



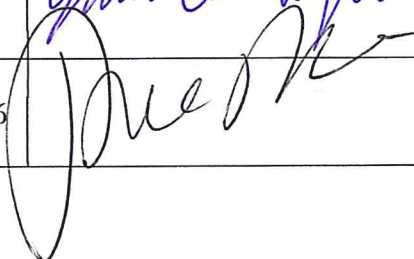



|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  ISTITUTO PER LO STUDIO<br>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA | <b>Procedura</b>  | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 1 di 16</b>               |
|  | GESTIONE RISCHIO CLINICO  | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

**Gruppo di redazione:** Antonella Cipriani, Paolo Nardini, Marina Starnotti

|              | NOME                  | FUNZIONE   | DATA       | FIRMA   |
|--------------|-----------------------|--|------------|---|
| REDAZIONE    | Antonella<br>Cipriani | Responsabile<br>Coordinamento<br>Assistenziale e<br>della<br>Prevenzione | 13/10/2016 |    |
|              | Marina<br>Starnotti   | Collaboratore<br>Prof. San.<br>Infermiere                                | 13/10/2016 |  |
| VERIFICA     | Guido<br>Castiglione  | Referente per la<br>Qualità e<br>l'Accreditamento                        | 19/10/2016 |  |
| APPROVAZIONE | Riccardo<br>Poli      | Direttore<br>Sanitario   | 14/11/2016 |   |

## INDICE


|    |                                    |        |
|----|------------------------------------|--------|
| 1. | SCOPO .....                        | pag. 3 |
| 2. | CAMPO DI APPLICAZIONE .....        | pag. 3 |
| 3. | TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI ..... | pag. 3 |
| 4. | RESPONSABILITÀ .....               | pag. 5 |
| 5. | DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ .....   | pag. 5 |
| 6. | RIFERIMENTI .....                  | pag. 9 |
| 7. | ALLEGATI .....                     | pag. 9 |

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 2 di 16</b>               |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

## DISTRIBUZIONE

La presente procedura viene distribuita ai Responsabili delle seguenti Strutture, Centri di Responsabilità o Uffici che, a loro volta, provvedono a distribuirla e, ove occorra, ad illustrarla al personale interessato appartenente alla propria struttura

|  |   | Si/No |
|--|---|-------|
| Direzione Generale   |   | SI    |
| Direzione Sanitaria  |   | SI    |
| Direzione Amministrativa   |   | SI    |
| Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione                                |   | SI    |
| Coordinamento Tecnico Sanitario  |   | SI    |
| Coordinamento Statistico   |   |       |
| S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti                                      |   |       |
| Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici |   |       |
| S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On)                            |   | SI    |
| STRUTTURE COMPLESSE  | STRUTTURE SEMPLICI COLLEGATE                                      |       |
| Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica                                | Laboratorio Regionale HPV e Biologia Molecolare                   | SI    |
|  | Citologia Extra Screening e Sistema Qualità in Citologia          |       |
| Senologia Clinica  |   | SI    |
| Screening e Prevenzione Secondaria   | Senologia di Screening  | SI    |
|  | CRR Prevenzione Oncologica  |       |
| Epidemiologia Clinica  | Infrastruttura e Coordinamento Registri                           |       |
|  | Valutazione Screening e Osservatorio Nazionale Screening (O.N.S.) |       |
| Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita                     | Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro                          |       |
| Biostatistica Applicata all'Oncologia  |   |       |
| Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecniche e Supporto alla Ricerca   |   |       |
| Ufficio Relazioni con il Pubblico  |   | SI    |

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 3 di 16</b>               |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

## PREMESSA

Tutti gli operatori sanitari e non, possono segnalare un evento avverso attraverso l'applicativo del sistema integrato del rischio clinico Regionale (Si-Grc).

Nella gestione degli eventi avversi, i ruoli coinvolti sono: il segnalatore, il facilitatore, il CRM e lo staff a lui afferente (PSM).

L'applicativo Si-Grc è strutturato in diversi moduli verticali, ognuno dei quali ha un focus specifico:

- Segnalazione Eventi avversi
- Segnalazione eventi sentinella
- Segnalazione cadute
- Richieste di risarcimento (procedimento stragiudiziale, civile e penale)
- Richiesta attestazione volontaria pratica per la sicurezza del paziente.

## 1. SCOPO

- Far emergere gli incidenti senza danno e le azioni insicure, che normalmente accadono nella pratica professionale.
- Costituire una base di dati per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.
- Identificare in maniera rapida problemi a livello locale.
- Promuovere una cultura della sicurezza per pazienti e operatori.
- Creare un costante livello di attenzione e di vigilanza sugli incidenti, favorendo il confronto fra gli operatori.
- Identificare e implementare azioni di prevenzione degli incidenti e miglioramento delle pratiche assistenziali.


## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è applicata da tutti gli operatori al verificarsi di:

- Incidente senza danno
- Quasi incidente
- Azione insicura.

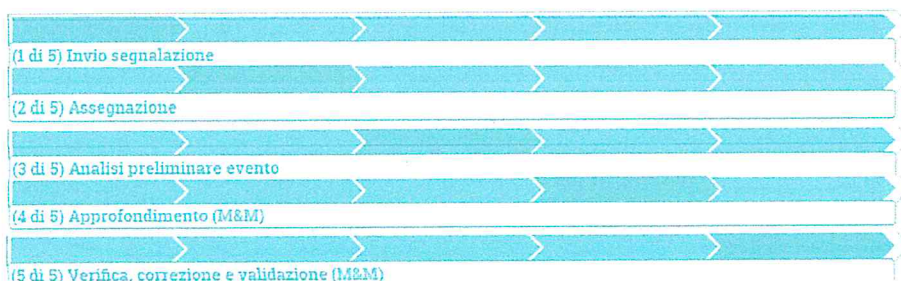
## 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

- Alert Report: relazione conclusiva contenente i risultati dell'analisi effettuata e il piano delle azioni di miglioramento con il relativo monitoraggio delle stesse.
- Audit clinico: iniziativa, condotta da professionisti, che tende a migliorare la qualità degli outcomes dell'assistenza, attraverso una revisione tra pari per mezzo della quale gli operatori esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e, se necessario, la modificano e pianificano interventi di miglioramento.
- Azione insicura: azione osservabile che espone a rischio di errore.
- CRM: Clinical Risk Manager.
- Facilitatore: colui o colei gestisce le schede di pre-analisi con il relativo report per gli M&M o Audit.
- GRC: Gestione Rischio Clinico.
- Incidente senza danno: incidente che pur verificandosi, non ha causato danno per il paziente.


|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | Procedura   | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|--|---|-----------------------------------|
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 4 di 16</b>               |
|  | GESTIONE RISCHIO CLINICO  | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

- IR: Incident reporting. è la modalità di raccolta, in modo strutturato, delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno in maniera anonima e spontanea, relative ad eventi indesiderati e/o quasi eventi.
- M&M: *Rassegna di Mortalità e Morbilità*: un'iniziativa periodica che si svolge a livello di struttura semplice o complessa, dove si discutono casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbidità. Si definisce come un'iniziativa a carattere formale che non comporta la stesura di alcun documento conclusivo, ma solo la registrazione dei partecipanti, ovvero è da considerarsi come una discussione sui casi, preparata accuratamente da un collega che si fa carico di raccogliere le informazioni necessarie e la letteratura di riferimento. Si configura come un'iniziativa di formazione continua orizzontale e pragmatica, in cui il personale si confronta sugli aspetti clinici e della gestione dei casi in esame.
- Processo Incident reporting: rappresenta un flusso informativo e organizzativo che gestisce e traccia tutte le informazioni da parte degli utenti coinvolti (dalla segnalazione alla valutazione ed alle azioni di miglioramento) e prevede l'intervento di diverse figure professionali: segnalatore, facilitatore, CRM e staff.

#### Stato del Processo



- PSM: Patient Safety Manager.
- Quasi incidente: errore che ha la potenzialità di causare danno al paziente e che non accade per caso fortuito o perché intercettato.
- Scheda di pre-Analisi: processo d'individuazione dei rischi in cui l'oggetto dell'osservazione è il Processo.
- Tassonomia CPS: Classification Patient Safety – Who, diventa obbligatoria se l'esito della preanalisi è Audit Grc.

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 5 di 16</b>               |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

#### 4. RESPONSABILITÀ

| Figura che svolge<br>l'attività  | Operatore<br>sanitario | Facilitatore<br>GRC | CRM/PSM | Gruppo<br>di lavoro<br>GRC | Direttore<br>di<br>struttura | Direttore<br>Sanitario |
|--|------------------------|---------------------|---------|----------------------------|------------------------------|------------------------|
| Descrizione delle Attività   |                        |                     |         |                            |                              |                        |
| 1. Segnalazione caso   | R                      | C                   | C       |                            |                              |                        |
| 2. Presa in carico della segnalazione  | C                      | R                   |         |                            |                              |                        |
| 3. Valutazione e analisi preliminare   |                        | R                   | C       |                            |                              |                        |
| 4. Gestione della segnalazione<br>attraverso la scelta e conduzione di<br>azioni da intraprendere (audit,<br>rassegna mortalità morbidità,<br>archiviazione) |                        | R                   | C       | C                          | C                            |                        |
| 5. Implementazione e monitoraggio<br>azioni di miglioramento   | C                      | C                   | C       | C                          | R                            | C                      |
| 6. Archiviazione   |                        | C                   | R       | C                          |                              | C                      |
| 7. Diffusione  |                        | R                   | C       |                            | C                            | C                      |
| 8. Relazione   |                        |                     | R       |                            |                              | C                      |

**R = Responsabile C = Coinvolto**

#### 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ


##### 5.1 Segnalazione del caso

L'operatore sanitario e non, che è stato coinvolto direttamente o indirettamente in un incidente senza danno, quasi incidente o azione insicura, segnala il caso (in forma anonima), a uno dei facilitatori del dipartimento di riferimento (il nome del facilitatore è individuato tra l'elenco dei facilitatori presenti nell'applicativo sulla base dell'azienda e della struttura organizzativa nella quale si è verificato l'evento), collegandosi al Sistema Integrato Rischio Clinico Regionale <https://sigrc.sanita.toscana.it/welcome> utilizzando la Scheda segnalazione Incident Reporting (Allegato 7.1).

##### Nuova segnalazione

Tutti gli operatori sanitari, anche non registrati all'applicativo, possono fare una segnalazione di un evento. È possibile scegliere quale tipo di segnalazione inviare al facilitatore dell'azienda di riferimento: da un lato la segnalazione di una caduta, dall'altro la segnalazione di un *near miss*, ovvero un evento che non ha determinato un danno grave al paziente.

I dati del segnalatore rimarranno anonimi a tutela dell'operatore. Solo chi prenderà in carico la segnalazione potrà visualizzarli in modo da poter discutere insieme l'accaduto.

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  ISTITUTO PER LO STUDIO<br>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA | Procedura   | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 6 di 16</b>               |
|  | GESTIONE RISCHIO CLINICO  | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

### 5.1.1 Presa in carico della segnalazione

Al facilitatore di riferimento arriva una notifica della segnalazione (ovvero un messaggio che gli indica che c'è una segnalazione di un evento che potrebbe riguardare la struttura nella quale svolge la sua attività di facilitatore).





## Notifiche

Non letto
1

Tutte le Notifiche

**Verificare segnalazione Incident Reporting per la tua azienda**

È stata inviata una segnalazione associata alla tua azienda: valutarne la corretta assegnazione al facilitatore aziendale che la deve prendere in carico. [Vai](#)


**IR** giovedì, ottobre 13, 2016 at 12:46 PM

### 5.1.2 Valutazione e analisi preliminare

Il facilitatore, entro quindici giorni, verifica se questa è di sua competenza (altrimenti la può assegnare a un altro collega facilitatore). Prende contatto con l'operatore che ha inviato la segnalazione per avere altre informazioni circa il caso, valuta la segnalazione con il supporto della scheda analisi preliminare evento (Allegato 7.2).

La valutazione della segnalazione può dar luogo a tre azioni differenti:

- l'analisi approfondita del caso attraverso un Audit clinico
- la discussione del caso in una rassegna di mortalità e morbidità (M&M)
- l'archiviazione della segnalazione.

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 7 di 16</b>               |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

**Utente Anonimo** *Sigrem fa*

Ha verificato la corretta assegnazione della segnalazione al facilitatore aziendale

**Utente Anonimo** *Sigrem fa*

È stata inviata una notifica di segnalazione evento al facilitatore

**Utente Anonimo** *Sigrem fa*

Ha segnalato un evento

## 5.2 GESTIONE DELLA SEGNALAZIONE

### 5.2.1 Audit clinico

In questo caso il facilitatore:

- 1) organizza l'incontro di Audit, con il supporto del Direttore della struttura coinvolta
- 2) prepara i contenuti eseguendo la revisione della letteratura e convoca, tramite mail, tutte le persone direttamente coinvolte nell'evento
- 3) Conduce la discussione, avvalendosi della Scheda online Audit (Allegato 7.3), collegandosi al Sistema Integrato Rischio Clinico <https://sigre.sanita.toscana.it/welcome>
- 4) richiede (in automatico sul portale) che il CRM prenda in carico o deleghi la verifica della scheda Audit appena compilata
- 5) il CRM o PSM verifica l'analisi fatta dal facilitatore e può richiedere un'integrazione o procedere alla validazione.

### 5.2.2 Rassegna di mortalità e morbidità

In questo caso il facilitatore:

- 1) organizza l'incontro di M&M con il supporto del Direttore di struttura coinvolta
- 2) prepara i contenuti eseguendo la revisione della letteratura e convoca, tramite mail, tutte le persone direttamente coinvolte nell'evento
- 3) in contemporanea del M&M redige la Scheda online M&M Allegato 7.3 (*collegandosi al Sistema Integrato Rischio Clinico* <https://sigre.sanita.toscana.it/welcome>).


### 5.2.3 Archiviazione

Se la segnalazione viene archiviata, i dati che si riferiscono alla tipologia di segnalazione sono comunque consultabili nel sistema.

## 5.3 IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Per ogni azione di miglioramento prevista, è necessario compilare queste informazioni:

- Descrizione, ovvero un breve testo che espliciti l'oggetto dell'azione di miglioramento;
- Responsabile dell'azione, ovvero l'utente deve indicare a chi fa capo la responsabilità dell'applicazione dell'azione, scegliendo tra un elenco a tendina;
- Livello di applicazione (Sistema / Aziendale / Presidio / Distretto / Struttura operativa / Altro), ovvero il livello organizzativo sul quale incide l'azione ipotizzata;
- Tempi di applicazione (3 – 6 – 12 mesi), ovvero i tempi previsti per l'applicazione dell'azione ipotizzata;

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | <b>Codice Aziendale<br/>GP002</b> |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 8 di 16</b>               |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

- Indicatore di monitoraggio misurabile, ovvero l'utente deve esplicitare se è previsto un indicatore di esito associato all'azione di miglioramento, che dovrà essere misurato dopo che l'azione è stata applicata;
- Giorno della misura indicatore, ovvero l'utente deve indicare il giorno entro il quale intende misurare per la prima volta l'indicatori di monitoraggio. Questa data può non coincidere con i tempi di applicazione dell'azione di miglioramento;
- Periodicità misura indicatore monitoraggio, ovvero l'utente deve indicare ogni quanto l'azienda intende continuare a monitorare l'indicatore di monitoraggio;
- Classificazione azione migliorativa (applicazione tassonomia ICPS sull'azione migliorativa);
- Classificazione azione riduzione rischio (applicazione tassonomia ICPS sull'azione di riduzione del rischio);
- Coinvolgimento Direzione Aziendale, ovvero l'utente deve esplicitare se è previsto il coinvolgimento della Direzione Aziendale per l'applicazione dell'azione di miglioramento ipotizzata.
- Il Referente ed il gruppo di lavoro del Rischio Clinico aziendale analizzano le azioni di miglioramento (indicate negli Alert Report) che hanno bisogno di un supporto della Direzione Sanitaria e le criticità evidenziate nel corso dell'anno sono inserite in un Piano di Miglioramento per la sicurezza del paziente.

## 5.4 ARCHIVIAZIONE

Nell'applicativo GRC sono automaticamente archiviati e visibili tutti i processi Incident Reporting riguardanti la gestione delle attività del Rischio Clinico Aziendale.


|   | Id segnalazione | Data Registrazione   | Tipo Prestazione | Incarico a       | Iniziato da    | Inizio del Processo | Fine del processo | Durata      | Stato   |
|---|-----------------|----------------------|------------------|------------------|----------------|---------------------|-------------------|-------------|---------|
| → | IR201-16-10795  | 13-ott-2016 12:40:18 |                  | Simonetta Bica   | Utente anonimo | 13-Oct-2016 12:40   |                   |             | In cors |
| → | IR201-16-10794  | 13-ott-2016 12:39:06 | Ambulatoriale    | Marina Starnotti | Utente anonimo | 13-Oct-2016 12:39   |                   |             | In cors |
| → | IR201-16-10556  | 4-ott-2016 19:28:23  |                  | Marina Starnotti | Utente anonimo | 04-Oct-2016 19:28   |                   |             | In cors |
| → | IR201-16-10503  | 3-ott-2016 13:01:38  | Ambulatoriale    | Simonetta Bica   | Utente anonimo | 03-Oct-2016 13:01   | 13-Oct-2016 12:04 | 1 settimana | Compl   |
| → | IR201-16-10436  | 29-set-2016 10:43    | Ambulatoriale    | Anna Iossa       | Utente anonimo | 29-Sep-2016 10:...  |                   |             | In cors |

## 5.5 DIFFUSIONE

Il facilitatore che ha condotto l'Audit provvede a diffondere la scheda, dell'Alert Report, a tutti i partecipanti.

## 5.6 RELAZIONE

Il CRM elabora una relazione annuale relativa all'andamento della gestione del rischio clinico all'interno dell'Istituto.


|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  ISTITUTO PER LO STUDIO<br>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA | <b>Procedura</b>  | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 9 di 16</b>               |
|  | GESTIONE RISCHIO CLINICO  | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

## 6. RIFERIMENTI

- L.R. 8/99 Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie (e succ. modifiche e integrazioni) - Articolo 19, comma 2
- Delibera Giunta Regionale n° 1387 del 27/12/2004 – Linee d’indirizzo per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente nelle aziende sanitarie del SSR
- Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Prot.n°11166DGPROG3/P Lista eventi sentinella Agosto 2005
- PSR 2005/2007 – Delibera Consiglio Regionale n° 22 del 16/02/05
- L.R. 40 del 24/02/2005 - Disciplina del Servizio Sanitario Regionale – Art. 43, comma 1. lettera d
- Delibera Giunta Regionale n°225 del 3/4/2006 – Azioni di coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio Clinico
- D.C.R. n°109 del 4/10 /2006 “requisiti di accreditamento: rischio clinico”.
- Sistema Integrato Rischio Clinico <https://sigrc.sanita.toscana.it/welcome>

## 7.ALLEGATI

- 7.1– Scheda segnalazione Incident Reporting
- 7.2– Scheda Analisi Preliminare Evento
- 7.3– Scheda Audit GRC
- 7.4– Scheda M&M

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | <b>Codice Aziendale<br/>GP002</b> |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 10 di 16</b>              |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

## ALLEGATO 7.1 Scheda segnalazione Incident Reporting

**GRC** Sistema integrato  
Gestione Rischio Clinico

Accedi



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

REGIONE TOSCANA  
**GRC** Gestione  
Rischio  
Clinico

Eventi

Progetti

Accedi



Conferenza  
internazionale ISCOME  
2015 - "The Golden  
Bridge: Communication

WHO African  
Partnership for Patient  
Safety: Sicurezza del  
Paziente e Salute  
Globale



NUOVA SEGNALAZIONE

Promotore: Centro Gestione  
Rischio Clinico e Sicurezza del

Nome Utente

Password

☐ Ricordami

Accedi

Segnalazione Incident Reporting

Data e ora di registrazione (gg/mm/aaaa hh:mm)

07/10/2016 16:52

Informazioni sulla segnalazione

Data e ora evento (gg/mm/aaaa hh:mm) \*

Descrizione evento \*

Luogo evento \*

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | <b>Codice Aziendale<br/>GP002</b> |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 11 di 16</b>              |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

Azienda \*

ISPO

Tipo Struttura \*

Presidio ISPO Maternità Careggi

Presidio Villa delle Rose

Struttura organizzativa funzionale (area funzionale) \*

Nome unità funzionale \*

Segnalatore

Le seguenti informazioni verranno utilizzate per essere contattati in caso di necessità

Nome \*

È coinvolto un paziente? \*

☐ Sì
☐ No
☒ Non so

Informazioni sulla struttura coinvolta

Cognome \*

Email \*

Recapito telefonico


Ruolo ricoperto in azienda \*

Facilitatore di riferimento

Seleziona il facilitatore dell'azienda a cui si vuole segnalare l'evento \*


Seleziona un facilitatore per l'azienda

INVIÀ

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  ISTITUTO PER LO STUDIO<br>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA | <b>Procedura</b>  | Codice Aziendale<br><b>GP002</b>  |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 12 di 16</b>              |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

## ALLEGATO 7.2 Scheda Analisi Preliminare Evento


### Analisi Preliminare Evento

 Informazioni sulla segnalazione dell'evento

Data e ora di registrazione (gg/mm/aaaa hh:mm)

07/10/2016 16:24


Data e ora dell'evento (gg/mm/aaaa hh:mm) \*

 28/09/2016 19:30

Tipo di prestazione

- ☐ Ricovero
- ☐ Day hospital
- ☐ Ambulatoriale
- ☐ Domiciliare
- ☐ Emergenza (include PS e 118)

Descrizione dell'accaduto \*

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | <b>Codice Aziendale<br/>GP002</b> |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 13 di 16</b>              |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

Il paziente è coinvolto nell'evento? \*

- ☐ Sì  
☒ No

**Altri servizi/reparti coinvolti della stessa azienda**

AGGIUNGI

**Altri ospedali coinvolti di altre aziende**

AGGIUNGI

**Operatori Coinvolti**

Sono stati coinvolti operatori?

Sono stati coinvolti operatori?

- ☐ Sì  
☒ No

**Classificazione - Tipo di Incidente**


*Specificare il tipo di incidente a cui appartiene l'evento che si è verificato. Compilate più volte questo tipo di informazione tante volte quante ritenete sia necessario per chiarire esattamente la tipologia di evento*

AGGIUNGI TIPO DI INCIDENTE

**Classificazione - Fattori Contribuenti**

*Specificare tutti i fattori contribuenti che hanno potuto determinare l'evento. Compilate questo tipo di informazione tante volte quante ritenete sia necessario*

AGGIUNGI FATTORE CONTRIBUENTE

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | <b>Codice Aziendale<br/>GP002</b> |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 14 di 16</b>              |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

## ALLEGATO 7.3

## Scheda Audit GRC

### Audit GRC

Data e ora di registrazione  
(gg/mm/aaaa hh:mm) 25/02/2016 16:34

#### Dettagli Audit

Data Audit (gg/mm/aaaa hh:mm) 26/02/2016 14:00

Titolo Audit Dimenticanza di scheda di progetto riabilitativo fuori dalla cartella clinica del paziente

Focus Caso singolo

#### Classificazione evento

#### Classificazione - Tipo di Incidente

Documentazione /

Tipo di Documento Interessato /

Cartella/Documentazione Sanitaria/Diario Clinico/Consulenza

#### Classificazione - Esito del Paziente

Tipo di Danno /

Altro

#### Classificazione - Caratteristiche Incidente


Origine dell'Incidente /

Quando /

Fase/Stadio del Percorso di Cura /

Territorio /

Visita/Esame


|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | <b>Codice Aziendale<br/>GP002</b> |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 15 di 16</b>              |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

#### Classificazione azione di riduzione del rischio

Altro

#### Monitoraggio azione di miglioramento

| Data registrazione | Completata | Utente           |   |
|--------------------|------------|------------------|---|
| 14/07/2016 17:20   | Sì         | Marina Starnotti |  |

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  <b>ISTITUTO PER LO STUDIO<br/>E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b> | <b>Procedura</b>  | <b>Codice Aziendale<br/>GP002</b> |
|  | <b>Segnalazione e gestione degli<br/>eventi avversi senza danno</b> | <b>Pag. 16 di 16</b>              |
|  | <b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>                                     | <b>Edizione 2<br/>Revisione 0</b> |

#### ALLEGATO 7.4 Scheda M&M

##### M&M

Data e ora di registrazione 26/09/2016 14:13  
(gg/mm/aaaa hh:mm)

##### Dettagli M&M

Date M&M (gg/mm/aaaa hh:mm) 08/01/2016 13:30

Tipologia Caso clinico

Titolo M&M Il percorso in dermatologia per la gestione dei referti dermatologici

Focus Insieme di casi

Bibliografia e documenti di riferimento Istruzione Operativa

##### Partecipanti

*Elenco di tutti i professionisti che hanno preso parte all'M&M*

| Cognome | Nome | Qualifica |
|---------|------|-----------|
|         |      |           |