

SEZIONE B

DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE SOLO DAI PODOLOGI

**1. LUOGO/STRUTTURA NELL'AMBITO DELLA QUALE E' AVVENUTO IL FATTO
CONTESTATO**

- Azienda Ospedaliera
- Ospedaliero –Universitaria
- Azienda Sanitaria Locale
- Struttura privata accreditata e convenzionata
- Struttura privata accreditata
- Studio privato singolo (non convenzionato)
- Studio privato associato con altri professionisti (non convenzionato)
- Altro (specificare)

2. AREA DI CURA E ABILITAZIONE/RIABILITAZIONE

- Definizione del progetto riabilitativo con:
 - La pianificazione dell'intervento e la definizione degli obiettivi
 - Elaborazione di programmi abilitativi/riabilitativi individuando le modalità terapeutiche più adeguate anche in collaborazione con altri profili
- Esecuzione dell'intervento podologico:
 - attuando il piano di trattamento secondo gli obiettivi prefissati
 - individuando le risorse aggiuntive per lo svolgimento del piano di trattamento
- Verifica dell'efficacia dell'intervento analizzando:
 - le risposte e modificazioni attraverso strumenti di valutazione strutturati e non
 - l'efficacia dell'approccio e della metodologia attuata
 - Il raggiungimento degli obiettivi di recupero funzionale

3. STATO DELLE APPARECCHIATURE/DISPOSITIVI MEDICI (se) INTERESSATI

Tipo di apparecchiatura _____

Anno di installazione e collaudo _____

Anno ultima revisione _____

E' disponibile documentazione aggiornata si no

Note: _____

4. CONSEGUENZE MATERIALI /PATRIMONIALI DEL FATTO CONTESTATO (specificare)

- Danno ad una apparecchiatura/arredo
- Danno a strumenti ed accessori
- Danno ad un
 paziente
- Danno ad un
 accompagnatore
- Danno a beni/oggetti del paziente e/o
 accompagnatore
- Altro (specificare)_____

5. INQUADRAMENTO CONTRATTUALE DEL PROFESSIONISTA

- lavoratore dipendente
- lavoratore con contratto di collaborazione coordinata e continuativa
- lavoratore autonomo con partita iva
- lavoratore a prestazione occasionale
- altro (specificare)_____

6. LINEE GUIDA /PROCEDURE

6.1 La struttura ha adottato linee guida/procedure/istruzioni operative/documenti di per le prestazioni a cui è conseguito il danno? si no

Se "si" , specificare quale/quali (in riferimento al sinistro oggetto di denuncia) :

Al personale SONO STATE FORNITE informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato: si no

il professionista ha agito in base alle Linee Guida /procedure/istruzioni operative/documenti di buone pratiche adottate : si no

7. SISTEMA INFORMATIVO DEI FLUSSI DELLE PRESTAZIONI (SISTEMA DI GESTIONE, MEMORIZZAZIONE E CONSERVAZIONE DI UNA CARTELLA INFORMATIZZATA)

- Esiste/non esiste un sistema informativo si no
- ogni operatore accede al sistema con una identificazione univoca si no
- esiste una figura professionale che amministra il sistema informativo e che riesce ad estrapolare le azioni compiute dagli operatori professionali coinvolti si no

8. CONTESTO IN CUI E' AVVENUTO IL FATTO

- In presenza
- A distanza (telemedicina)
- Diretto con il paziente
- Indiretto attraverso un caregiver
- Counseling, a famiglia, /caregiver/scuola
- Coinvolgimento di tutta l'équipe

9. IL PAZIENTE (se coinvolto) E' GIUNTO SUL LUOGO DELL'ACCADUTO:

- deambulante
- non deambulante
- con ambulanza
- accompagnato da caregiver e/o da familiare
- altro (specificare)

10. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO

- Responsabilità diretta e personale
- Responsabilità d'équipé
- Altro (specificare) _____

Ps: per le particolarità dell'accaduto la invitiamo a compilare con precisione il campo "descrizione dettagliata del fatto" presente sul modulo A.