

	Gestione del rischio clinico	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO 
	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 _____			
	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)			
Dati relativi al paziente	N° di scheda nosologica		Anno di nascita/età	
			Sesso F M	
Regime di erogazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero DH/DS		<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? Dove? Quando? Come e perché è successo? Chi si è accorto di cosa stava accadendo / è accaduto? Data...../...../..... Ora..... Luogo (es.: camera, sala operatoria, ADI, bagno, ambulatorio, corridoio, ecc.)

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 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"/>		Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>
	Presenza 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 apparecchi.	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>		

Altri fattori (specificare):

Suggerimenti per prevenire / evitare il ripetersi dell'evento

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) <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"/>		
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"/>
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?			
No <input type="checkbox"/>			
Sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Audit interno	<input type="checkbox"/> Modifica organizzativa	<input type="checkbox"/> Utilizzo presidi/attrezzatura
	<input type="checkbox"/> Stesura/revis. Protocollo/procedura	<input type="checkbox"/> Formazione/addestramento	<input type="checkbox"/> Altro _____

Firma (facoltativa) _____

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. 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.**
3. **Dopo la compilazione inviare la scheda in busta chiusa tramite la Direzione Sanitaria o direttamente all'Ufficio del Responsabile Aziendale della Gestione del Rischio Clinico.**