

 A.S.L. VCO. Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola	AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO Viale Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (VB)	
Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella		Pagina 1 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità Gestione Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza
Firma per Redazione: Dr. Alberto Bellocco <i>Firmato in originale</i>	Firma per Approvazione: Dr.ssa Daniela Kozel <i>Firmato in originale</i>	Firma per Validazione: Dr.ssa Domenica Fiore <i>Firmato in originale</i>
Firma della Direzione Generale Dr.ssa Daniela Kozel <i>Firmato in originale</i>		

Segnalazione e gestione degli eventi sentinella

INDICE

GRUPPO DI LAVORO.....	2
LEGENDA E DEFINIZIONI.....	2
SCOPO ED OBIETTIVI.....	6
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	7
RESPONSABILITÀ.....	8
MODALITÀ OPERATIVE.....	10
RACCOMANDAZIONI.....	11
INDICATORI.....	12
DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI.....	12
ALLEGATI.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	12

Rev.	Data	Descrizione delle modifiche
00	09/12/2010	Creazione
01	14/01/2014	Prima revisione
02	09/01/2026	Aggiornamento Gruppo di lavoro, Legenda, Campo di applicazione, Responsabilità, Modalità operative, Indicatori, Documenti moduli registrazioni, Allegati, Bibliografia.

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 2 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Kozel Daniela	Direttore Sanitario Aziendale e Presidente UGRC	<i>Firmato in originale</i>
Bellocco Alberto	Risk Manager – I.P. Gestione Integrata del Rischio Clinico Aziendale e Governo Clinico Medical Malpractice	<i>Firmato in originale</i>
Borgotti Paolo	Direttore SOC Distretto	<i>Firmato in originale</i>
Laudando Franca	Funzione Organizzativa Coordinamento Processo Gestione Rischio Clinico/Informatizzazione Sanitaria SOC DiPSa	<i>Firmato in originale</i>
Materossi Laura	Referente per il Rischio Clinico SOC DiPSa	<i>Firmato in originale</i>
Nobili Massimo	Responsabile Ufficio Comunicazioni e URP	<i>Firmato in originale</i>
Ossola Orietta	Direttore SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola	<i>Firmato in originale</i>
Pace Jessica	Direttore SOC Farmacia	<i>Firmato in originale</i>
Riboni Paolo	Responsabile SOS Prevenzione e Protezione	<i>Firmato in originale</i>
Rigotti Attilio	Responsabile SOSD Medicina Legale	<i>Firmato in originale</i>
Senestraro Marcello	Direttore SOC DiPSa	<i>Firmato in originale</i>
Valente Margherita	Responsabile SOS Contenzioso e Supporto Legale e Assicurazioni	<i>Firmato in originale</i>

Tab. 1

LEGENDA E DEFINIZIONI

- **DiPSa:** Direzione delle Professioni Sanitarie
- **DSA:** Direttore Sanitario Aziendale
- **DS:** Direttore Sanitario di Distretto
- **DSI:** Direttore Struttura Complessa/Semplice Interessata dall'Evento Sentinella
- **DSO:** Direzione Sanitaria Ospedaliera
- **DSPOVD:** Direttore Sanitario Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola
- **ES:** Evento Sentinella

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 3 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

- **ML:** Medico Legale
- **RCA:** Root Cause Analysis
- **RM:** Risk Manager
- **SEA:** Significant Event Audit
- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in sanità del Ministero della Salute
- **UC:** Unità di Crisi
- **UGRC:** Unità gestione rischio clinico
- **UO:** Unità Operativa
- **URP:** Ufficio Relazioni Pubblico

Tipologia di eventi avversi soggetti a segnalazione:

- **Evento avverso:** *“evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente/operatore sanitario, non intenzionale e indesiderabile”*
- **Evento sentinella (*Sentinel Event*):** *“evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario e dei professionisti”*. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per individuare ed attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione.
- Ai fini del flusso informativo sono considerati **eventi sentinella** (2024) dal Ministero della Salute:
<https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/simes-sistema-informativo-monitoraggio-errori-sanita>
 1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
 2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
 3. Errata procedura diagnostica o interventistica su paziente corretto
 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
 5. Errore trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO, RH, DUFFY, KELL, LEWIS
 6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica
 7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto entro 42 giorni dal termine della gravidanza
 8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite in neonato sano
 9. Morte o grave danno per caduta di paziente
 10. Suicidio o tentato suicidio di paziente
 11. Violenza su paziente
 12. Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 4 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

13. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa del 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte o grave danno causato o concausato da infezione correlata alle pratiche assistenziali
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errori in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Per ciò che riguarda l'evento n. 9, sulla base delle indicazioni emesse dalla Regione Piemonte, si considera **Evento Sentinella** la caduta che abbia determinato:

- Morte
- Disabilità permanente
- Coma
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente *
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta
- Rianimazione cardio polmonare.

**Per la definizione di trauma maggiore la letteratura suggerisce tra gli altri il “Injury Severity Score (ISS)”. Questo indicatore viene calcolato valutando la presenza di lesioni in 9 regioni corporee (testa, collo, faccia, torace, addome, bacino organi, bacino scheletro, estremità, superficie esterna) ed assegnando a ciascuna lesione un punteggio in funzione della sua gravità (AIS – Abbreviated Injury Scale). L’AIS prevede l’assegnazione ad ogni lesione di un punteggio variabile da 0 a 6, così suddiviso:*

1. minor
2. moderate
3. serious
4. severe
5. critical
6. unsurvivable

Si procede a calcolare l'indice sommando il quadrato del punteggio ottenuto dalle 3 aree maggiormente colpite (identificazione della 3 lesioni più significative rispetto alle 9 regioni corporee considerate). L'indice può assumere valori compresi fra 0 e 75. Si intende come maggiore un trauma con un punteggio > 15. Nei casi in cui sia presente una lesione mortale (AIS=6) viene automaticamente assegnato un ISS pari a 75.

L'aggiornamento del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella (luglio 2024) delinea che, sia la “trasfusione di emocomponenti al paziente sbagliato” indipendentemente dalla gravità del

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 5 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

danno/dall' esito clinico del paziente; sia la "somministrazione di chemioterapia al paziente sbagliato o in dosi sbagliate" rappresentano un evento sentinella.

- **Esito dell'evento sentinella:**

Si considera grave danno gli esiti e le condizioni cliniche che comportano cambiamenti nel processo assistenziale come:

- morte
- disabilità permanente
- coma
- stato di malattia che determina prolungamento o cronicizzazione
- trauma maggiore
- trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- reintervento chirurgico
- rianimazione cardio respiratoria
- richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici
- reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis

Si prevede la possibilità di segnalare esiti clinici non gravi nell'immediato, identificati come:

- danno non grave o nessun danno correlati a chemioterapia o a trasfusione con potenziale esito grave in caso di riaccadimento,
- ritardo diagnostico che comporta gravi ripercussioni sulla prognosi o richiede procedura invasiva non prevista.

b) Altre definizioni:

- **Errore:** fallimento nella pianificazione e/o esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato. L'errore può essere distinto in:
 1. Errore attivo: azione non sicura o omissione che può determinare una immediata conseguenza avversa a pazienti/operatori;
 2. Errore latente: azione /condizione conseguente a insufficienza organizzativa/gestionale del sistema, che può rimanere silente anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori, determinando l'occorrenza di un evento avverso.
- **Danno:** alterazione temporanea o permanente, immediata o tardiva, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
- **Root Cause Analysis:** *metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che causano variazioni della performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso. Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate*
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=1103>
- **Significant Event Audit:** *forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare. Più formalmente può essere definito come un processo in cui singoli eventi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo*

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 6 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf

Unità di Crisi: Struttura che gestisce l'evento sentinella, nominata dal Risk Manager aziendale in collaborazione con il Direttore Sanitario Aziendale.

- Direttore Sanitario Aziendale (DSA)
- Direttore Sanitario Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola
- Direttore di Distretto (DSD)
- Risk Manager aziendale (RM)
- Direttore della Struttura Complessa/Semplice-Interessata nell'evento (DSI)
- Direttore SOC DIPSA
- Responsabile SOS Medicina Legale
- Responsabile SOS Contenzioso e Supporto legale - Assicurazioni
- Responsabile dell'Ufficio Stampa (Ufficio Comunicazioni e URP).

Le riunioni dell'Unità di Crisi devono essere verbalizzate a cura della Segreteria UGRC e la conservazione di tutta la documentazione spetta al Risk Manager aziendale.

SCOPO ED OBIETTIVI

Nell'ambito delle attività di gestione del rischio clinico, acquista particolare valore l'adozione di strumenti di segnalazione di eventi avversi. La segnalazione costituisce premessa imprescindibile per la successiva attività di analisi e conseguente individuazione ed implementazione delle azioni preventive e migliorative. Segnalare un ES significa impegnarsi a riconoscere eventuali disfunzioni del sistema organizzativo e porvi rimedio (rif. Prot monitoraggio 2024), la segnalazione non determina ricadute o impatti negativi sulla percezione dell'immagine delle strutture sanitarie. (Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero della Salute del luglio 2024).

Scopo di questa procedura è, definire le responsabilità e le modalità di gestione del sistema di segnalazione degli Eventi Sentinella nell'ASL VCO secondo le indicazioni contenute nella linea di indirizzo 1/2010 della Regione Piemonte "Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi sentinella" di cui alla DD n. 208/DB2000 del 2.4.2010 e nel Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero della Salute del luglio 2024.

Obiettivo generale è definire le fasi per la gestione delle segnalazioni di eventi sentinella.

Obiettivi specifici sono di:

1. garantire una modalità di gestione eventi sentinella organica e ed uniforme, in modo da ridurre la variabilità e la discrezionalità nella segnalazione di eventi tra operatori,
2. garantire un sistema adeguato di raccolta ed analisi delle informazioni relative agli eventi sentinella che si verificano nell'ASL VCO,

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 7 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

3. standardizzare un sistema condiviso di analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi,
4. individuare azioni preventive con implementazione di raccomandazioni specifiche per minimizzare il rischio di ulteriore verificarsi di questi particolari eventi avversi (definizione sopra),
5. garantire una corretta modalità di verifica dell'effettiva applicazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica a tutto il personale della ASL VCO secondo i livelli di responsabilità definiti nell'organizzazione, si utilizza in tutti i casi in cui, nella ASL VCO, si verifica un ES compreso tra quelli indicati in procedura:

Criteri di inclusione:

Sono considerati eventi sentinella:

1. il danno stesso (ad esempio la morte materna),
2. un accadimento che può essere causa di un danno successivo (ad esempio, lo smarrimento di campioni istologici irripetibili),
3. una attività o un processo (ad esempio procedura chirurgica su paziente sbagliato).

Criteri di esclusione:

sono esclusi dalla definizione di evento sentinella:

1. le complicanze delle pratiche clinico-assistenziali (quando non prevenibili, né prevedibili),
2. le reazioni avverse a farmaci o vaccini (quando sia dimostrabile la non prevedibilità della reazione),
3. gli eventi conseguenti a malfunzionamento dei dispositivi medici in cui non siano evidenziabili cattivo utilizzo o manutenzione incongrua.

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 8 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

Algoritmo decisionale per la segnalazione degli eventi sentinella, mutuato dalla Classification of patient safety incidents del Patient Safety Incident Reporting And Learning Systems: technical report and guidance della World Health Organization (2020).

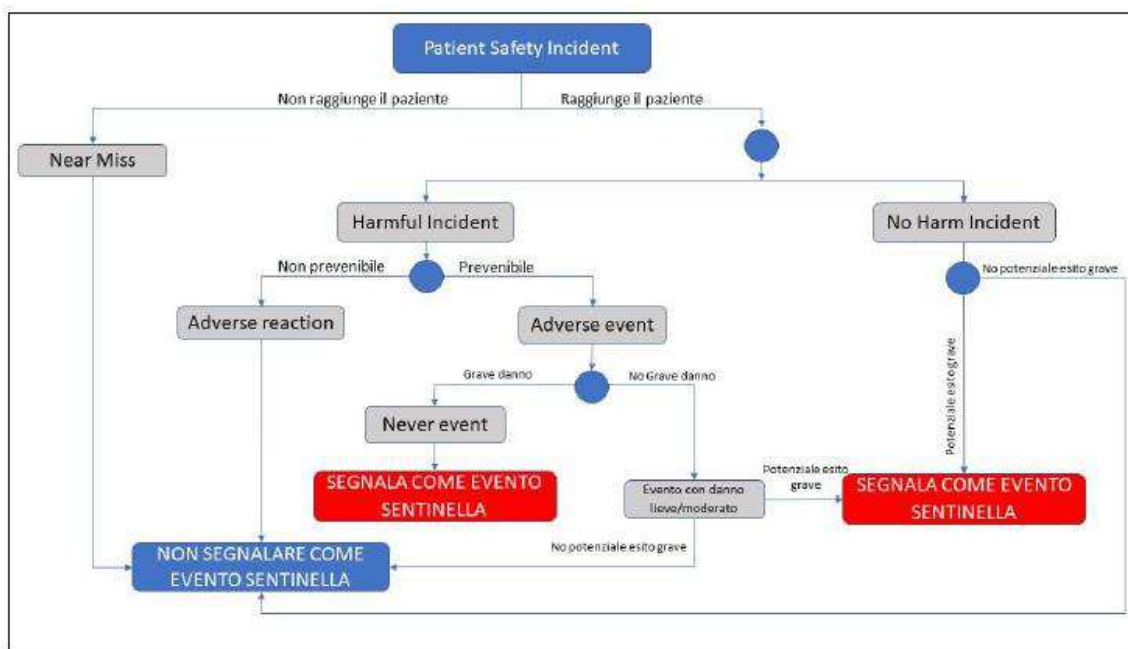


Fig.1

RESPONSABILITÀ

Ai Responsabili delle Strutture coinvolte nel percorso, ai Responsabili Qualità e ai Coordinatori è attribuita la responsabilità di **diffondere, rendere accessibile e far conoscere** a tutti gli operatori la Procedura Operativa, ivi compresi i neo-assunti, compilando e facendo firmare la lista di distribuzione (ALL 01 PO 07-QA 04).

La verifica e il controllo della corretta adesione ai contenuti del presente documento è del Responsabile *Gestione Integrale del Rischio Clinico Aziendale e Governo Clinico: Medical Malpractice*, valutando anche gli esiti degli indicatori.

Tale verifica deve essere messa in atto periodicamente.

Gli esiti del monitoraggio dell'Applicazione della procedura e degli indicatori devono essere inviati anche al Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza per consentire la verifica della Qualità delle prestazioni erogate e l'applicazione di eventuali azioni di miglioramento.

La responsabilità della comunicazione e della pubblicazione sul sito Intranet Aziendale della procedura è del Responsabile Governo Clinico Qualità e Appropriatezza.

La presente procedura ha validità triennale dalla data di emissione o revisione.¹

¹ "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR), requisito 6.1.3.

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 9 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

L'aggiornamento e/o revisione è previsto qualora intervengano variazioni nell'ambito della normativa di riferimento e/o nel processo oggetto della stessa e comunque non oltre 3 anni dalla precedente emissione.

È responsabilità del Referente della procedura l'aggiornamento del documento alla scadenza del periodo di validità. Sino alla pubblicazione della versione aggiornata resta in vigore la versione precedente.

La responsabilità dell'applicazione della presente procedura operativa è di tutti i Componenti della Unità di Gestione del Rischio Clinico in relazione alle singole competenze e ruoli e di tutto il personale coinvolto nella GRC.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Legenda: Responsabile (R); Coinvolto (C); Informato (I) NC (Non Coinvolto)						
Descrizione dell'attività	Operatore					
	Tutto il personale/ Facilitatore² UO	DSA	DSO	RM aziendale	Direttore Struttura coinvolta	Unità di Crisi
Segnalazione ES al RM	R	C	C	C	R	I
Comunicazione dell'ES al DSA e DSO e RM	I		C	I	R	I
Convocazione Unità di Crisi	C	R	C	C	C	C
Trasmissione scheda A Flusso SIMES	NC	I	I	R	I	I
Acquisizione documentazione	C	I	C	R	C	C
Stesura prima relazione	NC	I	I	R	C	R
Eventuale comunicazione esterna all'azienda	NC	R	R	I	C	C
Attivazione audit e analisi dell'evento	C	C	C	R	R	C
Incontro pazienti e/o familiari	NC	I	C	C	R	I
Eventuali ulteriori approfondimenti	NC	I	C	R	R	C
Comunicazione evento sentinella alla SOS Contenzioso e Supporto Legale – Assicurazioni	NC	NC	NC	R	NC	I
Trasmissione scheda B Flusso SIMES	NC	I	I	R	I	I
Approvazione piano azioni di miglioramento	NC	R	I	C	C	C
Invio scheda C flusso SIMES	NC	I	I	R	C	I

Tab. 2

² Facilitatore: referenti rischio clinico UO

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 10 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

MODALITÀ OPERATIVE

Di seguito vengono descritte le diverse azioni da compiere nel caso si verifichi un ES con l'indicazione delle relative responsabilità:

Tutte le attività eseguite devono essere gestite in accordo con quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003. Le attività della UC sono subordinate alla sua attivazione.

1. Qualora un **operatore** di una Struttura/UO rilevi una criticità assimilabile ad un evento **sentinella**:

informa il Responsabile della UO e tramite il facilitatore (referente) del rischio della struttura di riferimento, effettuano una segnalazione dell'evento.

La segnalazione deve pervenire nel più breve tempo possibile, al Risk Manager (RM) aziendale, utilizzando la scheda allegata alla presente procedura (MOD 01)/o la scheda informatizzata presente nella Cartella Clinica Elettronica (PHI). Tale scheda deve essere anticipata via mail - alla Segreteria della Unità di Gestione del Rischio Clinico, ubicata al Distretto di Domodossola, in via Scapaccino n.47, al seguente indirizzo segreteria.rischioclinico@aslvc.it, previo contatto telefonico al Risk Manager aziendale (0324 4916415, cellulare 320 6130650).

2. Il **Direttore di UO** informa oltre al RM, il Direttore Sanitario Presidi Ospedalieri Verbania Domodossola (DSPOVD) e la Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) i quali valutano la possibilità di costituire l'**Unità di Crisi (UC)**.

3. L'**Unità di Crisi** verifica la sussistenza dei criteri di definizione di un evento sentinella, coinvolgendo il personale del reparto/UO in cui è avvenuto l'evento, consultando la documentazione sanitaria disponibile.

4. Il RM

- segnala l'ES su SIMES, utilizzando la **scheda A**, nel minor tempo possibile,
- elabora una **prima relazione con l'UC**, attraverso l'acquisizione di documentazione clinica aggiuntiva/integrata, utile anche al fine di redigere un eventuale comunicato stampa da emettere in breve tempo dall'accadimento,
- raccoglie ed analizza tutte le informazioni utili per comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento,
- adotta, in collaborazione con l'UC, tecniche di analisi di gestione del rischio clinico, quali ad esempio RCA o SEA seguendo le indicazioni contenute nella scheda B, allo scopo di definire le azioni di miglioramento. La conduzione dell'analisi deve prevedere la partecipazione del personale coinvolto nell'accadimento dell'evento. Tutto ciò si svolge, garantendo un clima favorevole all'ascolto confidenziale e non colpevolizzante. Il Piano di Azione deve essere congruo con i fattori causali evidenziati e deve coinvolgere gli attori, i servizi e gli uffici preposti alla verifica di fattibilità e all'implementazione del piano (esempio SOC Formazione, ufficio tecnico),
- invia a SIMES la **scheda B** per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e il piano di azione entro 60 giorni solari dall'invio della scheda A,
- verifica che le azioni correttive siano state effettivamente messe in atto e che abbiano

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 11 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

prodotto i risultati attesi per migliorare la sicurezza delle cure, utilizzando e compilando la **scheda C**.

5. La Direzione Sanitaria di Presidio favorisce l'acquisizione della documentazione clinica utile alla gestione del caso rendendola disponibile al RM e partecipa alla UC.

6. Coinvolgimento dei pazienti e dei familiari

Viene disposto l'effettuazione, ove opportuno, di un incontro con il paziente e/o i familiari, avvalendosi anche dell'eventuale supporto di personale tecnico specializzato.

Il coinvolgimento del paziente e dei famigliari/*caregiver* è, altresì uno dei pilastri del Global Safety Action Plan 2021-30 (obiettivo strategico 4), nel quale il coinvolgimento si sostanzia nella progettazione di strategie e nella definizione di azioni per ridurre la probabilità di recidiva.

7. Attivazione misure di supporto

- Sostegno psicologico, al paziente e/o familiari con valutazione della tipologia degli approfondimenti tecnici necessari.
- Al personale coinvolto, se necessario, viene fornito il supporto psicologico.

8. Comunicazione di evento sentinella SOS Contenzioso e Supporto Legale - Assicurazioni

Il RM comunica, alla SOS Contenzioso e Supporto Legale – Assicurazioni, l'evento sentinella.

9. Elaborazione comunicato stampa

E' approvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Generale, nonché trasmesso per il tramite delle apposite strutture aziendali (URP),

10. Report finale

In seguito all'audit clinico il RM stila una relazione, in cui definisce le azioni per prevenire le criticità, che viene condivisa con l'Unità di Crisi.

RACCOMANDAZIONI

- Il RM informa tutti coloro che hanno gestito l'evento e la relativa segnalazione che *“i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari”* (art.16 legge 24 marzo 2017).
- Si raccomanda di proporre piani di miglioramento studiati in base alla reale capacità di intercettare e prevenire il rischio di accadimento degli eventi e realisticamente correlati, per quantità e tipologia a i fattori contribuente nel corso dell'indagine.
- Verificare periodicamente l'applicazione della procedura per la gestione dei casi sentinella, attraverso il monitoraggio degli indicatori.

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 12 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

INDICATORI

- Numero di Unità di Crisi costituite /Numero Eventi sentinella segnalati x 100
 - **Standard: 100%**
- Numero di RCA/SEA effettuati /Numero degli Eventi x 100
 - **Standard 100%**
- Rispetto tempistica invio scheda B /numero procedure attivate x 100
 - **Standard 100%**
- Numero di azioni di miglioramento realizzate/Numero di azioni di miglioramento definite in sede di audit x 100
 - **Standard 100%**

DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI

Il registro dedicato agli eventi near miss/avversi/sentinella è informatizzato, con validità annuale.

ALLEGATI

- **MOD 01 di PO 52-UGRC 02** “Scheda di Segnalazione Eventi sentinella”

BIBLIOGRAFIA

- Decreto legislativo n. 196/ 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.
- Intesa Stato-Regioni –Province Autonome rep. 116/CSR del 20 marzo 2008. su Gestione Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti e delle Cure.
- Regione Piemonte – DGR n. 8-10293 del 9 marzo 2009 e disposizioni attuative (Prot. n. 12768/B2000 del 10/04/2009).
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” Luglio 2009.
- Regione Piemonte – Direzione Sanità: DD n. 208/DB2000 del 2 aprile 2010.
- Ministero della Salute, Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità, Roma giugno 2011.
- Legge n 24 dell’8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

Struttura: Unità di Gestione Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 52-UGRC 02
Data: 09.01.2026	Titolo documento: Segnalazione e gestione degli eventi sentinella	Pagina 13 di 13
Redatta da: Risk Manager	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale Presidente Unità di Gestione del Rischio Clinico	Validata da: Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatezza

- <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/piano-globale-sicurezza-2021-2030>
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Ministero della Salute – luglio 2024.
- Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche e della Sicurezza in Sanità: Glossario. <https://www.buonepracticesicurezzaasanita.it/index.php/attivita/glossario>.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 90 del 12/02/2024 ASL VCO, oggetto: Unità di Gestione del Rischio Clinico-revisione composizione.
- Gestione, segnalazione aziendale rischi, errori, eventi avversi ed eventi sentinella - GES ESPOS 01. AOU Sassari, ottobre 2024.