



Arnas G. Brotzu
Data: 23/01/2026 11:43:20 PG/2026/0001381



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

MODULO DI INCIDENT REPORTING

Inviare a:

gestionerischio@aob.it

E p.c.:

[dirtsan.businco@aob.it](mailto:dirsan.businco@aob.it) / dirtsan.micro@aob.it /
direzionesanitaria.presidio@aob.it
ed eventualmente a: ufficio.legale@aob.it

**S.C. Qualità, Percorsi
Assistenziali e Gestione
del Rischio**

Presidio Ospedaliero: ☐ A. Businco ☐ A. Cao ☐ San Michele ☐ Unità Operativa:

Operatore che segnala l'evento

Nome:

Cognome:

Ruolo: ☐ Medico ☐ Infermiere-a / Ostetrico-a / Tecnico-a ☐ OSS ☐ Altro (specificare):

Dati relativi al Paziente

Nome e Cognome.....

Data di nascita Sesso ☐ F ☐ M

Regime di assistenza

☐ Ricovero Ordinario

☐ Ricovero DH / DS

☐ Ambulatoriale

☐ Altro (specificare):

Descrizione dell'evento

Raccontare come si sono svolti i fatti (indicare che cosa è successo, come e perché è successo, chi si è accorto di cosa stava accadendo/è accaduto):

Data: **ora:** **luogo** (camera, bagno, ambulatorio, etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'evento è stato documentato in cartella? ☐ SI ☐ NO ----- **Il danneggiato e/o i familiari sono stati informati dell'accaduto** ☐ SI ☐ NO

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di un fattore e più risposte)

Fattori legati al paziente e ai familiari	☐ Condizioni generali precarie/ fragilità/infermità ☐ Non cosciente/ scarsamente orientato ☐ Poca/ mancata autonomia ☐ Barriere linguistiche/culturali ☐ Scarsa compliance ☐ Condizioni sociali	Fattori Infrastrutturali - Ambientali	☐ Ambiente inadeguato (microclima) ☐ Assenza di barriere/sistemi/strumenti per la sicurezza con funzione di protezione ☐ Ambiente inadeguato (struttura) ☐ Fattori correlati agli impianti
Fattori legati al personale (fattori umani)	☐ Difficoltà nel seguire istruzioni / procedure ☐ Inadeguate conoscenze/ competenze/inesperienza ☐ Fatica/ stress /turni ☐ Presa scorciatoia/ regola non seguita ☐ Mancata/ inesatta lettura/compilazione della documentazione / etichetta ☐ Mancata supervisione del personale ☐ Carente lavoro di equipe ☐ Carente formazione/addestramento degli operatori ☐ Mancata verifica di presenza/funzione apparecchiature/dispositivi medici /materiale di consumo	Fattori tecnologici: Apparecchiature e Dispositivi Medici	☐ Fattori correlati all'uso di apparecchi elettromedicali ☐ Fattori correlati all'utilizzo di applicativi informatici ☐ Fattori correlati all'uso di dispositivi medici ☐ Mancanza/ inadeguatezza apparecchiature ☐ Mancanza inadeguatezza dispositivi medici ☐ Assenza/non rispetto del piano di manutenzione preventiva per apparecchiatura ☐ Assenza/non rispetto dei controlli programmati per il dispositivo specificare apparecchiatura..... specificare dispositivo
Fattori legati alla comunicazione	☐ Inadeguata comunicazione tra operatori sanitari ☐ Inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti ☐ Inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e familiari/accompagnatori ☐ Inadeguatezze nella documentazione sanitaria ai fini della corretta gestione clinica del paziente (irreperibile, illeggibile, poco chiara, incompleta)	Fattori legati al sistema/organizzativi	☐ Staff inadeguato/ insufficiente ☐ Insufficiente addestramento/ inserimento ☐ Gruppo nuovo/ inesperto ☐ Elevato turn-over ☐ Scarsa continuità assistenziale ☐ Protocollo/ procedura incompleta/ambigua ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure ☐ Mancato coordinamento ☐ Mancanza/inadeguatezza attrezzature ☐ Mancanza/ inadeguatezza materiale di consumo ☐ Mancanza di procedura/protocollo/percorso diagnostico terapeutico/istruzione operativa ☐ Inadeguatezza organizzazione turni

Altri fattori (specificare):



Arnas G. Brotzu
Data: 23/01/2026 11:43:20 PG/2026/0001381



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

MODULO DI INCIDENT REPORTING

Inviare a:

gestionerischio@aob.it

E p.c.:

dirsan.businco@aob.it / dirsan.micro@aob.it /
direzionesanitariapresidio@aob.it
ed eventualmente a: ufficio.legale@aob.it

**S.C. Qualità, Percorsi
Assistenziali e Gestione del
Rischio**

Suggerimenti per prevenire/evitare il ripetersi dell'evento

.....
.....

EVENTO		Per EVENTO AVVERSO con esito significativo e per ESITI EVENTO SENTINELLA è possibile barrare più di una voce.	
Evento potenziale	NEAR MISS	NESSUN ESITO Evento non accaduto per caso fortuito o perché intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma mai somministrato)	(Livello 1) ☐
	EVENTO SENZA DANNO	NESSUN ESITO Evento accaduto che non ha causato danno (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente, caduta senza danno, cancellazione o posticipazione del trattamento per errata preparazione, etc.)	(Livello 2) ☐
Evento effettivo	EVENTO AVVERSO	ESITO MINORE Necessità di: osservazioni monitoraggio extra e/o di ulteriore visita del medico	(Livello 3) ☐
		ESITO MODERATO Necessità di: indagini diagnostiche minori (es. esame di laboratorio) e/o trattamenti minori (es. bendaggi, farmaci analgesici)	(Livello 4) ☐
		ESITO RILEVANTE Necessità di: indagini radiologiche; trattamenti con altri farmaci;	(Livello 5) ☐
		ESITO SIGNIFICATIVO Presenza di: prolungamento della degenza ☐ intervento chirurgico ☐ condizioni che permangono alla dimissione ☐	(Livello 6) ☐
	EVENTO SENTINELLA	ESITO GRAVE Morte ☐ , Disabilità permanente ☐ , Coma ☐ , Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione ☐ , Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente ☐ , Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva ☐ , Re-intervento chirurgico ☐ , Rianimazione cardio respiratoria ☐ , Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio ☐ , Violenza subita nell'ambito della struttura ☐ , Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 ☐ , Altro ☐ (specificare):	(Livello 7) ☐

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

☐ Indagini di laboratorio ☐ Indagini radiologiche ☐ ECG ☐ Altre indagini	☐ Visita medica ☐ Consulenza specialistica ☐ Medicazioni	☐ Ricovero ☐ Trattamento con farmaci non altrimenti necessari ☐ Intervento chirurgico	☐ Trasferimento presso altro Reparto/Presidio Ospedaliero (specificare): ☐ Altro (specificare):
---	---	--	--

Quali accorgimenti son stati intrapresi o si intende intraprendere a seguito dell'evento?

☐ Audit interno ☐ Stesura/revisione protocollo/procedura	☐ Modifica organizzativa ☐ Formazione/addestramento	☐ Utilizzo presidi/attrezzatura ☐ Altro (specificare):
---	--	---

Eventuali ulteriori commenti:

Firma leggibile dell'Operatore che segnala l'evento: