



Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento - Anno 2025 - (art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24)

Premessa

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama inoltre precedenti indirizzi normativi, tra cui quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208, dove si dispone che tutte le strutture pubbliche e private erogatrici di prestazioni sanitarie debbano attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche orientata alla effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti ed alla analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza in Sanità, datato 29/09/2017, chiarisce poi che tra gli accadimenti di interesse siano da considerarsi tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, a comprendere non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli privi di conseguenze (eventi senza danno) o semplicemente a rischio potenziale di danno (i cosiddetti “quasi eventi” o “near miss”, ovvero eventi che “stavano per accadere” ma che sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Appare pertanto evidente come lo spirito che anima tali dettati normativi sia quello di promuovere anzitutto la “sicurezza” delle organizzazioni ed assicurare, nel contempo, la trasparenza delle informazioni nei confronti del cittadino.

La pubblicazione, all'interno del sito internet aziendale, della presente relazione, mira in effetti allo scopo di coniugare la disponibilità dei dati con la rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento qualitativo delle cure, impegno che si traduce nella evidenza delle iniziative che l'Azienda mette in atto, una volta recepite le cause degli eventi avversi verificatisi o delle situazioni di rischio (i “near miss”, gli eventi senza danno o con basso danno, vanno in particolare letti quali opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento dei livelli di “safety”).

L'impegno per una garanzia verso tali principi, da parte delle organizzazioni sanitarie, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli "eventi avversi", ma dallo sforzo e dalla propensione alla "misurazione della sicurezza delle cure", attraverso l'utilizzo delle relative fonti da cui attingere le informazioni.

Dato per presupposto che le organizzazioni sanitarie più affidabili risultano essere quelle che mettono al centro la misurazione e il monitoraggio della sicurezza, va sottolineato come la rilevazione degli eventi venga posta dal legislatore in correlazione con l'analisi degli stessi, per individuarne le cause e soprattutto per predisporre iniziative finalizzate ad evitarne il riaccadimento.

La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e, come è ampiamente noto in letteratura, sicuramente non si basa su dati derivanti dall'utilizzo di un solo strumento di rilevazione, ma richiede fonti informative diverse e differenziate tra loro. Al proposito può ricordarsi quanto efficacemente sintetizzato da Sun¹: "[...] le organizzazioni sanitarie dovrebbero utilizzare un ampio portfolio di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente e successivamente sintetizzare i dati raccolti in una immagine sufficientemente esaustiva; [...] la composizione del portfolio dipenderà dalla tipologia di problemi di sicurezza che l'organizzazione ritiene maggiormente rilevanti e dalle risorse disponibili per la gestione del rischio". Al proposito ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza, quale base informativa essenziale; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la gestione del rischio, alcuni sistemi di segnalazione attiva, in parte obbligatori (sono a carico degli operatori sanitari gli incident reporting, le cadute, i provvedimenti contenitivi, ecc.) e altri che rimandano a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

Va tuttavia evidenziata una fondamentale premessa: anche qualora un sistema sanitario (che si sia correttamente impegnato nel miglioramento della sicurezza dei pazienti) dovesse osservare un aumento del numero di eventi avversi, ciò potrebbe non significare automaticamente un deterioramento della qualità della cura, ma il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema. D'altra parte una importante riduzione delle segnalazioni, oltre ad indicare un possibile effettivo calo di criticità presenti in un determinato contesto, potrebbe essere letta anche quale conseguenza di una caduta di attenzione verso doverose attenzioni e/o corrette misure di tutela osservate e praticate fino ad allora.

Assetto organizzativo per la "Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure" dell'Ospedale Privato Accreditato Quisisana di Ferrara

Principi generali

Il programma di Gestione del Rischio Clinico per l'anno 2025 è stato assicurato mediante il Nucleo Operativo Rischio Clinico (NORC), che è costituito da:

- Il Direttore Generale, con funzioni di Risk Manager dal 09/05/2024
- il Direttore Sanitario
- il Responsabile della Qualità
- il Responsabile del Personale Infermieristico
- i Responsabili medici delle Unità Operative
- le Coordinatrici infermieristiche delle Unità Operative e del Poliambulatorio
- eventuali altre figure proposte dal NORC, qualora necessarie per la trattazione di specifici argomenti.

1 Sun F. Chapter 36. Monitoring Patient Safety Problems (NEW). In Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, et al. (editors). MakingHealth Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for PatientSafetyPractices. Comparative EffectivenessReview No. 211. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2013

Il Team entra nel merito delle procedure (tipologia, modalità, tempistica, sistemi di monitoraggio, reporting), redigendo il Piano Programma Rischio Clinico secondo una cronologia a valenza annuale. Il Team, si riunisce almeno una volta al mese.

Fasi della programmazione

La programmazione deve avvenire secondo una sequenza preordinata, anche considerando i livelli di conoscenza, stratificati tra le varie figure professionali.

Ai seminari saranno svolti dal Risk Manager, anche coinvolgendo i componenti del NORC. qualora necessario, potranno essere invitati esperti in specifiche materie.

Le tre fasi del Programma (informativa, formativa ed operativa) hanno gli obiettivi indicati nella tabella che segue.

FASE INFORMATIVA

- Conoscere il significato e le procedure proprie della Gestione del Rischio Clinico
- Rappresentare il Programma da attuare nell'Ospedale Quisisana.
- Assicurare l'aggiornamento giurisprudenziale e medico-legale in tema di responsabilità e colpa professionale

FASE FORMATIVA

- Proseguire l'implementazione dei sistemi di segnalazione di eventi avversi, eventi senza danno e near-misses;
- Implementare sistemi avanzati di comunicazione:
 - comunicare con l'utenza
 - informare paziente, tutori e parenti
 - acquisire il consenso
- Implementare protocolli operativi e linee-guida
- Prevenire le infezioni nosocomiali
- Prevenire le cadute accidentali
- Saper analizzare i rischi (sistemi RCA / FMEA / SEA) e proporre, di conseguenza, azioni di miglioramento

FASE OPERATIVA

- Revisione periodica dei sistemi di segnalazione
- Revisione e riordino della modulistica in uso (cartella clinica, informative, consenso, richieste di indagini, prescrizioni ecc.)
- Revisione periodica di protocolli operativi e linee-guida
- Attuazione di sistemi di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- Analisi di eventi avversi e near-misses (esperienze di RCA, FMEA- FMECA e SEA) e azioni di miglioramento
- Mappatura dei rischi e azioni di miglioramento

Il Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio rappresenta il principale atto istituzionale con il quale l'Ospedale Quisisana assume un formale impegno per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori mediante un approccio sistemico, puntualmente pianificato e verificato.

L'approccio al tema della sicurezza aziendale guarda al modello internazionalmente riconosciuto di un sistema di gestione orientato a garantire il passaggio dall'ottica Safety I, orientata a rispondere agli eventi indesiderati per cercare di capirne le cause e le eventuali barriere e proporre soluzioni di miglioramento, ad un'ottica di Safety II, sempre più proattiva, volta ad anticipare gli eventi e a vedere nei professionisti sanitari le risorse necessarie per mantenere la sensibilità ai possibili incidenti, sviluppare soluzioni flessibili ai problemi potenziali e comprendere anticipatamente quali siano le condizioni di difficile monitoraggio e controllo.

Linee strategiche aziendali di riferimento:

In linea con le indicazioni ministeriali e regionali, l'Ospedale Quisisana di Ferrara persegue i seguenti indirizzi strategici per la promozione e lo sviluppo della sicurezza delle cure:

- Sviluppare e diffondere la cultura della sicurezza, non punitiva e aperta all'apprendimento, anche mediante l'attivazione di specifici percorsi formativi;
- Sistematizzare i vari strumenti di registrazione/segnalazione degli eventi indesiderati e integrarne le informazioni;
- Costruire la mappa dei rischi per la sicurezza dei pazienti;
- Implementare gli strumenti di gestione del rischio;
- Apprendere dall'errore anche mediante l'analisi degli eventi avversi utilizzando la metodologia SEA e RCA; Attivare azioni di miglioramento coerenti con le criticità analizzate o registrate;
- Consolidare l'utilizzo della FMEA/FMECA;
- Implementare l'adozione e l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e Regionali e valutarne l'applicazione anche mediante il metodo SWAR;
- Aggiornare tempestivamente procedure, istruzioni operative e protocolli sulla base delle nuove linee di indirizzo nazionali e regionali;
- Consolidare ulteriormente le attività di sorveglianza del rischio infettivo e del buon uso degli antibiotici;
- Mantenere alto l'impegno di promozione della corretta igiene delle mani;
- Mantenere la sorveglianza degli alert organismi;
- Mantenere la sorveglianza della Legionella;
- Coinvolgere i pazienti nei processi di cura;
- Strutturare in modo permanente modalità di coordinamento fra le aree deputate a presidiare la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e le principali interfacce di riferimento.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: INCIDENT REPORTING	
<i>Tipologia</i>	Incident Reporting
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	1. DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico); 2. Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539); 3. L. 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. DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza); 5. DM 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”.
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	Definizione - L’incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti near miss - definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007). Obiettivi - La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall’esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi. Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore. L’incident reporting non ha esclusivamente finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l’incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela

	e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell'Azienda o da quel Servizio/Struttura, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi infatti entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.
<i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i>	Nel corso 2025 il flusso di Incident Reporting segnalati dai Professionisti ha riguardato in particolare difficoltà legate alla gestione della terapia, ad alcune procedure assistenziali e di comunicazione fra equipe. Non sono avvenuti eventi sentinella.
<i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i>	Il tema del sistema aziendale per la segnalazione del rischio è stato contemplato anche nel Piano Programma Sicurezza delle Cure. Tutti gli strumenti elaborati per migliorare la Sicurezza delle cure sono stati diffusi ai professionisti attraverso specifici corsi di formazione organizzati a livello Aziendale sulla "Gestione del Rischio". Nel corso del 2025 è stato ulteriormente promosso l'utilizzo di un nuovo strumento informatico di segnalazione spontanea degli eventi avveri mediante momenti formativi specifici, supportando i professionisti nell'analisi di quanto accaduto anche con l'effettuazione di Significant Event Audit.
<i>Valutazione risultati e prospettive future</i>	Il Sistema di segnalazione Aziendale Incident Reporting è diffuso da anni in Azienda. Nel corso del 2026 si intende promuovere ulteriormente l'utilizzo dello strumento di segnalazione attraverso la piattaforma regionale SegnalER.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: CADUTE	
<i>Tipologia</i>	Prevenzione delle Cadute in Ospedale
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	– WHO – World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Geneve: WHO - 2004 – National Institute for Health and Care Excellence (NICE) “Falls: assessment and prevention of falls in older people” NICE Clinical Guideline 161, 2013 reperibile su www.nice.org.uk – Ministero della Salute “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”. Raccomandazione n. 13, novembre 2011. Dipartimento della Qualità – AHRQ “Preventing Falls in Hospitals: A toolkit for Improving Quality of Care”. AHRQ Publication No. 13.0015-EF, January 2013. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality – Regione Emilia Romagna - Indicazioni Regionali sui criteri per la identificazione di ES correlati alla caduta del paziente, febbraio 2016 – Regione Emilia Romagna - Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, dicembre 2016 DGR N. 1772/2022 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2022”
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	La Scheda segnalazione Caduta è uno strumento per la gestione del rischio al fine di rilevare, segnalare e monitorare il fenomeno caduta in ottemperanza a quanto previsto dalle raccomandazioni Ministeriali e dalle indicazioni regionali. Obiettivi: l’obiettivo del sistema di segnalazione ed analisi delle cadute è quello di descrivere e monitorare: - l’evento caduta, descrivendo luogo, modalità e dinamica; - gli effetti delle cadute; - i fattori contribuenti legati al paziente, all’organizzazione, all’ambiente o a determinati presidi; - l’incidenza delle cadute; - le azioni di miglioramento. Le Schede di caduta vengono analizzate con la finalità di rilevare i fattori che le hanno causate, allo scopo di verificare con i professionisti interessati la possibilità di adottare azioni di miglioramento, per preventive e/o a ridurre il “fenomeno cadute”.

<i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i>	La prevenzione delle cadute rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale è alta l'attenzione a livello Nazionale (Raccomandazione nr. 13 Ministero Salute 2011), Regionale (implementazione delle Linee di Indirizzo sulla prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale) e aziendale. Nel corso dell'anno 2025 sono state registrate 42 cadute su un totale di (22394) giornate di degenza: La distribuzione per gravità dell'esito è la seguente: Cadute senza danno: 31 eventi (pari al 73,8% del totale dei ricoverati). Cadute con danno da minore a moderato: 11 eventi (pari al 26,2%). In questa categoria rientrano esiti quali ecchimosi, contusioni, escoriazioni, ferite lacero-contuse, distorsioni o lussazioni. Cadute con danno maggiore: 0 eventi. Non si sono registrati casi di decesso, disabilità permanente, coma, traumi maggiori o necessità di interventi chirurgici riconducibili a una caduta. I dati evidenziano una prevalenza di eventi a esito nullo o lieve, con una totale assenza di eventi sentinella o danni gravi (Classe di danno maggiore). Il monitoraggio costante permette di mantenere elevati standard di sicurezza e di intervenire tempestivamente sulla gestione del rischio clinico. Negli ultimi 5 anni vi è stato un assestamento dell'indice di caduta inferiore allo standard regionale, (2/1000 giornate di degenza)
<i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i>	Le iniziative di miglioramento traggono origine dalle linee guida regionali, anche attraverso audit dei singoli eventi di caduta, in particolare con esito.
<i>Valutazione risultati e prospettive future</i>	Si propone di mantenere gli audit specifici in tutte le aree di degenza e la promozione di eventi formativi specifici.

Visite per la sicurezza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO : VISITE PER LA SICUREZZA	
Tipologia	Visite per la sicurezza
Letteratura/Normativa di riferimento	- Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III ex D.G.PROG. - Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori, Roma, Gennaio - Frankel A., Graydon-Baker E., Nepl C., Simmonds T., Gustafson M., Gandhi T.K., <i>Patient Safety Leadership WalkRounds</i>, Joint Commission Journal of Quality and Safety 2003, Vol 29, 16-26 - Committee on Quality of Health Care in America, <i>Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21st Century</i>, INSTITUTE OF MEDICINE NATIONAL ACADEMY PRESS Washington, D.C., 2001
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Definizione e Obiettivi Nell'ambito di una strategia per la promozione della sicurezza, tra le attività fondamentali è presente quella dell'adozione, diffusione e implementazione di pratiche finalizzate alla riduzione dei pericoli e all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. La metodologia proposta nel Progetto VI.SI.T.A.RE focalizza l'attenzione sui luoghi dove gli eventi accadono, coinvolgendo gli operatori e nell'identificazione e risoluzione delle criticità cliniche e organizzative. Il metodo consiste in "visite" che i referenti delle "sicurezze" effettuano nelle Unità Operative al fine di far emergere ed affrontare le varie problematiche legate alla sicurezza, connettendo competenze ed esperienze diversificate, anche al fine di un ampliamento della conoscenza e più in generale della cultura della sicurezza.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Attraverso le visite svolte nel corso del 2025 è stato possibile verificare direttamente nelle strutture assistenziali il grado di implementazione di alcune delle principali raccomandazioni ministeriali. Ciò ha portato, in particolare, a una maggiore consapevolezza da parte degli operatori delle corrette modalità di prevenzione e gestione delle lesioni da pressione, delle cadute e delle contenzioni.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025 è stato svolto un corso di formazione rivolto alle coordinatrici attraverso l'utilizzo della metodologia SEA (Significat Event Audit) per l'analisi degli episodi contenitivi. Si è rilevato un corretto utilizzo della scheda di monitoraggio per la prevenzione degli eventi avversi correlati alla contenzione e una maggior sensibilizzazione del personale anche attraverso la specifica formazione regionale.
Valutazione risultati e prospettive future	Si è assistito a una maggior appropriatezza prescrittiva dei provvedimenti contenitivi favorendo la presenza dei familiari e caregiver laddove possibile. Per il 2026 si vuole ulteriormente migliorare la valutazione dei rischi correlati ai principali Nursing Sensitive outcome.

Raccomandazioni per la sicurezza

A partire dal 2005 il Ministero della Salute ha redatto e diffuso "Raccomandazioni" volte ad offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi conseguenze ai pazienti. Le 19 Raccomandazioni Ministeriali si propongono quindi di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

La Regione Emilia-Romagna si avvale da diversi anni del monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni predisposto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), la quale mette a disposizione un sistema dinamico di monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute, sistema che si propone di supportare le Regioni e Province Autonome nell'osservazione costante dello stato di implementazione di ciascuna di esse da parte delle aziende/strutture sanitarie.

Nel 2025 l'Ospedale Privato Quisisana di Ferrara ha verificato l'adesione ai contenuti delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure attraverso il sistema di monitoraggio predisposto da Agenas (<http://raccomandazioni.agenas.it>).

Conclusioni

La sicurezza delle cure è un sistema articolato e complesso attraverso il quale le organizzazioni sanitarie, tramite i responsabili delle strutture e i professionisti, si rendono garanti della qualità delle cure. Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta il Governo Clinico affinché l'Ospedale Quisisana di Ferrara sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

Gli elementi alla base sono la definizione di una esplicita azione per la tutela della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'azienda: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

La Direzione Strategica ha la piena consapevolezza che conoscere i processi di un Azienda, saper valutare il rischio, significa comprenderne tutti gli aspetti che la compongono: da quelli programmatici, agli attuativi, ai controlli necessari, sia quelli costanti che i periodici, perché solo conoscendo i contesti entro i quali si opera e ci si radica, dalle attività realizzate attraverso i loro legami, agli aspetti incerti o pericolosi, ma anche alle opportunità da considerare e sviluppare e fare crescere, si possono utilizzare al meglio le risorse, minimizzando i costi, massimizzando il valore dell'Azienda.

Gli obiettivi innovati del sistema di gestione del rischio clinico e della qualità, basati saldamente sulla continuità operativa, consentono di ottenere diversi benefici, tra i quali:

- migliore comprensione del contesto attraverso l'analisi delle criticità e delle aree di vulnerabilità;
- maggiore resilienza organizzativa ovvero capacità di adattarsi al cambiamento attraverso la collaborazione tra i team;
- approccio coerente in tutta l'organizzazione;
- riduzione dell'impatto sulle prestazioni aziendali in caso di impedimenti di vario tipo;

Per permettere la realizzazione di ciò, elementi imprescindibili sono il coinvolgimento attivo, la valorizzazione, il ruolo e la responsabilità dei professionisti, basati su alcuni principi e valori sui quali la gestione del rischio deve fondarsi: la condivisione multidisciplinare e interprofessionale, le pratiche basate sulle evidenze scientifiche, la cultura di imparare dall'esperienza, lo sviluppo e aggiornamento professionale.

Ospedale Privato Accreditato Quisisana
Risk Manager
Dott. Francesco Sannino