

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Azienda Sanitaria Provinciale Enna SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI/QUASI EVENTI (Incident reporting)	v. 0.0 04/10/2021 Pagina 1 di 4
---	---	---------------------------------------

Sezione 1 Descrizione

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Ospedale/Distretto		Unità Operativa			
	Nome e cognome dell'operatore (facoltativo)					
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/Coordinatore <input type="checkbox"/> Ostetrico/Coordinatore <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ <input type="checkbox"/> Tecnico/Coordinatore				
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome del paziente					
	N° di scheda nosologica		Anno di nascita/età			
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. bagno, camera,...)					
	Data		Ora			
	Nel caso in cui non si disponga dell'orario preciso indicare il periodo della giornata in cui si è verificato l'evento: <input type="checkbox"/> mattino <input type="checkbox"/> pomeriggio <input type="checkbox"/> notte					
Ambito assistenziale	Ricovero	<input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> DH	Regime:	<input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> domiciliare	Prestazione	<input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> esame strumentale <input type="checkbox"/> altro
	CLASSIFICAZIONE EVENTO <input type="checkbox"/> Evento avverso/evento sentinella <input type="checkbox"/> Near miss EVENTI AVVERSI: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente , non intenzionale e indesiderabile. QUASI EVENTI/NEAR MISS: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente .					
Descrizione dell'evento (Che cosa è successo?)						
Tipo di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)						
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura diagnostica/terapeutica/chirurgica		<input type="checkbox"/> Mancata procedura diagnostica/terapeutica/ chirurgica		<input type="checkbox"/> Errata procedura diagnostica/terapeutica/chirurgica		
<input type="checkbox"/> Ritardo di prestazione assistenziale		<input type="checkbox"/> Mancata prestazione assistenziale		<input type="checkbox"/> Errata prestazione assistenziale		
<input type="checkbox"/> Malfunzionamento/Malposizionamento di dispositivo / Apparecchiatura		<input type="checkbox"/> Errore di paziente/lato/sede		<input type="checkbox"/> Evento trasfusionale		
<input type="checkbox"/> Errore da farmaco		<input type="checkbox"/> Allontanamento volontario		<input type="checkbox"/> Eteroaggressività (comportamenti aggressivi del paziente)		
<input type="checkbox"/> Altro						
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?						
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> Indagini cardiache/vascolari	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Trasferimento	
<input type="checkbox"/> Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> Altre indagini	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Ricovero in TI	Altro _____	

Nota: in caso di incidenti per malfunzionamento di dispositivi o da alterazione di farmaci verificare se rientranti negli obblighi di segnalazione rispettivamente al Ministero della Salute/AIFA e provvedere ai sensi della normativa vigente.



Azienda Sanitaria Provinciale Enna
SCHEMA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI
EVENTI/QUASI EVENTI (Incident reporting)

v. 0.0
04/10/2021
Pagina 2 di 4

Sezione 2 Da utilizzare in caso di errori sui farmaci

Errore nella prescrizione dei farmaci (<i>Errore nella compilazione/lettura</i>)	
<input type="checkbox"/> Nome del Farmaco errato	<input type="checkbox"/> Paziente noto per allergia al farmaco
<input type="checkbox"/> Via di somministrazione errata	<input type="checkbox"/> Orario errato
<input type="checkbox"/> Composizione/diluizione errata	<input type="checkbox"/> Mancata prescrizione (Somministrazione non effettuata)
<input type="checkbox"/> Dosaggio errato (anche velocità di infusione)	<input type="checkbox"/> Errore dovuto a calligrafia non leggibile
<input type="checkbox"/> Dosaggio o frequenza o velocità di infusione non precisati	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Paziente errato	

Errore nella preparazione dei farmaci	
<input type="checkbox"/> Errore nella scelta della soluzione diluente	<input type="checkbox"/> Preparazione di farmaco sbagliato
<input type="checkbox"/> Errore del calcolo della concentrazione del farmaco nella soluzione diluente	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Errore nella somministrazione dei farmaci	
<input type="checkbox"/> Paziente noto per allergia al farmaco	<input type="checkbox"/> Somministrazione mancata
<input type="checkbox"/> Somministrazione a paziente sbagliato	<input type="checkbox"/> Somministrazione duplicata
<input type="checkbox"/> Somministrazione di dose sbagliata	<input type="checkbox"/> Problemi relativi all'adeguata informazione del paziente
<input type="checkbox"/> Via di somministrazione sbagliata	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Azienda Sanitaria Provinciale Enna SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI/QUASI EVENTI (Incident reporting)	v. 0.0 04/10/2021 Pagina 3 di 4
---	---	---------------------------------------

Sezione 3 Fattori contribuenti/fattori protettivi

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)			
Fattori legati al paziente	<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/fragilità/infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico	Fattori legati al sistema	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn-over di personale <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo
Fattori legati al personale	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiature		
Altri fattori (specificare):			
Fattori che possono aver ridotto l'esito in caso di evento avverso/fattori che hanno permesso l'intercettazione			
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona assistenza	<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Casualità	
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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Firma del segnalante (facoltativa)

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Azienda Sanitaria Provinciale Enna SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI/QUASI EVENTI (Incident reporting)	v. 0.0 04/10/2021 Pagina 4 di 4
---	---	---------------------------------------

Sezione 4 da compilare a cura del personale deputato all'analisi dell'evento
(funzione del rischio clinico o funzione appositamente individuata)

Esito dell'evento		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	<input type="checkbox"/> Livello 1
	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)	<input type="checkbox"/> Livello 2
Evento effettivo	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	<input type="checkbox"/> Livello 3
	ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	<input type="checkbox"/> Livello 4
	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)	<input type="checkbox"/> Livello 5
	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	<input type="checkbox"/> Livello 6
	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	<input type="checkbox"/> Livello 7
	ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso	<input type="checkbox"/> Livello 8
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi <input type="checkbox"/> Frequente (più volte in 1 anno) <input type="checkbox"/> Occasionale (più volte in 1 - 2 anni) <input type="checkbox"/> Improbabile (qualche volta in 2 – 5 anni) <input type="checkbox"/> Remoto (qualche volta in 5 – 30 anni)		
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Quali?		
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? Note		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No