

INCIDENT REPORTING ISTITUTI DI PENA

Scheda di segnalazione degli eventi

Struttura	<i>Evento rilevato</i>				
	<i>Evento avvenuto</i>				
Operatore	<i>Nome e Cognome (facoltativo)</i>				
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Coordinatore <input type="checkbox"/> Infermieri	<input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/> Personale di supporto <input type="checkbox"/> Altro	
Detenuto	<i>Nome e Cognome (facoltativo)</i>				
	<i>N° scheda nosologica</i>		Anno di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Luogo evento	<input type="checkbox"/> Infermeria		<input type="checkbox"/> Sezione detenzione	<input type="checkbox"/> Spazi comuni	
	<input type="checkbox"/> Degenza		<input type="checkbox"/> Area Trattamentale	<input type="checkbox"/> Altro.....	
	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica				
Data evento	Data	fascia oraria (turno) <input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notturmo <input type="checkbox"/> Festivo			
	Ora				
Tipo di prestaz.	<input type="checkbox"/> Urgente		<input type="checkbox"/> Programmato	<input type="checkbox"/> TSO/ASO	
Regime di prestazione			<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Prestazione reparto degenza	
			<input type="checkbox"/> Prestazione in cella	<input type="checkbox"/> Altro.....	

Descrizione dell'evento (in modo sintetico, ma esaustivo) Che cosa è successo? Dove? Come e perché è successo? Chi si è accorto che stava accadendo/è accaduto? Come è stato trattato nell'immediato l'evento?

Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)

<i>Fattori legati al paziente</i>	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/>	<i>Fattori legati al personale</i>	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/elevato turnover	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>		Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>
Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>	Insuccesso nel far rispettare protocollo/procedure		<input type="checkbox"/>	
Presenza scorciatoia/regola non seguita	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata comunicazione		<input type="checkbox"/>	
Inadeguate conoscenze/inesperienza	<input type="checkbox"/>	Mancato/inadeguato apparecch. /dispositivo		<input type="checkbox"/>	
Fatica/stress	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeg. manutenzione appar/dispositivo		<input type="checkbox"/>	
Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta	<input type="checkbox"/>	Mancato/inadeguato materiale di consumo		<input type="checkbox"/>	
Inadeguata supervisione/tutoraggio	<input type="checkbox"/>	Inadeguata gestione interfaccia	<input type="checkbox"/>		
Difficoltà nel lavoro di equipe	<input type="checkbox"/>	Inadeguata organizzazione cambio turno	<input type="checkbox"/>		
Mancata verifica preventiva apparecch./dispositivi	<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>		
Mancata/inadeguata informazione/comunicazione al paziente	<input type="checkbox"/>	Interferenze ambientali	<input type="checkbox"/>		

Altri fattori (specificare):

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini/prestazioni sanitarie? SI NO

<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico/ reintervento chir	<input type="checkbox"/> Indagine di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica
<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Indagine radiologica	<input type="checkbox"/> Medicazione
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Altro.....

I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database

Da questo punto in poi la compilazione avviene con il coinvolgimento del referente medico della Struttura

ESITO DELL'EVENTO (indicare solo una risposta)

Quasi Evento	SITUAZIONE PERICOLOSA – Condizione rischiosa	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	EVENTO INTERCETTATO – Evento occorso, ma intercettato (<u>prima</u> del coinvolgimento del paziente)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	NESSUN ESITO – Evento occorso che non richiede visita medica/ osservazioni/ monitoraggi extra	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE – Evento occorso che ha richiesto visita medica/ rivalutazione/ osservazioni/ monitoraggi extra (es. rilevazione parametri vitali)	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali (esecuzione/ ripetizione di esame del sangue/ urine/ ecografia/ Rx, ...) e/o trattamenti semplici (bendaggi, analgesici, ..)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali complessi (TAC/ RM/ Angio,...) o trattamenti complessi (ammie vasoattive, cortisonici, antagonisti, suture, ecc.) e/o modifica/cancellazione del trattamento programmato	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO – evento occorso che ha richiesto ammissione in ospedale o prolungamento (significativo) della degenza e/o condizioni che permangono alla dimissione e/o trasferimento in terapia semi-intensiva/intensiva non pianificato e/o intervento chirurgico non programmato	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	<input type="checkbox"/> Raro (> 5 anni)	<input type="checkbox"/> Basso (ogni 1-5 anni)	<input type="checkbox"/> Medio (annuale)
	<input type="checkbox"/> Alto (mensile)	<input type="checkbox"/> Altissimo (settimanale)	
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Nessuno (livelli 1-2-3)	<input type="checkbox"/> Minore (livello 4)	<input type="checkbox"/> Moderato (livello 5)
	<input type="checkbox"/> Medio (livello 6)	<input type="checkbox"/> Severo (livelli 7-8)	

CAUSE DELL'EVENTO (è possibile indicare più di una risposta)

Errori Umani			Ambiente e tecnologia
<input type="checkbox"/> Knowledge (fallimenti conoscenza)	<input type="checkbox"/> Skill (distrazione/lapsus)		<input type="checkbox"/> Progettazione/pianificazione
<input type="checkbox"/> Qualificazione	<input type="checkbox"/> Coordinamento	<input type="checkbox"/> Verifica preventiva	<input type="checkbox"/> Costruzione/installazione di struttura/ apparecchiature /materiale
<input type="checkbox"/> Vigilanza	<input type="checkbox"/> Azioni		
Errori organizzativi			Altri fattori
<input type="checkbox"/> Protocolli/procedure	<input type="checkbox"/> Passaggio conoscenze/informazioni		<input type="checkbox"/> Fattori paziente
<input type="checkbox"/> Priorità gestione	<input type="checkbox"/> Cultura		<input type="checkbox"/> Fattori inclassificabili

Le AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO sono identificabili al momento della segnalazione

SI NO In corso di definizione

Se SI compilare quadro sottostante (è possibile indicare più di una risposta)

<input type="checkbox"/> Stesura/revisione protocollo/ procedura/ documentazione	<input type="checkbox"/> Acquisizione/sostituzione/riparazione presidi/attrezzatura /tecnologie
<input type="checkbox"/> Riorganizzazione personale/processo	<input type="checkbox"/> Cambiamenti strutturali/logistici
<input type="checkbox"/> Formazione/addestramento personale	<input type="checkbox"/> Altro
Specificare	
Specificare gli strumenti utilizzati o che si programma di utilizzare (raccolta ulteriori informazioni, audit, SEA, discussione con equipe, root cause analysis,...)	

SI <input type="checkbox"/> Evento Sentinella Class. Min. Salute	Le azioni di Riduzione del Rischio hanno una rilevanza:
SI <input type="checkbox"/> Evento Critici Classificati Amm. Penit.	
<input type="checkbox"/> Di singolo Istituto	<input type="checkbox"/> Di rilievo Regionale

- 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 similari. Per questo, **in caso di eventi previsti in altri sistemi di segnalazione (es. farmacovigilanza, dispositivivigilanza, emovigilanza, Infortuni sul lavoro,.....) è necessario compilare le schede specifiche dei diversi sistemi**.
- La prima parte della scheda può essere compilata anche in forma anonima, e in ogni caso, dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, **qualsiasi dato riguardante l'operatore e il paziente verrà reso anonimo**.