La scheda può essere compilata dall’operatore, **ANCHE IN ANONIMATO**, e deve essere inviata alla UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico nel più breve tempo possibile

**EVENTO SENZA ESITO EVENTO CON ESITO Quale:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Macrostruttura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Dipartimento - Distretto Sanitario – Presidio Ospedaliero - UOC) | Unita Operativa /Servizio/Funzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ora : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Luogo in cui si è verificato l’evento (es. reparto, : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_stanza degenza bagno, corridoio, spazio esterno, sala operatoria, domicilio, ambulatorio, etc.)  |
| Giorno Festivo Giorno Feriale Turno lavorativo: Mattino Pomeriggio Notte  |

**TIPO DI PRESTAZIONE EROGATA AL MOMENTO DELL’EVENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  DH/DS |  Ricovero ordinario |  Ricovero residenziale/semiresidenziale |  Ambulatorio |  Domicilio |  Altro (Specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DATI PAZIENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Iniziali paziente | Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data di nascita | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | SESSO M   F  | N. cartella clinica/ fascicolo sanitario(facoltativo) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DETTAGLIATA DESCRIZIONE DELL’EVENTO (dove, come e cosa è accaduto - N.B. è possibile allegare relazione integrativa)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EVENTO CORRELATO A PROBLEMATICHE FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO** (*è possibile indicare più di una risposta*) (*è possibile indicare più di una risposta*)

|  |
| --- |
|  Di prevenzione Diagnostiche Terapeutiche Assistenziali Chirurgiche Procedurali Farmacologiche Inerenti l’organizzazione/ comunicazione Inerenti la documentazione sanitaria Cadute Aggressione Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
|  Fattori legati al paziente (ad es. fragilità, età, demenza, ecc…) |
|  Fattori legati al personale (cause e fattori umani ad es. stress, errori procedurali, linee guida ecc…) |
|  Fattori legati al sistema (ad es. barriere, dispositivi, infrastrutture, ecc…) |
|  Altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**A seguito dell’evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o erogare ulteriori prestazioni sanitarie?**

**NO SI Se sì, quali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nell’evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? NO SI Se sì, quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Quali azioni correttive o misure di prevenzione/protezione sono state adottate a seguito dell’evento?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Monitoraggio azioni correttive previsto entro il** (indicare trimestre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SEZIONE RELATIVA ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO** |

**SCALA PER LA VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DEGLI EVENTI AVVERSI IN RELAZIONE AL DANNO *(segnare con una x)***

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTEGGIO** | **DESCRIZIONE** |
| 1 | Nessun danno | L’evento non ha comportato alcun danno oppure ha comportato soltanto un maggior monitoraggio del paziente |  |
| 2 | Danno Lieve | L’evento ha causato un danno temporaneo al paziente e ha reso necessari interventi o trattamenti supplementari o un prolungamento della degenza  |  |
| 3 | Danno Medio | L’evento ha causato un danno temporaneo al paziente (invalidità temporanea) e ha reso necessari un inizio o un prolungamento della degenza. |  |
| 4 | Danno Grave | L’evento ha causato un danno permanente al paziente (invalidità permanente) oppure ha generato un evento prossimo alla morte |  |
| 5 | Morte | Decesso del paziente |  |

**VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ DI ACCADIMENTO O FREQUENZA *(segnare con una x)***

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTEGGIO** | **DESCRIZIONE** |
| 1 | Remota | Non esistono eventi noti < 0.3 % | Si può verificare 1 caso su 10.000 |  |
| 2 | Bassa | Possibile ma non esistono dati noti | Si può verificare 1 caso su 5.000 |  |
| 3 | Moderata | Documentata ma infrequente | Si può verificare 1 caso su 200 |  |
| 4 | Alta | Documentata e frequente | Si può verificare 1 caso su 100 |  |
| 5 | Molta alta | Documentata quasi certa | Si può verificare 1 caso su 20 |  |

JCHAO Scale modificato

**CALCOLO DEL RISCHIO(R)** **= Probabilità x Danno** *(indicare il punteggio)*

*Per una corretta mappatura delle segnalazioni, l’UOS Qualità e Gestione del Rischio Clinico si riserva di rivalutare il rischio in relazione al danno e alla frequenza rilevati*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RISCHIO**  | **=** | **PROBABILITÀ** |  | **X** | **DANNO** |  | **=** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROBABILITÀ/ DANNO** | **1****NESSUN DANNO** | **2****DANNO LIEVE** | **3****DANNO MEDIO** | **4****DANNO GRAVE** | **5****MORTE**  |
| **1 REMOTA** | **BASSO** **(1)** | **BASSO** **(2)** | **BASSO** **(3)** | **MODERATO****(4)** | **MODERATO****(5)** |
| **2 BASSA** | **BASSO** **(2)** | **MODERATO** **(4)** | **MODERATO** **(6)** | **ELEVATO****(8)** | **ELEVATO****(10)** |
| **3 MODERATA** | **BASSO** **(3)** | **MODERATO** **(6)** | **ELEVATO** **(9)** | **ELEVATO****(12)** | **MOLTO ELEVATO****(15)** |
| **4 ALTA** | **MODERATO** **(4)** | **ELEVATO** **(8)** | **ELEVATO** **(12)** | **MOLTO ELEVATO****(16)** | **MOLTO ELEVATO****(20)** |
| **5 MOLTO ALTA** | **MODERATO** **(5)** | **ELEVATO** **(10)** | **MOLTO ELEVATO** **(15)** | **MOLTO ELEVATO****(20)** | **MOLTO ELEVATO****(25)** |

A risk matrix for risk managers. The National Patient Safety Agency. 2008. www.npsa.nhs.uk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DA 1 A 3** | **RISCHIO BASSO: INTERVENTI DI MONITORAGGIO** | **DA 8 A 12** | **RISCHIO ELEVATO: INTERVENTI DI URGENZA** |
| **DA 4 A 6** | **RISCHIO MODERATO: INTERVENTI DI PROGRAMMAZIONE** | **DA 15 A 25** | **RISCHIO MOLTO ELEVATO: INTERVENTI DI EMERGENZA** |

 **QUALIFICA DEL SEGNALATORE** Medico Infermiere OSS Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DATA COMPILAZIONE SCHEDA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inserire in questo spazio qualunque altra informazione ritenuta utile per la valutazione dell’evento segnalato **(SEGNALAZIONI/SUGGERIMENTI)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE FACOLTATIVA**

RESPONSABILE/DIRETTORE di U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REFERENTE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO di U.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMAIL *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*