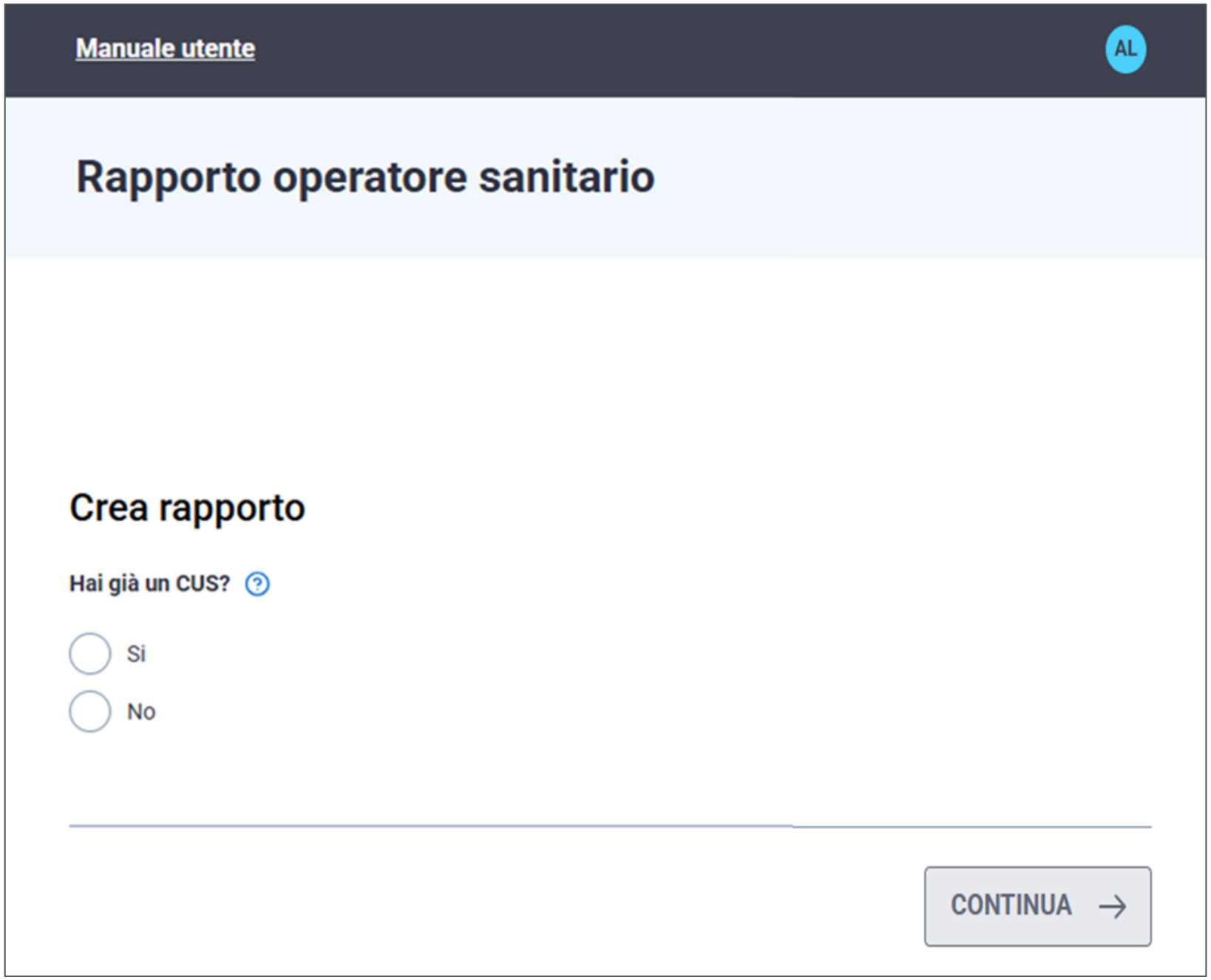
PROCEDURA DI SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

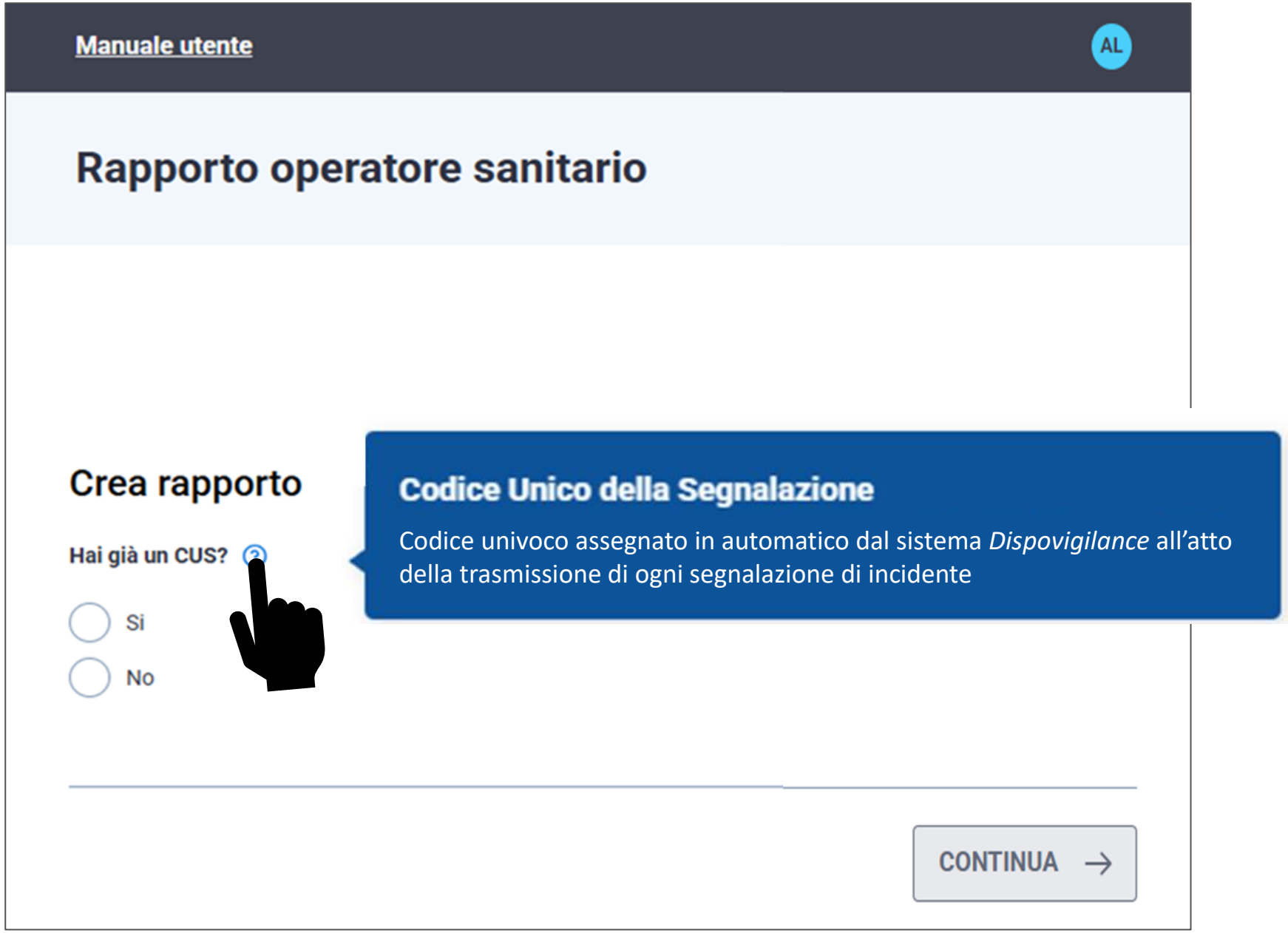
https://nsis-ids.sanita.it/nidp/loginspid_cittadino.jsp?target=https://sisn.salute.gov.it/app/dincfe

ACCESSO CON SPID

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO



SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO



SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO



SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

Crea rapporto

1 **Informazioni amministrative** — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Informazioni amministrative

Tipo di incidente* ⓘ

( ) Grave ( ) Diverso da grave

Incidente rilevato da*

( ) Operatore sanitario ( ) Utilizzatore profano/paziente

Operatore sanitario che ha rilevato l'incidente

Nome*

Inserisci nome

Cognome*

Inserisci cognome

Email*

Inserisci email

Numero di telefono*

Inserisci telefono

Data compilazione modulo*

09/03/2026

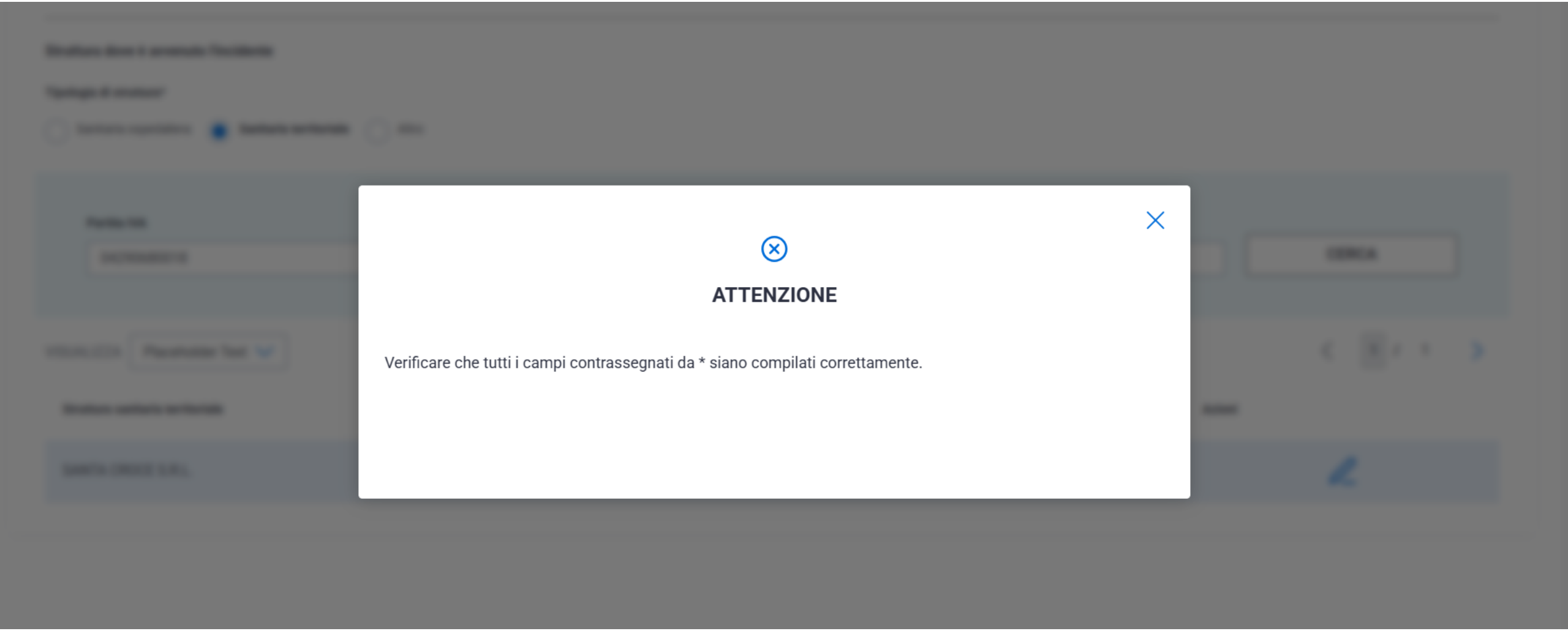
Data in cui l'operatore sanitario è venuto a conoscenza dell'evento*

GG/MM/AAAA

INDIETRO

AVANTI

TUTTI I CAMPI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI



SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — **2 Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Luogo dell'incidente

Azienda sanitaria competente

Regione*

Seleziona regione

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

- ◯ Sanitaria ospedaliera
- ◯ Sanitaria territoriale
- ◯ Altro

INDIETRO

AVANTI

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 **Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Luogo dell'incidente

Azienda sanitaria competente

Regione*

PIEMONTE

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

(●) **Sanitaria ospedaliera** ( ) Sanitaria territoriale ( ) Altro

COLLEGAMENTO CON ANAGRAFICA NSIS

Struttura sanitaria ospedaliera*

Cerca struttura

CERCA

INDIETRO

AVANTI

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — **2 Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Struttura sanitaria ospedaliera*

TOR

CERCA

VISUALIZZA 10 per pagina

1 / 3

Struttura sanitaria ospedaliera	Azienda sanitaria territorialmente competente	Azioni
OSPEDALE MAURIZIANO - TORINO	TORINO I	
OSP.EVANGELICO VALDESE-TORINO	TORINO I	
CLINICA PINNA PINTOR	TORINO I	
OSPEDALE MAURIZIANO "UMBERTO I"- TORINO	TORINO I	
C.I.O.V. -OSP.EVANGELICO VALDESE-TORINO	TORINO I	
TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	TORINO IV	

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 **Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Azienda sanitaria competente

Regione*

PIEMONTE

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

(●) **Sanitaria ospedaliera** ( ) Sanitaria territoriale ( ) Altro



Struttura sanitaria ospedaliera
OSPEDALE MAURIZIANO - TORINO

Azienda sanitaria territorialmente competente
TORINO I

Cambia struttura

INDIETRO

AVANTI

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — **2 Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

○ Sanitaria ospedaliera ◉ **Sanitaria territoriale** ○ Altro

COLLEGAMENTO CON ANAGRAFICA NSIS E REGISTRO IMPRESE

Partita IVA

Inserisci partita IVA

CERCA

La ricerca non ha prodotto risultati. Controlla i dati inseriti e riprova, oppure cerca tramite Partita IVA.

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — **2 Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

PIEMONTE

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

Sanitaria ospedaliera — **Sanitaria territoriale** — Altro

RICERCA CON PARTITA IVA DAL REGISTRO IMPRESE

Partita IVA

04290680018

CERCA

La ricerca non ha prodotto risultati. Controlla i dati inseriti e riprova, oppure cerca tramite Partita IVA.

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — **2 Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

○ Sanitaria ospedaliera ◉ **Sanitaria territoriale** ○ Altro

Partita IVA

04290680018 CERCA

VISUALIZZA Placeholder Text 1 / 1

Struttura sanitaria territoriale	Partita IVA	Azioni
SANTA CROCE S.R.L.	04290680018	

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 **Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Luogo dell'incidente

Azienda sanitaria competente

Regione*

PIEMONTE

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

○ Sanitaria ospedaliera ◉ **Sanitaria territoriale** ○ Altro

INSERIRE SEMPRE L'AZIENDA COMPETENTE

Struttura sanitaria territoriale
SANTA CROCE S.R.L.

Partita IVA
04290680018

Cambia struttura

Azienda sanitaria territorialmente competente*

TO3

TALE INFORMAZIONE E' RICHIESTA ANCHE SE SI E' SELEZIONATA UNA STRUTTURA SANITARIA OSPEDALIERA

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 **Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Luogo dell'incidente

Azienda sanitaria competente

Regione*

PIEMONTE

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

- ○ Sanitaria ospedaliera
- ○ Sanitaria territoriale
- ◉ **Altro**

Specifica *

- ○ Ambulatorio (MMG/PLS/PRIVATO)
- ○ Farmacia di comunità
- ○ Domicilio

Azienda sanitaria territorialmente competente*

Seleziona azienda sanitaria

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 **Luogo dell'incidente** — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Luogo dell'incidente

Azienda sanitaria competente

Regione*

PIEMONTE

Struttura dove è avvenuto l'incidente

Tipologia di struttura*

- ○ Sanitaria ospedaliera
- ○ Sanitaria territoriale
- ◉ **Altro**

Specifica *

- ◉ **Ambulatorio (MMG/PLS/PRIVATO)**
- ○ Farmacia di comunità
- ○ Domicilio

Azienda sanitaria territorialmente competente*

Seleziona azienda sanitaria

- **Seleziona azienda sanitaria**
- TO3
- TO4
- TO5
- VC

INSERIRE SEMPRE L'AZIENDA COMPETENTE

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

Crea rapporto

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — **3 Informazioni sul dispositivo** — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Tipo di dispositivo

Scegli tipo di dispositivo*

- ( ) Dispositivo Medico
- ( ) Dispositivo Allegato XVI
- ( ) Dispositivo Medico - Diagnostico in Vitro

INDIETRO

AVANTI

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — **3 Informazioni sul dispositivo** — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Tipo di dispositivo

Scegli tipo di dispositivo*

(•) **Dispositivo Medico** ( ) Dispositivo Allegato XVI ( ) Dispositivo Medico - Diagnostico in Vitro

Cambia tipo dispositivo coinvolto

Dispositivo coinvolto

Tipologia dispositivo*

(•) Impiantabile ( ) Impiantabile attivo ( ) Software ( ) Kit ( ) Altro

Dispositivo medico | Dispositivo medico su misura

Fabbricante

Inserisci nome fabbricante

Numero di repertorio/Banca dati

Inserisci numero di repertorio/Banca dati

Codice attribuito dal fabbricante

Inserisci codice attribuito dal fabbricante

Nome commerciale

Inserisci nome commerciale

UDI-DI

Inserisci UDI-DI

CERCA

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — **3 Informazioni sul dispositivo** — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Tipologia dispositivo*

(•) **Impiantabile** ( ) Impiantabile attivo ( ) Software ( ) Kit ( ) Altro

Dispositivo medico

BASTA INIZIARE A SCRIVERE ANCHE SOLO LE PRIMA TRE LETTERE E AVVIARE LA RICERCA

Fabbricante

abb

Inserisci numero di repertorio/Banca dati

Codice attribuito dal fabbricante

Inserisci codice attribuito dal fabbricante

Nome commerciale

Inserisci nome commerciale

UDI-DI

Inserisci UDI-DI

CERCA

VISUALIZZA 10 per pagina

1 / 4

Fabbricante	Nome commerciale	Numero repertorio/Banca dati	Codice attribuito dal fabbricante	UDI - DI	Azioni
ABBCRFM XCBROFE K.J.U.	CAMICE MONOUSO CAMICE SANITARIO	1983706	1001		
ABBCRFM XCBROFE K.J.U.	CAMICE MONOUSO CAMICE SANITARIO	1983706	1001		
ABBCRFM XCBROFE K.J.U.	CAMICE MONOUSO CAMICE SANITARIO	1983706	1001		

CLICCANDO SUL DISPOSITIVO COINVOLTO I CAMPI SI AUTOCOMPILANO CON LE INFO CONTENUTE NELLA BANCA DATI DM

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — **3 Informazioni sul dispositivo** — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

CND
T0205

EMDN
Inserisci EMDN

Classe di rischio*
I

Nome commerciale*
CAMICE MONOUSO CAMICE SANITARIO

Codice attribuito dal fabbricante*
1001

Modello
Inserisci modello

Numero di repertorio/Banca dati

Data di scadenza
03/03/2026

Data impianto*
10/03/2024

Data di impianto
Se non conosci la data di impianto, ma il mese e l'anno, indica il 15 del mese. Se conosci solo l'anno, indica il 30 Giugno.

Fabbricante

DATA DI IMPIANTO OBBLIGATORIA PER GLI IMPIANTABILI

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — **3 Informazioni sul dispositivo** — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

TUTTE LE INFORMAZIONI SUL DISPOSITIVO SONO DA INSERIRE MANUALMENTE

Scegli tipo di dispositivo*

( ) Dispositivo Medico (•) **Dispositivo Allegato XVI** ( ) Dispositivo Medico - Diagnostico in Vitro

Cambia tipo dispositivo coinvolto

Informazioni dispositivo

Hai UDI? NO

Numero di serie*
Inserisci numero di serie

Lotto*
Inserisci lotto

Compilare almeno uno dei due campi

EMDN
Inserisci EMDN

Classe di rischio*
Seleziona classe di rischio

Nome commerciale*
Inserisci nome commerciale

Codice attribuito dal fabbricante*
Inserisci codice attribuito dal fabbricante

Modello
Inserisci modello

Numero di repertorio/Banca dati
Inserisci numero di repertorio/Banca dati

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — **3 Informazioni sul dispositivo** — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

ANCHE PER GLI IVD, COME PER I DM, LE INFORMAZIONI SONO INSERITE IN AUTOMATICO DALLA BANCA DATI NAZIONALE

Scegli tipo di dispositivo*

○ Dispositivo Medico ○ Dispositivo Allegato XVI ◉ **Dispositivo Medico - Diagnostico in Vitro**

Dispositivo coinvolto

Tipologia dispositivo*

Specifica

Tipologia dispositivo ☐ Nessuna di queste

Fabbricante

Inserisci nome fabbricante

Numero di repertorio/Banca dati

Inserisci numero di repertorio/Banca dati

Codice attribuito dal fabbricante

Inserisci codice attribuito dal fabbricante

Nome commerciale

Inserisci nome commerciale

UDI-DI

Inserisci UDI-DI

CERCA

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — **4 Dati relativi all'incidente** — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Dati incidente

Data dell'incidente*

GG/MM/AAAA

Classificazione dell'incidente *

Seleziona classificazione dell'incidente

Descrizione dell'incidente*

- **Seleziona classificazione dell'incidente**
- Grave minaccia per la salute pubblica
- Decesso
- Inaspettato serio peggioramento dello stato di salute
- Tutti gli altri incidenti da segnalare

Informazioni sul soggetto

Soggetto Coinvolto *

Seleziona soggetto coinvolto

Conseguenze dell'incidente *

Seleziona conseguenze dell'incidente

Età

Inserisci età

anni mesi

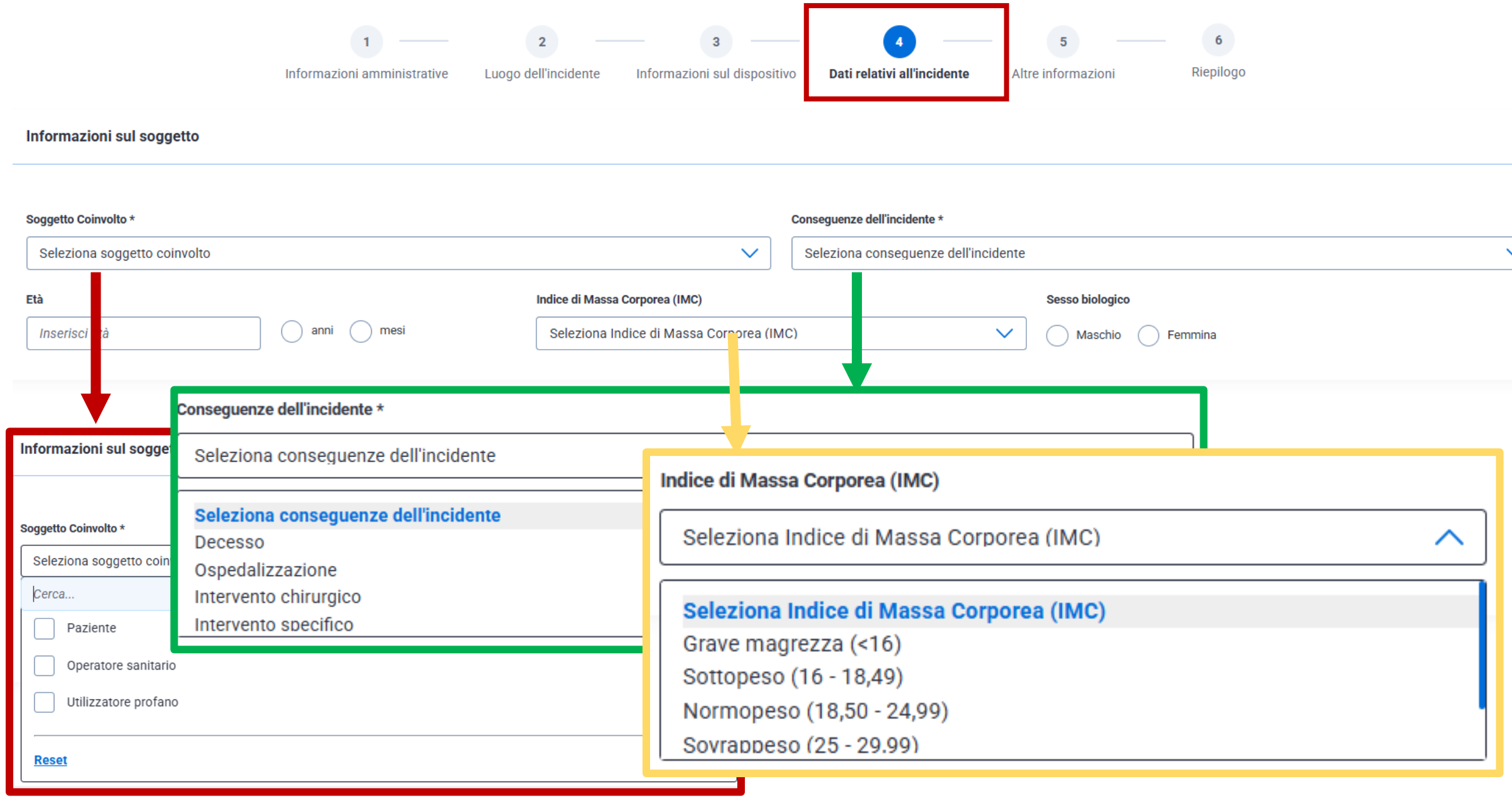
Indice di Massa Corporea (IMC)

Seleziona Indice di Massa Corporea (IMC)

Sesso biologico

Maschio Femmina

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO



SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — **5 Altre informazioni** — 6 Riepilogo

Indagine clinica post market

L'incidente con il dispositivo medico è avvenuto durante una indagine clinica post market (Post Market Clinical Follow-up – PMCF) *

○ Sì ○ No

Codice identificativo dell'indagine clinica (Post Market Clinical Follow-up, PMCF)

Inserire codice identificativo dell'indagine clinica

Comunicazione dell'incidente al fabbricante/mandatario

☐ Dichiaro di aver comunicato l'incidente al fabbricante/mandatario *

INDIETRO

CONFERMA

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 **Altre informazioni** — 6 Riepilogo

Indagine clinica post market

L'incidente con il dispositivo medico è avvenuto durante una indagine clinica post market (Post Market Clinical Follow-up – PMCF) *

(●) Sì ( ) No

Codice identificativo dell'indagine clinica (Post Market Clinical Follow-up, PMCF) *

32425235

Comunicazione dell'incidente al fabbricante/mandatario

☑ Dichiaro di aver comunicato l'incidente al fabbricante/mandatario *

LA DICHIARAZIONE AL FABBRICANTE E' OBBLIGATORIA PER FINALIZZARE LA TRASMISSIONE DELL'INCIDENTE

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 **Riepilogo**

Riepilogo

- **Informazioni amministrative**
- **Luogo dell'incidente**
- **Tipo di dispositivo**
- **Dati incidente**
- **Informazioni sul soggetto**
- **Indagine clinica post market**
- **Comunicazione dell'incidente al fabbricante/mandatario**

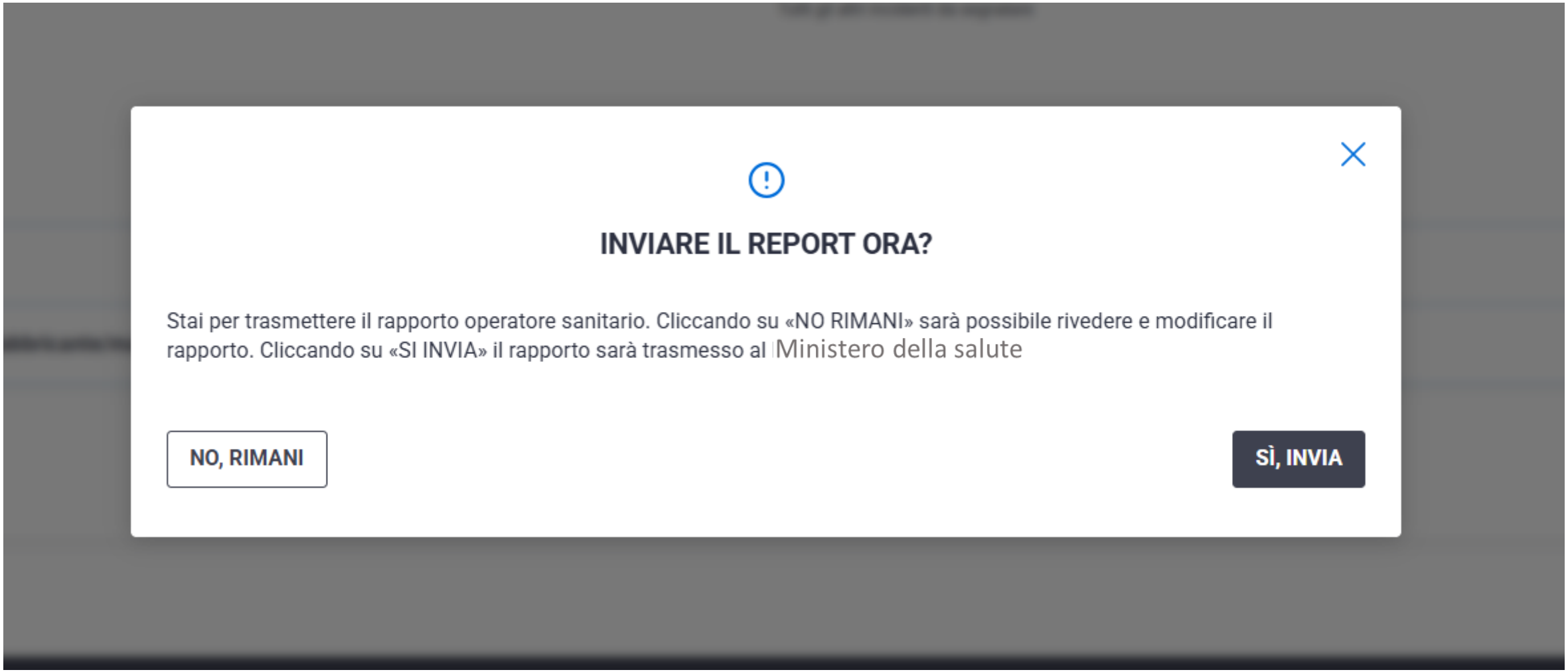


CLICCANDO SU CIASCUNA SESSIONE E' POSSIBILE VISUALIZZARE QUANTO INSERITO

INDIETRO

INVIA SEGNALAZIONE

SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO



SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO



RIEPILOGO IN PDF DOPO LA TRASMISSIONE DELL'INCIDENTE

Ministero della Salute

MODULO PER LA SEGNALAZIONE DEGLI INCIDENTI CON I DISPOSITIVI MEDICI E DISPOSITIVI DELL'ALLEGATO XVI
DEL REG. (UE) 2017/745

-RAPPORTO OPERATORE SANITARIO-

Dati Generali

CUS-26-30612
Data creazione del rapporto: 09/03/2026

Sezione 1 – Informazioni amministrative

Tipo di incidente: Grave
Incidente rilevato da: Operatore sanitario
Data compilazione modulo: 09/03/2026
Data in cui l'operatore sanitario è venuto a conoscenza dell'evento: 08/03/2026
-Operatore sanitario che ha rilevato l'incidente-
Nome: antonella
Cognome: campanale
Email: a.gdl@gmail.com
Numero di telefono: 3474473221

Sezione 2 – Luogo dell'incidente

Regione: 010 - PIEMONTE
-Struttura dove è avvenuto l'incidente-
Tipologia di struttura: Sanitaria territoriale
Struttura sanitaria ospedaliera:

Ministero della Salute

Modulo per la segnalazione degli incidenti con i dispositivi medici a dispositivi dell'Allegato XVI del Reg. (UE) 2017/745

Struttura sanitaria territoriale: SANTA CROCE S.R.L.
Altro:
Azienda sanitaria territorialmente competente: 203 - TO3

Sezione 3 – Informazioni sul dispositivo

Tipo di dispositivo coinvolto: Dispositivo Medico
-Dispositivo coinvolto-
Tipologia dispositivo: Impiantabile
UDI-DI:
UDI-PI:
Numero di serie: 123455
Lotto:
CND: T0205
EMDN:
Classe di rischio: I
Nome commerciale: CAMICE MONOUSO CAMICE SANITARIO
Codice attribuito dal fabbricante: 1001
Modello:
Numero di repertorio: 1983706
Data di scadenza: 03/03/2026
Data impianto: 10/03/2024
-Fabbricante-
Nome: ABBCRFM XCBROFE K.J.U.
-Mandatario-
Nome:

Sezione 4 – Dati relativi all'incidente

-Dati incidente-
Data dell'incidente: 01/03/2026
Classificazione dell'incidente: Tutti gli altri incidenti da segnalare
Descrizione dell'incidente: rotto il camice mentre lo indossavo
-Informazioni sul soggetto coinvolto-
Soggetto coinvolto: Operatore sanitario
Conseguenze sul soggetto coinvolto: Intervento specifico
Età: 43 anni
Indice di massa corporea(IMC):
Sesso biologico: Maschio

Ministero della Salute

Modulo per la segnalazione degli incidenti con i dispositivi medici a dispositivi dell'Allegato XVI del Reg. (UE) 2017/745

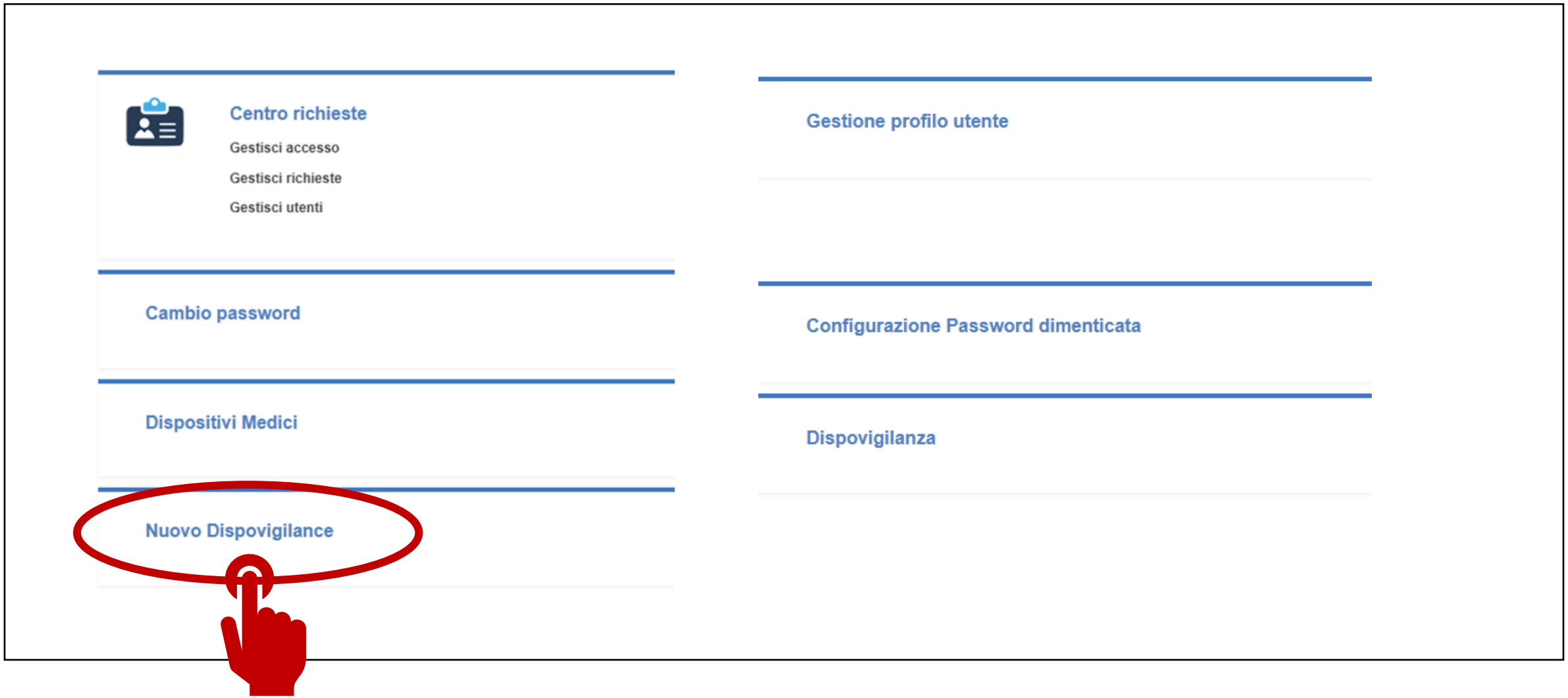
Sezione 5 – Altre informazioni

-Indagine clinica post market-
L'incidente con il dispositivo medico è avvenuto durante un'indagine clinica post market (Post Market Clinical Follow-up - PMCF): No
Codice identificativo dell'indagine clinica (Post Market Clinical Follow-up, PMCF):
-Comunicazione dell'incidente al fabbricante/mandatario-
Dichiaro di aver comunicato l'incidente al fabbricante/mandatario: SI

RLV

HOME PAGE DEL RLV IN NSIS

RLV ACCEDE A DISPOVIGILANCE CON LA PROPRIA UTENZA MI-XXXX E PASSWORD



Manuale utente

Dispovigilance

CLICCANDO SI VIENE REINDIRIZZATI ALLA PAGINA DEL SITO DI MDS DOVE SONO PRESENTI TUTTI I MANUALI PER CIASCUN UTENTE

RLV

CENTRO NOTIFICHE



Ciao **TERESA CUVO**

Inserisci una segnalazione

CARICA SEGNALAZIONE >

Segnalazioni di incidenti

Gestisci e monitora le segnalazioni ricevute

VISUALIZZA →

Strutture sanitarie della regione

Consulta l'elenco aggiornato delle strutture sanitarie attive nella tua area di competenza.

VISUALIZZA →

Dispovigilance



Ciao **TERESA CUVO**

Inserisci una segnalazione

CARICA SEGNALAZIONE

Crea rapporto

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Informazioni amministrative

Tipo di incidente*
Grave | Diverso da grave

Incidente rilevato da*
Operatore sanitario | Utilizzatore profano/paziente

Operatore sanitario che ha rilevato l'incidente

Nome* — Inserisci nome

Cognome* — Inserisci cognome

Email* — Inserisci email

Numero di telefono* — Inserisci telefono

Data compilazione modulo* — 09/03/2026

Data in cui l'operatore sanitario è venuto a conoscenza dell'evento* — GG/MM/AAAA

INDIETRO

AVANT

RLV PUO' INSERIRE UN RO COMPILANDO IL MODULO IN TUTTE LE SEZIONI DA SLIDE 1 A 6

Dispovigilance

Ciao **TERESA CUVO**



Inserisci una segnalazione

CARICA SEGNALAZIONE >

Segnalazioni di incidenti

Gestisci e monitora le segnalazioni ricevute

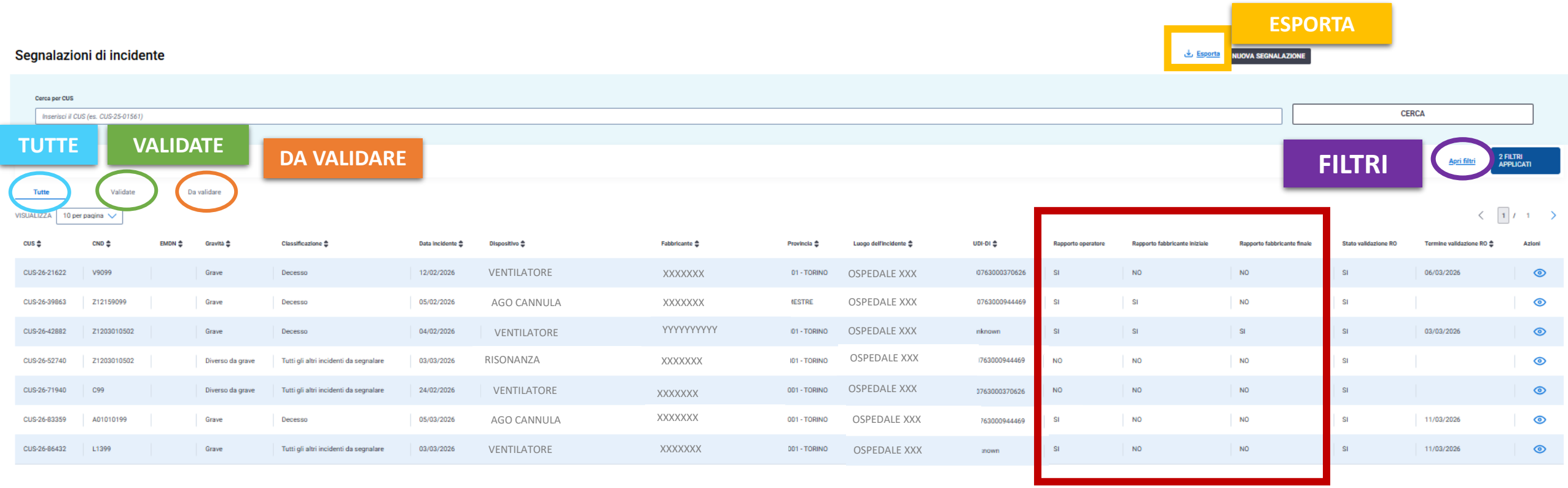
VISUALIZZA →

Strutture sanitarie della regione

Consulta l'elenco aggiornato delle strutture sanitarie attive nella tua area di competenza.

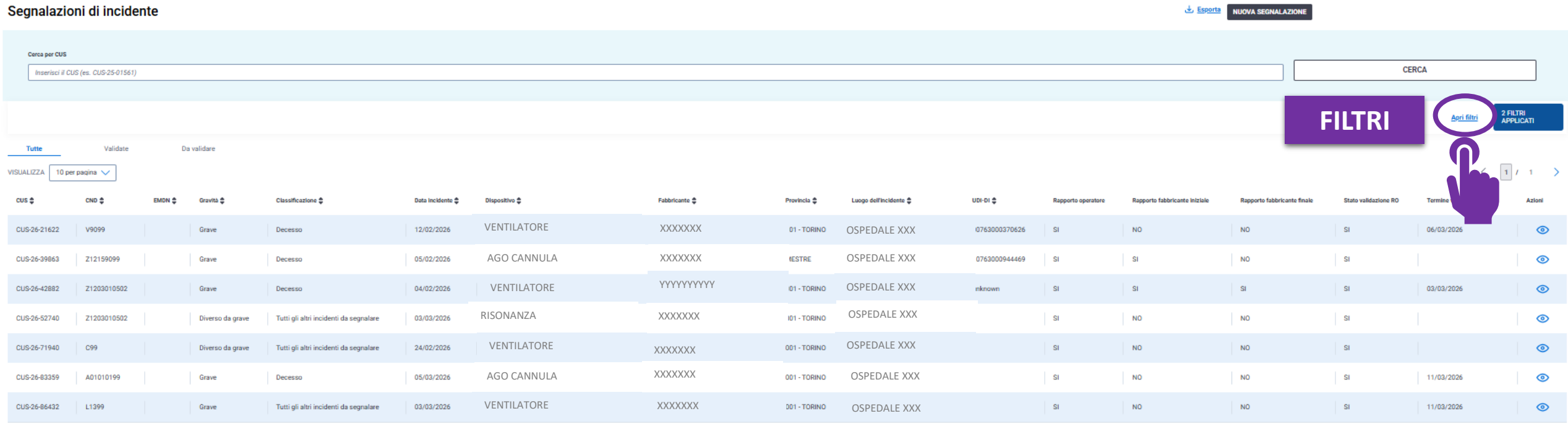
VISUALIZZA →

LISTA COMPLETA DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENTE

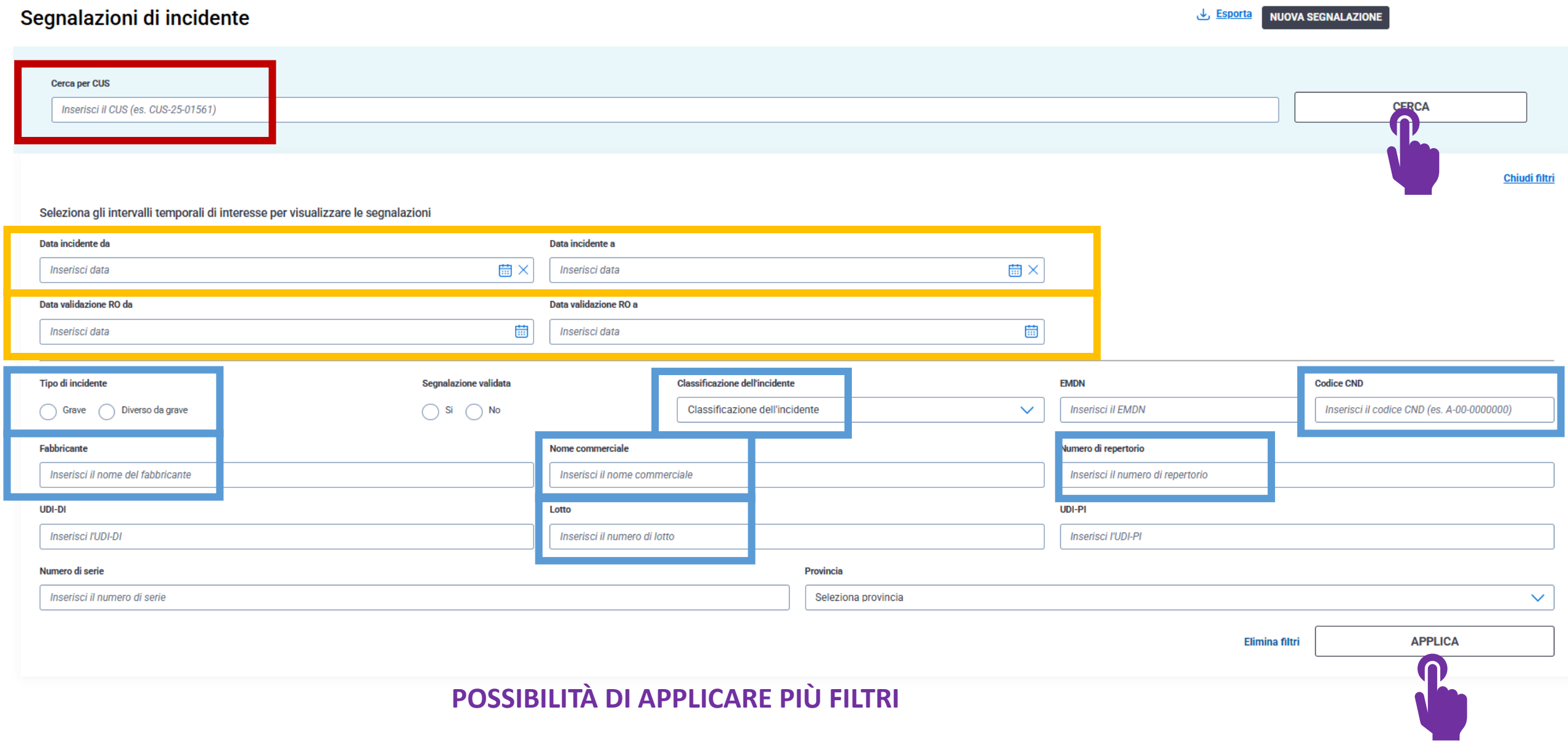


NB: GLI RLV POTRANNO VEDERE IN TABELLA ANCHE LE SEGNALAZIONI DI INCIDENTE NOTIFICATE DAI FABBRICANTI E VALIDATE DA MDS, ANCHE SE NON PRESENTE IL RELATIVO RO

FILTRI PER LA RICERCA DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENTE

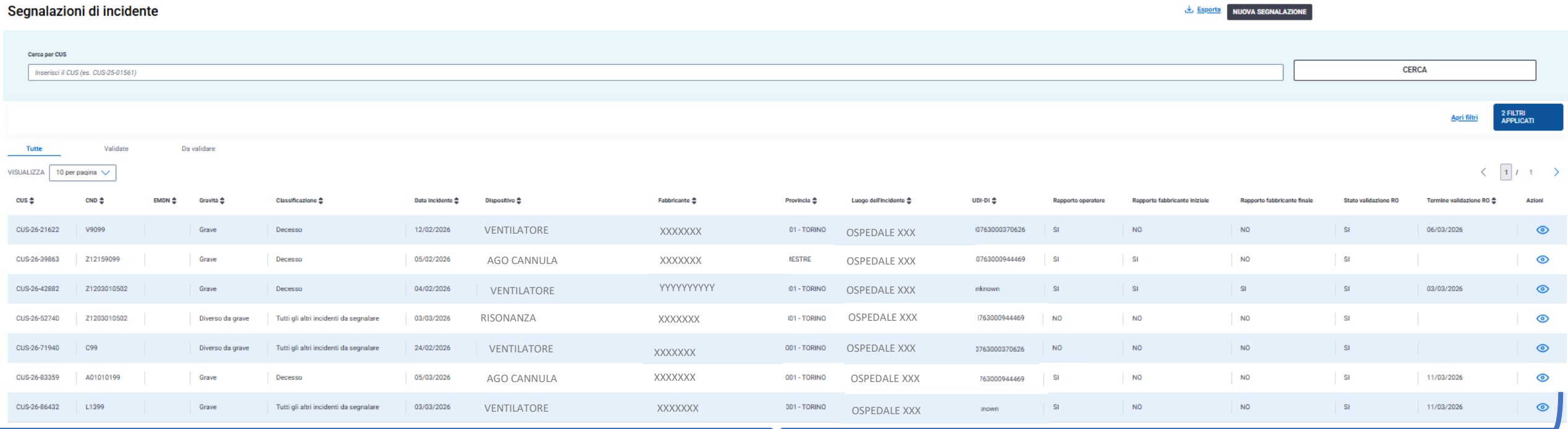


FILTRI PER LA RICERCA DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENTE



POSSIBILITÀ DI APPLICARE PIÙ FILTRI

DETTAGLIO DELLA TABELLA SEGNALAZIONI



DETTAGLIO DELLA TABELLA CHE VIENE VISUALIZZATA

CUS	CND	EMDN	GRAVITA’	CLASSIFICAZIONE	DATA INCIDENTE	DISPOSITIVO	FABBRICANTE	PROVINCIA	LUOGO INCIDENTE	UDI-DI	RO	RF INIZIALE	RF FINALE	STATO VALIDAZIONE	TERMINE VALIDAZIONE	AZIONI

LISTA SEGNALAZIONI DI INCIDENTE VALIDATE

AGO CANNULA

Segnalazioni di incidente

Esporta | NUOVA SEGNALAZIONE

Cerca per CUS

Inserisci il CUS (es. CUS-25-01561)

CERCA

Apri filtri | 1 FILTRO APPLICATO

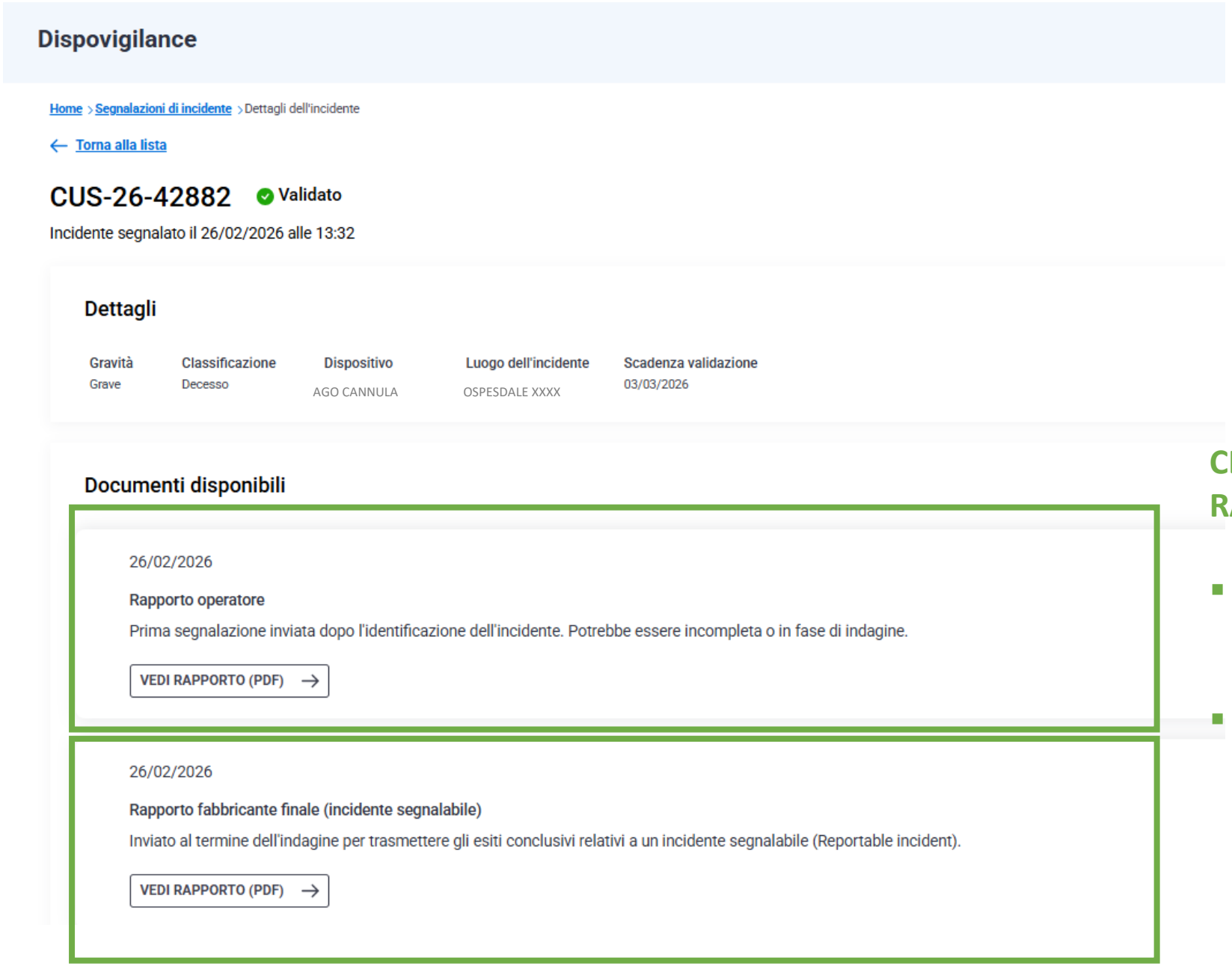
Tutte | **Validate** | Da validare

VISUALIZZA 10 per pagina

1 / 1

CUS	CND	EMDN	Gravità	Classificazione	Data incidente	Dispositivo	Fabbricante	Provincia	Luogo dell'incidente	UDI-DI	Rapporto operatore	Rapporto fabbricante iniziale	Rapporto fabbricante finale	Stato validazione RO	Termine valid	Azioni
CUS-26-21622	V9099		Grave	Decesso	12/02/2026	AGO CANNULA	FABBRICANTE XXXXXXX	001 - TORINO	OSPEDALE XX	00763000370626	SI	NO	NO	SI	06/03/2026	
CUS-26-39863	Z12159099		Grave	Decesso	05/02/2026	AGO CANNULA	FABBRICANTE ZZZZZZZ	001 - TORINO	PRESIDIO OSPEDALIERO	00763000944469	SI	SI	NO	SI		
CUS-26-42882	Z1203010502		Grave	Decesso	04/02/2026	MONITOR	FABBRICANTE XXXXXXX	001 - TORINO	OSPEDALE MARTINI	unknown	SI	SI	SI	SI	03/03/2026	
CUS-26-52740	Z1203010502		Diverso da grave	Tutti gli altri incidenti da segnalare	03/03/2026	AGO CANNULA	FABBRICANTE YYYYYYY	001 - TORINO	XXXX		SI	NO	NO	SI		
CUS-26-71703	J010199		Grave	Decesso	30/10/2025	ECG	FABBRICANTE XXXXXXX	001 - TORINO	XXXX	00763000078669	SI	NO	SI	SI		

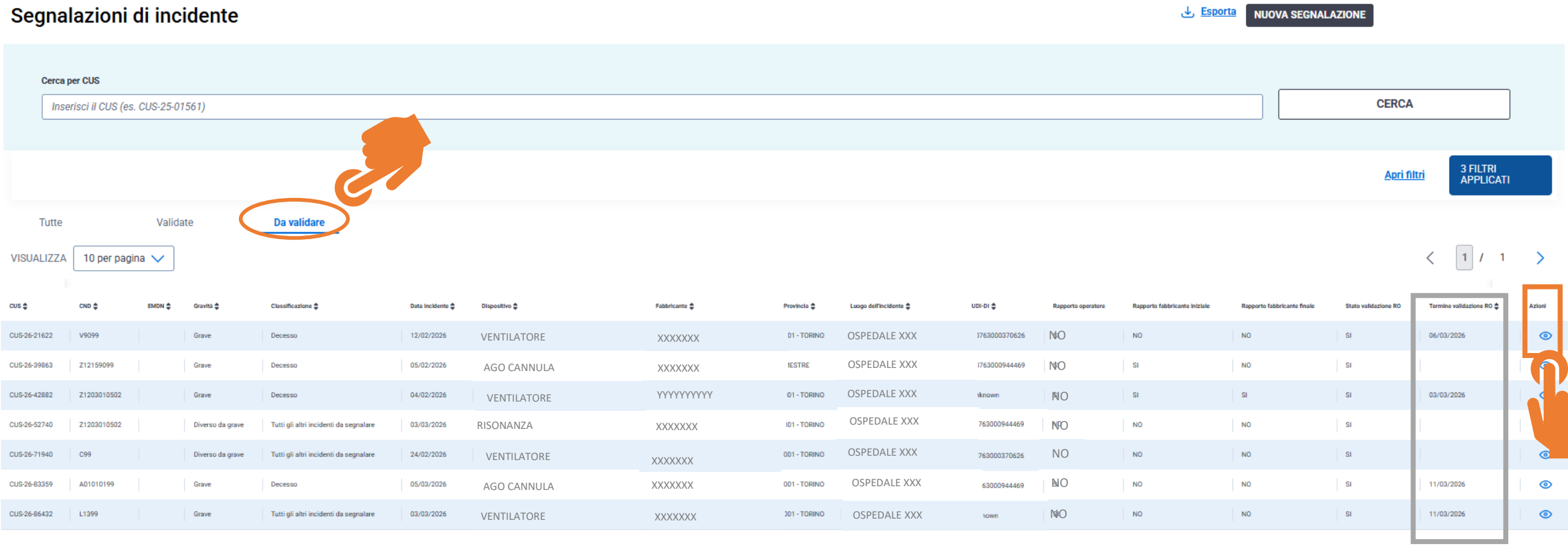
DETTAGLIO SEGNALAZIONI DI INCIDENTE VALIDATE



CLICCANDO SU CIASCUN RAPPORTO VIENE SCARICATO :

- **IL PDF DEL RAPPORTO OPERATORE SANITARIO**
- **L'ESTRATTO DEL MIR FORM DISPONIBILE**

LISTA SEGNALAZIONI DI INCIDENTE DA VALIDARE



NB: LA COLONNA «TERMINE DELLA VALIDAZIONE» INDICA ENTRO QUANTO DEVE ESSERE VALIDATA UNA SEGNALAZIONE DI INCIDENTE GRAVE (3 giorni lavorativi). PER GLI INCIDENTI DIVERSI DA GRAVI LA CASELLA RIMANE VUOTA

COME VALIDARE LA SEGNALAZIONE DI INCIDENTE DA OS (1/4)

CUS-26-46479 Da validare

Incidente segnalato il 09/03/2026 alle 13:37

Dettagli

Riduci sezione

Gravità	Classificazione	Dispositivo	Luogo dell'incidente	Scadenza validazione
Grave	Tutti gli altri incidenti da segnalare	SPIROMETRO PORTATILE SPIROHOME PERSONAL	OSPEDALE XXX	12/03/2026

Documenti disponibili

Riduci sezione

09/03/2026

Procedi alla validazione

Rapporto operatore

Prima segnalazione inviata dopo l'identificazione dell'incidente. Potrebbe essere incompleta o in fase di indagine.

VEDI RAPPORTO (PDF) →



↑ Torna su

COME VALIDARE LA SEGNALAZIONE DI INCIDENTE DA OS (2/4)

CUS-26-46479 Da validare

Incidente segnalato il 01/03/2026 alle 00:00

RLV DOVRA' VISIONARE TUTTE LE SEZIONI DA 1 A 6

RLV PUO' MODIFICARE I CAMPI DEL RO

1 **Informazioni amministrative** — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Informazioni amministrative

Tipo di incidente*

(•) **Grave** ( ) Diverso da grave

Incidente rilevato da*

(•) **Operatore sanitario** ( ) Utilizzatore profano/paziente

Operatore sanitario che ha rilevato l'incidente

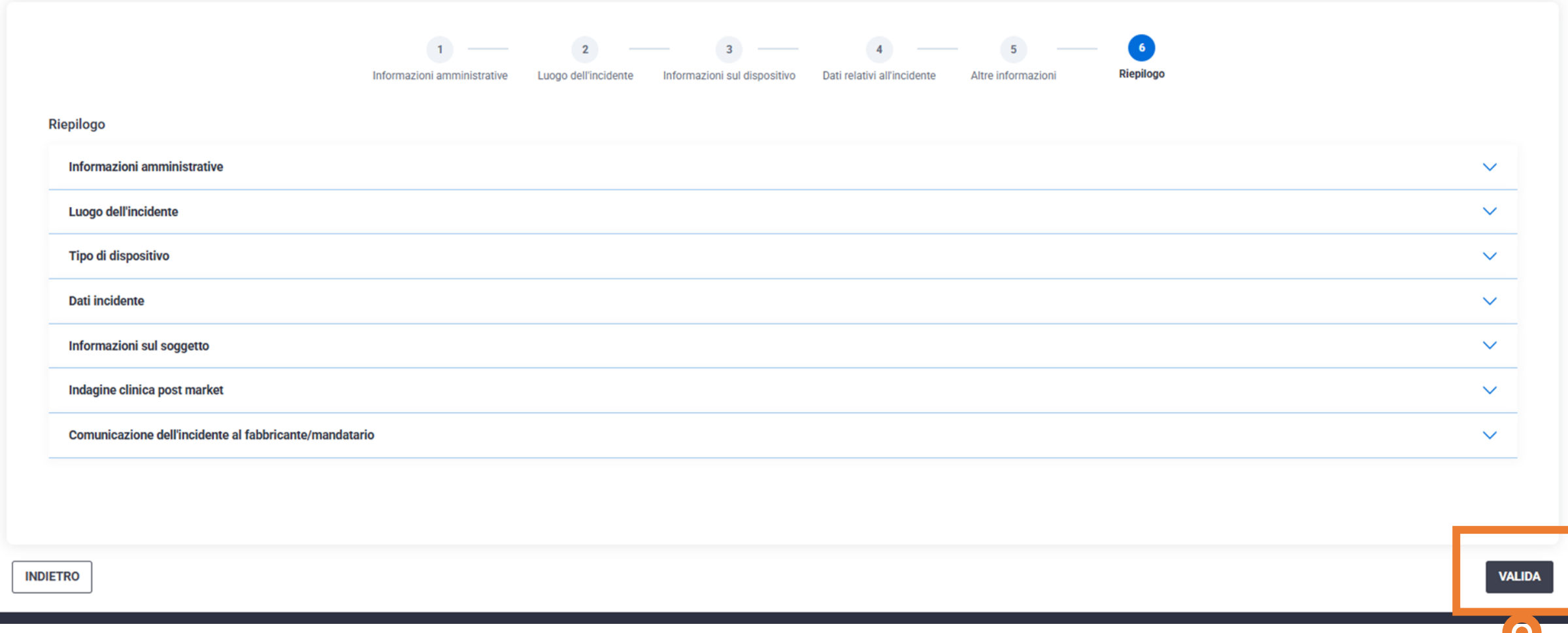
Nome*

SDRFSDF

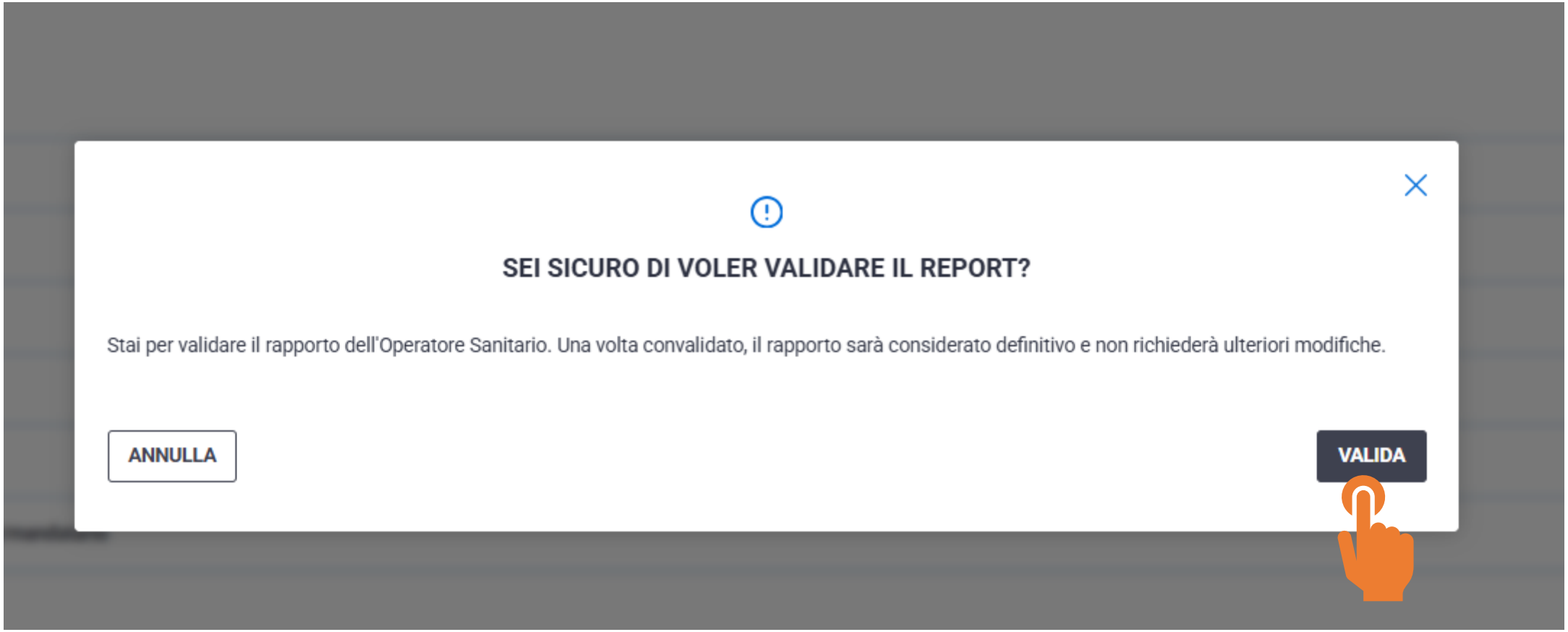
Cognome*

FSFSDF

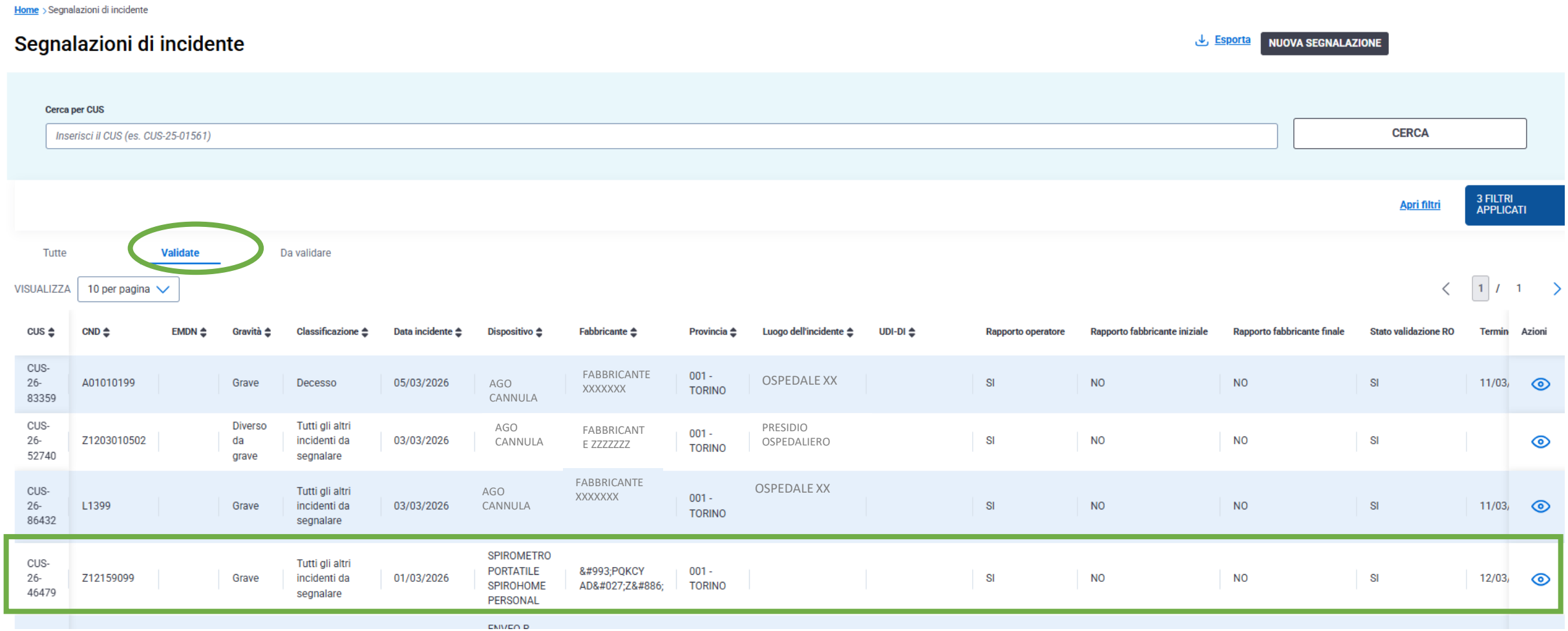
COME VALIDARE LA SEGNALAZIONE DI INCIDENTE DA OS (3/4)



COME VALIDARE LA SEGNALAZIONE DI INCIDENTE DA OS (4/4)



LA SEGNALAZIONE UNA VOLTA VALIDATA SCOMPARE DALLA SEZIONE «DA VALIDARE» E COMPARE NELLA SEZIONE «VALIDATE»



Home > Segnalazioni di incidente

Segnalazioni di incidente

Esporta | NUOVA SEGNALAZIONE

Cerca per CUS

Inserisci il CUS (es. CUS-25-01561) | CERCA

Apri filtri | 3 FILTRI APPLICATI

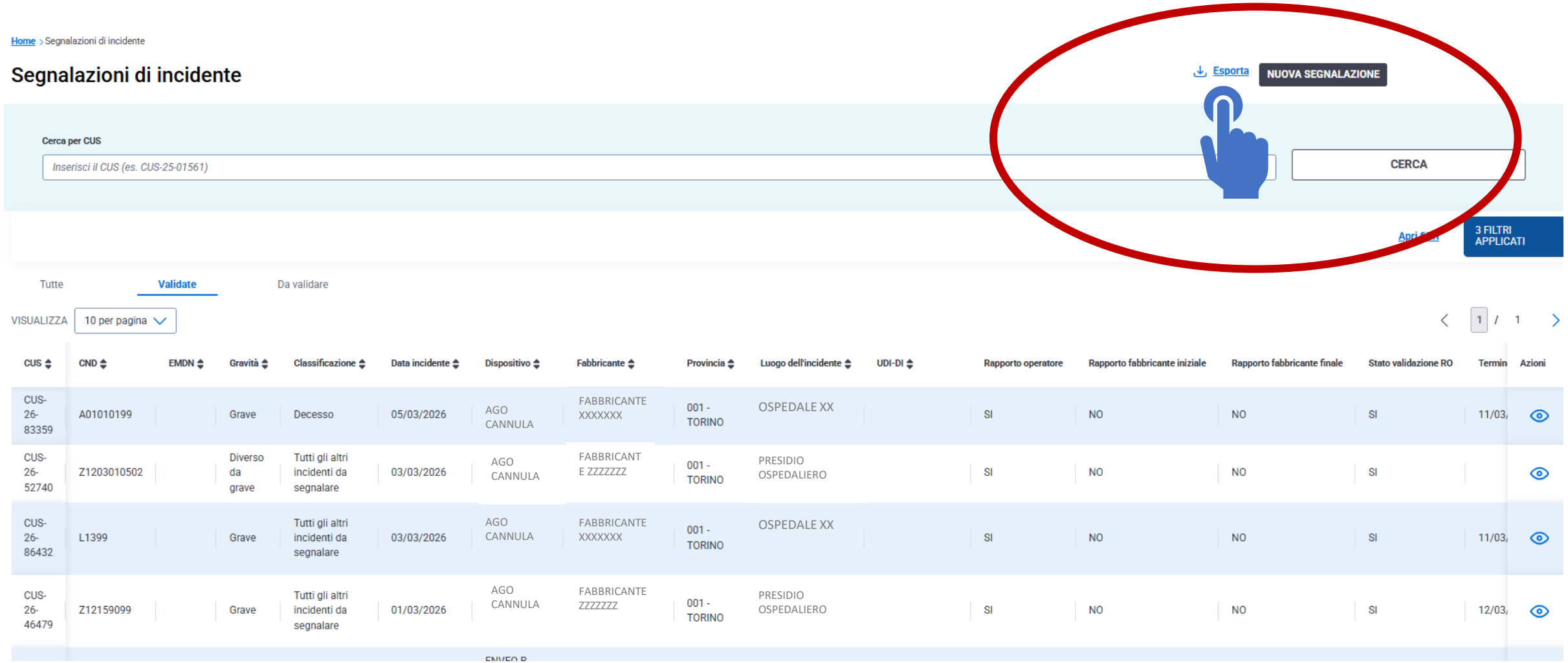
Tutte | Validate | Da validare

VISUALIZZA 10 per pagina

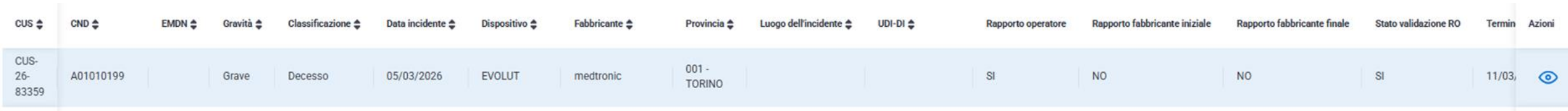
1 / 1

CUS	CND	EMDN	Gravità	Classificazione	Data incidente	Dispositivo	Fabbricante	Provincia	Luogo dell'incidente	UDI-DI	Rapporto operatore	Rapporto fabbricante iniziale	Rapporto fabbricante finale	Stato validazione RO	Termin	Azioni
CUS-26-83359	A01010199		Grave	Decesso	05/03/2026	AGO CANNULA	FABBRICANTE XXXXXXX	001 - TORINO	OSPEDALE XX		SI	NO	NO	SI	11/03/	
CUS-26-52740	Z1203010502		Diverso da grave	Tutti gli altri incidenti da segnalare	03/03/2026	AGO CANNULA	FABBRICANTE ZZZZZZZ	001 - TORINO	PRESIDIO OSPEDALIERO		SI	NO	NO	SI		
CUS-26-86432	L1399		Grave	Tutti gli altri incidenti da segnalare	03/03/2026	AGO CANNULA	FABBRICANTE XXXXXXX	001 - TORINO	OSPEDALE XX		SI	NO	NO	SI	11/03/	
CUS-26-46479	Z12159099		Grave	Tutti gli altri incidenti da segnalare	01/03/2026	SPIROMETRO PORTATILE SPIROHOME PERSONAL	ϡPQKCY AD&#027;ZͶ	001 - TORINO			SI	NO	NO	SI	12/03/	

FUNZIONE ESPORTA SEGNALAZIONI



FUNZIONE ESPORTA SEGNALAZIONI



CUS	CND	EMDN	Gravità	Classificazione	Data incidente	Dispositivo	Fabbricante	Provincia	Luogo dell'incidente	UDI-DI	Rapporto operatore	Rapporto fabbricante iniziale	Rapporto fabbricante finale	Stato validazione RO	Termin	Azioni
CUS-26-83359	A01010199		Grave	Decesso	05/03/2026	EVOLUT	medtronic	001 - TORINO			SI	NO	NO	SI	11/03/	

IL FILE EXCEL CHE VIENE ESPORTATO CONTIENE PIU' INFORMAZIONI RISPETTO ALLA TABELLA CHE VIENE VISUALIZZATA

Repertorio
Codice catalogo

DETTAGLIO DEI CAMPI VISUALIZZATI NELL'EXCEL CHE VIENE ESPORTATO

- CUS
- Gravità
- Classificazione
- Data Incidente
- Dispositivo
- Fabbricante
- CND
- EMDN
- UDI-DI
- Provincia
- Luogo Incidente
- Rapporto Operatore
- Rapporto Fabbricante Iniziale
- Rapporto Fabbricante Finale
- Stato Validazione RO
- Descrizione incidente da rapporto operatore sanitario
- Descrizione incidente da rapporto fabbricante
- Informazioni sui problemi dei dispositivi medici
- Informazioni cliniche
- Indagine sulla causa e conclusione
- Descrizione dell'azione correttiva/azione correttiva/azione preventiva/FSCA

Dispovigilance



Ciao **TERESA CUVO**

Inserisci una segnalazione

CARICA SEGNALAZIONE >

Segnalazioni di incidenti

Gestisci e monitora le segnalazioni ricevute

VISUALIZZA →

Strutture sanitarie della regione

Consulta l'elenco aggiornato delle strutture sanitarie attive nella tua area di competenza

VISUALIZZA →

LISTA STRUTTURE SANITARIE DI COMPETENZA DELL'RLV

Strutture sanitarie della regione

Esporta

Chiudi filtri

Provincia: Seleziona provincia

Nome della struttura sanitaria: *Inserisci il nome (parziale o completo) della struttura*

Codice struttura sanitaria: *Inserisci il codice identificativo (es. 010001561)*

Struttura competente sul territorio
ASL CITTA' DI TORINO

Elimina filtri | APPLICA

VISUALIZZA 10 per pagina

1 / 48

Regione	Provincia	Codice struttura	Struttura sanitaria	Struttura competente sul territorio	RLV	RRV	N. segnalazioni incidente per struttura
PIEMONTE	TORINO	000030	CENTRO DI RIEDUCAZIONE DELL'ET	ASL CITTA' DI TORINO	A TC ANNA B. (+1)	L S PC LUCA C. (+2)	
PIEMONTE	TORINO	000026	OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA	ASL CITTA' DI TORINO	A TC ANNA B. (+1)	L S PC LUCA C.	
PIEMONTE	TORINO	000025	OSPEDALE MARIA VITTORIA	ASL CITTA' DI TORINO	A TC ANNA B. (+1)	L S PC LUCA C.	
PIEMONTE	TORINO	000017	OSPEDALE MARTINI	ASL CITTA' DI TORINO	A TC ANNA B. (+1)	L S PC LUCA C.	

LUCA CELESTE
L.CELESTE@XXXX.IT

MARIO ROSSI
M.ROSSI@XXXX.IT

STEFANO VERDI
S.VERDI@XXXX.IT

FUNZIONE ESPORTA

Strutture sanitarie della regione

Esporta

Chiudi filtri

Provincia: Seleziona provincia

Nome della struttura sanitaria: *Inserisci il nome (parziale o completo) della struttura*

Codice struttura sanitaria: *Inserisci il codice identificativo (es. 010001561)*

Struttura competente sul territorio
ASL CITTA' DI TORINO

Elimina filtri | APPLICA

VISUALIZZA 10 per pagina

1 / 48

Regione	Provincia	Codice struttura	Struttura sanitaria	Struttura competente sul territorio	RLV	RRV	N. segnalazioni incidente per struttura
PIEMONTE	TORINO	000030	CENTRO DI RIEDUCAZIONE DELL'ET	ASL CITTA' DI TORINO	A TC ANNA B. (+1)	L S PC LUCA C. (+2)	

Regione	Provincia	Codice Struttura	Nome Struttura Sanitaria	Struttura Competente Territoriale	RLV (Responsabili Locali Vigilanza)	RRV (Responsabili Regionali Vigilanza)	N. Segnalazioni di incidente per struttura
PIEMONTE	TORINO	000002	AMBULATORIO YYYYY	TORINO I	ANNA ROSSI - A.ROSSI@GGG.IT	LUCA VERDI - LUCA.VERDI@XXX.IT;	**10**
PIEMONTE	TORINO	000003	POLIAMBULATORIO XXXXX	TORINO I	TERESA CUVO - T.CUVO@AAA.IT	LUCA VERDI - LUCA.VERDI@XX.IT	**5**

Manuale utente

RLV

Dispovigilance

CENTRO NOTIFICHE



Ciao **TERESA CUVO**

Inserisci una segnalazione

CARICA SEGNALAZIONE >

Segnalazioni di incidenti

Gestisci e monitora le segnalazioni ricevute

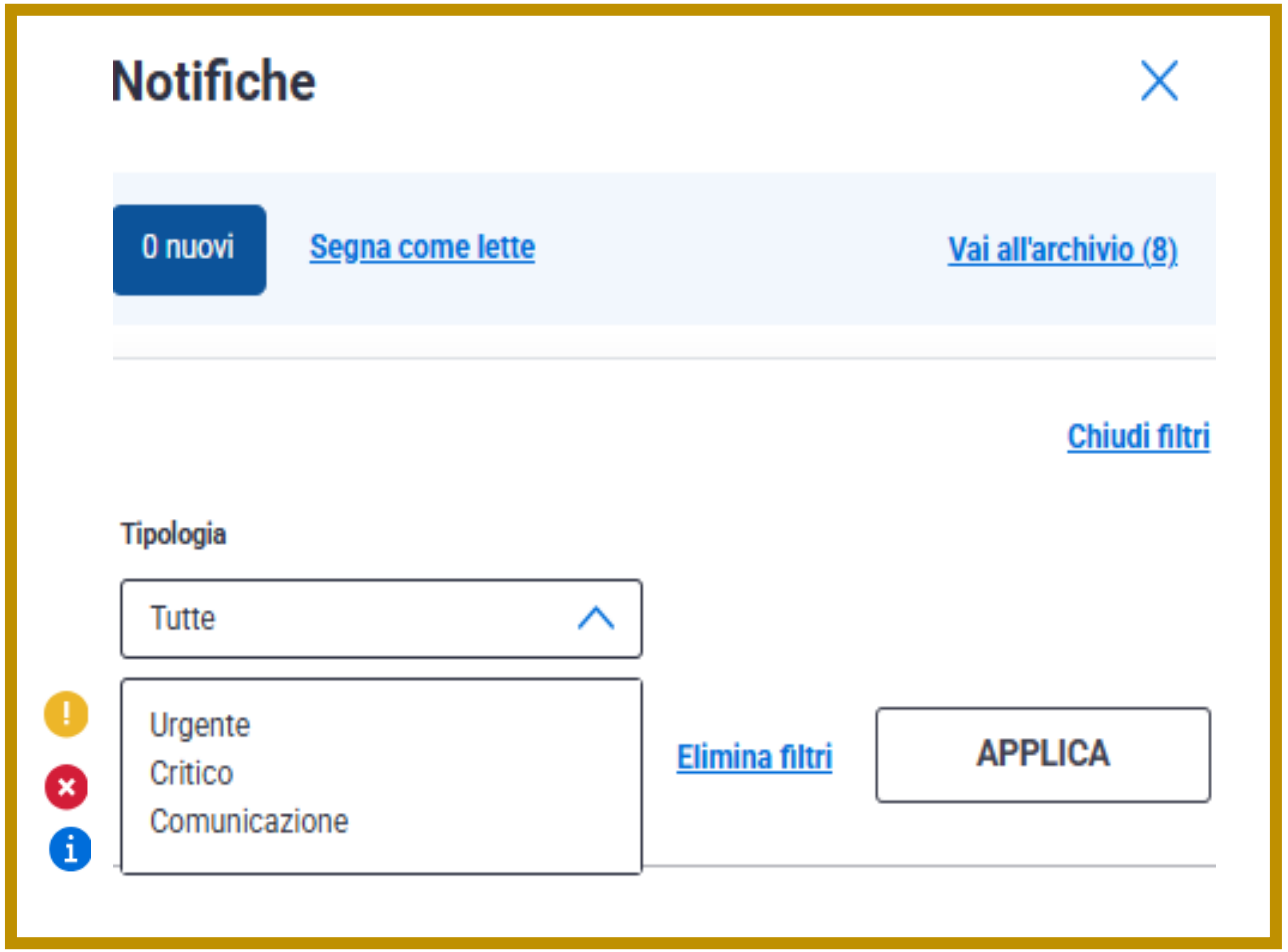
VISUALIZZA →

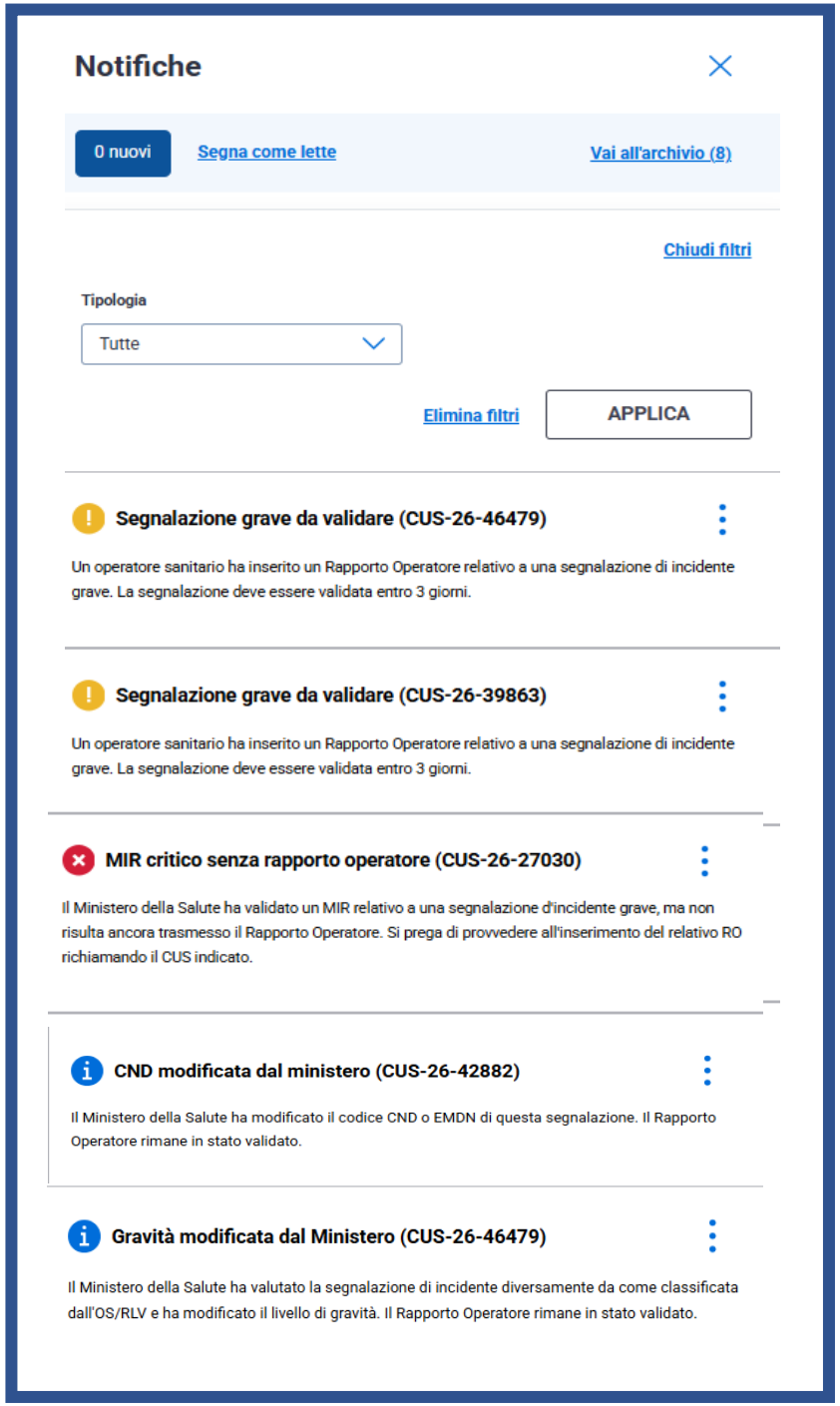
Strutture sanitarie della regione

Consulta l'elenco aggiornato delle strutture sanitarie attive nella tua area di competenza.

VISUALIZZA →

CENTRO NOTIFICHE DEL RLV





CASO IN CUI UN RLV DOPO AVER RICEVUTO LA NOTIFICA DI UN MIR TRASMESSO DAL FABBRICANTE (E VALIDATO DAL MINISTERO) INTENDE PROCEDERE ALL' INSERIMENTO DEL RELATIVO RO

INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA' ESISTENTE (1/9)

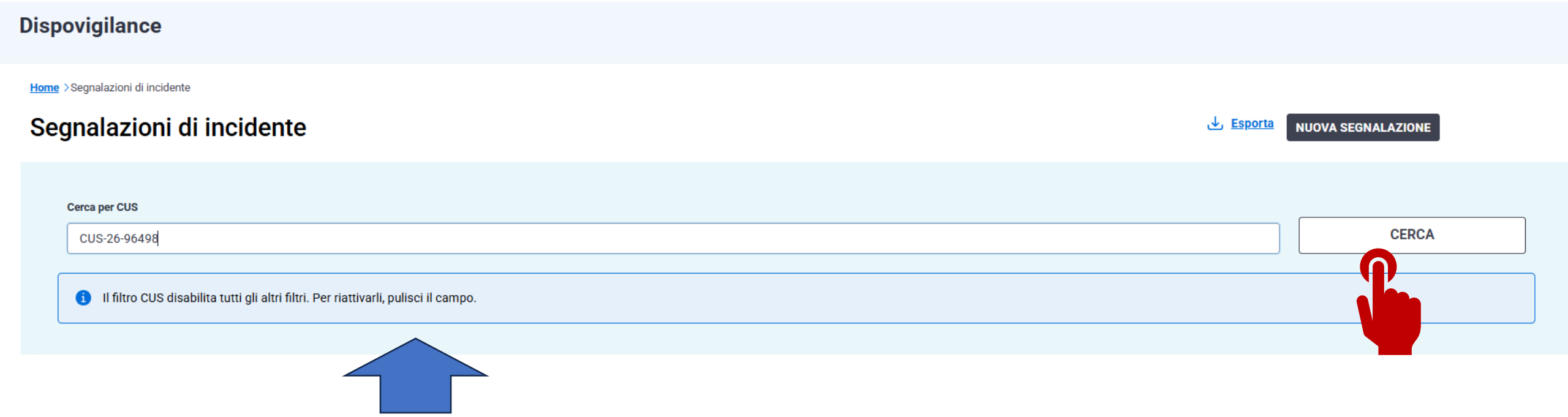
- QUANDO UN FABBRICANTE INSERISCE UN MIR CON DECESSO, INASPETTATO PEGGIORAMENTO DELLO STATO DI SALUTE O GRAVE MINACCIA PER LA SALUTE PUBBLICA E NON è PRESENTE IL RELATIVO RO, IL SISTEMA TRASMETTE UNA NOTIFICA AUTOMATICA AL RLV E RRV

- LA NOTIFICA SEGNALATA IN ROSSO COME CRITICA RIPORTA ANCHE IL NUMERO DEL CUS IN CUI DOVRA' ESSERE INSERITO IL RELATIVO RO





INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA' ESISTENTE (2/9)



RLV INSERISCE IL CUS PRESENTE NELLA NOTIFICA E AVVIA LA RICERCA

INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA' ESISTENTE (3/9)

Dispovigilance

Home > Segnalazioni di incidente

Segnalazioni di incidente

Esporta | NUOVA SEGNALAZIONE

Cerca per CUS

CUS-26-96498 | CERCA

Il filtro CUS disabilita tutti gli altri filtri. Per riattivarli, pulisci il campo.

IL SISTEMA RESTITUISCE LA SEGNALAZIONE IN CUI E' PRESENTE IL RAPPORTO FABBRICANTE MENTRE MANCA IL RAPPORTO OPERATORE

Apri filtri | 1 FILTRO APPLICATO

Tutte | Validate | Da validare

VISUALIZZA 10 per pagina

1 / 1

CUS	CND	EMDN	Gravità	Classificazione	Data incidente	Dispositivo	Fabbricante	Provincia	Luogo dell'incidente	UDI-DI	Rapporto operatore	Rapporto fabbricante iniziale	Rapporto fabbricant	Azioni
CUS-26-96498			Grave	Decesso	30/10/2025	Micra AV	Medtronic, Inc.	Naples	Ospedale S.Giovanni Bosco Napoli	00763000078669	NO	SI	SI	

PER INSERIRE IL RAPPORTO OPERATORE CLICCARE SULL'OCCHIO

INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA' ESISTENTE (4/9)

Dispovigilance

Home > Segnalazioni di incidente > Dettagli dell'incidente

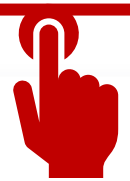
← Torna alla lista

CUS-26-96498 Da validare

Incidente segnalato il 10/03/2026 alle 10:48

…E CLICCARE SU «AGGIUNGI RAPPORTO OPERATORE» PER INSERIRE L'RO

Aggiungi rapporto operatore



Dettagli

Riduci sezione

Gravità	Classificazione	Dispositivo	Luogo dell'incidente	Scadenza validazione
Grave	Decesso	Micra AV	Ospedale S.Giovanni Bosco Napoli	

Documenti disponibili

Riduci sezione

12/03/2026

Rapporto fabbricante finale (incidente segnalabile)

Inviato al termine dell'indagine per trasmettere gli esiti conclusivi relativi a un incidente segnalabile (Reportable incident).

VEDI RAPPORTO (PDF) →

↑ Torna su

RLV PUO' VEDERE L'ESTRATTO DEL MIR INSERITO CLICCANDO SUL PDF

INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA' ESISTENTE (5/9)

Dispovigilance

Home > Segnalazioni di incidente > Dettagli dell'incidente > Rapporto operatore sanitario

← Torna alla lista

CUS-26-96498 Da validare

Incidente segnalato il 30/10/2025 alle 01:00

RLV INSERISCE IL RAPPORTO OPERATORE COMPILANDO TUTTI I CAMPI OBBLIGATORI PRESENTI NELLE 6 SEZIONI DEL RO

Crea rapporto

1 **Informazioni amministrative** — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 Riepilogo

Informazioni amministrative

Tipo di incidente* ⓘ

○ Grave ○ Diverso da grave

Incidente rilevato da*

○ Operatore sanitario ○ Utilizzatore profano/paziente

INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA' ESISTENTE (6/9)

Crea rapporto

1 Informazioni amministrative — 2 Luogo dell'incidente — 3 Informazioni sul dispositivo — 4 Dati relativi all'incidente — 5 Altre informazioni — 6 **Riepilogo**

Riepilogo

- **Informazioni amministrative**
- **Luogo dell'incidente**
- **Tipo di dispositivo**
- **Dati incidente**
- **Informazioni sul soggetto**
- **Indagine clinica post market**
- **Comunicazione dell'incidente al fabbricante/mandatario**

INDIETRO

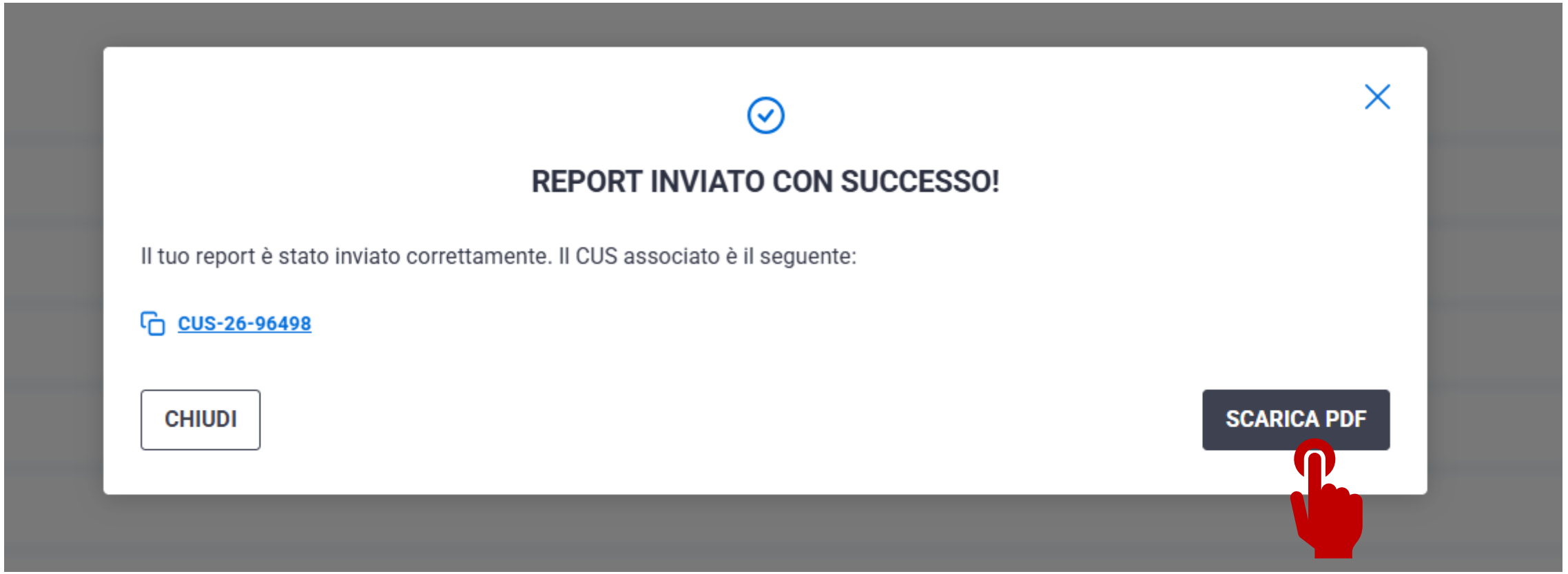


INVIA SEGNALAZIONE

INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA’ ESISTENTE (7/9)

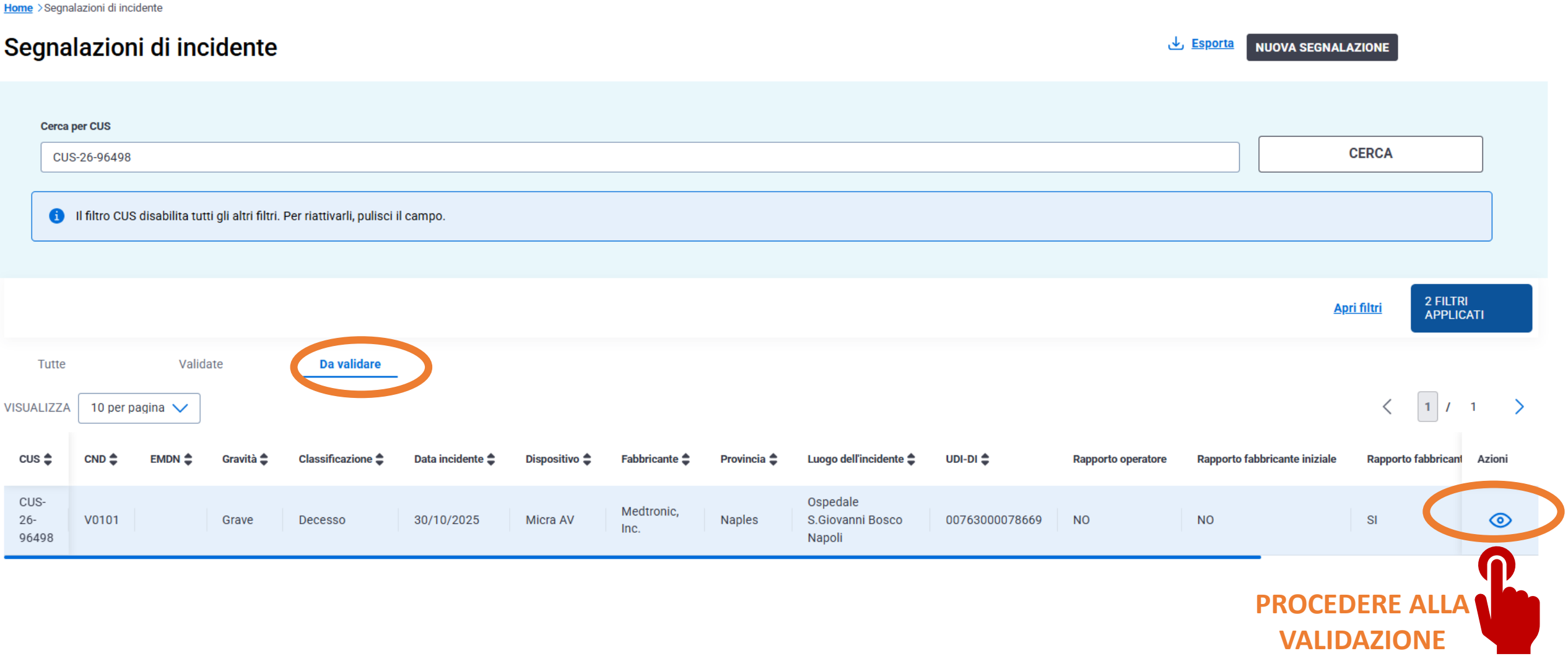


INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA’ ESISTENTE (8/9)



INSERIMENTO DI UN RO DA PARTE DI RLV CON CUS GIA' ESISTENTE (9/9)

IL RAPPORTO OPERATORE COMPARIRA' NELLE SEGNALAZIONI «DA VALIDARE»
RLV DOVRA', QUINDI, PROCEDERE ALLA VALIDAZIONE DELLA SEGNALAZIONE



Manuale utente

TC RLV

Teresa Cuvo
TORINORLV@SANITA.IT

ESCI

Dispovigilance

LOGOUT RLV

Ciao **TERESA CUVO**



