

Azienda USL/AOSP Area specialistica ANESTESIA Rev.1-Mar05	Gestione del rischio clinico		 AGENZIA SANITARIA REGIONALE
	SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI		

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Azienda	Presidio	Blocco operatorio
	Nome e Cognome dell'operatore segnalatore (facoltativo):		
Dati relativi al paziente	Qualifica operatore segnalatore	<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Medico in formazione/specializzando
		<input type="checkbox"/> Infermiere/caposala	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Regime e Tipo di prestazione	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)		
	N° scheda nosologica/cartella clinica	Anno di nascita/Età	
Tipologia intervento chirurgico (specificare specialità):	Classificazione ASA	ASA 1 <input type="checkbox"/>	ASA 2 <input type="checkbox"/>
		ASA 3 <input type="checkbox"/>	ASA 4 <input type="checkbox"/>
Tipo di anestesia	ASA 5 <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Attivà Libero Professionale		
Momento evento	<input type="checkbox"/> Prestazione chirurgico ambulatoriale <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico in elezione day surgery		
	<input type="checkbox"/> Intervento chirurg in elezione ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Intervento chir. in urgenza <input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento: <input type="checkbox"/> sala induzione <input type="checkbox"/> sala operatoria <input type="checkbox"/> sala risveglio		
	<input type="checkbox"/> sala-parto <input type="checkbox"/> terapia intensiva <input type="checkbox"/> reparto <input type="checkbox"/> altro		
Data (gg/mm/aa) _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.			

Descrizione dell'evento. Si prega di descrivere in dettaglio cosa è successo.

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

Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie	<input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema	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	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>	Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>	
	Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>	Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>	
	Fatica/stress	<input type="checkbox"/>	Insuccesso nel far rispettare protoc./procedure	<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	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>		

Altri fattori (specificare):

Fattori che possono aver ridotto l'esito: SI NO

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

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini/prestazioni non pianificate? SI NO

Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/>	Altre indagini	<input type="checkbox"/>	Medicazioni	<input type="checkbox"/>	Trasferimento in TI	<input type="checkbox"/>
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/>	Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/>	Trasferimento in altra UO	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Re-intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>	Altro _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

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

L'evento è documentato in cartella ? SI NO **Il paziente è stato informato dell'evento ?** SI NO

----- 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, S.O. con eccessivo numero di persone, ecc.)	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 somministrato, apparecch. non preparata adeguatamente ma controllata prima della procedura, ecc.)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo ma non somministrato erroneamente al paziente, inadeguata profilassi antibiotica senza conseguenze, ecc.)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE – nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento con osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico/ – rinvio di intervento chirurgico per problema organizzativo	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO – danni che richiedono osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico/indagini diagnostiche minori (es. emogasanalisi, Rx, ecografia, ecc.)/ trattamenti minori (es. antiemetici, medicazioni, ecc.)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – danni che richiedono osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore controllo medico/indagini diagnostiche maggiori (es. TAC, RMN, ecc.)/trattamenti maggiori (es. ammine vasoattive, cortisonici, antagonisti, ecc.) – cancellazione del trattamento	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO – trasferimento in TI non pianificato/reintervento/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)	<input type="checkbox"/>
	Raro (meno di 1 evento/anno)	<input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4)	<input type="checkbox"/>
	Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	<input type="checkbox"/>
L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Quali?		
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Commentare		
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?		
C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Se sì, quali ulteriori interventi sono necessari ?		

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 consegnata anche in forma anonima.
3. Dopo la compilazione della parte a cura del Responsabile dell'Incident Reporting inviare la scheda a: