

SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI e/o NEAR MISS

COGNOME E NOME	
NATO A IL	
RESIDENTE A	
TELEFONO	
E-MAIL	
TIPO E N. DOCUMENTO	

<input type="checkbox"/> EVENTO AVVERSO	<input type="checkbox"/> NEAR MISS
AREA INTERESSATA	
<input type="checkbox"/> AUTISMO <input type="checkbox"/> DSA-SOSTEGNO <input type="checkbox"/> LOGOPEDIA <input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO	
LUOGO DELL'EVENTO (specificare l'ambiente: corridoio, salone, ...)	
DATA DELL'EVENTO	ORA DELL'EVENTO
BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO:	

DATA	FIRMA del Segnalatore

INFORMAZIONE PER L'UTENTE

La cooperativa SOLE garantisce la funzione di tutela nei confronti dell'Utente anche attraverso la possibilità di segnalare eventi avversi o "near miss". Presso la segreteria dell'UdO "Centro Arcobaleno" è presente la relativa modulistica, scaricabile anche dal sito web www.coopsole-onlus.it. Le segnalazioni saranno utili per identificare i problemi e le cause ad essi connesse 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 dalla Legge, è comunque necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle Autorità competenti.

Il Segnalatore può presentare la segnalazione entro 15 giorni dal momento in cui abbia avuto conoscenza della situazione, con le seguenti modalità:

- compilazione completa del modulo prestampato "Scheda di Segnalazione eventi avversi o near miss", indicando la circostanza dell'evento e, in forma esaustiva ma concisa, la descrizione dello stesso; la scheda può essere consegnata a mano presso l'UdO "Centro Arcobaleno", spedita per posta raccomandata o scansionata e inviata per posta elettronica all'indirizzo segnalazioni@coopsole-onlus.it, allegando copia del documento di identità.
- presentandosi direttamente presso l'UdO "Centro Arcobaleno", fornendo oralmente le proprie segnalazioni, cui seguirà la compilazione della "Scheda di segnalazione". La scheda di segnalazione, se presentata direttamente, viene protocollata dal personale e consegnata in copia all'utente.

Le schede di segnalazione sono riepilogate in un apposito "Registro Segnalazioni" con numerazione progressiva.

Il Responsabile Organizzativo dell'UdO "Centro Arcobaleno" provvede, quindi, a gestire la segnalazione in conformità alle prescrizioni di legge, aprendo un'istruttoria per valutare le cause che hanno determinato la situazione segnalata. Definite ed identificate le cause, il Responsabile Organizzativo indica le Azioni Correttive immediate intraprese o da intraprendere per la risoluzione del problema o il miglioramento delle azioni preventive.

A chiusura della pratica, il Responsabile Organizzativo ne comunica al segnalatore le conclusioni e l'esito.

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (art. 13)

Gent.ma Signora/Egr. Signore, la normativa sulla privacy richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento dei dati personali, sensibili, giudiziari, da Lei forniti con la presente segnalazione. A tal fine la informiamo che i dati forniti:

1. saranno utilizzati da dipendenti di cooperativa SOLE onlus, sia responsabili sia incaricati del trattamento dei dati, nell'ambito delle proprie competenze;
2. saranno trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196/03 e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi;
3. saranno utilizzati per la seguente finalità: gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute (art. 73, comma 2, lettera g) del D. Lgs. 196/03). Questi dati saranno conservati in un archivio, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione;
4. non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso;
5. il conferimento dei dati è facoltativo e il loro eventuale mancato conferimento non precluderà la gestione del reclamo;
6. il titolare del trattamento è Cooperativa SOLE onlus; il responsabile del trattamento è il Rappresentante Legale, a cui potrà rivolgersi per esercitare i Suoi diritti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, fornitemi ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003

io sottoscritto

nato a..... il/...../....., residente a

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

al trattamento dei miei dati personali, sensibili e giudiziari, esclusivamente ai fini della gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute a cooperativa SOLE onlus

Data

FIRMA leggibile _____

Fattori legati al PAZIENTE	<input type="checkbox"/> fragilità, infermità	<input type="checkbox"/> non cosciente
	<input type="checkbox"/> poco orientato	<input type="checkbox"/> poca autonomia
	<input type="checkbox"/> barriere linguistiche	<input type="checkbox"/> barriere culturali
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al PERSONALE	<input type="checkbox"/> difficoltà istruzioni	<input type="checkbox"/> difficoltà procedure
	<input type="checkbox"/> mancata formazione	<input type="checkbox"/> inesperienza
	<input type="checkbox"/> fatica, stress	<input type="checkbox"/> evasione regole
	<input type="checkbox"/> mancata supervisione	<input type="checkbox"/> mancato coordinamento
	<input type="checkbox"/> scarso coordinamento equipe	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al SISTEMA	<input type="checkbox"/> ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/> staff inadeguato
	<input type="checkbox"/> staff insufficiente	<input type="checkbox"/> gruppo/persona nuova
	<input type="checkbox"/> addestramento insufficiente	<input type="checkbox"/> elevato turn over
	<input type="checkbox"/> scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> protocollo inesistente
	<input type="checkbox"/> protocollo ambiguo	<input type="checkbox"/> comunicazione inadeguata
	<input type="checkbox"/> inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/> malfunzionamento attrezzature
	<input type="checkbox"/> inadeguatezza materiale	<input type="checkbox"/> mancanza istruzioni utilizzo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fattori che possono aver RIDOTTO l'ESITO	<input type="checkbox"/> individuazione precoce	<input type="checkbox"/> buona assistenza
	<input type="checkbox"/> buona pianificazione	<input type="checkbox"/> buon protocollo
	<input type="checkbox"/> fortuna/caso	<input type="checkbox"/>

A SEGUITO DELL'EVENTO E' STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI O PRESTAZIONI?		
<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> ripetizione prestazione
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> medicazioni	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altre indagini	<input type="checkbox"/> ricovero ordinario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> visita medica	<input type="checkbox"/> altro ricovero	<input type="checkbox"/>

COME SI POTEVA PREVENIRE L'EVENTO? (migliore comunicazione, verifica attrezzature, ...)

L'EVENTO E' STATO RIPORTATO NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ESITO DELL'EVENTO		
EVENTO POTENZIALE	situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso	<input type="checkbox"/> LIVELLO 1
	situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato	<input type="checkbox"/> LIVELLO 2
EVENTO EFFETTIVO	NESSUN ESITO: evento in fase conclusiva, nessun danno occorso	<input type="checkbox"/> LIVELLO 3
	ESITO MINORE: osservazioni o monitoraggi extra, visita medica, nessun danno occorso o danni minori che non necessitano trattamento	<input type="checkbox"/> LIVELLO 4
	ESITO MODERATO: osservazioni o monitoraggi extra, visita medica, indagini/trattamenti minori	<input type="checkbox"/> LIVELLO 5
	ESITO MODERATO/SIGNIFICATIVO: osservazioni o monitoraggi extra, visita medica, indagini/trattamenti significativi, rinvio prestazione	<input type="checkbox"/> LIVELLO 6
	ESITO SIGNIFICATIVO: ricovero	<input type="checkbox"/> LIVELLO 7
	ESITO SEVERO: disabilità permanente/decesso	<input type="checkbox"/> LIVELLO 8

VALUTAZIONE DEL RISCHIO FUTURO		
Possibilità di ripetizione di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> FREQUENTE (> 1/ANNO)	<input type="checkbox"/> RARO (< 1 ANNO)
Possibile esito di successivo evento analogo	<input type="checkbox"/> ESITO MINORE (LIVELLO 1-4)	<input type="checkbox"/> ESITO MAGGIORE (LIVELLO 5-8)

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 O L'USO DI RISORSE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SE SI', IN CHE MODO?		
L'EVENTO HA DETERMINATO PROBLEMI DI TIPO ORGANIZZATIVO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SE SI', QUALI?		
C'E' UNA LEZIONE SIGNIFICATIVA DA TRATTE DALL'EVENTO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

INVIATA COMUNICAZIONE AL SEGNALATORE?	
<input type="checkbox"/> SI IN DATA / / <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> RACCOMANDATA <input type="checkbox"/> NO	
DATA	FIRMA Responsabile UdO Centro Arcobaleno
SE SI', QUALE?	