

Deliberazione N. 0001636 del 07/09/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico	
Centro di costo: G0DG43JD1S	Proposta: 0001643 del 18/08/2026
Oggetto: SECONDA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	
IL DIRETTORE GENERALE (*) Angelo Aliquò	
<i>L'Estensore:</i> Luca Casertano	<i>Data</i> 18/08/2026
<i>Il Responsabile del Budget:</i>	<i>Data</i>
<i>Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.</i>	
<i>Il Responsabile del Procedimento:</i> Luca Casertano	<i>Data</i> 18/08/2026
<i>Il Direttore della Struttura Proponente:</i> Luca Casertano	<i>Data</i> 18/08/2026
<i>Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione:</i> f.f. Crocifissa Gagliano	<i>Data</i> 20/08/2026
<i>Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa:</i> Presa Visione	
<i>Direttore Amministrativo:</i> Eleonora Alimenti <i>Parere:</i> FAVOREVOLE	<i>Data</i> 25/08/2026
<i>Direttore Sanitario:</i> Gerardo De Carolis <i>Parere:</i> FAVOREVOLE	<i>Data</i> 07/09/2026
<i>Hash proposta:</i> 40abc79283fad596ba6a55d0e55999762f996202b4cc9fdaacb64d91388988b1	

IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità” e s.m.i.;

VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

VISTO

il Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 (pubbl. in GU 12/01/2010) – istituzione SIMES che istituisce il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, finalizzato alla raccolta delle informazioni su eventi sentinella (e denuncia sinistri) e disciplina le modalità e i tempi di trasmissione dalle Regioni;

VISTO

il protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (luglio 2024) predisposto dal Ministero della Salute, che aggiorna le modalità operative di gestione e segnalazione degli eventi sentinella (nell’alveo del flusso SIMES);

VISTO

il DCA della Regione Lazio n. U0008 del 10/02/2011 – “Requisiti minimi autorizzativi...” (Allegato C) che, tra i requisiti organizzativi generali, richiede un programma di gestione del rischio clinico che garantisca anche il monitoraggio degli eventi avversi.

VISTA	la Determinazione Regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 inerente all'approvazione del documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella"
VISTO	il DCA Regione Lazio n. U00257 del 05/07/2017 (standard generali di qualità per presidi ospedalieri – gestione rischio clinico) che richiama/struttura lo standard "Sistema di segnalazione degli eventi avversi" e il collegamento con flusso SIMES, facendo riferimento all'atto regionale sui criteri di classificazione degli eventi avversi (Determinazione G12355/2016);
VISTA	la Determinazione Regione Lazio n. G16829 del 06/12/2017 concernente l'istituzione del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017, con il compito di coordinare la governance regionale della sicurezza, inclusi i flussi di segnalazione/monitoraggio;
VISTA	la Determinazione Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2021 concernente l'adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" finalizzato ad uniformare la classificazione e l'alimentazione del portale regionale;
VISTA	la Determinazione Regione Lazio n. G13405 del 16/10/2025 inerente all'adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi", in sostituzione del documento del 2021, approvato con Determinazione G09850;
VISTA	la deliberazione aziendale n. 301 del 24 febbraio 2026 recante oggetto «modifica ed aggiornamento della procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss»;
VISTA	la deliberazione aziendale n.321 del 24 febbraio 2026 recante oggetto «modifica deliberazione aziendale n.825 del 14/06/2017 recante oggetto "recepimento della raccomandazione 13: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" emanata dal ministero della salute a novembre 2011, ed adozione della procedura aziendale per l'implementazione della raccomandazione medesima»;
TENUTO CONTO	delle indicazioni contenute nei requisiti regionali per l'accreditamento delle strutture sanitarie che prevedono di informare, in caso di eventi avversi, non solo i pazienti ma anche i loro familiari;
RITENUTO OPPORTUNO	adottare in ambito aziendale il protocollo SPIKES quale strumento per aiutare i medici a comunicare notizie difficili o negative ai pazienti od ai loro familiari in modo chiaro ed empatico;
VISTO	l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale "procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi dei near miss e delle cadute pazienti" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
RITENUTO OPPORTUNO	modificare la deliberazione aziendale n. 301 del 24 febbraio 2026 recante oggetto «modifica ed aggiornamento della procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss», adottando la procedura citata al capoverso precedente in sostituzione di quella contenuta nella suddetta deliberazione aziendale n.301 del 24/02/2026;
CONSIDERATO	che le procedure aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure saranno rese accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;

VERIFICATO che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell'Azienda;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

di modificare la deliberazione aziendale n. 301 del 24 febbraio 2026 recante oggetto «modifica ed aggiornamento della procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss»; e, conseguentemente;

di approvare l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale “procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi dei near miss e delle cadute pazienti” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO
(Dott. Luca Casertano)

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, “seconda revisione della procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi dei near miss e delle cadute pazienti” presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare la deliberazione aziendale n. 301 del 24 febbraio 2026 recante oggetto «modifica ed aggiornamento della procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss»; e, conseguentemente;

di approvare l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale “procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi dei near miss e delle cadute pazienti” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Angelo Aliquò)

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 1 di 24

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Unità Operativa	Ruolo	Firma
REDAZIONE	Luca Casertano	UOSD Rischio Clinico	Medico	Firmato
	Fabio Del Duca		Medico	Firmato
	Roberto Locci		R.I.F.P.	Firmato
	Marco Mastrucci		Infermiere	Firmato

		Firma
VERIFICA	Dott. Luca Casertano Responsabile U.O.S.D. Rischio Clinico	Firmato
APPROVAZIONE	Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale	Vedi Atto Deliberativo
VALIDAZIONE	Dott. Angelo Aliquò Direttore Generale	Vedi Atto Deliberativo

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.2	18/08/2026	Revisione	a cura del Responsabile U.O.S.D. Rischio Clinico

TRASMESSO IL: 18/08/2026	CODIFICATO IL: 18/08/2026	DISTRIBUITO IL:
--------------------------	---------------------------	-----------------

Lista di distribuzione (I livello)
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di Strutture Complesse
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 2 di 24

INDICE

1.	PREMESSA	3
2.	SCOPO	3
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	5
4.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	6
5.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	8
6.	RESPONSABILITA'	10
7.	AZIONI	10
7.1	IL SISTEMA DI "INCIDENT REPORTING"	10
7.1.1	SEGNALAZIONE DELL'EVENTO AVVERSO/NEAR MISS.....	11
7.1.2	INVIO DELLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE	11
7.2	ATTIVAZIONE PROCEDURA SEGNALAZIONE DELL'EVENTO CADUTA	12
7.2.1	COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI NOTIFICA CADUTA PAZIENTE E REGISTRAZIONE DELL'EVENTO NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	12
7.2.2	INVIO SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI INFORTUNIO...	12
7.3	DIRITTO INFORMATIVO DEI PAZIENTI, FAMILIARI E CAREGIVER.....	12
7.4	IMPATTO DELL'EVENTO SUGLI OPERATORI SANITARI.....	12
8.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	12
9.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	13
10.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	14
11.	ALLEGATI	14

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 3 di 24

1. PREMESSA

Il Sistema Sanitario Nazionale ha quale obiettivo prioritario quello di garantire assistenza di qualità, in condizioni di sicurezza. È riconosciuto che la promozione della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli eventi avversi, la identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti. In particolare, l'identificazione delle cause profonde è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate per prevenire l'accadimento di un evento analogo.

Gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale, che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile in grado di provocare un prolungamento considerevole del periodo di degenza, un grave peggioramento delle condizioni di salute o il decesso del paziente. Gli eventi avversi in medicina rappresentano un importante problema, in rapporto alla necessità di erogare prestazioni sanitarie appropriate che siano in grado di assicurare la migliore qualità ed il maggior grado di sicurezza per il paziente. La presente procedura recepisce quanto raccomandato dal Ministero della Salute riguardo alla segnalazione volontaria degli eventi avversi, dei quasi eventi (near miss) e delle cadute dei pazienti in ambito ospedaliero da parte degli operatori sanitari.

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. La riduzione del rischio da caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale. Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad un'irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. E' fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

2. SCOPO

Il presente documento descrive e regola le caratteristiche e le modalità di funzionamento del Sistema di segnalazione volontaria (Incident Reporting, di seguito IR) degli eventi avversi, dei near miss e delle cadute dei pazienti in ambito ospedaliero nell'Azienda San Camillo Forlanini per prevenire il verificarsi dell'evento sentinella "Morte o grave danno per caduta di paziente" nelle strutture sanitarie.

L'IR è una modalità strutturata delle segnalazioni spontanee da parte degli operatori in ambito sanitario di eventi avversi e quasi eventi (near miss), allo scopo di evidenziare aree di criticità per le quali predisporre azioni di miglioramento. Il sistema di Incident Reporting rappresenta un momento di importanza strategica per la Gestione del Rischio Clinico, in quanto consente la raccolta di una serie di informazioni che permettono di tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento: tali informazioni sono di fondamentale importanza per identificare le situazioni di rischio, effettuare l'analisi delle cause ed individuare le opportune azioni correttive.

Componenti fondamentali di questo approccio sono la confidenzialità e la garanzia di assenza di

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 4 di 24

comportamenti punitivi; infatti, rimuovendo le resistenze alla comunicazione, rendono possibile l'accesso a un'informazione ricca e completa, fornita dagli stessi segnalatori.

L'IR è uno strumento a disposizione di tutti gli operatori e possiede le seguenti caratteristiche:

- è finalizzato al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure;
- è orientato a individuare le criticità e i limiti del sistema piuttosto che le responsabilità del singolo individuo;
- permette di individuare condizioni di rischio non note o sottovalutate;
- è confidenziale: consente anche la segnalazione anonima dei near miss;
- prevede l'analisi delle condizioni favorevoli agli eventi avversi e la successiva adozione di misure correttive;
- prevede un ritorno informativo all'equipe che partecipa alle segnalazioni.

Gli obiettivi generali sono pertanto rappresentati come segue:

- I.** Aumentare la sicurezza dei pazienti ricoverati nelle strutture dell'Azienda San Camillo Forlanini a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- II.** Ridurre la frequenza e i danni conseguenti agli eventi avversi attraverso:
 - ✓ la raccolta delle segnalazioni/informazioni riguardanti gli eventi avversi e/o near miss;
 - ✓ l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi;
 - ✓ l'individuazione ed implementazioni delle azioni preventive/correttive
 - ✓ la verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive/correttive e della loro efficacia.
- III.** Implementare un sistema di monitoraggio al fine di condividere con tutte le strutture aziendali una modalità univoca di sorveglianza e gestione degli eventi;
- IV.** La formazione del personale e la diffusione continua di informazioni inerenti il verificarsi degli eventi avversi;
- V.** Garantire le corrette modalità di verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 5 di 24

ANALISI RETROSPETTIVA E RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE

La tabella sottostante mostra le tendenze di segnalazione degli eventi di rischio clinico, divisi per tipologia.

TIPO EVENTO	ANNI		
	PARS 2023 (2022)	PARS 2024 (2023)	PARS 2025 (2024)
NEAR MISS	6	95	116
EVENTI AVVERSI	39	45	75
EVENTI SENTINELLA	4	6	3
TOTALE	49	146	194

L'analisi della tabella evidenzia un incremento costante del dato totale nel periodo 2022-2024, con una crescita complessiva del 295,92%. L'aumento medio più marcato nelle segnalazioni riguarda gli eventi *near miss*, a cui si associa un significativo rialzo anche per gli eventi avversi.

Poiché gli eventi *near miss* sono privi di un dato di esito – e quindi non immediatamente identificabili senza un'adeguata formazione – la loro osservazione e segnalazione rappresentano indicatori chiave di una consolidata cultura della sicurezza.

Pertanto, l'aumento nominale delle segnalazioni può essere attribuito alla diffusione della cultura del rischio, promossa attraverso gli eventi formativi aziendali, che costituiscono un obiettivo strategico della governance dell'AOSCF.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il sistema di IR si applica in tutti gli ambiti che concorrono alla sicurezza del paziente: attività cliniche, assistenziali e riabilitative, gestione dei farmaci e dei Dispositivi Medici.

Attraverso l'IR gli operatori, di qualunque ruolo o qualifica, sono invitati a segnalare eventi e near miss di qualunque natura a/o gravità che hanno compromesso o avevano la potenzialità di compromettere la sicurezza del paziente.

In quanto sistema volontario, l'IR non si sostituisce agli altri sistemi di segnalazione obbligatori previsti dalla normativa, quale ad es. la notifica di caduta del paziente per la quale è previsto, attraverso diversa modulistica.

Il sistema di IR non modifica in alcun modo le normali procedure di compilazione della cartella clinica e gli obblighi legislativi inerenti la documentazione clinica e la buona pratica assistenziale. La rilevazione degli eventi nell'ambito della gestione del rischio clinico nell'azienda non deve risentire degli eventuali risvolti medico legali: il percorso seguito dalle schede di segnalazione è tenuto ben distinto da quello che segue la documentazione clinica del paziente in quanto la scheda non rappresenta documentazione redatta ai fini del percorso diagnostico terapeutico del paziente e della tutela della sua

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 6 di 24

salute. Il sistema di rilevazione prevede canali separati di destinazione delle schede di IR, una diversa modalità di archiviazione e di conservazione delle stesse in sedi assolutamente distinte. Inoltre, nel caso si verificasse un danno, nell'accezione medico legale del termine, va tenuto presente che la morte di un paziente qualora siano ravvisabili ipotesi di colpa professionale, comporta sempre la perseguibilità d'ufficio del reato ex art. 589 Codice penale, art. 357 Codice penale e art. 361 Codice Penale e che le lesioni colpose, in virtù della legge 24.11.1981 n° 689 in tema di penalizzazione, sono tutte perseguibili a querela della persona offesa.

In considerazione di quanto detto, si può affermare che l'implementazione del sistema di IR non va a incidere sull'andamento del contenzioso nei confronti dell'operatore e dell'Azienda anzi, può contribuire a ridurlo laddove esso sia utilizzato per il miglioramento dei percorsi organizzativi e assistenziali.

A CHI	Tutti i pazienti che accedono alle UU.OO. aziendali
DOVE	Tutte le UU.OO. dell'Azienda San Camillo Forlanini
PER CHI	Tutti gli operatori sanitari

4. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

Ai fini del presente documento si adottano le seguenti definizioni:

Rischio clinico:

Rappresenta la probabilità per un paziente di rimanere vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate, che causa un prolungamento del periodo di degenza, o un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Errore:

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

Esito (Outcome)

Modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati.

Evento

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine a un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Near Miss (quasi evento)

Situazione in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato. Ad esempio: un farmaco era riposto nel luogo

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 7 di 24

sbagliato, è stato erroneamente prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione – oppure: somministrazione erranea di un farmaco innocuo.

Evento avverso

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

Evento Sentinella

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare la morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'azione immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

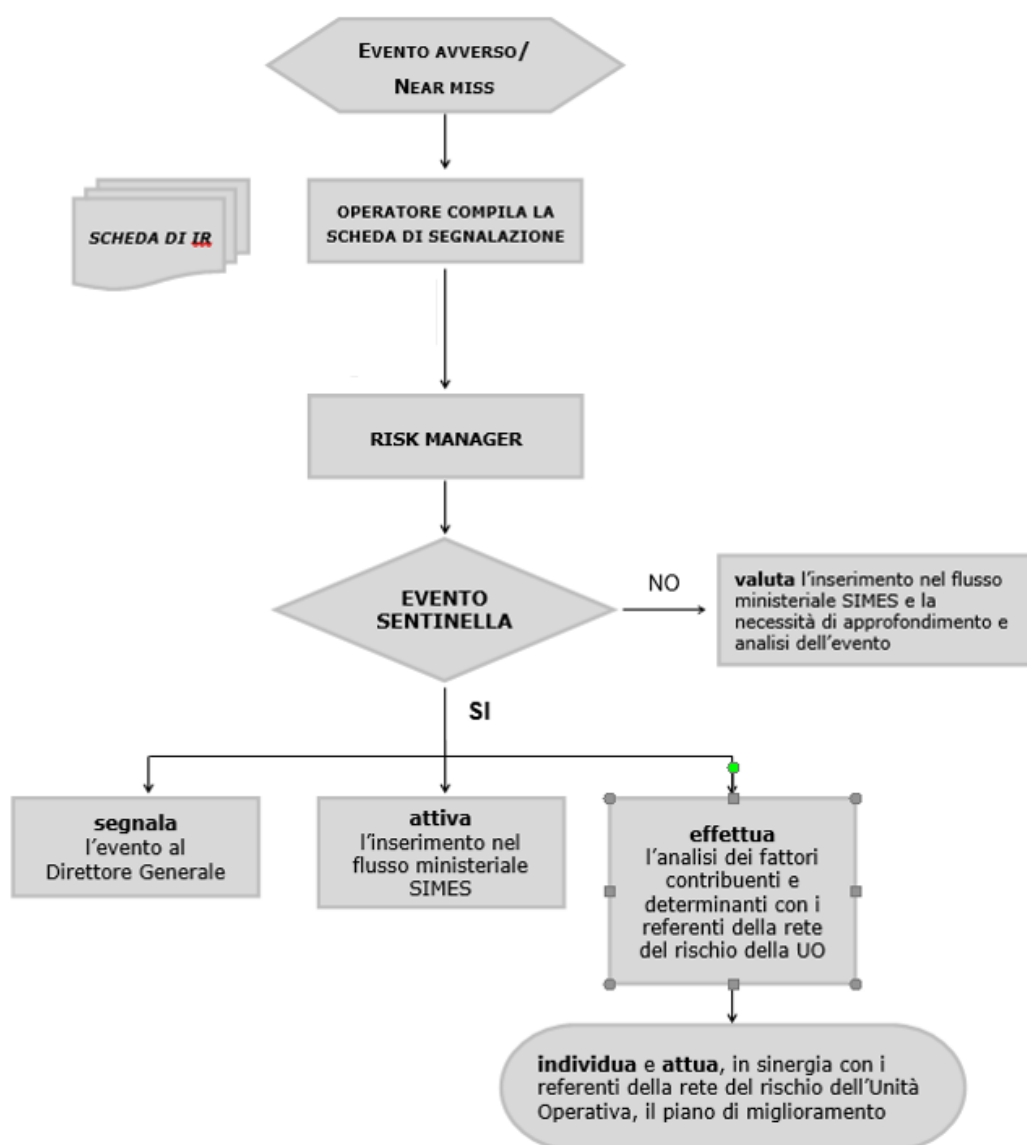
Caduta

Un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, seduta o clino statica che porti il paziente ad urtare contro il suolo o comunque contro un piano inferiore.

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 8 di 24

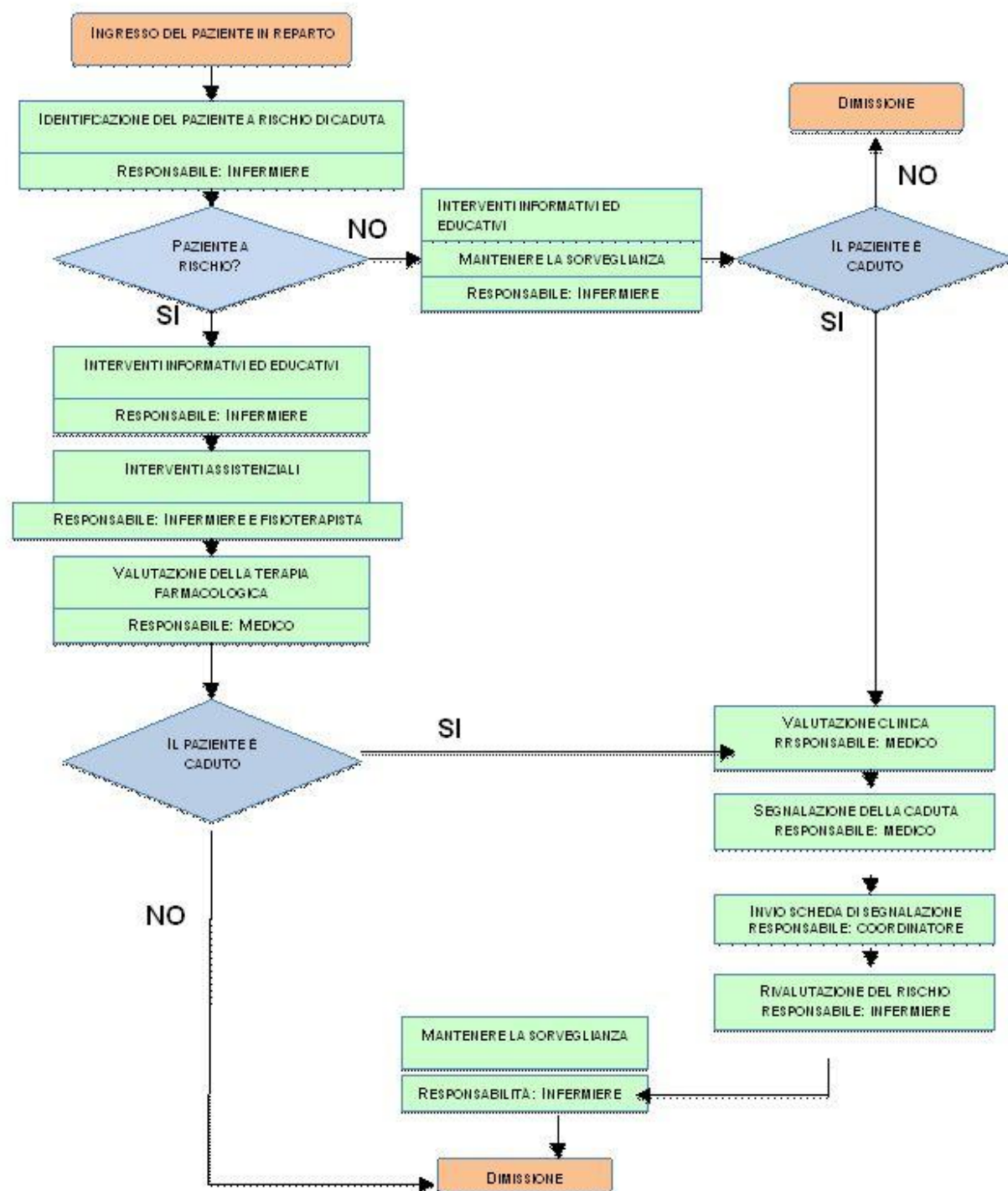
5. DIAGRAMMA DI FLUSSO

EVENTO AVVERSO E NEAR MISS



Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 9 di 24

CADUTE PAZIENTI



Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 10 di 24

6. RESPONSABILITA'

ATTIVITÀ OPERATORE	OPERATORE	REFERENTE U.O.	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA
Segnalazione	R	C	I	I
Analisi della documentazione ed approfondimento con gli operatori della UO interessata	I	I	R	I
Inserimento nel flusso SIMES	I	I	R	I

R = Responsabile; **C** = Collabora; **I** = Informato

7. AZIONI

7.1 Il sistema di "Incident Reporting"

Il sistema di "Incident Reporting" si basa sulla segnalazione spontanea di un evento, inteso come accadimento connesso ad un insuccesso (potenziale – quasi incidente – o che ha causato danni – incidente). La procedura prevede l'indicazione della tipologia dell'evento da segnalare, colui che segnala e le modalità e gli strumenti per la segnalazione (cosa, chi, a chi, come segnalare).

Cosa segnalare:

La tipologia di eventi da segnalare comprende gli eventi avversi (eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) e i near miss (situazione in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato). Si ribadisce che l'IR, in quanto sistema volontario, non si sostituisce agli altri sistemi di segnalazione obbligatori previsti dalla normativa: in particolare nel caso di caduta del paziente è previsto, attraverso l'apposita modulistica.

Chi segnala:

Effettua la segnalazione ogni operatore coinvolto o chi viene a conoscenza di un evento avverso/near miss.

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 11 di 24

A chi segnalare:

La segnalazione deve pervenire alla funzione aziendale deputata alla gestione del rischio clinico. I report verranno raccolti e valutati dal Risk Manager Aziendale che, in accordo con i Referenti della Rete Aziendale per il rischio clinico, proporrà alla Direzione Sanitaria Aziendale e alle singole UU.OO. eventuali azioni correttive, sulla base degli eventi avversi rilevati al fine di incidere sul miglioramento dell'assistenza al paziente.

Come segnalare:

Il sistema di segnalazione richiede una scheda definita (Allegato 1), parte integrante della presente procedura, o scaricabile dalla pagina del Risk Management presente sul sito intranet aziendale, e pertanto facilmente accessibile a tutti gli operatori.

Per quanto riguarda la segnalazione obbligatoria di caduta questa va effettuata attraverso la compilazione di una scheda all'uopo predisposta (si veda procedura aziendale "**Prevenzione e Gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie**").

7.1.1 SEGNALAZIONE DELL'EVENTO AVVERSO/NEAR MISS

La scheda di IR consente all'operatore di segnalare gli eventi accaduti o potenziali che accadono nell'organizzazione, e di indicare i fattori che possono avere contribuito all'evento. L'obiettivo non è quello di raccogliere dati di tipo epidemiologico esatti, in quanto molti avvenimenti possono essere non riconosciuti o non segnalati, ma è piuttosto quello di ottenere dati di tipo qualitativo per l'individuazione delle aree di criticità e l'attivazione di percorsi di miglioramento. La scheda di segnalazione utilizzata è composta da tre parti:

7.1.2 INVIO DELLA SCHEDA DI SEGNALAZIONE

La scheda deve essere recapitata direttamente alla U.O.S.D. Rischio Clinico.

Non possono essere prese in considerazione altre modalità di segnalazione. La scheda, come intuibile, deve essere consegnata nel più breve tempo possibile soprattutto nei casi riguardanti eventi avversi di particolare gravità.

(La scheda, in formato PDF scrivibile, potrà anche essere direttamente compilata online e trasmessa via mail all'indirizzo incident@scamilloforlanini.rm.it appena sarà completata la rimodulazione della rete informatica aziendale; sarà cura dello staff della UOSD Rischio Clinico informare gli operatori dell'entrata in vigore della suddetta possibilità.)

Onde rendere disponibile il massimo delle informazioni utili alla individuazione di tutti gli eventi si suggerisce, laddove lo si ritenga necessario, di fotocopiare nel più breve tempo possibile la documentazione clinica disponibile: tale iniziativa può essere discussa e condivisa attraverso un utile confronto con i propri referenti di U.O. della Rete Aziendale per la gestione del Rischio Clinico. In ogni caso lo staff della UOSD Rischio Clinico si renderà disponibile a fornire il proprio supporto ove richiesto.

Si ricorda che mantenere copia della documentazione è un diritto dell'Azienda e che la stessa può essere legittimamente fotocopiata anche contestualmente all'eventuale sequestro da parte dell'Autorità Giudiziaria. Si precisa i contenuti della segnalazione e degli atti ad essa correlati devono essere intesi come informazioni e atti riservati dell'Azienda, non acquisibili e/o utilizzabili ai fini di giustizia,

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 12 di 24

così come disposto dall'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, modificato dall'articolo 16, comma 1 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

7.2 Attivazione procedura segnalazione dell'evento caduta

La procedura deve essere attivata in tutti i casi indipendentemente dal danno subito dal paziente, la scheda (allegato 3) va compilata dal medico ed inviata entro 48 ore dalla caduta.

7.2.1 Compilazione della scheda di Notifica caduta paziente e registrazione dell'evento nella documentazione clinica

Il medico e l'infermiere che assistono il paziente che è caduto in reparto devono registrare l'evento in cartella clinica. Il medico deve compilare entro le 48 ore successive la scheda predisposta per la segnalazione dell'evento.

7.2.2 Invio scheda di notifica obbligatoria di infortunio

La scheda va inviata entro le 48 ore dall'evento.

7.3 Diritto informativo dei pazienti, familiari e caregiver

Il coinvolgimento della persona malata nel processo decisionale costituisce non solo un imperativo etico e deontologico, ma anche un obbligo di legge. Il paziente ha il diritto di essere informato su tutto ciò che attiene al processo di diagnosi e cura, inclusi eventuali eventi avversi.

Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nella pianificazione del percorso anche altre persone per lui significative (parenti, conviventi, amici, etc), che possono anche essere da lui autorizzate a ricevere le informazioni.

È raccomandato un approccio strutturato al colloquio con il paziente o i familiari, come quello delineato dal protocollo SPIKES (vedi Allegato 11.4): acronimo formato dalle lettere dei sei passi fondamentali costituenti dell'intervento che iniziano dall'esplorazione delle conoscenze e delle aspettative della persona fino alla comunicazione della verità rispettando il ritmo e le volontà del paziente (Baile e al, 2000).

7.4 Impatto dell'evento sugli Operatori Sanitari

In caso di evento avverso che abbia un impatto significativo sul benessere psicofisico degli operatori sanitari, la AOSCF fornisce gratuitamente supporto psicologico da parte del servizio di psicologia aziendale

8. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

La presente Procedura deve essere disponibile in forma cartacea nei reparti di degenza e presso la Direzione Sanitaria, in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management.

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 13 di 24

9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Risk management in sanità. Il problema degli errori”; Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003)
- Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie”; Dossier 2003, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna.
- Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Ministero della Salute, Giugno 2011
- Piano Sanitario Regionale 2006-2008
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_655_allegato.pdf
- Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Ministero della Salute, Giugno 2011
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf
- Delibera Aziendale N°671 del 11 Giugno 2012
- Delibera Aziendale N°103 del 27 Gennaio 2014
- Delibera Aziendale N°104 del 30 Gennaio 2014
- Nashef S.A.M., What is a near miss?
 The Lancet, Volume 361, Issue 9352, Pages 180 - 181, 11 January 2003
- Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
 (G.U. Serie Generale, n. 8 del 12 gennaio 2010)
- Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca Regione Lazio Prot. N. 182486 GR 11 01
- Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria
 Determinazione n. G01424 del 10/02/2014
- Piano Aziendale per la gestione del Rischio Clinico dell’AO San Camillo Forlanini – 2015 Deliberazione n. 0391 del 1 aprile 2015
- Istituzione della rete aziendale dei referenti per la gestione del Rischio clinico dell’AO San Camillo Forlanini Deliberazione n. 0891 del 5 agosto 2015
- Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute, Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, novembre 2011 (aggiornata al 1° dicembre 2011)
- Regione Lazio – Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti (2016)

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 14 di 24

- Regione Lazio – Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita (2022)
- AOSCF Deliberazione N° 321 del 24/02/2026 " Modifica deliberazione aziendale n.825 del 14/06/2017 recante oggetto "recepimento della raccomandazione 13: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" emanata dal Ministero della Salute a novembre 2011, ed adozione della procedura aziendale per l'implementazione della raccomandazione medesima"

10. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornata in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

11. ALLEGATI

11.1 Scheda di Incident Reporting

11.2 Informazioni generali per gli operatori sanitari

11.3 Scheda notifica obbligatoria di caduta paziente

11.4 Protocollo Spikes

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 15 di 24

ALLEGATO 11.1 Scheda di Incident Reporting

UOSD RISCHIO CLINICO

Tel.: 06 58703678/3836/4010 e-mail incident@scamilloforlanini.rm.it

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

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

Data di compilazione: ____ / ____ / ____

DIPARTIMENTO _____	UNITA' OPERATIVA _____
Tel. _____	FAX _____

Data e ora dell'evento:			
gg. _____	mm. _____	aaaa _____	hh _____ mm _____

SEGNALAZIONE di:	☐ evento avverso	☐ evento potenzialmente dannoso (near miss)
-------------------------	---	--

L'evento ha provocato danni a persone?		☐ SI	☐ NO
Dati relativi alla persona:		☐ PAZIENTE	☐ VISITATORE
		☐ OPERATORE	
Cognome: _____	Nome: _____	RAD: _____	
Nato/a il: _____	Età: _____	Sesso: ☐ M	☐ F
Paziente deambulante:		☐ SI	☐ NO
PROVENIENZA:			
☐ P.S.	☐ Altra UO aziendale	☐ Altra Azienda	☐ Proprio domicilio
REGIME DI EROGAZIONE:			
☐ Degenza ordinaria	☐ P.S.	☐ Ambulatorio	☐ DH/DS
☐ Altro (specificare) _____			

Luogo in cui si è verificato l'evento:			
☐ REPARTO (CAMERA)	☐ PRONTO SOCCORSO	☐ AMBULATORIO	☐ SPAZI COMUNI
☐ REPARTO (BAGNO)	☐ SALA OPERATORIA	☐ SPAZI APERTI	☐ SALA PARTO
☐ REPARTO (CORRIDOIO)	☐ SCALE	☐ ALTRO (specificare) _____	

Gravità dell'evento			
☐ NESSUNO	☐ LIEVE	☐ MODERATO	☐ SEVERO
☐ MORTE	PROGNOSI gg: _____		

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 16 di 24

[illegible]

RILEVAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVENTO		
Evento correlato a procedure/prestazioni		
☐ ritardo procedura diagnostica ☐ ritardo procedura chirurgica ☐ ritardo prestazione assistenziale	☐ mancata proc. diagnostica ☐ mancata proc. chirurgica ☐ mancata prestaz. assistenziale	☐ inadeguata proc. diagnostica ☐ inadeguata proc. chirurgica ☐ inadeguata prestaz. assistenziale
Eventi particolari (in caso di DM, va compilato il rapporto di incidente o di mancato incidente al Ministero della Salute, art. 9 e 10, D.Lgs. n. 46 del 1997; art. 11, D.Lgs. n. 507 del 1992)		
☐ malf./malpos. Dispositivo Medico ☐ evento correlato a somm. sangue ☐ errore di paziente/lato/sede		
Tipologia di Dispositivo Medico: 		
EVENTO CORRELATO ALLA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA <i>(Attenzione: non confondere con sospetta reazione avversa a farmaco, per la quale deve essere compilata la scheda ministeriale ADR, all. 1 Decr. Min Sal. 12/12/2013)</i>		
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 <i>near miss</i> di terapia:		
☐ Paziente errato ☐ Farmaco errato ☐ Dosaggio errato ☐ Forma farmaceutica errata ☐ Prescrizione errata/mancante/confondibile ☐ Errore di trascrizione ☐ Mancata somministrazione	☐ Tempi di somministrazione errati ☐ Via di somministrazione errata ☐ Sottovalutazione delle possibili interazioni ☐ Mancato monitoraggio scadenza ☐ Etichetta/contenitore errato ☐ Indicazioni e posologia non autorizzate ☐ Scambio farmaci	

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 17 di 24

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO	
1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE:	
☐ CADUTE PREGRESSE	☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI
☐ DEFICIT VISIVI	☐ PROBLEMI EQUILIBRIO/MOBILITA'/TONO MUSCOLARE
☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE	☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO
☐ RECENTE VARIAZIONE DI TERAPIA	☐ INCONTINENZA
☐ CALZATURE INADEGUATE	
2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE:	
☐ DIFFICOLTA' 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	☐ MANCATA/INADEGUATA COMUNICAZIONE
☐ GRUPPO NUOVO/INESPERTO	☐ MANCATO COORDINAMENTO
☐ INSUFFICIENTE ADDESTRAMENTO/INSERIMENTO	☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA ATTREZZATURE
☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA MATERIALE DI CONSUMO	☐ SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
☐ MANCATA/INADEGUATA MANUTENZIONE ATTREZZATURE	☐ ELEVATO TURNOVER
☐ INSUCCESSO NEL FARE RISPETTARE PROTOCOLLI/PROCEDURE	☐ STAFF INADEGUATO/INSUFFICIENTE
☐ PROTOCOLLO/PROCEDURA INESISTENTE/AMBIGUA	
INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO	
☐ NESSUNA	☐ CONSULENZA SPECIALISTICA
☐ ECG	☐ INDAGINI DI LABORATORIO
☐ INDAGINI RADIOLOGICHE	☐ INTERVENTO CHIRURGICO
☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO	☐ PUNTI DI SUTURA
☐ MEDICAZIONI	☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA
☐ RICOVERO ORDINARIO	☐ TRASFERIMENTO
☐ VISITA MEDICA	☐ ALTRO:

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 18 di 24

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 ed immediata az. correttiva	☐ Informazione fornita dai familiari
☐ Informazione fornita al paziente	☐ Circostanze fortuite
☐ Informazione fornita dal paziente	☐ Consultazione tra il personale

AZIONI SUGGERITE
 Come potrebbe essere ridotta per il futuro la possibilità che l'evento avverso/near miss si ripeta?

☐ Maggiore standardizzazione dei processi	☐ Formazione più adeguata
☐ Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali	☐ Aggiornamento tecnologico
☐ Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente	

L'EVENTO AVVERSO E' DOCUMENTATO IN CARTELLA CLINICA?
☐ SI ☐ NO

IL PAZIENTE E' STATO INFORMATO DELL'EVENTO?
☐ SI ☐ NO

TESTIMONI

☐ NO ☐ SI nome, cognome qualifica/ruolo
(Personale sanitario, Familiare)

L'INFORTUNATO ERA AFFIDATO A QUALCUNO AL MOMENTO DELL'ACCADUTO?
☐ SI ☐ NO (nome, cognome qualifica/ruolo)
(Personale sanitario, Familiare)

SEGNALAZIONE COMPILATA DA: *(in caso di "near miss" la compilazione dei campi sottostanti è FACOLTATIVA)*

COGNOME: NOME: MATRICOLA:

QUALIFICA

☐ MEDICO	☐ FISIOTERAPISTA
☐ COORDINATORE	☐ TECNICO
☐ INFERMIERE	☐ OSTETRICA
☐ ALTRO (specificare)	☐ OSS/OTA

Lo scopo principale della segnalazione è quello di imparare dall'esperienza, e quindi di identificare tutto quello che è stato o potrebbe essere nocivo durante la permanenza in Ospedale. Il valore di questo lavoro è elevato, perché consente di attivare un meccanismo utile a far sì che le situazioni pericolose non si possano più ripetere, a migliorare l'ambiente di lavoro e garantire una maggiore serenità degli Operatori. Pertanto un sincero e doveroso ringraziamento va rivolto a tutti coloro che avranno la pazienza e l'attenzione di compilare le schede.

IL RISK MANAGER

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 19 di 24

ALLEGATO 11.2 Informazioni generali per gli operatori sanitari

INFORMAZIONI GENERALI PER GLI OPERATORI SANITARI “SEGNALARE GLI EVENTI AVVERSI PER APPRENDERE DAGLI ERRORI”

La sicurezza dei pazienti e degli operatori è un problema che riguarda tutti i sistemi sanitari. In numerose nazioni di tutto il mondo sono stati condotti studi epidemiologici che hanno dimostrato una frequenza inaccettabile di eventi avversi dovuti a processi assistenziali migliorabili. Migliorare la sicurezza è quindi diventato un obiettivo prioritario delle organizzazioni sanitarie.

**Nella ricerca del miglioramento della sicurezza
uno degli aspetti più frustranti per i pazienti e i professionisti
è l'apparente incapacità dei sistemi sanitari ad imparare dai propri errori.**

Troppo spesso né le organizzazioni sanitarie né gli stessi operatori rendono partecipi gli altri professionisti del verificarsi di un evento avverso o di una situazione potenzialmente pericolosa, né condividono con altri l'esperienza appresa. Di conseguenza gli stessi eventi possono accadere ripetutamente in molti contesti diversi, ed i pazienti continuano a rischiare di non poter usufruire delle procedure più appropriate. Il riconoscere un risultato negativo non previsto, componente ineliminabile della realtà umana, può rappresentare fonte di conoscenza e miglioramento. Ne consegue la necessità di superare l'approccio individuale all'errore visto come responsabilità del singolo professionista, ma arrivare ad un approccio al problema rivolto all'intero sistema nel quale lo stesso opera, per individuare i punti di debolezza che ne hanno permesso il verificarsi.

Una soluzione a questo problema è la segnalazione degli eventi avversi o potenzialmente dannosi (near miss), che può fornire utili indicazioni sui punti deboli del sistema. Per tali motivi un efficace sistema di segnalazione rappresenta la pietra miliare della sicurezza ed una misura del progresso dell'organizzazione verso il raggiungimento di una cultura della gestione del rischio.

Lo scopo principale della segnalazione è quello di imparare dall'esperienza, e quindi di identificare tutto quello che è stato o potrebbe essere nocivo durante la permanenza in Ospedale. Il valore di questo lavoro è elevato, perché consente di attivare un meccanismo utile a far sì che le situazioni pericolose non si possano più ripetere e a migliorare l'ambiente di lavoro e la serenità degli Operatori.

Nel sottolineare che l'obiettivo della segnalazione non persegue scopi colpevolistici, assolutamente contrari alle finalità che ispirano la gestione del Rischio Clinico, un sincero ringraziamento va rivolto a tutti coloro che avranno la pazienza e l'attenzione di compilare la scheda.

LO STAFF DELL'UOSD RISCHIO CLINICO

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 20 di 24

11.3 Scheda notifica obbligatoria di caduta paziente

DIREZIONE SANITARIA

Tel.: 06 58702510/2668 e-mail cadutepazienti@scamilloforlanini.rm.it

NOTIFICA OBBLIGATORIA DI CADUTA PAZIENTE

Data di compilazione:

DIPARTIMENTO		UNITA' OPERATIVA	
Tel.		FAX	

N. INFERMIERI IN SERVIZIO:		DI CUI IN DOPPIO TURNO:	
N. TECNICI IN SERVIZIO:		DI CUI IN DOPPIO TURNO:	
N. OPERATORI DI SUPPORTO:		DI CUI IN DOPPIO TURNO:	
NUMERO DI PAZIENTI PRESENTI AL MOMENTO DELLA CADUTA:			

Data e ora della caduta:			
gg.		mm.	
aaaa		hh	
		mm	

Dati relativi alla persona: ☐ PAZIENTE			
Cognome:		Nome:	
		RAD:	
Nato/a il:		Età:	
		Sesso:	☐ M ☐ F
Paziente deambulante:	☐ SI ☐ NO	Data di ricovero:	
PROVENIENZA:			
☐ P.S.	☐ Altra UO aziendale	☐ Altra Azienda	☐ Proprio domicilio
REGIME DI EROGAZIONE:			
☐ Degenza ordinaria	☐ P.S.	☐ Ambulatorio	☐ DH/DS
☐ Altro (specificare)			

Luogo in cui si è verificata la caduta:			
☐ REPARTO (CAMERA)	☐ PRONTO SOCCORSO	☐ AMBULATORIO	☐ SPAZI COMUNI
☐ REPARTO (BAGNO)	☐ SALA OPERATORIA	☐ SPAZI APERTI	☐ SALA PARTO
☐ REPARTO (CORRIDOIO)	☐ SCALE	☐ ALTRO (specificare)	

Gravità della caduta			
☐ NESSUNO	☐ LIEVE	☐ MODERATO	☐ SEVERO
☐ MORTE			

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 21 di 24

DESCRIZIONE DELL'EVENTO (compilata il più dettagliatamente possibile dal primo soccorritore)	
Cognome,nome,qualifica primo soccorritore:	

DINAMICA DELLA CADUTA		
ERANO IN USO SPONDINE LATERALI ☐ SÌ ☐ NO		
☐ cadeva dal letto ☐ scavalca le sbarre ☐ urtava	☐ cadeva dalla sedia ☐ scivolava ☐ altro: _____	☐ cadeva dalla carrozzina ☐ inciampava
MOTIVO DELLA CADUTA		
☐ perdita di forza ☐ perdita di equilibrio ☐ perdita di coscienza	☐ inciampo ☐ scivolato con pavimento asciutto ☐ altro: _____	☐ scivolato con pavimento bagnato
☐ PROGnosi gg: _____		
Compilazione della scheda di valutazione rischio cadute ☐ NO ☐ SÌ (inviare allegato)		

INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELLA CADUTA	
☐ NESSUNA	☐ CONSULENZA SPECIALISTICA
☐ ECG	☐ INDAGINI DI LABORATORIO
☐ INDAGINI RADIOLOGICHE	☐ INTERVENTO CHIRURGICO
☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO	☐ PUNTI DI SUTURA
☐ MEDICAZIONI	☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA
☐ RICOVERO ORDINARIO	☐ TRASFERIMENTO
☐ VISITA MEDICA	☐ ALTRO:

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 22 di 24

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALLA CADUTA	
1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE:	
☐ CADUTE PREGRESSE	☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI
☐ DEFICIT VISIVI	☐ PROBLEMI EQUILIBRIO/MOBILITA'/TONO MUSCOLARE
☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE	☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO
☐ RECENTE VARIAZIONE DI TERAPIA	☐ INCONTINENZA
☐ CALZATURE INADEGUATE	
2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE:	
☐ DIFFICOLTA' 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	☐ MANCATA/INADEGUATA COMUNICAZIONE
☐ GRUPPO NUOVO/INESPERTO	☐ MANCATO COORDINAMENTO
☐ INSUFFICIENTE ADDESTRAMENTO/INSERIMENTO	☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA ATTREZZATURE
☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA MATERIALE DI CONSUMO	☐ SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
☐ MANCATA/INADEGUATA MANUTENZIONE ATTREZZATURE	☐ ELEVATO TURNOVER
☐ INSUCCESSO NEL FARE RISPETTARE PROTOCOLLI/PROCEDURE	☐ STAFF INADEGUATO/INSUFFICIENTE
☐ PROTOCOLLO/PROCEDURA INESISTENTE/AMBIGUA	

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 23 di 24

AZIONI SUGGERITE Come potrebbe essere ridotta per il futuro la possibilità che la caduta si ripeta?	
☐ Maggiore standardizzazione dei processi ☐ Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali ☐ Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente	☐ Formazione più adeguata ☐ Aggiornamento tecnologico

LA CADUTA E' DOCUMENTATA IN CARTELLA CLINICA? ☐ SI ☐ NO	
I PARENTI SONO STATI INFORMATI? ☐ SI ☐ NO	

TESTIMONI ☐ NO ☐ SI nome, cognome qualifica/ruolo) (Personale sanitario, Familiare)	
IL PAZIENTE ERA AFFIDATO A QUALCUNO AL MOMENTO DELL'ACCADUTO? ☐ SI ☐ NO (nome, cognome qualifica/ruolo) (Personale sanitario, Familiare)	

SEGNALAZIONE COMPILATA DA:		
COGNOME:	NOME:	MATRICOLA:
		Timbro e firma del medico

Procedura:	PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI DEI NEAR MISS E DELLE CADUTE PAZIENTI	Rev. 02 del 18/08/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/11		Pag. 24 di 24

11.4 PROTOCOLLO SPIKES

SETTING UP	Iniziare preparando il contesto e disponendosi all'ascolto
PERCEPTION	Valutare le percezioni della persona malata, ovvero cercare di capire quanto la persona già sappia e l'idea che essa si è fatta della sua malattia
INVITATION	Invitare la persona malata ad esprimere il proprio desiderio di essere informata o meno su diagnosi, prognosi e dettagli di malattia
KNOWLEDGE	Fornire alla persona malata le informazioni necessarie a comprendere la situazione clinica
EMOTIONS	Facilitare la persona a esprimere le proprie reazioni emotive rispondendo ad esse in modo empatico e rispecchiante
STRATEGY AND SUMMARY	Discutere, pianificare e concordare con la persona una strategia d'azione che prenda in considerazione possibili interventi e i risultati attesi; lasciare spazio ad eventuali domande; valutare quanto la persona abbia effettivamente compreso chiedendole di riassumere quanto detto

Baile et al 2000, modificato