



## SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI AVVERSI

Dati relativi all'unità operativa e	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 <u>specificare</u>
Dati Relativi	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"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Ricovero DH <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	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<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 tum-over	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>		Scarsa continuity assistenziale	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	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"/>
	Presenza scorciatoia/ regola non <u>seguita</u>	<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	<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     Altre indagini     Medicazioni     Ricovero in TI   
 Indagini radiologiche     Visita medica     Intervento chirurgico     Trasferimento   
 ECG     Consulenza specialistica     Ricovero ordinario     Altro

**Come si poteva prevenire l'evento?** (es.: verifica defile 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

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 postecipazione del trattamento/ trasferimento ad	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"/>
<b>Valutazione del rischio futuro</b>		
Possibilità di accadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 1 evento/anno) Raro ( <u>meno di 1 evento/anno</u> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino a 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 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 si, 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 quanta riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.**
4. Dopo la compilazione della parte a cura del responsabile inviare la scheda a: