIO Dr IMOLO FIASCHINI
		

STATO DI AGGIORNAMENTO			
N°	Pag. e/o §	Natura della modifica	Data

	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E INCIDENT REPORTING	PG GRC_ EA Incident reporting
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO	Rev.00 Del 15/09/2014

1. SCOPO

La presente procedura descrive le modalità e gli strumenti per la segnalazione, l'analisi e la valutazione di pericoli o eventi da parte degli operatori attraverso l'implementazione di un sistema locale di segnalazione e apprendimento (*Reporting and Learning System (RLS)*).

L'obiettivo primario è sviluppare la cultura della sicurezza creando negli operatori una maggiore propensione alla comunicazione degli eventi indesiderati e dei quasi eventi, offrire l'opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall'esperienza.

Gli obiettivi secondari sono:

- promuovere l'attenzione alla sicurezza e le segnalazioni volontarie;
- attivare un processo strutturato di analisi degli eventi per l'identificazione dei fattori contribuenti e determinanti;
- definire e mettere in atto le azioni correttive e/o preventive per ridurre le situazioni pericolose e la ripetizione di errori o eventi avversi;
- utilizzare i risultati dell'analisi per formulare e divulgare raccomandazioni per la sicurezza (*Alert Report*);
- disporre di dati utili alla definizione del profilo di rischio locale mettendo in luce pericoli e anomalie non identificabili con altri strumenti.

L' Incident Reporting è un sistema di **segnalazione confidenziale**: l'anonimato, quando desiderato dall'operatore viene garantito poiché non vi è corrispondenza automatica tra l'operatore che segnala e il/i protagonista/i dell'evento in quanto è possibile segnalare anche eventi osservati o riportati da terzi.

Un elevato numero di segnalazioni è espressione di una elevata attenzione alla sicurezza del paziente e di sensibilizzazione alla segnalazione *

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutte le strutture e servizi dell'USL Umbria 2 nel caso di

- **incidente/evento** che ha dato o aveva la potenzialità di produrre un danno (Tabella1: livello 3, 4, 5, 6);
- **quasi evento /near miss**, che avrebbero potuto, ma non ha - per fortuna o abilità di gestione - originato un evento (Tabella1: livello 1 e 2).

Ad eccezione di

- cadute la cui segnalazione, come da procedura PG GRC_cadute, avviene tramite la scheda segnalazione caduta di paziente (MOD. 03 PG GRC_CADUTE)
- eventi con esito severo, estremo o significativo (vedi Tabella1: livello 7 e 8) che andranno segnalati con la scheda di segnalazione interna degli eventi sentinella (MOD 01 PG GRC eventi_sentinella) come da procedura PG GRC eventi_sentinella.

Tabella 1 Esito (Classe di danno) dell'evento (*adattato alla classificazione ICPS*)

Esito (Classe di danno) dell'evento (ICPS)	Livello di gravità	
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: farmaco ad alto rischio non conservato nel luogo/modo previsto)	Livello 1	QUASI EVENTO/ NEAR MISS
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (non ha raggiunto il paziente) (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato, farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2	
NESSUN ESITO – Nessun danno fisico occorso (es: profilassi antibiotica inadeguata, antidolorifico a dosaggio doppio, Rx all'arto sbagliato, errato test di laboratorio)	Livello 3	INCIDENTE/EVENTO
EVENTO SENZA DANNO/NO HARM EVENT		
EVENTO CON ESITO MINORE danni minori o danni emotivi che non richiedono un trattamento con osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico (es. ferita superficiale, allontanamento del paziente dalla struttura/reparto, contenzione non giustificata/non prescritta)	Livello 4	
EVENTO CON ESITO MODERATO/ DANNO MINORE TEMPORANEO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es: insulina non somministrata che richiede incremento nel controllo glicemico e/o cambio nel dosaggio per la somministrazione successiva , ulteriori i esami di laboratorio per errore nel dosaggio dell'eparina), trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5	
EVENTO CON ESITO MEDIO/ DANNO MAGGIORE TEMPORANEO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche maggiori (es: TC RM), nessun necessità di trattamenti maggiori (es. cortisonici, ammine vasoattive, antagonisti) cancellazione o posticipazione del trattamento, trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6	EVENTO SENTINELLA
EVENTO CON ESITO SIGNIFICATIVO/ DANNO MAGGIORE PERMANENTE – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione, trasferimento in terapia intensiva non pianificato, reintervento chirurgico	Livello 7	
EVENTO CON ESITO SEVERO/ESTREMO – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8	

3. TERMINI E ABBREVIAZIONI

Termini

Incident Reporting (IR)	Un sistema di segnalazione spontanea/volontaria per una corretta gestione dei rischi relativi ad eventi indesiderati o quasi eventi effettuati dagli operatori. Si differenzia dalla modalità di segnalazione degli eventi di particolare gravità, gli eventi sentinella, che avviene tramite sistemi obbligatori.
Evento (Incident): (Fonte: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico Glossario –Min. Salute)	Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente
Evento avverso (Adverse event) (Fonte: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico Glossario –Min. Salute)	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
Quasi evento (evento evitato, near miss o close call) (Fonte: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico Glossario –Min. Salute)	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente (es. la preparazione di un farmaco errato ma non somministrato, la trascrizione in cartella clinica di una terapia errata ma rilevata in tempo, ecc.).

Evento senza danno (no harm event) (Fonte: ICPS)	Un evento che ha raggiunto il paziente ma non ha portato a danno (es. Rx ad un arto sbagliato)
Alert	Raccomandazioni per la sicurezza del paziente rivolte ad operatori ed organizzazioni sanitarie che richiedono un'attenzione e un'azione urgenti
Evento sentinella (Fonte: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico Glossario -Min. Salute)	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) l'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito, b) l'individuazione e l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Abbreviazioni

IR	Incident Reporting
U.O.	Unità operativa
ICPS	International Classification for Patient Safety
ES	Evento sentinella
GRC	Gestione Rischio Clinico
RAQ	Responsabile Accreditamento e Qualità
QRC	Qualità e Rischio Clinico
RCA	Root Cause Analysis
M&M	Morbidity and Mortality
SEA	Significant Event Audit

4. RESPONSABILITA'

Matrice delle Responsabilità

Funzione	Resp UO/ Serv	Oper. Sanit	Ref. QRC	Resp GRC	Direz Presidio /Distrett o	RAQ	Dir. Aziend	Documento di riferimento/ di registrazione
Fasi Attività di processo								
SEGNALAZIONE ED ANALISI								
Segnala l'evento dopo essere stato coinvolto direttamente o dopo esserne venuto a conoscenza	I	R	I	I				Scheda di segnalazione volontaria <i>Eventi</i> e quasi eventi MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 1 parte-
Trasmette al Servizio GRC <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi</i>	I	I	R	I				
Attiva i referenti QRC del Servizio/U.O. d'appartenenza e il Resp. U.O. qualora non fosse già stato fatto dall'operatore coinvolto	C		C	R				
Ricostruisce, descrive, valuta e classifica l'evento in base alla gravità, individua eventuali fattori contribuenti, definisce ed attua azioni di miglioramento, compila ed invia scheda alla GRC	C	C	R					Scheda di segnalazione volontaria <i>Eventi</i> e quasi eventi MOD 01 Eventi Avv Incident Reporting 2 parte
Richiede, se ritenuto utile, l'attivazione dell'analisi con il supporto del servizio GRC	R	I	C	C	I			
Conferma il ricevimento della seconda parte della scheda di segnalazione	I		I	R				email
Definisce programma dell'incontro e costituisce gruppo di analisi	C	C	C	R	I	I		Programma <i>Significant Event Audit (SEA)</i> , R altro
Revisiona il processo di lavoro individua i punti critici e/o fattori contribuenti e formula proposte	R	C	C	C	C	C	I	<i>Significant Event Audit (SEA)</i> , audit clinico, R ecc.
Definisce azioni correttive e/o preventive	R	C	C	C	C	C	I	PG AQA SGQ acap "Gestione delle Azioni Correttive e Preventive"
Formula e divulga le raccomandazioni per la sicurezza	I	I	I	R	I	C	I	Alert Report
MONITORAGGIO								
Verifica effettiva implementazione delle azioni correttive e della loro efficacia nella pratica clinica/assistenziale	I	C	R	C	I	C		PG AQA SGQ acap "Gestione delle Azioni Correttive e Preventive"
Verifica efficacia delle azioni correttive e/o preventive	C		C	C	I	R		PG-AQA SGQ-Audit
Monitora gli eventi segnalati e le azioni intraprese /risultanti e individua aree di vulnerabilità a maggiore rischio				R		I		Foglio raccolta dati Software
Elabora e diffonde report	I	I	I	R	I	I	I	Report

5. MODALITA' ESECUTIVE

FASE: SEGNALAZIONE ED ANALISI

L'operatore sanitario ha la possibilità di segnalare l'evento/quasi evento

- al Responsabile del servizio o al referente QRC (opzione A)
- al Responsabile GRC (opzione B)

SEGNALAZIONE: OPZIONE A

CHI	QUANDO	COSA	COME
Operatore sanitario (Direttore, Medico, Specializzando, Coordinatore, Infermiere, Studente infermiere, Tecnico, Biologo, Ostetrica, Farmacista, OTA/OSS, Altro)	Dopo essere stato coinvolto direttamente nell'evento che ha messo a rischio la sicurezza del pz o dopo esserne venuto a conoscenza	Segnala l'evento al Resp. e al referente QRC del Servizio/U.O. d'appartenenza compilando la <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi eventi MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 1 parte-</i>	Attraverso una delle seguenti modalità: • Inviandola via e-mail • Contatto diretto o telefonico • inviandola in busta chiusa, a mezzo posta interna
Referente QRC (medico e/o di comparto)	Dopo aver ricevuto la segnalazione dall' Operatore sanitario	Trasmette al Servizio GRC <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -1 parte</i>	• via email: rischio.clinico@uslumbria2.it • via fax 0744/612579

SEGNALAZIONE: OPZIONE B

Operatore sanitario (Direttore, Medico, Specializzando, Coordinatore, Infermiere, Studente infermiere, Tecnico, Biologo, Ostetrica, Farmacista, OTA/OSS, Altro)	Dopo essere stato coinvolto direttamente nell'evento che ha messo a rischio la sicurezza del pz o dopo esserne venuto a conoscenza	Segnala l'evento al Servizio GRC compilando e inviando la <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -1 parte-)</i>	Attraverso una delle seguenti modalità: • inviandola in busta chiusa, a mezzo posta interna, al Servizio Gestione Rischio Clinico USL Umbria 2 -Via Bramante 37-Terni- • via email: rischio.clinico@uslumbria2.it • via fax 0744/612579
Resp. Servizio GRC	Dopo aver ricevuto la segnalazione dall' Operatore sanitario	Attiva il Responsabile e i referenti QRC del servizio/U.O. d'appartenenza	Inviando via email <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 1 parte)</i> , previo contatto telefonico

ANALISI

Resp. Servizio e Referente QRC (medico e/o di comparto)	Entro 7 giorni dalla ricezione della <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -1 parte-)</i>	Ricostruisce, descrive l'evento, lo valuta e lo classifica in base alla gravità, individua eventuali fattori contribuenti	Analisi preliminare, briefing con discussione del caso, presa visione della documentazione
		Definisce ed attua prime azioni di miglioramento	Annotazione nella parte dedicata <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 2 parte)</i>
		Compila ed Invia alla GRC <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi</i>	<i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi (MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 2 parte)</i>
		Richiede, se ritenuto utile, l'attivazione dell'analisi con il supporto del servizio GRC	via email: rischio.clinico@uslumbria2.it o via fax 0744/612579
Resp. Servizio GRC	Entro 24 ore dalla ricezione della <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i>	Conferma il ricevimento della <i>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e quasi Eventi</i>	Via email al Responsabile Servizio/U.O. e al Referente QRC (medico e/o di comparto)
Resp. GRC e Responsabile Servizio/U.O.	Entro 10 gg dall'attivazione dell'analisi	Definiscono programma dell'incontro e costituiscono gruppo di analisi	• Selezione dei membri del gruppo di analisi (da scegliere in base alle caratteristiche dell'evento) • Programma <i>Significant Event Audit (SEA)</i>, RCA, M & M, altro

	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E INCIDENT REPORTING	PG GRC_ EA Incident reporting
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO	Rev.00 Del 15/09/2014

Gruppo di analisi	Entro 20 giorni dall'attivazione dell'analisi	Revisionano il processo di lavoro individuando i punti critici e/o fattori contribuenti	Applicando metodi di analisi reattiva: <i>Significant Event Audit</i> (SEA), RCA, M & M, ecc.
	Entro 30 giorni dall'attivazione dell'analisi	Propongono le azioni correttive e/o preventive	PG AQA SGQ acap "Gestione delle Azioni Correttive e Preventive"
Resp. GRC	Nel caso che le segnalazioni portano all'individuazione di nuovi e significativi pericoli	Formula e divulga le raccomandazioni per la sicurezza in un Alert Report	Via email

NOTA: in caso di coinvolgimento giudiziario, immediato e collegato all'evento, dell'operatore/i il Direttore di Presidio/Distretto **informa via email (previo contatto telefonico) il Responsabile del servizio di Medicina Legale competente per territorio.**

FASE: MONITORAGGIO

CHI	QUANDO	COSA	COME
Referente QRC (medico e/o di comparto)	Entro 3 mesi dalla definizione delle azioni correttive	Verifica effettiva implementazione delle azioni correttive e della loro efficacia nella pratica clinica/assistenziale	PG AQA SGQ acap "Gestione delle Azioni Correttive e Preventive"
RAQ	Se implementate azioni correttive e piani di miglioramento	Verifica efficacia delle azioni correttive e/o preventive	Pianifica audit interno (PG-AQA SGQ-Audit)
Resp. GRC	Annuale	Monitora gli eventi segnalati e le azioni intraprese /risultanti	Foglio raccolta dati Software
		Individuare aree di vulnerabilità a maggiore rischio	
		Elabora e diffonde report	Elabora il report con stratificazione delle fonti informative congiuntamente al Servizio Affari Legali, Medicina Legale e Ufficio Relazioni con il Pubblico Trasmette il report a • Direzione aziendale • RAQ • Referenti QRC (medico e/o di comparto)

6. DOCUMENTI AZIENDALI DI RIFERIMENTO

- PG AQA SGQ acap "Gestione delle Azioni Correttive e Preventive"
- PG AQA SGQ "gestione dei documenti"
- PG-AQA SGQ-Audit
- Procedura Generale GRC EVENTI SENTINELLA
- Procedura Generale GRC_cadute

7. RIFERIMENTI SCIENTIFICI

- Linee guida per la gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti al verificarsi di un evento avverso, per una comunicazione aperta e trasparente, Ministero della Salute, aprile 2011
- WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems (2006)
- La sicurezza del paziente, edizione italiana, Vincent C. (2011)
- WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, January 2009

	GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E INCIDENT REPORTING	PG GRC_ EA Incident reporting
	DIREZIONE GENERALE GESTIONE RISCHIO CLINICO	Rev.00 Del 15/09/2014

8. ARCHIVIAZIONE

L'archiviazione della presente procedura è gestita secondo le modalità descritte nella PG AQA SGQ "gestione dei documenti".

L' archiviazione, delle Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi ricevute dal Servizio Gestione Rischio Clinico, è a cura del responsabile.

9. INDICATORI E CONTROLLI

La verifica dell'applicazione della presente procedura avviene tramite i seguenti indicatori:

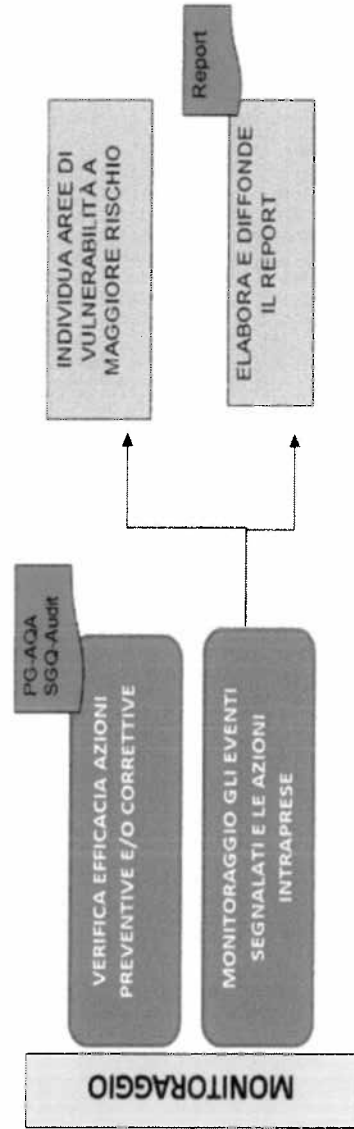
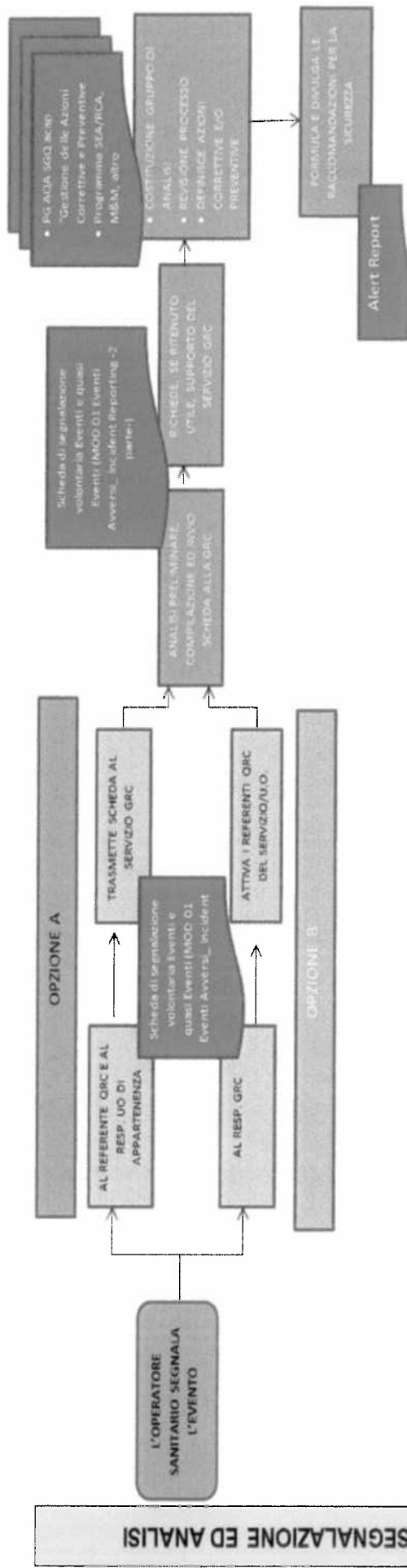
OBIETTIVO	TIPO DI CONTROLLO	Frequenza controllo	Resp. controllo	INDICATORE (formula)	STANDARD valore atteso	RESP. RILEVAZ.
Promuovere la segnalazione volontaria	Verifica numero MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -1 parte-	Semestrale	Resp. GRC	Nr Scheda di segnalazione volontaria eventi e Quasi Eventi pervenute / semestre	Da definire	Resp. GRC
Verifica svolgimento analisi	Verifica della compilazione MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -2 parte-	Annuale	Resp. GRC	Nr analisi effettuate e documentate/ nr totale Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi*100	90%	Resp. GRC
Verifica azioni correttive e/o preventive attivate	Verifica della compilazione MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting -2 parte-	Annuale	Resp. GRC	Almeno 1 azione correttiva o preventiva proposta/ nr eventi segnalati ed analizzati*100	90%	Resp. GRC

10. DEBITI INFORMATIVI

Il responsabile del Servizio Gestione del Rischio Clinico invia semestralmente alla Direzione aziendale e al Responsabile Servizio Qualità e Accreditamento il report dei dati ottenuti che costituiranno elemento di ingresso per il riesame della direzione e sulla base dei quali potranno essere intraprese azioni di miglioramento.

11. ALLEGATI

- ☐ Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 1 parte
- ☐ Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi MOD 01 Eventi Avversi_ Incident Reporting 2 parte



PRIMA PARTE

Evento	Descrizione (luogo, dinamica ed eventuali conseguenze):

	Data _____ Ora _____ L'evento ha raggiunto il paziente? si ☐ no ☐ Nome e cognome del paziente * _____

Data segnalazione _____ **Nome e Cognome del Segnalatore*** _____
***inserimento facoltativo**

Gli eventi da segnalare sono:

NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: farmaco ad alto rischio non conservato nel luogo/modo previsto)	Livello 1	QUASI EVENTO/ NEAR MISS
NESSUN ESITO- Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (non ha raggiunto il paziente) (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato, farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2	
NESSUN ESITO – Nessun danno fisico occorso (es: profilassi antibiotica inadeguata, antidolorifico a dosaggio doppio, Rx all'arto sbagliato, errato test di laboratorio) EVENTO SENZA DANNO/NO HARM EVENT	Livello 3	INCIDENTE/EVENTO
EVENTO CON ESITO MINORE danni minori o danni emotivi che non richiedono un trattamento con osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico (es. ferita superficiale, allontanamento del paziente dalla struttura/reparto, contenzione non giustificata/non prescritta)	Livello 4	
EVENTO CON ESITO MODERATO/ DANNO MINORE TEMPORANEO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori(es: insulina non somministrata che richiede incremento nel controllo glicemico e/o cambio nel dosaggio per la somministrazione successiva, ulteriori i esami di laboratorio per errore nel dosaggio dell'eparina), trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5	
EVENTO CON ESITO MEDIO/ DANNO MAGGIORE TEMPORANEO– osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche maggiori (es: TC RM), necessità di trattamenti maggiori (es. cortisonici, ammine vasoattive, antagonisti) cancellazione o posticipazione del trattamento, trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6	

1. La presente scheda, vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere nelle attività assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili.
2. L' Incident Reporting è un sistema di segnalazione confidenziale, tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate
3. La scheda può essere consegnata anche in forma anonima
4. La scheda compilata può essere consegnata:
 - al Servizio Gestione Rischio Clinico: via fax 0744/ 612579 oppure via e-mail: rischio.clinico@uslumbria2.it
 - al/ai referente/i QRC dell'UO/ Servizio d'appartenenza

SECONDA PARTE

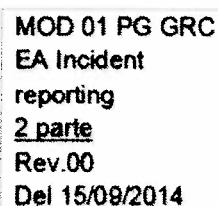
RICOSTRUZIONE DELL'EVENTO

SEGNALATORE	Direttore ☐ Medico ☐ Specializzando ☐ Coordinatore ☐ Infermiere ☐ Studente infermiere ☐ Tecnico ☐ Biologo ☐ Ostetrica ☐ OTA/OSS ☐ Altro ☐
DATI del PAZIENTE *na= non applicabile	N. scheda nosologica.....(se di conoscenza) Sesso: M ☐ F ☐ Età..... Il paziente è stato informato dell'evento No ☐ Si ☐ na* ☐ L'evento è documentato in cartella No ☐ Si ☐ na* ☐
SEDE DELL'EVENTO CIRCOSTANZE DELL'EVENTO	UO/ SERVIZIO..... Data.....(anche semplicemente mese) ora..... in cui si è verificato l'evento, Turno: Mattino ☐ Pomeriggio ☐ Notte ☐ Festivo ☐
DOVE SI È VERIFICATO L'EVENTO	Camera del paziente ☐ Sala Infermieri/sala medica ☐ Ambulatorio ☐ Spazi comuni (bagno, sale attesa) ☐ Sala Operatoria ☐ Sala Diagnostica ☐ Farmacia ☐ Laboratorio ☐ Aree di collegamento ☐ Ambulanza ☐ Tragitto/movimentazione pz ☐ Altro/Non identificabile ☐
SETTING	Ric. Ord. ☐ DH ☐ Ambulatoriale ☐ Prestaz. Domiciliare ☐ Altro ☐
OPERATORI COINVOLTI NELL'EVENTO	Direttore ☐ Medico ☐ Specializzando ☐ Coordinatore ☐ Infermiere ☐ Studente infermiere ☐ Tecnico ☐ Biologo ☐ Ostetrica ☐ OTA/OSS ☐ altro ☐
SONO STATI COINVOLTI ALTRI SERVIZI/UO	☐ SI Quali..... ☐ NO
ESITO DELL'EVENTO	☐ Quasi evento/near miss ☐ Incidente/evento che non ha comportato danno al paziente ☐ Incidente/evento che ha comportato danno al paziente
FATTORI CHE POSSONO AVER EVITATO L'EVENTO O NE HANNO RIDOTTA LA GRAVITA'	☐ Individuazione precoce ☐ Casualità ☐ Buona pianificazione/protocollo ☐ Altro..... ☐ Buona assistenza
A SEGUITO DELL'EVENTO È STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI, PRESTAZIONI	NO ☐ SI ☐ Se SI, specificare

ANALISI PRELIMINARE

IPOTESI SUI FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile anche più di una risposta)

FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	Condizioni generali precarie/fragilità/ infermità	FATTORI LEGATI AL SISTEMA	Staff inadeguato/insufficiente
	Non cosciente /scarsamente orientato		Insufficiente addestramento/inserimento
	Poca/mancata autonomia		Gruppo nuovo/inesperto
	Barriere linguistiche/culturali		Elevato turn-over
	Mancata adesione al progetto terapeutico		Scarsa continuità assistenziale
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure		Protocollo/procedura inesistente/ambigua
	Inadeguate conoscenze/inesperienza		Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure
	Fatica/stress		Mancato coordinamento
	Presa scorciatoia/regola non seguita		Carenze nella comunicazione tra operatori
	Mancata/inesatta lettura documentazione /etichetta		Mancanza/inadeguatezza attrezzature
	Mancata supervisione		Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature
	Scarso lavoro di gruppo		Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo
Mancata verifica preventiva apparecchiature	Ambiente inadeguato		
ALTRI FATTORI			



1. La presente scheda, vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere nelle attività assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili.
2. L' Incident Reporting è un sistema di segnalazione confidenziale, tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate
3. La scheda compilata deve essere consegnata:
- al Servizio Gestione Rischio Clinico: via fax **0744/ 612579** oppure via e-mail: **rischio.clinico@uslumbria2.it**