


LOGO AZIENDA	Allegato 2	Gestione del rischio clinico	AGENZIA SANITARIA REGIONALE 
	SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI		

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	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)		
	Anno di nascita/Età	N° di scheda nosologica	
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"/> Prestazione domiciliare
	<input type="checkbox"/> Ricovero DH	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<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	Grossa fragilità o 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 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"/>		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"/>		Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Presa scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/>		Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	<input type="checkbox"/>
	Mancata supervisione	<input type="checkbox"/>		Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	<input type="checkbox"/>
	Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Scarso lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Altri fattori (specificare):

Fattori che possono aver ridotto l'esito

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

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	<input type="checkbox"/>	Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>	Trasferimento	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/>	Ricovero	<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 stato riportato sulla documentazione clinica? Sì No

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?		
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Commentare		

Nome del Responsabile di U.O. _____ 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: