

PIANO ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

PAGeRiS

2025-2026

Il piano è correlato all'anno sociale della Cooperativa (Settembre-Agosto)

Sommario

1. Premessa	3
1.1. La gestione del rischio e i riferimenti normativi principali	3
1.2. Lo scopo del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario - PAgEriS	4
2. Il Contesto	5
2.1. Attività in accreditamento	5
2.2. Attività sanitarie private non in accreditamento	6
3. Assetto organizzativo per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio Sanitario.....	8
4. Obiettivi strategici e responsabilità del PAgEriS.....	12
5. Identificazione dei rischi, obiettivi, azioni, responsabilità e monitoraggio	19
6. Posizione assicurativa	1
7. Modalità di diffusione del PAgEriS	1
Allegato 1. NOMINE	Errore. Il segnalibro non è definito.

1. Premessa

1.1. La gestione del rischio e i riferimenti normativi principali

La gestione del rischio o *Risk Management* è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse dei pazienti e degli operatori.

Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare ed accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi.

Il *Risk Management* s'interessa quindi della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche **o più in generale sanitarie**, prestate durante il periodo di presa in carico, spaziando da un prolungamento del trattamento fino ad un peggioramento evitabile delle condizioni di salute od addirittura la morte.

La gestione del rischio in ambito sanitario è disciplinata dalla Legge n. 24/2017 (cd. "Gelli-Bianco") in materia di responsabilità professionale sanitaria. Tale intervento normativo, oltre a riformare i profili di responsabilità civile e penale del personale sanitario, ha perseguito l'obiettivo di superare le incongruenze e le incertezze generate dal previgente quadro (Decreto "Balduzzi"), con particolare riguardo alla copertura dei rischi riconducibili alla responsabilità delle strutture sanitarie e dei professionisti. A distanza di sette anni dall'entrata in vigore della legge, è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 51 del 1° marzo 2024 il decreto attuativo n. 232 del 15 dicembre 2023.

Per quanto riguarda la normativa regionale, con la **Delibera di Giunta Regionale n. 1314 del 01/07/2024**, la Regione Emilia-Romagna ha approvato i nuovi requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Fra questi, il requisito 6.2 del 6° Criterio (Appropriatezza clinica e sicurezza) prevede che **per le strutture sanitarie (non ospedaliere), sia redatto un documento di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario (denominato "Piano Annuale la Gestione del Rischio Sanitario" - PAgEriS). La Regione stessa ha fornito il documento denominato "INDICAZIONI PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO NELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA"** a cui il presente piano di attiene.

1.2. Lo scopo del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario - PAgEriS

“La elaborazione del PAgEriS può essere vista come un vero e proprio processo di gestione del rischio, con le caratteristiche di continuità nel tempo e di sviluppo teso al miglioramento della sicurezza delle cure e della organizzazione sanitaria.”¹

Lo scopo del **Piano Annuale la Gestione del Rischio Sanitario” - PAgEriS** è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in osservanza agli obblighi legislativi.

Il PAgEriS riguarda quindi il sistema strutturale di cura nel suo insieme e consta di azioni che includono:

1. identificazione dei rischi;
2. analisi e valutazione dei rischi;
3. trattamento dei rischi;
4. monitoraggio.

Le 4 fasi costituiscono un ciclo continuo del cosiddetto “*ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act)*”.

Identificazione dei rischi

Per l’identificazione dei rischi devono essere identificate le fonti significative.

Analisi e Valutazione dei Rischi

I dati provenienti dai vari flussi informativi o dall’esito delle verifiche effettuate potranno quindi permettere all’organizzazione di “mappare” i rischi specifici, procedendo all’analisi dei rischi stessi (probabilità e impatto) e alla loro valutazione per poter definire le priorità ed i conseguenti interventi su quel determinato ambito di intervento, che diventeranno oggetto del PAgEriS.

Trattamento dei Rischi

Rappresenta le azioni da compiere ai fini della riduzione del rischio, in continuità con Piani precedenti.

Monitoraggio

¹ “INDICAZIONI PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO NELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA” p. 4.

Rappresenta le verifiche delle azioni effettuate.

2. Il Contesto

La Cooperativa Progetto Crescere in ambito sanitario eroga servizi privati e in accreditamento con l'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia, acquisiti tramite appalto in general contracting con il Consorzio Oscar Romero.

2.1. Attività in accreditamento

Attività ambulatoriale per il trattamento logopedico (DL) e dell'apprendimento (DA).

<p>TRATTAMENTO E ABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA DI TIPO LOGOPEDICO ED EDUCATIVO</p> <p>SEDI: L'Arcobaleno Servizi Centro Lina Mazzaperlini</p>	<p>TRATTAMENTI E ABILITAZIONI PER DISTURBI DELL'APRENDIMENTO E DISABILITA' COGNITIVE CATALOGO</p> <p>TRAINING PER DISLESSIA; TRAINING PER DISCALCULIA; TRAINING PER DISGRAFIA; TRAINING PER DISORTOGRAFIA; TRAINING PER DISABILITA' COGNITIVE (funzioni mnesiche, attentiva, gnosiche e prassiche); TRAINING PER ABILITA' SOCIALI.</p> <p>TRATTAMENTI E ABILITAZIONI PER DISTURBI DEL LINGUAGGIO</p> <p>CATALOGO</p> <p>TRAINING PER DISTURBI DEL LINGUAGGIO PRIMARI E SECONDARI; TRAINING PER DISLESSIA E DISORTOGRAFIA; TRAINING PER DISTURBI DELLA VOCE; TRAINING PER DISTURBI DELLA FLUENZA; TRAINING PER DISPRASSIA VERBALE E DISORDINI MOTORI DELLO SPEECH PRIMARI E SECONDARI; TRAINING PER DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE (PRAGMATICA)</p>
---	--

2.2. Attività sanitarie private non in accreditamento

Le altre attività sanitarie, dichiarate nell'autorizzazione al funzionamento, ma non rientranti nei fabbisogni dichiarati dell'Ausl di riferimento

<p>ATTIVITA' AMBULATORIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE SEDI: L'Arcobaleno Servizi Centro Lina Mazzaperlini</p>	<p>PRIMA VISITA, COLLOQUIO con il paziente e/o i familiari/i in relazione a procedimento diagnostico e trattamento; VISITA DI CONTROLLO; COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA E ANAMNESI; DIAGNOSI NEUROPSICHIATRICA; REFERTAZIONE; PSICOTERAPIA ALTRE AZIONI CHE POSSONO ESSERE COMPRESSE: esame obiettivo neurologico; colloquio psichiatrico; programmazioni indagini cliniche e strumentali; osservazioni di gioco e comportamentali del bambino; analisi documentazione per inquadramenti sindromici; prescrizioni farmacologiche; prescrizioni terapeutico-riabilitative; valutazione efficacia terapeutica e riabilitativa; compilazione referto; colloquio di restituzione della diagnosi al paziente e/o ai familiari.</p>
--	--

<p>SERVIZIO DI VALUTAZIONE DEGLI APPRENDIMENTI E DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO* SEDI: L'Arcobaleno Servizi Centro Lina Mazzaperlini</p> <p>*compresa la VALUTAZIONE DEI DSA e DEI QUADRI DI ADHD in età adulta</p>	<p>PRIMA VISITA, COLLOQUIO con il paziente e/o i familiari/i in relazione a procedimento diagnostico e trattamento; COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA E RACCOLTA ANAMNESI; SOMMINISTRAZIONE DI TEST NEUROPSICOLOGICI; DIAGNOSI NEUROPSICOLOGICA; REFERTAZIONE DIAGNOSTICA (SE PREVISTA NEL PROTOCOLLO SPECIFICO); CONSULENZA; COLLOQUIO DI RESTITUZIONE DELLA DIAGNOSI AL PAZIENTE E/O AI FAMILIARI; PROGRAMMAZIONI INDAGINI CLINICHE; VISITA DI CONTROLLO.</p>
---	---

<p>TRATTAMENTO E ABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA: ALTRI INTERVENTI SEDI: L'Arcobaleno Servizi Centro Lina Mazzaperlini</p>	<p>TRATTAMENTO MOTORIO E PSICOMOTORIO CATALOGO -Attività neuropsicomotoria</p> <p>TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO CATALOGO - Training per disturbo specifico di apprendimento (dislessia, disgrafia, discalculia e disortografia) - Training per disturbi da deficit di attenzione/iperattività (funzioni esecutive) - Training per disturbi del movimento (disturbo della coordinazione motoria, disturbo del movimento stereotipato) - Training per disabilità intellettive - Training per il disturbo della comunicazione - Training per disturbo dello spettro autistico</p> <p>TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI DELLA CONDOTTA: CATALOGO -disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo esplosivo intermittente</p> <p>TRAINING PER L'AUTONOMIA SCOLASTICA CATALOGO - Training metacognitivo - Training per la comprensione del testo - Training per l'avvio all'esecuzione dei compiti scolastici - Training per l'apprendimento dell' utilizzo del computer (strumenti compensativi)</p> <p>ALTRI TRAINING Training per le disabilità da altre sindromi genetiche Training per disprassie e per disturbi non verbali Training per le abilità sociali Training psicoeducativi</p> <p>LABORATORI ESPRESSIVI CATALOGO Arte terapia; Teatro Terapia Danza Movimento terapia (DMT) Interventi espressivi (es. teatro)</p>
--	---

<p>SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA SEDI: L'Arcobaleno Servizi Centro Lina Mazzaperlini</p>	<p>VALUTAZIONE PSICOLOGICO-CLINICA; SOMMINISTRAZIONE DI TEST E/O PROCEDURE CONOSCITIVE; DIAGNOSI PSICOLOGICA; CONSULENZA E SOSTEGNO PSICOLOGICI; PSICOTERAPIA: individuali per bambini, adolescenti e adulti; di coppia; per la famiglia; ALTRE AZIONI CHE POSSONO ESSERE COMPRESSE: Osservazioni di gioco e comportamentali del bambino e delle interazioni genitori-figli; Prescrizioni terapeutico-riabilitative.</p>
--	---

3. Assetto organizzativo per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio Sanitario

La realizzazione del PAGeRiS riconosce, per la gestione del rischio sanitario all'interno di una struttura, specifici ruoli, responsabilità e linee di comunicazione. L'obiettivo è definire una struttura organizzativa dedicata alla mitigazione dei rischi sanitari, garantendo un flusso efficiente di informazioni e una risposta coordinata alle potenziali criticità.

La struttura organizzativa, l'organigramma è strutturato su tre livelli principali:

1. **Unità di Risk Management (Unit Risk):** Il nucleo centrale della gestione del rischio.
2. **Responsabili di Servizi/Equipe:** Figure chiave per la raccolta e la trasmissione delle informazioni.
3. **Operatori:** Il personale operativo (sanitario) che fornisce direttamente l'assistenza sanitaria.

Di seguito, una descrizione dettagliata di ciascun livello e delle loro interazioni.

1. Unità di Risk Management (Unit Risk)

L'Unità di Risk Management è il fulcro del piano di gestione del rischio sanitario. È composta da tre figure chiave:

- **Direttore Sanitario:** Responsabile ultimo della sicurezza e della qualità delle cure. Supervisiona l'intero processo di gestione del rischio e garantisce che le politiche e le procedure siano implementate efficacemente.

- **Risk Manager:** Consulente esterno specializzato nella gestione del rischio. Collabora con la direzione sanitaria all'identificazione, valutazione e mitigazione dei rischi sanitari. Coordina le attività di risk management, collabora per lo sviluppo di protocolli e procedure, e monitora l'efficacia delle misure di prevenzione.
- **Direttore Amministrativo:** Responsabile della gestione delle risorse e del supporto amministrativo necessario per l'implementazione del piano di gestione del rischio. Si occupa della gestione dei budget, della formazione del personale e della documentazione.

Responsabilità dell'Unità di Risk Management:

- Definire le politiche e le procedure per la gestione del rischio sanitario.
- Identificare e valutare i rischi potenziali.
- Sviluppare e implementare strategie di mitigazione del rischio.
- Monitorare l'efficacia delle misure di prevenzione.
- Gestire gli eventi avversi e le segnalazioni di rischio.
- Formare il personale sulla gestione del rischio.
- Comunicare le informazioni relative al rischio a tutti i livelli dell'organizzazione.

2. Responsabili dei Servizi/delle Equipe

I Responsabili delle Equipe sono figure chiave per la raccolta e la trasmissione delle informazioni relative al rischio sanitario. Sono responsabili di:

- Supervisionare il lavoro degli operatori sanitari all'interno della loro equipe.
- Raccogliere le segnalazioni di rischio e gli eventi avversi dagli operatori.
- Analizzare le segnalazioni e identificare le cause dei problemi.
- Comunicare le informazioni rilevanti al Direttore Sanitario.
- Implementare le misure di prevenzione del rischio all'interno della loro equipe.
- Fornire feedback agli operatori sulle misure di prevenzione del rischio.

Linee di Comunicazione:

I Responsabili delle Equipe devono riferire direttamente al Direttore Sanitario per quanto riguarda le segnalazioni di rischio e gli eventi avversi. Questo garantisce che le informazioni rilevanti raggiungano rapidamente il livello decisionale appropriato.

3. Operatori

Gli Operatori sono il personale operativo che fornisce direttamente l'assistenza sanitaria. Sono responsabili di:

- Fornire assistenza sanitaria sicura e di alta qualità.
- Segnalare tempestivamente qualsiasi evento avverso o potenziale rischio.
- Seguire le politiche e le procedure per la gestione del rischio.
- Partecipare alla formazione sulla gestione del rischio.
- Contribuire all'identificazione e alla mitigazione dei rischi.

Linee di Comunicazione:

Gli Operatori devono segnalare qualsiasi evento avverso o potenziale rischio al loro Responsabile di Equipe.

Flusso delle Informazioni nella Gestione del Rischio Sanitario



Made with Napkin

Flusso delle Informazioni

Il flusso delle informazioni è cruciale per un efficace piano di gestione del rischio. Le informazioni relative al rischio devono fluire in modo efficiente dagli Operatori ai Responsabili delle Equipe, e dai Responsabili delle Equipe al Direttore Sanitario e all'Unità di Risk Management.

Processo di Segnalazione:

1. Un Operatore identifica un evento avverso o un potenziale rischio.

2. L'Operatore segnala l'evento o il rischio al suo Responsabile di Equipe.
3. Il Responsabile di Equipe analizza la segnalazione e la comunica al Direttore Sanitario.
4. Il Direttore Sanitario, in collaborazione con l'Unità di Risk Management, valuta il rischio e decide le azioni da intraprendere.
5. Le azioni correttive vengono implementate e monitorate per verificarne l'efficacia.

Va ricordato che ogni soggetto aziendale svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

4. Obiettivi strategici e responsabilità del PAGeRiS

In linea con le “**INDICAZIONI PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO NELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**”,

gli **OBIETTIVI STRATEGICI** individuati sono:

1. Monitorare la funzione di gestione del rischio sanitario.
2. Rivalutare il rischio correlato alle prestazioni erogate.
3. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti.
4. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli operatori.
5. Monitorare l'applicazione degli obblighi di Legge per la sicurezza degli operatori e dell'utenza.
6. Potenziare la sicurezza ambientale.

ID	OBIETTIVO STRATEGICO Obiettivi specifici	Responsabile Unità coinvolta	Evidenza Indicatore	Scadenza
OS.1	OBIETTIVO STRATEGICO: Monitorare la funzione di gestione del rischio sanitario			

ID	OBIETTIVO STRATEGICO Obiettivi specifici	Responsabile Unità coinvolta	Evidenza Indicatore	Scadenza
1a	Individuazione delle figure di supporto alla funzione di gestione del rischio con rispettive funzioni	Direzione Amministrativa /CdA	Documento di approvazione sottoscritto dai componenti l'Unità di Gestione del Rischio Documento di nomina del CDA <i>Indicatore: presenza SI</i>	31.12.2025
1b	Designazione di ruoli e responsabilità delle figure preposte alla Gestione del Rischio	CdA	Definizione di un organigramma di gestione del rischio <i>Indicatore: presenza SI</i> Approvazione in CdA <i>Indicatore: presenza nei verbali SI</i>	31.12.2025
1c	Definizione di luoghi e tempi di monitoraggio della funzione	Unit Risk	Programmazione di incontri periodici <i>Indicatore: calendarizzazione SI</i> <i>Realizzazione di almeno 2 incontri di verifica annui</i>	Da settembre 2025 ad agosto 2026
OS.2	OBIETTIVO STRATEGICO: Rivalutare il rischio correlato alle prestazioni erogate.			

ID	OBIETTIVO STRATEGICO Obiettivi specifici	Responsabile Unità coinvolta	Evidenza Indicatore	Scadenza
			<p>oggetto di accreditamento).</p> <p><i>Indicatore: n° criticità rilevate e relativa analisi qualitativa</i></p> <p>Verifica delle indagini sul benessere del personale.</p> <p><i>Indicatore: n° criticità rilevate e relativa analisi qualitativa</i></p> <p>Verifica delle Riunioni periodiche art.35 sulla sicurezza condotte dall'RSPP.</p> <p><i>Indicatore: presenza verbali SI; n° criticità rilevate e relativa analisi qualitativa</i></p> <p>Verifica dei Verbali dei monitoraggi effettuate dalla committenza per servizio in accreditamento e verifica annuale dell'accREDITamento.</p> <p><i>Indicatore: presenza dei verbali SI; n° criticità rilevate e relativa analisi qualitativa</i></p>	
OS.3	OBIETTIVO STRATEGICO: Migliorare l'informazione agli utenti.			

ID	OBIETTIVO STRATEGICO Obiettivi specifici	Responsabile Unità coinvolta	Evidenza Indicatore	Scadenza
3	Aggiornamento costante ed implementazione canali di comunicazione (sitoweb, sedi)	Direzione	Caricamento del piano di valutazione del rischio sanitario nel sito. <i>Indicatore: presenza nel sito SI</i>	31/12/2025
OS.4	OBIETTIVO STRATEGICO: Migliorare l'informazione agli operatori.			
4 a	Consegna delle procedure di segnalazione a tutti gli operatori	Responsabile Risorse Umane	Mail di invio <i>Indicatore: n° mail inviate a neo inseriti/sulla totalità</i>	Prima dell'inserimento
4 b	Svolgimento corso breve di formazione per la segnalazione abituale degli eventi e per la compilazione della scheda di reporting	Direzione Unità di Risk Management	Verbale dell'incontro ed Elenco dei partecipanti <i>Indicatore: presenza verbale SI; n° operatori formati</i>	31.12.2025
4 c	Monitoraggio nelle équipe di servizio di eventuali segnalazioni da portare	Responsabili di équipe	Verbali di équipe <i>Indicatore: n° eventuali criticità.</i>	Secondo calendario di équipe
OS.5	OBIETTIVO STRATEGICO:			

ID	OBIETTIVO STRATEGICO Obiettivi specifici	Responsabile Unità coinvolta	Evidenza Indicatore	Scadenza
	Migliorare l'informazione agli operatori.			
5 a	Corso formazione sicurezza D.Lgs 81 per nuovi assunti e aggiornamenti periodici	RSPP	Elenco dei partecipanti/attestati <i>Indicatore: presenza attestati SI; n° operatori formati</i>	
5 b	Effettuazione prova periodica evacuazione	RSPP	Verbale della prova Elenco dei partecipanti <i>Indicatore: presenza verbale SI; n° partecipanti alla prova</i>	
5 c	Riunioni periodiche art.35 sulla sicurezza	RSPP	Verbale <i>Indicatore: presenza verbale SI; n° eventuali criticità.</i>	
OS.6	OBIETTIVO STRATEGICO: Potenziare la sicurezza ambientale			
6 a	Corso formazione sicurezza D.Lgs 81 per nuovi assunti e aggiornamenti periodici	RSPP	Elenco dei partecipanti/attestati <i>Indicatore: presenza attestati SI; n° operatori formati</i>	

ID	OBIETTIVO STRATEGICO Obiettivi specifici	Responsabile Unità coinvolta	Evidenza Indicatore	Scadenza
6 b	Effettuazione prova periodica evacuazione	RSPP	Verbale della prova Elenco dei partecipanti <i>Indicatore: presenza verbale SI; n° partecipanti alla prova</i>	
6 c	Riunioni periodiche art.35 sulla sicurezza	RSPP	Verbale <i>Indicatore: presenza verbale SI; n° eventuali criticità.</i>	
6 d	Monitorare la procedura di verifica degli impianti	Direzione amministrativa (nelle riunioni di segreteria, accoglienza, amministrazione)	Verbale di verifica <i>Indicatore: presenza verbale SI; n° eventuali criticità.</i>	
6 e	Attuare interventi correlati ad eventuali necessità emerse nel monitoraggio	Direzione amministrativa	Verbale di attuazione interventi. <i>Indicatore: presenza verbale SI; n° eventuali criticità e n° interventi effettuati.</i> .	

5. Identificazione dei rischi, obiettivi, azioni, responsabilità e monitoraggio

Per l'identificazione dei rischi si fa riferimento a molteplici fonti

1. Elenco dei rischi contenuti nella **SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI** elaborata dalla Regione Emilia Romagna. (si veda allegato);
2. Indagini annuali di soddisfazione;
3. Audit clinici (per le attività oggetto di accreditamento);
4. Indagini sul benessere del personale;
5. Riunioni periodiche art.35 sulla sicurezza condotte dall'RSPP;
6. Verbali dei monitoraggi e verifica annuale dell'accREDITamento.
7. Verifiche esterne

RISCHIO	OBIETTIVO	AZIONI PRO-GRAMMATE	INDICATORI	RESPONSABILE	SCADENZA	
Segnalazioni Incidenti	Riduzione degli incidenti	Formazione sulla sicurezza	N° incidenti N° partecipanti alla formazione	RSPP		
Reporting ed Eventi Sentinella	Creare una cultura interna di segnalazione degli eventi sentinella	Formazione sul rischio sanitario Diffusione della procedura di rilevazione degli eventi sentinella	N° eventi segnalati N° partecipanti alla formazione	Direttore Sanitario		
Eventi correlati alla gestione dei farmaci e Farmacovigilanza e	NON APPLICABILE					

Eventi correlati alla gestione dei dispositivi medici/attrezzature medicali ² e Dispositivi di vigilanza	APPLICABILE secondo le specifiche definite nel Manuale di accreditamento. Utilizzo di dispositivi idonei	Verifica degli impianti e delle attrezzature	N° eventi segnalati	Direzione amministrativa		
Cadute dei pazienti	Riduzione delle cadute (si specifica che non vi è movimentazione dei pazienti ad eccezione delle attività nel laboratorio psicomotorio) Riduzione delle quasi-cadute (<i>near fall</i>)	Formazione sulla sicurezza Valutazione rischio caduta pre-attività. Monitoraggio impianti: implementare presidi ambientali (tappeti/pavimenti antiscivolo, layout libero da ostacoli). Registro near-fall.	N° partecipanti alla formazione N° <i>near-fall</i> n. non conformità ambientali risolte.	Operatori coinvolti		
Lesioni da compressione	NON APPLICABILE					

² Si veda nello specifico **AL.5-01 ATTREZZATURE E DISPOSITIVI: ELENCO E PROCEDURE DI UTILIZZO**. In generale, le attrezzature rientrano nel novero della testistica logopedia, psicodiagnostica e neuropsi-chiatrica, a cui si aggiungono sussidi, libri, materiali ludici e didattici in formato cartaceo e/o informatico. Fondamentale divengono per lo svolgimento delle attività gli arredi che possono essere a tutti gli effetti considerati attrezzature.

Eventi correlati all'uso del sangue e Emovigilanza	NON APPLICABILE					
Checklist di sala operatoria e indicatori delle complicanze post-operatorie	NON APPLICABILE					
Infezioni correlate all'assistenza	<p>Creare una cultura della prevenzione</p> <p>Prevenzione delle infezioni associate alle pratiche effettuate nella struttura (si veda procedura)</p>	<p>Diffondere la procedura contro le infezioni: "igiene mani"; igienizzazione superfici, strumenti ambienti; controllo ambientale e gestione rifiuti; piano sanificazione.</p> <p>Formazione specifica sulla procedura</p>	<p>N° operatori informati</p> <p>N° operatori formati</p>	Direzione sanitaria		
Allontanamento dei pazienti dal luogo di cura	Prevenire l'allontanamento dei pazienti minori dal	Procedura di sorveglianza dei minori durante le prestazioni	N° segnalazioni pervenute	Operatori incaricati		

	luogo delle prestazioni	Procedura di riconsegna Registrazione di autorizzazione del minore all'allontanamento autonomo firmato in cartella				
Atti di aggressione contro gli operatori e nei confronti dei pazienti	Prevenire atti di aggressione contro operatori e nei confronti dei pazienti	In caso di colloqui/sedute a rischio lavorare in coppia e in orari di maggior affluenza	N° di atti segnalati	Operatore / utente coinvolto		
Infortuni operatori	Prevenire infortuni degli operatori	Formazione sulla sicurezza Rilevazione dei near miss e trattamento degli stessi	N° operatori formati N° infortuni sul lavoro N° near miss	Operatori coinvolti RSPP Datore di lavoro		
Sinistri / Infortuni pazienti	Prevenire sinistri / infortuni dei pazienti	Verifica degli impianti e percorsi utenti Verifica della segnaletica e illuminazione.	N° sinistri / infortuni segnalati N° pratiche aperte con assicurazione	Operatore coinvolto		
Segnalazioni dei cittadini	Soddisfazione dell'utenza	Mettere a disposizione nelle sedi QR	N° segnalazioni pervenute	Direzione amministrativa		

		code ben visibili per segnalazioni Invio dei questionari di soddisfazione agli utenti Invio dei questionari agli utenti del servizio in accreditamento	N° criticità rilevate Analisi qualitativa Response rate sui questionari			
Protezione dati e cybersecurity (GDPR)	Garantire la protezione dei dati degli utenti	Presenza dei consensi informati nelle cartelle Riservatezza colloqui; <i>clean desk</i> ; formazione privacy.	100% dei consensi informati nelle cartelle chiuse; 100% dei consensi informati nelle cartelle campione	Direzione Amministrativa		

*per le segnalazioni si utilizza la [SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI](#) redatta dalla Regione Emilia Romagna

6. Posizione assicurativa

Compagnia: Itas Mutua. Numero contratto 64 / M15921339 – RCT + RCO

Massimale 5.000.000,00 euro.

Franchigia 500/2.500 euro.

Nessuna Sinistrosità si è verificata e alcun risarcimento è stato erogato nell'ultimo quinquennio. (Art. 4, C. 3, L. 24/2017)

7. Modalità di diffusione del PAgEriS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PAgEriS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà cura della Direzione Aziendale e sarà realizzata attraverso la pubblicazione del PAgEriS sul sito internet aziendale, mediante consegna a tutti gli operatori in ingresso e mediante riunioni di aggiornamento del personale.

Reggio Emilia, 6 novembre 2025