

DELIBERA DELLA COMMISSIONE STRAORDINARIA
DPR 30 settembre 2024 – ARTT. 143 e 146 D.LGS. N.267/2000

N. 161 DEL 30/03/2026

**STRUTTURA PROPONENTE: RICERCA E GOVERNO ECCELLENZA EROGATORI
PUBBLICI E PRIVATI E APPROPRIATEZZA**

OGGETTO:
**PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE , LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO
DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA**

Il giorno 30/03/2026, la Commissione Straordinaria nominata con DPR 30 settembre 2024 ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

**OGGETTO: PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE , LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO
DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA**

La presente deliberazione si compone di n. 4 pagine, di cui n. 1 allegati di n. 9 pagine che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

**La Direttrice dell'U.O. RICERCA E GOVERNO ECCELLENZA EROGATORI PUBBLICI
E PRIVATI E APPROPRIATEZZA**

Premesso che con D.P.R del 30 settembre 2024 è stato disposto lo scioglimento, per la durata di diciotto mesi, dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia a norma degli artt. 143 e 146 del Decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267;

Premesso che con delibera n. 1825 del 9 ottobre 2024 è avvenuto l'insediamento della Commissione Straordinaria, nominata con D.P.R del 30 settembre 2024;

Premesso che la Commissione Straordinaria per la gestione dell'ente esercita le attribuzioni del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale, fino all'insediamento dell'organo ordinario a norma di legge, nonché ogni altro potere ed incarico conferito;

Premesso che con D.P.R. dell'8 agosto 2025, a seguito di esigenze organizzative si è reso necessario un avvicendamento nell'incarico ricoperto dal Prefetto a riposo Dott. Vittorio Piscitelli, e che pertanto è stata prevista la sua sostituzione in seno alla predetta Commissione Straordinaria con il prefetto a riposo, Dott. Gianfranco Tomao.

Premesso che a far data dal 01/09/2025 la Dott. Maria Giuseppina Maluccio, ha preso servizio presso la S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatezza;

Premesso che a far data dal 10/10/2025 è stato contrattualizzato con incarico libero-professionale il Risk Manager dott. Pietro Tarzia;

Premesso che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività, i comportamenti e ridurre la discrezionalità del singolo operatore;

Premesso che la Legge n.24 del 8 marzo 2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", stabilisce che ogni Organizzazione Sanitaria deve dotarsi delle politiche e delle strategie per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza;

Preso atto delle indicazioni formulate dal Direttore Sanitario Aziendale;

Preso atto che gli Eventi Sentinella, così come definiti dal Ministero della Salute, costituiscono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, la cui corretta segnalazione, gestione e monitoraggio rappresentano uno strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria e che la gestione del Rischio Clinico richiede l'adozione di specifiche procedure organizzative all'interno dell'ASP di Vibo Valentia;

Preso atto che la segnalazione, la gestione ed il monitoraggio degli Eventi Sentinella rappresentano un elemento fondamentale per la sicurezza delle cure e per la tutela dei pazienti e degli operatori sanitari e che la gestione del Rischio Clinico in ambito sanitario ha come priorità l'adozione di procedure strutturate e condivise finalizzate alla prevenzione, all'analisi ed alla riduzione del verificarsi di eventi avversi di particolare gravità nell'ambito dell'ASP di Vibo Valentia;

Rilevato che la prevenzione, la corretta segnalazione e la gestione degli Eventi Sentinella costituiscono un obiettivo di Qualità che l'Azienda persegue al fine di garantire la sicurezza delle cure e la tutela dell'assistito;

Ritenuto che l'implementazione di procedure ha come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

Viste le Linee guida del Ministero della Salute in materia di sicurezza delle cure e di gestione del rischio clinico, nonché le indicazioni nazionali relative alla segnalazione, gestione e monitoraggio degli Eventi Sentinella, emanate dal Ministero della Salute;

Vista la Sentenza Travaglino n. 6386/2023 della Corte Suprema di Cassazione in materia di responsabilità sanitaria e sicurezza delle cure;

Tanto ciò premesso,

La Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Cinzia Mazzotta

La Direttrice
Dott.ssa Maria Giuseppina Maluccio

Attestando, ai fini dell'art. 1 della L. n. 20/1994, così come modificato dall'art. 3 della L. 639/1996, con la propria sottoscrizione, che il provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico,

PROPONE

L'adozione della seguente deliberazione: **“PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE, LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA**

di prendere atto, con ogni conseguente effetto, delle disposizioni normative in materia di sicurezza delle cure, con particolare riguardo alla Legge n.24 del 8 marzo 2017, della Sentenza Travaglini n. 6386/2023 della Corte Suprema di Cassazione nonché delle Linee Guida di settore;

di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta della Responsabile del Procedimento e della Dirigente della S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatelyzza, alla quale è affidata l'esecutività dello stesso.

di dare atto che la presente Deliberazione non comporta oneri di spesa;

di precisare che copia informatica verrà inserita sulla homepage nella box presente dal titolo - *Procedure Rischio Clinico e Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)* nella sezione *Rischio Clinico*.

di precisare che la pubblicazione della stessa sull'albo pretorio online dell'Azienda ha valore di notifica a tutti gli effetti.

di notificare il presente atto alla Direzione Medica di Presidio Unico, al Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie, ai Direttori dei Dipartimenti di Chirurgia, Medicina, Servizi Sanitari, Emergenza Urgenza e Accettazione, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze precisando che gli stessi avranno cura di trasmettere l'Atto ai Servizi e alle Strutture afferenti.

LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

Vista la motivata proposta della S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatelyzza;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale;

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa, qui da intendersi integralmente riportati e trascritti:

di prendere atto, con ogni conseguente effetto, delle disposizioni normative in materia di sicurezza delle cure, con particolare riguardo alla Legge n.24 del 8 marzo 2017, della Sentenza Travaglini n. 6386/2023 della Corte Suprema di Cassazione nonché delle Linee Guida di settore;

di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta della Responsabile del Procedimento e della Dirigente della S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatelyzza, alla quale è affidata l'esecutività dello stesso.

di dare atto che la presente Deliberazione non comporta oneri di spesa;

di precisare che copia informatica verrà inserita sulla homepage nella box presente dal titolo - *Procedure Rischio Clinico e Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)* nella sezione *Rischio Clinico*.

di precisare che la pubblicazione della stessa sull'albo pretorio online dell'Azienda ha valore di notifica a tutti gli effetti.

di notificare il presente atto alla Direzione Medica di Presidio Unico, al Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie, ai Direttori dei Dipartimenti di Chirurgia, Medicina, Servizi Sanitari, Emergenza

Urgenza e Accettazione, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze precisando che gli stessi avranno cura di trasmettere l'Atto ai Servizi e alle Strutture afferenti.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dott. Angelo Vittorio Sestito

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Lazzaro Ilario

LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

Dott. Gianfranco Tomao

Dott. Gandolfo Miserendino

Dott. Gianluca Orlando

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

 Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia	PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE, LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA	Direzione Sanitaria Aziendale S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatezza
PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE, LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA		

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verifica	Approvazione
Prima versione 30.10.25	S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatezza Dott.ssa M.G. Maluccio Dott. F. Crea Dott.ssa C. Lochiatto Dott.ssa C. Mazzotta	Risk Manager ASP Vibo Valentia Dott. P. Tarzia	Direttore Sanitario ASP Vibo Valentia Dott. I. Lazzaro
Revisione 19.12.2025	S.C. Formazione, Trasparenza e Prevenzione Corruzione Dott.ssa A. Di Gesu	S.C. Formazione, Trasparenza e Prevenzione Corruzione Dott. A. Penna	

1. DEFINIZIONI

Un evento sentinella in una struttura sanitaria è da considerarsi un “particolare tipo di indicatore la cui soglia di allarme è uno. Basta, cioè, che si verifichi una sola volta perché si renda necessaria un’indagine interna volta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero in futuro essere corretti”. (JCAHO, 2001).

L’evento sentinella rappresenta un “evento inatteso che comporta la morte o gravi danni fisici o psicologici al paziente o il rischio [futuro] che tali danni si verifichino” (WHO, 2020).

Il Ministero della Salute definisce evento sentinella un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario”. Ne sono esempi gli errori chirurgici, gli errori farmacologici, le Infezioni Correlate all’Assistenza, ecc. Gli “eventi avversi” sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile e gli eventi sentinella sono, dunque, quegli eventi avversi particolarmente gravi.

Gli eventi sentinella pur includendoli, non coincidono solo con i cosiddetti *never events*, definiti come “incidenti relativi alla sicurezza del paziente che provocano gravi danni al paziente o la morte” (si tratta esplicitamente di eventi particolarmente scioccanti, come un intervento chirurgico nel sito sbagliato, che non dovrebbe mai verificarsi). (WHO, 2020).

Ai fini del flusso informativo disciplinato dal protocollo ministeriale, sono considerati eventi sentinella:

- il danno stesso (ad esempio, morte materna);
- un accadimento che può essere causa di un danno successivo (ad esempio, la caduta o lo smarrimento di campioni istologici irripetibili);
- una attività o processo (ad esempio, *triage* sottostimato o procedura chirurgica su paziente errato o, ancora, l’effettuazione della chemioterapia).

Il verificarsi anche di un solo caso di evento sentinella è sufficiente per dare luogo ad indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione sanitaria.

La definizione di evento sentinella si basa soprattutto su una **potenziale evitabilità**, definibile come una *defaillance* del sistema e/o il venir meno di barriere e sistemi di sicurezza e/o la mancata adesione degli operatori agli stessi.

In base al criterio della potenziale evitabilità, sono, dunque, esclusi dalla definizione di evento sentinella:

- le complicanze delle pratiche clinico-assistenziali (quando non prevenibili, ancorché prevedibili);
- le reazioni avverse a farmaci o vaccini (quando sia dimostrabile la non prevedibilità della reazione);

- gli eventi conseguenti a malfunzionamento di dispositivi medici in cui non siano evidenziabili cattivo utilizzo (es. carenza di formazione o skills) o manutenzione incongrua.

2. INTRODUZIONE

La sorveglianza degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica, e rappresenta uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Per questa ragione, il Dipartimento della Programmazione, dei Dispositivi medici, del Farmaco e delle Politiche a favore del SSN ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio 3 - Qualità, Rischio Clinico e Programmazione Ospedaliera del Ministero della Salute ha elaborato, con il supporto tecnico di esperti, il **Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella**, aggiornato a luglio 2024, con l'obiettivo di fornire alle Regioni e alle Aziende Sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale, a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza LEA. Per gli approfondimenti si rimanda al citato documento ministeriale.

Al fine di consentire il monitoraggio degli eventi sentinella, con il DM 11 Dicembre 2009 è stato istituito, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), che raccoglie le informazioni sugli eventi sentinella e la denuncia dei sinistri trasmesse da Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, anche se un sistema di monitoraggio era già iniziato da qualche anno nel 2005. Gli obiettivi del sistema di monitoraggio sono essenzialmente quelli di aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie e garantire i LEA e si possono classificare come obiettivi da raggiungere a livello locale da parte delle Aziende e delle Organizzazioni sanitarie (promuovere e facilitare le segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella; favorire una più puntuale ed efficace analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi; orientare l'individuazione e l'implementazione di piani di azione sempre più pertinenti e funzionali alla prevenzione del riaccadimento; sensibilizzare alla verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo) e obiettivi da raggiungere a livello centrale da parte di Regioni e Ministero (facilitare la raccolta e l'analisi delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella; favorire l'elaborazione e la disseminazione di "Raccomandazioni" specifiche rivolte a tutte le strutture sanitarie; promuovere la valutazione dell'implementazione delle Raccomandazioni da parte delle strutture sanitarie; sistematizzare il ritorno informativo alle strutture sanitarie). La collaborazione tra le diverse entità coinvolte (Ministero, Regioni, Aziende Sanitarie, professionisti) è fondamentale per il successo di questo sistema.

Ne consegue che il monitoraggio degli eventi sentinella è un obiettivo strategico di un'Azienda Sanitaria anche in termini di riduzione del contenzioso e delle spese sanitarie (in pratica è uno strumento di rendicontazione pubblica o accountability), di valutazione del premio assicurativo e di ritorno di immagine come organizzazione in grado di garantire la qualità e la sicurezza delle cure e delle prestazioni erogate.

Non ultima, l'importanza di un sistema di gestione e monitoraggio degli eventi sentinella è quella di non essere semplicemente un veicolo per comunicare un *failur*, ma soprattutto di favorire l'apprendimento per migliorare

la sicurezza, quindi di costituire un sistema *learning* di apprendimento ai fini dell'elaborazione di protocolli e procedure, di percorsi per la prevenzione degli eventi evitabili, per l'individuazione di aree di intervento formativo e di sviluppo della ricerca e del miglioramento e per favorire la comunicazione con pazienti e loro familiari.

Quanto sopra si può raggiungere solo se si “costruisce” un sistema basato sulle segnalazioni che sia in grado di **rendere visibili i rischi** e contribuire a creare le condizioni per **prevenire ulteriori danni**.

L'OMS mette in guardia sul fatto che non esista un collegamento automatico tra capire cosa è “*andato storto*” ed essere in grado di ridurre il rischio che accada di nuovo, quindi il sistema di segnalazioni deve necessariamente essere in linea con il sistema del miglioramento continuo e della sicurezza clinica ed organizzativa.

3. LISTA EVENTI SENTINELLA

Nel Protocollo ministeriale citato nel paragrafo precedente, sono presenti i 23 eventi sentinella individuati come elemento strategico del sistema di segnalazione e della garanzia di qualità e sicurezza delle cure nelle organizzazioni.

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 diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere

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

Nel Protocollo ministeriale del 2024 esiste una scheda di approfondimento per ogni specifico evento sentinella della lista, a cui si rimanda per completezza espositiva. In particolare, le schede descrittive per i 23 eventi sentinella, comprendono la descrizione, il razionale, le fonti utili per l'analisi e gli indicatori per il monitoraggio della qualità del sistema di segnalazione.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica in tutte le Strutture della ASP di Vibo Valentia, quando si verifichi un evento avverso seguito da esito grave e/o in caso si verifichi un errore nel processo trasfusionale o chemioterapico il cui riaccadimento ha una significativa potenzialità di causare eventi avversi gravi, seguendo le indicazioni contenute nel citato Protocollo Ministeriale e l'elenco dei 23 eventi sentinella in esso contenuto.

5. OBIETTIVI

Il monitoraggio degli errori in sanità si pone l'obiettivo di raccogliere, tra l'altro, le informazioni relative agli "eventi sentinella" che si verificano nelle strutture del SSN, al fine di comprendere le circostanze e i fattori che ne hanno favorito l'occorrenza. In tal senso, attraverso l'analisi delle segnalazioni è possibile individuare i punti critici del sistema e suggerire possibili soluzioni, anche tramite l'elaborazione di Raccomandazioni e Linee guida, che diano indicazioni per promuovere a livello aziendale le opportune azioni di contrasto. Lo scopo del monitoraggio, infatti, è di promuovere **la cultura dell'apprendere dagli errori**, che costituisce il fondamento di tutte le metodologie per la gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti.

6. BENEFICI ATTESI

I benefici attesi dall'utilizzo del sistema, si possono distinguere in:

Quantitativi

- ✓ Riduzione dei costi per i premi assicurativi versati dagli operatori sanitari
- ✓ Riduzione dei tempi dei procedimenti e dei costi per i contenziosi
- ✓ Riduzione delle spese di risarcimento
- ✓ Riduzione delle spese per cure sanitarie conseguenti agli errori

Qualitativi

- ✓ Miglioramento della qualità del servizio offerto al cittadino
- ✓ Diminuzione dei tempi di risposta e di monitoraggio
- ✓ Miglioramento della qualità di utilizzo del capitale umano che lavora nel SSN
- ✓ Eliminazione asimmetria informativa nei rapporti contrattuali assicurativi
- ✓ Aumento della fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario

7. SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA

Gli eventi sentinella da segnalare, secondo il flusso disciplinato dal Protocollo ministeriale, sono riconducibili alle seguenti categorie:

- eventi caratterizzati dalla gravità dell'esito (*never events*), contraddistinti dalla definizione di “*morte o grave danno derivati da*”. Per la valutazione del “*grave danno*” si fa riferimento agli esiti o le condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale ⁽¹⁾;
- eventi, incidenti o errori che evidenziano una deviazione dalle pratiche di sicurezza nell'ambito di processi ad alto rischio e che sono spia di un modo di errore che potrebbe ripresentarsi determinando esiti gravi;
- qualsiasi tipologia di evento, incidente o errore che si realizza nell'ambito del processo trasfusionale o di erogazione della chemioterapia che va segnalata come evento sentinella indipendentemente dalla gravità dell'esito. In tali specifiche circostanze vanno, cioè, segnalati anche i *no harm incident*, cioè gli eventi che non hanno causato danno ma a cui nuova occorrenza ha la potenzialità di causare un grave danno (ad esempio, trasfusione di una sacca errata ma senza che si origini alcuna reazione da incompatibilità). Si prevede, altresì, la possibilità di segnalare esiti clinici non gravi nell'immediato, come un ritardo diagnostico che comporti gravi ripercussioni sulla prognosi o richieda procedura invasiva non prevista.

⁽¹⁾ Si considerano grave danno gli esiti o le condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, come di seguito indicato:

- morte
- disabilità permanente
- coma
- stato di malattia che determina prolungamento della degenza 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 AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis.

La segnalazione di un evento sentinella viene fatta dal **referente aziendale** all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, incardinato nell'Ufficio 3 della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che utilizza la piattaforma informatica dedicata. Il SIMES ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri (cioè gestione dei dati medico-legali economici, assicurativi e procedurali delle denunce dei sinistri) su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi e il monitoraggio completo degli eventi avversi. In base al Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella sussiste l'obbligo di tempestiva comunicazione dell'evento al Ministero della Salute. Tutte le Regioni e P.A. utilizzano l'applicativo SIMES provvedendo alla validazione degli eventi inseriti dalle rispettive Aziende. L'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella interviene per la definitiva validazione che consente l'inserimento nella reportistica finale dei dati validati.

Il SIMES prevede l'attivazione di tre livelli di intervento, tra loro complementari:

- il **monitoraggio**: consente la raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella e dei sinistri per la valutazione dei rischi;
- le **raccomandazioni**: elaborate sulla base delle informazioni raccolte tramite il monitoraggio, hanno lo scopo di fornire indicazioni agli operatori circa le azioni da intraprendere per migliorare la qualità dell'assistenza;
- la **formazione** del personale: ha lo scopo di incrementare la conoscenza degli operatori rispetto a metodi e strumenti per il miglioramento della sicurezza dei pazienti.

E' importante ribadire che la segnalazione, che dà poi avvio ad una serie di azioni di seguito più dettagliatamente specificate nel paragrafo successivo, non ha l'intento di "*individuare il responsabile*" bensì quello di aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al "*principio dell'imparare dall'errore*". Segnalare un evento sentinella significa impegnarsi a riconoscere eventuali disfunzioni del sistema organizzativo e a porvi rimedio.

In **Allegato 1** è presente la scheda per la segnalazione degli eventi sentinella che è funzionale anche alla segnalazione degli eventi avversi e dei *near miss*. La scheda è in formato editabile ed è anonima. Nel caso si voglia usufruire completamente dell'anonimato, anziché seguire le indicazioni di invio presenti nel paragrafo 8, si può utilizzare la cassetta "*incident reporting*" che sarà presente nella struttura (Ospedale, Distretto, Dipartimenti) di afferenza e adeguatamente segnalata con apposita cartellonistica.

8. PERCORSO OPERATIVO

La presente procedura aziendale deve garantire che la segnalazione raggiunga nel più breve tempo possibile le strutture ed i professionisti coinvolti e di seguito dettagliatamente descritti. Le attività da svolgere possono essere incardinate in fasi progressive di seguito rappresentate schematicamente con le azioni da compiere, la tempistica ed i professionisti coinvolti.

FASE 1 DEL PERCORSO OPERATIVO: LA SEGNALEZIONE

INPUT	RESPONSABILITA'	QUANDO	OUTPUT
Segnalazione dell'evento	Ogni operatore sanitario	Real time	Compilare scheda di segnalazione in Allegato 1
Invio Segnalazione (1)	Ogni operatore sanitario	Real time	Alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, di Distretto o di Dipartimento
Invio segnalazione (2)	Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, di Distretto o di Dipartimento	Real time	S.C. Ricerca, Governo dell'eccellenza erogatori pubblici e privati e Appropriatazza/Risk Manager REFERENTE
Invio segnalazione (3)	S.C. Ricerca, Governo dell'eccellenza erogatori pubblici e privati e Appropriatazza/Risk Manager REFERENTE	Real time	Ministero/SIMES

FASE 2 DEL PERCORSO OPERATIVO: ANALISI DELL'EVENTO AS IS

INPUT	RESPONSABILITA'	QUANDO	output
Analisi dell'evento	U.O. coinvolta, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, di Distretto o di Dipartimento, S.C. Ricerca, Governo dell'eccellenza erogatori pubblici e privati e Appropriatazza/Risk Manager Servizio professioni sanitarie Expertise/CICA/RSPP/specialisti sanitari/tecnici della materia	Real time e al massimo entro 3 giorni dall'evento	- audit, <i>lean tools</i> e identificazione dei fattori causali e contribuenti/analisi cause radici - azioni di contenimento del danno - attivazione di azioni di sostegno agli operatori coinvolti (es. episodi di violenza) - attivazione di azioni di sostegno a pazienti e familiari
Comunicazioni (1)	Direttore U.O.	Real time	gestione della comunicazione dell'evento a paziente e familiari;
Comunicazioni (2)	Direzione Generale/Sanitaria/Medica/URP	Quando necessario	gestione della comunicazione istituzionale esterna

FASE 3 DEL PERCORSO OPERATIVO: PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO TO BE

INPUT	RESPONSABILITA'	QUANDO	OUTPUT
Individuazione di azioni di miglioramento della procedura o del percorso o delle attività condotte	U.O. coinvolta, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, di Distretto o di Dipartimento, S.C. Ricerca, Governo dell'eccellenza erogatori pubblici e privati e Appropriatazza/Risk Manager Servizio professioni sanitarie Expertise/CICA/RSPP/specialisti sanitari/tecnici della materia	Nel più breve tempo possibile	- programmazione di attività quali focus group, briefing sicurezza, safety walkaround, gamba walk sul campo - promozione della sicurezza comportamentale
Implementazione di piani di azione per la prevenzione del riaccadimento	U.O. coinvolta, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, di Distretto o di Dipartimento, S.C. Ricerca, Governo dell'eccellenza erogatori pubblici e privati e Appropriatazza/Risk Manager Servizio professioni sanitarie Expertise/CCICA/RSPP/specialisti sanitari/tecnici della materia	A seguire	- implementazione di procedure, percorsi, attività, raccomandazioni
Verifica dell'effettiva attuazione di piani e azioni per il miglioramento e la prevenzione del riaccadimento	S.C. Ricerca, Governo dell'eccellenza erogatori pubblici e privati e Appropriatazza/Risk Manager/CCICA/RSPP	A seguire	- Implementazioni di <i>Lean strategy</i> , <i>Lean tools</i> , ciclo PDCA, verifiche sul campo - addestramento e informazione sul campo
Implementazione di un sistema di learnig di apprendimento	S.C. Formazione, Trasparenza e Prevenzione corruzione Esperti interni ed esterni del settore	A seguire	- attività di formazione

9. FORMAZIONE

Al fine di governare l'intero processo con tempestività e competenza, sarà attivato un programma formativo finalizzato a coinvolgere, formare e istruire tutti gli operatori sanitari e di assistenza.

Nel Piano della Formazione 2026 saranno pianificati eventi formativi relativi alla segnalazione, gestione e monitoraggio degli eventi sentinella per i quali sarà chiesto l'accreditamento ECM. Oltre alla formazione in

modalità FAD, rivolta a tutto il personale interessato, saranno organizzati dei *focus group* e delle attività di audit dedicati, nel caso del verificarsi di un evento sentinella, con la partecipazione di esperti della materia individuati sulla base del contesto dell'accadimento. In ogni Reparto/Struttura, inoltre, sarà presente un facilitatore per la formazione continua sul campo che trasmetta, a cascata, le competenze acquisite con la formazione.

10. NOTE FINALI

La presente procedura non entra nel merito della gestione dei contenziosi e dei sinistri, in quanto ha l'obiettivo di essere strumento di supporto alla qualità, al miglioramento continuo, alla sicurezza delle cure e alla prevenzione di eventi che possano avere come conseguenza un danno ai pazienti e/o agli operatori sanitari.

11. BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=314&menu=sicurezza>
2. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1103_allegato.pdf
3. Agenzia regionale di sanità Toscana <https://valoreinrsa.it/letteratura/631-monitoraggio-degli-eventi-sentinella-protocollo-2024-aggiornato.html>

PARERE DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Sulla proposta n. 484/2026 dell' Unità RICERCA E GOVERNO ECCELLENZA EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI E APPROPRIATEZZA ad oggetto: PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE , LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA si esprime parere amministrativo favorevole in merito all'adozione della deliberazione.

Vibo Valentia, 18/03/2026

Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dott. SESTITO ANGELO VITTORIO

(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

P A R E R E D I R E T T O R E S A N I T A R I O

Sulla proposta n. 484/2026 dell' Unità RICERCA E GOVERNO ECCELLENZA EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI E APPROPRIATEZZA ad oggetto: PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE , LA GESTIONE ED IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA si esprime parere sanitario favorevole in merito all'adozione della deliberazione.

Vibo Valentia, 18/03/2026

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. LAZZARO ILARIO

(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

DELIBERA N. 161 DEL 30/03/2026

OGGETTO: PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE , LA GESTIONE ED IL
MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELL'ASP DI VIBO VALENTIA

La presente Delibera viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line dell'Azienda Sanitaria di Vibo
Valentia in data 30/03/2026 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

Vibo Valentia, 30/03/2026

Il Funzionario Incaricato
Dott.ssa BURAGLIA EMANUELA
(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni, è copia conforme
informatica del documento sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Azienda
Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.

Il Funzionario Incaricato
Dott.ssa BURAGLIA EMANUELA
(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)