


| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sito web www.ausl.pe.it | AUSL PESCARA Direttore Generale Dr. Armando Mancini | | Revisione 01 |
| | U.O.S. RISK MANAGEMENT Resp. Dr.ssa Annamaria Ambrosi | | Anno emissione 2017 |
|  | SCHEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E/O NEAR MISS | | Redazione Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dott.ssa Rosangela Antuzzi |
| | Tel. 085.425.3523 e-mail riskmanagement@ausl.pe.it | | |
| COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE CHE SEGNALE | | | |
| 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/...../..... Ora | Giorno <input type="checkbox"/> Feriale <input type="checkbox"/> Festivo | Momento della giornata <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte |
| 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: | | |
| FATTORI LEGATI AL PERSONALE | <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 SISTEMA | <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: | | |
| FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO L'ESITO | <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 : | | |
| 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'UOS Risk Management (alla e-mail riskmanagement@ausl.pe.it).