


SCHEDA GENERALE REV.1	Gestione del rischio clinico	<b>AGENZIA          SANITARIA          REGIONALE</b> 
	<b>SCHEDA DI          SEGNALAZIONE SPONTANEA          DEGLI EVENTI</b>	

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Azienda/Casa di Cura		Unità Operativa	
	Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo)			
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/caposala <input type="checkbox"/> Altro specificare		
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)			
	N° di scheda nosologica		Anno di nascita/Età	
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. bagno, camera,...)			
	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.			
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero DH		<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	
			<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare <input type="checkbox"/> Altro _____	

**Descrizione dell'evento** (Che cosa è successo?)

**Tipo di evento** (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)

<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura terapeutica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura terapeutica	<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura terapeutica
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> Inadeguata procedura chirurgica
<input type="checkbox"/> Ritardo di prescr./somm. farmaco	<input type="checkbox"/> Mancata prescr./somm. farmaco	<input type="checkbox"/> Inadeguata prescr./somm. di farmaco
<input type="checkbox"/> Ritardo di prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Mancata prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Inadeguata prestazione assistenziale
<input type="checkbox"/> Infezione	<input type="checkbox"/> Caduta	<input type="checkbox"/> Inesattezza di paziente/lato/sede
<input type="checkbox"/> Malfunz./malposiz. di disposit/appar.	<input type="checkbox"/> Reazioni da farmaci	<input type="checkbox"/> Lesione da inadeguata postura/decubito
<input type="checkbox"/> Evento collegato a somm. sangue	<input type="checkbox"/> Altro	

**Fattori che possono aver contribuito all'evento** (è possibile indicare più di una risposta)

Fattori legati al paziente	<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	Fattori legati al sistema	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente
	<input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato		<input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento
	<input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia		<input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto
	<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali		<input type="checkbox"/> Elevato turn-over
	<input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico		<input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale
Fattori legati al personale	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua	
	<input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure	
	<input type="checkbox"/> Fatica/stress	<input type="checkbox"/> Mancato coordinamento	
	<input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione	
	<input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature	
	<input type="checkbox"/> Mancata supervisione	<input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	
	<input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	
<input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecch.	<input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato		

Altri fattori (specificare):

**Fattori che possono aver ridotto l'esito**

<input type="checkbox"/> Individuazione precoce	<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo	<input type="checkbox"/> Fortuna
<input type="checkbox"/> Buona assistenza	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

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

<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> Altre indagini	<input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Ricovero in TI
<input type="checkbox"/> Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Trasferimento
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Altro _____

**Come si poteva prevenire l'evento?** (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.

<b>L'evento è documentato in cartella clinica?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Il paziente è stato informato dell'evento?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database

-----Da questo punto in poi compilazione a cura del Responsabile medico dell'Incident reporting-----

Esito dell'evento		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	<b>NESSUN ESITO</b> – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO MINORE</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO MODERATO</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO SIGNIFICATIVO</b> – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	<b>ESITO SEVERO</b> – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 1 evento/anno) Raro (meno di 1 evento/anno)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4) Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
<b>L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
In che modo?		
<b>L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo?</b> (es. ritardi, ecc.)    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
<b>C'è una lezione significativa da trarre dall'evento?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Se sì, quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimento)		
<b>Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Commentare		

Responsabile medico dell'Incident reporting \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. Per questo, **in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.**
2. La scheda può essere riconsegnata al Responsabile di Unità Operativa, anche in forma anonima.
3. Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, **la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.**
4. Dopo la compilazione della parte a cura del responsabile inviare la scheda a: