

PROCEDURA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO MEDICINA LEGALE E QUALITA' DIRETTORE DOTT. M. MELLACINA	VERS. 2 17/09/2025	Pag.1 di 25
------------------	---	-------------------------------	--------------------

PROCEDURA DI SEGNALAZIONE EVENTI CON SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
Vers.1 01.10.2022 Vers. 2 17/09/2025	Responsabile F.O. Qualità e Risk Management <i>Dott. R. Masiero</i> Infermiere <i>Dott. Giuseppe Ippolito</i> F.TO	Direttore Sostituto UOC Professioni Sanitarie rete Ospedaliera <i>Dott. S. Di Mauro</i> Responsabile F.O. Qualità e Risk Management <i>Dott. R. Masiero</i>	Direttore UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott. M. Mellacina</i>	2 Anni
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			X

La procedura in oggetto è stata aggiornata e rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua revisione.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura.

Sommario

1. INTRODUZIONE	4
2. SCOPO / OBIETTIVI.....	5
2.1 SCOPO	5
2.2 OBIETTIVO.....	5
3. INCIDENT REPORTING	6
4. DESTINATARI.....	7
5. DEFINIZIONI.....	7
6 . LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA.....	9
7. DESCRIZIONE DELL' ATTIVITA'	10
7.1 PROCEDURA ATTRAVERSO APPLICAZIONE	10
7.2 PROCEDURA ATTRAVERSO CCE	11
8 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	16
9 . DIFFUSIONE.....	17
10 . BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA.....	18
ALLEGATO 1	18

1. INTRODUZIONE

La sorveglianza degli errori e degli eventi avversi acquisisce sempre maggiore importanza per identificare criticità e priorità di intervento in ambito sanitario quale indicatore della qualità dell'assistenza.

L'Incident reporting è un sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni complesse e ad alto rischio, come quella aeronautica o nucleare, successivamente adeguato al contesto sanitario, e che consente di rilevare situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e pazienti, dovute a criticità organizzative e/o ad errori. È uno strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, causati involontariamente spesso per criticità latenti e che procurano un danno al paziente. È possibile segnalare situazioni di rischio, il cosiddetto near miss o “evento evitato”, che ha la potenzialità concreta di provocare un evento avverso che però non si verifica per effetto del caso fortuito, o perché intercettato da barriere efficaci che ne impediscono il compimento. Infine, ci sono gli eventi avversi senza danno che si verificano ma che non procurano danno o altri effetti indesiderati al paziente (Ministero della salute, 2007) ma che in ogni caso sono tutti meritevoli di approfondimenti per la potenzialità dannosa e per impedirne il ripetersi.

Al fine di facilitare la segnalazione interna da parte dei propri operatori, ogni azienda si è dotata di uno specifico sistema di segnalazione degli eventi avversi, detto di “Incident Reporting”.

2. SCOPO / OBIETTIVI

2.1 SCOPO

Il presente documento descrive e regola le caratteristiche e le modalità di funzionamento del Sistema di segnalazione volontaria (Incident Reporting) nella ASL di Latina.

Scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria, oltre che anonima e quindi confidenziale, è sviluppare una cultura della “*non colpevolizzazione*” del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore o una non conformità alla cultura della sicurezza. Inoltre, si punta a sviluppare una maggior sensibilità verso la percezione, la rilevazione e la gestione del rischio, del patient safety e per l’esigenza di “imparare dall’esperienza” vissuta nei singoli contesti e processi organizzativi, affinché non si ripetano gli eventi segnalati.

2.2 OBIETTIVO

L’obiettivo è il miglioramento a ciclo continuo della sicurezza e qualità dei percorsi assistenziali.

L’attività di raccolta e analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati costituisce un bacino essenziale di dati e informazioni per la mappatura delle aree a maggior rischio, sia a livello aziendale che regionale.

L’analisi di un evento avverso o di un evento evitato è fondamentale per accrescere la consapevolezza sul livello di sicurezza dell’organizzazione e per acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio clinico e delle azioni di miglioramento da intraprendere.

3. INCIDENT REPORTING

L'Incident reporting rappresenta lo strumento per una risposta rapida alle situazioni di pericolo, perché normalmente la segnalazione avviene contemporaneamente all'evento, anche nell'ottica di contenimento dell'eventuale richiesta di risarcimento o contenzioso, anticipandone elementi utili per la gestione del sinistro e della sua definizione.

La segnalazione viene effettuata tramite un'apposita scheda scaricabile dalla sezione intranet del sito Aziendale.

In seguito alla ricezione della segnalazione tramite Incident Reporting e alla valutazione dei dati rilevati, la UOC Rischio Clinico può ritenere necessario convocare un Audit.

L' Audit è uno strumento finalizzato alla valutazione dei processi organizzativi di supporto alla attività sanitaria (Audit organizzativo) oppure valuta il processo assistenziale (Audit Clinico).

Le informazioni fornite con la scheda di segnalazione a cui segue l'Audit consentono al Risk Manager aziendale di analizzare gli eventi segnalati al fine di identificare i fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento segnalato o della situazione di rischio e condividere con le strutture interessate le possibili correzioni per prevenire la ripetizione degli stessi o contenere l'eventuale danno causato.

4. DESTINATARI

La presente procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari e non afferenti all'Asl di Latina, in tutti quei casi in cui vengono erogate prestazioni assistenziali ai pazienti in ogni attività diagnostica e terapeutica.

5. DEFINIZIONI

AUDIT: revisione strutturata e multidisciplinare per confrontarsi sulle criticità rilevate nell'evento in esame per formulare proposte di miglioramento dell'assistenza.

CCE: Cartella Clinica Elettronica

CLINICAL RISK MANAGER: responsabile della gestione del rischio clinico aziendale.

DANNO: alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica.

DPO: Direttore di Presidio Ospedaliero

DSA: Direttore Sanitario Aziendale

GRAVE DANNO: qualsiasi conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso, rappresentato da esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale: morte, disabilità permanente, coma, stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione, trauma maggiore conseguente a caduta di paziente, trasferimento ad unità di terapia intensiva, re intervento chirurgico, rianimazione cardiorespiratoria, richieste di trattamenti psichiatrici o psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura, reazione trasfusionale conseguente ad

incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kelly, Lewis, danno non grave o nessun danno correlati a chemioterapia o a trasfusione.

ERRORE: fallimento nella pianificazione e/o esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

ERRORE DI COMMISSIONE: si verifica come risultato di un'azione che doveva essere eseguita.

ERRORE DI ESECUZIONE: si verifica a causa di una errata esecuzione di azioni, adeguatamente pianificate.

ERRORE DI ATTENZIONE O DI PERCEZIONE: si verifica a causa di un deficit di attenzione o di percezione.

EVENTO AVVERSO: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile in condizioni prevedibili o non prevedibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

EVENTO SENTINELLA: accadimento che abbia comportato o che aveva la potenzialità di comportare morte o gravi danni, correlato al processo clinico assistenziale.

FACILITATORE: delegato di unità operativa per il rischio clinico che ha seguito un corso aziendale

INCIDENT REPORTING: sistema volontario di segnalazione di eventi o quasi eventi.

QUASI EVENTO O NEAR MISS: situazione di rischio che aveva la potenzialità di causare un evento avverso che non si è verificato per caso fortuito o perché intercettato.

RCA (Root Cause Analysis): analisi delle cause profonde

6 . LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA

(“Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2024”):

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostica-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kelly, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici / apparecchiature elettromedicali

18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

7. DESCRIZIONE DELL' ATTIVITA'

7.1 Procedura attraverso applicazione

Il sistema richiede la compilazione di una scheda di segnalazione che costituisce parte integrante della presente procedura, la scheda sarà compilabile dal sito internet aziendale. La compilazione della scheda di segnalazione non sostituisce eventuali denunce alle autorità giudiziarie.

Dopo aver verificato che il proprio browser sia aggiornato all'ultima versione, bisogna collegarsi al sito aziendale www.ausl.latina.it e nell' homepage, nella colonna a sinistra, in area riservata ASL, cliccare su INTRANET.

Si avrà accesso all'applicazione INCIDENT REPORTING dove sarà possibile compilare il documento pdf in tutte le sue parti. Il file va salvato sul pc e spedito dall' indirizzo di posta elettronica della UOC di appartenenza allegando il file precedentemente salvato al seguente indirizzo e-mail: rischioclinico@ausl.latina.it.

Qualora non fosse possibile l'invio tramite l'indirizzo mail della UOC di appartenenza è possibile utilizzare il proprio indirizzo mail aziendale.

Si ricorda che lo strumento di segnalazione mediante incident reporting ha carattere confidenziale e pertanto le schede ricevute dalla UOC Rischio Clinico saranno trattate in assoluto anonimato.

7.2 Procedura attraverso CCE

In alternativa alla precedente procedura e con l'avvio della CCE (Cartella Clinica Elettronica), l'invio del documento "incident reporting" può avvenire compilando il file direttamente dall'applicato "Ellipse".

Di seguito le modalità operative:

1. Accedere al sito www.ausl.latina.it e cliccare la sezione INTRANET



Nella home page del sito aziendale cliccare su *"Intranet"*

2. Cliccare su "Applicativi aziendali" e successivamente su "Ellipse Cartella Clinica Informatizzata"



Flyer Sapienza Cares 4 Carers



Aggiornamenti Automatici Windows



Applicazioni Aziendali



Portale intranet



Rassegna Stampa



Corsi Aziendali



Documenti Outsourcing



Modulistica Credenziali



Video Tutorial Cisco Web



Cliccare su “*Applicazioni Aziendali*” e successivamente su “*ELLIPSE – Cartella clinica informatizzata*”



WebCare



Screening



ELLIPSE - cartella clinica informatizzata



MEDIRES



AVCP Web - Gare d'appalto



Tessera Sanitaria



GLPI - Richieste Helpdesk



Dipartimento di Prevenzione



SANPAC - Contabilità Analitica



Cisco Webex



Alfresco - documentale Regione La:

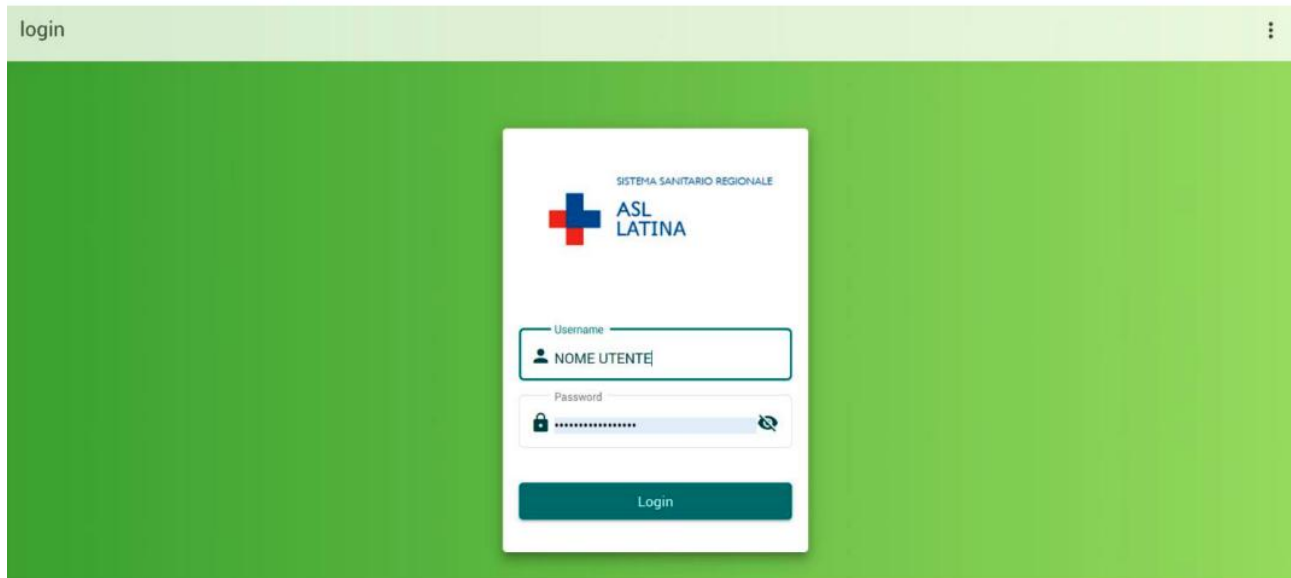


Ricette Online SIRE

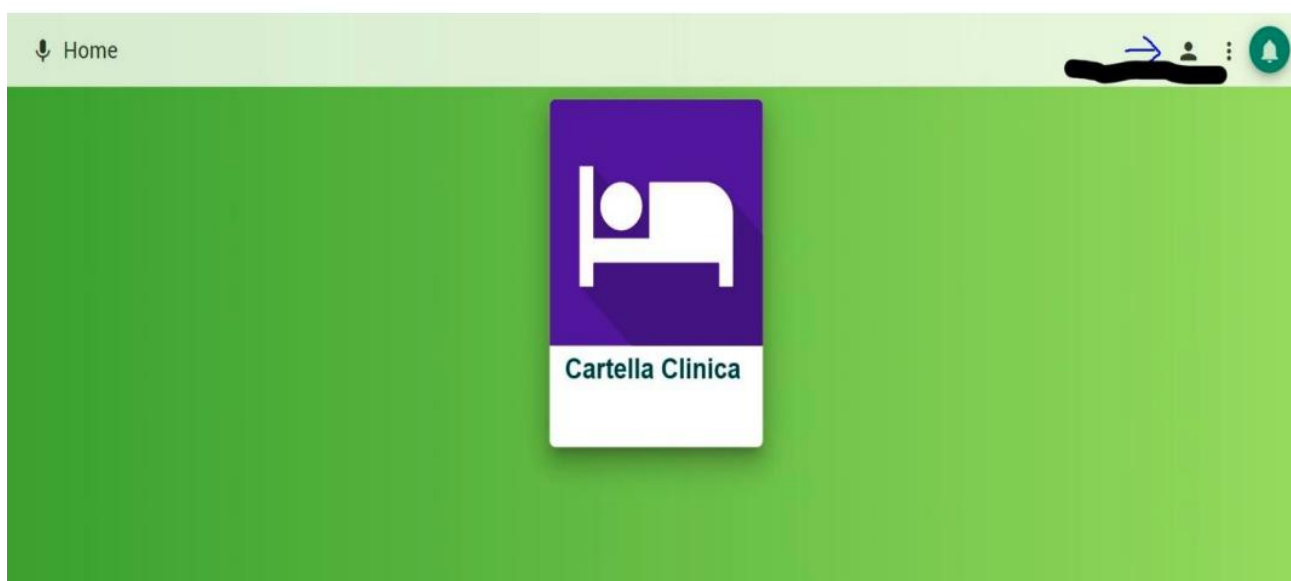
Si entra nella pagina di Log In della CCE, inserire “*NOME UTENTE*” e “*PASSWORD*”;

3. Eseguire login inserendo “nome utente e Password personale”

login



4. Cliccare sull'icona "Cartella Clinica"



5. Cliccare sulla dicitura " Incident reporting" presente nel cruscotto alla sinistra della schermata di visualizzazione

Lista Pazienti

Segnalazioni Aggressioni

Incident Reporting

Attività infermieristiche

Tipologia di lista

Ricoveri in corso

Cerca nella lista...

Filtri veloci

Pazienti ricoverati

cancella

31 / 31

Inserisci i termini di ricerca separati da virgola. Es.: De Amicis,Rossi oppure 2020000016,Spalla

Paziente	Nosologico	Braccialeto	Stanza	Letto	Data di ri...	Reparto di Ricovero
PROVAA PROVAA 01/01/1950 (73 anni)	2022036363				29/08/2022 19:30	MALATTIE INFETTIVE
PROVA CATERINA 31/10/1938 (84 anni)	2022000004				06/12/2022 12:38	MALATTIE INFETTIVE
PROVA PROVA 01/01/2002 (21 anni)	2022100025	2022100025			21/06/2022 16:03	MALATTIE INFETTIVE
PROVA DUE 01/02/2016 (7 anni)	2022001393	2022001393			27/06/2022 00:00	CARDIOLOGIA
MARCHESE PRIMO 06/10/2022 (0 anni)	2022001401	2022001401			07/10/2022 00:00	NIDO LATINA
MARCHESE BARBARA 16/02/1968 (55 anni)	2022001400	2022001400			07/10/2022 11:13	OSTETRICIA
PROVA LUCREZIA 02/11/2005 (17 anni)	2022020401	777777			28/10/2022 11:13	OSTETRICIA GINECOLOG
PROVA NEONATO 27/03/2023 (0 anni)	2023005489				09/03/2023 12:57	NIDO FONDI

6. Compilare il file in tutte le sue voci e premere il tasto di conferma in fondo a destra della schermata

Lista Pazienti Segnalazioni Aggressioni Incident Reporting Attività infermieristiche	SCHEDA DI INCIDENT REPORTING Segnalazione di: ☐ evento avverso ☐ evento potenzialmente dannoso (near miss) Compilata da: ☐ Medico ☐ Coordinatore ☐ Infermiere ☐ Ruolo non Sanitario ☐ Fisioterapista ☐ Tecnico ☐ Ostetrica ☐ Oss/Ota ANNI DI SERVIZIO: L'evento ha provocato / poteva provocare danni a persone? ☐ Sì ☐ No Valutazione Danno: ☐ Morte ☐ Rischio Grave ☐ Rischio Lieve ☐ Danno Grave ☐ Danno Lieve DATI RELATIVI ALLA PERSONA: ☐ Paziente ☐ Visitatore ☐ Operatore (solo in caso di violenza)
--	--

7. Verrà generato in automatico il report presente nell'icona a forma di campana in alto a destra della schermata



8. Cliccare sul report generato e cliccare sulla dicitura “download”

9. Salvare il file pdf sul pc aziendale

10. Inviare tramite mezzo mail con l’indirizzo di posta elettronica delle UOC d’appartenenza il file precedentemente salvato ed inviarlo all’indirizzo rischioclinico@ausl.latina.it.

Qualora non fosse possibile l’invio tramite l’indirizzo mail della UOC di appartenenza è possibile utilizzare il proprio indirizzo mail aziendale.

Si ricorda che lo strumento di segnalazione mediante incident reporting ha carattere confidenziale e pertanto le schede ricevute dalla UOC Rischio Clinico saranno trattate in assoluto anonimato.

8 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

FUNZIONE → ATTIVITÀ ↓	UOC Dir. Med. Dip.Prof. San.	UOC Rischio Clinico	Personale UOC/UOS
Informazione e diffusione scheda incident reporting (IR)		R	
Segnalazione Incident Reporting			R
Registro e archiviazione schede		R	
Organizzazione e realizzazione audit nell'area dove si è verificato l'evento		R	
Identificazione e adozione di misure di miglioramento con le strutture interessate e competenti	R	C	
Fornire interventi formativi, documentazione e consulenza per i casi più rilevanti	R	C	

R: Responsabile C: Coinvolto

9. DIFFUSIONE

La suddetta procedura verrà pubblicata sul sito aziendale www.ausl.latina.it, nella sezione Rischio Clinico sotto la voce “Raccomandazione e Procedure aziendali” per esser fruibile, scaricabile e nota a tutto il personale aziendale.

10 . BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

- 1 Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori”
Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- 2 WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety
Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
- 3 The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- 4 Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- 5 Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- 6 Presentazione del Manuale “Gestione del Rischio Clinico e sicurezza delle Cure
negli Ambulatori dei MMG e Pdf” *Roma, 16 marzo 2010*
- 7 A. Ferrari; A. Odone; N. Florindo “*La formazione nel risk management nelle
aziende sanitarie alla luce delle novità legislative*” *Acta Biomedica Pubmed*; 2017;
<https://doi.org/10.23750/abm.v%vi%i.674>; pmcid: pmc6142842
- 8 C.Calamandrei, “*Manuale di management per le professioni sanitarie*” 4^a
Edizione MC Grawhill 2022
- 9 Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili
sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
- 10 Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio
2024 :
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me

Allegato 1

U.O.C. RISCHIO CLINICO MEDICINA
LEGALE E QUALITA'

DIRETTORE Dott. Mario Mellacina

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

per la segnalazione spontanea di **eventi avversi** o potenzialmente dannosi (**near miss**)

Lo scopo principale della segnalazione è quello di imparare dall'esperienza ed è utile per non far ripetere situazioni pericolose, per garantire una maggiore serenità degli Operatori e per migliorare l'ambiente lavorativo.

Data di compilazione

STRUTTURA - SEDE	UNITA' OPERATIVA

Tel. UOC e-mail

Quando è avvenuto l'evento?

Data Orario

SEGNALAZIONE DI: ☐ evento avverso ☐ evento potenzialmente dannoso (near miss).
☐ evento sentinella

COMPILATA DA: (1 sola risposta)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ MEDICO | ☐ FISIOTERAPISTA |
| ☐ COORDINATORE | ☐ TECNICO |
| ☐ INFERMIERE | ☐ OSTETRICA |
| ☐ RUOLO NON SANITARIO | ☐ OSS/OTA |

ANNI DI SERVIZIO

L'evento ha provocato / poteva provocare danni a persone? ☐ SI ☐ NO

VALUTAZIONE DANNO (1 sola risposta)

☐ DANNO GRAVE ☐ DANNO LIEVE ☐ RISCHIO GRAVE ☐ RISCHIO LIEVE

Che tipo di danno è stato riportato? (RISPONDERE SOLO IN CASO DI DANNO GRAVE)

- ☐ MORTE
- ☐ DISABILITA' MAGGIORE
- ☐ COMA
- ☐ TRAUMA MAGGIORE
- ☐ STATO DI MALATTIA CHE DETERMINA PROLUNGAMENTO DELLA DEGENZA O CRONICITA'
- ☐ REINTERVENTO CHIRURGICO
- ☐ RIANIMAZIONE CARDIO-RESPIRATORIA
- ☐ TRASFERIMENTO AD ALTRA UNITA' SEMINTENSIVA O DI TERAPIA INTENSIVA
- ☐ RICHIESTA DI TRATTAMENTI PSICHIATRICI E PSICOLOGICI SPECIFICI
- ☐ REINTERVENTO CHIRURGICO
- ☐ REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITA' ABO, Rh, Duffy, Kelly, Lewis
- ☐ DANNO CORRELATO A CHEMIOTERAPIA
- ☐ RITARDO DIAGNOSTICO CHE COMPORTA GRAVI RIPERCUSSIONI SULLA PROGNOSI
- ☐ Altro (Specificare)

Dati relativi alla persona: ☐ Paziente ☐ Visitatore ☐ Operatore (solo in caso di violenza)

Cognome Nome Rad

Nato/a il Sesso ☐ M ☐ F

In quale turno di lavoro si è verificato l'evento dannoso o potenzialmente dannoso?

☐ Mattina. ☐ Pomeriggio ☐ Notturmo ☐ Cambio turno ☐ Altro

Luogo in cui si è verificato l'evento (1 sola risposta):



- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Reparto (camera) | ☐ Pronto Soccorso/OBI | ☐ Spazi Comuni |
| ☐ Sala Parto | ☐ Reparto (bagno) | ☐ Sala Operatoria |
| ☐ Spazi Aperti | ☐ Scale | ☐ Reparto (corridoio) |
| ☐ Ambulatorio Ospedaliero | ☐ Ambulatorio Distretto | ☐ |

DESCRIZIONE DELL'EVENTO:

N.B: In caso di infortunio (es: Caduta) **NON VA COMPILATA LA PRESENTE SCHEDA,**
 bensì la scheda di notifica **obbligatoria di infortunio, da inviare alla direzione sanitaria.**

RILEVAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI INTERVENTO:

Evento correlato a procedure/prestazioni (1 sola risposta)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ ritardo proc. Diagnostica | ☐ mancata proc. Diagnostica | ☐ inadeguata proc. Diagnostica |
| ☐ ritardo proc. Chirurgica | ☐ mancata proc. Chirurgica | ☐ inadeguata proc. Chirurgica |
| ☐ ritardo prestaz. Assistenziale | ☐ ritardo prestaz. Assistenziale | ☐ inadeguata prestaz. Assistenziale |

Eventi particolari (1 sola risposta)

- | | |
|---|--|
| ☐ malf/malpos. Dispositivo Medico | ☐ evento correlato alla somministraz. Sangue |
| ☐ errore di paziente lato/sede | |

Tipologia di dispositivo Medico

A quanti eventi hai assistito negli ultimi 30 giorni? ☐ Nessuno ☐ Da 1 a 3

EVENTO CORRELATO ALLA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

(Attenzione: non confondere con sospetta reazione avversa a farmaco, per la quale deve essere sempre compilata la scheda ministeriale ADR, all. I Decr. Min Sal. 12/12/2013)

Nome del Farmaco

Selezionare in quale fase della terapia farmacologica si è verificato l'evento

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| ☐ prescrizione | ☐ preparazione | ☐ somministrazione | ☐ monitoraggio |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|

Selezionare la tipologia di evento avverso o di near miss di terapia

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Paziente errato | ☐ Farmaco errato | ☐ Dosaggio errato |
| ☐ Errore di Trascrizione | ☐ Forma farmaceutica errata | |
| ☐ Tempi errati di somministrazione | ☐ Mancata somministrazione | |
| ☐ Mancato monitoraggio scadenza | ☐ Via di somministrazione errata | |
| ☐ Sottovalutazione delle possibili interazioni | ☐ Indicazione e posologia non autorizzate | |
| ☐ Prescrizione errata/mancante/confondibile | ☐ Etichetta/Contenitore errato | |

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE

- | | |
|---|--|
| ☐ Barriera Linguistica/culturale | ☐ Condizioni precarie Fragilità/infermità |
| ☐ Mancata adesione al progetto | ☐ Non cosciente e/o scarsamente orientato |
| ☐ Poco/Mancata autonomia | |

2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE

- | | |
|--|--|
| ☐ Difficoltà ad eseguire istruzioni/procedure | ☐ Fatica/Stress |
| ☐ Inadeguate conoscenze/inesperienza | ☐ Mancata Supervisione |
| ☐ Mancata verifica preventiva Apparecchiatura | ☐ Presa scorciatoia/Regola NON eseguita |
| ☐ Mancata/errata lettura Documentazione etichetta | ☐ Scarso lavoro di gruppo |

3) Fattori contribuenti legati al SISTEMA

- | | |
|--|---|
| ☐ Ambiente inadeguato | ☐ Gruppo nuovo/inesperto |
| ☐ Gruppo nuovo/inesperto | ☐ Mancato coordinamento |
| ☐ Insufficiente addestramento/inserimento | ☐ Mancata/inadeguatezza Attrezzature |
| ☐ Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo | ☐ Scarsa continuità assistenziale |
| ☐ Mancanza/inadeguata manutenzione attrezzature | ☐ Elevato turnover |
| ☐ Insuccesso nel fare rispettare Protocolli/Procedure | ☐ Staff inadeguato/insufficiente |
| ☐ Protocolli/procedure inesistenti/ambigua | |

INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO

- | | |
|--|--|
| ☐ Nessuna | ☐ Consulenza specialistica |
| ☐ ECG | ☐ Indagini di laboratorio |
| ☐ Indagini radiologiche | ☐ Intervento chirurgico |
| ☐ Medicazioni | ☐ Ricovero in reparto/trasferimento |

RILEVAZIONE DEI FATTORI MINIMIZZANTI**(da compilare SOLO in caso di near miss)****Quali fattori possono aver contribuito a minimizzare il rischio derivante dal near miss**

- | | |
|---|---|
| ☐ Tempestivo riconoscimento e di immediata azione correttiva | ☐ Informazione fornita dai familiari |
| ☐ Informazione fornita al paziente | ☐ Circostanze fortuite |
| ☐ Consultazione tra il personale | |

AZIONI SUGGERITE**Con il fine di ridurre la possibilità che l'evento avverso/near miss si ripeta**

- | | |
|---|--|
| ☐ Maggiore standardizzazione dei processi | ☐ Formazione più adeguata |
| ☐ Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative/assistenziali | |
| ☐ Miglioramento documentazione scritta sulle condizioni del paziente | |
| ☐ | |

TABELLA EVENTI SENTINELLA

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostica-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kelly, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa I 18 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici / apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente