

|                                                                                   |                                                                |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Scheda di segnalazione volontaria Eventi e Quasi Eventi</b> | MOD 01 PG GRC<br>EA Incident reporting<br><u>2 parte</u><br>Rev.00<br>Del 15/09/2014 |
|                                                                                   | <b>DIREZIONE GENERALE<br/>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>         |                                                                                      |

## SECONDA PARTE

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

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](mailto:rischio.clinico@uslumbria2.it)**