



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

**INAIL**  
Direzione Regionale Veneto



**Patrocinio**



PATROCINIO  
REGIONE DEL VENETO



CONSIGLIO NAZIONALE DEI CHIMICI  
PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA



**STePS Master Universitario di I livello in  
"Scienza e tecniche della prevenzione e della sicurezza"  
Anno Accademico 2011 - 2012**

**TESI FINALE**

**Titolo**

**“Modelli organizzativi e strumenti operativi di gestione del rischio nelle  
Strutture Sanitarie pubbliche del Veneto”**

**Studentessa: *Dott.ssa* Giovanna Fazzino**

**Matricola: 963871**

**Relatore: *Prof. a .c.* Giovanni Finotto**

**Correlatore: *Dott.ssa* Vittoria Cervi**

**Anno Accademico 2011 - 2012**



## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	6
<b>CAPITOLO I - Il sistema di gestione della sicurezza e la sua applicazione nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Veneto</b> .....	7
1.1 Il Sistema di Gestione della Sicurezza nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Veneto	8
1.2. Criticità riscontrate e azioni di miglioramento. ....	12
<b>CAPITOLO II - Sviluppi e prospettive del sistema di gestione della sicurezza</b> .....	19
2.1 Protocollo d'intesa tra INAIL e Regione Veneto.....	19
2.2 Implementazione del modello regionale di gestione della sicurezza per la prevenzione degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto .....	23
2.3. Progetto di integrazione fra i sistemi di gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza.....	25
<b>CAPITOLO III - Modelli organizzativi di gestione integrata del rischio</b> .....	27
3.1 L'Azienda ULSS 22 di Bussolengo. ....	27
3.2. La sperimentazione del Sistema di Gestione della Sicurezza .....	27
3.3. La sperimentazione del Sistema di Gestione Integrato nell'ULSS 22 di Bussolengo .....	29
3.3.1. Fase pre-sperimentale: la scelta degli strumenti di identificazione del rischio.....	30
3.3.2. Fase sperimentale: step e risultati .....	32
<b>Conclusioni</b> .....	36
<b>Allegati</b> .....	36
<b>Riferimenti legislativi, normativi e bibliografia</b> .....	72



## **Abstract**

*Il tema della salute e della sicurezza sul lavoro è posto all'attenzione di noi tutti per la necessità inderogabile di ridurre il fenomeno infortunistico. Nello specifico, le Aziende Sanitarie, per le loro funzioni istituzionali svolte nell'ambito della prevenzione e in quanto realtà complesse e di grandi dimensioni, si caratterizzano per ulteriori e pressanti esigenze configurando la necessità di soluzioni organizzative e gestionali che siano nel contempo efficaci ed efficienti.*

*In tale prospettiva, la Regione Veneto ha da tempo attivato una serie di iniziative che rispondono alla necessità di adottare processi di gestione evoluti che partano dalla centralità della persona.*

*A tal proposito, nel Capitolo I, verrà illustrato il Progetto Regionale, coordinato dall'ULSS 22 di Bussolengo, relativo all'implementazione di un Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS) all'interno delle Strutture Sanitarie pubbliche del Veneto, mentre il Capitolo II sarà dedicato agli sviluppi e alle prospettive future del SGS.*

*Nello specifico, particolare rilievo verrà dato alla recente sottoscrizione, fra Direzione Prevenzione Regione Veneto e INAIL Direzione Regionale, di un Protocollo di Intesa che offre la possibilità alle aziende sanitarie ed ospedaliere che implementano con continuità il Modello SGS, di ottenere un importante riconoscimento, rappresentato dal logo "SGS Sanità", quali Aziende in grado di agire attraverso un atteggiamento proattivo di prevenzione e pianificazione, con una rilevante ricaduta positiva anche rispetto ai costi economici.*

*Il Capitolo III, infine, approfondirà la sperimentazione condotta all'interno dell'ULSS 22 di Bussolengo relativa agli strumenti di identificazione del rischio orientati alla valorizzazione della possibile interazione fra sicurezza del paziente e del lavoratore.*

## **Introduzione**

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire.

La gestione del rischio in Sanità appare quindi come un “processo globale” e la sicurezza, che ne rappresenta l'immagine più complessa e universale, si configura come un processo prevalentemente culturale all'interno delle organizzazioni.

Per una struttura complessa e moderna diviene irrinunciabile approfondire l'analisi di tutte quelle attività che, con modalità diverse, hanno un impatto sulla qualità della prestazione e influenzano, quindi, il grado di soddisfazione dei clienti-utenti, degli operatori e, in genere, di tutti coloro che sono interessati al buon funzionamento dell'Azienda.

Tutto questo accentua la dimensione sociale della salute e rafforza la rilevanza giuridica della qualità delle relazioni all'interno delle organizzazioni e degli ambienti di lavoro, rendendo più importante l'adozione di modelli di gestione per la diffusione della cultura della sicurezza.

A tal proposito la Regione del Veneto ha da tempo attivato una serie di iniziative orientate a mantenere e sviluppare ulteriormente l'alto livello qualitativo che caratterizza i servizi sanitari, socio sanitari e sociali e le prestazioni erogate.

Possiamo citare ad esempio i processi di autorizzazione e accreditamento (con l'estensione all'accreditamento di eccellenza), il progetto riguardante l'umanizzazione, le azioni concernenti il benessere organizzativo, l'utilizzo dell'incident reporting in ambito ospedaliero e territoriale, fino all'istituzione del Coordinamento Regionale per la sicurezza del paziente e alla recente adozione di un preciso modello organizzativo.

Si evidenzia pertanto la necessità di agevolare una “visione integrata” tra modelli di gestione, obblighi legislativi e opportunità, mirando a soluzioni organizzative e gestionali che siano nel contempo efficaci ed efficienti e non limitate alle urgenze contingenti, e al governo e al controllo dei costi economici, sociali ed esistenziali della non sicurezza.

A tal proposito, nei prossimi Capitoli verranno analizzati alcuni dei principali progetti promossi dalla Direzione Prevenzione della Regione Veneto in tema di salute e sicurezza nelle strutture sanitarie pubbliche e coordinati dalla Dott.ssa Vittoria Cervi – Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'ULSS 22 di Bussolengo, nonché Referente della linea progettuale “Salute e sicurezza nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto”, inserita all'interno del “Piano di Prevenzione e Promozione della Salute e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro”.

## CAPITOLO I

### IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA e LA SUA APPLICAZIONE NELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE VENETO

---

L'esigenza di migliorare il controllo dei processi produttivi e dei servizi nel settore sanitario ed Ospedaliero, integrando logiche di efficienza e qualità nell'erogazione di beni e servizi con quelle della massima prevenzione e sicurezza per le persone, trova una naturale risposta nell'implementazione dei sistemi di gestione della salute e sicurezza .

Con l'entrata in vigore della Legge 123/2007 e del D.Lgs. 81/08 è stata rafforzata l'importanza dell'adozione e attuazione di modelli organizzativi nel campo della gestione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro imponendo un progetto di sicurezza aziendale che coinvolga tutte le parti interessate, affidando ai lavoratori e al datore di lavoro maggiori responsabilità dirette. La sicurezza viene intesa come un processo continuo, tendente al miglioramento, in cui si sottolinea la necessità di programmare le azioni di prevenzione. Il principio di programmazione della sicurezza vuole quindi conferire effettività ed efficacia al sistema Azienda.

Il funzionamento di un SGS è infatti rappresentato dal cosiddetto "Ciclo di Deming" o ciclo del miglioramento continuo che prevede 4 fasi:

- **PLAN** partendo dall'analisi e valutazione dei rischi correlati alle attività svolte, l'azienda definisce una politica per la sicurezza e pianifica le azioni per raggiungere gli obiettivi prefissati;
- **DO** consiste nell'attuazione delle azioni pianificate secondo le tempistiche definite dalla pianificazione;
- **CHECK** consiste nella verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati e della funzionalità del SGS stesso, attuando azioni correttive in risposta ad eventuali difformità rispetto a quanto stabilito dalla pianificazione;
- **ACT** consiste nel valutare periodicamente l'efficacia e l'efficienza del sistema nel raggiungere gli obiettivi fissati dalla politica della sicurezza nonché per valutarne l'adeguatezza rispetto sia alla specifica realtà aziendale che ai cambiamenti interni/esterni, modificando, se necessario, politica ed obiettivi della salute e sicurezza, alla luce dell'impegno al miglioramento continuo.

L'adozione di un SGS permette quindi di definire le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

I vantaggi strategici e concreti che un'Azienda Sanitaria Pubblica può ottenere da un SGS sono:

- il miglioramento nella gestione dei propri processi primari e di supporto;
- il coinvolgimento attivo e continuo dei soggetti in un percorso di miglioramento delle performance individuali ed aziendali;
- il monitoraggio, ed eventuale riduzione ove necessaria, dei costi della sicurezza;
- il miglioramento dell'immagine nei confronti dell'utenza esterna, quale struttura in grado di operare in termini di risk management dal punto di vista del paziente e dell'operatore;
- il confronto positivo con l'organo di vigilanza e gli enti di controllo.

L'implementazione di un SGS, si configura quindi come una modalità per soddisfare i requisiti richiesti dalla legge e per ridurre nel tempo i costi derivanti da incidenti, infortuni e malattie professionali, grazie al miglioramento continuo e alla conseguente riduzione dei rischi presenti per i lavoratori.

### **1.1 Il Sistema di Gestione della Sicurezza nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Veneto**

Le Aziende Sanitarie, per le loro funzioni istituzionali nell'ambito della prevenzione e in quanto realtà organizzative complesse e di grandi dimensioni, sono considerate target privilegiati per lo sviluppo di azioni integrate di gestione della sicurezza.

In considerazione di ciò, nell'ambito delle attività ed iniziative legate all'attuazione del "Piano di Prevenzione e Promozione della Salute e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro", la Regione Veneto ha approvato, con DGR 2133 del 10 Luglio 2007, il Progetto "Promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza (SGS) e del benessere organizzativo nelle Strutture Sanitarie Pubbliche del Veneto" (v. All. I), che prevede la creazione e l'implementazione di un Modello SGS all'interno delle strutture sanitarie al fine di soddisfare i requisiti richiesti dalla legge e ridurre nel tempo i costi derivanti da incidenti, infortuni e malattie professionali, grazie al miglioramento continuo e alla conseguente riduzione dei rischi presenti per i lavoratori.

Il progetto è stato sviluppato dalla Direzione Prevenzione, in partnership con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria e l'INAIL – Direzione regionale, che hanno concordato sull'utilità e sui vantaggi strategici derivanti dalla predisposizione e dalla sperimentazione di strumenti utili alla gestione della sicurezza in ambiente sanitario. L'obiettivo consisteva nello sperimentare l'applicazione di un SGS in alcune Aziende/ULSS, per poter poi predisporre un manuale "testato" da poter potenzialmente applicare a tutte le Aziende Sanitarie del Veneto.

Il progetto prevedeva la creazione di uno specifico gruppo di lavoro regionale e una sperimentazione da condurre in 10 Aziende sanitarie.

Segue disamina delle fasi in cui si è articolato il Progetto.

## **STEP 1: SVILUPPO DOCUMENTALE**

L'apposito gruppo di lavoro regionale, formato da rappresentanti dei Coordinamenti Regionali dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione, dei Medici Competenti e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto, ha provveduto a redigere un Modello SGS conforme alle Linee Guida UNI-INAIL e adattato alla complessità organizzativa di una azienda sanitaria ed integrato con i requisiti previsti dai percorsi di autorizzazione/accreditamento istituzionale.

Tale Modello è costituito da:

- Manuale del Sistema,
- 7 Procedure Gestionali,
- 6 Procedure Tecniche,
- documentazione di supporto (moduli, liste di riscontro iniziali e finali),

che tengono conto della complessità organizzativa di una realtà sanitaria e che hanno il compito di monitorare costantemente 7 Macroaree critiche:

- Organizzazione e riesame del Sistema
- Formazione ed informazione
- Valutazione dei Rischi
- Gestione DPI
- Gestione infortuni e non conformità
- Gestione appalti
- Manutenzione

Le **7 Procedure Gestionali (PG)** sono:

- PG01 “Struttura e Organizzazione del Sistema” si occupa della definizione degli strumenti, dei ruoli, figure e responsabilità del SGS e del coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali nell'adozione di tale Sistema.
- PG02 “Flussi comunicativi, formativi e relazionali” promuove l'implementazione della comunicazione interna con l'obiettivo di rendere partecipi tutti i lavoratori a seconda del ruolo nel SGS, migliorare quella esterna verso utenti, fornitori e collaboratori e fornire criteri per la programmazione della formazione/informazione dei lavoratori.
- PG03 “Gestione Documentazione” stabilisce le regole per l'individuazione, il mantenimento e la disponibilità dei documenti e delle registrazioni di Sicurezza, come pure i risultati delle attività di verifica e di riesame. Porta inoltre a conoscenza di Dirigenti, Preposti e Lavoratori le modalità di accesso e di gestione della documentazione inerente la sicurezza e salute in Azienda.
- PG04 “Controlli e Verifiche del Sistema” fornisce le indicazioni in merito ai controlli e alle verifiche del Sistema per verificare se esso è conforme alle disposizioni previste, se è stato attuato e mantenuto in modo appropriato, se è efficace nel raggiungere gli obiettivi e la politica di Sicurezza dell'Azienda.

- PG05 “Riesame e Miglioramento del Sistema” fornisce le indicazioni in merito alla gestione del riesame e del miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza. La revisione da parte della Direzione considera l'eventuale necessità di apportare modifiche alla politica, agli obiettivi e ad altri elementi del sistema di gestione della Sicurezza, alla luce dei risultati della verifica del sistema, delle circostanze modificate e dell'impegno al miglioramento continuo.
- PG06 “Sorveglianza Sanitaria e Inserimento del personale a rischio” promuove l'avvio all'attività lavorativa soggetti di cui sia stata definita l'idoneità alla mansione e aggiornare la mappa del personale esposto a rischio, facilitando l'organizzazione delle visite periodiche. Inoltre ha lo scopo di garantire la salute e la sicurezza delle donne in gravidanza e dei lavoratori appartenenti a categorie protette.
- PG07 “Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi” definisce le modalità per la gestione di infortuni, incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi allo scopo di attuare azioni preventive e correttive finalizzate ad annullare o ridurre al minimo la probabilità che gli stessi si ripetano, stabilisce le modalità con cui si gestiscono le azioni correttive e preventive attuate per eliminare le cause effettive o potenziali di rischio e distribuisce le competenze tra le singole U.O. coinvolte ed uniforma le prassi operative tra le strutture sanitarie aziendali, sia ospedaliere che territoriali.

Le **6 Procedure Tecniche (PT)** sono invece:

- PT01 “Valutazione dei Rischi” fornisce le linee guida operative per redigere e aggiornare il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) in sintonia con il Sistema di Gestione della Sicurezza.
- La PT02 “Gestione DPI” si occupa della definizione delle modalità di scelta, acquisto, distribuzione e utilizzo dei dispositivi di Protezione Individuali.
- La PT03 “Registrazione Agenti Chimici” stabilisce le modalità di controllo dell'introduzione e della presenza degli agenti chimici pericolosi assicurando che venga correttamente individuata ed aggiornata la presenza in azienda di agenti chimici pericolosi; venga effettuata la valutazione dei rischi derivanti dalla presenza di agenti chimici pericolosi e vengano attivati idonei interventi di sorveglianza sanitaria, in relazione a prodotti pericolosi e cancerogeni.
- La PT04 “Gestione Manutenzione” favorisce la pianificazione e la registrazione delle attività di manutenzione delle attrezzature e dei veicoli.
- La PT05 “Gestione Appalti” definisce la modalità operativa per la gestione degli adempimenti per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori in caso di affidamento lavori nell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera, secondo quanto previsto dall'art. 26 del D. Lgs. 81/2008.
- La PT06 “Gestione Emergenze” definisce le modalità per gestire organicamente le problematiche delle emergenze, avendo cura che vengano correttamente individuate le emergenze che possono interessare il personale e gli utenti e venga effettuata la valutazione

dei relativi rischi; vengano stesi i Piani di Emergenza; vengano designati i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza.

## **STEP 2: SPERIMENTAZIONE DEL SISTEMA**

Il Modello è stato sperimentato su un campione di 10 Aziende Sanitarie/Ospedaliere e la sua implementazione si è sviluppata attraverso più fasi:

1. presentazione del progetto alle Direzioni Strategiche delle Aziende sanitarie/ospedaliere sperimentanti e alle competenze aziendali coinvolte nei processi individuati dal modello quali: Servizio di Prevenzione e Protezione, Sorveglianza Sanitaria, Servizio Tecnico, Ingegneria clinica, Dirigenza Medica, Servizio Professioni Sanitarie, Servizio Gestione Risorse Umane, Provveditorato, Ufficio Formazione, Ufficio Qualità e Farmacia. Coinvolgimento dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;
2. richiesta di individuazione, da parte di ogni Azienda, del Referente del Sistema (elettivamente RSPP e/o Medico Competente);
3. incontro presso ciascuna Azienda aderente per la presentazione, a cura del gruppo di lavoro regionale, delle procedure e della check list iniziale;
4. definizione, attraverso la compilazione della check list iniziale, del livello di partenza di ciascuna Azienda;
5. comunicazione ad ogni singola Azienda delle procedure risultate critiche e richiesta dei rispettivi piani di miglioramento;
6. sensibilizzazione del personale attraverso l'erogazione a tutti i soggetti e alle funzioni aziendali coinvolte nel SGS, delle conoscenze e delle competenze necessarie per lo svolgimento di un ruolo attivo rispetto al raggiungimento degli obiettivi;
7. implementazione del Modello SGS;
8. monitoraggio dell'andamento del Sistema in termini di efficacia ed efficienza, attraverso audit periodici.

La fase sperimentale di implementazione del Sistema si è conclusa in 7 delle 10 ULSS/Aziende inizialmente coinvolte: ULSS 2 – Feltre, ULSS 9 – Treviso, ULSS 14 – Chioggia, ULSS 20 – Verona, ULSS 21 – Legnago, ULSS 22 – Bussolengo, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

## **STEP 3: ADOZIONE DEL MODELLO SGS**

A conclusione della fase sperimentale, il gruppo di lavoro ha provveduto a riesaminare il Modello SGS. Tenendo conto delle osservazioni/criticità emerse durante la fase sperimentale, del conseguente riesame e dei risultati raggiunti dalle singole Aziende sperimentanti, la Giunta Regionale del Veneto con DGR 1463 del 19 Maggio 2009 ha approvato il “Modello Regionale di

Sistema di Gestione della Sicurezza per le Aziende Sanitarie pubbliche" (v. All. II) promuovendone l'adozione presso tutte le Aziende Sanitarie/Ospedaliere del Veneto non ancora coinvolte dalla sperimentazione.

Attualmente le Aziende Sanitarie/Ospedaliere che hanno aderito al Modello promosso dalla DGR 1463, oltre alle 7 precedenti che avevano concluso la fase di sperimentazione e che stanno procedendo nell'implementazione, sono:

ULSS 1 Belluno, ULSS 5 Ovest Vicentino, ULSS 6 Vicenza, ULSS 7 Pieve di Soligo, ULSS 8 Asolo, ULSS 10 Veneto Orientale, ULSS 12 Veneziana, ULSS 13 Mirano, ULSS 15 Alta Padovana, ULSS 16 Padova, ULSS 17 Este, ULSS 18 Rovigo, Azienda Ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto.

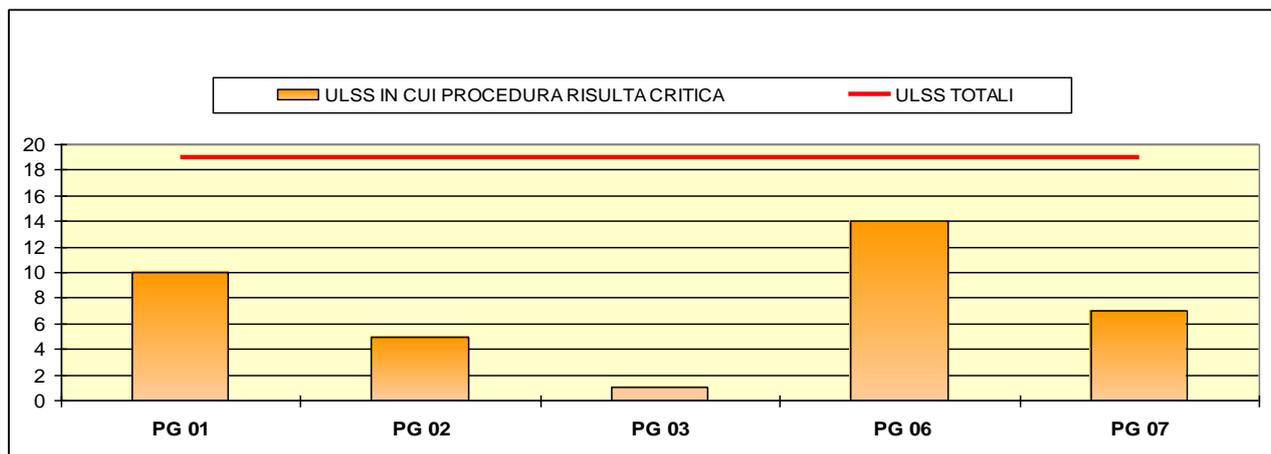
	<b>PARTECIPAZIONE ALLA FASE DI STESURA DEL MODELLO SGS</b>	<b>ADESIONE ALLA FASE SPERIMENTALE - DGR 2133</b>	<b>ADESIONE AL MODELLO SGS – DGR 1463</b>
<b>ULSS/AZIEN DE OSPEDALIER E coinvolte nel SGS</b>	ULSS 4 Alto Vicentino ULSS 6 Vicenza ULSS 8 Asolo ULSS 15 Alta Padovana ULSS 19 Adria ULSS 22 Bussolengo	ULSS 2 Feltre ULSS 9 Treviso ULSS 14 Chioggia ULSS 20 Verona ULSS 21 Legnago ULSS 22 Bussolengo Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	ULSS 1 Belluno ULSS 5 Ovest Vicentino ULSS 6 Vicenza ULSS 7 Pieve di Soligo ULSS 8 Asolo ULSS 10 Veneto Orientale ULSS 12 Veneziana ULSS 13 Mirano ULSS 15 Alta Padovana ULSS 16 Padova ULSS 17 Este ULSS 18 Rovigo Azienda Ospedaliera di Padova Istituto Oncologico Veneto

**Tab. I Livello di coinvolgimento delle Strutture Sanitarie nel Progetto SGS**

## **1.2. Criticità riscontrate e azioni di miglioramento.**

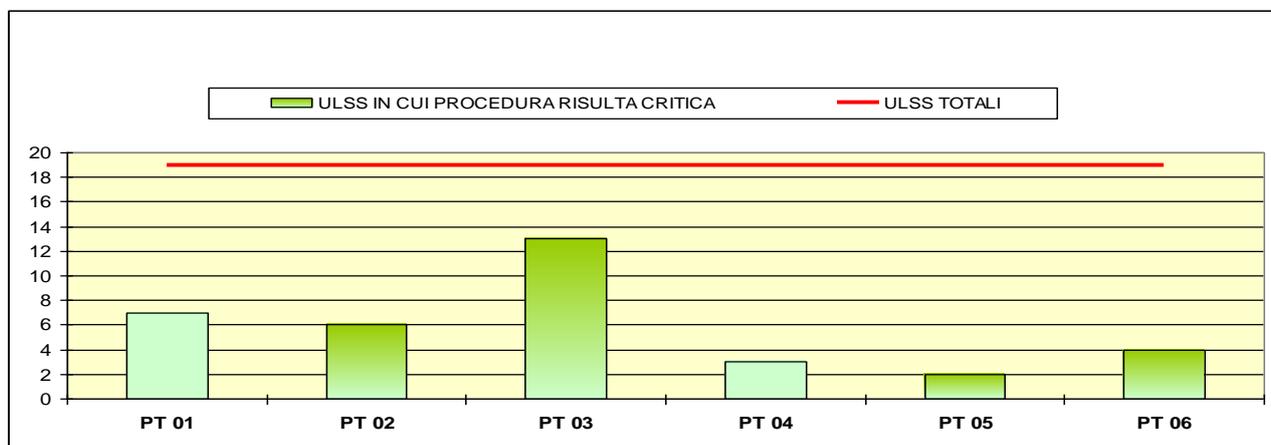
Dall'analisi della check list iniziale (V. All. III), compilata da ciascuna delle 19 Aziende Sanitarie/Ospedaliere che hanno aderito, nel corso degli anni, al Progetto SGS, si è potuto evidenziare come alcune procedure siano risultate critiche trasversalmente. Per quanto riguarda le procedure gestionali evidenziamo:

1. la PG 06 “Sorveglianza Sanitaria e inserimento del personale in mansioni a rischio” risultata critica in 14 Aziende su 19;
2. la PG 01 “Struttura ed organizzazione del Sistema” in 10 Aziende su 19;
3. la PG 07 “Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi” in 7 Aziende su 19 (v. Tab. II).



**Tab. II – Livello di criticità procedure gestionali**

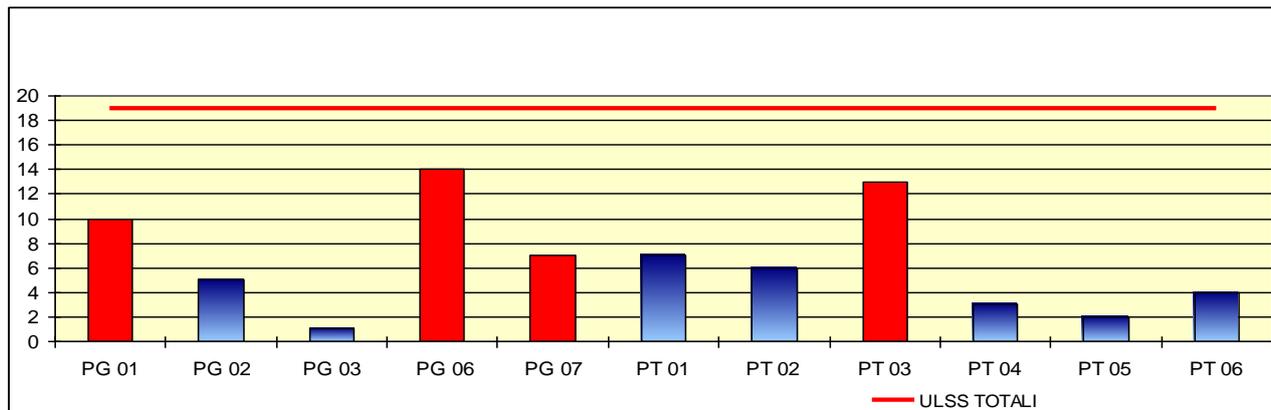
Per quanto riguarda le procedure tecniche evidenziamo la PT 03 “Gestione sostanze chimiche”, che è risultata critica in 13 Aziende (v. Tab. III).



**Tab. III – Livello di criticità procedure tecniche**

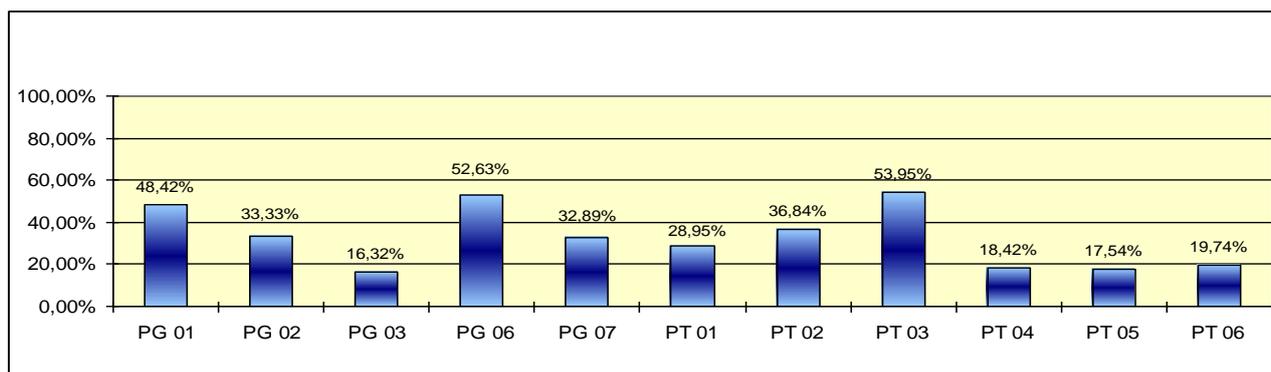
Sinteticamente, le procedure che presentano maggiori margini di miglioramento all’interno delle Strutture Sanitarie della Regione Veneto sono:

- PG 01 “Struttura ed organizzazione del Sistema”;
- PG 06 “Sorveglianza Sanitaria e inserimento del personale a rischio”;
- PG 07 “Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi”;
- PT 03 “Gestione sostanze chimiche”.



**Tab. IV – Livello di criticità procedure gestionali e tecniche**

I dati ricavati sono sovrapponibili anche analizzando il livello medio di criticità per singola procedura (v. Tab. V).



**Tab. V – Livello medio di criticità delle procedure**

Alla luce delle criticità emerse, ciascuna Azienda ha definito un Piano di Miglioramento contenente l'indicazione delle azioni da mettere in atto, l'indicazione dei tempi previsti per la realizzazione delle stesse e la definizione dei dirigenti responsabili della realizzazione degli interventi definiti, siano essi dei servizi centrali dell'ULSS/Azienda Ospedaliera (ad es. Servizio tecnico, Approvvigionamenti, Formazione, Farmacia, Servizio di Prevenzione e Protezione), che di Unità Operativa.

Allo scopo di verificare lo stato di avanzamento dell'implementazione del SGS e il grado di rispetto degli obiettivi previsti, sono stati attivati dal Gruppo di lavoro SGS alcuni percorsi di monitoraggio che prevedano l'effettuazione di audit periodici, da effettuarsi sia a livello di Sistema che di Unità Operativa per favorire la partecipazione e il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali.

Dall'analisi di quanto dettagliato nei piani di miglioramento e verificato durante gli audit dal gruppo SGS è possibile sintetizzare, per ogni procedura risultata critica, le principali azioni di miglioramento intraprese:

<b>PROCEDURA SGS</b>	<b>CRITICITA' EMERSA</b>	<b>AZIONE DI MIGLIORAMENTO</b>
<b>PG01 “Struttura ed Organizzazione del Sistema”</b>	Carente definizione dei ruoli/responsabilità dei soggetti preposti alla Sicurezza.	Definizione della politica aziendale per la sicurezza. Stesura del regolamento aziendale per la sicurezza. Nomina Dirigenti e Preposti ed attivazione di appositi percorsi formativi su ruoli e responsabilità.
<b>PG 06 “Sorveglianza Sanitaria e inserimento del personale in mansioni a rischio”</b>	Carenza di adeguati flussi comunicativi.	Definizione di procedure relative alla comunicazione sistematica ai servizi preposti di assunzioni/cambio mansione ecc. Accertamento sistematico del giudizio di idoneità da parte del Dirigente/Preposto.
	Scarsa uniformità dei Protocolli Sanitari.	Protocolli di Sorveglianza Sanitaria creati sulla base del modello regionale proposto dal Coordinamento Medico Competenti
<b>PG 07 “Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi”</b>	Scarsa uniformità nella modalità di gestione degli infortuni.	Creazione di un modello regionale di relazione annuale sugli infortuni applicabile a tutte le aziende che partecipano al Progetto.
	Carente segnalazione/analisi di non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi.	Introduzione/diffusione del modulo per la segnalazione di incidenti. Creazione di appositi percorsi formativi di promozione della cultura della segnalazione. Analisi annuale sugli infortuni e incidenti accaduti in Azienda.
<b>PT 02 “Gestione DPI”</b>	Carente collegamento fra valutazione dei rischi e scelta dei Dispositivi di Protezione Individuali.	Predisposizione e diffusione del Prontuario dei Dispositivi di Protezione Individuale. Inserimento costante dei requisiti relativi alla sicurezza nei capitolati di gara.
	Carenti flussi comunicativi fra le varie competenze aziendali coinvolte nella gestione dei DPI.	Definizione di procedure che definiscano chiaramente le responsabilità e i flussi comunicativi fra i vari servizi.

	Carenza di evidenze oggettive.	Creazione e introduzione di due moduli: uno relativo alla consegna dei DPI non monouso, l'altro per segnalare il mancato o scorretto utilizzo dei DPI.
<b>PT 03 “Gestione sostanze chimiche”</b>	Carente conoscenza del panel di sostanze chimiche in utilizzo.	Censimento costante delle sostanze chimiche utilizzate e creazione di un registro degli agenti chimici per ogni Unità Operativa. Diffusione/aggiornamento nelle Unità Operative delle schede di sicurezza.
	Carente flusso comunicativo fra Unità Operative e SPP/Medico Competente relativamente alle variazioni delle sostanze chimiche utilizzate.	Miglioramento del flusso comunicativo inerente l'introduzione/eliminazione di sostanze o preparati attraverso apposita procedura. Incontri formativi con preposti al fine di stimolarli alla segnalazione.

**Tab. VI Principali azioni di miglioramento**

Per quanto riguarda le procedure non risultate particolarmente critiche, ma con possibili margini di miglioramento, le azioni messe in atto dalle ULSS/Aziende riguardano principalmente:

PG02 “Flussi comunicativi, formativi e relazionali”

- Progettazione di percorsi formativi per dirigenti e preposti;
- Progettazione di percorsi formativi in fase di assunzione
- Strutturazione di veri e propri Piani formativi sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- Creazione di una cartella personale per ogni lavoratore, con la registrazione delle attività formative ed informative effettuate;
- Maggior coinvolgimento dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

PG03 “Gestione della documentazione”

- Nomina di un Referente della documentazione;
- Creazione di procedure, istruzioni operative e registrazioni che seguano i criteri e le logiche di un Sistema Qualità;
- Intensificazione della collaborazione con le competenze aziendali che seguono i percorsi di accreditamento (v. Uffici Qualità)
- Archiviazione delle statistiche infortunistiche, delle relazioni sanitarie collettive, dei sopralluoghi, dei documenti di valutazione dei rischi, ecc.

PT01 “Valutazione dei Rischi”

- Predisposizione del Documento di Valutazione dei Rischi in forma elettronica;
- Definizione puntuale di priorità/tempistiche/responsabilità negli interventi previsti nel Piano di Prevenzione;
- Informazione aziendale inerente il Documento di Valutazione dei Rischi.

PT04 “Manutenzione attrezzature e veicoli”

- Aggiornamento/gestione del piano di manutenzione delle attrezzature/autovetture;
- Coinvolgimento del dirigente/preposto nella gestione del Piano di Manutenzione preventiva;
- Miglioramento del flusso comunicativo dedicato.

PT05 “Gestione Appalti”

- Predisposizione di un modello relativo alla stesura del Documento di Valutazione dei Rischi da Interferenza (DUVRI) elaborata dal Coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione;
- Miglioramento dei flussi comunicativi dedicati.

PT06 “Gestione Emergenze”

- Creazione/Aggiornamento dei Piani di Emergenze e diffusione della loro conoscenza;
- Pianificazione costante dei corsi di formazione per Addetti Emergenza e Primo Soccorso e ufficializzazione delle relative squadre.

In conclusione è possibile affermare che, confrontando i dati iniziali emersi dall’analisi delle checklist iniziali con i dati degli audit, il Modello SGS si è rivelato un valido strumento per tracciare un quadro chiaro e coerente delle responsabilità nelle singole Aziende, rendere evidenti e verificabili il rapporto rischi valutati/misure di prevenzione e protezione adottate per adempiere in maniera più partecipata agli obblighi in materia di salute e sicurezza dei lavoratori.



## **CAPITOLO II**

### **SVILUPPI E PROSPETTIVE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA**

---

L'implementazione del Modello SGS apre a nuove prospettive favorendo l'integrazione fra i diversi modelli gestionali ed organizzativi. Segue disamina dei principali sviluppi del Progetto SGS:

- Protocollo d'intesa tra INAIL Direzione regionale e Regione Veneto (v. Par. 2.1.);
- Implementazione del modello regionale SGS per la prevenzione degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto (v. Par. 2.2);
- Progetto di integrazione fra i sistemi di gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza (v. Par.2.3).

#### **2.1 Protocollo d'intesa tra INAIL e Regione Veneto.**

L' INAIL svolge nel sistema di welfare del Paese un ruolo centrale, avendo avviato da tempo politiche a favore delle imprese che investono in salute e sicurezza.

Di fatto l'impegno sostanziale dell'Ente è rivolto a promuovere ed incentivare la cultura della sicurezza, intesa come valore etico e sociale, sempre più interpretata sia nella logica della tutela integrale dei lavoratori, sia nel quadro del contenimento degli infortuni e dei costi sociali che ne derivano. Da qui proviene la decisione di proporre strumenti e modalità per veicolare nel tessuto produttivo del Paese tale cultura, anche attraverso forme di sostegno ed incentivazione economici, meccanismi di riduzione dei premi, campagne di sensibilizzazione, iniziative di prevenzione, di formazione e di informazione.

In tale contesto si inserisce la DGR 1158 del 23 Marzo 2010 (v. All. IV), relativa alla sottoscrizione, fra Direzione Prevenzione Regione Veneto e INAIL Direzione Regionale, dell' "Accordo per la realizzazione di iniziative di implementazione di Sistemi di Gestione della Sicurezza (SGS) nel settore della Sanità del Veneto tra Regione del Veneto" volto a promuovere l'implementazione del Sistema di Gestione della Sicurezza secondo il "Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le Aziende Sanitarie pubbliche".

Tale accordo promuove l'applicazione del Modello facendo leva su aspetti formali quali l'attribuzione di un apposito logo di riconoscimento denominato "SGS Sanità", sia su aspetti di carattere economico, che verranno di seguito approfonditi.



## A. LOGO “SGS SANITÀ”

Quale riconoscimento finale di una realizzazione compiuta e conforme ai principi e metodi del “Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le Strutture Sanitarie Pubbliche”, le Aziende che abbiano implementato con continuità il Modello SGS, potranno utilizzare un apposito logo denominato “SGS Sanità”. L’attribuzione del logo è curata esclusivamente da un Gruppo di lavoro/osservatorio, previsto dall’accordo stesso, che ne determina altresì le modalità temporali di utilizzo. Tale attribuzione, per l’anno 2010 e per l’anno 2011, è avvenuta alla conclusione di un percorso di monitoraggio costante che ha previsto l’effettuazione di audit periodici di Sistema, con la partecipazione delle principali servizi aziendali e a livello di singole Unità Operative, con il coinvolgimento di dirigenti e preposti.

Nello specifico, si riportano i principali dati sul percorso di implementazione del SGS nelle 5 Aziende che per prime hanno ottenuto tale riconoscimento:

- **ULSS 5 - Ovest Vicentino** ha aderito al Progetto SGS nel 2009.

La valutazione del livello di partenza, effettuata in base alle risposte negative date alla check list iniziale, metteva in evidenza alcune criticità. La principale era riconducibile alla gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI). L’ULSS 5 ha provveduto a predisporre e a diffondere nelle UU.OO. sia un Prontuario dei DPI che una specifica procedura, puntando in particolar modo sulla sensibilizzazione dei lavoratori. Ha intensificato inoltre la collaborazione con la Direzione Medica, portando benefici a tutte le altre procedure presenti nel Sistema.

- **ULSS 8 - Asolo** ha aderito al Progetto SGS nel 2009.

In sede di audit, si è potuto riscontrare come le manutenzioni preventive e la gestione degli infortuni e degli incidenti costituissero punti critici. Il piano di miglioramento ha previsto pertanto un forte coinvolgimento/sensibilizzazione delle figure del Dirigente e del Preposto nella gestione delle manutenzioni preventive e nella gestione degli infortuni.

Sono stati inoltre introdotti due appositi moduli, dedicati rispettivamente alla rilevazione degli infortuni e agli incidenti/non conformità che vengono compilati dall’Unità Operativa e analizzati dal Servizio di Prevenzione e Protezione, il quale provvede successivamente alla definizione delle misure preventive e protettive appropriate e alla conduzione delle indagini post infortunio/incidente, avvalendosi della collaborazione del Medico Competente, del dirigente/preposto e dell’infortunato stesso.

- **ULSS 12 - Veneziana** ha aderito al Progetto SGS nel 2009.

Le criticità maggiori erano riconducibili alla gestione degli infortuni ed incidenti, alla gestione degli agenti chimici e alla sorveglianza sanitaria. L’ULSS 12 ha provveduto a predisporre specifiche procedure promuovendone la massima diffusione a tutti i livelli. L’aspetto emerso con maggiore rilievo durante l’audit è stato l’adozione di un approccio di tipo sistemico che ha

previsto sia il coinvolgimento dei vari servizi aziendali attraverso la costituzione di gruppi di lavoro sia la sensibilizzazione dei lavoratori attraverso la definizione di momenti di formazione/informazione sul SGS.

▪ **ULSS 21 – Legnago** ha aderito al Progetto SGS nel 2007, durante la fase sperimentale.

Le criticità maggiori si riscontravano nella gestione dei DPI e nella gestione degli appalti. In conformità a quanto avvenuto nelle altre Aziende, l'ULSS 21 ha predisposto e diffuso apposite procedure. Il valore aggiunto però, in questo caso, era rappresentato dall'inserimento del SGS fra gli obiettivi di budget del 2008 delle singole UU.OO. Per rafforzare questo approccio sono state introdotte dal 2009 delle "Schede di autovalutazione" che ogni 4 mesi vengono compilate dal dirigente/preposto ed inviate al Servizio di Prevenzione e Protezione, che a sua volta provvede ad adottare le idonee misure preventive e protettive e a riesaminare annualmente il Modello SGS.

▪ **ULSS 22 - Bussolengo**, capofila del Progetto, ha aderito al Modello nel 2007.

Si delineava quale criticità la gestione degli infortuni ed incidenti, la gestione dei DPI e la gestione degli agenti chimici. Al fine di evitare sovrapposizioni e creare sinergie, lo sforzo principale è stato quello di considerare, nella stesura dei piani di miglioramento, le possibili integrazioni fra il SGS ed altri modelli organizzativi, in primis quelli promossi dalla Qualità con i percorsi di autorizzazione ed accreditamento e quelli promossi dal Responsabile Funzione Sicurezza Paziente per la gestione del rischio clinico. Inoltre, vista la complessità dell'argomento, si è deciso di potenziare la fase di monitoraggio interno, conducendo mediamente 2 audit mensili di Unità Operativa, oltre naturalmente quelli a cura del gruppo regionale SGS.

Al momento attuale, altre due ULSS della Regione hanno fatto richiesta al gruppo di lavoro/osservatorio di poter utilizzare il Logo SGS Sanità.

## **B. BENEFICI ECONOMICI DERIVANTI DALLA RIDUZIONE DEL PREMIO ASSICURATIVO INAIL**

Le Aziende che, superando l'approccio culturale di mero rispetto delle norme cogenti, mostrano attenzione ai temi della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, attraverso la realizzazione di interventi, in aggiunta a quelli previsti dalla normativa in materia, per il miglioramento delle condizioni di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, hanno la possibilità di accesso alla riduzione del premio assicurativo INAIL.

Il riferimento è rappresentato dall'introduzione dell'oscillazione del tasso per prevenzione, beneficio previdenziale che nasce nel 2000, con l'art. 24 delle modalità di applicazione della tariffa dei premi, e da allora viene riconosciuto, anno dopo anno, ad un numero sempre maggiore di aziende. L'oscillazione riduce il tasso di premio applicabile alle aziende, determinando per le stesse un risparmio sul premio dovuto all'INAIL.

Prerequisito indispensabile per accedere al beneficio è la regolarità contributiva ed assicurativa, nonché il rispetto delle disposizioni obbligatorie in materia di prevenzione degli infortuni e di igiene nei luoghi di lavoro.

Di fatto l'INAIL premia con questo "sconto", denominato appunto "oscillazione per prevenzione", le aziende che, su domanda, facciano richiesta di riduzione per aver eseguito, nell'anno precedente a quello in cui si chiede la riduzione, interventi preventivi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza e di igiene nei luoghi di lavoro, in aggiunta a quelli minimi previsti dalla normativa in materia.

L'individuazione di un sistema di gestione della sicurezza rientra fra gli interventi "particolarmente rilevanti"<sup>15</sup> previsti nella sezione A del modello di domanda e, come tali, sufficienti singolarmente per formulare la richiesta.

Per dare il giusto peso della misura che INAIL propone, sembra opportuno ricordare che adottare un sistema di gestione della sicurezza significa comunque scegliere ed adottare dei meccanismi e delle strategie che consentono di mantenere bassi i livelli di rischio delle aziende nel tempo. Ne consegue che, oltre alla già citata oscillazione del tasso per prevenzione, per le aziende possa sommarsi positivamente l'oscillazione per andamento infortunistico, strutturata secondo il criterio del bonus-malus in base al quale le tariffe che le imprese pagano variano al variare dell'andamento infortunistico registrato; ne risulta che, in funzione della dimensione aziendale e sommando positivamente i due andamenti, si possano ottenere sconti complessivi notevoli.

L'evidenza dell'efficacia di un sistema di gestione della sicurezza, legittimata dal D. Lgs. n.81/08, avalla l'impegno dell'INAIL nel sostenere l'adozione di tali misure che, di fatto, costituiscono il segnale di come si voglia spingere su questo tema, orientando il sistema produttivo a fare della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro una scelta strategica di lungo termine. È in questa ottica che va intesa la visione che INAIL ha del mondo del lavoro, in tutte le sue componenti e forme rappresentative. Garantire condizioni di salute e sicurezza sul lavoro più adeguate, migliorare le condizioni di benessere psico-fisico dei lavoratori, elevare gli standard lavorativi sono esempi di un modo di essere e di agire secondo una visione olistica della sicurezza, che riconduce impegni e prassi nell'alveo di una modalità etica di agire, fondamentale per la diffusione di una cultura di responsabilità sociale, ancora una volta razionalmente ed emotivamente associata ad una cultura della salute e della sicurezza.

A questo proposito, l'Accordo in oggetto offre, alle Aziende che aderiscono al Progetto SGS, la possibilità di presentare la domanda per la riduzione del premio assicurativo INAIL, secondo la procedura predisposta dall'INAIL, indicando esplicitamente la partecipazione al Progetto "SGS Sanità Veneto".

## 2.2 Implementazione del Modello regionale di gestione della sicurezza per la prevenzione degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto

La procedura che più di ogni altra presenta difficoltà di implementazione all'interno delle realtà aziendali è la PG 07 "Gestione degli infortuni, incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi", procedura che all'interno di un Modello SGS svolge una funzione chiave.

A tal riguardo, la Direzione Prevenzione – Regione Veneto ha deciso di effettuare una indagine, che prescindesse dal Progetto SGS, e che fosse in grado di valutare lo stato della gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi all'interno delle 23 strutture sanitarie (e quindi non solo nelle Aziende che aderiscono al Progetto SGS)

E' stata pertanto distribuita, a tutti gli RSPP/MC delle strutture sanitarie pubbliche del Veneto, una apposita check list da compilare. Ecco quanto emerso dall'analisi dei dati:

Check list:	valore percentuale		valore assoluto	
	Sì	NO	Sì	NO
<b>Viene fatta un'analisi degli infortuni accaduti in azienda?</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	23	0
<b>E' stato previsto un sistema di rilevazione degli incidenti (mancati infortuni)?</b>	<b>87%</b>	<b>13%</b>	20	3
<b>Viene fatta un'analisi degli incidenti/non conformità/comportamenti pericolosi?</b>	<b>43%</b>	<b>57%</b>	10	13
<b>Vengono definite le azioni da attuare per evitare il ripetersi dell'infortunio/incidente/comportamento pericoloso/non conformità?</b>	<b>83%</b>	<b>17%</b>	19	4
<b>Vengono seguite le procedure predisposte per segnalare e intervenire in caso di infortuni/incidenti ?</b>	<b>70%</b>	<b>30%</b>	16	7
<b>Alla riunione periodica (art. 35 D. Lgs. 81/08) viene presentata la relazione annuale sugli infortuni accaduti in Azienda?</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	23	0

Tab. VII Check list gestione infortuni e incidenti

Dai dati appare consolidata la gestione degli infortuni. Infatti, all'interno di tutte le Aziende viene effettuata l'analisi degli infortuni e, in sede di riunione periodica, viene presentata la relativa relazione annuale.

La gestione degli incidenti/non conformità e comportamenti pericolosi risulta essere di fatto molto diversa. Si può notare infatti dai grafici che, nonostante esistano nell'87% dei casi appositi sistemi di registrazione, promossi dal SGS, gli stessi non vengano diffusi/adottati.

Da questa indagine effettuata è nata l'esigenza di dare avvio a due nuovi Progetti:

- "Progetto di integrazione fra sistemi di gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza" – DGR 1369 del 12 Maggio 2009 (v. All. V), con lo scopo, fra gli altri, di rifarsi alle prassi e agli strumenti attualmente in uso per la gestione del rischio clinico per pervenire ad una visione integrata e globale del fenomeno infortunistico Tale Progetto verrà ampiamente analizzato, all'interno del Paragrafo 2.3. del presente Capitolo, per quanto riguarda gli aspetti generali, e nel Capitolo III, per quanto riguarda la sua applicazione all'interno dell'ULSS 22 di Bussolengo;

- "Implementazione del Modello regionale di Gestione della Sicurezza per la prevenzione degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali nelle Strutture Sanitarie Pubbliche del Veneto" – DGR 3139 del 14 Dicembre 2010 - "Piano Regionale Prevenzione del Veneto - 2010-2012" (v. All. VI),;

Tale Progetto, attualmente in essere, prevede la riduzione degli indici di frequenza e di gravità degli infortuni nelle Strutture Sanitarie Pubbliche della Regione attraverso la creazione e l'applicazione di un modello regionale di gestione degli Infortuni, incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi che uniformi le prassi operative tra le strutture sanitarie aziendali, sia ospedaliere che territoriali.

Anche in questo caso, in conformità con il Progetto SGS, è stata avviata una sperimentazione presso 5 strutture sanitarie (ULSS 5 Ovest Vicentino, ULSS 8 Asolo, ULSS 12 Veneziana, ULSS 14 Chioggia e ULSS 18 Rovigo), al fine di testare il modello prodotto dal gruppo di lavoro.

Il Progetto prevede inoltre l'analisi epidemiologica del fenomeno infortunistico nelle strutture sanitarie pubbliche nel biennio 2011-2012.

Le analisi epidemiologiche, effettuate negli anni precedenti all'approvazione del Progetto, hanno evidenziato alcune particolarità nell'andamento di infortuni e malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche della regione Veneto:

- il tasso di incidenza per numero di addetti, sebbene sia più basso rispetto alle attività manifatturiere, non presenta la tendenza alla diminuzione registrata nell'ultimo decennio nella quasi totalità delle attività produttive;

- la presenza rilevante di lavoratrici, rappresentate maggiormente nelle fasce di età più giovane, pone questo comparto al vertice degli infortuni e delle malattie professionali per il genere femminile. La prevalenza del sesso femminile nelle fasce di età giovani e di quello maschile nelle fasce di età più elevate, si associa anche a diverse modalità di accadimento degli infortuni (oltre che a diversa incidenza) per sesso ed età. Tale situazione si presta pertanto ad uno studio che potrebbe avere rilevanti influenze sulla prevenzione.

Per quanto riguarda la dinamica degli infortuni, si rilevano alcune modalità di accadimento tipiche:

Movimentazione di pazienti

Caduta / scivolamento in piano o su scale

Infortuni (o incidenti) a rischio biologico.

A inizio 2012, come previsto dal Progetto, si è proceduto ad analizzare le statistiche infortunistiche delle cinque Aziende sperimentanti, allo scopo di verificare se le azioni intraprese avessero effettivamente portato ad una riduzione dell'indice di frequenza e gravità degli infortuni, sia biologici che non, e quindi di confrontare tali risultati con quelli relativi alle precedenti analisi epidemiologiche.

Dall'analisi delle statistiche infortunistiche delle cinque Aziende sperimentanti emerge:

a. una riduzione sia dell'indice di Frequenza che dell'Indice di Gravità;

b. una riduzione, sia percentuale che assoluta, dell'infortunio riferibile a rischio biologico, che comunque rappresenta tuttora l'infortunio maggiormente presente all'interno delle strutture sanitarie. L'ago, nel determinare le ferite, mantiene la percentuale di prevalenza rispetto ad altri agenti. Le figure professionali più colpite rimangono infermieri e operatori socio-sanitari.

Tale diminuzione può essere identificata come il risultato positivo delle attività di prevenzione e protezione messe in atto, quali l'introduzione di dispositivi medici di sicurezza, la fornitura e l'utilizzo dei DPI specifici e la programmazione e l'effettuazione di corsi di formazione al rischio specifico.

c. un aumento degli infortuni da aggressione, degli infortuni in itinere e da movimentazione manuale dei carichi. Per quanto riguarda questi ultimi la criticità maggiore parrebbe risiedere nell'aumento dell'età, sia dei degenti, che dei lavoratori. A tal proposito, per gli infortuni da movimentazione manuale di carichi/pazienti, oltre ad una continua e mirata formazione del personale con momenti di specifico addestramento e la fornitura alle Unità Operative e Servizi di ausili per la movimentazione dei pazienti (sollevapazienti e teli ad alto scorrimento), restano da migliorare ulteriori azioni di prevenzione e protezione per un'efficace riduzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi/pazienti quali l'adozione di misure organizzative che rendano la movimentazione quanto possibile corretta e sicura e la predisposizione di spazi di lavoro adeguati per evitare movimenti inutili e posture incongrue da parte del personale.

### **2.3. Progetto di integrazione fra i sistemi di gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza**

Il "Progetto di Integrazione fra i Sistemi di Gestione nelle Strutture Sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza", ha lo scopo di accentuare le forme di collaborazione e di integrazione esistenti tra le diverse Direzioni Regionali, l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, l'INAIL Regionale, le Aziende Sanitarie del Veneto e l'Università di Verona al fine di creare un modello di Gestione della Sicurezza integrato che sia in grado di migliorare le condizioni di salute e sicurezza degli operatori e dei cittadini utenti, agendo su:

a) **VALUTAZIONE INTEGRATA DEI RISCHI**, tramite l'implementazione di metodiche condivise che consentano analisi, trattamento, monitoraggio e revisione del rischio, condotti con criteri di integrazione;

b) **PERCORSI FORMATIVI**, tramite la predisposizione di percorsi formativi FAD/e-learning accreditabili ECM che, una volta predisposti, testati ed eventualmente riesaminati, potranno essere messi a disposizione delle altre Aziende Sanitarie, previ accordi formali fra Aziende.

I percorsi attualmente in fase di predisposizione e/o di erogazione sono:

1. percorso regionale per RSPP ed RFSP (Responsabile funzione sicurezza paziente) sul rischio integrato, in fase di predisposizione da parte di un apposito gruppo regionale;
2. percorso regionale per i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza già predisposto ed erogato dall'ULSS 22 di Bussolengo;
3. percorso nuovo assunto, in fase di predisposizione da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona;
4. percorso sulla gestione integrata del rischio in area operatoria già predisposto ed erogato dall'ULSS 20. Tale corso è stato individuato dalla Direzione Risorse Umane e Formazione della Regione Veneto, quale "polo di sperimentazione" e punto di monitoraggio privilegiato per la fase sperimentale di accreditamento della formazione erogata in modalità e-learning. A conclusione della sperimentazione, sulla base delle osservazioni emerse, sono state redatte le Linee Guida per l'accreditamento della FAD, che verranno a breve diffuse;
5. percorso per Dirigenti e Preposti, predisposto dall'ULSS 14 di Chioggia e dall'ULSS 21 di Legnago e già erogato dall'ULSS 14.

Lo scopo primario del progetto risulta quindi quello di creare un importante collegamento fra modelli organizzativi, aspetti tecnici dedicati alla valutazione del rischio e programmi formativi volti a favorire l'avvio di un processo di miglioramento continuo della sicurezza nelle strutture sanitarie al fine di migliorare le condizioni di salute e sicurezza degli operatori e dei pazienti.

Il prossimo Capitolo sarà interamente dedicato alla disamina del Punto A ("Valutazione integrata dei rischi") di tale progetto.

## **CAPITOLO III**

### **MODELLI ORGANIZZATIVI DI GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO**

---

Il Terzo Capitolo della tesi approfondisce l'applicazione di modelli di valutazione integrata del rischio all'interno della realtà organizzativa propria dell'ULSS 22 di Bussolengo, soffermandosi in prima istanza sul percorso di implementazione del SGS, che ha posto le basi per l'applicazione del Modello integrato, per poi passare ad approfondire le modalità di conduzione della sperimentazione e i risultati raggiunti.

#### **3.1 L'Azienda ULSS 22 di Bussolengo.**

L'Azienda ULSS 22 di Bussolengo ha circa 2000 dipendenti e un ambito territoriale di 1.226 Km<sup>2</sup>, costituito dai territori dei Comuni afferenti a tre principali nuclei:

- Nucleo di Bussolengo - Comuni afferenti: Bardolino, Brenzone, Bussolengo, Castelnuovo del Garda, Garda, Lazise, Malcesine, Pastrengo, Pescantina, Peschiera, San Zeno di Montagna, Sommacampagna, Sona, Torri del Benaco (Abitanti 104.319);
- Nucleo di Domegliara - Comuni afferenti: Affi, Brentino Belluno, Caprino Veronese, Cavaion, Costermano, Dolcé, Ferrara di Monte Baldo, Fumane, Marano, Negrar, Rivoli Veronese, S. Ambrogio Valpolicella, S. Pietro in Cariano, S. Anna d'Alfaedo (Abitanti 70.844);
- Nucleo di Villafranca - Comuni afferenti: Erbé, Isola della Scala, Mozzecane, Nogarole Rocca, Povegliano Veronese, Trevenzuolo, Valeggio sul Mincio, Vigasio, Villafranca Veronese (Abitanti 77.441).

L'ULSS 22, in qualità di ente strumentale della Regione Veneto, ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale nel proprio ambito territoriale, impiegando in modo efficiente, nei molteplici e quotidiani processi assistenziali, le risorse assegnate al fine di promuovere la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale.

#### **3.2. La sperimentazione del Sistema di Gestione della Sicurezza**

L'ULSS 22 di Bussolengo ha aderito nel 2007 alla sperimentazione del Modello SGS conforme alle Linee Guida ISPESL-UNI-INAIL e tarato sulle Strutture Sanitarie, così come illustrato nel Capitolo I.

L'implementazione del Sistema di Gestione si è sviluppata attraverso più fasi partendo dalla presentazione del progetto alle Direzioni Strategiche delle Aziende sanitarie ed ospedaliere sperimentanti, ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza ed alle competenze aziendali coinvolte nei processi individuati dal modello tra cui il Servizio di Prevenzione e Protezione, la Sorveglianza Sanitaria, il Servizio Tecnico, l'Ingegneria clinica, la Dirigenza Medica, il Servizio

Professioni Sanitarie, il Servizio Gestione Risorse Umane, il Provveditorato, l'Ufficio Formazione, l'Ufficio Qualità e l'Unità Operativa di Farmacia.

Successivamente è stato programmato un incontro di presentazione delle procedure e della lista di riscontro iniziale e definito, attraverso la valutazione della risposta data ai quesiti relativi ad ogni procedura del Sistema, il livello di partenza. Le procedure risultate critiche sono state identificate e richiesti i rispettivi piani di miglioramento.

La fase successiva ha previsto la sensibilizzazione del personale attraverso l'erogazione a tutti i soggetti e alle funzioni aziendali coinvolte nel SGS, delle conoscenze e delle competenze necessarie per lo svolgimento di un ruolo attivo rispetto al raggiungimento degli obiettivi. Il sistema, poi, è stato monitorato per valutarne l'efficacia ed l'efficienza, attraverso audit periodici condotti a livello aziendale e anche a livello di Unità operative, e riesaminato.

La valutazione delle risultanze delle check list iniziale, ha evidenziato come nell'ULSS 22 di Bussolengo le procedure risultate maggiormente critiche sono:

- PG 07 Gestione Infortuni, Non Conformità, Incidenti e Comportamenti Pericolosi;
- PT 02 Gestione DPI;
- PT 03 Registrazione Agenti Chimici.

Check list iniziale	Risposte negative	Totale Risposte	% di risposte negative per procedura
PG 01 Struttura ed organizzazione del sistema	1	5	0,200
PG 02 Flussi comunicativi, formativi e relazionali	2	6	0,333
PG 03 Gestione della documentazione	2	10	0,200
PG 06 SS e Inserimento personale in mansioni a rischio	1	2	0,500
PG 07 Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi	6	8	0,750
PT 01 Valutazione dei rischi	2	4	0,500
PT 02 Gestione DPI	2	3	0,667
PT 03 Registrazione agenti chimici	4	4	1,000
PT 04 Gestione Manutenzioni	2	4	0,500
PT 05 Gestione appalti	1	3	0,333
PT 06 Gestione emergenze	2	4	0,500

**Tab. VIII Procedure risultate critiche – ULSS 22 di Bussolengo**

Sulla scorta di tali valutazioni l'ULSS 22 di Bussolengo ha predisposto un piano di miglioramento basato su azioni ed interventi da attuare e le relative evidenze documentali riguardanti prima di tutto le procedure risultate critiche e in secondo tempo anche le altre procedure del sistema.

Dopo circa due anni dall'inizio dell'implementazione del SGS, permanevano alcune delle difficoltà legate alla PG07, e nello specifico per quanto riguarda la segnalazione da parte dei lavoratori (e la conseguente analisi a cura dei servizi aziendali) degli incidenti, le non conformità e i comportamenti pericolosi.

I lavoratori, in particolare, temevano di essere puniti/colpevolizzati per avere effettuato la segnalazione e si riscontrava diffidenza/mancanza di fiducia nelle conseguenti azioni correttive. Il Modulo DS 09 "Segnalazione non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi", presente all'interno del Modello SGS, veniva pertanto raramente compilato.

La risoluzione di questo tipo di problema richiede un cambiamento di tipo culturale: solo riconsiderando l'errore come occasione di apprendimento anziché come colpa, si può proporre ai lavoratori la segnalazione spontanea. Deve essere chiaro ai lavoratori che oggetto dell'indagine non sono i comportamenti individuali, ma i sistemi in atto per la sicurezza. E' inoltre fondamentale fornire un feedback alle Unità Operative, in modo da far capire l'importanza e la seria considerazione con cui vengono trattate dalla Direzione Strategica e dai Servizi aziendali le segnalazioni.

Al fine di promuovere tale approccio, si è scelto di avviare una sperimentazione che prevedesse il coinvolgimento del Servizio di Prevenzione e Protezione, deputato alla salute e sicurezza dei lavoratori, e della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, deputata alla salute e sicurezza dei pazienti. Quest'ultima già da tempo, stava promuovendo strumenti di segnalazione del rischio clinico all'interno dell'ULSS 22 di Bussolengo.

L'obiettivo era di sviluppare un modello che, partendo dal SGS, fosse in grado di introdurre alcuni strumenti peculiari della gestione degli eventi avversi e dei quasi eventi propri del rischio clinico, integrati però con elementi relativi alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, in modo da poter considerare il rischio in una ottica globale/sistemica, attenuando quella netta distinzione, presente all'interno delle strutture sanitarie, fra rischio paziente e rischio lavoratori.

### **3.3. La sperimentazione del Sistema di Gestione Integrato nell'ULSS 22 di Bussolengo**

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, è stato costituito un gruppo di lavoro regionale, formato da:

- rappresentanti del Servizio di Prevenzione e Protezione e della Direzione Medica dell'ULSS 22 di Bussolengo;
- rappresentanti del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Laboratorio Analisi dell'ULSS 17 di Este;
- rappresentanti della Sezione di Igiene e Medicina preventiva, ambientale e occupazionale della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona.

Il progetto prevedeva la predisposizione di strumenti di identificazione del rischio, creati sulla base di quelli tradizionalmente usati nella gestione del rischio clinico, ma integrati con gli aspetti relativi alla salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

La prima criticità che quindi il gruppo di lavoro regionale ha dovuto affrontare era relativa a quali strumenti di identificazione del rischio scegliere fra quelli attualmente utilizzati nella gestione del rischio clinico.

### **3.3.1. Fase pre-sperimentale: la scelta degli strumenti di identificazione del rischio**

Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore in Sanità e la gestione del rischio clinico che sono stati sviluppati nel corso degli ultimi decenni a livello internazionale, soprattutto nei paesi anglosassoni, ed introdotti anche in molte realtà sanitarie italiane. La finalità dei metodi di analisi è di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e progettare le idonee barriere protettive.

Esistono numerosi strumenti utilizzati per l'identificazione del rischio fra cui: revisione di cartelle cliniche, sistemi di segnalazione, focus group, osservazione e Safety Walk around.

#### **- Revisione di cartelle cliniche**

È una modalità strutturata di rilevazione e analisi di eventi avversi per impedirne il verificarsi. Rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.

Le revisioni delle cartelle cliniche possono avvenire in modo esplicito quando il revisore cerca specifici tipi di dati o eventi oppure in modo implicito, laddove un clinico esperto emette un giudizio relativo ad un evento avverso e/o errore, ad esempio le conseguenze legate alla mancata visione di un esame di laboratorio o la mancata modifica di una terapia dopo la segnalazione di reazioni avverse.

Il grado di rilevazione degli eventi attraverso questo processo è molto discusso e si basa sostanzialmente sulla qualità e quantità delle informazioni. Alcune informazioni, ad esempio gli esami di laboratorio, le prescrizioni, i referti, sono oggettivamente rilevabili, mentre non tutte le fasi del processo decisionale sono tracciate nella documentazione clinica e rimangono quindi implicite. Il rilevatore inoltre emette un giudizio soggettivo che risente anche della propria specifica competenza. Mentre gli eventi avversi gravi sono quasi sempre riportati, gli errori e le condizioni sottostanti non lo sono mai ed i quasi eventi vengono raramente annotati. Ne consegue che le cartelle sono utili per indagini preliminari, ma danno informazioni contestuali limitate. Altre limitazioni all'utilizzo di questa tecnica, oltre ai bias informativi citati, sono il costo elevato, la necessità di una preparazione omogenea dei rilevatori, la preparazione di griglie di lettura.

#### **- Sistemi di segnalazione (reporting)**

È una modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi. Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause

per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità.

Nel nostro paese sono stati implementati sistemi di segnalazione cosiddetti di "incident reporting" a livello di Regioni ed Aziende sanitarie che raccolgono eventi avversi e quasi eventi per favorire l'analisi e la predisposizione delle azioni preventive

#### **- Focus group**

E' una metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso. Quindi, possono essere effettuati sia con singole figure professionali che con l'èquipe, con i pazienti, i familiari e con altri stakeholder. La discussione, della durata di circa un'ora e mezza, deve essere condotta da un moderatore preparato. L'efficacia dipende dalle domande formulate che devono essere aperte e consentire il confronto e la massima interazione. Durante la discussione è possibile far emergere eventi avversi o quasi eventi, insufficienze latenti, nonché gli elementi essenziali che concorrono a determinare la cultura locale della sicurezza, utili per individuare le strategie più efficaci da introdurre nello specifico contesto.

#### **- Osservazione**

Si avvale di un osservatore esterno ed esperto, chiamato a rilevare, anche con l'ausilio di griglie, la discordanza tra il processo assistenziale messo in atto e gli standard attesi. L'osservazione per scoprire errori è una metodologia che va utilizzata in modo mirato e limitato nel tempo. L'osservazione richiede molto lavoro e quindi ha costi elevati, tuttavia essa offre informazioni molto ricche che facilitano la comprensione non solamente rispetto all'accaduto, ma anche sul processo e sulle dinamiche che portano all'evento.

#### **- Safety Walk around (giri per la sicurezza)**

E' un metodo che consiste in "visite" che i referenti della sicurezza, con mandato della direzione, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Un valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare talvolta alla introduzione di una immediata modifica che migliora da subito il processo assistenziale e la sicurezza.

Le modalità organizzative prevedono degli incontri, all'interno delle unità operative, fra gli esperti e un piccolo gruppo o singoli operatori, della durata di pochi minuti, in cui si cerca di raccogliere e di stimolare le segnalazioni del personale per quanto riguarda situazioni di danno o di rischio.

Il gruppo di lavoro sulla base delle caratteristiche proprie di ciascuno strumento sopra descritte, ha ritenuto che i due strumenti che più si predisponessero all'integrazione con il rischio salute e

sicurezza negli ambienti di lavoro fossero i sistemi di segnalazione (reporting) e i Safety Walk around.

### **3.3.2. Fase sperimentale: step e risultati**

La sperimentazione è stata avviata all'interno delle seguenti Unità Operative:

- Area Medica -> Pneumologia, Geriatria, Medicina dell'Ospedale di Bussolengo e Medicina dell'Ospedale di Villafranca di Verona;
- Area Diagnostica -> Laboratorio Analisi, Centro Trasfusionale e Anatomia Patologica dell'Ospedale di Bussolengo.

Tenendo conto che la promozione di un approccio sistemico e l'adozione di metodi e strumenti diversificati richiedono il coinvolgimento e l'interazione sinergica di tutti i soggetti del sistema, la sperimentazione si è articolata in 3 principali momenti:

**A. EROGAZIONE DI UN PERCORSO FORMATIVO** al fine di coinvolgere e accrescere la consapevolezza dei lavoratori sulle problematiche legate alla sicurezza e a tradurre le acquisizioni teoriche in pratica professionale quotidiana promuovendo la cultura della segnalazione.

Il corso, della durata di 8 e rivolto a tutto il personale delle Unità Operative coinvolte nella sperimentazione, è stato strutturato in 3 parti: una legata alla gestione del rischio clinico e agli strumenti operativi utilizzati, l'altra alla salute e sicurezza negli ambienti di lavoro con un approfondimento sul SGS e l'altra ancora alle prospettive di integrazione fra i modelli organizzativi di gestione del rischio. Al termine del percorso formativo sono stati inoltre proposti dei lavori di gruppo che permettessero di analizzare il rischio nella sua accezione più globale (v. ad es. arrivo in Pronto Soccorso di un paziente potenzialmente affetto da tubercolosi).

**B. SPERIMENTAZIONE DI STRUMENTI DI IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO**  
(Incident Reporting integrato e Safety Walk around integrato)

Il gruppo di lavoro ha predisposto e quindi introdotto, all'interno delle Unità Operative sperimentanti, da Ottobre a Dicembre 2011,:

- due schede di Incident Reporting integrato (una per l'area medica e l'altra per l'area diagnostica), costruite sulla base del modello regionale proposto dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria ed integrate con alcuni aspetti inerenti la sicurezza per l'operatore (v. ad es. quesito relativo ai DPI)
- la check list integrata per la conduzione dei Safety Walk-Around integrati, anche in questo caso lo strumento predisposto dal gruppo di lavoro poneva in risalto sia l'ambito clinico che quello riferito alla salute e sicurezza del lavoratore (v. ad es. quesiti relativi a responsabilità, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, DPI, Piano formativo sicurezza)

**C. FASE DI ANALISI DEI RISULTATI, RESTITUZIONE DEGLI STESSI ALLE UNITA' OPERATIVE SPERIMENTANTI e DEFINIZIONE DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO**

Dall'analisi dei dati raccolti attraverso i 2 strumenti per l'identificazione del rischio sono emerse svariate criticità. Segue disamina articolata per strumento.

- SCHEDE DI INCIDENT REPORTING INTEGRATO -> il totale delle schede pervenute è pari a 263, alcune aggregate per tipologia di evento. Il maggior numero di schede proviene dall'area diagnostica ed in particolare dal Laboratorio Analisi la cui principale criticità attiene alla raccolta non idonea del campione (insufficiente/emolizzato/coagulato). Nel Centro Trasfusionale la principale criticità è rappresentata dalla incompleta compilazione della richiesta. Per quanto riguarda le Unità Operative dell'area medica, la metà delle segnalazioni riguardano la caduta del paziente.

- SAFETY WALK-AROUND INTEGRATI -> sono stati condotti in 6 delle 7 Unità Operative sperimentanti, nel periodo Ottobre - Novembre 2011, e hanno previsto la partecipazione della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, del Servizio di Prevenzione e Protezione, dell'Università di Verona e dei lavoratori delle Unità Operative sperimentanti.

Per quanto riguarda la salute e sicurezza negli ambienti di lavoro sono emerse criticità riferibili essenzialmente a carenze di spazi e di strumentazioni/attrezzature, a problemi di fornitura ed di utilizzo dei DPI e alla conoscenza dei nominativi e dei compiti dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (v. Tab. IX).

	Si sono verificate recentemente situazioni che hanno causato danni ai pazienti o infortuni agli operatori?	Vi sono stati incidenti scongiurati all'ultimo momento?	Nell' U.O. vi sono condizioni ambientali o operative o di contesto o situazioni che potrebbero creare condizioni di rischio?	Quali misure potrebbero essere assunte per migliorare la sicurezza nell'U.O.?	COMMENTO SULLO STRUMENTO DI SEGNALAZIONE
<b>PNEUMOLOGIA</b>	Sì 2 Cadute paziente. 1 Infortunio operatore.	Sì Durante l'utilizzo di dispositivo medico.	Sì Spazi limitati e scarsità di personale. Problemi di fornitura DPI.	Aumento e razionalizzazione degli spazi. Acquisizione di personale. Acquisto ausili.	Si ritiene impegnativa, in termini di tempo, la compilazione dello strumento e sono scarse le aspettative nei risultati Nessun timore conseguenze.

<b>MEDICINA</b>	Sì Caduta paziente. Infortunio operatore.	Sì Durante l'utilizzo di dispositivo medico. Durante la somministrazione della terapia.	Sì Arredi non idonei. Criticità strutturali . Corridoi e vie di fuga ingombre.	Aumento e razionalizzazione degli spazi. Promozione del ruolo degli RLS. Formazione su tema specifico.	Utile.
<b>MEDICINA VILLAGRANCA</b>	Sì Infortunio operatore.	No	Sì Ausili non idonei. Limiti strutturali. Sottoutilizzo DPI e DM .	Acquisti ausili. Promozione del ruolo degli RLS. Formazione su tema specifico.	Utile.
<b>GERIATRIA</b>	Sì 1 Caduta paziente. 1 infortunio operatore.	Sì 2 Campioni diagnostici.	Sì Problematiche organizzative, logistiche e legate alle dotazioni e alla fornitura di calzature.	Acquisti ausili. Stesura procedure specifiche. Formazione su tema specifico.	Utile. La compilazione dello strumento è avvenuta in collaborazione con il coordinatore.
<b>LABORATORIO ANALISI</b>	No	Sì Errori durante l'etichettatura del campione.	Sì Carenza di spazi. Microclima inadeguato. Problematiche organizzative, logistiche e legate alla fornitura di calzature.	Aumento e razionalizzazione degli spazi. Riduzione dell'inquinamento olfattivo in microbiologia. Riduzione dell'inquinamento acustico in chimica.	Utile, ma percepita come duplicazione rispetto alla segnalazione delle non conformità.
<b>CENTRO TRASFUSIONALE</b>	Sì 3 infortuni operatori.	Sì Errori nella compilazione delle richieste.	Sì Carenza spazi.	Aumento e razionalizzazione degli spazi. Acquisizione di personale. Acquisto ausili.	Utile, ma percepita come duplicazione rispetto alla segnalazione delle non conformità.

**Tab. IX Riepilogo risultati Safety Walk around**

Dalla sperimentazione sono emersi alcuni punti di forza quali la raccolta di informazioni standardizzabili tramite l'incident reporting e di informazioni dettagliate tramite i Safety Walk around, la collaborazione fra Servizio di Prevenzione e Protezione e Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, il coinvolgimento attivo di tutti i lavoratori, la promozione della cultura della segnalazione.

Per quanto riguarda questo ultimo punto, si sottolinea come, nella fase iniziale della sperimentazione, sia stato evidenziato timore, da parte dei lavoratori di essere puniti/colpevolizzati

per la segnalazione e una diffidenza/mancanza di fiducia nelle conseguenti azioni correttive. Proprio allo scopo di rassicurare i dipendenti, la sperimentazione ha previsto in totale 3 momenti formativi e informativi:

- percorso formativo volto a fornire nozioni di base sulla gestione del rischio clinico, sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, sulle prospettive di integrazione e gli step della sperimentazione;
- incontro informativo volto ad informare i lavoratori sulla necessità di compilare l'apposito modulo di rilevazione, di partecipare attivamente ai Safety Walk around e di osservare criticamente comportamenti e pratiche, riconoscendo i rischi da un nuovo punto di vista;
- incontro informativo volto a fornire un feedback sui risultati della sperimentazione e sui conseguenti Piani di Miglioramento, in modo da far comprendere l'importanza e la seria considerazione con cui vengono trattate le segnalazioni e i risultati emersi dai Safety Walk around.

Tutto ciò, ha permesso, attraverso la segnalazione da parte dei lavoratori, di evidenziare criticità non ancora indagate né dal Servizio di Prevenzione e Protezione né dalla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero. Inoltre, la collaborazione fra questi due Servizi aziendali, ha permesso di analizzare i rischi connessi alle criticità emerse secondo una nuova visione dando modo di definire misure preventive e correttive più efficaci.

Nonostante i risultati raggiunti, la sperimentazione ha messo in luce anche alcune criticità. Nello specifico, l'incident reporting integrato è stato talvolta percepito troppo dettagliato in alcune sue parti, così come la check list per la conduzione dei Safety Walk around. Sulla base di tali osservazioni il gruppo di lavoro ha già provveduto a revisionare l'incident reporting integrato per area medica (v. All. VII), l'incident reporting integrato per area diagnostica (v. All. VIII) e la check list dei Safety Walk around (v. All. IX). Da ultimo, è necessario sottolineare come l'incident reporting sia stato prevalentemente compilato da personale infermieristico, e non da personale medico.

Pertanto per il consolidamento e il successo del modello di gestione integrata della sicurezza risulta indispensabile sia la collaborazione fra le competenze aziendali, in primis Direzione Strategica, Servizio di Prevenzione e Protezione, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e Ufficio Qualità, sia il forte coinvolgimento dei lavoratori, incluso il personale medico.

Alla luce di tali considerazioni e, più in generale, sulla base di quanto emerso dalla sperimentazione, la Direzione Medica e il Servizio di Prevenzione e Protezione dell'ULSS 22 di Bussolengo, hanno provveduto a stendere dei Piani di Miglioramento, concordando di proseguire nella formazione integrata di tutti i lavoratori e di estendere a tutte le Unità Operative presenti all'interno dell'ULSS 22 di Bussolengo, sia l'utilizzo delle due schede di incident reporting, che l'effettuazione dei Safety Walk around. Questi ultimi, nello specifico, verranno condotti dal Servizio di Prevenzione e Protezione e dalla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero in occasione degli audit sul Sistema di Gestione della Sicurezza.

## CONCLUSIONI

L'estensione delle competenze assegnate alle Regioni con riferimento al processo di riforma costituzionale e di evoluzione normativa, nonché il conseguente innalzamento del livello di responsabilizzazione in ogni ordine e grado dell'organizzazione del Sistema Sanitario, rende indispensabile un miglioramento continuo del governo dei processi di domanda e offerta di servizi. Quindi, una dimensione che accentua il bisogno di soluzioni organizzative e gestionali che siano nel contempo efficaci ed efficienti e non limitate alle urgenze contingenti.

Condizione necessaria per l'attuazione di misure organizzative nelle strutture sanitarie è la promozione della cultura della salute e sicurezza e la prevenzione del rischio. Tale cultura deve esplicitarsi in un modello organizzativo che permetta di attuare e sviluppare una mentalità aperta e costruttiva attraverso un costante impegno e coinvolgimento degli operatori e dei cittadini utenti.

Da qui, la proposta di adottare un Sistema di Gestione della Sicurezza, che si ispiri e faccia propri i principi e le metodologie più avanzate in materia di salute e sicurezza sul lavoro, con particolare riguardo alle Linee Guida UNI-INAIL e agli standard promossi dal BS OHSAS 18001:2007, da poter potenzialmente applicare a tutte le aziende sanitarie pubbliche, per poi gradualmente passare all'adozione di modelli organizzativi unitari ed integrati in grado di promuovere una cultura globale della sicurezza.

Spostare l'attenzione dalla parte al tutto consente infatti una valutazione interdisciplinare dei contesti e dei problemi e la conseguente integrazione delle competenze, delle responsabilità e dei processi, con impatto positivo sull'efficacia e sull'efficienza delle strategie di garanzia della sicurezza, e quindi della qualità, delle strutture sanitarie.

Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto e sulla base dei risultati raggiunti, l'ULSS 22 di Bussolengo e il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Verona proseguiranno nelle azioni di integrazione, iniziate con il "Progetto di integrazione fra i Sistemi di Gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza", attraverso il progetto nazionale "Integrazione fra Sistemi di Gestione sul tema Salute e Sicurezza e Rischio Clinico nelle strutture del SSN", afferente al Programma Strategico, coordinato dall'INAIL, "Organizzazione e gestione della sicurezza e salute nelle strutture sanitarie" finanziato dal Ministero della Salute attraverso una ricerca finalizzata.

Tale Progetto, che si configurerebbe come la prima ed unica esperienza in Italia di valorizzazione della possibile integrazione fra sicurezza del paziente e del lavoratore, integrerà i risultati già ottenuti dalla sperimentazione presso l'ULSS 22 di Bussolengo, prevedendo il coinvolgimento di vari partner istituzionali, distribuiti sul territorio italiano.

Nello specifico il progetto prevederà la costituzione di tre gruppi: il primo gruppo sarà dedicato al consolidamento dei modelli organizzativi del rischio clinico, il secondo alla predisposizione di percorsi formativi in ambito salute e sicurezza dei lavoratori e l'ultimo agirà da promotore per l'integrazione (V. Tab. X) .

Lo scoglio più difficile da superare sarà rappresentato sia dalla complessità del problema a livello organizzativo, che dalla delicatezza degli equilibri da mettere in discussione.

Pertanto l'auspicio è che il progetto raggiunga l'obiettivo di far interloquire due ambiti che, pur essendo facce della stessa medaglia, hanno viaggiato fino ad oggi su binari paralleli, al fine di giungere ad una strategia unitaria per la gestione dei rischi dell'assistenza sanitaria, il che consentirebbe di minimizzare gli eventi inaspettati che possono colpire l'azienda e i lavoratori che ne rappresentano le risorse principali.

<b>SOGGETTI COINVOLTI</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>FOCUS SU</b>
<b>Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS) – Regione Veneto</b>	Consolidamento dell'applicazione dei rispettivi modelli organizzativi di gestione del rischio clinico e confronto fra gli stessi.	<b>RISCHIO CLINICO (modelli organizzativi)</b>
<b>Regione Friuli Venezia Giulia</b>	Collaborazione con il gruppo di coordinamento nell'individuare le migliori strategie e strumenti per l'integrazione.	
<b>Azienda ULSS 8 Asolo</b>	Predisposizione di un percorso formativo per Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e per Addetti del Servizio di Prevenzione e Protezione	<b>RISCHIO OPERATORE (formazione)</b>
<b>Azienda ULSS 21 Legnago</b>	Predisposizione di un percorso formativo per dirigenti e preposti	
<b>Azienda ULSS 22 Bussolengo</b>	Predisposizione di un percorso formativo per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	
<b>Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona</b>	Predisposizione di un percorso formativo per neo assunti	

<p><b>Università degli Studi di Verona – Sez. Igiene Medicina Preventiva Ambientale ed Occupazionale</b></p>	<p>Predisposizione e sperimentazione di strumenti di gestione integrata del rischio clinico e rischio operatore</p>	<p><b>RISCHIO INTEGRATO (modelli organizzativi e formazione)</b></p>
<p><b>Azienda ULSS 12 Veneziana</b></p>		
<p><b>Azienda ULSS 14 Chioggia</b></p>		
<p><b>Regione Campania</b></p>	<p>Elaborazione e sperimentazione di una mappa integrata dei rischi dei lavoratori e dei pazienti nei reparti operatori</p>	
<p><b>Gruppo di Coordinamento ULSS 22 Bussolengo - INAIL</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinamento delle azioni dei gruppi di lavoro</li> <li>2. Individuazione delle modalità di integrazione dei sistemi di gestione del rischio clinico con i sistemi di gestione della salute e sicurezza sul lavoro</li> <li>3. Predisposizione di un percorso formativo integrato rischio clinico/rischio operatore per RSPP/MC/RFSP</li> <li>4. Predisposizione del modulo formativo in presenza da erogare come completamento dei percorsi formativi per dirigenti preposti RLS e neoassunti</li> </ol>	

**Tab. X Partner e obiettivi del Progetto nazionale**

## **ALLEGATI**

**Allegato I:** DGRV 2133 del 10 Luglio 2007

**Allegato II:** DGRV 1463 del 19 Maggio 2009

**Allegato III:** Check list iniziale SGS

**Allegato IV:** Allegato A - DGRV 1158 del 23 Marzo 2010

**Allegato V:** DGRV 1369 del 12 Maggio 2009

**Allegato VI:** DGRV 3139 del 14 Dicembre 2010

**Allegato VII:** Incident reporting integrato - Area Medica

**Allegato VIII:** Incident reporting integrato - Area Diagnostica

**Allegato IX:** Check list Safety Walk around

# **Allegato I: DGRV 2133 del 10 Luglio 2007**

**Bur n. 69 del 07/08/2007**

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 2133 del 10 luglio 2007

Piano di prevenzione e promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro 2005–2007. Area Progetti, Ricerca e Sviluppo. Progetto di promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza, e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto. Approvazione progetto e schema di accordo per l'attuazione dello stesso.

**(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)**

[L'Assessore alle Politiche Sanitarie On. Dott.ssa Francesca Martini riferisce quanto segue, di concerto con l'Assessore Elena Donazzan.

Nell'ambito delle attività ed iniziative legate all'attuazione del Piano di prevenzione e promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro 2005–2007 approvato con DGR 935/2005, la Giunta Regionale ha promosso e favorito l'implementazione di uno specifico progetto dedicato alla promozione della sicurezza all'interno delle strutture sanitarie pubbliche (Aziende ULSS e Ospedaliere) del Veneto.

In particolare il progetto ha proposto l'adozione anche nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche del Sistema di Gestione della Sicurezza che, come definito dalle Linee Guida ISPESL – UNI – INAIL, rappresenta uno strumento di gestione delle politiche aziendali di tutela della salute e della sicurezza integrandole con le esigenze di gestione dei sistemi di lavoro e di produzione di beni o servizi. Esso definisce le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

Nel corso del biennio 2005 – 2006 il progetto si è sviluppato mediante l'attivazione dei Coordinamenti Regionali di RSPP, RLS e Medici Competenti delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto, i cui referenti hanno provveduto a redigere un modello di implementazione del Sistema di Gestione della Sicurezza specifico per le strutture sanitarie pubbliche, in conformità con i dettami delle citate linee guida ISPESL – UNI – INAIL.

In tale contesto con DGR n. 4407/2005 la Giunta Regionale ha approvato il progetto "Promozione del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro e sviluppo di azioni di contrasto dei rischi psicosociali", inserendolo nell'ambito della succitato Piano di prevenzione e promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro 2005–2007.

Tra gli obiettivi del progetto si colloca lo sviluppo di specifiche azioni di formazione sulle problematiche psicologiche del disagio e della costrittività organizzative negli ambienti di lavoro e degli strumenti di prevenzione possibili rivolti ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza delle strutture sanitarie.

Tra le esigenze emerse nell'ambito del Coordinamento Regionale dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza attivato nell'ambito del sopraccitato progetto di promozione della sicurezza all'interno delle strutture sanitarie pubbliche è stata prevista la necessità di progettazione e di implementazione di azioni di promozione della salute nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto, in particolare rispetto a tematiche quali i rischi psico-sociali, il benessere organizzativo, l'ergonomia occupazionale.

Individuata dunque l'Azienda Sanitaria quale target privilegiato per lo sviluppo di azioni di promozione]

Delibera

- Di approvare, per quanto esposto in premessa, il progetto integrato di "Promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza e del Benessere Organizzativo nelle Strutture Sanitarie Pubbliche del Veneto" nel testo allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale (All. A).
- Di approvare lo schema di accordo tra la Direzione Prevenzione, l'ARSS e INAIL– Direzione Regionale per il Veneto per la definizione dei rapporti in fase operativa e i contributi in termini finanziari al progetto nel testo allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale (All. B).
- Di incaricare il Dirigente Responsabile della Direzione Prevenzione all'adozione degli atti che necessari per l'attuazione del progetto, ivi compresa la sottoscrizione dell'accordo.

**Allegato II:  
DGRV 1463 del 19 Maggio 2009**

**Bur n. 47 del 09/06/2009**

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1463 del 19 maggio 2009

Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le strutture sanitarie pubbliche. Approvazione.

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)

[L'Assessore alle Politiche Sanitarie Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

Il tema della salute e della sicurezza sul lavoro è all'attenzione di tutti per la necessità inderogabile di adottare processi di gestione evoluti che partano dalla centralità della persona. Le Aziende Sanitarie, per le loro funzioni istituzionali nell'ambito della prevenzione e in quanto realtà organizzative complesse e di grandi dimensioni, sono considerate target privilegiati per lo sviluppo di azioni integrate di gestione della sicurezza e di contrasto dei rischi psicosociali.

Nell'ambito delle attività ed iniziative legate all'attuazione del "Piano di Prevenzione e Promozione della Salute e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro 2005–2007", la Giunta Regionale con propria DGR 2133 del 10 Luglio 2007 ha approvato il progetto "Promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza (SGS) e del benessere organizzativo nelle Strutture Sanitarie Pubbliche del Veneto".

Il progetto è stato sviluppato dalla Direzione Prevenzione in partnership con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria e l'INAIL regionale, che hanno concordato sull'utilità e sui vantaggi strategici che derivano ad un'Azienda Sanitaria Pubblica dall'adozione di un Sistema (SGS) che consente all'azienda la definizione delle modalità per individuare, all'interno della propria struttura organizzativa, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

La responsabilità del progetto è stata affidata alla dr.ssa Vittoria Cervi, Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione delle Aziende ULSS 20 e 22, che si è avvalsa per le azioni afferenti al SGS di uno specifico gruppo di lavoro coordinato dalla dr.ssa Emanuela Bellotto, Responsabile SPISAL AULSS n. 6 (non più in servizio) e composto da rappresentanti scelti nell'ambito dei Coordinamenti Regionali degli Responsabili Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP), dei Medici Competenti (MC) e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) delle Aziende Sanitarie Pubbliche.

L'obiettivo finale del progetto era individuato nella definizione e sperimentazione di un modello di Sistema di Gestione adattato alla complessità dell'Azienda sanitaria pubblica.

A tali fini il modello elaborato, coerente con le linee guida emanate per i SGS dall'UNI– INAIL–ISPESL e adattato tenendo conto dei requisiti previsti dai percorsi di autorizzazione/accreditamento istituzionale, è stato testato in un campione di 10 Aziende Sanitarie/Ospedaliere ( AULSS 2, 3, 9, 14,16, 20, 21, 22 e Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova).

Presso ciascuna Azienda è stata condotta una serie di azioni concordate finalizzate alla conoscenza/condivisione del modello, alla rilevazione delle sue criticità e al miglioramento dello stesso.

In particolare sono stati individuati i seguenti passaggi necessari per la corretta sperimentazione del modello:

- presentazione del progetto alle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sperimentanti ed alle competenze aziendali coinvolte nei processi individuati dal modello, quali: Servizio di Prevenzione e Protezione, Sorveglianza Sanitaria, Servizio Tecnico, Ingegneria clinica,

Dirigenza Medica, Servizio Professioni Sanitarie, Servizio Gestione Risorse Umane, Provveditorato, Ufficio Formazione, Ufficio Qualità e Unità Operativa di Farmacia;

- individuazione, da parte di ogni singola Azienda, del Responsabile del Sistema (elettivamente il RSPP e/o il Medico Competente);
- sensibilizzazione del personale attraverso l'erogazione a tutti i soggetti e alle funzioni aziendali coinvolte nel SGS, delle conoscenze e delle competenze necessarie per lo svolgimento di un ruolo attivo rispetto al raggiungimento degli obiettivi;
- incontro presso ciascuna Azienda aderente alla sperimentazione per la presentazione delle procedure e della lista di riscontro iniziale;
- definizione del livello di partenza attraverso la valutazione della risposta data ai quesiti relativi ad ogni procedura del Sistema,;
- comunicazione ad ogni singola azienda delle procedure risultate critiche e richiesta dei rispettivi piani di miglioramento;
- stesura di un Piano di Miglioramento sulla base delle procedure risultate maggiormente critiche;
- monitoraggio dell'andamento del sistema in termini di efficacia ed efficienza, attraverso audit periodici.

Le Aziende che hanno portato a termine questo percorso sono state le AULSS 2, 9, 14, 21, 22 e l'Azienda Ospedaliera di Verona.

A conclusione della sperimentazione sono stati condivisi i seguenti vantaggi strategici per un'Azienda Sanitaria Pubblica che adotti un SGS:

- il miglioramento nella gestione dei propri processi primari e di supporto, e quindi delle risorse di cui dispone;
- il coinvolgimento attivo e continuo dei soggetti in un percorso di miglioramento delle performance individuali ed aziendali;
- il monitoraggio, ed eventuale riduzione ove necessaria, dei costi della sicurezza (infortuni, incidenti, non conformità in generale);
- il miglioramento dell'immagine nei confronti dell'utenza esterna, quale struttura in grado di operare in qualità in termini di risk management dal punto di vista del paziente e dell'operatore;
- il confronto positivo con l'organo di vigilanza e gli enti di controllo.

Ciò premesso si propone con il presente provvedimento, alla luce delle criticità e delle osservazioni emerse durante la fase sperimentale, del conseguente riesame e dei risultati raggiunti dalle singole Aziende sperimentanti, di approvare il "Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le Aziende Sanitarie pubbliche" (Allegato A) e di promuoverne l'adozione presso tutte le Aziende Sanitarie/Ospedaliere del Veneto non ancora coinvolte dalla sperimentazione.

Si conferma l'incarico alla Responsabile del progetto, tramite il gruppo di lavoro già attivato per la precedente fase di sperimentazione, di supportare le restanti Aziende nella fase di implementazione del modello in particolare occupandosi di:

- sensibilizzare la struttura aziendale al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- attuare adeguate attività di monitoraggio, verifica ed ispezione per assicurarsi che il sistema funzioni;
- avviare le opportune azioni correttive e preventive in funzione degli esiti del monitoraggio;

- effettuare un periodico riesame per valutare l'efficacia e l'efficienza del sistema nel raggiungere gli obiettivi fissati dalla politica della salute e sicurezza nonché per valutarne l'adeguatezza rispetto sia alla specifica realtà aziendale che ai cambiamenti interni/esterni modificando, se necessario, politica ed obiettivi della salute e sicurezza, tenendo conto dell'impegno al miglioramento continuo.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento

#### LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma secondo, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.
- VISTA la DGR 2133/2005 di approvazione del progetto di promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza, e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto.]

#### Delibera

1. Di approvare il "Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza" di cui all'Allegato A al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale del medesimo.
2. Di confermare l'incarico al dr.ssa Vittoria Cervi già Responsabile del progetto "Promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza (SGS) e del benessere organizzativo nelle Strutture Sanitarie Pubbliche del Veneto" tramite il gruppo di lavoro già attivato per la precedente fase di sperimentazione, di promuovere l'adozione del Modello presso tutte le Aziende Sanitarie/Ospedaliere del Veneto non ancora coinvolte dalla sperimentazione e di supportarle, su richiesta, nella fase di implementazione.

## **Allegato III: Check list iniziale SGS**

LOGO AZIENDA	Azienda.....	
	<b>CHECK-LIST INIZIALE</b>	Rev. 00 del .....
		Pag. 48 /77

**PG 01 Struttura ed organizzazione del sistema**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
L'Atto aziendale contiene elementi soddisfacenti della Politica per la Sicurezza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Atto aziendale
L'ULSS/Azienda Ospedaliera ha identificato con chiarezza quali sono i Dirigenti e i Preposti, secondo il D.Lgs. 81/08?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Documento formale
I dirigenti designati sono stati informati rispetto ai propri compiti e responsabilità per la sicurezza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenze della comunicazione (scritta o verbale)
I preposti designati sono stati informati rispetto ai propri compiti e responsabilità per la sicurezza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenze della comunicazione (scritta o verbale)
L'ULSS/Azienda Ospedaliera ha identificato i responsabili dei Servizi che hanno ruolo/responsabilità nella gestione dei processi critici dell'Azienda?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Documento formale

**PG 02 Flussi comunicativi, formativi e relazionali**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
L'ULSS/Azienda Ospedaliera si è dotata di un Programma annuale per la Formazione (Piano Formativo) comprendente argomenti di salute e sicurezza sul lavoro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Programma di formazione (presenza)
Il Programma di Formazione viene portato all'attenzione di tutti i partecipanti alla Riunione periodica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verbale riunione
Gli interventi formativi sono effettuati al momento dell'assunzione, al cambio mansione, in occasione dei cambiamenti organizzativi (sostanze e preparati pericolosi, attrezzature, tecnologie, macchinari) e comunque periodicamente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Programma di formazione (contenuti)
Ogni ULSS/Azienda Ospedaliera ha adottato un "Registro Presenze" per la registrazione della attività formative realizzate?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica a campione
Vengono coinvolti gli RLS nelle attività relative alla sicurezza (formazione, sopralluoghi a richiesta, ...)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verbali di sopralluogo, di formazione, ...
Sono previsti incontri periodici (diversi dalla riunione art. 35) tra RSPP, MC e Direttore Generale relativamente a relazioni di sopralluogo, aggiornamenti della valutazione dei rischi e piano di attuazione degli interventi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verbali/programmi

LOGO AZIENDA	Azienda.....	
	<b>CHECK-LIST INIZIALE</b>	Rev. 00 del .....
		Pag. 2 /77

**PG 03 Gestione della documentazione**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
Il Documento di valutazione dei rischi specifica data di stesura e aggiornamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data ultimo aggiornamento
L'RSPP conserva i documenti di valutazione dei rischi superati e si fa carico di distribuire gli aggiornamenti ai soggetti interessati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DVR superati; note di consegna
La normativa sulla salute e sicurezza è aggiornata con una modalità specifica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenza della modalità, procedure, ...
Sono conservate dall'RSPP e dalle Unità operative le Relazioni di sopralluogo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esempi
Sono conservate relazioni sanitarie (collettive) del Medico Competente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Relazioni
Sono conservate statistiche infortunistiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Relazioni
I Protocolli di Sorveglianza Sanitaria specificano data di stesura e di aggiornamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data ultimo aggiornamento
Sono conservati i verbali delle riunioni periodiche di prevenzione e protezione dai rischi (art. 35 del D.Lgs. 81/08)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verbali
I Piani di emergenza delle diverse strutture/edifici riportano la data dell'ultima revisione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data ultimo aggiornamento
Sono conservati manuali, istruzioni per l'uso di macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale (DPI) e collettivi (DPC) forniti dai costruttori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esempi

**PG 06 Sorveglianza Sanitaria ed inserimento del personale in mansioni a rischio**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
I diversi Uffici preposti all'assegnazione del personale a reparti e servizi comunicano assegnazioni e trasferimenti interni al Servizio di Prevenzione e Protezione e al Medico Competente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Modalità di comunicazione (modulo/procedura)
Il Dirigente di Unità operativa si accerta che il personale sia in possesso del giudizio di idoneità?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verifica a campione in U.O. della presenza dei certificati d'idoneità

LOGO AZIENDA	Azienda.....	
	<b>CHECK-LIST INIZIALE</b>	Rev. 00 del .....
		Pag. 50 /77

**PG 07 Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
Quando si verifica un infortunio il primo certificato di infortunio arriva entro 24 ore all'Ufficio Personale per il proseguimento dell'iter amministrativo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Il SPP riceve copia del primo certificato di infortunio, compresi quelli a giorni zero, entro i tempi concordati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Esiste un'analisi puntuale dell'infortunio, con registrazione? (modalità di accadimento, possibili azioni correttive/preventive, ...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alcuni esempi
Esiste un'analisi puntuale dell'incidente, con registrazione? (modalità di accadimento, possibili azioni correttive/preventive, ...), almeno per incidenti legati all'uso di agenti biologici, all'uso di chemioterapici antitumorali ed eventuali cancerogeni.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alcuni esempi
Vengono definite le azioni da attuare per evitare il ripetersi dell'infortunio/incidente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esempi di interventi conseguenti ad infortuni/incidenti
Nell'analisi degli infortuni/incidenti, viene coinvolti il Responsabile dell'Unità Operativa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
I laboratori di microbiologia e virologia hanno procedure specifiche per gli incidenti o infortuni che possono accadere per uso deliberato di agenti biologici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Procedure
Alla riunione periodica (art.35) viene presentata la relazione annuale sugli infortuni e sugli incidenti accaduti in Azienda?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Relazione annuale incidenti e infortuni

**PT 01 Valutazione dei rischi**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
Il DVR contiene una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute durante il lavoro, nella quale sono specificati i criteri adottati per la valutazione stessa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DVR
Il Direttore Generale, sulla scorta delle priorità emerse nel Documento di Valutazione dei Rischi, ha steso i Piani di intervento per la Sicurezza attraverso un'elaborazione delle priorità aziendali ed indicando le figure responsabili e le tempistiche di intervento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Piani d'intervento
Il DVR è composto in sezioni indipendenti, fruibili per Unità Operativa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esempi
Il Documento di Valutazione dei Rischi e i Piani d'Intervento sono oggetto dell'informazione aziendale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Comunicazioni

<b>LOGO AZIENDA</b>	Azienda.....	
	<b>CHECK-LIST INIZIALE</b>	
	Rev. 00 del ..... Pag. 51 /77	

**PT 02 Gestione DPI**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
I dispositivi di protezione sono scelti ed adottati a seguito ed in conformità con la valutazione dei rischi e in base al programma delle misure di Prevenzione e Protezione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Confronto tra prontuario dei DPI e DVR
Il SPP, il Servizio Approvvigionamenti, la Farmacia e la Direzione Medica Ospedaliera definiscono, ciascuno per la propria competenza ma in collaborazione, i requisiti di alcuni DPI (guanti ad uso medico, mascherine chirurgiche ed altri) per i quali risulta necessaria una valutazione sotto diversi profili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Verbali d'incontro, capitolati d'appalto, ...
Sono stabilite le regole di mantenimento nel tempo delle caratteristiche specifiche dei DPI, attraverso la pulizia, la manutenzione o la sostituzione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenze

**PT 03 Registrazione degli agenti chimici**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
Esiste un censimento degli agenti chimici pericolosi presenti per Unità Operativa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenza
Vengono comunicate al Servizio di Prevenzione e Protezione eventuali variazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Comunicazioni
Vengono comunicate al Servizio del Medico Competente eventuali variazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Comunicazioni
Ogni Unità Operativa possiede copia aggiornata delle Schede di sicurezza degli agenti chimici utilizzati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esempi

**PT 04 Gestione manutenzione**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
Esiste una manutenzione organizzata delle attrezzature elettromedicali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenze
Esiste una manutenzione organizzata delle ambulanze?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenze
Prima di iniziare un lavoro di manutenzione in una Unità Operativa la squadra addetta, sia essa interna o esterna all'Azienda, delimita la zona di lavoro in modo da renderla non accessibile alle persone non addette ai lavori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prima di iniziare un lavoro di manutenzione in una Unità Operativa la squadra addetta, sia essa interna o esterna all'Azienda, viene informata dal Responsabile di U.O., o da un suo delegato, di rischi propri cui può trovarsi esposta nel caso specifico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Comunicazioni

LOGO AZIENDA	Azienda.....	
	<b>CHECK-LIST INIZIALE</b>	Rev. 00 del .....
		Pag. 52 /77

**PT 05 Gestione appalti**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
Nella scelta dell'impresa o lavoratore autonomo a cui affidare il lavoro in appalto, l'ULSS/Azienda Ospedaliera tiene conto anche dei requisiti di sicurezza garantiti dalla ditta appaltatrice?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Capitolato d'appalto
E' stato elaborato da parte del committente un Documento di valutazione (unico nel caso di più aziende appaltatrici) sui rischi lavorativi dovuti alle interferenze?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esempio di documento di valutazione dei rischi dovuti alle interferenze
Viene richiesto alle ditte appaltatrici l'utilizzo del cartellino identificativo per tutti i lavoratori della ditta appaltatrice che entrano nella struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Evidenza della richiesta

**PT 06 Gestione della emergenza**

Domande	Risposte	Osservazioni da raccogliere
E' presente un Piano delle Emergenze aziendale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Piano delle Emergenze
E' presente un elenco degli Addetti alla Gestione delle Emergenze, antincendio e pronto soccorso per ogni struttura/edificio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Elenco Addetti
E' presente un programma di informazione per la conoscenza del Piano di Emergenza aziendale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Piano di formazione
E' presente un piano di formazione specifico per gli addetti alle emergenze e al pronto soccorso?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Piano di formazione

**Allegato IV:**  
**Allegato A - DGRV 1158 del 23 Marzo 2010**

**ALLEGATO A alla Dgr n. 1158 del 23 marzo 2010**

pag. 1/3

**Accordo per la realizzazione di iniziative di implementazione di Sistemi di Gestione della Sicurezza ( SGS) nel settore della Sanità del Veneto.**

**Tra**

**Regione del Veneto – Direzione Regionale Prevenzione**

**e**

**I.N.A.I.L.**

**Direzione Regionale per il Veneto**

**Premesso**

- Che l'art. 10 del D. Lgs. n. 81/08 e ss.mm. attribuisce alle Regioni e all'INAIL competenze di informazione, assistenza, consulenza, formazione e promozione in materia sicurezza sul lavoro;
- Che l'art. 7 dello stesso D.lgs. stabilisce la necessità di realizzare nell'ambito regionale una programmazione coordinata di interventi nonché l'uniformità degli stessi;
- Che più volte il Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL e lo stesso C. d A. hanno espresso la volontà di valorizzare forme di collaborazione con le parti sociali e con le Istituzioni del territorio;
- Che la Regione del Veneto nell'ambito dei propri Piani di prevenzione e promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, assume tra gli obiettivi generali della propria programmazione di settore l'integrazione delle strategie del sistema regionale dei Servizi pubblici territoriali di prevenzione con le politiche delle altre istituzioni competenti in materia di sicurezza ed igiene del lavoro oltrechè con quelle delle parti sociali;
- Che in data 2.05.2006 è stato siglato un protocollo d'intesa tra INAIL – Direzione Regionale Veneto e Regione del Veneto in materia di collaborazione in ambito della sicurezza sul lavoro;
- Che come previsto dall'allegato B DGR n. 2133 del 10 luglio 2007 tra i gli stessi soggetti è stato siglato l'“Accordo per l'attuazione del progetto di promozione dei sistemi di gestione della sicurezza e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto” che ha dato modo di sperimentare un modello di SGS in alcune ULSS in vista dell'estensione a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione;

**ALLEGATO A alla Dgr n. 1158 del 23 marzo 2010**

pag. 2/3

- Che il presente accordo si inserisce nell'ambito delle sinergie avviate all'interno del Comitato Regionale di Coordinamento costituito ex art. 7 D. L.gs. n. 81/08 con DGR n. 4182 del 30 dicembre 2008 con compiti specifici di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

**tutto ciò premesso  
si conviene quanto segue:**

1. Al fine di perseguire l'obiettivo di diffondere la cultura della prevenzione e della sicurezza, l'INAIL – Direzione Regionale Veneto - e Regione del Veneto – Direzione Regionale Prevenzione, promuovono la diffusione del “Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le strutture sanitarie pubbliche” – DGR 1463 del 19.05.09 – già ispirato a principi e metodi delle “Linee guida UNI INAIL” - collaborando al fine di implementare un modello di sistema organizzativamente sostenibile per le specifiche caratteristiche del comparto;
2. La Regione del Veneto – Direzione Regionale Prevenzione, mediante apposito “Gruppo di Lavoro SGS” assiste le strutture sanitarie del Veneto durante tutte le fasi di implementazione del SGS avviato ed effettua le verifiche di conformità ai principi e metodi presenti nel Modello, sia in fase di implementazione che in fase di mantenimento;
3. L'INAIL – Direzione Regionale Veneto e Regione del Veneto – Direzione Regionale Prevenzione costituiscono un apposito **gruppo di lavoro/osservatorio**, formato da rappresentanti INAIL e da rappresentanti del “Gruppo di Lavoro SGS”, che avrà la funzione di monitorare l'andamento complessivo del processo di implementazione del SGS nelle strutture sanitarie del Veneto e di individuare azioni comuni per diffondere la cultura del miglioramento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro.
4. Le aziende, per beneficiare della riduzione, dovranno comunque presentare la domanda ex art. 24 M.A.T. DM 12/12/2000, secondo la procedura predisposta dall'INAIL, indicando esplicitamente la partecipazione al progetto “SGS Sanità Veneto” e compilando l'allegato 2. In ogni caso l'azienda dovrà presentare domanda entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento, fatta salva la possibilità di presentare all'INAIL la relativa documentazione entro il mese di febbraio dell'anno di riferimento;

**ALLEGATO A alla Dgr n. 1158 del 23 marzo 2010**

pag. 3/3

5. Quale riconoscimento finale di una realizzazione compiuta e conforme ai principi e metodi del “Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le strutture sanitarie pubbliche”, è prevista la possibilità dell’Azienda di utilizzare un **logo appositamente realizzato** per le strutture sanitarie che abbiano implementato il sistema in accoglimento del presente accordo. L’attribuzione ad ogni singola azienda sarà curata esclusivamente dal **gruppo di lavoro/osservatorio** di cui sopra che ne determinerà altresì le modalità temporali di utilizzo.
6. Il logo è rappresentato da uno scudo (rappresentazione di protezione) e, su sfondo bianco, le scritte: Regione del Veneto – SGS Sanità - INAIL , così come di seguito rappresentato:



7. Il presente accordo ha durata biennale e decorre dalla data di sottoscrizione.

Venezia, lì.....

Il Direttore Regionale INAIL

Regione del Veneto  
Direzione Regionale Prevenzione

**Allegato V:  
DGRV 1369 del 12 Maggio 2009**

**Bur n. 45 del 02/06/2009**

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1369 del 12 maggio 2009

Progetto di integrazione fra sistemi di gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza.

Approvazione e impegno di spesa 2009.

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)

[L'Assessore alle Politiche Sanitarie Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

L'estensione delle competenze assegnate alla Regione con riferimento al processo di riforma costituzionale e di evoluzione normativa, nonché il conseguente innalzamento del livello di responsabilizzazione in ogni ordine e grado dell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, rende indispensabile un miglioramento continuo del governo dei processi di domanda e offerta di servizi socio-sanitari.

La complessità e l'intrinseca variabilità del sistema sanitario, dovute alle modalità organizzative diverse da una struttura all'altra, alle molteplici professionalità che operano all'interno del sistema stesso e alle continue interazioni con tutti gli altri sistemi rendono il sistema sanitario "ad alto rischio".

La Regione del Veneto ha da tempo attivato una serie di iniziative orientate al mantenere e sviluppare ulteriormente l'alto livello qualitativo che caratterizza i servizi sanitari, socio sanitari e sociali e le prestazioni erogate.

Si citano a proposito i processi di autorizzazione e accreditamento (con l'estensione all'accreditamento di eccellenza), il progetto riguardante l'umanizzazione, le azioni concernenti il benessere organizzativo, l'utilizzo dell'incident reporting in ambito ospedaliero e territoriale, l'istituzione del Coordinamento Regionale per la sicurezza del paziente e il "Progetto di promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto" approvato nell'ambito del Piano Triennale per la Prevenzione e la Promozione della Salute negli Ambienti di Lavoro 2005-2007 e sviluppato dalla Direzione Prevenzione in collaborazione con l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria e l'INAIL - Direzione Regionale per il Veneto.

Si tratta ora di approvare un altro progetto che si colloca in assoluta continuità rispetto alle politiche regionali in considerazione delle numerose iniziative rivolte alla graduale convergenza di tutti i Sistemi di Gestione verso metodologie comuni per concretizzare un reale avanzamento nella tutela della salute e della sicurezza sul lavoro nella nostra Regione.

La salute e la sicurezza sul lavoro sono poste all'attenzione di noi tutti per i drammi esistenziali e per le morti che avvengono nei luoghi di lavoro che impongono la necessità inderogabile di adottare processi di gestione evoluti che partano dalla centralità della persona.

In tale contesto le Aziende Sanitarie si trovano sul fronte interno a considerare una gamma estremamente estesa di rischi e sul fronte esterno ad assumere i compiti ispettivi inerenti all'accertamento di violazioni della disciplina in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro in una dimensione quindi ambivalente che accentua il bisogno di soluzioni organizzative e gestionali che siano nel contempo efficaci e non limitate alle urgenze contingenti.

A tutto questo si aggiunge altresì un bisogno specifico di governo e controllo dei costi economici, sociali ed esistenziali della non sicurezza che può e deve essere percepito come una delle condizioni da soddisfare per salvaguardare quel "bene comune" che è la salute delle persone che lavorano e dei cittadini utenti.

Si tratta dunque di accentuare le forme di collaborazione e di integrazione esistenti tra le diverse Direzioni Regionali, l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, l'INAIL Regionale e le Aziende Sanitarie del Veneto per raggiungere livelli qualitativi più elevati.

Le esperienze sin qui attuate, pur seguendo il loro autonomo percorso, possono fornire un contributo fondamentale alla costruzione di un modello che partendo dalle Aziende Sanitarie sia potenzialmente applicabile in tutte le realtà lavorative di una certa dimensione.

Lo scopo del progetto è l'elaborazione e l'implementazione di un Sistema di Gestione che integri gli elementi citati in precedenza, applicandoli nell'ambito della Salute e della Sicurezza sul lavoro, al fine di migliorare le condizioni degli operatori e dei cittadini utenti. Il progetto si ispira e fa propri i principi e le metodologie più avanzate in materia di Salute e Sicurezza sul lavoro, con particolare riguardo agli standard promossi dalla norma OHSAS 18001:2007, e costituisce uno strumento atto a dare piena applicazione alle disposizioni del D.Lgs. 81/2008 proponendosi di integrare in maniera originale le politiche e le azioni della Regione del Veneto con il modello prefigurato dalle norme nazionali in materia.

Scopo finale è quindi il miglioramento della tutela della salute e sicurezza del lavoratore e dell'utente attraverso l'integrazione tra i sistemi di gestione delle strutture sanitarie del Veneto, alla luce del Testo Unico, del Progetto di Accreditamento delle Strutture Sanitarie e dell'introduzione della figura del RFSP (responsabile funzioni sicurezza paziente).

Il campo di applicazione è rappresentato dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Veneto, ma si auspica la realizzazione di un modello potenzialmente applicabile anche in altre realtà lavorative. Si rimanda all'allegato A del presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo, la descrizione del progetto con indicazione dettagliata degli obiettivi, delle azioni di sviluppo, di indicatori e standard di monitoraggio oltreché dei tempi e delle risorse finanziarie preventivate per la prima fase di avvio dello stesso.

La Responsabilità scientifica del progetto nel suo complesso, è attribuita alla Dr.ssa Vittoria Cervi, RSPP delle Aziende ULSS nn. 20 e 22, già Responsabile del "Progetto di promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza, e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto" approvato nell'ambito del Piano Triennale per la Prevenzione e la Promozione della Salute negli Ambienti di Lavoro 2005–2007 che agirà in stretto raccordo operativo con i referenti individuati nell'ambito di ciascun partner di progetto.

Alla Azienda ULSS 22 è affidata altresì la gestione amministrativa e contabile dei finanziamenti dedicati.

Il compito di coordinamento operativo del progetto è affidato alla Direzione Prevenzione che curerà tra l'altro la stesura di un apposito accordo tra gli enti coinvolti che ne definisca, le responsabilità di azione, i tempi e i contributi finanziari legati alle fasi di sviluppo successive alla prima.

Il contributo finanziario per la prima fase di avvio del progetto è pari a 50.000 Euro e trova copertura nel capitolo 101022 del Bilancio regionale di previsione per l'esercizio finanziario 2009, che offre sufficiente disponibilità.

La somma verrà liquidata all'AULSS n. 22, che curerà anche gli aspetti amministrativi e di carattere economico-contabile dei finanziamenti dedicati con le seguenti modalità:

- 1) 40% ad esecuzione del presente provvedimento;
- 2) 40% a rendicontazione fornita alla Direzione Prevenzione dopo un anno di attività;
- 3) il restante 20% a rendicontazione fornita a conclusione della prima fase del progetto.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento

#### LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma secondo, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.
- VISTA le DGR 2319/2004 e DGR 954/2005 sull'umanizzazione dei servizi socio sanitari delle Aziende ULSS e Ospedaliere della Regione Veneto.
- VISTA la DGR 2473/2004 e 2501/2004 di attuazione della L.R 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
- VISTA la DGR 4407 /2005 di approvazione del progetto di "Promozione del benessere organizzativo negli ambienti di lavoro e sviluppo di azioni di contrasto dei rischi psicosociali".
- VISTA la DGR 4445/2006 di istituzione del Coordinamento regionale per la sicurezza del paziente.
- VISTA la DGR 2133/2007 di approvazione del "Progetto di promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza, e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto".
- VISTA la DGR 1831/2008 di adozione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel Sistema Socio Sanitario del Veneto]

#### Delibera

1. Di approvare il "Progetto di integrazione fra sistemi di gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza" di cui all'Allegato A al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale del medesimo.
2. Di affidare la Responsabilità scientifica del progetto alla dr.ssa Vittoria Cervi dell'Azienda ULSS n. 22, cui è affidata altresì la gestione amministrativa e contabile dei finanziamenti dedicati
3. Di affidare il compito di coordinamento operativo del progetto alla Dirigente della Direzione Prevenzione che curerà la predisposizione di apposito accordo per lo sviluppo operativo del progetto con gli altri partner di progetto per definire le responsabilità di azione, i tempi e i contributi finanziari legati alle fasi di sviluppo successive alla prima.
4. Di incaricare della sottoscrizione degli atti le Direzioni Regionali coinvolte nel progetto.
5. Di determinare in Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) il contributo finanziario per la prima fase di avvio del progetto da assegnare all'AULSS n. 22 che curerà anche gli aspetti amministrativi e di carattere economico-contabile dei finanziamenti.
6. Di impegnare l'importo di cui al punto precedente con imputazione al capitolo 101022 del Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2009 che assicura la necessaria disponibilità.
7. Di liquidare all'AULSS n. 22 l'importo di cui al punto 4) con le seguenti modalità:
  - 40% ad esecuzione del presente provvedimento;
  - 40% a rendicontazione fornita alla Direzione Prevenzione dopo un anno di attività;
  - il restante 20% a rendicontazione fornita a conclusione della prima fase del progetto.
8. Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

**Allegato VI:**  
**DGRV 3139 del 14 Dicembre 2010**



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale  
9<sup>a</sup> legislatura

Struttura amministrativa competente:  
Direzione Prevenzione

			P	A	
Presidente	Luca	Zaia			
Vicepresidente	Marino	Zorzato			
Assessori	Renato	Chisso			
	Roberto	Ciambetti			
	Luca	Coletto			
	Maurizio	Conte			
	Marialuisa	Coppola			
	Elena	Donazzan			
	Marino	Finozzi			
	Massimo	Giorgetti			
	Franco	Manzato			
	Remo	Sernagiotto			
	Daniele	Stival			
	Segretario	Mario	Caramel		

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3139 del 14 dic 2010**

OGGETTO: Piano Regionale Prevenzione del Veneto - anni 2010-2012. Approvazione. Impegno di spesa.

NOTE PER LA TRASPARENZA: Con la presente delibera si approva il Piano Regionale Prevenzione, anni 2010 – 2012.

La delibera prevede un impegno di spesa di euro 7.070.966,00 (settemilionisettantamilanovecentosessantasei//00) da imputarsi al Capitolo 101022 del bilancio regionale esercizio 2010.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012, approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 29 aprile 2010, prevede che le Regioni adottino entro il 31/12/2010 il Piano Regionale Prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal PNP 2010-2012. Il termine del 31/12/2010, originariamente fissato al 30/09/2010, è stato posticipato con Intesa del 07/10/2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Il Piano Regionale Prevenzione, secondo l'Intesa del 29 aprile 2010, deve prevedere in particolare la realizzazione di interventi che perseguano la continuità delle attività del Piano Nazionale Prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, lo sviluppo di ciascuna delle macroaree individuate dal Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012 e, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento e la messa a regime delle attività di sorveglianza al fine di monitorare, valutare e riprogrammare il Piano.

L'art. 1, comma 4, dell'Intesa prevede inoltre, per la completa attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, la destinazione di duecento milioni di euro dallo Stato alle Regioni e PP/AA, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, per sostenere lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali. Per il Veneto il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale è stato ripartito tra le Aziende Sanitarie con DGRV n. 2400 del 14/10/2010.

Ai fini della stesura del Piano Regionale Prevenzione è stato costituito un gruppo di lavoro regionale con la partecipazione di alcuni Direttori di Dipartimento delle Aziende Sanitarie per la definizione delle linee di lavoro del Piano Regionale Prevenzione. Numerosi rappresentanti delle Aziende Sanitarie sono altresì referenti per lo sviluppo delle Linee Progettuali come riportato nei singoli Progetti allegati alla presente deliberazione.

Con questa delibera si approvano le linee ed i progetti di intervento del nuovo Piano Regionale Prevenzione, linee di lavoro che tengono conto del consolidamento ed estensione degli obiettivi raggiunti

Mod. b - copia

negli anni precedenti, sviluppano le nuove macroaree individuate dal Piano Nazionale della Prevenzione sulla scorta dei dati forniti dai sistemi di sorveglianza sanitaria, come risulta chiaramente dal Quadro Strategico di Piano.

Nel corso della stesura del Piano Regionale Prevenzione sono state coinvolte, al fine della condivisione delle modalità di stesura del Piano stesso, alcune Regioni quali la Lombardia, il Friuli Venezia-Giulia, il Piemonte e la Provincia Autonoma di Trento, considerato che alcune problematiche di carattere sanitario coinvolgono queste aree territoriali.

Considerato quanto sopra, si ritiene di approvare, con il presente atto, il “*Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 del Veneto*”, costituito da: Quadro Strategico (**Allegato A**); Quadro d’insieme (**Allegato B**); Piano operativo contenente programmi e progetti di intervento (**Allegato C**); Prospetto contenente il finanziamento per ogni singolo Progetto e relativo beneficiario (**Allegato D**); Prospetto contenente i finanziamenti e relativi beneficiari in materia di vaccinazioni (**Allegato E**); Prospetto contenente i finanziamenti e relativi beneficiari in materia di screening (**Allegato F**).

Rilevato che, per dare attuazione ai programmi e ai progetti di cui si compone il Piano Regionale Prevenzione, è necessario un impegno finanziario regionale annuale, si quantifica in euro 7.070.966,00 (settemilionesettantamilanovecentosessantasei//00) l’importo da imputare al Capitolo di bilancio n. 101022 del corrente esercizio finanziario - anno 2010 - che dimostra sufficiente disponibilità, secondo quanto descritto nei prospetti di cui agli **Allegati “C”, “D”, “E” e “F”**.

Il Relatore conclude la propria relazione e sottopone all’approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, incaricato dell’istruzione dell’argomento in questione ai sensi dell’art. 33, secondo comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

Richiamata l’Intesa Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010, così come modificata e integrata in data 07 ottobre 2010.

Richiamata la DGRV n. 2400 del 14 ottobre 2010.

#### DELIBERA

1. Di approvare il “*Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 del Veneto*”, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, composto da: Quadro Strategico (**Allegato A**); Quadro d’insieme (**Allegato B**); Piano operativo contenente programmi e progetti di intervento (**Allegato C**); Prospetto contenente il finanziamento per ogni singolo progetto e relativo beneficiario (**Allegato D**); Prospetto contenente i finanziamenti e relativi beneficiari in materia di vaccinazioni (**Allegato E**); Prospetto contenente i finanziamenti e relativi beneficiari in materia di screening (**Allegato F**).
2. Di dare atto che il Piano Regionale Prevenzione anni 2010-2012 assicura continuità nelle aree di attività già consolidate, sviluppa, in relazione al contesto regionale, aree innovative di interventi rispondenti ai nuovi contenuti del Piano Nazionale Prevenzione e garantisce la messa a regime delle attività e dei sistemi di sorveglianza.
3. Di impegnare l’importo complessivo di euro 7.070.966,00 (settemilionesettantamilanovecentosessantasei//00) per la realizzazione dei progetti e dei programmi indicati nell’**Allegato “C”** a favore dei beneficiari indicati nell’**Allegato “D”**, da imputare al capitolo 101022 del bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2010 che presenta sufficiente disponibilità.
4. Di destinare per le attività di vaccinazione la somma complessiva di euro 1.525.200,00 (unmilionescinquecentoventicinquemiladuecento//00), ricompresa nella somma impegnata di cui al precedente punto 3, a favore dei beneficiari indicati nell’**Allegato “E”**.

5. Di destinare per l'attività di screening la somma complessiva di euro 3.000.000,00 (tremilioni//00), ricompresa nella somma impegnata al punto 3, a favore dei beneficiari indicati nell'**Allegato "F"**.
6. Di destinare a ciascuna Azienda U.L.S.S. (21 Aziende) 35.000,00 (trentacinquemila//00), per un importo complessivo di euro 735.000,00 (settecentotrentacinquemila//00), ricompreso nella somma impegnata di cui al precedente punto 3, per il coordinamento delle iniziative di promozione della salute tramite l'acquisizione di nuovo personale (es. co.co.co.) da assegnare a ciascun Dipartimento di Prevenzione.
7. Di erogare ai beneficiari indicati negli **Allegati "D", "E", "F"**, a titolo di acconto, l'importo pari all'80% dell'impegno finanziario previsto entro 6 mesi dall'adozione del presente provvedimento.
8. Di erogare ai beneficiari indicati negli **Allegati "D", "E" e "F"**, a titolo di saldo, l'importo pari al 20% dell'impegno finanziario previsto a seguito della presentazione di una relazione sull'attività svolta e della relativa rendicontazione, a firma del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, o dello I.O.V., o dell'A.R.P.A.V., da far pervenire alla Direzione regionale Prevenzione entro e non oltre il 31 gennaio 2012 ai fini della certificazione del Piano Regionale Prevenzione da inviare al Ministero della Salute.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

Il Segretario  
Avv. Mario Caramel

Il Presidente  
Dott. Luca Zaia

# **Allegato VII: Incident reporting integrato Area Medica**



<b>Tipo di evento</b> (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)			
<input type="checkbox"/> Ritardata	Procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Mancata	Procedura diagnostica
<input type="checkbox"/> "	Procedura terapeutica	<input type="checkbox"/> "	Procedura terapeutica
<input type="checkbox"/> "	Prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> "	Prestazione assistenzial
<input type="checkbox"/> Infezione		<input type="checkbox"/> Caduta	<input type="checkbox"/> Scambio di paziente
<input type="checkbox"/> Malfunz./malposiz. di disposit/apparecch.		<input type="checkbox"/> Reazione da farmaci	<input type="checkbox"/> Scambio di sede
<input type="checkbox"/> Evento collegato a somm. sangue		<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Lesione da inadeguata postura
<b>Fattori che possono aver contribuito all'evento</b>			
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> In alternativa è possibile indicare più di una delle risposte seguenti			
<b>Fattori legati al paziente</b>	<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/ fragilità/ infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/ scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/ mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Mancata adesione al piano di cura <input type="checkbox"/> Vive solo/ assenza di supporto familiare Altro .....		<b>Fattori legati al sistema</b>
	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni / procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/ inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/ stress <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/ regola non seguita <input type="checkbox"/> Mancata/ inesatta lettura documentaz./ etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiatura <input type="checkbox"/> Mancata verifica dell'efficacia dell'intervento educativo <input type="checkbox"/> Mancato uso dei DPI Altro .....		
		<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/ insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/ inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/ inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn-over <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/ procedura inesistente/ ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocolli/ procedure <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Mancata/ inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancanza/ inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/ inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancanza/ inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato <input type="checkbox"/> Interruzione del processo di lavoro <input type="checkbox"/> Mancata fornitura dei DPI Altro .....	
<b>Suggerimenti per prevenire/evitare il ripetersi dell'evento</b>			
<hr/> <hr/> <hr/>			

<b>Evento Potenziale</b>	<b>Situazione pericolosa/ danno potenziale/evento non occorso</b> (es. schizzo di sangue che non ha coinvolto l'operatore , personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute).	<input type="checkbox"/> Livello 1
	<b>Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento occorso, ma intercettato</b> (rottura sotto cappa di un contenitore contenente farmaci chemioterapici antitumorali, . preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/ farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	<input type="checkbox"/> Livello 2

<b>Evento Effettivo</b>	<b>NESSUN ESITO:</b> Evento in fase conclusiva/ nessun danno occorso (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente)	<input type="checkbox"/> Livello 3
	<b>ESITO MINORE:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ richiesta di interventi del medico curante/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	<input type="checkbox"/> Livello 4
	<b>ESITO MODERATO:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ accesso di altro specialista al domicilio del paziente/ realizzazione o ripetizione di indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine)/ realizzazione o ripetizione di trattamenti minori ( bendaggi, medicazioni, riposizionamento o modifica di presidi/sonde, analgesici) trattamento inappropriato	<input type="checkbox"/> Livello 5
	<b>ESITO TRA IL MODERATO E SIGNIFICATIVO:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche ( procedure radiologiche) / necessità di trattamenti con altri farmaci/ intervento chirurgico/ cancellazione o posticipazione del trattamento/ invio in pronto soccorso senza successivo ricovero	<input type="checkbox"/> Livello 6
	<b>ESITO SIGNIFICATIVO:</b> ammissione in ospedale/.....	<input type="checkbox"/> Livello 7
	<b>ESITO SEVERO:</b> disabilità permanente/contributo al decesso	<input type="checkbox"/> Livello 8
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> Uno o più di un evento anno <input type="checkbox"/> Meno di un evento anno	
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Esito minore (fino al livello 4) <input type="checkbox"/> Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	
<b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</b>		
<input type="checkbox"/> Sì (specificare quali) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> No</span>		
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Altre indagini <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero in TI <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Invio al Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Altro.....
<b>Sarà necessario intraprendere accorgimenti a seguito dell'evento?</b>		
<input type="checkbox"/> Sì (specificare quali) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> No</span>		
<input type="checkbox"/> Audit interno <input type="checkbox"/> Stesura/revis.protocollo/procedura <input type="checkbox"/> Sopralluogo (in collaborazione con SPP, Sorveglianza Sanitaria, Direzione Medica)	<input type="checkbox"/> Modifica organizzativa <input type="checkbox"/> Formazione/addestramento del personale	<input type="checkbox"/> Utilizzo presidi/attrezzatura <input type="checkbox"/> Modifica numero di accessi/ piano operativo <input type="checkbox"/> Altro.....
<b>Altri commenti</b>		
<hr/> <hr/> <hr/>		

Data di compilazione della scheda.....

**Allegato VIII:  
Incident reporting integrato  
Area Diagnostica**



<b>DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'ACCADUTO</b>			
che comprenda "Che cosa è successo", "Come è successo", "Perché è successo", "Chi si è accorto di cosa stava accadendo"			
Al momento dell'evento indossava i <b>Dispositivi di Protezione Individuale</b> previsti per l'attività che stava svolgendo come da Prontuario? SI · NO · NON PREVISTI ·			
<b>Fattori che possono aver contribuito all'evento</b>			
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> In alternativa è possibile indicare più di una delle risposte seguenti			
<b>Fattori legati al paziente</b>	<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/ fragilità/ infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/ scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/ mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Mancata adesione al piano di cura <input type="checkbox"/> Vive solo/ assenza di supporto familiare Altro .....	<b>Fattori legati al sistema</b>	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/ insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/ inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/ inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn-over <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/ procedura inesistente/ ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocolli/ procedure <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Mancata/ inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancanza/ inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/ inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancanza/ inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato <input type="checkbox"/> Interruzione del processo di lavoro <input type="checkbox"/> Mancata fornitura dei DPI Altro .....
<b>Fattori legati al personale</b>	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni / procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/ inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/ stress <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/ regola non seguita <input type="checkbox"/> Mancata/ inesatta lettura documentaz./ etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiatura <input type="checkbox"/> Mancata verifica dell'efficacia dell'intervento educativo <input type="checkbox"/> Mancato uso dei DPI Altro .....		
<b>Suggerimenti per prevenire/evitare il ripetersi dell'evento</b>			

Data di compilazione della scheda.....

<b>Evento Potenziale</b>	<b>Situazione pericolosa/ danno potenziale/evento non occorso</b> (es. schizzo di sangue che non ha coinvolto l'operatore , personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute).	<input type="checkbox"/> Livello 1
	<b>Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento occorso, ma intercettato</b> (rottura sotto cappa di un contenitore contenente farmaci chemioterapici antitumorali, . preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/ farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	<input type="checkbox"/> Livello 2
<b>Evento Effettivo</b>	<b>NESSUN ESITO:</b> Evento in fase conclusiva/ nessun danno occorso (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente)	<input type="checkbox"/> Livello 3
	<b>ESITO MINORE:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ richiesta di interventi del medico curante/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	<input type="checkbox"/> Livello 4
	<b>ESITO MODERATO:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ accesso di altro specialista al domicilio del paziente/ realizzazione o ripetizione di indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine)/ realizzazione o ripetizione di trattamenti minori ( bendaggi, medicazioni, riposizionamento o modifica di presidi/sonde, analgesici) trattamento inappropriato	<input type="checkbox"/> Livello 5
	<b>ESITO TRA IL MODERATO E SIGNIFICATIVO:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche ( procedure radiologiche) / necessità di trattamenti con altri farmaci/ intervento chirurgico/ cancellazione o posticipazione del trattamento/ invio in pronto soccorso senza successivo ricovero	<input type="checkbox"/> Livello 6
	<b>ESITO SIGNIFICATIVO:</b> ammissione in ospedale/.....	<input type="checkbox"/> Livello 7
	<b>ESITO SEVERO:</b> disabilità permanente/contributo al decesso	<input type="checkbox"/> Livello 8
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> Uno o più di un evento anno <input type="checkbox"/> Meno di un evento anno	
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Esito minore (fino al livello 4) <input type="checkbox"/> Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	
<b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</b>		
<input type="checkbox"/> Sì (specificare quali) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non Valutabile		
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Sopralluogo (in collaborazione con SPP, Sorveglianza Sanitaria, Direzione Medica)	<input type="checkbox"/> Altre indagini <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero in TI <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Invio al Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Altro..... .....
<b>Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?</b>		
<input type="checkbox"/> Sì (specificare quali) <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Audit interno <input type="checkbox"/> Stesura/revis.protocollo/procedura	<input type="checkbox"/> Modifica organizzativa <input type="checkbox"/> Formazione/addestramento del personale	<input type="checkbox"/> Utilizzo presidi/attrezzatura <input type="checkbox"/> Modifica numero di accessi/ piano operativo <input type="checkbox"/> Altro.....
<b>Altri commenti</b>		
<hr/> <hr/>		

Data di compilazione della scheda.....

# **Allegato IX: Check list Safety Walk around**

### **CHECK LIST GIRI PER LA SICUREZZA**

DOMANDA INIZIALE: Una domanda generale su una iniziativa in corso o un problema di lavoro o sicurezza rilevante nello specifico momento nell'organizzazione.

- Si sono verificate recentemente situazioni che hanno causato danni ai pazienti o infortuni agli operatori? Se sì, quali? Che cosa era successo?
- Vi sono stati incidenti scongiurati all'ultimo momento? Se sì, quali?
- Quando avviene un incidente o commette un errore, lo segnala sempre? E' preoccupato delle conseguenze?
- Quando avviene un incidente/infortunio o commette un errore, vengono definite all'interno dell'U.O. le azioni da attuare per evitare il ripetersi dell'incidente/infortunio?
- Nell' U.O. vi sono condizioni ambientali o operative o di contesto o situazioni che potrebbero creare condizioni di rischio? Quali?\*
- Quali misure potrebbero essere assunte per migliorare la sicurezza nell'U.O.? Quale specifico intervento della direzione potrebbe rendere il lavoro più sicuro?
- Cosa potrebbe rendere più efficaci i giri per la sicurezza?

DOMANDA FINALE: chiede a ciascuno come contribuirà a risolvere le problematiche discusse durante il giro.

\*In questa domanda indagare responsabilità, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, Dispositivi di Protezione Individuale, Piano formativo sicurezza

## Riferimenti legislativi, normativi e bibliografia

Alberton F., Girelli R., Salvato S., Cappi S., Dal Negro R.W. “La gestione del rischio clinico nel contesto di un sistema di gestione della qualità in ambito ospedaliero” - Atti dell’11° Congresso Asma Bronchiale e BPCO: Obiettivi, Rimedi e Strategie. Verona, 30 gennaio - 1 febbraio 2008;

Decreto Legislativo 9 aprile 2008 , n. 81 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.” e s.m.i.;

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 2133 del 10 luglio 2007 “Piano di prevenzione e promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro 2005–2007. Area Progetti, Ricerca e Sviluppo. Progetto di promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto. Approvazione”;

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1369 del 12 maggio 2009 “Progetto di integrazione fra sistemi di gestione nelle strutture sanitarie del Veneto sul tema salute e sicurezza. Approvazione e impegno di spesa 2009.”;

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1463 del 19 maggio 2009 “Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le strutture sanitarie pubbliche. Approvazione.”;

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1158 del 23 marzo 2010 “Accordo tra Regione Veneto e INAIL Direzione Regionale per il Veneto per la realizzazione di iniziative di implementazione di Sistemi di Gestione della Sicurezza ( SGS) nel settore della Sanità del Veneto. Approvazione.”;

Deliberazione della Giunta Regionale N. 3139 del 14 dicembre 2010 “Piano Regionale Prevenzione del Veneto - anni 2010-2012. Approvazione. Impegno di spesa.”;

Del Vecchio M. e Cosmi L.: “Lo sviluppo della funzione risk management nelle aziende sanitarie: una prospettiva economico aziendale” – Editoriale;

Del Vecchio M. e Cosmi L.: “Il Risk Management nelle aziende sanitarie.” McGraw-Hill, Milano, 2003;

Linee guida UNI – INAIL per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) – Settembre 2001;

Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari”;

Romano G., Pascu D., Bellandi T., Tartaglia R., Introduzione all’edizione italiana in *Patient Safety La Sicurezza del Paziente*, Roma, Esse Editrice, 2007;

Vincent C., *Patient Safety*, Elsevier Limited, Oxford, United Kingdom, 2006, trad. it. *Patient Safety La Sicurezza del Paziente*, Roma, Esse Editrice, 2007.

## Ringraziamenti

Eccoci alla famosa paginetta finale, dove le emozioni prendono il sopravvento sui contenuti e sulla tecnica. I ringraziamenti.

Desidero ringraziare innanzitutto la Dott.ssa Cervi, per avere creduto e investito nelle mie potenzialità e per dimostrarmi ogni giorno come, essere un leone, significhi affrontare il lavoro e la vita con ottimismo e tenacia. La ringrazio anche per avermi fatto scoprire il significato della sigla che ormai mi perseguita...SGS!

Un grazie anche al Prof. Finotto, non dimenticherò mai il suo contagioso entusiasmo, né tantomeno la sua imitazione di Adriano Celentano, alla Direzione Prevenzione, per aver investito nel Progetto strutture sanitarie e per continuare a sostenerlo e all'INAIL – Direzione Regionale, per dare un senso alle parole “prevenzione” e “cultura della sicurezza”.

Un grazie speciale anche a Silvia, Marta, Lorella e Betti, per far parte del Servizio di Prevenzione e Protezione più in rosa che esista. Colgo l'occasione per dire, a ognuna di loro, che le aspetto: aspetto Silvia a Legnago per una lezione appassionata sul caro buon vecchio SGS (la tua presenza è importante), Marta al corso area medica per una lezione sui DPI (sarai bravissima), Lorella a casa mia per un consiglio su quale lampada abbinare con il divano grigio tortora (un TdP così esperto di design non si è mai visto) e Betti al cinema per vedere tutti quei film degli anni '80 che mi sono persa (hai ragione Kevin Costner in Fandango non è mica male).

Un ringraziamento anche alla mia compagna di Master, Stefania, per essermi stata così vicina (di banco intendo!). E' il primo Ingegnere che ho avuto modo di conoscere e apprezzare veramente. Spero possa ricredersi anche lei sui laureati in Economia!

Ringrazio poi la mia famiglia.

I sempre cari mamma, papà e nonna, per il loro incrollabile e infinito (purtroppo!) sostegno economico, ma anche e soprattutto per il loro amore e per le loro coccole che mi hanno permesso di raggiungere anche questo traguardo. Non diffidate. Arriverà il giorno in cui sarò in grado di ricompensarvi, affiancando la Triscina alle Maldive. E se non ci riuscirò, vorrà dire che staremo insieme sotto una veranda a guardare le stelle e a mangiare angurie, come abbiamo sempre fatto, il modo più semplice e più bello di trascorrere le estati;

La mia piccola ed adorata sorellina (è già la seconda tesi in cui ti ringrazio...aspetto che ricambi il prima possibile!), a cui basta anche solo un sorriso per illuminare tutto ciò che ha davanti a sé (sorellona inclusa), e il suo bel morosetto Marco, che mi sta dimostrando come la passione sia la chiave della felicità.

Ringrazio inoltre il nostro bel Paese, per la spinta continua a migliorare che impone a tutti noi giovani. Non è bastato il diploma, la laurea in una prestigiosa (mi sembra si dica così) università a pieni voti, lo stage, il corso di specializzazione, il Toefl, l'Ecdl, il lavoro in una grande multinazionale, i tavoli di lavoro nazionali, il master ecc. per trasformare la mia condizione di precaria in quella che tanti libri e tanti direttori usano chiamare “risorsa umana”.

Ringrazio infine il mio Andrea, la persona con più qualità che io conosca. Lo ringrazio per quello che è stato e per quello che sarà. Spero (ancora) che un giorno una creaturina cicciottella, con l'occhietto strabico, ma verde, potrà somigliargli. Però prima: vestito bianco. E' una quasi dichiarazione (quella ufficiale non tocca a me!), seguita da una esortazione: non diffidare neanche tu. Ce la faremo. Ce l'abbiamo sempre fatta. Insieme.