

SCHEDA GENERALE REV.2	Gestione del rischio clinico	AGENZIA SANITARIA REGIONALE 
	SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI	

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?)

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

Individuazione precoce
 Buona pianificazione/protocollo
 Fortuna
 Buona assistenza
 Altro (specificare)

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

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 _____	<input type="checkbox"/>

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

L'evento è documentato in cartella clinica? Si No **Il paziente è stato informato dell'evento?** Si No

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	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO – 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"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – 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"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO – 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"/>
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
In che modo?		
L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Quali?		
C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Se sì, quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimento)		
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? 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: