PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

Redazione	Verifica	Approvazione	Pubblicazione
IFO Risk Management S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance *Dott.ssa Loredana Calaresu* LOREDANA CALARESU Firmato digitalmente da LOREDANA CALARESU Data: 2025.10.01 10:29:21 +02'00'	Risk Manager *Ing. Antonio Alberto Mario Lumbau* LUMBAU ANTONIO ALBERTO MARIO Firmato digitalmente da LUMBAU ANTONIO ALBERTO MARIO Data: 2025.10.01 12:14:26 +02'00'	Risk Manager *Ing. Antonio Alberto Mario Lumbau* LUMBAU ANTONIO ALBERTO MARIO Firmato digitalmente da LUMBAU ANTONIO ALBERTO MARIO Data: 2025.10.01 12:15:04 +02'00'	S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance
IFO Macroarea Ospedale di Comunità Dipartimento Professioni Sanitarie *Dott. Nicola Lezzeri* Nicola Salvatore Lezzeri 01.10.2025 10:58:24 GMT+02:00	Direttore S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance *Dott.ssa Claudia Dessanti* DESSANTI CLAUDIA Firmato digitalmente da DESSANTI CLAUDIA Data: 2025.10.01 12:27:47 +02'00'	Direttore S.C. Pianificazione strategica,Organizzazione aziendale e Governance *Dott.ssa Claudia Dessanti* DESSANTI CLAUDIA Firmato digitalmente da DESSANTI CLAUDIA Data: 2025.10.01 12:29:00 +02'00'	
IFO Area Assistenza Infermieristica e di supporto Distretto socio sanaitario di SS Dipartimento Professioni Sanitarie *Dott.ssa M. Saveria Pinna* MARIA SAVERIA PINNA Firmato digitalmente da MARIA SAVERIA PINNA Data: 2025.10.01 11:27:51 +02'00'		Direttore Sanitario ASL Sassari *Dott. Piero Delogu* PIERO DELOGU Firmato digitalmente da PIERO DELOGU Data: 2025.10.01 17:03:40 +02'00'	
IFP Risk Management SSD Governo dei Processi Dipartimento delle Professioni Sanitarie *Dott.ssa Silvia Zucca* Silvia Zucca Firmato digitalmente da Silvia Zucca Data: 2025.10.01 10:39:50 +02'00'			
Dirigente Medico S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance *Dott.ssa Francesca Tiana* FRANCESCA TIANA Firmato digitalmente da FRANCESCA TIANA Data: 2025.10.01 10:32:16 +02'00'			

Sommario

1. Premessa ..... - 4 -
   1.1. Sirmes ..... - 5 -
   1.2. Eventi Sentinella ..... - 5 -
   1.3. Esito degli Eventi Sentinella ..... - 6 -
2. Obiettivo / Scopo ..... - 7 -
3. Campo di applicazione ..... - 8 -
4. Abbreviazioni e terminologia ..... - 8 -
5. Costituzione gruppo lavoro ..... - 8 -
6. Responsabilità ..... - 9 -
7. Descrizione delle attività ..... - 10 -
   7.1 Unità di Crisi ..... - 10 -
   7.2. Gestione degli Eventi Sentinella ..... - 11 -
   7.3. Gestione del Rischio Clinico ..... - 13 -
   7.4 Diagramma di flusso ..... - 15 -
8. Comunicazione ..... - 16 -
   8.1. Comunicazione Interna ..... - 16 -
   8.2. Comunicazione Esterna ..... - 17 -
9. Misure di sostegno agli Operatori coinvolti nell'Evento ..... - 17 -
10. Divulgazione Procedura ..... - 17 -
11. Riferimenti bibliografici ..... - 18 -

1. Premessa

Il Ministero della Salute definisce Evento Sentinella (ES) l'"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. 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 attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione"[1].

In un'ottica di risk management, 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).

Gli Eventi Sentinella sono caratterizzati dalla gravità dell'esito (effettivo o potenziale), rendendoli un sottoinsieme specifico nell'ambito degli eventi avversi.

Nel 2005, il Ministero della Salute ha avviato il monitoraggio degli Eventi Sentinella con l'obiettivo di condividere con le Regioni, le Province Autonome (P.A.) e le Aziende Sanitarie un sistema uniforme di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)[2].

Il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella è stato aggiornato nel 2009 per allinearsi allo schema definito dall'applicativo dell'NSIS "SIMES" (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), mantenendo le caratteristiche di confidenzialità nei confronti di strutture sanitarie e professionisti (Ministero della Salute, Decreto del 11 dicembre 2009).

A livello regionale è stato istituito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 38/28 del 8.8.2017 il **Centro Regionale per il Risk Management**, previsto dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24.

Il Centro Regionale è l'organismo tecnico di ARES Sardegna che supporta la Direzione Sanitaria nella gestione del rischio clinico, coordinando i referenti delle Aziende Sanitarie del SSR. Le sue funzioni principali includono:

Monitoraggio e prevenzione del rischio sanitario.

Audit e analisi delle criticità nei processi sanitari.

Formazione continua del personale per la sicurezza sanitaria.

Assistenza tecnica legale nei contenziosi e nelle coperture assicurative.

[1] Ministero della Salute (2006) La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico – Glossario.
[2] Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella. Ministero della Salute, luglio 2024.

Raccolta e trasmissione dei dati sui rischi a livello nazionale.

Collaborazione con enti nazionali per linee guida e buone pratiche.

1.1. Sirmes[3]

Il Sistema Informativo Regionale Monitoraggio Errori in Sanità (SIRMES) è lo strumento informatico che raccoglie e gestisce le informazioni sugli eventi che si verificano in tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale relativamente alla sicurezza del paziente e alla gestione del rischio clinico.

1.2. Eventi Sentinella

Il Ministero della Salute nel luglio 2024 ha ampliato la lista degli eventi sentinella da **16 a 23** di seguito elencati:

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

[3] https://www.aressardegna.it/azienda/centro-regionale-per-il-risk-management/attivita-e-progetti/sistema-informativo-regionale-monitoraggio-errori-sanita-sirmes/

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 anestesiologiche
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

In base al Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella e alla normativa vigente sussiste **l'obbligo di tempestiva comunicazione dell'Evento Sentinella** al Ministero della Salute.

1.3. Esito degli Eventi Sentinella

In riferimento alla definizione di evento sentinella, 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
Si prevede, altresì, la possibilità di segnalare esiti clinici non gravi nell'immediato, identificati come di seguito:
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;
Altro *Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture).*

2. Obiettivo / Scopo

L'obiettivo generale è aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie a garanzia dei LEA.

Lo Scopo di questa procedura è quello di garantire la gestione degli Eventi Sentinella con modalità uniformi in tutta la ASL di Sassari secondo le indicazioni del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale alla Sanità, Igiene e Assistenza Sociale.

Quando si verifica un Evento Sentinella, le modalità di gestione dello stesso richiedono una ben definita organizzazione rivolta all'**adozione di misure immediate**, alla **comunicazione** e alla **relazione** con le figure intraziendali (operatori coinvolti), con il paziente e/o con i familiari ed alla comunicazione "esterna", per es. con la stampa e/o forze dell'ordine e procure.

Questo soprattutto per evitare interventi scoordinati che possono danneggiare l'immagine dell'Azienda e creare sfiducia nei cittadini.

Per quanto su esposto è necessario istituire una Unità di Crisi, presieduta dal Direttore Generale/Sanitario della ASL dove si è verificato l'evento, la cui composizione viene descritta nel capitolo "descrizione delle attività" al paragrafo 7.1.

La Procedura fornisce indicazioni affinché, quando si verifica un Evento Sentinella, gli operatori coinvolti attivino i professionisti delle Strutture deputate a garantire:

1) la raccolta della segnalazione dell'Evento Sentinella e l'invio della stessa al SIMES/SIRMES

2) l'attivazione dell'Unità di Crisi di Area per la gestione immediata dell'Evento Sentinella, che consiste nelle seguenti azioni:

individuazione degli interventi correttivi/preventivi più urgenti da attuare;

comunicazione interna con il paziente/familiari/caregiver e con gli operatori;

comunicazione istituzionale esterna;

sostegno agli operatori direttamente coinvolti nell'Evento Sentinella;

3) l'attivazione dell'Audit di Rischio Clinico per l'analisi dell'Evento Sentinella e l'identificazione delle azioni di miglioramento

4) l'eventuale supporto del Servizio Giuridico - Amministrativo.

La procedura definisce anche le azioni necessarie, secondo la logica del Risk Management, perché l'evento stesso sia fonte di "***apprendimento***" e di miglioramento dell'organizzazione.

Scopo della procedura è anche orientare l'attenzione sia alla comunicazione corretta e al sostegno del paziente "*vittima*" dell'ES e dei familiari, sia al sostegno degli operatori

direttamente coinvolti che, come sottolineato dal Ministero della Salute, sono le "*seconde vittime*" dell'ES.

3. Campo di applicazione

La procedura si applica a tutte le strutture sanitarie della ASL di Sassari in tutti casi in cui si verifica un Evento Sentinella, o qualunque evento ritenuto particolarmente grave per la sicurezza del paziente, cosi come descritto nella lista definita dal Ministero della Salute.

4. Abbreviazioni e terminologia

ASL	Azienda Socio Sanitaria Locale
ARES	Azienda Regionale Salute
ES	Evento Sentinella
IFO	Incaricato di Funzione Organizzativa (ex coordinatore infermieristico/tecnico)
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
RC	Rischio Clinico
RM	Risk Manager
RC	Rischio Clinico
SC/SSD/SS	Struttura Complessa/Struttura Semplice Dipartimentale/Struttura Semplice
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità
SIRMES	Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità

5. Costituzione gruppo lavoro

La sicurezza del paziente è una priorità assoluta nell'ambito sanitario. Gli eventi sentinella, ovvero quegli eventi avversi di particolare gravità e potenzialmente evitabili, richiedono un approccio strutturato e condiviso per la loro gestione. Per questo motivo, si è costituito un gruppo di lavoro dedicato alla redazione della revisione della procedura aziendale specifica per la gestione degli eventi sentinella, al fine di migliorare la prevenzione, la segnalazione, l'analisi e la risposta a tali eventi.

6. Responsabilità

Matrice delle Responsabilità

ATTIVITA' / FUNZIONI	Operatori Sanitari Struttura coinvolta	Direttore/ Responsabile Struttura coinvolta	Direttore Presidio/ Distretto/ Dipartimento	IFO Struttura	Facilitatori Rischio Clinico Struttura coinvolta	Direttore Generale/ Sanitario	Risk Manager	Unità di Crisi
Comunicazione evento avverso ritenuto sentinella al Direttore / Responsabile Struttura coinvolta	R	C					**I**	
Comunicazione evento ritenuto sentinella al Direttore di Presidio /Distretto/ Dipartimento, segnalazione sul SIRMES e al RIsk Manager		**R**	**C**				**C**	
Comunicazione ES al RM			**R**			**C**	**C**	
Attivazione Unità di Crisi		**C**	**C**			**I**	**R**	**C**
Raccolta della documentazione		**C**	**R**			**C**	**C**	**C**
Gestione immediata dell'ES (analisi, identificazione delle criticità e delle azioni più urgenti da attuare)		**C**	**C**			**C**	**C**	**R**
Attivazione dell'Audit di Rischio Clinico	**C**	**C**		**C**	**C**		**R**	
Alert Report	**C**	**C**		**C**	**C**	**I**	**R**	
Trasmissione Schede A e B al SIRMES/SIMES							**R**	

R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

7. Descrizione delle attività

Le attività di gestione degli Eventi Sentinella richiedono il coinvolgimento dei diversi livelli di responsabilità aziendale: Risk Manager della ASL, Direttore della SC Pianificazione Strategica, Organizzazione aziendale e Governance, Direttore/Responsabile della Struttura, Direttore di Presidio/Distretto/Dipartimento, Direttore Generale, Direttore Sanitario Aziendale, Referente per il Rischio Clinico Regionale.

7.1 Unità di Crisi

Nella ASL di Sassari deve essere primariamente costituita una Unità di Crisi composta da:

- Direttore Generale/Direttore Sanitario, o suo delegato, in qualità di Presidente
- Direttore Medico di Presidio/ Dipartimento/Distretto
- Risk Manager in qualità di coordinatore dell'Unità di Crisi
- IFO e IFP Risk Management
- Direttore/Responsabile della SC/SSD/SS coinvolta
- Incaricato Funzione Organizzativa (IFO) della SC/SSD/SS coinvolta
- Referente del rischio clinico (Presidio, Distretto, Dipartimento)
- Facilitatore/i del rischio clinico della SC/SSD/SS coinvolta.

Il **Direttore Generale/Sanitario** può, se ritenuto necessario, coinvolgere altri professionisti:

- Direttore S.C. Medicina Legale o suo delegato
- Direttore S.C. Affari Generali, Comunicazione e Legali o suo delegato
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Direttore S.C. Tecnica, Manutentiva, Logistica e Magazzini o suo delegato
- Direttori/Responsabili di altre SC/SSD/SS Aziendali.

7.2. Gestione degli Eventi Sentinella

La gestione degli Eventi Sentinella si articola nelle seguenti fasi/attività:

1) **Gli operatori sanitari** (Medico, Infermiere od altri professionisti direttamente coinvolti nell'evento avverso grave ritenuto sentinella) comunicano immediatamente quanto accaduto al Direttore / Responsabile della SC/SSD/SS.
2) **Il Direttore/Responsabile della Struttura coinvolta:**

   - informa tempestivamente per via telefonica o diretta il Direttore di Presidio/Distretto/Dipartimento
   - entro 24 ore **effettua la segnalazione dell'evento** ritenuto sentinella sulla piattaforma SIRMES
   - contestualmente informa il Risk Manager Aziendale.

   Un ruolo importante è svolto dai facilitatori del rischio clinico, ove presenti, in quanto promuovono il governo del processo con tempestività e competenza.

MODALITA' DI SEGNALAZIONE SUL SIRMES[4]
1) **Accesso** al SIRMES: collegarsi all'indirizzo www.sirmes.sardegnasalute.it 2) Premi **ACCEDI ADESSO** per autenticarti 3) **Scegli** se utilizzare: SPID2, Carta d'identità elettronica o TSCNS *Tutti coloro che non hanno un'utenza all'interno del SIRMES, sono accettati col ruolo di Segnalatore* 4) Dal **menù CREA seleziona**: Nuova Scheda di Segnalazione *È possibile compilare e inviare una segnalazione* **Anonima** *oppure indicare il proprio nome, cognome e ruolo* 5) **Compila tutti i campi della scheda**: I ***campi*** *evidenziati con un contorno rosso sono* ***obbligatori****; I campi col triangolo a destra accettano solo i valori predefiniti* 6) Al termine della compilazione **Salva** la scheda *Prima di inviare la segnalazione è possibile creare un'***Anteprima PDF** 7) Premi **Invia** per inoltrare la segnalazione

[4] E. Pisu- Sardegna IT. Modulo Rischio clinico. Ver. 4.2-Dic 2023.

3) **Il Risk Manager Aziendale**, verificato che l'evento segnalato soddisfi i criteri per essere definito Evento Sentinella:
   - valida la segnalazione sul SIRMES;
   - Trasmette, attraverso la piattaforma regionale SIRMES, il prima possibile, la **scheda A** al Rischio Clinico Regionale per l'autorizzazione al successivo invio alla piattaforma nazionale SIMES per la comunicazione al Ministero della Salute.

Nella Scheda A vanno riportati:
anagrafica della struttura e dati di contatto del Referente della compilazione; data di compilazione; tipo di evento, selezionato dalla lista o descritto testualmente se non riconducibile ad alcuna categoria elencata; genere e anno di nascita del paziente (se sconosciuto, indicare 0000); esito dell'evento; data e ora dell'accadimento. Se non disponibili per l'evento n. 4 ("Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico"), indicare la data e l'ora del rinvenimento; disciplina medico-chirurgica coinvolta; luogo dell'incidente, scegliendo tra diverse opzioni (es. reparto di degenza, sala operatoria, terapia intensiva, pronto soccorso, ecc.) o specificando "Altro" se non presente in elenco; valutazione preliminare con una breve descrizione dell'evento e, se disponibili, le cause e i fattori che potrebbero aver contribuito all'accaduto.

4) **Il Direttore di Presidio/Distretto/Dipartimento** informa immediatamente (per telefono o e-mail) il Risk Manager.
5) Il **Risk Manager** sentito il DG/DS, attiva nel tempo più breve possibile, comunque entro 48 ore, l'Unità di crisi e la presiede.
6) **La Direzione di Presidio/Distretto/Dipartimento** acquisisce tutta la documentazione necessaria relativa all'evento (cartella clinica, referti etc.) e la rende disponibile al Risk Manager e all'Unità di crisi.
7) **L'Unità di crisi** si occupa della gestione più immediata dell'Evento Sentinella, analizza quanto accaduto, identifica le eventuali criticità e gli interventi più urgenti da attuare. Supporta la Direzione nella comunicazione esterna agli organi di stampa e/o altri stakeholder e nella comunicazione interna agli operatori.

8) Il **Coordinatore dell'Unità di Crisi** o, su sua delega, il Direttore di Presidio/Distretto /Dipartimento, aggiorna periodicamente il paziente/familiari sui risultati dell'analisi dell'evento.

7.3. Gestione del Rischio Clinico

Il **Risk Manager** della ASL di Sassari:

1) Acquisisce dalla Direzione Presidio/Distretto/Dipartimento la documentazione necessaria per la gestione dell'Evento Sentinella.
2) Avvia l'Audit di Rischio Clinico a cui partecipano gli Operatori, i Facilitatori del rischio clinico, il Direttore/Responsabile e l'IFO delle Strutture coinvolte e altre figure utili all'analisi dell'evento. Durante l'Audit, tutti i partecipanti devono mantenere la massima confidenzialità. Il Risk Manager non ha il compito di individuare responsabilità professionali o inadempienze contrattuali.

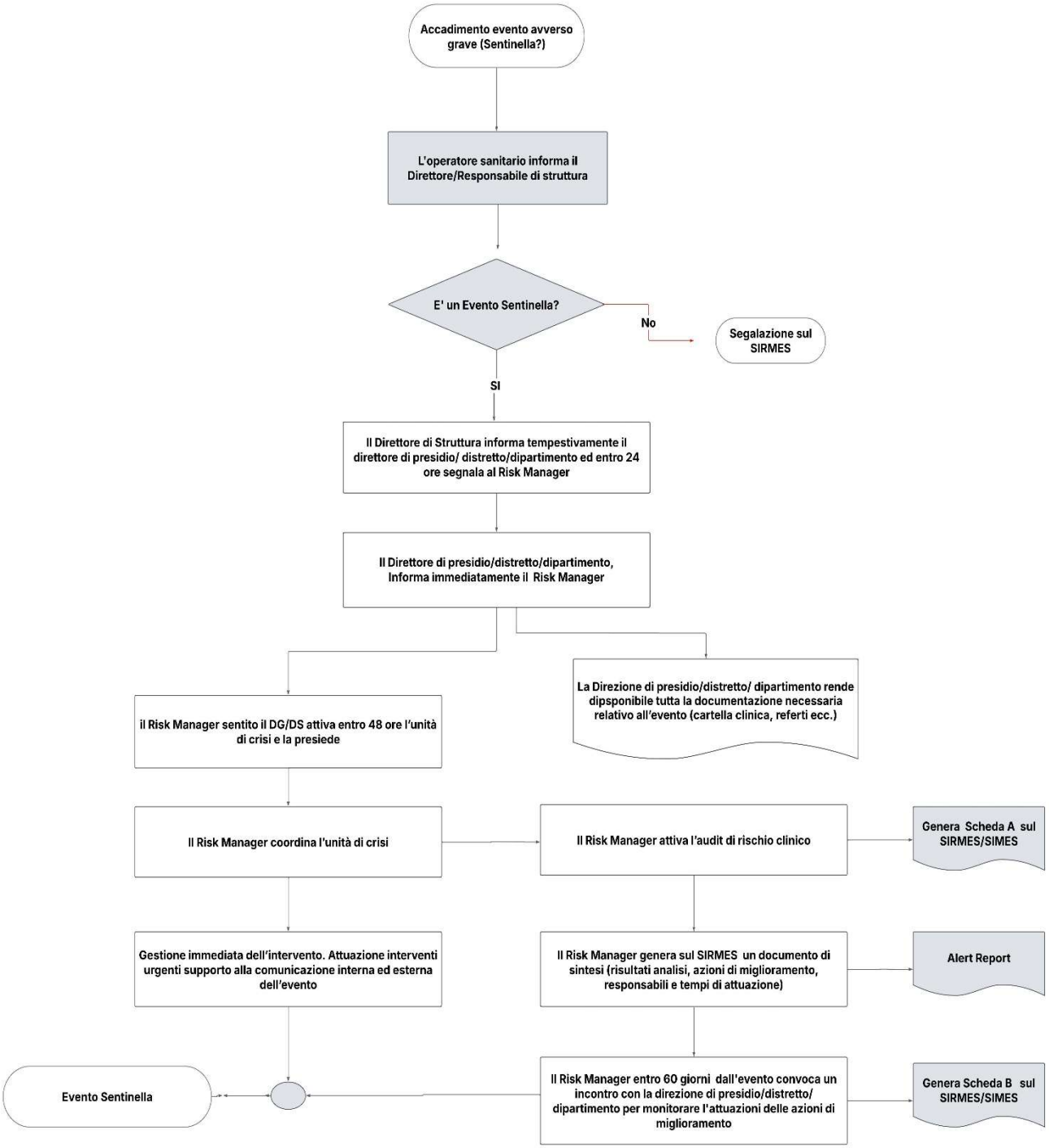
   In conformità alla Legge Gelli (n. 24/2017), i verbali e gli atti dell'attività di gestione del rischio clinico non possono essere utilizzati in procedimenti giudiziari.

   L'analisi dell'Audit utilizza le metodiche del Risk Management per identificare le cause organizzative dell'Evento Sentinella e definire le azioni per ridurre il rischio. Al termine dell'Audit, redige un verbale che verrà firmato da tutti i partecipanti.
3) Genera sulla piattaforma SIRMES un documento di sintesi chiamato Alert Report, contenente i risultati dell'analisi, le azioni di miglioramento, i responsabili e i tempi di attuazione.
4) Invia l'Alert Report privo di riferimenti nominativi, al Direttore della SC Pianificazione Strategica, Organizzazione aziendale e Governance, al Direttore/Responsabile della Struttura coinvolta, al Direttore di Presidio/Distretto/Dipartimento e al Direttore Generale/Sanitario per l'implementazione delle azioni.
5) Riporta i risultati sulla piattaforma SIRMES/SIMES (**scheda B**) entro 60 giorni dall'invio della scheda A.

Nella Scheda B vanno indicati: ***descrizione dell'evento*** (deve essere più dettagliata rispetto a quella di Scheda A, includendo eventuali variazioni dell'esito);
metodo di analisi (raccomandato l'uso di tecniche retroattive appropriate per eventi sentinella, come la root cause analysis o il significant event audit); ***cause e fattori contribuenti*** (che possono essere legati alla comunicazione, umani, ambientali, alle tecnologie sanitarie); i ***active failure*** (atti non sicuri od omissioni degli operatori); ***latent failure*** (condizioni latenti di insicurezza nel contesto organizzativo); ***piano d'azione*** (soluzioni coerenti con le cause e i fattori identificati); responsabile dell'attuazione delle azioni di miglioramento.

6) Entro 60 giorni dall'Evento, convoca un incontro con il Direttore di Presidio/Distretto /Dipartimento per monitorare l'attuazione delle azioni migliorative.

7.4 Diagramma di flusso



8. Comunicazione

8.1. Comunicazione Interna

La comunicazione interna di un Evento Sentinella riguarda il paziente e i suoi familiari e deve essere onesta e trasparente. È responsabilità etica degli operatori sanitari mantenere una comunicazione chiara durante tutto il processo assistenziale, specialmente nelle situazioni problematiche.

È essenziale spiegare cosa è accaduto, perché è accaduto e quali azioni sono state intraprese o pianificate per gestire il danno. La comunicazione deve essere effettuata dal Direttore della SC/SSD/SS o da un suo delegato, insieme al medico curante, con il possibile coinvolgimento dell'IFO di struttura. Se il paziente è fragile (es. anziano o con disabilità), è consigliata la presenza di un supporto psicologico o psichiatrico. In caso di barriere linguistiche o culturali, può essere necessario un interprete /mediatore.

Prima del colloquio, le informazioni devono essere condivise con tutto il personale sanitario coinvolto per garantire coerenza. Se partecipano figure esterne come psicologi o interpreti/mediatori, bisogna condividere anticipatamente informazioni, modalità e contenuti della comunicazione.

La comunicazione deve avvenire il prima possibile, dopo aver verificato i fatti e quando il paziente è clinicamente stabile. Se l'Evento Sentinella comporta gravi conseguenze come inabilità o morte, i familiari o il rappresentante legale devono essere informati tempestivamente. Gli operatori che hanno condotto il primo colloquio devono continuare a supportare il paziente e i familiari per evitare malintesi, fornendo un contatto telefonico per ulteriori chiarimenti.

Se il paziente viene trasferito, la comunicazione deve essere coordinata tra la struttura in cui si è verificato l'evento e quella che accoglie il paziente. L'incontro deve essere documentato in cartella clinica e programmato un colloquio successivo per aggiornamenti sulle cure o eventuali richieste di risarcimento.

Il colloquio deve avvenire in un ambiente riservato e accogliente, utilizzando un linguaggio semplice e chiaro, evitando tecnicismi e attribuzioni di colpa. L'operatore deve mostrarsi disponibile all'ascolto, senza fretta, garantendo tutto il tempo necessario al paziente per comprendere l'accaduto.

Durante il colloquio, bisogna:

- Comunicare solo fatti accertati, evitando conclusioni premature.
- Non attribuire colpe o responsabilità.
- Evitare confronti con altri casi o commenti su possibili esiti peggiori.
- Fornire informazioni in modo equilibrato, senza sovraccaricare o banalizzare.
- Assicurare che verranno prese tutte le misure per mitigare le conseguenze.

- Spiegare il percorso diagnostico-terapeutico e informare su eventuali indagini in corso.

Al termine del colloquio, è necessario ribadire le scuse, ringraziare per la partecipazione e redigere un verbale, rendendolo disponibile anche al paziente.

8.2. Comunicazione Esterna

La comunicazione istituzionale esterna di un Evento Sentinella è fondamentale per mantenere la fiducia dei cittadini nel Servizio Sanitario. È gestita dalla Direzione Aziendale o da un suo delegato.

L'addetto stampa, incaricato dalla Direzione Aziendale, raccoglie le informazioni disponibili sull'Evento Sentinella consultando il Direttore o il Responsabile dell'Unità Operativa coinvolta. Dopo aver verificato i fatti, l'addetto stampa provvede a:

- Esprimere il rincrescimento della Struttura Sanitaria per l'accaduto.
- Descrivere i fatti in modo chiaro e cronologico, evitando commenti o attribuzioni di colpa.
- Informare sui risultati dell'analisi e sulle azioni di miglioramento già attuate o programmate per prevenire il ripetersi dell'evento.
- Comunicare l'assistenza e il supporto fornito al paziente e/o ai familiari.
- Diffondere le informazioni attraverso comunicati stampa o, se necessario, indire una conferenza stampa.

9. Misure di sostegno agli Operatori coinvolti nell'Evento

È fondamentale fornire, se richiesto, un adeguato e tempestivo supporto agli operatori coinvolti in un evento grave al fine di fornire un adeguato sostegno psicologico e relazionale.

10. Divulgazione Procedura

La presente procedura dalla data della sua approvazione sarà inviata a tutti i Dipartimenti, Direzioni di Presidio, Direzioni di Distretto, Direzioni di SC, SSD, SS, per la sua diffusione ed applicazione.

Si raccomandano i Direttori e gli Incaricati di Funzione Organizzativa (IFO) di tutte le Strutture della applicazione della presente procedura.

La presente procedura sarà pubblicata sul sito aziendale per una rapida consultazione da parte di tutto il personale dell'ASL 1 al seguente link

https://www.asl1sassari.it/azienda/la-struttura-organizzativa/pianificazione-strategica-organizzazione-aziendale-e-governance/#!#procedure

11. Riferimenti bibliografici

1. Procedura Per La Gestione Degli Eventi Sentinella. ATS Sardegna. 2020
2. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella. Luglio 2024. Ministero della Salute.
3. 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”.
4. Decreto 11 dicembre 2009. “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
5. Decreto Ministeriale 19 dicembre 2022. “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”. Ministero della Salute.