


|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
|  <p>ASP<br/>ENNA<br/>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> | <b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b><br><b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI<br/>EVENTI/QUASI EVENTI (Incident reporting)</b> | v. 0.0<br>04/10/2021<br>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<br><input type="checkbox"/> Ostetrico/Coordinatore<br><input type="checkbox"/> Tecnico/Coordinatore | <input type="checkbox"/> Altro specificare _____ |  |  |  |
| 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<br><input type="checkbox"/> esame strumentale<br><input type="checkbox"/> altro |
|  | <b>CLASSIFICAZIONE EVENTO</b><br><input type="checkbox"/> Evento avverso/evento sentinella <input type="checkbox"/> Near miss<br><b>EVENTI AVVERSI:</b> Evento inatteso correlato al processo assistenziale e <b>che comporta un danno al paziente</b> , non intenzionale e indesiderabile.<br><b>QUASI EVENTI/NEAR MISS:</b> Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché <b>non ha conseguenze avverse per il paziente</b> . |  |  |  |  |  |
| <b>Descrizione dell'evento</b> (Che cosa è successo?)  |   |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo di evento</b> (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   |   |  |  |  |  |  |
| <b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</b> |   |  |  |  |  |  |
| <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  | <input type="checkbox"/> 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**  
**SCHEDA 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 <b>prescrizione</b> 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 <b>preparazione</b> 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 <b>somministrazione</b> 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<br/>ENNA<br/>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> | <b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b><br><b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI</b><br><b>EVENTI/QUASI EVENTI (Incident reporting)</b> | v. 0.0<br>04/10/2021<br>Pagina 3 di 4 |
|---|---|---------------------------------------|

### Sezione 3 Fattori contribuenti/fattori protettivi

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Fattori che possono aver contribuito all'evento</b> (è possibile indicare più di una risposta)  |   |  |   |
| Fattori legati al paziente   | <input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/fragilità/infermità | Fattori legati al sistema  | <input type="checkbox"/> 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 di personale               |
|  | <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico         |  | <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale              |
| Fattori legati al personale  | <input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure      |  | <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua     |
|  | <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza               |  | <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento                        |
|  | <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"/> Scarso lavoro di gruppo                          |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiature      |  |   |
| Altri fattori (specificare):   |   |  |   |
| <b>Fattori che possono aver ridotto l'esito in caso di evento avverso/fattori che hanno permesso l'intercettazione</b>   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Individuazione precoce  | <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo                  | <input type="checkbox"/> Casualità                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Buona assistenza  | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                        |  |   |
| <b>Come si poteva prevenire l'evento?</b> (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare. |   |  |   |
|  |   |  |   |
| L'evento è documentato in cartella clinica?  |   | Il paziente è stato informato dell'evento?                           |   |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  |   | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO              |   |

Firma del segnalante (facoltativa)

---

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
|  <p>ASP<br/>ENNA<br/>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> | <b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b><br><b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI</b><br><b>EVENTI/QUASI EVENTI (Incident reporting)</b> | v. 0.0<br>04/10/2021<br>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  | <b>NESSUN ESITO</b> – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)  | <input type="checkbox"/> Livello 3                      |
|   | <b>ESITO MINORE</b> – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento   | <input type="checkbox"/> Livello 4                      |
|   | <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)   | <input type="checkbox"/> Livello 5                      |
|   | <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 | <input type="checkbox"/> Livello 6                      |
|   | <b>ESITO SIGNIFICATIVO</b> – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione  | <input type="checkbox"/> Livello 7                      |
|   | <b>ESITO SEVERO</b> – 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<br>Quali?   |  |   |
| Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti?<br>Note   |  |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |