

Azienda USL/Azienda OSP Area specialistica <b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b> Rev.01	Gestione del rischio clinico	<b>AGENZIA SANITARIA REGIONALE</b>	
	<b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI</b>		

<b>Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore</b>	<b>Azienda/Casa di Cura</b>		<b>Unità Operativa</b>	
	<b>Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo)</b>			
	<b>Qualifica</b>	<input type="checkbox"/> Medico ginecologo	<input type="checkbox"/> Ostetrica/o	<input type="checkbox"/> Infermiere
<b>Dati relativi al paziente</b>	<b>Nome e Cognome del paziente (facoltativo)</b>			
	<b>N° scheda nosologica</b>	<b>Anno di nascita/Età</b>		
<b>Circostanze dell'evento</b>	<b>Luogo in cui si è verificato l'evento</b>	<input type="checkbox"/> Sala travaglio/parto	<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Domicilio
		<input type="checkbox"/> Trasferimento	<input type="checkbox"/> Altro specificare _____	
<b>Regime e Tipo di prestazione</b>	<input type="checkbox"/> Attività Libero Professionale			
	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero in urgenza <input type="checkbox"/> Parto in casa			
	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico in elezione <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico in urgenza <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			

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

---

**Tipo di evento** (classificare l'evento indicando solo 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"/> Ritardo di valutazione rischio ostetrico	<input type="checkbox"/> Mancata valutaz. rischio ostetrico	<input type="checkbox"/> Inadeguata valutazione rischio ostetrico
<input type="checkbox"/> Ritardo valutazione travaglio	<input type="checkbox"/> Mancata valutazione travaglio	<input type="checkbox"/> Inadeguata valutazione travaglio
<input type="checkbox"/> Infezione	<input type="checkbox"/> Caduta	<input type="checkbox"/> Inesattezza di paziente
<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 (specificare)	

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

<b>Fattori legati al paziente</b>	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/>	<b>Fattori legati al sistema</b>	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"/>
<b>Fattori legati al personale</b>	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"/>	Carenze nella comunicazione tra operatori	<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 apparecchiature	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>	
Mancata/inadeguata comunicazione al paziente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

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"/>	Ricovero	<input type="checkbox"/>	Parto cesareo in urgenza	<input type="checkbox"/>	Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/>	Visita medica	<input type="checkbox"/>	Trasferimento in TI	<input type="checkbox"/>	Reintervento chirurgico	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/>	Trasferimento in altra UO	<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 in grigio non saranno registrati nel database

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>L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo?</b> (es. ritardi, ecc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quali?		
<b>Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Commentare		
<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>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)		

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: