**Analisi delle cause e dei fattori contribuenti e piano d’azione**

|  |
| --- |
| **1. EVENTO SENTINELLA** Descrizione di ciò che è avvenuto: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Indicare il metodo di analisi utilizzato per l’analisi delle cause e dei fattori che hanno contribuito al verificarsi dell’evento avverso:

Audit |\_\_|

*RCA |\_\_|*

*Altro |\_\_|*

Se indicata la voce “Altro” Specificare………………...…………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **2. CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE** |
| **2.1**. Sono emerse cause o fattori legati alla carenza/mancanza di informazione e comunicazione?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  Se sì, Specificare …………………………………………………………………………………..  **2.2.** Sono emerse inadeguatezze nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **2.3**. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra gli operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **2.4**. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti/familiari/accompagnatori, ovvero non sono stati coinvolti il paziente e/o i familiari/accompagnatori attivamente nel processo assistenziale?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_| |

|  |
| --- |
| **3. CAUSE E FATTORI UMANI** |
| **3.1**. Sono emerse cause o fattori correlabili alla carente formazione/addestramento degli operatori?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  Se sì, Specificare …………………………………………………………………………………….  **3.2.** Sono emerse inadeguatezze nelle competenze/conoscenze degli operatori?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **3.4.** Sono emerse inadeguatezze legate alla organizzazione del lavoro (ad esempio organizzazione dei turni, fatica, . stress)?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_| |

|  |
| --- |
| **4. CAUSE E FATTORI AMBIENTALI** |
| **4.1**. Sono emerse cause o fattori correlabili all’ambiente fisico ?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **4.2.** Se sì, Specificare:   * Fattori strutturali (idoneità dei locali) * Fattori legati alla logistica * Fattori legati al microclima * Altro Specificare …………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **5. CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE** |
| A) Dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali5.1. Sono emersi cause o fattori correlabili all’uso di dispositivi medici ed apparecchiature elettromedicali Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **5.2.** Se sì Specificare:  mancanza |\_\_| malfunzionamento |\_\_| uso non corretto |\_\_|  **5.3.** Specificare a quale categoria appartiene il dispositivo secondo la classificazione Nazionale (D.M. 22/09/2005)  Codice Categoria |\_\_| Codice CND |\_\_|  Descrizione strumento . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **5.4**. Esiste un piano di manutenzione preventiva per il dispositivo in oggetto?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|    **5.5** E’ stato rispettato il piano di manutenzione preventiva (inclusi eventuali aggiornamenti o patch software) per i il dispositivo in oggetto?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **5.5** E’ stato rispettato il piano di manutenzione preventiva (inclusi eventuali aggiornamenti o patch software) per i il dispositivo in oggetto?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **B) Farmaci**  **5.5**. Sono emerse cause o fattori legati all’uso dei farmaci?  Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  **5.6**. Se sì, Specificare:  mancanza |\_\_| uso non corretto |\_\_|  **5.7**. Se uso non corretto, Specificare:  Prescrizione |\_\_| Conservazione |\_\_| Preparazione |\_\_| Somministrazione |\_\_|  **C) Linee-guida, Raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere**  **5.8.** Sono emerse cause o fattori legati a**:**  **Linee-guida** |\_\_| Specificare:  Assenza *|\_\_|* Inadeguatezza |\_\_| Violazione|\_\_|    **Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti** |\_\_| Specificare:  Assenza *|\_\_|* Inadeguatezza |\_\_| Violazione|\_\_|  **Protocolli assistenziali** |\_\_| Specificare:  Assenza |\_\_| Inadeguatezza |\_\_| Violazione |\_\_|  **Procedure** |\_\_| Specificare:  Assenza |\_\_| Inadeguatezza |\_\_| Violazione |\_\_|  **5.9.** Sono state individuate cause o fattori legati al venir meno di barriere/sistemi per la sicurezza o strumenti con . funzione di protezione per il paziente, gli operatori nel contesto lavorativo-ambientale?    Sì |\_\_| No |\_\_| N.a. |\_\_|  Se sì, Specificare .……………………………………………………………………… |

## Piano d’azione

Specificare le azioni intraprese in seguito ai risultati emersi dall’indagine avviata dalla struttura ed in particolare all’analisi delle cause e dei fattori contribuenti e/o determinanti l’evento sentinella. Indicare anche quale figura professionale è stata individuata come responsabile del monitoraggio dell’azione (senza specificarne nome e cognome).

**\*Descrizione dell’azione n. 1:**

………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..……………………………….

**Responsabile dell’azione :** ………………………………………………………………………………………………………..

**Indicatore di esito misurabile:** …………………………………………………………………………………………………….

**Giorno della misura** |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Periodicità misura:** ………………………..………...*(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)*

**Coinvolgimento della Direzione aziendale** Sì |\_\_| No |\_\_|

***\* dato obbligatorio***

***\** Descrizione dell’azione n. 2:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Responsabile dell’azione :** ……………………………………………………………………………………..…………….……

**Indicatore misurabile:** ………………………………………………………………………………………………………….……

**Giorno della misura** |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Periodicità misura:** ………………………...*(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)*

**Coinvolgimento della Direzione aziendale** Sì |\_\_| No |\_\_|

***\* dato obbligatorio***

Direttore/Responsabile U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Risk Manager/UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_