

Sistemi di segnalazione degli atti di aggressione ad operatori

Patrizio Di Denia, Ketty Bulgarelli, Luca Golinelli, Lucia Nobilio

Settore Innovazione Servizi Sanitari e Sociali
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Regione Emilia-Romagna



L'OMS ha pubblicato ad agosto 2020 il Global Patient Safety Action Plan 2021-2030

*Drive forward policies, strategies and actions based on science, patient experience, system design and partnerships to eliminate all sources of avoidable risk and harm to **patients and health workers.***

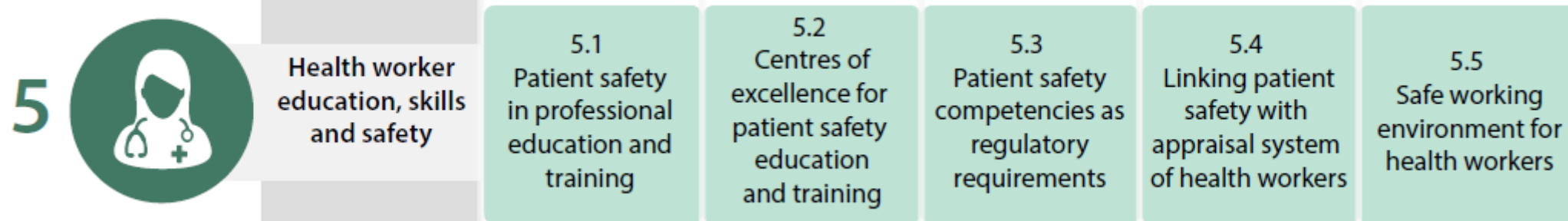
Framework for Action - The 7x5 Matrix



1		Policies to eliminate avoidable harm in health care	1.1 Patient safety policy, strategy and implementation framework	1.2 Resource mobilization and allocation	1.3 Protective legislative measures	1.4 Safety standards, regulation and accreditation	1.5 World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges
2		High-reliability systems	2.1 Transparency, openness and No blame culture	2.2 Good governance for the health care system	2.3 Leadership capacity for clinical and managerial functions	2.4 Human factors/ ergonomics for health systems resilience	2.5 Patient safety in emergencies and settings of extreme adversity
3		Safety of clinical processes	3.1 Safety of risk-prone clinical procedures	3.2 Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm	3.3 Infection prevention and control & antimicrobial resistance	3.4 Safety of medical devices, medicines, blood and vaccines	3.5 Patient safety in primary care and transitions of care
4		Patient and family engagement	4.1 Co-development of policies and programmes with patients	4.2 Learning from patient experience for safety improvement	4.3 Patient advocates and patient safety champions	4.4 Patient safety incident disclosure to victims	4.5 Information and education to patients and families
5		Health worker education, skills and safety	5.1 Patient safety in professional education and training	5.2 Centres of excellence for patient safety education and training	5.3 Patient safety competencies as regulatory requirements	5.4 Linking patient safety with appraisal system of health workers	5.5 Safe working environment for health workers

STRATEGY 5.5:
Design care settings, environments and practices to provide safe working conditions for all staff

- Actions for governments**
- Support and endorse the WHO charter *Health worker safety: a priority for patient safety* by signing up to it and supporting its implementation.
 - Develop and implement national programmes for the occupational health and safety of health workers in line with national policies and provide adequate resources for sustainability of programmes.
 - Adopt and implement relevant policies and mechanisms to prevent and eliminate violence in the health sector in accordance with national laws.
 - Provide access to mental well-being and social support services for health workers, including advice on work-life balance and risk assessment and mitigation to tackle burnout, enhance well-being and promote resilience.
 - Develop linkages of patient safety programmes with health, safety and environment and occupational health and human resource strengthening programmes at national and subnational levels.
- Actions for health care facilities and services**
- Ensure appropriate and fair duration of deployments, working hours and rest breaks, as well as minimizing the administrative burden on health workers to prevent burnout and enhance overall well-being.
 - Ensure vaccination of all at-risk health workers against vaccine-preventable infections.
 - Provide functioning and ergonomically designed equipment and workstations to minimize musculoskeletal injuries and falls.
 - Maintain levels of personal protective equipment for health workers for the expected workload but store appropriate supplies to respond to emergencies.
 - Implement measures to protect health workers from physical and mental violence, including incivility, bullying, harassment and discrimination.
 - Proactively assess all care settings to identify and mitigate hazards and risks to safety of patients and health workers using the national framework as a guide.



Alcune evidenze dalla letteratura di riferimento

- Prevalenza del fenomeno
- Gruppi vulnerabili
- Luogo della violenza
- Soggetti determinanti l'atto di violenza
- Cause della violenza
- Reporting

Prevalenza e gruppi vulnerabili

- **Prevalenza fenomeno:**
- Una revisione sistematica e meta-analisi (Liu et al., 2019) ha mostrato che il 61,9% degli operatori sanitari ha riportato l'esposizione a una forma di violenza sul posto di lavoro e che di questi il 42,5% ha fatto esperienza di una violenza verbale mentre il 24,4% di violenza fisica durante i 12 mesi precedenti.
- **Gruppi vulnerabili:**
- Profilo professionale:
 - infermieri e personale dei mezzi di soccorso: rischio molto alto
 - medici, personale tecnico: rischio alto
 - tutti gli altri professionisti: rischio comunque presente
- Genere:
 - femminile per le violenze verbali
 - maschile per le violenze fisiche
- Esperienza e attitudini:
 - basso livello di esperienza,
 - atteggiamento poco disponibile o irritante
 - scarsa capacità di accettare i problemi

Luogo e soggetti aggressori

Luogo violenza:

- Le aree assistenziali in cui questi episodi accadono con maggiore frequenza sono i dipartimenti di emergenza urgenza e le psichiatrie, in cui la violenza sul luogo di lavoro è percepita ed accettata dagli infermieri come parte del lavoro stesso (Ayasreh e Hayajneh, 2021; Pich et al., 2017; Hesketh et al., 2003).
- Le ragioni principali per il verificarsi di episodi di violenza è costituito dalla presenza di diversi fattori ambientali quali la carenza di personale, la mancanza di privacy, il sovraffollamento e la disponibilità di equipaggiamento non sicuro.

Soggetti determinanti l'atto di violenza:

- La violenza a danno degli operatori sanitari è causata nel 60-90% dei casi dai pazienti o dai loro familiari (EU-OSHA, 2010; Zampieron et al., 2010).
- L'aggressore è più spesso un uomo e il professionista aggredito una donna (Serrano Vicente et al., 2019).
- L'aggressore comunemente appartiene a una condizione sociale contraddistinta da difficoltà socio-economiche, con storia di precedenti comportamenti violenti o criminosi (in questo caso l'aggressione risulta anche più grave). (EU-OSHA, 2010).

Cause violenza e reporting segnalazioni

Cause violenza

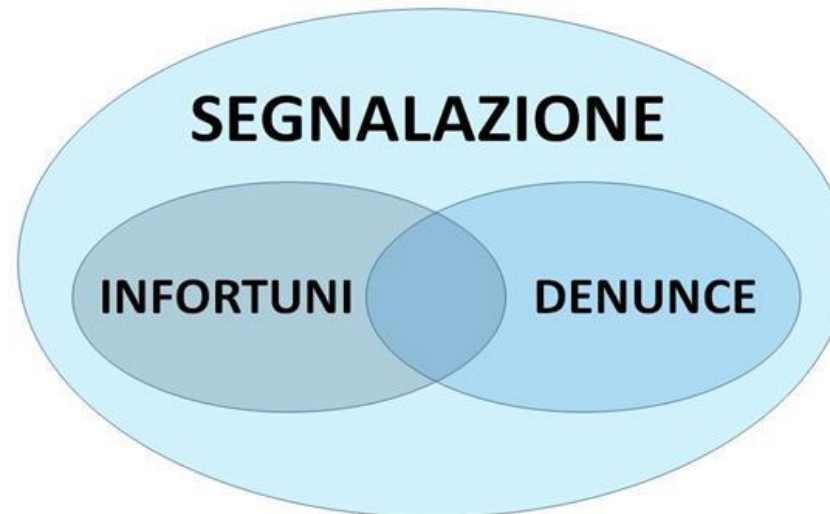
- La maggior parte degli studi mostrano che l'eccessivo tempo di attesa nell'erogazione delle prestazioni costituisce il principale fattore determinante il verificarsi di episodi di aggressione e violenza contro gli operatori sanitari (Davey et al., 2020).
- Altri fattori sono connessi con: scarsa conoscenza da parte dei pazienti e dei loro familiari del sistema sanitario e dei servizi, scarsa comunicazione tra i pazienti e gli erogatori delle prestazioni, mancanza di competenze nella comunicazione tra gli erogatori delle prestazioni, assenza di politiche e strategie e staff inadeguato, lunghi turni di lavoro.

Reporting segnalazioni

- Un aspetto comune a livello globale riguarda la tendenza a non riportare gli episodi di violenza (*underreporting, miscommunication*), soprattutto per le violenze verbali (Ayaresh e Hayajneh, 2021), sia per mancanza di sistemi di *reporting* efficaci, sia per la tendenza ad accettare tali episodi come parte del proprio lavoro.
- Questa criticità è determinata soprattutto da problemi di disomogeneità e sotto-notifica nella segnalazione degli eventi da parte degli operatori sanitari, anche per la mancanza di criteri rigorosi e sistematici per la raccolta e l'analisi dei dati.

Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori

- A) *Incident reporting* e Eventi Sentinella
- B) Infortuni sul lavoro
- C) Segnalazioni all'autorità giudiziaria



Incident reporting e segnalazione di Eventi Sentinella

L'incident reporting disponibile a livello regionale o aziendale è la principale fonte informativa disponibile per la rilevazione degli episodi di violenza. Nonostante tutti i limiti dello strumento, la disponibilità di un sistema di segnalazione è fondamentale per la corretta quantificazione del fenomeno e per consentire le successive fasi di analisi e, se del caso, di **alimentazione del flusso ministeriale SIMES (Eventi sentinella)**.

«La mancata denuncia degli episodi e la mancata richiesta di aiuto nel momento in cui si compie l'aggressione costituiscono, soprattutto in alcuni contesti un fenomeno molto frequente, raggiungendo secondo alcuni studi anche il 70-80% degli episodi» (Behnam et al., 2011).

Segnalazione di Eventi Sentinella

- Sono definiti "eventi sentinella" quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano **morte o gravi danni al paziente** e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.

Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno 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. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Criteri segnalazione Eventi Sentinella



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

Evento sentinella n. 12

Atti di violenza a danno di operatore

Descrizione

Violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e visitatori.

Razionale

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie. In particolare l'evento può essere dovuto a scarsa vigilanza, sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche, difficoltà relazionale tra operatori e utenza. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione del personale.

Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella

Documentazione clinica e qualsiasi altra fonte utile alla raccolta delle informazioni, incluso le denunce depositate presso gli uffici deputati alla pubblica sicurezza e registri INAIL.

Note

E' disponibile sul sito del Ministero la **Raccomandazione n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.**

Si elencano di seguito i **criteri per la segnalazione dell'episodio di violenza alla Regione come "evento sentinella" per il flusso informativo SIMES** verso il Ministero della Salute:

- 1) mezzi utilizzati per l'aggressione: uso di corpi contundenti/armi
- 2) presenza di una componente razziale o sessuale
- 3) esito dell'aggressione\entità del danno:
 - a) ferita profonda
 - b) trauma maggiore
 - c) necessità di intervento chirurgico
 - d) ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva
 - e) disabilità permanente
 - f) coma
 - g) morte
 - h) le lesioni che hanno determinato una prognosi superiore ai 40 giorni
 - i) indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che:
 - i) hanno messo in pericolo di vita il soggetto lesa;
 - ii) hanno provocato un indebolimento permanente di organo o senso;
 - iii) hanno provocato la perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo;
 - iv) hanno causato uno sfregio (cicatrice visibile che altera i movimenti mimici) od una deformazione (menomazione che provoca ribrezzo in chi guarda) del volto.

Monitoraggio Eventi sentinella

Tabella 1. Tipologia di Evento Sentinella segnalato (periodo di riferimento: 2005 - 2020).

Tipologia di Evento *	N.	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	2984	33.25
Ogni altro Evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1253	13.96
Atti di violenza a danno di operatore	1245	13.87
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	967	10.78
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	507	5.65
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	473	5.27
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	337	3.76
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	287	3.20
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	168	1.87
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	168	1.87
Errata procedura su paziente corretto	164	1.83
Violenza su paziente in ospedale	100	1.11
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	94	1.05
Procedura in paziente sbagliato	91	1.01
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	80	0.89
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	56	0.62
Totale	8974	100

* secondo la categorizzazione prevista dal *Protocollo nazionale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella*

6° Rapporto Monitoraggio degli Eventi Sentinella (Gennaio 2005 - Dicembre 2020) – Ministero della salute

Quinto Report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure (Anno 2022) – Regione Emilia-Romagna

Segnalazioni di eventi sentinella per tipologia (2022). Fonte: SIMES - Eventi Sentinella

Tipologia	N	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	57	59%
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	11	12%
Atti di violenza a danno di operatore	2	2%
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	3	3%
Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico	3	3%
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	2	2%
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	5	5%
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	3	3%
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	10	11%
Totale	96	100%



Incident reporting

- La Regione Emilia-Romagna dal 2018 ha adottato un modello di specifica scheda di segnalazione per gli eventi di violenza a danno degli operatori. Le segnalazioni effettuate tramite questa scheda vengono raccolte in data base aziendali e successivamente i dati vengono trasmessi da ogni azienda in forma aggregata alla Regione.
- Dal 2023 l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS) per uniformare e standardizzare la rilevazione ha definito un set di variabili e specifiche cui adeguare i sistemi di rilevazione regionali.

Allegato 2 - Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori

Struttura/Stabilimento _____ Dipartimento _____

Unità Operativa _____

Nome cognome operatore aggredito _____ M | F età _____

Nome cognome operatore segnalante (se diverso dall'aggredito): _____

Data della Segnalazione _____ Data e ora dell'accadimento _____

Luogo dell'evento: Comparto operatorio Sala parto/travaglio Degenza Ambulatorio Pronto Soccorso
 Soccorso 118 Diagnostica per Immagini Punto Prelievi Sala d'attesa Spazi comuni Abitazione privata

Strutture territoriali Altro: _____

Dati anagrafici dell'aggressore (ove disponibili) _____ M | F età _____

L'aggressore è un paziente/familiare di paziente/visitatore/altro (specificare) _____

Testimoni dell'episodio: [] NO [] SI (specificare) _____

Compilare obbligatoriamente tutti i tre riquadri sottostanti indipendentemente da quale sia stata la tipologia di aggressione, spuntando la condizione apposita

[si] [no] AGGRESSIONE VERBALE intesa come ostilità verbale espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica

[si] [no] AGGRESSIONE FISICA intesa come azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte

[si] [no] AGGRESSIONE CONTRO LA PROPRIETÀ intesa come distruzione deliberata dell'attrezzatura ospedaliera o degli effetti personali altrui. **SE sì che cosa è stato danneggiato:** _____

Descrizione dell'episodio Che cosa, dove e come è successo; se sono stati utilizzati eventuali mezzi per l'aggressione (specificare quali); come sono state limitate le conseguenze dell'aggressione (ad es. allontanamento operatore/aggressore, mediazione/comunicazione, trattamento farmacologico, ecc.)

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)

Fattori legati al paziente	Fattori legati al personale
<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata informazione/comunicazione al paziente
<input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/> Inadeg. conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Inadeg. supervisione/tutoraggio
<input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Difficoltà nel lavoro di equipe
<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> Fatica/stress
<input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta
	<input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecch./dispositivo

Fattori legati al sistema

Staff inadeguato/insufficiente Insufficiente addestramento/inserimento Gruppo nuovo/inesperto/elevato turnover

Mancata/inadeg. Comunicazione Scarsa continuità assistenziale Inadeg. organizzazione cambio turno

Ambiente inadeg. Locali angusti con vie di fuga pericolose Presenza di corpi contundenti Interferenze ambientali

Assenza di sistemi di sorveglianza Assenza di dispositivi di sicurezza Illuminazione insufficiente

Luoghi di attesa poco confortevoli Lunghi tempi di attesa per le prestazioni

Ingresso ed orari dei visitatori non regolamentati Inadeg./mancata formazione su tecniche gestione aggressività

Protocollo/procedura inesistente/ambigua Insuccesso nel far rispettare protocollo/procedura Mancato/inadeg. apparecch./dispositivo Mancata/inadeg. manutenzione apparecch./dispositivo Mancato/inadeg. materiale di consumo

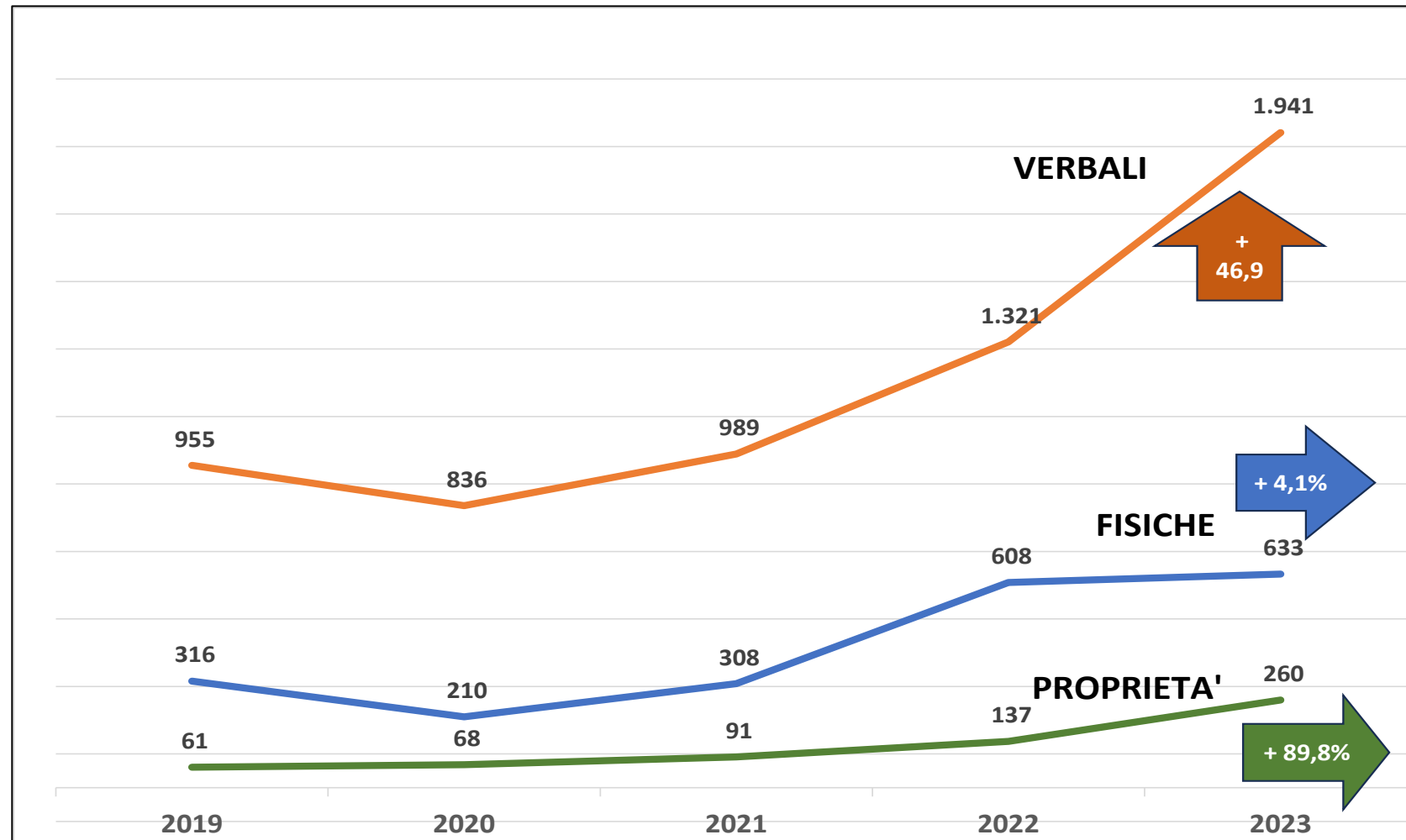
Altri fattori (specificare es. abuso di sostanze alcool/droghe, condizione psichiatrica)

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire indagini/prestazioni sanitarie? SI NO

Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari, 2018. Regione Emilia-Romagna

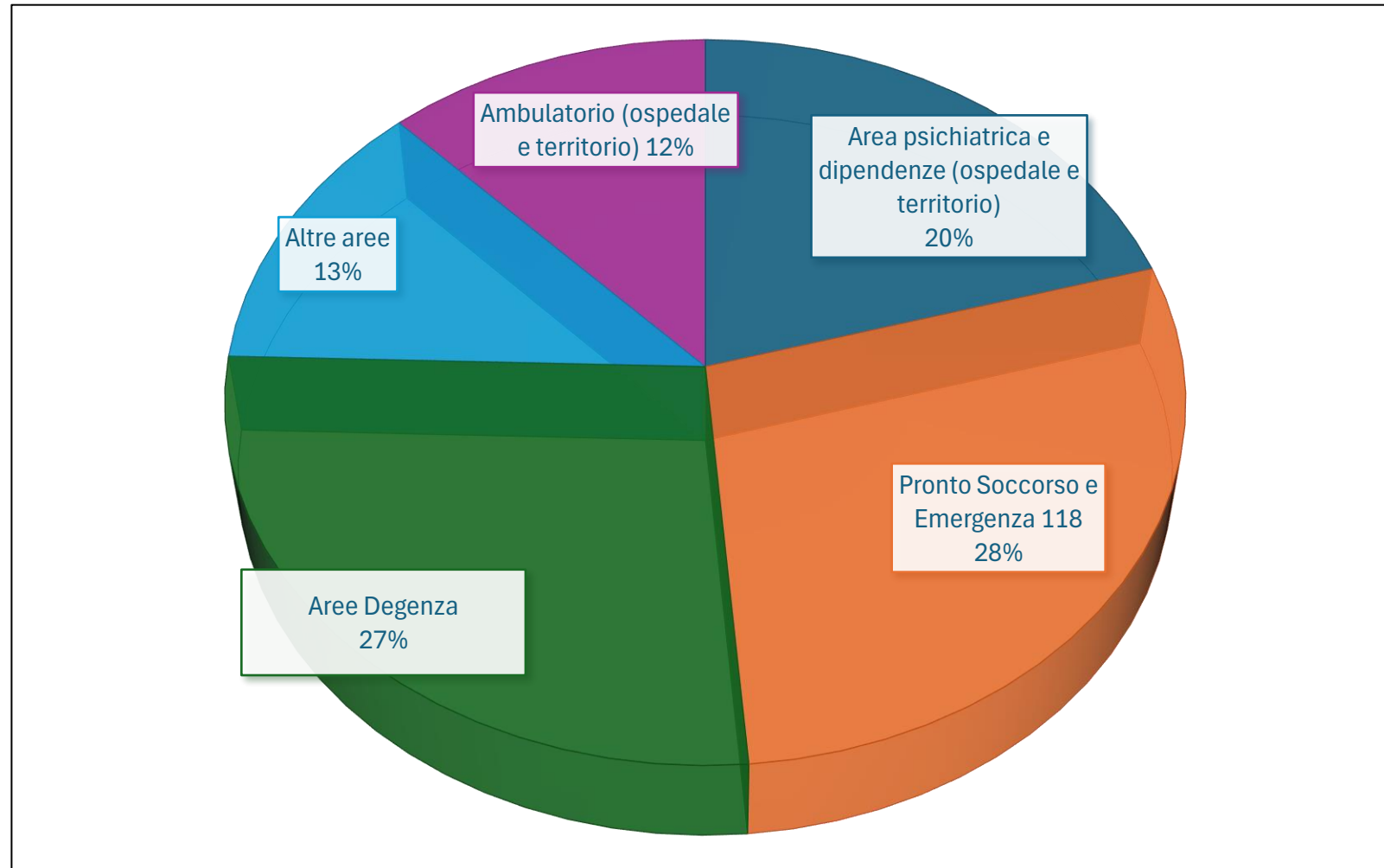
Tipologia aggressioni

TIPO DI AGGRESSIONI IN AMBITO PUBBLICO, FONTE: INCIDENT REPORTING /ONSEPS, ANNI 2019 – 2023 (REGIONE EMILIA-ROMAGNA)

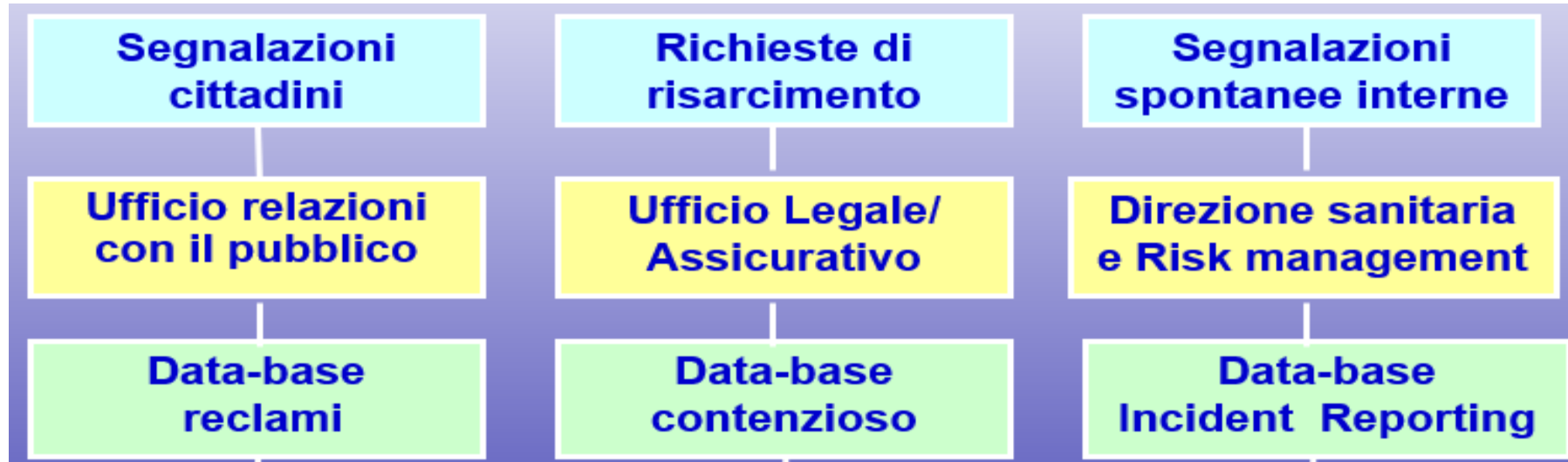


Luogo aggressioni

SETTING ASSISTENZIALE ACCADIMENTO EVENTI, FONTE ONSEPS ANNO 2023
(REGIONE EMILIA-ROMAGNA)



Flussi informativi regionali (sicurezza cure e gestione rischio sanitario): situazione attuale



Criticità principali:

Raccolta dei dati con modalità e sistemi informativi differenti

Gestione frammentata e “blindata” delle informazioni

Utilità limitata alla gestione di rischi specifici

Mancanza di una lettura integrata dei flussi informativi

DATABASE REGIONALI

Incident Reporting – Rischio clinico

Segnalazione cittadini -URP

Gestione Sinistri – Contenzioso

DATABASE NAZIONALI

SIMES - Minsal

Dispositivovigilanza – Minsal

Farmacovigilanza - AIFA

SISTRA (Emovigilanza) – ISS

Near miss ostetrici - ISS

DATABASE LOCALI



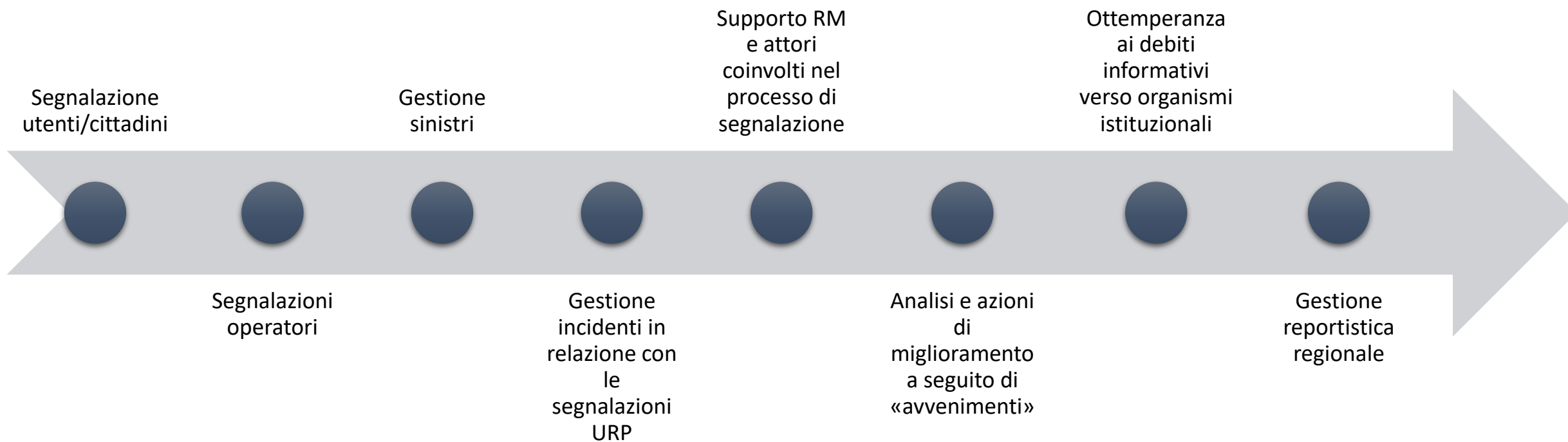
Nuova Piattaforma regionale SignalER

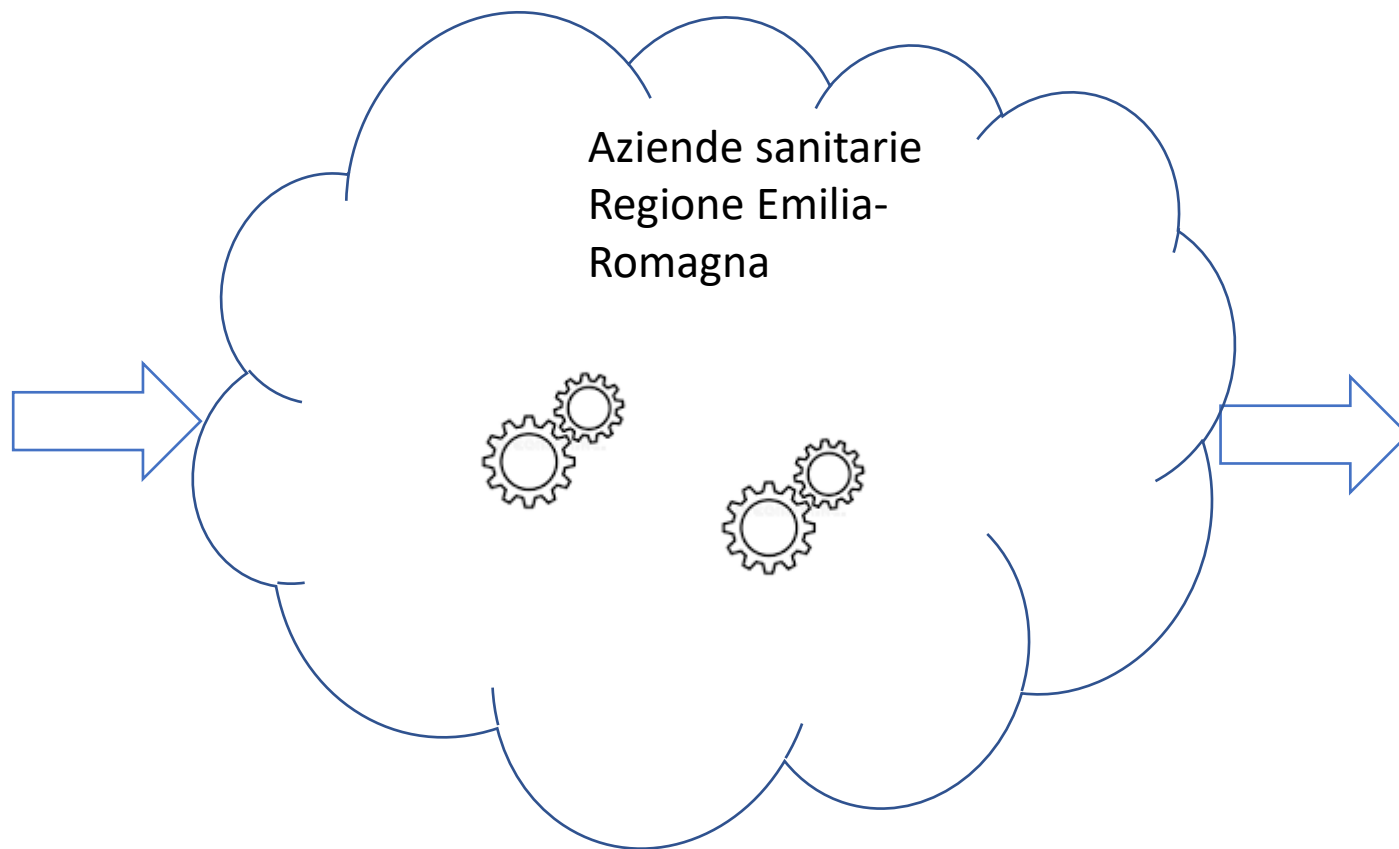
SignalER è una **piattaforma applicativa** che permette di raccogliere e gestire le segnalazioni delle Strutture Sanitarie attraverso un **sistema condiviso** tra tutte le strutture della Regione Emilia-Romagna.

L'applicativo permette:

- L'**inserimento** di segnalazioni di accadimenti significativi per la sicurezza delle cure o incidenti (*e.g., cadute, incident reporting, quasi eventi, segnalazioni URP, richieste di risarcimento, etc.*);
- Il supporto alla **gestione della segnalazione** da parte dei Risk Manager e degli altri attori coinvolti, attraverso alcune fasi di valutazione e validazione della stessa;
- L'invio automatico di **notifiche** che arrivano agli utenti sia nell'applicativo stesso che sulla mail aziendale, e servono per guidare gli utenti nelle fasi del processo di segnalazione.

Obiettivi della piattaforma





Nuova Piattaforma SegnalER

La piattaforma applicativa consta dei seguenti tre moduli:

Modulo A:

- segnalazioni degli operatori sanitari

Modulo B:

- segnalazioni dei cittadini/utenti (persone assistite, familiari, visitatori, ...) tramite URP

Modulo C:

- richieste di risarcimento/gestione sinistri

Ambiti di segnalazione

Modulo A

A01 Caduta
A02 Contenzione
A03 Dispositivo Vigilanza
A04 Evento Sentinella
A05 Farmaco Vigilanza
A06 Incident Reporting
A07 Lesioni da Pressione
A08 Evento Morte Materna
A09 Evento Morte Perinatale e Grave Morbosità Neonatale
A10 Near Miss Ostetrici
A11 Trasfusionale
A12 Violenza su operatore

Modulo B

Segnalazioni in sanità
presentate dai cittadini

Modulo C

Gestione dei sinistri



Tipologie di eventi segnalabili:

- Aggressioni verbali;
- Aggressioni fisiche;
- Aggressioni verso la proprietà.

È possibile segnalare all'interno della scheda di segnalazione tipologie di eventi multiple (es.: violenza verbale e verso la proprietà).

Nota Bene: Nel caso in cui l'**episodio di violenza dovesse coinvolgere più operatori**, è necessario che **ciascun operatore** intenzionato a segnalare l'accaduto **compili la propria scheda** (es.: 2 operatori coinvolti che intendono segnalare l'accaduto dovranno compilare una scheda ciascuno).



A12 Violenza verso operatore – Eventi segnalabili

L'obiettivo delle segnalazioni di episodi di violenza verso operatori è **migliorare la sicurezza** dei professionisti attraverso l'**analisi di eventi significativi** segnalati **spontaneamente**.

Gli episodi di violenza verso operatori comprendono:

- ❑ **Violenza verbale:** intesa come ostilità verbale espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica;
- ❑ **Violenza fisica:** intesa come azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte;
- ❑ **Aggressione contro la proprietà:** intesa come distruzione deliberata dell'attrezzatura ospedaliera o degli effetti personali altrui.





Qualsiasi
operatore
(Liv. 1)

Tutti i professionisti dotati di credenziali per l'accesso ai computer aziendali possono effettuare una segnalazione



Responsabile
(Liv. 2)

Per «Responsabile» si intendono i professionisti individuati dalle singole aziende responsabili per SegnalER della U.O./Servizio dove si è verificato l'evento (es.: il Direttore/Responsabile, l'incarico di funzione organizzativa/ Coordinatore, il Referente/Facilitatore per la Gestione del Rischio, etc.)



Referente
Aziendale
(Liv. 3)

I «Referenti Aziendali» sono identificati a livello Aziendale, Regionale o Nazionale per lo specifico ambito di competenza:
per l'IR il livello 3 è rappresentato dal **Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)**, dal **Risk Manager** e dal suo **Staff**

**Operatore
(Liv. 1)**

Compila la segnalazione e la invia al Responsabile (stato «Da Validare»)
N.B.: non è possibile effettuare segnalazioni anonime

**Responsabile
(Liv. 2)**

Il Responsabile **completa** eventuali campi non precedentemente compilati e **valida** la scheda (stato «Validata»)

**Referente
(Liv. 3)**

Il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), il Risk Manager e/o i suoi collaboratori prendono in carico la segnalazione e **completano il percorso aziendale** (stato «Chiusa»)

**Regione
(Liv. 4)**

Visualizza la segnalazione: tutti i **nominativi** degli utenti/cittadini e dei professionisti coinvolti nell'evento segnalato sono **oscurati** alla Regione

Alcune riflessioni finali

- Necessità di utilizzare un sistema unico di rilevazione (piattaforma SignalER) per la raccolta, elaborazione e analisi dei dati su tutto il livello regionale (settore pubblico e privato)
- Parametrizzazione di indicatori standardizzati sui volumi di attività (es. n. giornate degenza, n. accessi PS, n. visite ambulatoriali) e/o su dotazioni organiche aziendali (n. operatori per genere, età e qualifica professionale) per la comprensione reale del fenomeno
- Analisi dei dati sulla base del trasferimento di prestazioni ordinarie a nuovi setting (es.: CAU, Case della Comunità) e/o mediante l'utilizzo di tecnologie innovative (es. Telemedicina, IA).



Grazie!