



AZIENDA  
OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA



Santa Maria  
della Misericordia  
di Udine

# MANUALE PER IL NEOASSUNTO E PER IL FREQUENTATORE

# Saluto del Direttore Generale

Oggi Lei inizia la sua attività nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Udine, a nome della quale le formulo il migliore augurio di benvenuto.

Questa Azienda, che imparerà progressivamente a conoscere, è una grande organizzazione sanitaria e rappresenta un punto nodale nello sviluppo del sistema sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia, con punte di eccellenza in grado di essere riferimento consolidato per l'intero Servizio Sanitario Nazionale. In essa convivono e collaborano professionalità di elevato profilo, provenienti sia dal mondo ospedaliero sia da quello universitario, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei Cittadini tutte le potenzialità che derivano da una armonica integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

Le suggerisco di consultare l'Atto Aziendale, nel quale troverà descritti i principi fondanti ed ispiratori dell'attività di questa Azienda Ospedaliera Universitaria, che è un patrimonio consolidato di questa Regione e di chiunque abbia a cuore la salute pubblica. Lo spirito di appartenenza a questa Istituzione è motivo di orgoglio per tutto il personale dipendente e, allo stesso tempo, stimolo continuo al miglioramento dei servizi offerti: la invito pertanto a tenere conto di questi aspetti nel suo operare quotidiano all'interno dell'Azienda, uniformando sempre il suo comportamento ai codici etici ed ai regolamenti esistenti, promuovendo la cultura del rispetto reciproco e della collaborazione multidisciplinare ed interprofessionale nell'esclusivo interesse dei Cittadini, alle esigenze dei quali siamo chiamati a rispondere.

Questo sintetico manuale è stato pensato come utile compendio di aiuto per il suo inserimento nel complesso mondo aziendale: i necessari approfondimenti le saranno facilitati dai Responsabili della struttura di assegnazione.

Mi auguro che lei possa al più presto sentirsi pienamente partecipe della vita organizzativa di questa Azienda Ospedaliera Universitaria e che il fatto di potervi appartenere possa costituire anche per lei un legittimo orgoglio.

Unisco agli auguri di buon lavoro i miei migliori saluti

Maggio 2013

Direttore generale  
dott. Mauro Delendi

# Indice

Saluto del Direttore Generale	Pag 2
Responsabili dei contenuti e aggiornamento del manuale	Pag. 4
Obiettivi generali per il percorso di apprendimento per il personale neoassunto e per i frequentatori	Pag 5
SEZIONE A	
Presentazione dell'AOU UD	Pag 6
Qualità, accreditamento e sicurezza del paziente	Pag 12
La privacy	Pag 23
Il rapporto di lavoro nell'AOU UD	Pag 34
SEZIONE B	
Prevenzione, protezione e sorveglianza sanitaria	Pag 47
Piano di gestione dell'emergenza	Pag 62
SEZIONE C	
Prevenzione, protezione e sorveglianza sanitaria a livello di struttura operativa	Pag 78
Il piano di gestione dell'emergenza a livello di struttura operativa	Pag 80

# Responsabili dei contenuti e aggiornamento del manuale

## PRESENTAZIONE AOU UD:

Ufficio Relazioni con il Pubblico

## QUALITA' ED ACCREDITAMENTO:

SOC Accreditamento, Gestione del Rischio clinico e Valutazione delle Performance

## SICUREZZA DEL PAZIENTE:

SOC Accreditamento, Gestione del Rischio clinico e Valutazione delle Performance

## LA PRIVACY:

Responsabile Privacy Aziendale

## IL RAPPORTO DI LAVORO NELL'AOU UD:

SOC Gestione delle Risorse Umane

## PREVENZIONE, PROTEZIONE E SORVEGLIANZA SANITARIA:

SOS Tutela della Salute dei Lavoratori

Servizio di Prevenzione e Protezione

## PIANO DI GESTIONE DELL'EMERGENZA:

Responsabile delle Emergenze Interne

## COORDINAMENTO DEL PROGETTO E GESTIONE DELLA PROCEDURA:

Funzione di Staff Formazione - Dott.ssa O.Dal Bo'

# Obiettivi generali per il percorso di apprendimento per il personale neoassunto e per i frequentatori

## **PERSONALE NEOASSUNTO:**

L'obiettivo generale del progetto è quello di fornire al personale (già entro le prime settimane dall'assunzione) le informazioni necessarie a garantire il rispetto delle norme riguardanti la prevenzione, protezione, sorveglianza sanitaria e sicurezza nonché alcune informazioni essenziali relative all'organizzazione aziendale, alle politiche per la qualità, alla privacy ed al rapporto di lavoro dipendente nell'azienda Ospedaliero – Universitaria di Udine.

Il presente manuale è stato pensato per facilitare il processo di orientamento del personale neoassunto e stimolare l'aggiornamento dei dipendenti, non esaurisce, quindi, i vari argomenti.

Gli obiettivi specifici sono dettagliati in ogni unità.

**Neoassunto  
Sanitario**



**Neoassunto  
Amministrativo**



## **FREQUENTATORI:**

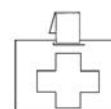
L'obiettivo generale del progetto è quello di fornire ai frequentatori che effettuano attività cliniche o pratiche le informazioni necessarie a garantire il rispetto delle norme riguardanti la prevenzione, protezione, sorveglianza sanitaria e sicurezza nonché alcune informazioni essenziali relative all'organizzazione aziendale, alle politiche per la qualità, alla privacy nell'azienda Ospedaliero – Universitaria di Udine.

Gli obiettivi specifici sono dettagliati in ogni unità.

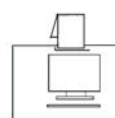
Si fa presente che gli obiettivi riguardanti le unità di apprendimento 5 e 6 devono essere raggiunti nelle prime 14 ore e sono preliminari all'inizio di qualsiasi attività.

Si rammenta che i capitoli dedicati ai frequentatori sono il cap.1-2-3-5-6

**Frequentatore  
Sanitario**



**Frequentatore  
Amministrativo**



# Presentazione dell'AOU UD

## Unità di apprendimento 1

### Obiettivi Formativi

Alla fine dell'unità di apprendimento il dipendente dovrà essere in grado di:

1. Individuare i valori di riferimento dell'Azienda
2. Illustrare la mission e la vision aziendale
3. Definire i principi ispiratori del servizio al cittadino
4. Descrivere gli organi e l'articolazione aziendale

### Indice

- ⇒ L'azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia"
- ⇒ La sede
- ⇒ I valori di riferimento
- ⇒ Mission e vision
- ⇒ Principi ispiratori del servizio ai cittadini
- ⇒ Partecipazione dei cittadini
- ⇒ Gli organi
- ⇒ Articolazione aziendale
- ⇒ Materiale di approfondimento

Redazione / Aggiornamento:

Dott.ssa M.Campagnolo

Verifica / Approvazione

Dott. A. Cannavacciuolo

# L'Azienda

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine (AOU UD) è stata costituita con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Costituzione nell'ambito della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, con sede in Udine" del 2 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 143, del 22.06.2006.

Il protocollo d'intesa dd. 9.01.2006 tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l'Università degli Studi di Udine ha reso possibile e regolamentato la fusione dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" di Udine e del Policlinico Universitario a Gestione Diretta di Udine.

La nuova Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia gestionale, tecnica ed organizzativa ed è un'articolazione del Servizio Sanitario Regionale. L'assetto organizzativo della AOU UD è formalmente definito dall'Atto aziendale.

L'impegno assistenziale è svolto ponendo al centro dell'organizzazione l'utente, al quale il personale assicura le prestazioni con spirito solidaristico ed umanitario al fine di ridurre il disagio della degenza e di aiutarlo ad affrontare le conseguenze anche psicologiche derivanti dalla malattia.

## Sede

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine ha la sua sede principale e legale a Udine in piazzale Santa Maria della Misericordia n.15. Ha due sedi decentrate, Cividale del Friuli in piazzale dell'Ospedale n. 2 e Gemona del Friuli, piazzale Rodolone.



## I valori di riferimento

Quale parte del sistema ospedaliero regionale e in relazione alla sua matrice istituzionale di integrazione con l'Università, l'AOU UD assume i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e di gestione delle proprie attività, così come le attitudini e le azioni di tutti coloro che, a vario titolo, operano nell'Azienda e contribuiscono all'assolvimento della sua missione:

- **centralità della persona:** l'Azienda pone al centro di tutte le sue azioni la persona
  - ⇒ valorizzando l'unicità di ogni individuo nella sua interezza;
  - ⇒ garantendo pari opportunità ed evitando ogni forma di discriminazione;
  - ⇒ rispettando i valori, le credenze religiose, le differenze di genere e della cultura di appartenenza;
  - ⇒ promuovendo tutti i possibili processi tesi a garantire la salute e la sicurezza del personale che presta la propria opera presso le strutture dove si svolge l'attività dell' AOU UD;
  - ⇒ favorendo scelte consapevoli tramite la trasparenza dei processi e dell'informazione;
  
- **appartenenza:** l'AOU UD ritiene essenziale sviluppare il senso di appartenenza che significa sentirsi parte attiva di un'organizzazione in termini di valori e linguaggi condivisi, di comportamenti collaborativi e di condivisione delle scelte strategiche e delle loro applicazioni;
  
- **responsabilità:** tutti i soggetti che operano all'interno dell'AOU UD, persone e gruppi, devono assumere la responsabilità del proprio agire, rendendo conto delle proprie azioni. Ciò presuppone la trasparenza dei comportamenti, una chiara assunzione di responsabilità di tipo clinico, relazionale e organizzativo e la capacità di valutare sistematicamente l'impatto delle attività svolte sull'organizzazione;
  
- **eccellenza:** l'AOU UD mira al raggiungimento dell'eccellenza,
  - ⇒ nell'**assistenza**, ricercando l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e promuovendo l'accessibilità ai servizi sanitari e la continuità dei processi;
  - ⇒ nella **didattica** e nella **ricerca**, perseguendo il miglioramento continuo della qualità delle attività svolte per mezzo di professionisti costantemente tesi ad operare al meglio secondo i parametri accettati internazionalmente.
  
- **dialogo:** il dialogo, inteso come forma di relazione di ogni professionista nei rapporti con gli altri operatori dell'Azienda, pur nel rispetto della responsabilità clinica e organizzativa di ciascuno, è il *modus operandi* ordinario promosso all'interno dell'AOU UD. Esso mira a stimolare: la comprensione reciproca, il rispetto delle opinioni altrui e la ricerca di stili di comunicazione appropriati. Inoltre, il dialogo favorisce la capacità di sapersi collocare efficacemente all'interno di una rete, data la consapevolezza che, in organizzazioni complesse, risultati di eccellenza sono raggiungibili solo attraverso approcci multidisciplinari e multiprofessionali;
  
- ⇒ **creatività:** l'AOU UD promuove la creatività quale strumento per favorire innovazione e sviluppo. L'Azienda, in sinergia con altre istituzioni pubbliche e private, sostiene l'attivazione di processi di aggiornamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e organizzativo, indotti dal progresso delle conoscenze tecnico-scientifiche e conseguenti allo sviluppo dell'attività di ricerca, in grado di favorire la qualificazione continua dell'assistenza, della didattica e della ricerca e di consolidare la valenza regionale, nazionale e internazionale dell'AOU UD.



## Mission e vision

La missione dell'AOU UD, definita dall'articolo 2 del Protocollo di Intesa tra Regione Friuli Venezia Giulia ed Università degli Studi di Udine, consiste nello svolgimento unitario e coordinato delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, in modo da garantire alti standard di assistenza sanitaria nel servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario le funzioni e le attività del personale ospedaliero e del personale universitario. La collaborazione deve svilupparsi in modo da garantire il perseguimento degli obiettivi di qualità, efficienza, efficacia, economicità ed appropriatezza del servizio sanitario pubblico, attraverso una programmazione concertata degli obiettivi e delle risorse, ai sensi delle vigenti disposizioni, in funzione delle attività assistenziali e delle attività didattiche e di ricerca.

Cardini essenziali per realizzare la missione istituzionale sono:

- ⇒ gli utenti, rispetto ai quali garantire il servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca
- ⇒ la comunità, con cui professionisti e organizzazione si relazionano,
- ⇒ il professionista e l'organizzazione nella quale è inserito, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio.
- ⇒ gli studenti, ai quali garantire un'adeguata offerta formativa e logistica.

L'AOU UD vuole essere una organizzazione che promuove la salute dei pazienti e dei loro familiari, del personale e della comunità, con interventi mirati al miglioramento continuo della qualità dei servizi, perseguendo l'eccellenza nell'assistenza, nella didattica e nella ricerca.

Tale visione sviluppa i concetti di un nuovo movimento di sanità pubblica che renda i cittadini effettivamente artefici delle decisioni che li riguardano e li metta in grado di raggiungere appieno il loro potenziale di salute e si concretizza attraverso:

- ⇒ la valorizzazione delle risorse umane;
- ⇒ la promozione dell'innovazione e della qualità clinico-assistenziali, tecnologiche e organizzative;
- ⇒ la qualificazione dell'attività di didattica;
- ⇒ lo sviluppo delle relazioni con l'ambiente esterno.

## Principi ispiratori del servizio al cittadino

L'AOU UD pone al centro della propria azione i cittadini e le collettività servite. Di conseguenza garantisce:

- ⇒ **equità e imparzialità**, in modo che siano assicurate a tutti i cittadini uguali opportunità d'accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti che l'Azienda mette a disposizione, in relazione ai bisogni;
- ⇒ **trasparenza nei processi decisionali** al fine di garantire la circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate, sulle modalità di erogazione e sui risultati ottenuti, nonché la diffusione dei criteri su cui si basano le scelte di gestione e di governo clinico;
- ⇒ **efficacia ed appropriatezza**, intese come selezione delle azioni idonee a raggiungere gli scopi assistenziali che si intendono perseguire, attraverso l'individuazione delle priorità d'intervento e lo sviluppo di una gestione per obiettivi basata sul coordinamento e sull'integrazione, piuttosto che sulla rigida separazione delle competenze;
- ⇒ **affidabilità**, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità della popolazione servita;

- ⇒ **coinvolgimento della comunità**, attraverso forme di partecipazione che consentano una reale condivisione delle scelte aziendali in materia di salute, qualificando così ulteriormente l'offerta dei servizi sanitari da parte dell'Azienda;
- ⇒ **economicità**, intesa come il perseguimento di condizioni gestionali e operative sostenibili, e cioè capaci di garantire che le risorse economiche disponibili per le attività aziendali coprano, quanto meno in un orizzonte di medio-lungo periodo, i costi legati all'erogazione dei servizi.

## Partecipazione dei cittadini

L'Azienda garantisce il costante impiego dei principali strumenti organizzativi previsti dalle norme in materia di partecipazione:

- ⇒ **la carta dei servizi** è l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento, stipulato tra l'AOU UD e i cittadini;
- ⇒ **l'ufficio relazioni con il pubblico** verifica, all'interno del sistema qualità dell'AOU UD, la percezione della qualità delle prestazioni erogate attraverso idonei e adeguati strumenti per l'ascolto dell'utenza e la comunicazione con i cittadini e le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti;
- ⇒ **il sito web aziendale** garantisce la piena trasparenza e la migliore accessibilità alle informazioni inerenti i servizi erogati.

## Organi dell'Azienda

Sono organi dell'AOU UD:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio sindacale;
- c) l'organo di indirizzo.

### Il direttore generale

Il direttore generale è nominato dalla Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università.

Egli è il legale rappresentante dell'Azienda, di cui assicura regolare funzionamento, rispondendo alla Regione del proprio mandato nell'ambito della programmazione regionale e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionali.

### Il collegio sindacale

Il collegio sindacale è l'organo collegiale titolare della funzione di controllo istituzionale sull'andamento delle attività dell'Azienda e sulla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa ai principi di legalità.

### L'organo di indirizzo

L'organo d'indirizzo dell'AOU UD, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata (DAI), espleta i seguenti compiti:

- ⇒ propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica scientifica della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- ⇒ verifica la corretta attuazione della programmazione;
- ⇒ propone una terna di nominativi al direttore generale per la nomina, da parte del medesimo, del coordinatore scientifico aziendale.

# Articolazione Aziendale

L'articolazione dell'azienda e le novità in materia di organizzazione interna, indirizzi, politiche e procedure sono reperibili sul sito aziendale:

## **Sito web AOU UD**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/>  
nella intranet contenuta nello stesso.

Di seguito sono riportate le sezioni fondamentali:

## **Sezione Azienda**

### **La direzione**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/azienda/direzione>

### **La struttura**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/azienda/la-struttura>

### **L'Azienda oggi**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/azienda/>

### **La storia**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/azienda/chi-siamo>

## **Sezione Operatori**

### **Rivista on-line**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/formazione/biblioteca-medica>

### **Convegni**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/formazione/convegni-e-congressi>

### **Formazione**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/formazione/formazione>

## **Sezione Informazioni Utili**

### **Elenco telefonico e orari segreterie**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/azienda/elenco-telefonico>

## **Sezione Servizi**

### **Prestazioni e tempi di attesa**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/curarsi/prestazioni>

### **Libera professione**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/curarsi/libera-professione>

### **Ufficio Relazioni con il Pubblico**

⇒ <http://www.ospedaleudine.it/azienda/urp>

# Materiale di approfondimento

Presso l'Ufficio relazioni con il Pubblico (URP) si può trovare l'opuscolo "Guida rapida all'ospedale", con aggiornamento semestrale.

**Il direttore generale** <http://www.ospedaleudine.it/azienda/direzione/direttore-generale>

**Il direttore sanitario** <http://www.ospedaleudine.it/azienda/direzione/direttore-sanitario>

**Il direttore amministrativo** <http://www.ospedaleudine.it/azienda/direzione/direttore-amministrativo>

**Le dimensioni dell'ospedale** <http://www.ospedaleudine.it/stc/nuovosito/azienda/azienda.asp?Style=>

**I dipartimenti** <http://www.ospedaleudine.it/stc/nuovosito/servizi/dipartimenti.asp?Style=>

# Qualità e accreditamento e sicurezza del paziente

## Unità di apprendimento 2

### Obiettivi Formativi

Alla fine dell'unità di apprendimento il dipendente dovrà essere in grado di:

#### QUALITA' E ACCREDITAMENTO

1. Definire il concetto di qualità
2. Descrivere la metodologia generale seguita per il miglioramento della qualità (PDCA)
3. Identificare i sistemi di accreditamento
4. Delineare il modello di accreditamento secondo Joint Commission International

#### GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

1. Definire il concetto di sicurezza del paziente
2. Elencare gli obiettivi internazionali di sicurezza per il paziente

### Indice

#### QUALITA' E ACCREDITAMENTO

- ⇒ Il concetto di qualità
- ⇒ La metodologia PDCA
- ⇒ I sistemi di accreditamento
- ⇒ Il modello di accreditamento secondo Joint Commission International

#### GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

- ⇒ La promozione e la ricerca della sicurezza del paziente
- ⇒ Gli obiettivi internazionali di sicurezza per il paziente

Redazione / Aggiornamento:

Qualità ed accreditamento

Dott.ssa C. Londero

Verifica / Approvazione

Dott. S. Brusaferrò

# Qualità ed accreditamento

Qualunque sia la propria collocazione in Azienda, non bisogna mai dimenticare che non esiste qualità senza sicurezza e che sia la qualità che la sicurezza possono emergere solo dal contributo di tutti, nessuno escluso.

## IL CONCETTO DI QUALITÀ

Parlando di qualità, esistono in letteratura molte definizioni. Ad esempio il glossario del programma “La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico” del Ministero della Salute definisce la “qualità dei servizi sanitari” come “capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili”.

Lo stesso glossario, alla voce “approccio sistemico”, afferma che “l’approccio alla gestione del rischio prevede una visione sistemica che prende in considerazione tutte le componenti dell’organizzazione sanitaria. Parte dal presupposto che l’organizzazione sanitaria è un sistema complesso e adattativo in cui interagiscono un insieme di elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune”.

Gli interventi per perseguire efficacemente la qualità del servizio socio-sanitario fanno riferimento anche:

- ⇒ al principio della dignità della persona,
- ⇒ alla responsabilità della singola persona, quale artefice del proprio stile di vita e delle conseguenze di salute che ne derivano,
- ⇒ al principio del governo clinico, come modalità di coinvolgimento delle professioni sanitarie nelle decisioni sulla gestione dell’Azienda,
- ⇒ alla partecipazione dei cittadini a supporto del miglioramento continuo della qualità dei servizi,
- ⇒ ai percorsi di valutazione intesi come occasione di miglioramento.

## LA METODOLOGIA PDCA

La Direzione generale dell’Azienda ha individuato nella metodologia di accreditamento Joint Commission International (JCI) lo strumento attraverso il quale radicare e sistematizzare l’attuazione del miglioramento continuo.

La metodologia seguita per il miglioramento della qualità è il PDCA (Plan-Do-Check-Act) che prevede un percorso ciclico e sistematico. La metodologia, universalmente diffusa in campo sanitario, si basa su dati di fatto, non su opinioni/sensazioni.

La fase “Plan” identifica il problema e pianifica le azioni correttive.

La fase “Do” applica le azioni correttive pianificate, generalmente su piccola scala.

La fase “Check” valuta i risultati delle azioni intraprese, confrontandoli con gli obiettivi attesi.

La fase “Act” generalizza nel ciclo produttivo le azioni intraprese, qualora la fase “Check” abbia dato esito positivo; riavvia, invece, un nuovo ciclo PDCA qualora la fase “Check” abbia dato esito negativo.

Viene promosso, in particolare, l’utilizzo dei seguenti strumenti per la gestione clinica:

- ⇒ linee guida promosse da società scientifiche,
- ⇒ protocolli basati sull’evidence based medicine e sull’evidence based nursing,
- ⇒ gestione del rischio clinico.

## I SISTEMI DI ACCREDITAMENTO

Il glossario citato definisce l’ “accreditamento” come “processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un’istituzione corrispondano a standard predefiniti”.

Distingue poi tra:

“**Accreditamento volontario**” (detto anche accreditamento professionale tra pari): inteso come “processo promosso autonomamente da gruppi professionali e da società scientifiche, al fine di garantire un costante adeguamento dei livelli professionali garantiti”.

**“Accreditamento istituzionale”**: inteso quale “riconoscimento pubblico del possesso dei requisiti previsti dagli standard nazionali/regionali per i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale/regionale”.

### **I SISTEMI DI ACCREDITAMENTO**

La Joint Commission International (JCI), braccio internazionale di The Joint Commission (USA), è nata nel 1989 con la missione di migliorare continuamente la sicurezza e la qualità dell’assistenza sanitaria nella comunità internazionale. Avvalendosi di esperti in tutte le aree specialistiche e di una straordinaria esperienza, JCI fornisce elementi oggettivi per valutare le organizzazioni sanitarie sulla base di criteri espliciti e condivisi.

La mission di Joint Commission International (JCI) è, appunto: “Migliorare continuamente la sicurezza e la qualità delle cure fornite ai pazienti attraverso l’accreditamento e l’erogazione di servizi collegati che supportano il miglioramento delle performance nelle organizzazioni sanitarie”.

Il processo di accreditamento così inteso è progettato per creare una cultura della sicurezza e della qualità all’interno di un’organizzazione che si adopera per migliorare di continuo i processi assistenziali e i relativi risultati. Così facendo, un’organizzazione:

- ⇒ consolida la fiducia del pubblico rispetto al fatto che la sicurezza del paziente e la qualità dell’assistenza sono priorità aziendali;
- ⇒ offre un ambiente di lavoro sicuro ed efficiente che contribuisce alla soddisfazione degli operatori;
- ⇒ è in grado di negoziare con le fonti di finanziamento in base ai dati sulla qualità dell’assistenza;
- ⇒ ascolta i pazienti e i loro familiari, ne rispetta i diritti e li coinvolge nel processo assistenziale in qualità di partner;
- ⇒ crea una cultura che è aperta a imparare dalla segnalazione tempestiva di eventi avversi e problemi di sicurezza;
- ⇒ insedia una leadership collaborativa e permanente che stabilisce le priorità del programma di qualità e sicurezza del paziente a tutti i livelli.

Joint Commission  
International



*Nel mese di dicembre 2010 l’Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine ha ottenuto il primo accreditamento all’eccellenza secondo gli standard Joint Commission International (JCI).*

*Il successivo riaccreditamento, avvenuto nel gennaio 2014, ha riconosciuto l’Azienda, prima in Italia, come “Academic Medical Center Hospital”.*

*Questi prestigiosi riconoscimenti sono stati conferiti a seguito della verifica da parte di JCI dell’esistenza di un intenso percorso di miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti che impegna tutto il personale dell’Azienda nel raggiungimento degli standard di eccellenza riconosciuti a livello internazionale.*

*Tale verifica avviene con cadenza triennale.*

# Gestione della sicurezza del paziente

## LA PROMOZIONE E LA RICERCA DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

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. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile.

Come in altri sistemi complessi, quali l'aviazione, le centrali nucleari o i sistemi di difesa militare, anche in ambito sanitario possono verificarsi incidenti ed errori.

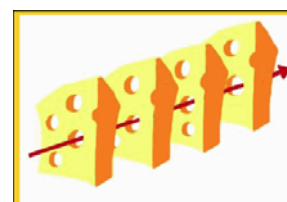
Garantire la sicurezza per il paziente, quindi, è fare in modo che il paziente non abbia danni, anche potenziali, non necessari associati con l'assistenza sanitaria.

Per "**rischio clinico**" si intende "la probabilità che un paziente subisca un danno o un disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure sanitarie prestate durante il periodo di degenza che causa un prolungamento della permanenza in ospedale o un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, Institute of Medicine 1999).

Quindi, un incidente relativo alla sicurezza del paziente è un evento o una circostanza che poteva risultare o è risultata in un danno non necessario al paziente.

La maggior parte degli incidenti in organizzazioni complesse è generato dall'interazione fra le diverse componenti del sistema: tecnologica, umana ed organizzativa. All'inizio degli anni novanta uno psicologo, James Reason è riuscito a spiegare ed illustrare efficacemente il problema degli errori nei sistemi complessi; il suo modello, soprannominato del "formaggio svizzero" è utile per la comprensione delle complessità e disomogeneità intrinseche al sistema.

I buchi nelle fette di formaggio rappresentano le insufficienze latenti che sono presenti nei processi sanitari; quando si modificano più fattori che normalmente agiscono come barriere protettive, i buchi si possono allineare e permettere il concatenarsi di quelle condizioni che portano al verificarsi dell'evento avverso.



Gli incidenti possono derivare da atti volontari o involontari:

- ⇒ quelli **volontari** sono definiti violazioni e sono caratterizzati dalla deliberata volontà di non seguire determinate regole comportamentali e/o norme;
- ⇒ quelli **involontari** non sono intenzionali e sono definiti errori.

Si definisce "**errore**" il fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

L'errore è, pertanto, un evento indesiderabile, non intenzionale, potenzialmente dannoso o dannoso per il paziente causato dalla gestione sanitaria e non conseguente alla malattia del paziente; l'errore così inteso ha le caratteristiche di essere un evento avverso prevenibile e, quindi, possono essere messi in atto comportamenti finalizzati a impedire che accada.

Di particolare gravità viene considerato "**l'evento sentinella**" inteso come errore, potenzialmente evitabile, che comporta morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo a un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Gli eventi avversi che accadono nella pratica sanitaria quotidiana rappresentano un importante problema in rapporto alla necessità di assicurare l'erogazione delle prestazioni con la migliore qualità e sicurezza possibile.

Ai fini dell'identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste l'analisi dei quasi eventi o "near-miss", intesi come eventi che stavano per accadere durante il processo di cura, ma che una fortunata fatalità nella catena dei fatti o un intervento esterno hanno fatto sì che fossero intercettati in tempo.

L'Azienda nell'ottica di perseguire il miglioramento continuo della qualità assistenziale, adotta sistematicamente gli strumenti di rilevazione, analisi, valutazione e gestione del rischio clinico. In particolare, effettua l'analisi degli eventi avversi segnalati mediante specifiche tecniche di analisi sistemica (come, ad esempio, la Failure Modes and Effects Analysis<sup>1</sup> e la Root Cause Analysis)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Modalità sistematica di indagine prospettica di un progetto per esaminare tutti i modi possibili in cui si può verificare un guasto o un difetto di funzionamento. Parte dal presupposto che, indipendentemente dalla competenza o dalla diligenza degli operatori, in alcune situazioni gli errori accadano e può anche essere probabile che

<sup>2</sup> Processo per l'identificazione dei fattori causali o remoti che sono alla radice di una variazione di performance, compreso il verificarsi o la possibilità del verificarsi di un evento sentinella (si veda il glossario alla pagina successiva)

Tra gli strumenti operativi per la rilevazione degli eventi accaduti e dei quasi eventi (near miss) che accadono ai pazienti è a disposizione di tutte le figure professionali operanti in Azienda una modalità di raccolta strutturata per la segnalazione spontanea (incident reporting)<sup>3</sup> che prevede la compilazione di specifiche schede:

- ⇒ scheda di rilevazione evento avverso,
- ⇒ scheda di rilevazione cadute,
- ⇒ scheda di rilevazione errori nell'area della terapia farmacologica,
- ⇒ scheda di rilevazione degli eventi sentinella.

L'AOU, aderendo al programma di accreditamento secondo gli standard della Joint Commission International, persegue gli scopi definiti nel 2004 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la World Alliance for Patient Safety

<sup>3</sup> Vedi intranet aziendale

La W.H.O. ha istituito dal 2004 la "World Alliance for Patient Safety" per sollevare la consapevolezza e l'impegno politico sul problema della sicurezza e facilitare lo sviluppo di strategie per migliorare la cura dei pazienti in tutti gli Stati membri.

## GLOSSARIO

### EVENTO AVVERSO<sup>^</sup>

Evento inatteso o indesiderato che si realizza e che può comportare nessun danno, danni lievi o moderati. L'evento avverso può essere prevenibile o non prevenibile. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

### NEAR MISS\*

Evento che rappresenta una variazione di processo che non ha influito su un esito, ma il cui ripetersi può comportare una probabilità significativa di esito avverso grave. Si tratta quindi di situazioni che non generano un evento avverso propriamente detto per caso fortuito o perché intercettate in tempo.

### EVENTO SENTINELLA\*

Evento avverso inatteso che comporta il decesso, l'invalidità permanente o che esita in danni di particolare gravità ed è potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad analisi di approfondimento (es. Root Cause Analysis: analisi della causa profonda) dirette ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

### INCIDENT REPORTING\*

Modalità di segnalazione strutturata volontaria relativa ad eventi avversi che avvengono ai pazienti.

<sup>^</sup> Fonte: Ministero della Salute, in: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_640\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf)

\* Fonte: SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie: Procedura "Segnalazione spontanea near miss/ eventi avversi (incident reporting)"

\* Fonte: SOC Farmacia, Gestione Eventi Avversi nell'Area della terapia farmacologica.



# Gestione della sicurezza del paziente

La Joint Commission International effettua periodicamente una revisione della letteratura e delle banche dati disponibili riguardanti gli eventi sentinella. Da questa revisione emergono le aree più critiche in materia di sicurezza del paziente in ambito sanitario. Sulla base dell'evidenza scientifica disponibile vengono pubblicate le soluzioni a tali problemi, che le organizzazioni sanitarie adottano come criteri prioritari di intervento. Tali aree sono denominate "Obiettivi internazionali di sicurezza del paziente", e per il triennio 2011-2013 sono 6, riassunti di seguito:

## OBIETTIVO 1 - Identificare correttamente il paziente

Gli errori di identificazione del paziente si possono verificare in tutte le fasi della diagnosi e del trattamento. Il paziente può essere sedato, disorientato o non del tutto vigile; può cambiare letto, stanza o reparto all'interno dell'ospedale; può avere disabilità sensoriali; oppure può essere soggetto ad altre situazioni suscettibili di errori di corretta identificazione. L'intento di questo obiettivo è duplice: in primo luogo, identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento; in secondo luogo, verificare la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente. La procedura aziendale prevede che l'identificazione del paziente avvenga usando quantomeno due modalità di identificazione del paziente, come ad esempio il nome/cognome del paziente, più la data di nascita o un numero di identificazione univoco, un braccialetto con codice a barre o altri identificativi. Il numero di stanza, di letto o di reparto del paziente non possono essere utilizzati per l'identificazione del paziente. La modalità corretta di identificazione viene obbligatoriamente applicata nei seguenti casi:

- ⇒ somministrazione di farmaci,
- ⇒ somministrazione di sangue ed emocomponenti,
- ⇒ prelievi di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici,
- ⇒ esecuzione di terapie e procedure invasive, terapie e trattamenti a rischio.

 ***"Procedura aziendale identificazione paziente"***

 ***"Patena Safety Solution: Patient Identification"***

 ***Video: "Lei non sa chi sono io"***



## OBIETTIVO 2 - Migliorare l'efficacia della comunicazione tra operatori sanitari

La comunicazione efficace, che equivale a una comunicazione tempestiva, precisa, completa, priva di ambiguità e recepita correttamente dal destinatario, riduce gli errori e migliora la sicurezza del paziente.

La comunicazione può avvenire in forma elettronica, verbalmente o per iscritto.

Le comunicazioni più soggette alla possibilità di errore sono le prescrizioni per la cura del paziente che vengono date verbalmente, comprese quelle date al telefono, laddove le prescrizioni verbali siano ammesse dalla legislazione o dalla normativa locale.

Un altro tipo di comunicazione soggetta ad errore è la segnalazione dei risultati degli esami critici sul paziente, ad esempio quando il laboratorio di analisi cliniche telefona al reparto di degenza per comunicare i risultati di un esame urgente.

L'Azienda ha elaborato una procedura e un modulo specifico (modulo di "read back") per le prescrizioni e la trasmissione di informazioni critiche verbali e telefoniche che prevede i seguenti passaggi:



- ⇒ la persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali scrive la prescrizione completa o il risultato completo dell'esame sotto dettatura;
- ⇒ una volta finito di scrivere, rilegge ad alta voce la prescrizione o il risultato dell'esame;
- ⇒ attende conferma dell'esattezza di quanto scritto e riletto da parte dell'altro operatore.

 **Procedura aziendale efficacia comunicazione (read back)**

 **Patient Safety Solution: Communication Hand Off**

## OBIETTIVO 3 - Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio

I farmaci ad alto rischio sono quei farmaci coinvolti in una percentuale elevata di errori e/o eventi sentinella, i farmaci che comportano un rischio maggiore di provocare esiti avversi, come pure i farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike". Elenchi di farmaci ad alto rischio sono messi a disposizione da enti quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità o l'Institute for Safe Medication Practices.

Una problematica di sicurezza nell'uso dei farmaci può essere la somministrazione involontaria di elettroliti concentrati (ad esempio: cloruro di potassio [in concentrazione pari o maggiore a 2 meq/ml], fosfato di potassio [in concentrazione pari o maggiore a 3 mmol/ml], cloruro di sodio [in concentrazione superiore a 0,9%] e solfato di magnesio [in concentrazione pari o superiore al 50%]). Questo obiettivo mira alla corretta gestione delle soluzioni elettrolitiche concentrate, destinando la detenzione e l'utilizzo delle stesse alle sole aree critiche di assistenza dove la presenza di tali soluzioni è clinicamente necessaria e indicando le corrette modalità di conservazione: in appositi contenitori appropriatamente etichettati, separati da altri farmaci, in armadi se possibile chiusi.



 **Procedura aziendale elettroliti concentrati**

 **Politica aziendale gestione farmaci**

 **Raccomandazione Ministero della Salute: "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica"**

 **Raccomandazione Ministero della Salute: "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio-KCl-ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio"**

 **Patient Safety Solution: Control of Concentrated Electrolyte Solutions**

 **Patient Safety Solution: Look-Alike, Sound-Alike Medication Names**

## OBIETTIVO 4 - Garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta

L'intervento chirurgico in paziente sbagliato, con procedura sbagliata, in parte del corpo sbagliata sono eventi gravi che possono capitare in tutte le organizzazioni sanitarie. Questi errori possono essere la conseguenza di difetti di comunicazione (inefficace o inadeguata) tra i membri dell'equipe chirurgica, del non coinvolgimento del paziente nella marcatura del sito chirurgico e della mancanza di procedure per la verifica del sito chirurgico. Inoltre, spesso possono intervenire altri fattori concomitanti, quali l'inadeguatezza della valutazione del paziente, l'inadeguatezza della verifica della documentazione clinica, una cultura refrattaria alla comunicazione aperta tra i membri dell'equipe chirurgica, problemi relativi all'illeggibilità della calligrafia e l'utilizzo di abbreviazioni. Lo scopo che questo obiettivo si prefigge è il controllo, anche mediante l'ausilio di una check-list, delle fasi preparatorie ad un intervento chirurgico, che risultano a più elevata criticità e che coinvolgono direttamente il paziente. In particolare, la raccolta del consenso informato, la correttezza della procedura di identificazione del paziente, la marcatura del sito operatorio, il controllo in doppio delle immagini radiografiche e l'esecuzione, immediatamente prima dell'incisione, di un'ultima verifica complessiva, chiamata "time-out".



- ☞ [Protocollo aziendale rischio chirurgico](#)
- ☞ [Check list](#)
- ☞ [Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check list](#)
- ☞ [Raccomandazione Ministero della Salute: Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura”](#)
- ☞ [Patient Safety Solution: Performance of Corret Procedure at Correct Body Site](#)
- ☞ [Video: “Come si usa la check list in sala operatoria nelle procedure semplici”](#)
- ☞ [Video: “Come si usa la check list in sala operatoria nelle procedure complesse”](#)
- ☞ [Video: “Come si usa la check list in sala operatoria “](#)

## OBIETTIVO 5 - ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria

La prevenzione e il controllo delle infezioni pongono una serie di difficoltà in molte strutture sanitarie e i tassi crescenti di infezioni associate all'assistenza sanitaria rappresentano una grossa fonte di preoccupazione sia per i pazienti sia per i professionisti sanitari. Le infezioni comuni a tutte le strutture sanitarie comprendono le infezioni intravascolari, le infezioni delle vie urinarie associate a cateteri e la polmonite (spesso associata alla ventilazione meccanica). L'obiettivo è orientato all'adozione di pratiche sicure per la prevenzione delle infezioni; le mani del personale sanitario sono il veicolo più frequentemente implicato nella trasmissione di patogeni, per questo il programma di sicurezza richiede l'adesione alle Linee Guida sull'igiene delle mani comunemente accettate e pubblicate in letteratura dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e dai Centers for Disease Control di Atlanta (C.D.C.).

- ☞ [Procedura aziendale igiene delle mani](#)
- ☞ [Patient Safety Solution: Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections](#)
- ☞ [Video: “Igiene delle mani”](#)



## OBIETTIVO 6 - Ridurre il rischio di danno al paziente in seguito a caduta

Le cadute rappresentano una quota significativa delle ferite e/o lesioni che colpiscono i pazienti. L'obiettivo prevede che ogni paziente venga sottoposto a valutazione del rischio di caduta e che vengano messe in atto delle misure per ridurre il rischio di danno nel caso in cui questa, comunque, avvenga.

Nella nostra Azienda, la valutazione del rischio di caduta avviene al momento del ricovero e prende in considerazione l'anamnesi di cadute pregresse, la revisione del consumo di farmaci ed alcol, uno screening dell'andatura e dell'equilibrio del paziente e l'eventuale uso di ausili. Sono stati definiti una politica e una procedura specifiche che descrivono le finalità e gli interventi del piano di miglioramento ed è in atto un programma di gestione del rischio e di contenimento delle cadute.



- ☞ [Politica aziendale cadute in ospedale](#)
- ☞ [Procedura aziendale prevenzione e gestione delle cadute](#)
- ☞ [Guida pratica utilizzo procedura cadute](#)
- ☞ [Raccomandazione Ministero della Salute: “Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”](#)

# Bibliografia

CHANG A, SCHYVE PM, CROTEAU RJ, O'LEARY DS, LOEB JM. *The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events*. Int J Qual Health Care 2005, 17:95-105.

COMMISSIONE TECNICA SUL RISCHIO CLINICO. MINISTERO DELLA SALUTE, *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*. Roma; marzo 2004.

HOFF T, JAMESON L, HANNAN E, FLINK E. *A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors, and patient safety*. Med Care Res Rev 2004;1:3-37.

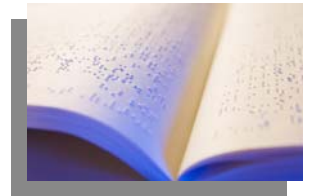
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Gli Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali*, Manuale in vigore da gennaio 2011; traduzione ufficiale a cura di Progea, Milano, 2010.

KOHN L., CORRIGAN J., DONALDSON M.; *To err is human: building a safer health system*; 1999; National Academy Press; Washington, D.C..

MAKEHAM MAB, DOVEY SM, COUNTY M, KIDD MR. *An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study*. MJA 2002; 177:68-72.

VINCENT C. *Patient Safety: la sicurezza del paziente*, Editore Esse Editrice s.r.l., Roma, 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE PROVISION, *Towards a Common International Understanding of Patient Safety Concepts and Terms: Taxonomy and Terminology Related to Medical Errors and System Failures Report* of a WHO Working Group Meeting 8-11 october 2003, Geneva.



## Sitografia per l'approfondimento

Joint Commission International:

⇒ [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org)

Ministero della Salute: governo clinico, qualità e sicurezza delle cure:

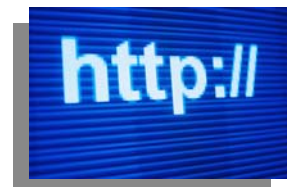
⇒ [www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp](http://www.ministerosalute.it/qualita/qualita.jsp)

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions:

⇒ [www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf](http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf)

World Health Organization for patient safety:

⇒ <http://www.who.int/patientsafety/en/>



# Le 7 misure inderogabili per le 7 aree importanti per la sicurezza (7x7)

SUGLI OBIETTIVI INTERNAZIONALI DI SICUREZZA PER I PAZIENTI	SULLA VALUTAZIONE E CURA DEL PAZIENTE	SULLA SICUREZZA NEL PROCESSO CHIRURGICO	SULLA GESTIONE E SICUREZZA DEI FARMACI
<p>1 Identificare correttamente il paziente con doppio identificativo.</p> <p>2 Effettuare il read back nelle comunicazioni verbali di situazioni critiche per il paziente.</p> <p>3 Mantenere gli elettroliti concentrati separati dagli altri farmaci.</p> <p>4 Garantire la sicurezza del processo chirurgico e compilare la check list chirurgica.</p> <p>5 Effettuare l'igiene delle mani in tutti i casi indicati.</p> <p>6 Valutare tutti i pazienti sul rischio di caduta e mettere in atto le misure per prevenire le cadute.</p> <p>7 Applicare i comportamenti previsti da ciascun protocollo riguardante gli obiettivi internazionali di sicurezza</p>	<p>1 Adottare la nuova cartella clinica e tutti i moduli di cui si compone.</p> <p>2 Documentare sempre la presenza o meno di allergie.</p> <p>3 Effettuare la valutazione nutrizionale a tutti i pazienti ricoverati e impostare il corretto trattamento nutrizionale.</p> <p>4 Effettuare la valutazione del rischio di lesioni da decubito a tutti i pazienti ricoverati e adottare le misure di trattamento delle lesioni.</p> <p>5 Effettuare la valutazione del dolore a tutti i pazienti ricoverati e adottare le misure di controllo del dolore.</p> <p>6 Applicare il protocollo sul consenso informato e adottare i nuovi moduli in tutti i casi previsti.</p> <p>7 Fornire a tutti i pazienti le informazioni scritte relative: alla struttura agli impegni alla gestione dei problemi di salute</p>	<p>1 Informare il paziente e ottenere il consenso informato per intervento, anestesia e/o sedazione.</p> <p>2 Applicare la check list chirurgica sia per intervento a paziente ricoverato che ambulatoriale.</p> <p>3 Adottare la cartella perioperatoria e compilarla in tutte le sue parti.</p> <p>4 Effettuare la profilassi antibiotica pre operatoria come da protocollo.</p> <p>5 Effettuare la profilassi della trombosi venosa profonda come da protocollo.</p> <p>6 Applicare il protocollo per la prevenzione della ritenzione di garze e altro materiale nel sito chirurgico.</p> <p>7 Compilare il registro operatorio nell'immediato post operatorio e inserirlo in cartella clinica.</p>	<p>1 Tenere ben ordinati e sicuri i farmaci nell'armadio e nel carrello di terapia.</p> <p>2 Non avere farmaci scaduti.</p> <p>3 Riportare sempre la data di apertura nei flaconi multi dose.</p> <p>4 Etichettare sempre i farmaci diluiti, sia in flacone che in siringa.</p> <p>5 Tenere l'insulina separata dall'eparina.</p> <p>6 Chiudere a chiave gli eventuali carrelli di terapia non custoditi dal personale.</p> <p>7 Tutelare il carrello d'emergenza con sigillo di sicurezza; il sigillo deve essere numerato e il numero va registrato di volta in volta.</p>

# Le 7 misure inderogabili per le 7 aree importanti per la sicurezza (7x7)

SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI	SULLA SICUREZZA DI STRUTTURE, PAZIENTI E OPERATORI	SUL DECORO DELL'AMBIENTE E DELLA PERSONA
<p>1 Effettuare l'igiene delle mani in tutti i casi indicati.</p>	<p>1 Garantire la presenza della segnaletica sulle vie di fuga.</p>	<p>1 Mantenere l'ambiente, pulito, ordinato e senza alcun riscontro di mozziconi di sigaretta.</p>
<p>2 Dottare le precauzioni standard e le precauzioni aggiuntive nei casi previsti.</p>	<p>2 Tenere chiuse le porte antincendio. Verificare la funzionalità del sistema di chiusura in quelle che possono restare aperte.</p>	<p>2 Non tenere in reparto le biciclette; allontanare rapidamente i bancali.</p>
<p>3 Applicare i "bundles" per la prevenzione delle infezioni</p>	<p>3 Tenere in condizioni di sicurezza le bombole (catenelle o supporto a carrello).</p>	<p>3 Mantenere i corridoi liberi da carrelli e ostacoli.</p>
<p>4 Applicare i comportamenti previsti dai protocolli sulla disinfezione e sterilizzazione.</p>	<p>4 Sapere cosa fare e chi chiamare in caso di incendio.</p>	<p>4 Dismettere il materiale fuori uso e allontanarlo da corridoi e spazi comuni. Far riparare il materiale rotto o in condizioni scadenti.</p>
<p>5 Diluire i farmaci in ambiente sicuro e pulito.</p>	<p>5 Aver fatto la formazione sui rischi: percorso neoassunto corso rischi aziendali e rischi specifici (carichi, biologico, chimico...), corso sicurezza paziente</p>	<p>5 Evitare eccessive scorte di materiale nei magazzini e/o di materiale preassemblato nei corridoi (es. contenitori rifiuti).</p>
<p>6 Gestire correttamente i rifiuti.</p>	<p>6 Aver fatto la formazione sulla rianimazione cardiopolmonare d'urgenza (BLSD).</p>	<p>6 Garantire che tutto il personale indossi con decoro la propria divisa.</p>
<p>7 Coinvolgere nelle misure di prevenzione delle infezioni anche il personale delle ditte in appalto e i familiari.</p>	<p>7 Sapere cosa fare e chi allertare in caso di urgenza clinica.</p>	<p>7 Garantire che tutto il personale porti il cartellino identificativo.</p>



# La Privacy

## Unità di apprendimento 3

### Obiettivi Formativi

Alla fine dell'unità di apprendimento il dipendente dovrà essere in grado di:

1. Illustrare la struttura del decreto legislativo 196/2003
2. Delimitare il concetto di privacy
3. Riportare le principali definizioni
4. Elencare i principali suggerimenti forniti agli operatori
5. Descrivere le misure aggiuntive in ambito sanitario

### Indice

- ⇒ Normativa di riferimento
- ⇒ La privacy: definizioni e limiti
- ⇒ Principali implicazioni per l'interessato, l'organizzazione e gli operatori
- ⇒ Adempimenti previsti dal codice della privacy
- ⇒ Definizioni
- ⇒ Misure di sicurezza
- ⇒ Suggerimenti per gli operatori
- ⇒ Misure aggiuntive in ambito sanitario

Redazione / Aggiornamento:

Sig.ra E. Cameranesi

Verifica / Approvazione

Dott. A. Cannavacciuolo

## Normativa di riferimento

Il diritto alla Privacy è regolamentato dal decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, denominato “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” (*Codice Privacy*). Il Codice Privacy, che rappresenta il primo tentativo al mondo di comporre in maniera organica le innumerevoli disposizioni relative, anche in via indiretta, alla privacy, riunisce in unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni, e contiene anche importanti innovazioni tenendo conto dei Provvedimenti e Linee Guida del Garante e delle Direttive dell’Unione Europea partendo dalla Direttiva 1995/46/UE relativa a “Trattamento e libera circolazione dei dati personali” fino alla Direttiva 2002/58/UE relativa a “Trattamento dei dati personali e tutela della vita privata nel settore delle comunicazioni elettroniche”. Il Testo unico è ispirato all’ introduzione di nuove garanzie per i cittadini, alla razionalizzazione delle norme esistenti e alla semplificazione degli adempimenti e sostituirà la prima legge sulla protezione dei dati, la n. 675 del 1996.

### Il Codice è diviso in tre parti

- ⇒ **la prima** è dedicata alle **disposizioni generali**, riordinate in modo tale da trattare tutti gli adempimenti e le regole del trattamento con riferimento ai settori pubblico e privato;
- ⇒ **la seconda** è la parte speciale **dedicata a specifici settori**. Questa sezione, oltre a disciplinare aspetti in parte inediti (informazione giuridica, notificazioni di atti giudiziari, dati sui comportamenti debitori), completa anche la disciplina attesa da tempo per il settore degli organismi sanitari e quella dei controlli sui lavoratori;
- ⇒ **la terza** affronta la materia delle **tutele amministrative e giurisdizionali** con il consolidamento delle sanzioni amministrative e penali e con le disposizioni relative all’Ufficio del Garante.

## La privacy: definizione e limiti

La cosiddetta privacy è il diritto di ogni individuo "al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e delle sue comunicazioni"(art. 7 della Carta Europea dei diritti della persona), ma oltre che un diritto della persona, ampiamente normato, è un concetto, un modo di vivere e di rispettare la libertà personale degli altri: ha, pertanto, diversi significati e sfaccettature.

Tecnicamente è un diritto della persona fisica, ma anche giuridica (enti, associazioni, fondazioni, organizzazioni anche non riconosciute) riconosciuto senza alcun limite o condizione giuridica, quindi è indipendente dalla cittadinanza, dalla residenza o dall'età. Semplificando al massimo è il diritto di non veder usati o diffusi i propri dati personali se non nei modi e tempi previsti dalla legge.

Questa profonda condizione di libertà e dignità riconosciuta alla persona non deve essere usata in modo arbitrario o distorto: la privacy non deve diventare un pretesto degli operatori o degli interessati per negare informazioni dovute e necessarie o per negare l'accesso alla documentazione amministrativa che è protetta da una specifica normativa (legge 241/90 e ss.mm.ii.) ed è espressione di trasparenza e controllo del cittadino sulla buona amministrazione.

Privacy e diritto di accesso non sono quindi confliggenti tra loro, in quanto parte di discipline speciali che vanno, ove occorra, armonizzate secondo l'impostazione data dagli artt. 59-60 del d.lgs. 196/2003.

## Chi e cosa viene tutelato

Chiunque ha diritto alla protezione dei dati che lo riguardano (art. 1 Codice Privacy). Questa posizione è inquadrabile nella Costituzione italiana nell'ambito dei diritti e libertà fondamentali, cui viene riconosciuta dal nostro ordinamento la massima protezione e tutela giuridica. Il bene oggetto di protezione giuridica è la dignità della persona, che trova massima espressione proprio nel diritto alla privacy.



# Che cosa comporta in termini di diritti e doveri

## A) PER LA PERSONA INTERESSATA

Si definisce tecnicamente "**interessato**" la persona cui il diritto si riferisce. Il diritto comporta maggiore trasparenza in merito alle modalità di gestione dei dati personali. Ai sensi dell'art. 7 del d.lgs 196/2003, che definisce i diritti dell'interessato, la persona può chiedere di conoscere in quali banche dati sono presenti le informazioni che la riguardano, l'origine dei dati, i motivi della conservazione nella banca dati, ovvero la norma che ne giustifica l'esistenza, i soggetti destinatari di eventuali comunicazioni che la riguardino ed i motivi. A concreta protezione dei dati, l'interessato può chiedere la modifica, la rettifica, l'aggiornamento, la cancellazione dei dati personali.

## B) PER L'ORGANIZZAZIONE

La normativa impone alle amministrazioni i seguenti adempimenti:

- notifica al Garante<sup>1</sup>,
- nomina del responsabile,
- nomina degli incaricati,
- redazione del Documento Programmatico di Sicurezza.

<sup>1</sup>L'autorità di controllo incaricata di vigilare sull'applicazione della normativa in materia di privacy.

Gli incaricati sono obbligati a tenere un comportamento idoneo, cioè coerente con le istruzioni impartite e con le informazioni acquisite dal datore di lavoro, tenendo presente che gli obblighi derivanti dai codici deontologici di riferimento delle diverse professioni sanitarie non sono semplici suggerimenti per i più zelanti, ma vincolano come vere e proprie norme giuridiche cogenti, assumendo il valore di condizioni di liceità e correttezza del comportamento e quindi di parametri di confronto in caso di eventuali azioni errate e verifica delle responsabilità.

## C) PER L'OPERATORE

Colui che tratta i dati personali può assumere il ruolo di "responsabile" o "incaricato". Entrambi collaborano affinché, nell'ambito dei rispettivi ruoli ed attribuzioni, vengano rispettate le norme di garanzia previste, sia per quanto riguarda la raccolta dei dati che la loro custodia e comunicazione. Il **responsabile**, che di norma ricopre una funzione apicale, deve infatti avere le capacità e l'autonomia gestionale per assumere decisioni organizzative nella propria struttura che adeguino strumenti e comportamenti alla normativa vigente. L'**incaricato** deve rispettare tutte le norme previste dal mansionario ed utilizzare le informazioni e gli strumenti informatici o cartacei solo per le finalità previste dal proprio ruolo istituzionale, sia che siano legate ad attività di tipo amministrativo che di cura del paziente.

# Adempimenti previsti dal codice della privacy

## Organizzativi

# A

Individuare i soggetti coinvolti nel processo di trattamento dei dati: titolare, responsabile, incaricato

Specificare per iscritto i compiti assegnati al responsabile

Nominare per iscritto gli incaricati e sempre per iscritto individuarne i compiti e l'ambito del trattamento

## Nei confronti dell'interessato

# B

Fornire l'informativa (art. 13)

Acquisire il consenso

Acquisire e gestire i dati in modo lecito

Custodire i dati nel rispetto del segreto

## Nei confronti del garante

# C

Notificare al garante alcune tipologie di dati (art. 37)

Richiedere l'autorizzazione per il trattamento di alcune tipologie di dati (articolo 41)

Comunicare particolari circostanze (art. 39)

## Relativi alle misure di sicurezza

# D

Adottare le misure di sicurezza idonee

Adottare le misure di sicurezza minime, con attenzione alla redazione del documento programmatico sulla sicurezza.

# Glossario

Il Codice sulla privacy si avvale di alcune definizioni. Si riportano di seguito le principali.

## TIPOLOGIA DI DATI

### **DATO PERSONALE**

è qualunque informazione relativa a persona fisica o giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

### **DATI IDENTIFICATIVI**

sono dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato.

### **DATI GIUDIZIARI**

sono informazioni che rivelano la situazione di imputato o indagato del soggetto ed informazioni contenute nel casellario giudiziale.

### **DATI SENSIBILI**

sono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

### **DATO ANONIMO**

è il dato che in origine, o a seguito di trattamento, non può essere associato ad un interessato identificato o identificabile.

## RUOLI PREVISTI DAL CODICE SULLA PRIVACY

### **TITOLARE**

è la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente associazione od organismo cui competono anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza.

### **RESPONSABILE**

è la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo preposti dal titolare al trattamento di dati personali. Il responsabile deve (art. 29) essere di idonea esperienza, capacità, affidabilità, in grado di dare garanzia del pieno rispetto della normativa, anche sotto il profilo della sicurezza.

### **INCARICATI**

sono le persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile. L'incaricato può operare (art. 30) sotto la diretta autorità del titolare o del responsabile. La designazione deve essere fatta per iscritto con l'individuazione puntuale dell'ambito del trattamento consentito.

**TRATTAMENTO**

è qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca dati.

Il trattamento dati personali può essere svolto solo per fini istituzionali.

Il trattamento dati sensibili può essere effettuato solo se autorizzato da disposizioni di legge.

Il trattamento può essere effettuato solo se impossibile con dati anonimi.

**MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI**

I dati devono essere trattati in modo lecito e secondo correttezza e devono essere:

- ⇒ raccolti e registrati per scopi espliciti;
- ⇒ esatti ed aggiornati;
- ⇒ conservati in modo tale da consentire l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi.

## DIRITTO DI ACCESSO

**DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI**

L'interessato ha diritto di:

- ⇒ ottenere la conferma dell'esistenza di dati che lo riguardano e la loro comunicazione
- ⇒ conoscere il contenuto e l'origine dei dati, aggiornarli, rettificarli o integrarli
- ⇒ cancellarli se trattati illecitamente
- ⇒ opporsi al trattamento se non pertinente allo scopo della raccolta

Il diritto di accesso ai dati personali si esercita con:

una richiesta che va rivolta, senza formalità, al titolare o responsabile, anche per il tramite dell'incaricato.

La risposta deve essere fornita senza ritardo.

## INFORMATIVA

**INFORMATIVA**

L'informativa è uno strumento scritto od orale che permette di spiegare all'interessato le caratteristiche dell'utilizzo dei dati raccolti durante la nostra attività. Prima dell'inizio del trattamento, si dovrà rendere noto agli interessati le caratteristiche (modalità e finalità) del trattamento ed illustrare i diritti di privacy riconosciuti dalla legge;

L'informativa deve contenere:

- ⇒ le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati
- ⇒ la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati
- ⇒ le conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere
- ⇒ i soggetti ai quali i dati possono essere legittimamente comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati e l'ambito di diffusione dei medesimi
- ⇒ i diritti dell'interessato
- ⇒ gli estremi identificativi del titolare e del responsabile.

# Misure di sicurezza

Il complesso delle misure tecniche, informatiche ed organizzative, logistiche e procedurali adottate per garantire la sicurezza dei trattamenti nei confronti dei rischi individuati costituiscono l'insieme delle misure di sicurezza.

Per il trattamento dei dati personali con l'ausilio di strumenti elettronici sono previste le seguenti misure (Allegato B. disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza - Artt. da 33 a 36 del codice):

- ⇒ autenticazione informatica
- ⇒ adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione
- ⇒ utilizzazione di un sistema di autorizzazione
- ⇒ aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici
- ⇒ protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici
- ⇒ adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi
- ⇒ tenuta di un aggiornato documento programmatico sulla sicurezza (DPS)
- ⇒ adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

Per il trattamento dei dati personali senza l'ausilio di strumenti elettronici sono previste le seguenti misure (Allegato B. disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza - Artt. da 33 a 36 del codice):

- ⇒ aggiornamento periodico dell'individuazione nell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati o alle unità organizzative
- ⇒ previsione di procedure per un'adeguata custodia di atti e documenti affidati agli incaricati per lo svolgimento dei relativi compiti
- ⇒ previsione di procedure per la conservazione di determinati atti in archivi ad accesso selezionato e disciplina delle modalità di accesso finalizzata all'identificazione degli incaricati.

## Indicazioni per gli operatori 1

### COMUNICAZIONI

Si deve far particolare attenzione al **contenuto delle comunicazioni: NON si deve utilizzare il collegamento ad Internet e la e-mail per comunicare o ricevere dati personali e dati sensibili dell'interessato**. Se, in casi eccezionali, ciò dovesse essere inevitabile, è obbligatorio attivare le funzioni di crittografia o protezione attraverso autenticazione informatica (password).

### DATI

Dati personali e sensibili che vengono gestiti per svolgere le proprie attività non devono essere copiati, estratti, trasmessi, diffusi, tramite supporti informatici. Nel caso ciò fosse inevitabile, i file devono essere crittografati (e protetti da password). In ogni caso, i file che transitano in condivisione devono essere immediatamente rimossi dopo il ricevimento (l'obbligo del controllo della rimozione vale anche per chi li deposita).

## CREDENZIALI

Le credenziali di accesso ai sistemi informatici sono personali, non devono essere comunicate a terze persone, e devono essere custodite con la necessaria cura e riservatezza:

1. modificare al primo accesso ai sistemi, la Password attribuita dall'Ufficio competente in modo che solo l'interessato sia a conoscenza che le credenziali di accesso ai sistemi informatici;
2. modificare la password quando viene richiesto dagli applicativi software, utilizzando laddove disponibile l'apposita procedura, ovvero ogni qual volta è ritenuto opportuno;
3. non allontanarsi dalla propria postazione di lavoro senza avere prima opportunamente bloccato il Personal Computer o la sessione di lavoro attiva; per fare ciò si ricorda che si possono seguire i seguenti passi:
  - ⇒ blocco della postazione di lavoro: premere contemporaneamente i tasti CTRL + ALT + CANC;
  - ⇒ attivare la funzionalità di "Screen saver" automatico protetto da password sulle postazioni di lavoro "personali";
  - ⇒ blocco della sessione di lavoro: seguire l'opportuna procedura specifica di ogni applicativo per il cambio utente/login (es. G2 clinico selezionare le voci di menù File-> Login Utente-> Cambia Utente) oppure chiudere l'applicazione attivata;
4. deve essere scelta in modo non banale: sono da evitare i nomi propri per es. dei propri congiunti o del proprio cane ecc.....;
5. deve essere di lunghezza non inferiore a 8 caratteri (lettere e numeri e/o simboli).

## Indicazioni per gli operatori 2

### ANTIVIRUS

Il personal computer aziendale è dotato di un prodotto antivirus aggiornato. L'antivirus controlla in modo automatico qualsiasi nuovo dischetto inserito nell'elaboratore e ogni documento prelevato dalla rete o dalla posta.

### BACK UP

Si deve procedere alla **creazione di copie di salvataggio** (back-up) dei propri dati presenti sul proprio disco fisso (desktop, cartella "Documenti", ecc.....). E' opportuno dotarsi di una Cartella, posizionata su un server aziendale, affinché tutti i dati in elaborazione o da archiviare siano salvati automaticamente.

### COPIE DI BACK-UP

È indispensabile custodire e proteggere adeguatamente le **copie di back-up**. Possibilmente **le copie devono essere salvaguardate con parole chiave** (quasi tutti i sistemi lo consentono rivolgersi al sistema informatico per istruzioni).

### CONNESSIONE AD INTERNET

L'accesso ad Internet è autorizzato dal responsabile al trattamento dei dati:

- ⇒ l'assegnazione di credenziali di accesso deve essere autorizzata e richiesta dal Responsabile al Trattamento dei dati all'Ufficio competente

## Indicazioni per gli operatori 3

### DOCUMENTI CARTACEI

I **documenti cartacei devono essere custoditi in aree protette e controllate**. La protezione deve essere almeno a due livelli (per es. armadio con serratura ubicato in locale chiuso a chiave, oppure scaffale aperto in locale con serratura ubicato in zona o ambiente chiuso a chiave o con accesso controllato da personale)

## LE CHIAVI DEGLI ARMADI

Le chiavi di armadi e locali devono essere sempre almeno in duplice copia, e affidate in custodia ad una o più figure responsabili. Le proprie chiavi devono essere custodite con la massima attenzione

I contenitori devono essere aperti solo quando necessario e solo per il tempo strettamente necessario. Possibilmente, devono essere riposti dalla stessa persona che li ha prelevati

Deve essere data particolare attenzione alle scadenze dei termini di conservazione dei documenti, al fine di procedere alla loro distruzione al termine della validità prevista

## STAMPE

Le stampe di dati personali o sensibili devono essere indirizzate verso una stampante dedicata, collocata in un'area limitata e controllata. Nel caso di stampanti di rete presidiare il punto di erogazione delle stampe e, ove possibile, proteggere il flusso di stampa con una propria password. Non dimenticare documenti riservati sulla stampante.

## TRASMISSIONE DATI VIA FAX

Non è buona norma utilizzare il fax per la trasmissione di dati personali; se inevitabile, è necessario darne preavviso al ricevente.

E' vietato l'utilizzo del fax per la trasmissione di dati sensibili; solo in caso di assoluta necessità, è obbligatorio darne preavviso e pretendere il presidio dell'apparecchiatura ricevente. Lo stesso comportamento deve essere adottato per il ricevimento.

## TRASMISSIONE DATI VIA E-MAIL

Non è consentito l'invio tramite e-mail di alcun documento o informazione contenenti dati di tipo personale o sensibile.

# Misure aggiuntive in ambito sanitario

Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie per diagnosi, cure, prestazioni mediche e operazioni amministrative deve essere garantita la più assoluta riservatezza ed il più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità. Con un provvedimento generale<sup>2</sup>, adottato il 09 Novembre 2005, il Garante per la protezione dei dati personali ha prescritto ad organismi sanitari pubblici e privati (aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere, case di cura, osservatori epidemiologici regionali, servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro) una serie di misure da adottare per adeguare il funzionamento e l'organizzazione delle strutture sanitarie a quanto stabilito nel Codice sulla privacy e per assicurare il massimo livello di tutela delle persone.

Di seguito si riportano le principali misure stabilite dal Garante:

1

### Tutela della dignità

La tutela della dignità della persona deve essere sempre garantita. In particolare, riguardo a fasce deboli (disabili, minori, anziani), ma anche a pazienti sottoposti a trattamenti medici invasivi o per i quali è doverosa una particolare attenzione (es. interruzione della gravidanza). Nei reparti di rianimazione devono essere adottati accorgimenti anche provvisori (es. paraventi) per delimitare la visibilità dell'interessato, durante l'orario di visita, ai soli familiari e conoscenti.

2

### Riservatezza nei colloqui

Quando prescrive medicine o rilascia certificati, il personale sanitario deve evitare che le informazioni sulla salute dell'interessato possano essere conosciute da terzi. Stesso obbligo per la consegna di documentazione (analisi, cartelle cliniche, prescrizioni etc.) quando questa avvenga in situazioni di promiscuità (es. locali per più prestazioni, sportelli).

3

### Distanze di cortesia

Ospedali e aziende sanitarie devono predisporre distanze di cortesia per operazioni amministrative allo sportello (prenotazioni) o al momento dell'acquisizione di informazioni sullo stato di salute, sensibilizzando anche gli utenti con cartelli, segnali ed inviti.

# 4

## **Notizie al Pronto Soccorso**

L'organismo sanitario può dare notizia, anche per telefono, sul passaggio o sulla presenza di una persona al pronto soccorso, ma solo ai terzi legittimati, come (parenti, familiari, conviventi). L'interessato, se cosciente e capace, deve essere preventivamente informato (es. all'accettazione) e poter decidere a quali soggetti può essere comunicata la sua presenza al pronto soccorso.

# 5

## **Notizie sui reparti**

Le strutture sanitarie possono dare informazioni sulla presenza dei degenti nei reparti, ma solo a terzi legittimati (familiari, conoscenti, personale volontario). Anche qui l'interessato, se cosciente e capace, deve essere informato al momento del ricovero e poter decidere quali soggetti possono venire a conoscenza del ricovero e del reparto di degenza.

# 6

## **Chiamate in sale d'attesa**

Nei locali di grandi strutture sanitarie i pazienti, in attesa di una prestazione o di documentazione (es. analisi cliniche), non devono essere chiamati per nome. Occorre adottare soluzioni alternative, per esempio attribuendo un codice numerico al momento della prenotazione o dell'accettazione.

# 7

## **Liste pazienti**

Non è giustificata l'affissione di liste di pazienti in attesa di intervento in locali aperti al pubblico, con o senza la descrizione della patologia sofferta. Non devono essere resi visibili ad estranei documenti sulle condizioni cliniche dell'interessato.

# 8

## **Informazioni sullo stato di salute**

Si possono dare informazioni sullo stato di salute a soggetti diversi dall'interessato quando questi abbia manifestato uno specifico consenso. Tale consenso può essere dato da un familiare in caso di impossibilità fisica o incapacità dell'interessato o, valutato il caso, anche da altre persone legittimate a farlo, come familiari, conviventi o persone in stretta relazione con l'interessato stesso. I soggetti terzi che hanno accesso alle strutture sanitarie (es. associazioni di volontariato), per poter conoscere informazioni sulle persone in relazione a prestazioni e cure devono rispettare tutte le regole e le garanzie previste dalle strutture sanitarie per il proprio personale, come ad esempio vincoli di riservatezza, possibilità e modalità di approccio ai degenti.

# 9

## **Ritiro delle Analisi**

I referti diagnostici, i risultati delle analisi e i certificati rilasciati dai laboratori di analisi o dagli altri organismi sanitari possono essere ritirati anche da persone diverse dai diretti interessati purché munite di delega scritta e con consegna in busta chiusa.

**Nota bene:** Le misure contenute nel provvedimento del Garante si chiudono qui. Questa sotto è una nota su tutte le misure.

I medici di base, gli studi medici privati e i medici specialistici non rientrano nell'obbligo di adottare queste misure, ma sono comunque tenuti a garantire il rispetto della dignità degli interessati nonché del segreto professionale.



# Materiale di approfondimento

## Intranet

TITOLO DOCUMENTO	LINK
Documento programmatico sulla sicurezza.	<i>In attesa di pubblicazione</i>
Cartella clinica. Custodia, archiviazione e diritto di accesso.	<i>In attesa di pubblicazione</i>
Diritti e doveri dei pazienti e dei familiari.	<i>In attesa di pubblicazione</i>

## Bibliografia

- ⇒ Decreto Presidente della Regione n. 146, 12 maggio 2006 (G.U.R. n.31 del 05/08/06 p. 15)  
*Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari ai sensi degli articoli 20 comma 2, e 21 comma 2 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Approvazione*
- ⇒ Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (G.U. n.174 del 29 luglio 2003-Supplemento Ordinario n.123 "Codice in materia di protezione dei dati personali")
- ⇒ Allegato B "Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza"(D.L.Vo. 196/2003)

## Sitografia

TITOLO DOCUMENTO	LINK
Documenti del garante della privacy	<a href="http://www.garanteprivacy.it/web/guest">http://www.garanteprivacy.it/web/guest</a>
D.L.Vo. 196/2003	<a href="http://www.parlamento.it">http://www.parlamento.it</a>
DigitPA Ente Nazionale per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione	<a href="http://www.digitpa.gov.it/">http://www.digitpa.gov.it/</a>
Allegato B "Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza"(D.L.Vo. 196/2003)	<a href="http://www.garanteprivacy.it/garante/doc.jsp?ID=1557184">http://www.garanteprivacy.it/garante/doc.jsp?ID=1557184</a>

# Il rapporto di lavoro nell'AOU UD

## Unità di apprendimento 4

### Obiettivi Formativi

Alla fine dell'unità di apprendimento il dipendente dovrà essere in grado di:

1. Descrivere le caratteristiche fondamentali del rapporto di lavoro nelle pubbliche amministrazioni
2. Individuare le regole generali del rapporto di lavoro
3. Elencare i diritti e i doveri del pubblico dipendente
4. Descrivere i profili di responsabilità dei dipendenti

### Indice

- ⇒ Il rapporto di lavoro nelle pubbliche amministrazioni
- ⇒ Regole generali del rapporto di lavoro
- ⇒ I diritti del pubblico dipendente
- ⇒ Gli obblighi del pubblico dipendente
- ⇒ I profili di responsabilità dei dipendenti

Redazione / Aggiornamento:

Dott.ssa R. Tamburlini

Verifica / Approvazione

Dott.ssa D. Fiappo

# Il rapporto di lavoro nelle pubbliche amministrazioni

A partire dai primi anni '90, il **rapporto di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni** è stato investito da un profondo processo di riforma.

Tradizionalmente concepito con caratteristiche autonome e differenziate rispetto al lavoro privato e disciplinato da atti di natura legislativa e regolamentare, si presenta oggi con struttura **negoziale**, poiché trae origine dall'incontro della volontà del lavoratore – selezionato o reclutato sulla base della normativa sull'accesso all'impiego e sui concorsi – e del datore di lavoro pubblico, formalizzato con la stipula del **contratto individuale di lavoro**.

Le reciproche obbligazioni del lavoratore e del datore di lavoro sono pertanto regolate da una duplice fonte contrattuale, collettiva e individuale, da cui hanno origine diritti ed obblighi. Ciò accade anche nel caso in cui il datore di lavoro pubblico agisca in via unilaterale, ad esempio attraverso atti di regolamentazione interna o atti disciplinari.

Al rapporto di lavoro pubblico si applicano:

- ⇒ gli artt. 35 e seguenti della Costituzione;
- ⇒ il d.lgs. 165/2001;
- ⇒ le disposizioni contenute nel titolo V del Codice civile;
- ⇒ le leggi sul lavoro subordinato nell'impresa;
- ⇒ i contratti collettivi.

Il **contratto collettivo di lavoro** – accordo stipulato tra le associazioni sindacali dei lavoratori e le associazioni dei datori di lavoro al fine di predeterminare le condizioni generali da applicarsi ai lavoratori subordinati di un determinato settore nel contratto individuale di lavoro – è fonte diretta e primaria di regolamentazione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni

Il decreto legislativo n. 165/2001 individua espressamente due livelli di contrattazione collettiva:

- ⇒ il contratto collettivo nazionale di comparto;
- ⇒ il contratto integrativo.

Non costituisce un terzo livello di contrattazione il coordinamento regionale previsto nel settore della Sanità sia per la dirigenza che per il personale del comparto, che si esprime con atti di indirizzo preceduti da un confronto con le organizzazioni sindacali.

Intorno al tavolo contrattuale nazionale la parte pubblica è rappresentata dall'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, la quale ha il compito di rappresentare a livello nazionale le pubbliche amministrazioni in tutte le trattative sindacali. I lavoratori sono rappresentati dalle organizzazioni sindacali che abbiano nel comparto una rappresentatività non inferiore al 5%, considerando a tal fine la media tra il dato associativo e il dato elettorale. Alla contrattazione partecipano altresì le confederazioni alle quali tali organizzazioni sindacali siano affiliate.

Il **contratto collettivo nazionale** disciplina in generale tutte le materie relative al rapporto di lavoro e alle relazioni sindacali, economiche e normative.

Ogni ipotesi di accordo è sottoposta alla Corte dei conti, la quale ne certifica la compatibilità con gli strumenti di programmazione e di bilancio.

Il contratto collettivo ha efficacia limitata al periodo per il quale è stato stipulato: tre anni per la parte normativa ed economica. Si può tuttavia ritenere che le norme continuino ad avere efficacia fino all'entrata in vigore del nuovo testo. Le clausole contrattuali sono soggette alle norme interpretative generali. Nel caso in cui sorgano controversie, le parti hanno l'obbligo di incontrarsi e di definire consensualmente il significato delle clausole su cui vi è disaccordo.

La **contrattazione integrativa** si innesta nel contratto nazionale, che ne determina:

- ⇒ l'ambito, che nel caso del comparto sanità è la singola azienda;
- ⇒ le materie: sistemi di incentivazione del personale; trattamento economico accessorio; formazione e aggiornamento del personale; miglioramento dell'ambiente di lavoro; pari opportunità.

Continuano ad essere regolate con **legge**, ovvero, sulla base della legge o nell'ambito dei princîpi dalla stessa posti, con atti normativi o amministrativi, le seguenti materie:

- ⇒ le responsabilità giuridiche attinenti ai singoli operatori nell'espletamento di procedure amministrative;
- ⇒ gli organi, gli uffici, i modi di conferimento della titolarità dei medesimi;
- ⇒ i princîpi fondamentali di organizzazione degli uffici;
- ⇒ i procedimenti di selezione per l'accesso al lavoro e di avviamento al lavoro;
- ⇒ i ruoli e le dotazioni organiche nonché la loro consistenza complessiva;
- ⇒ la garanzia della libertà di insegnamento e l'autonomia professionale nello svolgimento dell'attività didattica, scientifica e di ricerca;
- ⇒ la disciplina della responsabilità e delle incompatibilità tra l'impiego pubblico ed altre attività e i casi di divieto.

## Regole generali del rapporto di lavoro

Il lavoratore dipendente da una pubblica amministrazione deve essere adibito:

- ⇒ alle **mansioni** per le quali è stato assunto;
- ⇒ alle mansioni considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale prevista dai contratti collettivi;
- ⇒ alle mansioni corrispondenti alla qualifica superiore che abbia successivamente acquisito per effetto dello sviluppo professionale o di procedure concorsuali o selettive.

Pertanto, sussiste in capo al lavoratore il diritto a mansioni comprese tra quelle di assunzione e, parallelamente, l'obbligo di accettare di essere adibito alle mansioni di assunzione.

L'esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alla qualifica di appartenenza non ha effetto ai fini dell'inquadramento del lavoratore o dell'assegnazione di incarichi di direzione.

Coerentemente con il processo di contrattualizzazione del rapporto di pubblico impiego, anche le mansioni sono stabilite contrattualmente e trovano pertanto la loro fonte nel consenso prestato da entrambe le parti.

La declaratoria delle categorie e profili nel complesso del sistema classificatorio del personale ha superato il vecchio mansionario e la sua rigida indicazione di compiti da eseguire, sostituendola con la più agile e moderna indicazione delle funzioni proprie delle varie professioni riconosciute nel comparto e rinviando alla sempre più presente pluralità di azioni che compongono ogni singola pratica lavorativa. Tuttavia, i compiti lavorativi continuano a costituire il criterio di determinazione qualitativa della prestazione e definiscono pertanto il credito esigibile da parte del datore di lavoro.

Per quanto riguarda la **dirigenza**, i contenuti della prestazione lavorativa si collegano al sistema degli incarichi dirigenziali, assegnati secondo criteri predeterminati di graduazione delle funzioni e di valutazione.

I contratti collettivi nazionali di lavoro delle aree dirigenziali prevedono la seguente tipologia:

- ⇒ incarichi di direzione di struttura complessa;
- ⇒ incarichi di direzione di struttura semplice;
- ⇒ incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;

⇒ incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Tale tipologia consente di costruire percorsi di sviluppo delle carriere dirigenziali, secondo le politiche proprie di ogni azienda.

Nel rapporto di lavoro subordinato, le parti del contratto individuale possono pattuire un **periodo di prova**, al fine di sperimentare la reciproca convenienza del rapporto prima dell'impegno definitivo.

La normativa contrattuale vigente prevede un periodo di prova di sei mesi, entro il quale il neoassunto viene valutato nell'esercizio delle sue funzioni. Nel contesto della prova è previsto ed attuato un percorso di inserimento con tappe intermedie di verifica, che consentono di apportare eventuali correttivi, ed una valutazione conclusiva. Tale percorso si compone tanto di momenti formali, previsti in sede di pianificazione, che informali, cioè legati alle singole situazioni o avvenimenti, finalizzati ad instaurare un rapporto di fiducia e collaborazione tra lavoratore e dirigente o coordinatore.

Decorsa la metà del periodo di prova, entrambe le parti possono recedere liberamente senza obbligo di preavviso. Se nessuna delle parti recede prima della scadenza del periodo, il rapporto diviene definitivo e il servizio prestato si computa nell'anzianità di servizio.

Al lavoratore in prova spetta il normale trattamento economico e giuridico.

La **risoluzione del rapporto di lavoro** si verifica per i seguenti motivi:

- ⇒ mancato superamento del periodo di prova;
- ⇒ recesso del dipendente;
- ⇒ collocamento a riposo a domanda;
- ⇒ raggiungimento del limite massimo d'età previsto dall'ordinamento;
- ⇒ accertamento dell'inidoneità lavorativa;
- ⇒ licenziamento disciplinare.

Salvo il caso di risoluzione automatica del rapporto di lavoro e quello di licenziamento senza preavviso, in tutti gli altri casi in cui è prevista la risoluzione del rapporto con **preavviso** o con corresponsione dell'indennità sostitutiva dello stesso, i relativi termini sono fissati come segue:

- ⇒ 2 mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a 5 anni;
- ⇒ 3 mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a 10 anni;
- ⇒ 4 mesi per dipendenti con anzianità di servizio oltre 10 anni.

In caso di recesso del dipendente, i termini di preavviso sono ridotti della metà.

I termini di preavviso decorrono dal primo o dal sedicesimo giorno di ciascun mese.

La **risoluzione anticipata** del rapporto di lavoro a termine non comporta preavviso a carico del lavoratore bensì il pagamento della penale contrattualmente prevista, pari a un quinto della retribuzione mensile goduta.

L'**osservanza dell'orario** di lavoro è un obbligo stabilito in capo ai lavoratori. Per il personale dell'area comparto l'orario di lavoro settimanale è fissato contrattualmente in 36 ore. L'orario di lavoro della dirigenza è stabilito in 38 ore settimanali, di cui 4 sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata ecc...

La verifica dell'orario viene effettuata con sistema automatizzato. Coordinatori e Direttori di Struttura sono responsabili del controllo dell'orario di lavoro svolto dal personale dipendente e sono tenuti a segnalare ai competenti uffici ritardi continui ed ingiustificati.

La timbratura va effettuata da ciascun lavoratore sul rilevatore più vicino alla sede di attività, immediatamente prima di prendere servizio ed immediatamente dopo la conclusione. Eventuali comportamenti difformi devono trovare specifica giustificazione. In caso di mancato funzionamento di un rilevatore, il dipendente deve recarsi immediatamente al più vicino terminale. Prima di accedere alla mensa il dipendente deve aver timbrato l'uscita presso il proprio punto di timbratura e solo dopo aver consumato il pasto può segnalare l'entrata nel proprio punto di timbratura.

Soltanto nei casi consentiti ovvero in ipotesi di omissione della timbratura, che deve limitarsi a situazioni eccezionali, il dipendente è tenuto ad attestare l'ora di entrata e/o di uscita sull'apposito modello, convalidato dal diretto responsabile il quale è tenuto a verificare con ogni cura la corrispondenza al vero di quanto dichiarato.

Il Tesserino magnetico Identificativo (T.m.I.) viene fornito al dipendente all'atto dell'assunzione, la specifica funzione di "badge" ne rende obbligatorio l'utilizzo per la rilevazione della presenza in servizio. L'eventuale smarrimento o furto va immediatamente segnalato al proprio responsabile e denunciato presso l'autorità di Pubblica sicurezza (l'Azienda è fornita di un presidio di Pubblica sicurezza che si trova presso il padiglione d'ingresso). Copia della denuncia va consegnata presso l'Ufficio Ispettori che provvede al rilascio di un nuovo T.m.I. In caso di deterioramento o smagnetizzazione del Tesserino magnetico Identificativo è necessario richiederne la sostituzione o la riattivazione, recandosi sempre presso l'Ufficio Ispettori.

Il T.m.I. è personale e deve essere usato esclusivamente dall'intestatario.

Altre funzioni sono: timbratura accesso mensa (personale autorizzato vedi Regolamento Mensa), accesso parcheggio interno riservato al personale dipendente, accesso spogliatoi/ascensori/altro degli uffici Nuovo Ospedale e altri servizi eventualmente attivabili.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro il T.m.I. deve essere restituito all'Ufficio Ispettori oppure alla SOC Gestione Risorse Umane.

Nel sottolineare la funzione principale del T.m.I. ovvero di identificazione dell'operatore nei confronti dell'utenza, si evidenzia che in quanto tale deve essere esposto in modo visibile durante il servizio.



Il **lavoro straordinario** non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro. Le prestazioni di lavoro straordinario hanno carattere eccezionale, devono rispondere ad effettive esigenze di servizio e devono essere preventivamente autorizzate dal responsabile di struttura. La documentazione avviene mediante annotazione, a cura del lavoratore, del tempo di lavoro straordinario su registro a ciò dedicato tenuto all'interno della struttura operativa, vistato dal responsabile. Il lavoro straordinario deve in ogni caso essere rilevato attraverso i sistemi di rilevazione automatica delle presenze.

Il lavoratore può optare per il recupero o il pagamento dello straordinario, fatta salva diversa previsione della contrattazione collettiva.

Il lavoratore deve comunicare tempestivamente (e comunque non oltre l'inizio del turno di lavoro) la propria **assenza per malattia** o l'eventuale prosecuzione della stessa al responsabile della propria struttura di appartenenza o a chi ne fa le veci. Il lavoratore deve successivamente sottoporsi, al massimo il giorno successivo l'insorgenza della malattia, a un accertamento sanitario da parte del medico curante, che rilascia un'apposita certificazione. È esclusa qualsiasi forma di autocertificazione.

Non appena in possesso del certificato medico, il lavoratore deve comunicare la corretta prognosi (durata dell'assenza) al responsabile della propria struttura di appartenenza o a chi ne fa le veci. Non è sufficiente l'invio alla SOC Gestione Risorse Umane del certificato medico.

In caso si tratti di malattia che comporti un'assenza dal lavoro superiore a 10 giorni o di redazione di un certificato di malattia superiore al secondo nell'anno solare, la certificazione potrà essere rilasciata esclusivamente da un medico del Servizio Sanitario Nazionale (o con esso convenzionato). Il medico trasmette il certificato di diagnosi sull'inizio e sulla durata presunta della malattia per via telematica all'INPS, che a sua volta provvede a inoltrarlo al datore di lavoro. È fatto obbligo al lavoratore di fornire, qualora espressamente richiesto dal proprio datore di lavoro, il numero di protocollo identificativo del certificato di malattia comunicatogli dal medico.

Solo nel caso in cui per qualsiasi motivo non sia possibile inviare per via telematica la certificazione all'INPS, si dovrà procedere secondo le modalità previgenti, ovverosia: il medico consegna copia cartacea della documentazione sanitaria al lavoratore; il lavoratore, a sua volta, invia al datore di lavoro (tramite raccomandata con ricevuta di ritorno o consegna a mano agli uffici della SOC Gestione Risorse Umane o all'Ufficio Protocollo) l'attestato di malattia, entro i 3 giorni successivi all'inizio della malattia nel caso di personale del comparto ovvero entro due giorni dal relativo rilascio (cioè entro il giorno successivo alla redazione dello stesso) per il personale dirigente.

Infine va ricordato che il lavoratore è tenuto a comunicare e certificare anche la prosecuzione della malattia, nonché le eventuali variazioni della prognosi originaria, secondo le modalità ed i termini sopra descritti.

Il ritardo nell'invio del certificato, in assenza di comprovato impedimento, comporta la perdita della retribuzione nel periodo di mora e la valutazione del comportamento ai fini disciplinari.

Per i periodi di malattia, di qualunque durata, nei primi dieci giorni di assenza è corrisposto il trattamento economico fondamentale con esclusione di ogni indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni altro trattamento accessorio. Resta fermo il trattamento più favorevole eventualmente previsto dai contratti collettivi o dalle specifiche normative di settore per le assenze per malattia dovute ad infortunio sul lavoro o a causa di servizio, oppure a ricovero ospedaliero o a day hospital, nonché le assenze relative a patologie gravi che richiedano terapie salvavita. E' onere del dipendente produrre l'eventuale documentazione attestante il diritto al trattamento più favorevole.

L'Amministrazione dispone il controllo della malattia, secondo quanto previsto dalle disposizioni normative e contrattuali, fin dal primo giorno di assenza.

Il dipendente che durante l'assenza, per particolari motivi, dimori in luogo diverso da quello di residenza, deve darne tempestiva comunicazione scritta, precisando l'indirizzo presso il quale può essere reperito e la durata della permanenza presso il diverso domicilio.

Il dipendente assente per malattia, ancorché formalmente autorizzato in via generica ad uscire dall'abitazione da parte del medico curante, è tenuto a farsi trovare nel domicilio comunicato all'Azienda in ciascun giorno, anche se non lavorativo o festivo, nell'ambito delle fasce di reperibilità stabilite dalla legge (dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18).

Sono esclusi dall'obbligo di rispettare le fasce di reperibilità i dipendenti per i quali l'assenza è eziologicamente riconducibile ad una delle seguenti circostanze:

- ⇒ patologie gravi che richiedano terapie salvavita;
- ⇒ infortuni sul lavoro;
- ⇒ malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio;
- ⇒ stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta.

E' onere del dipendente produrre l'eventuale documentazione attestante il diritto al trattamento più favorevole.

Sono altresì esclusi i dipendenti nei confronti dei quali è stata già effettuata la visita fiscale per il periodo di prognosi indicato nel certificato. Al fine di consentire la regolare effettuazione della visita di controllo, il lavoratore deve fornire la massima cooperazione. Qualora il dipendente debba allontanarsi, durante le fasce di reperibilità, dall'indirizzo comunicato, per visite mediche, prestazioni o accertamenti specialistici non rinviabili o per altri giustificati motivi, che devono essere, a richiesta, documentati, è tenuto a darne preventiva e immediata comunicazione all'Azienda.

Per le comunicazioni riguardanti la malattia, il lavoratore dovrà utilizzare i seguenti recapiti:  
fax 0432.554734 e indirizzo di posta elettronica [infoassenze@aoud.sanita.fvg.it](mailto:infoassenze@aoud.sanita.fvg.it)  
Per eventuali richieste di ulteriori informazioni/chiarimenti, è possibile telefonare al numero 0432.554683 negli orari di apertura al pubblico

In caso di **infortunio sul lavoro** e riscontro di **malattia di presunta origine professionale**, il **D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124\_Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali**, prevede:



Art. 52 “L'assicurato è obbligato a dare immediata notizia di qualsiasi infortunio che gli accada, anche se di lieve entità, al proprio datore di lavoro. Quando l'assicurato abbia trascurato di ottemperare all'obbligo predetto ed il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti a conoscenza dell'infortunio, non abbia fatto la denuncia ai termini dell'articolo successivo non è corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio. La denuncia della malattia professionale deve essere fatta dall'assicurato al datore di lavoro entro il termine di giorni quindici dalla manifestazione di essa sotto pena di decadenza dal diritto a indennizzo per il tempo antecedente la denuncia”.

Art. 53 “Il datore di lavoro è tenuto a denunciare all'Istituto assicuratore gli infortuni da cui siano colpiti i dipendenti prestatori d'opera, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità. **La denuncia dell'infortunio deve essere fatta** con le modalità di cui all'art. 13 **entro due giorni da quello in cui il datore di lavoro ne ha avuto notizia** e deve essere corredata da certificato medico (9/p).

**Se si tratta di infortunio che abbia prodotto la morte o per il quale sia preveduto il pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta per telegrafo entro ventiquattro ore dall'infortunio.** Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto il termine per la denuncia decorre da quest'ultimo giorno. La denuncia dell'infortunio ed il certificato medico debbono indicare, oltre alle generalità dell'operaio, il giorno e l'ora in cui è avvenuto l'infortunio, le cause e le circostanze di esso, anche in riferimento ad eventuali deficienze di misure di igiene e di prevenzione, la natura e la precisa sede anatomica della lesione, il rapporto con le cause denunciate, le eventuali alterazioni preesistenti. **La denuncia delle malattie professionali** deve essere trasmessa sempre con le modalità di cui all'art. 13 dal datore di lavoro all'Istituto assicuratore, corredata da certificato medico, **entro i cinque giorni successivi a quello nel quale il prestatore d'opera ha fatto denuncia al datore di lavoro della manifestazione della malattia.** Il certificato medico deve contenere, oltre l'indicazione del domicilio dell'ammalato e del luogo dove questi si trova ricoverato, una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore. I medici certificatori hanno l'obbligo di fornire all'Istituto assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie. ....omissis....”

Nel caso di **infortunio sul lavoro**, di seguito si elencano in breve ed in generale le procedure operative riferite al Lavoratore ed al Preposto (dirigente o superiore gerarchico) e si rimanda la presa visione del “Protocollo per la gestione degli infortuni ed incidenti a rischio biologico” e delle Procedure operative previste per ciascun attore (pubblicate sul sito intranet aziendale):

Il **Lavoratore** attua gli eventuali provvedimenti immediati previsti dalla Procedura e se necessario allerta il sistema di emergenza interna.

Avvisa il Preposto (superiore o dirigente).

Si reca al Pronto Soccorso aziendale per ricevere le cure del caso ed il primo Certificato Medico di Infortunio (CMI).

Si reca all'Ufficio Gestione Rischio Clinico per consegnare l'originale del CMI, la Notifica di Infortunio e per la raccolta delle informazioni inerenti la dinamica dell'accaduto. Se impossibilitato a recarvisi di persona, comunica telefonicamente l'accaduto con tempestività.

Il **Preposto** si attiva per i soccorsi immediati e per i “Provvedimenti immediati in caso di possibili incidenti ed emergenze” previsti dalla Procedura, se necessario, richiede l'intervento dei soccorsi tramite il servizio emergenze.

Compila insieme al lavoratore la Notifica di Infortunio, la firma e la consegna al Lavoratore.

La S.O.C. Gestione Risorse Umane, ricevuta tutta la documentazione relativa all'infortunio dall'Ufficio Rischio Clinico, provvede alla registrazione sul Registro Infortuni, e nei casi previsti, alla Denuncia di Infortunio all'I.N.A.I.L., dandone notifica all'autorità locale di Pubblica sicurezza, nei termini di legge (*entro due giorni da quello in cui il datore di lavoro ne ha avuto notizia o ventiquattrore in caso di morte o pericolo di morte del lavoratore*).

Nel caso di riscontro di **malattia di presunta origine professionale**, il lavoratore fa pervenire *entro il termine di giorni quindici dalla manifestazione di essa* il certificato alla SOC Gestione Risorse Umane, affinché provveda alla Denuncia entro il termine di legge (*entro i cinque giorni successivi a quello nel quale il prestatore d'opera ha fatto denuncia al datore di lavoro della manifestazione della malattia*).



# I diritti del pubblico dipendente

Il rapporto di lavoro subordinato genera in capo ai dipendenti una serie di diritti:

- ⇒ il diritto alla retribuzione;
- ⇒ il diritto ai cosiddetti trattamenti economici accessori;
- ⇒ il diritto all'integrità fisica e morale;
- ⇒ il diritto alla libera manifestazione del pensiero;
- ⇒ i diritti sindacali e di sciopero;
- ⇒ il diritto alla mansione;
- ⇒ il diritto alle ferie ed ai permessi retribuiti;
- ⇒ il diritto alla conservazione del posto di lavoro nelle ipotesi previste dalla legge e dai contratti;
- ⇒ il diritto al trattamento di quiescenza e previdenza;
- ⇒ il diritto alla formazione ed all'aggiornamento professionale.

Il numero di **giornate di ferie** nell'arco dell'anno è strettamente legato all'articolazione oraria nonché alla tipologia del rapporto di lavoro ed all'anzianità di servizio. La misura è stabilita dal contratto collettivo nazionale di lavoro.

Ai giorni di ferie si aggiungono quattro giorni all'anno per le cd. festività soppresse (da fruire entro l'anno solare). Al dipendente che ne abbia fatto richiesta è assicurato il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo estivo (1 giugno — 30 settembre). All'interno delle diverse articolazioni organizzative viene effettuata una programmazione per garantire il godimento delle ferie e contemporaneamente la continuità del servizio. Le ferie possono essere sospese in concomitanza di malattia debitamente documentata, che sia protratta per più di tre giorni o che abbia dato luogo a ricovero ospedaliero o in caso di malattia del figlio (fino all'8° anno) che comporti il ricovero ospedaliero.

La durata delle ferie è di 32 giorni lavorativi, ridotti a 30 per i neoassunti limitatamente al servizio a tempo determinato e al primo triennio di servizio a tempo indeterminato. In caso di distribuzione dell'orario settimanale di lavoro su cinque giorni, il sabato è considerato non lavorativo ed i giorni di ferie spettanti sono ridotti, rispettivamente, a 28 e 26. A tutti i dipendenti sono inoltre attribuite 4 giornate di riposo da fruire nell'anno solare, in sostituzione delle festività soppresse. È considerata giorno festivo la ricorrenza del santo patrono della località in cui il dipendente presta servizio, purché ricadente in giorno lavorativo. Nell'anno di assunzione o di cessazione dal servizio la durata delle ferie è determinata in proporzione dei dodicesimi di servizio prestato. La frazione di mese superiore a quindici giorni è considerata a tutti gli effetti come mese intero.

Qualora il rapporto di lavoro costituito presso l'Azienda segua un **precedente rapporto di lavoro** subordinato, alle dipendenze da pubbliche amministrazioni o da privati, il lavoratore è tenuto a comunicare i relativi dati, anche al fine di ottenere informazioni dai competenti uffici ai fini giuridici e previdenziali (disciplina delle assenze, riscatti e ricongiunzioni, valutazioni gratuite di periodi non lavorativi utili per il trattamento previdenziale).

È possibile usufruire di **permessi e congedi**, retribuiti e non retribuiti, per particolari motivi personali e familiari, per maternità/paternità, per condizione di *handicap* propria o dei familiari ed altre situazioni previste dalla legge e dai contratti collettivi. Gli uffici preposti, nell'ambito della SOC Gestione Risorse Umane, forniranno tutte le necessarie informazioni. Tutta la modulistica relativa alle richieste di ferie/permessi e quella relativa alle autocertificazioni da allegare nei casi previsti, è disponibile sul sito Intranet aziendale:

<http://intranet.aou.udine.it/direzioni/amministrativa/gestione-risorse-umane>

Anche ai lavoratori dipendenti della pubblica amministrazione, nonché a coloro che sono impiegati nell'ambito della produzione di servizi pubblici, è garantito il diritto di **sciopero**. Tuttavia, in considerazione del fatto che devono sempre essere garantiti alcuni **servizi pubblici essenziali**, tra i quali rientra la tutela della salute, il diritto di sciopero deve essere esercitato nel rispetto di misure dirette a consentire l'erogazione delle prestazioni indispensabili.

## Gli obblighi del pubblico dipendente

Gli obblighi del lavoratore dipendente da pubbliche amministrazioni sono in parte sovrapponibili ai doveri di tutti i lavoratori subordinati ed in parte ricavabili da speciali normative.

Al pari di tutti i lavoratori dipendenti, coloro che prestano il loro servizio presso pubbliche amministrazioni sono tenuti:

- ⇒ all'**adempimento della prestazione lavorativa** specificata dal contratto individuale di lavoro;
- ⇒ alla **diligenza** richiesta dalla natura della prestazione dovuta e dal rilievo delle mansioni e degli incarichi affidati. Rientrano nel dovere di diligenza obblighi quali l'osservanza dell'orario di lavoro, la comunicazione della residenza, la giustificazione delle assenze, l'informazione nel caso di malattia;
- ⇒ alla **fedeltà**, cui corrispondono il divieto di concorrenza e il dovere di mantenere il segreto. L'intensità dell'obbligo di fedeltà varia in relazione alle mansioni. Si concretizza nell'astensione da qualsiasi comportamento che possa essere pregiudizievole per l'amministrazione e, in particolare, dalla richiesta o accettazione di compensi da soggetti diversi dall'amministrazione per prestazioni alle quali il dipendente è tenuto per lo svolgimento dei propri compiti di ufficio, dall'uso dell'impiego a fini personali e dall'utilizzazione di beni e servizi dell'amministrazione per fini che esulano da compiti di istituto;
- ⇒ all'**obbedienza**, che consiste nella soggezione alle disposizioni per l'esecuzione e la disciplina del lavoro impartite dal datore di lavoro e dai suoi collaboratori.

Con Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16 aprile 2013 è stato definito il nuovo codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001. Tale codice è integrato dal codice di comportamento adottato dall'Azienda. Il codice definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare.

Il testo richiama in primo luogo i principi costituzionali che regolano il rapporto di lavoro alle dipendenze di pubbliche amministrazioni:

- ⇒ **imparzialità e buon andamento**, i quali salvaguardano l'affidamento che il cittadino deve poter riporre nell'azione amministrativa (articolo 97 della Costituzione);
- ⇒ **esclusività del rapporto** (articolo 98);
- ⇒ svolgimento dei compiti inerenti alla funzione pubblica «**con disciplina e onore**» (articolo 54).

Il codice di comportamento contiene:

- ⇒ disposizioni che regolano **il rapporto tra dipendente e amministrazione**, tenuto conto della situazione soggettiva del lavoratore e delle particolari funzioni o compiti che allo stesso sono attribuiti;
- ⇒ disposizioni volte a confermare, anche attraverso la concreta attività del lavoratore, **l'imparzialità della Pubblica amministrazione**, sia con riferimento alle modalità di esplicazione della prestazione (astensione, imparzialità) sia con riferimento alla salvaguardia dell'indipendenza e della trasparenza del dipendente (regali e altre utilità, attività collaterali);
- ⇒ disposizioni che regolano **il corretto svolgimento della prestazione lavorativa**, rendendola coerente con il principio di buon andamento (rapporti con il pubblico, obblighi connessi alla valutazione dei risultati, assenze);
- ⇒ disposizioni che regolano **il corretto utilizzo dei beni della pubblica amministrazione** nonché della qualifica rivestita dal dipendente presso la medesima.

Specifiche disposizioni sono finalizzate ad **evitare il conflitto di interesse** tra il dipendente e l'amministrazione di appartenenza, imponendo il dovere di astensione, e l'utilizzazione a fini privati di informazioni ottenute in ragione dell'ufficio ricoperto. Entrambe le ipotesi possono costituire reato, rispettivamente di abuso d'ufficio (articolo 323 del codice penale) e rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio (articolo 326).

Numerose altre regole sono sovrapponibili a fattispecie di reato e tendono a prevenire situazioni ai limiti dell'illecito penale. Si vedano, in particolare, le disposizioni relative all' **ottenimento di regali ed utilità** nonché al divieto di **assunzione di incarichi da soggetti cointeressati**. Nella prima ipotesi il comportamento può integrare gli estremi del delitto di concussione, previsto e punito dall'articolo 317 del codice penale. Da ricordare, infine, le disposizioni che affrontano le questioni derivanti dalla disponibilità di mezzi di proprietà dell'amministrazione, il cui utilizzo a fini privati può integrare il delitto di peculato d'uso, previsto dall'articolo 314, comma 2, del codice penale.

**Il dovere del segreto d'ufficio si concretizza per il dipendente pubblico nel divieto di rendere note a chi non ne abbia diritto informazioni riguardanti provvedimenti ed operazioni amministrative in corso o concluse, ovvero notizie di cui sia venuto a conoscenza a causa delle sue funzioni, a meno che non si tratti di atti e documenti per i quali è riconosciuto il diritto di accesso del cittadino.**

Dalla Costituzione deriva il principio dell'**esclusività** del rapporto di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni. In tal senso è anche sancito dal legislatore il principio dell'incompatibilità con attività estranee al rapporto di lavoro, salvi i casi espressamente consentiti, ed è previsto che ai dipendenti possano essere conferiti incarichi, non compresi nelle ordinarie competenze d'ufficio, solo sulla base di apposite previsioni normative e mediante apposita autorizzazione.

Eccezioni a tali principi sono previste per alcuni soggetti, tra cui i dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale (attività libero-professionale), con riguardo all'oggetto di taluni incarichi (privi di compenso o espressamente consentiti nonostante il compenso) e con riguardo al rapporto di lavoro in regime di tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50%, che consente l'instaurazione di un ulteriore rapporto di lavoro autonomo o subordinato, purché quest'ultimo non intercorra con un'altra pubblica amministrazione. Da tale previsione è tuttavia escluso il rapporto di lavoro a tempo ridotto della dirigenza.

# I profili di responsabilità

Ciascun dipendente, in relazione al proprio profilo professionale ed al grado di autonomia e responsabilità posseduto, è chiamato a contribuire al conseguimento degli obiettivi aziendali, così come tracciati dal legislatore, attualizzati nella pianificazione sanitaria nazionale e regionale e definiti dalla programmazione aziendale annuale e pluriennale (piano attuativo ospedaliero).

L'art. 28 della Costituzione afferma il principio secondo cui i funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, per quanto previsto dalle leggi penali, civili ed amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti.

Per **responsabilità** s'intende l'obbligo di rispondere di un'azione illecita, cioè compiuta in violazione di una norma giuridica. La responsabilità professionale si suddivide tradizionalmente in tre ambiti: civile, penale, disciplinare. A motivo degli interessi coinvolti nell'attività della Pubblica amministrazione, a tali profili si aggiunge la responsabilità amministrativo-contabile.

La **responsabilità civile** sorge quando il dipendente, esercitando le proprie funzioni, causa ad altri un danno ingiusto. In questo caso tanto il lavoratore quanto l'amministrazione sono obbligati a risarcire il danno. L'obbligo sussiste quando il danno provocato dal dipendente derivi dal suo comportamento doloso o gravemente colpevole.

La **responsabilità penale** sorge quando il dipendente commette reati a causa o nell'esercizio delle sue funzioni. Ha valenza esclusiva di responsabilità personale. Le fattispecie di reato più rilevanti sono: peculato (art. 314 del Codice penale), corruzione (artt. 318 e 319), concussione (artt. 317), abuso d'ufficio (art. 323).

La **responsabilità amministrativo-contabile** attiene ai danni direttamente o indirettamente cagionati dal dipendente pubblico all'ente di appartenenza, nell'espletamento delle proprie funzioni e trae origine dalla violazione dolosa o gravemente colposa degli obblighi di servizio. In passato, il nucleo di questa responsabilità derivava dalla rendicontazione da parte dei pubblici agenti, ai quali veniva affidata la gestione dei beni appartenenti allo Stato. Attualmente risponde all'esigenza di fronteggiare gli eventuali danni causati da coloro che agiscono per la Pubblica amministrazione: non solo gli agenti contabili, ma quanti, incardinati nei settori statali e pubblici come soggetti politici o persone fisiche, sono in ogni caso posti in condizione di procurare danno al pubblico patrimonio. Per quanto in particolare riguarda il dipendente incaricato di gestire beni ovvero di maneggiare denaro per conto dell'Azienda, che si qualifica come agente contabile, gli obblighi sono la resa del conto dei valori e dei beni maneggiati, la custodia e la restituzione dei medesimi all'atto delle consegne. La violazione di tali doveri dà luogo a responsabilità contabile.

La responsabilità amministrativa ha natura contrattuale e la relativa azione è del tutto autonoma rispetto a quella civile del danno, che ha carattere extracontrattuale. Ciò significa che, in pendenza di un giudizio civile avente il medesimo oggetto e promosso dall'amministrazione verso il proprio dipendente, non è preclusa l'azione di responsabilità amministrativa, promuovibile da parte della Procura regionale della Corte dei conti contro il medesimo pubblico impiegato.

Dall'infrazione degli obblighi connessi al rapporto di lavoro deriva la **responsabilità disciplinare**, preordinata a perseguire i comportamenti che ostacolano la migliore realizzazione del rapporto stesso. In seguito alla privatizzazione del rapporto di lavoro, il potere disciplinare non trova più fondamento nella posizione di supremazia speciale riconosciuta alla Pubblica amministrazione, ma deriva dal potere di direzione che il datore di lavoro ha rispetto al lavoratore subordinato. A fronte degli obblighi che il prestatore contrae con la sottoscrizione del contratto di lavoro, al datore viene riconosciuto il potere di esigere il corretto adempimento della prestazione e di punire le violazioni mediante l'applicazione di sanzioni. L'amministrazione pubblica, tuttavia, non è libera come il datore di lavoro privato riguardo all'esercizio del potere disciplinare, ma in forza di legge ha l'obbligo di promuovere la relativa azione.

Le violazioni da parte dei lavoratori danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni, previo procedimento disciplinare: rimprovero verbale, rimprovero scritto (censura), multa di importo variabile fino ad un massimo di quattro ore di retribuzione, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a dieci giorni, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da undici giorni fino ad un massimo di sei mesi, licenziamento con preavviso e licenziamento senza preavviso.

Nel caso di infrazioni disciplinari di minore gravità, per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale ed inferiori alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per più di dieci giorni, competente a procedere in materia disciplinare è il dirigente responsabile della struttura di appartenenza del dipendente, mentre nel caso di infrazioni disciplinari di gravità superiore alla sospensione dal servizio fino a dieci giorni o nel caso in cui il responsabile della struttura non abbia qualifica dirigenziale, l'ufficio per i procedimenti disciplinari istituito nell'ambito della SOC Gestione Risorse Umane.

Le forme e i termini del procedimento disciplinare sono disciplinati dall'art. 55 bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Ai sensi dell'art. 55, comma 2, come novellato dal D.Lgs. n. 150/2009, il regolamento di disciplina aziendale è pubblicato sul sito web aziendale.

Fino all'entrata in vigore del D.Lgs. 150/2009, in ossequio al principio secondo il quale il rapporto fiduciario che caratterizza la **dirigenza** richiede l'applicazione di regole diverse da quelle proprie del personale del comparto, i relativi contratti hanno stabilito che i dirigenti non sono soggetti a sanzioni disciplinari conservative, ma soltanto alla sanzione estrema del recesso per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo.

Il D.Lgs. n. 150/2009 (decreto Brunetta) ha introdotto le sanzioni conservative per i dirigenti, prevedendo due ipotesi:

1) "Il lavoratore dipendente o il dirigente appartenente alla stessa amministrazione pubblica dell'incolpato o ad una diversa, che essendo a conoscenza per ragioni d'ufficio o di servizio di informazioni rilevanti per un procedimento disciplinare in corso, rifiuta, senza giustificato motivo, la collaborazione richiesta dall'autorità disciplinare procedente ovvero rende dichiarazioni false o reticenti, è soggetto all'applicazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, della sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, commisurata alla gravità dell'illecito contestato al dipendente fino ad un massimo di quindici giorni." (art.55 bis, comma 7, del D.Lgs. 165/2001);

2) "Il mancato esercizio o la decadenza dell'azione disciplinare, dovuti all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare o a valutazioni sull'insussistenza dell'illecito disciplinare irragionevoli o manifestamente infondate, in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, comporta, per i soggetti responsabili aventi qualifica dirigenziale, l'applicazione della sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione in proporzione alla gravità dell'infrazione non perseguita, fino ad un massimo di tre mesi in relazione alle infrazioni sanzionabili con il licenziamento, ed altresì la mancata attribuzione della retribuzione di risultato per un importo pari a quello spettante per il doppio del periodo della durata della sospensione." (art.55 sexies, comma 3, del D.Lgs. 165/2001).

La responsabilità disciplinare presuppone un comportamento illecito e colposo del dirigente, il quale viene meno al rispetto di regole giuridiche poste a tutela della propria attività. Rilevano in tal senso le inadempienze e le negligenze nell'espletamento delle funzioni, valutate sotto il profilo della specifica posizione di responsabilità ricoperta dal dirigente e con riferimento alle circostanze in cui si è verificato l'inadempimento, ai motivi che l'hanno determinato, alla qualità dell'intenzione. Infine, dal comportamento del dipendente prescinde la responsabilità dirigenziale per risultato, la quale si collega direttamente ai risultati complessivi prodotti dall'organizzazione cui il dirigente afferisce, determinando la sua inidoneità all'incarico.

Nell'ambito della responsabilità professionale, con maggior frequenza rispetto al dolo – caratterizzata dalla volontà dell'evento, che è previsto e voluto dall'agente – si riscontra la **colpa**, la quale presuppone che l'evento realizzato non sia voluto, ma si verifichi come conseguenza di una condotta indirizzata a fini leciti. Tale condotta si manifesta in:

- ⇒ negligenza, cioè disattenzione o trascuratezza nel momento dell'azione o dell'omissione;
- ⇒ imprudenza, che consiste nell'operare senza le opportune cautele o nel mancato uso dell'autocontrollo;
- ⇒ imperizia, cioè insufficiente preparazione e capacità di un soggetto che dovrebbe possederle;
- ⇒ inosservanza di leggi, regolamenti ordini o discipline (cosiddetta colpa specifica).

## Materiale per l'approfondimento

Denuncia smarrimento/furto tesserino magnetico identificativo:

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/7-117/denuncia-smarrimento-furto-tesserino-magnetico>

Regolamento del servizio mensa aziendale:

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-37/decreto-regolamento-del-servizio-mensa-aziendale>

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-37/regolamento-del-servizio-mensa-aziendale>

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-37/modulo-per-la-richiesta-buoni-pasto>

Diritto allo studio:

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-96/regolamento-diritto-allo-studio-ultima-versione>

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-96/avviso-diritto-allo-studio-anno-13-14>

Regolamento aziendale di disciplina per il personale del comparto:

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-109/decreto-adozione-regolamenti-disciplina-comparto-e>

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-109/regolamento-aziendale-di-disciplina-per-il>

Regolamento aziendale di disciplina per il personale dirigente:

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-109/regolamento-aziendale-di-disciplina-per-il>

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/9-101/regolamento-aziendale-di-disciplina-per-il>

### Bibliografia

⇒ DRAGONETTI S. ET ALII, *Il personale delle aziende sanitarie*, Milano, 2002

⇒ Branca M. ET ALII, *Codice del personale delle aziende sanitarie*, Milano, 2007

### Sitografia

SITO	LINK
Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni	<a href="http://www.aranagenzia.it">www.aranagenzia.it</a>
Formez centro di formazione studi	<a href="http://www.formez.it">www.formez.it</a>
Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione	<a href="http://www.funzionepubblica.it">www.funzionepubblica.it</a>
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali	<a href="http://www.lavoro.gov.it">www.lavoro.gov.it</a>

# Prevenzione, protezione e sorveglianza sanitaria

## Unità di apprendimento 5

### Obiettivi Formativi

Alla fine dell'unità di apprendimento il dipendente dovrà essere in grado di:

1. Identificare gli attori deputati alla sicurezza ed il loro livello di responsabilità in azienda
2. Identificare le strutture deputate alla tutela della salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro in AOU
3. Illustrare il ruolo del lavoratore in merito alla salute ed alla sicurezza nei luoghi di lavoro
4. Elencare i principali rischi contemplati dal D.LGS 81/2008 e succ. mod
5. Descrivere i dispositivi di protezione individuale

### Indice

- ⇒ Principali figure del sistema di sicurezza
- ⇒ Altri soggetti coinvolti nel sistema di sicurezza
- ⇒ Diritti e doveri dei lavoratori
- ⇒ I rischi
- ⇒ I dispositivi di prevenzione e protezione individuale, collettiva e gli indumenti protettivi
- ⇒ Glossario

Redazione / Aggiornamento:

Dott.ssa L. Boem

Dott.ssa C. Giorgi

Dott.ssa F. Pecorale

Verifica / Approvazione

Ing. F. Lorenzon

# Normativa di riferimento

Le prime leggi sulla sicurezza dei luoghi di lavoro furono introdotte in Italia nel 1930 con il codice mentre le prime leggi specifiche sull'argomento risalgono agli anni cinquanta.

Negli anni 90, dopo l'ingresso in Europa e l'emanazione di direttive europee in materia, sono stati promulgati altri decreti, il D. Lgs. 626 del 1994 e l'aggiornamento delle norme di legge già esistenti nel nostro Paese è stato pressoché continuo.

La normativa attualmente vigente è il D. Lgs. 81/2008, modificato dal D. Lgs. 106/09, e conosciuto come "Testo Unico della sicurezza nei luoghi di lavoro".

# Valore della formazione

Il testo unico ridisegna e riconduce in modo non esaustivo una parte delle norme in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro. I D.Lgs. 81/2008 s.m.i. ribadiscono l'importanza dell'informazione e della formazione per rafforzare il sistema della prevenzione: infatti tutte le figure professionali (lavoratori, preposti, dirigenti, addetti emergenze, addetti pronto soccorso, il responsabile servizio di prevenzione e protezione, gli addetti servizio prevenzione e protezione, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza) devono ricevere una formazione adeguata, riponendo questo obbligo al datore di lavoro.

Fare prevenzione infatti non consiste soltanto nell'attuare misure tecniche e procedurali, ma è il risultato delle scelte discrezionali che ogni soggetto compie nello svolgimento del suo ruolo.

Nella pagina successiva si riporta una parte del testo degli art. 36 e 37 del D.Lgs. 81/2008 s.m.i. per evidenziare gli ambiti di formazione previsti dal legislatore.

## D.Lgs. 81/2008 ART. 36 - INFORMAZIONE AI LAVORATORI

1. Il datore di lavoro provvede affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:

- a) sui **rischi per la salute e sicurezza sul lavoro** connessi alla attività della impresa in generale;
- b) sulle procedure che riguardano il **primo soccorso**, la **lotta antincendio**, l'**evacuazione dei luoghi di lavoro**;
- c) sui **nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di cui agli articoli 45 e 46**;
- d) sui **nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione, e del medico competente**.

2. Il datore di lavoro provvede altresì affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:

- a) sui **rischi specifici** cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia;
- b) sui **pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi** sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica;
- c) sulle misure e le attività di **protezione e prevenzione adottate**.

3. Il datore di lavoro fornisce le informazioni di cui al comma 1, lettere a,) e al comma 2, lettere a), b) e c), anche ai lavoratori di cui all'articolo 3, comma 9.

4. Il contenuto della informazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le relative conoscenze. Ove la informazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione della lingua utilizzata nel percorso informativo.

## D.Lgs. 81/2008 ART. 37 - FORMAZIONE DEI LAVORATORI E DEI LORO RAPPRESENTANTI

1. Il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza, anche rispetto le conoscenze linguistiche, con particolare riferimento a:

- a) concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organo di vigilanza, controllo, assistenza;
- b) rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici del settore o comparto di appartenenza dell'azienda.

*Omissis*

4. La formazione e, ove previsto, l'addestramento specifico devono avvenire in occasione:

- a) della costituzione del rapporto di lavoro;
- b) del trasferimento o cambiamento di mansioni;
- c) della introduzione di nuove attrezzature di lavoro o di nuove tecnologie, di nuove sostanze e preparati pericolosi.

La formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti deve essere periodicamente ripetuta in relazione all'evoluzione dei rischi o all'insorgenza di nuovi rischi.

Il contenuto della formazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le conoscenze e competenze necessarie in materia di salute e sicurezza sul lavoro.



**TABELLA SINOTTICA DELLE INFORMAZIONI PER UNA PRIMA FORMAZIONE  
IN RIFERIMENTO ALL'ART. 37 DEL D. LGS.81/2008**

<i>INFORMAZIONI</i>	<i>STRUMENTI</i>	<i>COLLOCAZIONE</i>
Rischi per la salute e sicurezza sul lavoro	Unità di auto-apprendimento n. 5	Manuale per il Neoassunto e per il Frequentatore
Lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro;	Unità di auto-apprendimento n.6	Manuale per il Neoassunto e per il Frequentatore
Nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione, e del medico competente.	Elenco	Sito intranet SOS Tutela della Salute e Sicurezza dei lavoratori
Nominativi dei rappresentanti per la sicurezza	Elenco	Sito intranet SOS Tutela della Salute e Sicurezza dei lavoratori
Rischi specifici e pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica	Schede tematiche	Sito intranet SOS Tutela della Salute e Sicurezza dei lavoratori

## Principali figure del sistema di sicurezza

### DEFINIZIONI (ART.2 D.LGS. 81/2008)

**1**

**Datore di Lavoro (DdL)**

Il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. In caso di omessa individuazione, o di individuazione non conforme ai criteri sopra indicati, il datore di lavoro coincide con l'organo di vertice medesimo. Nell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Santa Maria della Misericordia il DdL è il Direttore Generale.

**2**

**Dirigente**

Persona che, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa. Nell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Santa Maria della Misericordia il dirigente corrisponde al primario, in quanto direttore di SOC.

**3**

**Preposto**

Persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa. Nell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Santa Maria della Misericordia sono preposti i coordinatori infermieristici e tecnici.

# 4

## **Lavoratore**

Persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, con ciò comprendendo i frequentatori a diverso titolo.

Sono esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari.

# 5

## **Servizio di prevenzione e protezione (SPP)**

### **Compiti del servizio di prevenzione e protezione (art. 33 D. Lgs. 81/2008)**

Il servizio di prevenzione e protezione provvede:

- ⇒ all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- ⇒ ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive contenute nel documento di valutazione dei rischi, e i sistemi di controllo di tali misure;
- ⇒ ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- ⇒ a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- ⇒ a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica tra DL/RSPP/Medico competente/RLS;
- ⇒ a fornire ai lavoratori le informazioni sui rischi presenti in azienda, le procedure di primo soccorso, la lotta antincendio ed evacuazione.

Il servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal datore di lavoro. Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione è persona designata dal datore di lavoro in possesso di determinate capacità e requisiti professionali.

# 6

## **Medico Competente (MC)**

Medico in possesso di specifici requisiti professionali e formativi, nominato dal datore di lavoro per gli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

Gli obblighi del medico competente sono:

- ⇒ collaborare con il datore di lavoro e con il SPP alla valutazione dei rischi;
- ⇒ programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria (visite mediche preventive, periodiche, a richiesta del lavoratore e alla cessazione del rapporto di lavoro) secondo protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici ed esprimere i giudizi di idoneità alla mansione specifica;
- ⇒ istituire e aggiornare, sotto la propria responsabilità, la cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria;
- ⇒ informare i lavoratori del significato e dei risultati della sorveglianza sanitaria;
- ⇒ comunicare, in forma anonima e collettiva, tali risultati al datore di lavoro, al RSPP e agli RLS nel corso della riunione periodica e fornire indicazioni sul loro significato ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;
- ⇒ visitare gli ambienti di lavoro;
- ⇒ partecipare alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori, i cui risultati gli sono forniti con tempestività, ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria.

# 7

## **Esperto Qualificato per la protezione dalle radiazioni ionizzanti (EQ)**

Fisico Sanitario, appartenente alla SOC di Fisica Sanitaria, esperto in prevenzione e protezione dalle radiazioni ionizzanti. L'esperto qualificato, nell'esercizio della sorveglianza fisica per conto del datore di lavoro:

- ⇒ effettua la valutazione di radioprotezione fornendo indicazioni al datore di lavoro;
- ⇒ effettua la verifica delle attrezzature, degli impianti e dei dispositivi e strumenti di protezione, compresa la progettazione e il collaudo di radioprotezione di nuovi impianti;
- ⇒ effettua la sorveglianza ambientale di radioprotezione nelle zone controllate e sorvegliate ove sono impiegate sorgenti di radiazioni ionizzanti;
- ⇒ effettua la valutazione delle dosi ai lavoratori esposti;
- ⇒ assiste il datore di lavoro nell'individuazione e nell'adozione delle azioni da compiere in caso di incidente.

## Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza (RLS)

1. Persona eletta per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro.

Ai sensi della normativa vigente le attribuzioni del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (art. 50 D.lgs. 81/2008) sono:

- a) accede ai luoghi di lavoro in cui si svolgono le lavorazioni;
- b) e' consultato preventivamente e tempestivamente in ordine alla valutazione dei rischi, alla individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nella azienda o unità produttiva;
- c) e' consultato sulla designazione del responsabile e degli addetti al servizio di prevenzione, alla attività di prevenzione incendi, al primo soccorso, alla evacuazione dei luoghi di lavoro e del medico competente;
- d) e' consultato in merito all'organizzazione della formazione dei lavoratori;
- e) riceve le informazioni e la documentazione aziendale inerente alla valutazione dei rischi e le misure di prevenzione relative, nonché quelle inerenti alle sostanze ed ai preparati pericolosi, alle macchine, agli impianti, alla organizzazione e agli ambienti di lavoro, agli infortuni ed alle malattie professionali;
- f) riceve le informazioni provenienti dai servizi di vigilanza;
- g) riceve una formazione adeguata e, comunque, non inferiore a quella prevista dall'articolo 37;
- h) promuove l'elaborazione, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori;
- i) formula osservazioni in occasione di visite e verifiche effettuate dalle autorità competenti, dalle quali e', di norma, sentito;
- l) partecipa alla riunione periodica tra DdL/RSPP/Medico competente/RLS;
- m) fa proposte in merito alla attività di prevenzione;
- n) avverte il responsabile della azienda dei rischi individuati nel corso della sua attività;
- o) può fare ricorso alle autorità competenti qualora ritenga che le misure di prevenzione e protezione dai rischi adottate dal datore di lavoro o dai dirigenti e i mezzi impiegati per attuarle non siano idonei a garantire la sicurezza e la salute durante il lavoro.

2. Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza deve disporre del tempo necessario allo svolgimento dell'incarico senza perdita di retribuzione, nonché dei mezzi e degli spazi necessari per l'esercizio delle funzioni e delle facoltà riconosciutegli, anche tramite l'accesso ai dati degli infortuni sul lavoro, contenuti in applicazioni informatiche. Non può subire pregiudizio alcuno a causa dello svolgimento della propria attività e nei suoi confronti si applicano le stesse tutele previste dalla legge per le rappresentanze sindacali.

3. Le modalità per l'esercizio delle funzioni del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza sono stabilite in sede di contrattazione collettiva nazionale.

4. Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, su sua richiesta e per l'espletamento della sua funzione, riceve copia del documento di valutazione dei rischi.

5. I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza dei lavoratori rispettivamente del datore di lavoro committente e delle imprese appaltatrici, su loro richiesta e per l'espletamento della loro funzione, ricevono copia del documento di valutazione dei rischi interferenziali.

6. Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e' tenuto al segreto industriale relativamente alle informazioni contenute nel documento di valutazione dei rischi e nel documento di valutazione dei rischi interferenziali, nonché al segreto in ordine ai processi lavorativi di cui vengono a conoscenza nell'esercizio delle funzioni.

7. L'esercizio delle funzioni di rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e' incompatibile con la nomina di responsabile o addetto al servizio di prevenzione e protezione



# Diritti e doveri dei lavoratori

Come recita l'articolo 20 di seguito riportato per esteso:

“Ciascun lavoratore tanto più se di elevato profilo curricolare è tenuto a prendersi cura della propria sicurezza e salute, evitando di esporre a rischio inutile anche i propri colleghi. Esistono fondamentali diritti/doveri di:

- ⇒ informazione, formazione, addestramento;
- ⇒ sorveglianza sanitaria per la propria salute e, nel nostro specifico, anche per la salute dei pazienti;
- ⇒ usufruire di una particolare forma di rappresentanza non solo sindacale, da parte del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS).

## (Art. 20 d.lgs. 81/2008 - Obblighi dei lavoratori)

**1.** Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

**2.** I lavoratori devono in particolare:

- a)** contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- b)** osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
- c)** utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
- d)** utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
- e)** segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- f)** non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- g)** non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- h)** partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- i)** sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente.

**3.** I lavoratori di aziende che svolgono attività in regime di appalto o subappalto, devono esporre apposita tessera di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro. Tale obbligo grava anche in capo ai lavoratori autonomi che esercitano direttamente la propria attività nel medesimo luogo di lavoro, i quali sono tenuti a provvedervi per proprio conto.

I D.Lgs. 81/2008 s.m.i. prevedono delle **sanzioni** per le figure del Datore di Lavoro, del dirigente, del preposto e del lavoratore. La violazione delle norme in materia di sicurezza comporta sanzioni che possono essere penali o amministrative.

# I concetti relativi alla percezione del rischi

## La percezione del rischio

Per gli esseri umani la percezione del rischi dipende scarsamente da fattori razionali, come l'uso della probabilità e della logica, ma, al contrario, è fortemente determinata dalle **emozioni**.

### La percezione del rischio in azienda

#### Cosa fare?

Le aziende devono adottare un sistema di **gestione della sicurezza** affidabile, concreto e che coinvolga i lavoratori nella percezione dei rischi cui sono esposti durante l'attività lavorativa.

#### Il significato di:

- ⇒ Pericolo
- ⇒ Danno
- ⇒ Probabilità
- ⇒ Rischio

### I tre elementi del problema

- ⇒ Pericolo
- ⇒ Danno
- ⇒ rischio

## Pericolo

Il **pericolo** è una proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni.

## Danno

Il **danno** è la possibile conseguenza della presenza di un pericolo.

## Rischio

Per **rischio** si intende la "probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione".

Il rischio è dato dalla combinazione di:

- ⇒ **Probabilità** che si verifichi un certo evento
- ⇒ **Danno** che ne può derivare

## Probabilità

Rappresenta la "possibilità" che si verifichi un certo evento.

Rapporto tra il numero di casi **favorevoli** all'evento e il numero dei casi **possibili**.

### Il calcolo delle probabilità

#### Il gioco con i dadi

Il sig. Rossi "punta" una somma sull'uscita del numero 2.

Le caratteristiche di un dado sono:

- ⇒ Ha sei facce numerate
- ⇒ Ogni faccia riporta un numero da 1 a 6

Vincere o perdere?

Ad ogni lancio di dado avremo le seguenti possibilità:

- ⇒ Di vincere 1 volta su 6
- ⇒ Di perdere 5 volte su 6

## La probabilità

La probabilità di **vincere** è pari al 17%, cioè lanciando il dado 100 volte, statisticamente il numero 2 uscirà solo 17 volte!

La probabilità di **perdere** è pari all'83%, cioè lanciando il dado 100 volte, statisticamente uscirà un numero diverso da 2 ben 83 volte.

## Calcolo del rischio

Per calcolare il rischio bisogna conoscere o saper valutare la **probabilità** che si presenti una data situazione, ma è anche necessario conoscere l'entità del **danno**.

Più esattamente il **rischio** è dato dal **prodotto** della **probabilità** che un certo evento si verifichi per l'**entità** del danno.

### Due esempi della valutazione dei rischi.

Tagliare una carota

**Pericolo:** è rappresentato dal coltello il cui uso può causare un danno.

**Danno:** è dato dalla possibilità di procurarsi un taglio; possibilità che in questo caso è **lieve**.

**Rischio:** è dato dal prodotto della **probabilità** di tagliarsi per l'**entità del danno**.

Anche se la probabilità dell'evento è **elevata**, il rischio è **basso**.

La centrale nucleare

**Pericolo:** è rappresentato dalle sostanze radioattive che possono sprigionarsi e produrre un danno.

**Danno:** a differenza dell'esempio precedente, il danno della fuoriuscita delle sostanze tossiche è **enorme**.

**Rischio:** è dato dal prodotto della **probabilità** di fuoriuscita delle sostanze tossiche per l'**entità del danno**. Anche se la probabilità dell'evento è **molto bassa**, il rischio è **enorme**.

## Rischi e probabilità

Il rischio è dato dalla combinazione di probabilità e danno!

### Riassumendo

**Rischio = probabilità x danno**

	Tagliare una carota	Centrale nucleare
<b>Pericolo</b>	<i>Coltello</i>	<i>Sostanze radioattive</i>
<b>Danno</b>	Lieve/trascurabile	Gravissimo
<b>Probabilità</b>	Abbastanza elevata	Molto bassa
<b>Classe di rischio</b>	Bassa	Elevata

## Rischio generico

Qualsiasi nostra attività quotidiana comporta una possibilità di rischio che viene definito **generico**.

Generico perché legato a qualsiasi evento possa capitare.

## Rischio professionale

Negli ambienti di lavoro qualsiasi ipotesi di rischio deve essere considerata un **rischio professionale**.

## Tipologia del danno

L'entità del danno dovuto alla presenza sul luogo di lavoro di un pericolo può essere:

- ⇒ **Trascurabile** (prognosi inferiore a tre giorni)
- ⇒ **Lieve** (prognosi inferiore a 40 giorni)
- ⇒ **Grave** (malattia che mette in pericolo la vita)
- ⇒ **Gravissimo** (infortunio mortale, malattia inabile)

## Tipologia del rischio

La valutazione del rischio può essere graduata in una scala che, ad esempio, può riportare queste indicazioni:

- ⇒ **Rischio tollerabile**: condizioni che nonostante il completo rispetto delle norme di legge e regolamentari vigenti, possono produrre al lavoratore, lesioni o disturbi lievi con inabilità ed effetti rapidamente reversibili con casistica (aziendale e/o ufficiale) bassa;
- ⇒ **Rischio modesto**: condizioni che, nonostante il completo rispetto delle norme di legge e regolamentari vigenti, possono produrre al lavoratore lesioni o disturbi lievi con inabilità ed effetti rapidamente reversibili con casistica (aziendale e/o ufficiale) media.
- ⇒ **Rischio grave**: condizioni che, nonostante il completo rispetto delle norme di legge e regolamentari vigenti, possono produrre al lavoratore un infortunio grave o un'esposizione i cui effetti risultano acuti o cronici con inabilità reversibile con casistica (aziendale e/o ufficiale) media.
- ⇒ **Rischio molto grave**: condizioni che, nonostante il completo rispetto delle norme di legge e regolamentari vigenti, possono produrre al lavoratore un infortunio grave o un'esposizione i cui effetti risultano acuti o cronici con inabilità irreversibile ed invalidante con invalidità totale o conseguenze letali.

PROBABILITA'	FREQUENZA EVENTO
P 1	<i>Bassissima</i>
P 2	Medio-bassa
P 3	Medio-alta
P 4	Alta

GRAVITA'	DANNO CONSEGUENTE
G 1	Trascurabile (abrasioni, tagli, ecc.)
G 2	Lieve (ferite, lesioni, ecc. prognosi entro 40 gg.)
G 3	Grave (fratture, lesioni gravi che mettono in pericolo la vita)
G 4	Gravissimo (lesioni gravissime che rendono inabili, morte)

P 1    P 2    P 3    P 4

G 1				
G 2				
G 3				
G 4				
	<b>Area 1</b>	<b>Area 2</b>	<b>Area 3</b>	<b>Area 4</b>
	<b>Rischio tollerabile</b>	<b>Rischio modesto</b>	<b>Rischio grave</b>	<b>Rischio molto grave</b>

# I Rischi

La classificazione dei rischi previsti dal D.Lgs 81/2008 smi

## RISCHI PER LA SALUTE

### Rischio legato alla movimentazione manuale dei carichi

Rischio legato alle attività di movimentazione manuale dei carichi animati e inanimati che possono comportare per i lavoratori rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico.

#### DEFINIZIONI

a) **movimentazione manuale dei carichi**: le operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico, che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, possono comportare di patologie muscolo scheletriche;

b) **patologie da sovraccarico biomeccanico**: patologie delle strutture osteoarticolari, muscolotendinee e nervo-scolari.

Questo rischio viene aumentato dai seguenti fattori:

- ⇒ caratteristiche del carico
- ⇒ sforzo fisico richiesto
- ⇒ caratteristiche dell'ambiente di lavoro
- ⇒ esigenze connesse all'attività
- ⇒ fattori individuali di rischio

### Rischio legato ad attrezzature munite di videotermini

Nell'AOUD le attività di tipo amministrativo comportano l'utilizzo di attrezzature munite di videoterminale.

#### DEFINIZIONI

a) **videoterminale**: uno schermo alfanumerico o grafico a prescindere dal tipo di procedimento di visualizzazione utilizzato;

b) **posto di lavoro**: l'insieme che comprende le attrezzature munite di videoterminale, eventualmente con tastiera ovvero altro sistema di immissione dati, incluso il mouse, il software per l'interfaccia uomo-macchina, gli accessori opzionali, le apparecchiature connesse, comprendenti l'unità a dischi, il telefono, il modem, la stampante, il supporto per i documenti, la sedia, il piano di lavoro, nonché l'ambiente di lavoro immediatamente circostante;

c) **lavoratore**: il lavoratore che utilizza un'attrezzatura munita di videotermini, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni di cui all'articolo 175.

La norma detta i requisiti minimi che una postazione videoterminale deve possedere relativamente a:

- ⇒ Attrezzature (piano di lavoro, sedile di lavoro, tastiera...)
- ⇒ Ambiente (illuminazione, rumore, spazio...)
- ⇒ Interfaccia elaboratore/uomo (software utilizzato)

### Rischio fisico

Rischio legato ad attività che comportano l'esposizione del lavoratore ad agenti fisici.

#### DEFINIZIONI

agenti fisici: il rumore, le vibrazioni meccaniche, i campi elettromagnetici, le radiazioni ottiche artificiali, le radiazioni ionizzanti (si rimanda alla SOC Fisica Sanitaria), il microclima che possono comportare rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori.

### Rischio da sostanze pericolose

Rischio legato all'assorbimento attraverso diverse vie di agenti chimici presenti sul posto di lavoro o come risultato di ogni attività che comporti la presenza di agenti chimici. Nell'AOU alcune attività di laboratorio comportano l'esposizione a questo fattore di rischio.



## DEFINIZIONI

- a) **agenti chimici:** tutti gli elementi o composti chimici, sia da soli sia nei loro miscugli, allo stato naturale o ottenuti, utilizzati o smaltiti, compreso lo smaltimento come rifiuti, mediante qualsiasi attività lavorativa, siano essi prodotti intenzionalmente o no e siano immessi o no sul mercato;
- b) **agenti chimici pericolosi:**
- ⇒ agenti chimici classificati come sostanze pericolose ai sensi del d.lgs. 3 febbraio 1997, n. 52, e successive modificazioni, nonché gli agenti che corrispondono ai criteri di classificazione come sostanze pericolose di cui al predetto decreto. Sono escluse le sostanze pericolose solo per l'ambiente;
  - ⇒ agenti chimici classificati come preparati pericolosi ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2003, n. 65, e successive modificazioni, nonché gli agenti che rispondono ai criteri di classificazione come preparati pericolosi di cui al predetto decreto. Sono esclusi i preparati pericolosi solo per l'ambiente;
  - ⇒ agenti chimici che, pur non essendo classificabili come pericolosi, in base ai numeri 1) e 2), possono comportare un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori a causa di loro proprietà chimico-fisiche, chimiche o tossicologiche e del modo in cui sono utilizzati o presenti sul luogo di lavoro, compresi gli agenti chimici cui è stato assegnato un valore limite di esposizione professionale;
- c) **attività che comportano la presenza di agenti chimici:** ogni attività lavorativa in cui sono utilizzati agenti chimici, o se ne prevede l'utilizzo, in ogni tipo di procedimento, compresi la produzione, la manipolazione, l'immagazzinamento, il trasporto o l'eliminazione e il trattamento
- d) **agente cancerogeno:**
- ⇒ una sostanza che risponde ai criteri relativi alla classificazione quali categorie cancerogene 1 o 2, stabiliti ai sensi del decreto legislativo 3 febbraio 1997, n. 52, e successive modificazioni;
  - ⇒ un preparato contenente una o più sostanze di cui al numero 1), quando la concentrazione di una o più delle singole sostanze risponde ai requisiti relativi ai limiti di concentrazione per la classificazione di un preparato nelle categorie cancerogene 1 o 2 in base ai criteri stabiliti dai decreti legislativi 3 febbraio 1997, n. 52, e 14 marzo 2003, n. 65 e successive modificazioni;
  - ⇒ una sostanza, un preparato o un processo di cui all'allegato XLII, nonché una sostanza od un preparato emessi durante un processo previsto dall'allegato XLII;
- e) **agente mutageno:**
- ⇒ una sostanza che risponde ai criteri relativi alla classificazione nelle categorie mutagene 1 o 2, stabiliti dal d.lgs. 3 febbraio 1997, n. 52, e successive modificazioni;
  - ⇒ un preparato contenente una o più sostanze di cui al punto 1), quando la concentrazione di una o più delle singole sostanze risponde ai requisiti relativi ai limiti di concentrazione per la classificazione di un preparato nelle categorie mutagene 1 o 2 in base ai criteri stabiliti dai decreti legislativi 3 febbraio 1997, n. 52, e 14 marzo 2003, n. 65, e successive modificazioni.

### **RISCHI LEGATI ALL'ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI**

Rischio legato alle attività nelle quali i lavoratori, sono o possono essere esposti ad agenti cancerogeni o mutageni. Nell'AOU alcune attività che prevedono l'uso di chemioterapici comportano l'esposizione a questo fattore di rischio.

### **RISCHI CONNESSI ALL'ESPOSIZIONE ALL'AMIANTO**

Rischio al quale sono esposti i lavoratori addetti alla manutenzione, rimozione dell'amianto o dei materiali contenenti amianto, smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché bonifica delle aree interessate.

## **Rischio biologico**

Rischio legato ad attività produttive in cui vi è rischio di esposizione ad agenti biologici. Nell'AOU il personale a contatto con pazienti e i tecnici di laboratorio per il possibile contatto con liquidi organici sono maggiormente esposti a questo fattore di rischio.

## DEFINIZIONI

- ⇒ **agente biologico:** qualsiasi microrganismo anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni;
- ⇒ **microrganismo:** qualsiasi entità microbiologica, cellulare o meno, in grado di riprodursi o trasferire materiale genetico;
- ⇒ **coltura cellulare:** il risultato della crescita in vitro di cellule derivate da organismi pluricellulari.

## I dispositivi di protezione collettiva/I dispositivi di protezione individuale

### CLASSIFICAZIONE DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

I dispositivi di protezione di sicurezza possono essere:

-dispositivi di protezione collettiva

-dispositivi di protezione individuale

#### 1) Dispositivi di protezione collettiva (DPC)

Per dispositivi di protezione collettiva si intendono i sistemi che intervengono direttamente sulla fonte inquinante riducendo o eliminando il rischio di esposizione del lavoratore e la contaminazione dell'ambiente di lavoro.

#### 2) Dispositivi di protezione individuale (DPI)

Per dispositivo di protezione individuale si intende, qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo.

I lavoratori debbono essere formati sul corretto utilizzo dei DPI e usare con cura i dispositivi di protezione individuali e collettivi messi loro a disposizione dal datore di lavoro. I preposti devono disporre ed esigere che i singoli lavoratori usino i mezzi di protezione messi a loro disposizione.

## I dispositivi di protezione individuale

### REQUISITI DEI DPI (art. 76 d.lgs. 81/2008)

I DPI devono essere conformi alle norme di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1992, n. 475, e sue successive modifiche.

I DPI devono inoltre:

- a) essere adeguati ai rischi da prevenire, senza comportare di per sé un rischio maggiore;
- b) essere adeguati alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro;
- c) tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore;
- d) poter essere adattati all'utilizzatore secondo le sue necessità.

In caso di rischi multipli che richiedono l'uso simultaneo di più DPI, questi devono essere tra loro compatibili e tali da mantenere, anche nell'uso simultaneo, la propria efficacia nei confronti del rischio e dei rischi corrispondenti.

### OBBLIGO D'USO (art. 75 d.lgs. 81/2008)

I DPI devono essere impiegati quando i rischi non possono essere evitati da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro o sufficientemente ridotti da misure tecniche di protezione collettiva.

### OBBLIGO DEI LAVORATORI (art. 78 d.lgs. 81/2008)

1. I lavoratori si sottopongono al programma di formazione e addestramento organizzato dal datore di lavoro nei casi ritenuti necessari per l'utilizzo dei DPI.

2. I lavoratori utilizzano i DPI messi a loro disposizione conformemente all'informazione e alla formazione ricevute e all'addestramento eventualmente organizzato ed espletato.

3. I lavoratori:

- a) provvedono alla cura dei DPI messi a loro disposizione;
- b) non vi apportano modifiche di propria iniziativa.

4. Al termine dell'utilizzo i lavoratori seguono le procedure aziendali in materia di riconsegna dei DPI, se riutilizzabili o comunque per il loro smaltimento.

I lavoratori segnalano immediatamente al datore di lavoro o al dirigente o al preposto qualsiasi difetto o inconveniente da essi rilevato nei DPI messi a loro disposizione

### CLASSIFICAZIONE DEI DPI

I dispositivi sono classificati in base alle parti del corpo che devono proteggere:

- ⇒ Dispositivi di protezione della testa
- ⇒ Disposizioni di protezione dell'udito
- ⇒ Disposizioni di protezione degli occhi e del viso
- ⇒ Disposizioni di protezione delle vie respiratorie
- ⇒ Dispositivi di protezione delle mani e delle braccia
- ⇒ Dispositivi di protezione dei piedi e delle gambe
- ⇒ Dispositivi protezione del tronco e dell'addome
- ⇒ Dispositivi di protezione dell'intero corpo

## TIPOLOGIA DI DISPOSITIVO DI PROTEZIONE INDIVIDUALE: ALCUNI ESEMPI

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLA TESTA

Caschi di protezione

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELL'UDITO

Tappi per le orecchie

Cuffie antirumore

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DEGLI OCCHI E DEL VISO

Occhiali a stanghette con protezione laterale

Occhiali a maschere

Occhiali di protezione contro i raggi laser, le radiazioni ultraviolette, infrarosse, visibili

Visiere

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Respiratori classe FFP3

Autorespiratore

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLE MANI E DELLE BRACCIA

Guanti in lattice, guanti in vinile, guanti in nitrile

Guanti per antiblastici

Guanti resistenti al calore ed al freddo

Guanti per rischio meccanico

Guanti antitaglio

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DEI PIEDI E DELLE GAMBE

Calzatura sanitaria

Zoccoli autoclavabili

Scarpe antinfortunistiche

Stivali

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DEL TRONCO E DELL'ADDOME

Camici monouso per rischio biologico

Camici monouso per antiblastici

Giubbotti per ambienti freddi

Grembiuli impermeabili

Indumenti ad alta visibilità

### DISPOSITIVI ANTICADUTA

Imbracature di sicurezza

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

Camici di protezione anti-X

Collare di protezione anti-X

Occhiali di protezione anti-X

<b>PERICOLO</b>	proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni.
<b>RISCHIO</b>	prodotto tra l'esposizione al pericolo e il danno che ne può derivare. probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione.
<b>SORVEGLIANZA SANITARIA</b>	insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.
<b>PREVENZIONE</b>	il complesso delle disposizioni o misure necessarie per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno.
<b>SALUTE</b>	stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità.
<b>SISTEMA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA</b>	complesso dei soggetti istituzionali che concorrono, con la partecipazione delle parti sociali, alla realizzazione dei programmi di intervento finalizzati a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori.
<b>VALUTAZIONE DEI RISCHI</b>	valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.
<b>FORMAZIONE</b>	processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi.
<b>INFORMAZIONE</b>	complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro.
<b>ADDESTRAMENTO</b>	complesso delle attività dirette a fare apprendere ai lavoratori l'uso corretto di attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale, e le procedure di lavoro.
<b>SORVEGLIANZA FISICA</b>	insieme di atti fisici e tecnici finalizzati alla protezione dei lavoratori e della popolazione nell'impiego di apparecchiature radiologiche e sorgenti radioattive (D.lgs 230 del 95 art 75-79)

# Materiale di approfondimento

## Documenti e collegamenti

Politica per la gestione della salute e della sicurezza in Azienda

⇒ <http://intranet.aou.udine.it/documenti/10-304/politica-per-la-gestione-della-salute-e-della>

Struttura e organizzazione del sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro

⇒ <http://intranet.aou.udine.it/documenti/6-305/struttura-e-organizzazione-del-sistema-di-gestione>

⇒ <http://intranet.aou.udine.it/documenti/6-305/schema-operativo-generale-s-g-s-s-l>

⇒ <http://intranet.aou.udine.it/documenti/6-305/organigramma-sicurezza>

Procedura per il Lavoratore in caso di infortunio e di incidente a rischio biologico

⇒ <http://intranet.aou.udine.it/documenti/procedura-per-il-lavoratore-in-caso-di-infortunio-e-di-incidente-a-rischio-biologico/>

Procedura farmaci antiblastici: allestimento (galenica oncologica)

⇒ [http://intranet.aou.udine.it/search?query=Procedura+farmaci+antiblastici%3A+allestimento+%28galenica+oncologica%29+&struttura=&tipo\\_documento=&jci=&cerca=CERCA](http://intranet.aou.udine.it/search?query=Procedura+farmaci+antiblastici%3A+allestimento+%28galenica+oncologica%29+&struttura=&tipo_documento=&jci=&cerca=CERCA)

Protocollo per la somministrazione e il trasporto in sicurezza dei farmaci antiblastici

⇒ <http://intranet.aou.udine.it/search?>

[query=Protocollo+per+la+somministrazione+e+il+trasporto+in+sicurezza+dei+farmaci+antiblastici+&x=4&y=3](http://intranet.aou.udine.it/search?query=Protocollo+per+la+somministrazione+e+il+trasporto+in+sicurezza+dei+farmaci+antiblastici+&x=4&y=3)

Politica protezione radiazioni ionizzanti

⇒ [http://intranet.aou.udine.it/documenti/politica-protezione-radiazioni-ionizzanti/fis\\_pg\\_01\\_protezione\\_radiazioni\\_ionizzanti\\_ver02](http://intranet.aou.udine.it/documenti/politica-protezione-radiazioni-ionizzanti/fis_pg_01_protezione_radiazioni_ionizzanti_ver02)

Misure di sicurezza utilizzo di azoto liquido

⇒ [http://intranet.aou.udine.it/documenti/misure-di-sicurezza-utilizzo-di-azoto-liquido/spp\\_io\\_02\\_sicurezza-utilizzo-azoto-liquido](http://intranet.aou.udine.it/documenti/misure-di-sicurezza-utilizzo-di-azoto-liquido/spp_io_02_sicurezza-utilizzo-azoto-liquido)

Sicurezza utilizzo bombole gas medicali

⇒ [http://intranet.aou.udine.it/documenti/sicurezza-utilizzo-bombole-gas-medicali/spp\\_io\\_01\\_sicurezza-utilizzo-bombole-gas-medicali](http://intranet.aou.udine.it/documenti/sicurezza-utilizzo-bombole-gas-medicali/spp_io_01_sicurezza-utilizzo-bombole-gas-medicali)

### **BIBLIOGRAFIA**

**Testo coordinato del decreto Legislativo 09 Aprile 2008 n°81**

<http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/Documents/TU8108EdMaggio2013.pdf>

Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPESL)

⇒ <http://www.ispesl.it/>

Linee guida per l'utilizzo in sicurezza dei chemioterapici antiblastici: introduzione, stoccaggio, trasporto e fase di preparazione

⇒ <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/organizzazione-salute-tutela-sociale/>

# Il Piano di gestione dell'Emergenza

Unità di  
apprendimento 6

## **Obiettivi Formativi** – alla fine dell'unità di apprendimento il dipendente dovrà essere in grado di:

1. **Descrivere i rischi di incendio legati all'attività svolta in Azienda e quelli legati alle specifiche mansioni svolte**
2. **Descrivere le misure di prevenzione e di protezione incendi da adottare nel luogo di lavoro**
  - 2.1 **Descrivere il piano di emergenza**
  - 2.2 **Descrivere le misure di prevenzione e protezione incendi**
3. **Descrivere le procedure da adottare in caso di incendio**
  - 3.1 **Dare l'allarme secondo le procedure aziendali**
  - 3.2 **Intervenire secondo le procedure aziendali utilizzando correttamente i naspi, gli estintori ed in particolare distinguendo l'utilizzo degli estintori a polvere e a CO2**
  - 3.3 **Attivare l'evacuazione fino al punto di raccolta in luogo sicuro**
4. **Identificare le porte resistenti al fuoco, i dispositivi di allarme, le attrezzature di spegnimento, il quadro elettrico, le valvole di intercettazione dell'ossigeno, dell'aria compressa e di eventuali gas tecnici; interruttore dell'impianto di condizionamento**
5. **Indicare i nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di prevenzione incendio, lotta antincendio e gestione delle emergenze e pronto soccorso**

## **Indice**

1. **I rischi di incendio legati all'attività svolta in Azienda e quelli legati alle specifiche mansioni svolte**
2. **Le misure di prevenzione e di protezione incendi da adottare nel luogo di lavoro**
  - 2.1 **Il piano d'emergenza**
  - 2.2 **Le misure di prevenzione e protezione incendi**
3. **Le procedure da adottare in caso di incendio**
  - 3.1 **Dare l'allarme**
  - 3.2 **Intervenire secondo le procedure aziendali**
  - 3.3 **Attivare l'evacuazione fino al punto di raccolta in luogo sicuro**
4. **Focus: 1 avvertenze valide in via generale in caso d'incendio**
  - 2 **identificazione delle attrezzature e degli impianti**
  - 3 **utilizzo degli estintori e dei naspi**
  - 4 **richiami sulla segnaletica di sicurezza**
5. **I lavoratori incaricati di applicare le misure di prevenzione incendi e del responsabile delle Emergenze in Azienda**

Redazione / Aggiornamento:  
Sig. L. Gorasso  
Verifica / Approvazione  
Dott. E. Carchietti

# 1. I rischi di incendio legati all'attività svolta in Azienda e quelli legati alle specifiche mansioni svolte

Il rischio più elevato è l'incendio e, in tal caso, come da letteratura, le più elevate probabilità di accadimento sono:

- ⇒ Area raccolta rifiuti 16%
- ⇒ Laboratori 13%
- ⇒ Aree per lavaggio 12%
- ⇒ Aree non occupate da pazienti 11%
- ⇒ Locale per macchinari 9%

Secondo le statistiche, le ore a maggior rischio di incendio, con conseguenze gravi, sono quelle notturne, con punte massime intorno alle ore 22.00.

Risulta di fondamentale importanza consentire in ogni momento la possibilità di manovra per i mezzi delle squadre di soccorso ed il conseguente rispetto del divieto di parcheggio degli automezzi fuori dagli spazi delimitati.

Non vi sono significative differenze tra le mansioni, fatti salvo il personale dei laboratori e delle manutenzioni. Nel caso, le istruzioni sono fornite nei rispettivi piani di emergenza specifici per struttura e sono essenzialmente legate alla presenza di sostanze infiammabili utilizzate nella specifica attività e/o accidentalmente presenti in loco.

## 2. Le misure di prevenzione e di protezione incendi

### 2.1 Il piano di emergenza

Lo scopo dei piani di emergenza è quello di consentire la migliore gestione possibile degli scenari incidentali ipotizzati, determinando una o più sequenze di azioni che sono ritenute le più idonee per avere i risultati che ci si prefigge al fine di controllare le conseguenze di un incidente.

<http://intranet.aou.udine.it/documenti/1-178/piano-operativo-di-emergenza>

#### Tipologia di emergenza

Nella tabella sottostante si riportano alcuni esempi di emergenze che si possono verificare in Azienda:

<b>INCENDIO</b>	Presenza di fumo, fiamme, allarmi antifumo attivati
<b>ALLAGAMENTO</b>	Presenza di acqua in quantità rilevante sui pavimenti di locali o aree, piani di un edificio con particolare riferimento ai piani bassi e gallerie di collegamento
<b>TERREMOTO</b>	Violento movimento oscillatorio dell'edificio o del terreno
<b>BLACK OUT ELETTRICO</b>	Improvviso spegnimento di apparecchiature elettriche ed elettroniche, dell'impianto di illuminazione e di ogni altra fonte alimentata elettricamente
<b>MINACCIA ANONIMA</b>	Telefonata o una lettera minatoria anonima con minaccia di bomba
<b>INFORTUNI, MALORI</b>	Presenza di persone infortunate con lesioni evidenti e perdite di sangue (infortunio sul lavoro, infortunio alla guida di mezzi) oppure presenza di persone che manifestano sintomi di malore (svenimenti, dolori al petto...)

#### Ruoli e compiti

Il piano di emergenza individua (in maniera precisa, automatica e senza necessità di mandato/delega formale) i ruoli e i compiti, e quindi le relative responsabilità, di tutti soggetti coinvolti nella possibile gestione dell'emergenza.



## 2.2 Misure di prevenzione e protezione incendi

È possibile ridurre la probabilità di insorgenza di un incendio, attraverso alcuni accorgimenti:

- ⇒ controllo e limitazione dei carichi d'incendio nei depositi di reparto, cercando di limitare le scorte dei materiali allo stretto indispensabile (deposito con presenza di materiali facilmente infiammabili e/o combustibili); limitare al massimo lo stoccaggio di sostanze infiammabili e altamente infiammabili per un totale di lt. 5-8 per sezione
- ⇒ corretto utilizzo e verifica delle apparecchiature elettromedicali (libretto delle istruzioni e delle manutenzioni)
- ⇒ assicurare la percorribilità delle vie di fuga e delle uscite di emergenza, tali da garantire il passaggio di un letto (mantenimento di carrelli e letti, se presenti, su un unico lato del corridoio);
- ⇒ controllo sulla raggiungibilità e sul regolare posizionamento degli indicatori sui manometri presenti sugli estintori a polvere, (da effettuarsi da parte del personale di reparto, segnalare eventuali mancanze all'ufficio manutenzioni).
- ⇒ tenuta corretta di sostanze infiammabili e altamente infiammabili, negli appositi spazi identificati;
- ⇒ mantenere in ordine i magazzini;
- ⇒ lasciare libere le aree sottostanti alle finestre, per non ostacolare un eventuale accesso (in emergenza) dall'esterno;
- ⇒ lasciare libere da materiale ingombrante le vie di fuga e le uscite di sicurezza (bancali, contenitori dei rifiuti, ecc.);
- ⇒ evidenziare appena possibile, eventuali guasti o anomalie a impianti e attrezzature, al Preposto (ovvero all'ufficio tecnico);
- ⇒ tenere nelle stanze di degenza solo gli ausili necessari;
- ⇒ eliminare da depositi ed archivi qualsiasi causa di innesco (attrezzature in carica o sotto tensione)
- ⇒ impedire l'accesso a estranei e/o fumatori)

Le porte tagliafuoco devono:

1. dividere ambienti contigui ed impedire il passaggio del fuoco e di gas surriscaldati dall'ambiente a rischio all'ambiente attiguo;
2. impedire il propagarsi dell'incendio anche per irraggiamento calore, ossia possedere sufficienti capacità di isolamento termico;
3. consentire, anche durante l'incendio, la fuga delle persone rimaste nell'ambiente nel quale si è sviluppato l'incendio; devono aprirsi sempre facilmente almeno nel senso voluto;
4. dopo l'apertura le porte tagliafuoco si devono richiudere automaticamente da qualsiasi posizione, quindi anche dalla posizione di apertura totale a 180°, per impedire rapidamente la propagazione del fuoco;
5. le porte tagliafuoco sono montate seguendo una "direzione di fuga" prestabilita, dall'ambiente a rischio verso l'esterno o verso ambienti a rischio inferiore.

Di conseguenza le porte cosiddette REI<sup>1</sup> vanno:

- ⇒ Mantenate aperte e collegate all'elettrocalamita quelle che nel progetto è previsto restino sempre aperte (presenza di dischetto metallico dell'elettrocalamita fissato al muro ed alla porta). Il lavoratore non deve per nessuna ragione bloccare le suddette porte (cunei di blocco, ostacoli di qualsivoglia genere).
- ⇒ Mantenate chiuse quelle che nel progetto è previsto restino sempre chiuse (assenza del suddetto dischetto metallico). Il lavoratore non deve per nessuna ragione bloccare in posizione aperta le suddette porte (cunei di blocco, ostacoli di qualsivoglia genere).

Si raccomanda, in caso di incendio, di **non usare mai gli ascensori**.

Il monta lettighe di emergenza deve essere usato solo per le operazioni di evacuazione su comando del Responsabile dell'emergenza.

<sup>1</sup>**Resistenza al fuoco "REI"**: "R" = stabilità "E" = tenuta "I" = isolamento termico, per un tempo determinato (30'- 60'- 90' ecc.).



## 3. Le procedure da adottare in caso di incendio

### 3.1 Dare l'allarme

Il Coordinatore o il Dipendente con funzioni di capoturno:

- ⇒ individua l'incendio o il sospetto incendio;
- ⇒ valuta se si è in presenza di allarme giallo (emergenza limitata, fuori dai reparti di degenza) oppure di allarme rosso (emergenza grave in un reparto che richieda l'evacuazione);
- ⇒ inoltra l'allarme al **4500** fornendo tutte le notizie necessarie:



1. Mi chiamo...
2. Telefono dal reparto....., padiglione n.....
3. Chiamo dal numero di telefono.....
4. Per emergenza: incendio/allagamento, ....
5. L'allarme è GIALLO (non coinvolge l'area con pazienti)
6. Sono presenti N. \_\_\_\_ pazienti di cui \_\_\_\_ deambulanti e n \_\_\_\_ non deambulanti
7. Siamo in grado di gestire la situazione/non siamo in grado di gestire la situazione: dobbiamo procedere all'evacuazione (vedi il piano operativo di emergenza aziendale)

## Comportamento del personale in caso di allarme rosso o giallo

- ⇒ Mantenere la calma (la conoscenza approfondita delle procedure aiuta molto in questo senso, così come l'addestramento periodico che aiuta a prendere confidenza con le operazioni da intraprendere)
- ⇒ Attenersi scrupolosamente a quanto previsto nei piani di emergenza
- ⇒ Evitare di trasmettere il panico ad altre persone
- ⇒ Prestare assistenza a chi si trova in difficoltà, se avete la garanzia di riuscire nell'intento
- ⇒ Allontanarsi immediatamente, secondo procedure
- ⇒ Non rientrare nell'edificio fino a quando non vengono ripristinate le condizioni di normalità

### Tipologie di allarme

**GIALLO**

Si intende la manifestazione evidente di fumo denso e di fiamme in aree ben delimitate e prive di pazienti, che però senza un pronto intervento possono dar luogo a propagazioni agli ambienti attigui, riservati o meno alle degenze.

**ROSSO**

Si intende la manifestazione evidente di fumo o di fiamme in aree di degenza o ambienti con presenza di persone, con pericolo per il personale ed i pazienti (emergenza grave che richieda l'evacuazione).

# ALLARME GIALLO

**Nel caso di allarme “giallo” si dovrà:** (Fonte: Piano operativo di emergenza versione n.01 del 14/04/2009)

- ⇒ chiamare al numero stabilito la Centrale operativa 118 (numero interno 4500) e riferire con voce calma quanto riscontrato visibilmente sul posto
- ⇒ riferire che si tratta di un'emergenza verificatasi in una zona dove NON sono presenti degenti
- ⇒ in attesa dell'arrivo dei soccorsi tentare di eliminare prontamente il focolaio con i mezzi d'estinzione presenti in zona (estintori a polvere o a CO2), seguendo le istruzioni apprese dal personale della squadra d'emergenza del reparto
- ⇒ allontanare i materiali infiammabili non ancora a contatto con le fiamme
- ⇒ evitare di aprire le finestre, ma chiudere invece tutte le porte attigue al locale in fiamme
- ⇒ evitare che persone non interessate allo spegnimento del focolaio si avvicinino alla zona
- ⇒ far rientrare nelle loro camere o i reparti i degenti, allontanando all'esterno dell'edificio tutte le persone non interessate dall'emergenza
- ⇒ eseguire una ricognizione dei locali di ristoro, attesa, riunione, servizi igienici, spogliatoi, docce, ecc. a verifica che tutti i presenti siano a conoscenza del pericolo
- ⇒ attuare immediatamente le procedure di allontanamento di persone diversamente abili presenti nel reparto
- ⇒ mettersi immediatamente a disposizione del Coordinatore della Squadra d'emergenza fino all'arrivo dei vigili del fuoco (VV.F), avvisando prontamente i reparti presenti sullo stesso piano su cui si è verificato l'evento
- ⇒ all'arrivo dei vigili del fuoco (VV.F) collaborare con essi e con la Squadra d'emergenza presenti sul posto (il personale del reparto è utilissimo in quanto conosce il proprio posto di lavoro meglio di qualunque altro)
- ⇒ ove possibile, interrompere l'erogazione dell'energia elettrica e dei gas medicali e degli impianti di condizionamento

# ALLARME ROSSO

**Nel caso di allarme “rosso” si dovrà:** (Fonte: Piano operativo di emergenza versione n.01 del 14/04/2009)

- ⇒ inviare immediatamente il messaggio di soccorso alla Centrale operativa 118 (numero interno 4500) e riferire, con voce calma, quanto visibilmente riscontrato sul posto, specificando che trattasi di emergenza grave per la presenza di degenti
- ⇒ allontanare i degenti in grado di muoversi autonomamente e gli eventuali visitatori verso le uscite del reparto
- ⇒ collaborare con la Squadra d'emergenza sanitaria al trasporto degli allettati verso l'uscita dal reparto. Sarà compito del personale del reparto trasportare gli ammalati fino al limite dello stesso reparto, affidandoli ad altro personale di soccorso intervenuto
- ⇒ i degenti, in mancanza di luoghi sicuri, dovranno essere trasferiti fuori dal reparto compiendo il più velocemente possibile un percorso in senso orizzontale verso la parte che si ritiene più sicura e che non sia ancora invasa dal fumo
- ⇒ mettersi a disposizione dei vigili del fuoco (VV.F). in quanto potrebbe essere necessario informare gli stessi dell'esistenza di materiale infiammabile o di bombole di gas terapeutico in ambienti vicini
- ⇒ assistere i pazienti non evacuati, in quanto lontani dalla zona colpita

- ⇒ non entrare autonomamente nell'ambiente dove è iniziato l'incendio per evitare che i vigili del fuoco (VV.F.) siano costretti a cercare, magari nell'oscurità, qualche persona entrata senza precauzione e poi rimasta soffocata dal fumo
- ⇒ lasciare, se non si può far altro, ai vigili del fuoco (VV.F) il compito di entrare nel reparto in quanto unici, per esperienza ed attrezzature, a poter domare l'incendio
- ⇒ evitare assolutamente di aprire le finestre
- ⇒ mantenere le porte dei corridoi chiuse, anche in caso di trasferimento; dopo ogni passaggio le porte andranno richiuse per evitare il più possibile traslazione di fumi verso gli ambienti attigui
- ⇒ se si è costretti ad attraversare una zona incendiata avere l'avvertenza di bagnare bene gli abiti e i capelli tenendo un panno bagnato davanti alla bocca e al naso
- ⇒ se gli abiti di una persona hanno preso fuoco, evitare di farlo correre distenderlo per terra coprendo il corpo con una coperta
- ⇒ se il fuoco impedisce ormai la fuga, evitare di perdere la calma e chiudersi in una stanza attigua al corridoio e avvicinarsi alla finestra segnalando la presenza con richiami
- ⇒ nel caso qualche persona venga colta da malore a causa del caldo eccessivo, dovrà essere distesa per terra (ove l'aria è meno calda e più respirabile)

### 3.2 Intervenire secondo le procedure aziendali

#### A) Incendio in una stanza di degenza con presenza di focolaio gestibile

##### COSA FARE

##### COME FARLO

Mantenere la calma e capire cosa sta succedendo



Non urlare e non farsi prendere dal panico.

Dare l'allarme



Avvisare immediatamente i colleghi. Chiamare o assicurarsi che un collega avvisi immediatamente il numero **4500 (0432-554500)**. Dare il necessario supporto alla squadra d'emergenza.

Soccorrere le persone



Far uscire le persone in grado di camminare e portare in corridoio le persone non autonome. Non permettere la raccolta di cose personali; se possibile scollegare gli erogatori di ossigeno dalle valvole.

***Se il principio di incendio è modesto, il locale non è ancora invaso dai fumi e si è capaci di farlo, cercare di spegnerlo con un estintore o con altri mezzi disponibili:***

Intervenire sull'incendio



Usare correttamente i dispositivi di spegnimento (estintori, coperte, nspi ecc.) orientandoli alla base del focolaio. Estinto il focolaio aprire le finestre per fare uscire all'esterno i fumi ed il calore presidiare il focolaio affinché non riprenda la combustione. Mantenere chiusa la porta, non a chiave. Evitare in ogni modo che il fuoco si intrometta tra voi e la via di fuga. Non mettere in alcun modo a repentaglio la propria incolumità.

***Se non si riesce a spegnere l'incendio:***

Isolare l'incendio



Uscire chiudendo bene la/le porte alle spalle (non a chiave).

Contenere la propagazione dell'incendio



Spostare le eventuali sostanze combustibili non ancora raggiunte dal fuoco (apparecchiature, lenzuola, coperte, materassi, abiti, ecc.). / Staccare l'alimentazione elettrica alla stanza o gruppo di stanze (se ciò non pregiudica la vita ad altri pazienti). / Interrompere l'erogazione dell'ossigeno alla stanza o gruppo di stanze (se ciò non arreca danno ad altri pazienti).

## B) Incendio in un deposito di reparto

Interviene con estintore sul focolaio, interrompe l'erogazione dell'energia elettrica nell'area deposito, cura la chiusura delle porte delle stanze di degenza.  
Chiude tutte le porte dei vani in comunicazione con il piano sottostante presenti nel corridoio e utilizza stracci bagnati alla base delle porte stesse per impedire la penetrazione del fumo.









## C) Incendio in un locale situato ai piani sottostanti

Verifica la chiusura di finestre, controlla, in presenza di cavedi o montacarichi o ascensori dismessi, eventuali propagazioni di fumo.

## D) Incendio di vaste proporzioni (più stanze o interi reparti)

### COSA FARE

### COME FARLO

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Mantenere la calma e capire cosa sta succedendo             |    | Non urlare e non farsi prendere dal panico.  |
| Dare l'allarme  |    | Avvisare immediatamente i colleghi. Chiamare o assicurarsi che un collega avvisi immediatamente il numero <b>4500 (0432-554500)</b> .<br>Dare il necessario supporto alla squadra d'emergenza.   |
| Evacuare le persone dalla zona di potenziale pericolo       |   | Indirizzare i pazienti autosufficienti verso le uscite di emergenza.<br>Trasportare i pazienti non autosufficienti alla destinazione prevista dal piano.<br>Se possibile portare in luogo sicuro anche le cartelle cliniche dei pazienti, le bombole di ossigeno ed il carrello di rianimazione  |
| Impedire/contenere la diffusione dei fumi                   |  | Mantenere chiuse tutte le porte verso le scale e verso altri locali per mantenere isolata la zona ( <i>utilizzare anche traversi bagnati per coprire le fessure sotto le porte</i> ).<br>Accertarsi della completa chiusura delle porte taglia fuoco ( <i>se presenti</i> ).   |
| Staccare l'alimentazione elettrica al gruppo di stanze      |  | Abbassare gli interruttori generali del quadro di zona ( <i>in ogni caso solo dopo essersi accertati che ciò non pregiudichi la vita dei pazienti o danni a sistemi od attrezzature</i> ).   |
| Impedire, contenere la diffusione delle fiamme              |  | Allontanare eventuali sostanze combustibili non ancora raggiunte dal fuoco.<br>In particolare spostare tutte le bombole di gas, estintori non in uso compresi (con priorità ai gas infiammabili e comburenti) e tutte le sostanze infiammabili (eteri, alcoli, ecc.).  |
| Spostare al sicuro le apparecchiature vitali per i pazienti |  | Possono essere trasportate nei compartimenti vicini (altro piano) in locali e posizionate dove non creano intralcio.<br><b>E' assolutamente da evitare l'intralcio di corridoi e scale.</b>  |
| Procedure per il corretto spostamento dei letti di degenza  |  | Quando si spostano i letti di degenza, ricordarsi di:<br>- staccare le prese di corrente di: letto e/o materasso ad aria e/o pompe di infusione ;<br>- staccare gli erogatori dei Gas Medicali;<br>- abbassare il letto (in modo da non aver ostacoli nella parte superiore delle porte) e verificare il posizionamento delle bandinelle;<br>- posizionare drenaggi e/o cateteri sotto le lenzuola e fissare queste sotto al materasso (per favorire lo spostamento rapido);<br>- percorrere il corridoio dalla parte opposta alle stanze di degenza, dopo aver allontanato gli eventuali letti bis dal corridoio e collocati momentaneamente in area accettazione |

### 3.3 Attivare l'evacuazione fino al punto di raccolta in luogo sicuro

Gli addetti all'evacuazione sono individuati, nel corso dell'emergenza, fra gli operatori al momento presenti anche nelle altre strutture e servizi attivati dalla Centrale Operativa 118.

Agli Addetti all'evacuazione spetta il compito di realizzare l'esodo di coloro che si trovano coinvolti nell'emergenza, con particolare riferimento alle persone con gravi disabilità.

In caso di evacuazione, **Coordinatori Tecnici e Personale** in turno hanno il compito di verificare che non siano rimaste persone all'interno del reparto.

#### A) Evacuazione orizzontale

Viene disposta dal **Preposto o capoturno** in tutti i casi in cui l'evoluzione dell'evento prevale su tutte le misure di contenimento e costituisce pericolo immediato per le persone coinvolte e in presenza di evento ad elevata aggressività e rapida evoluzione.

**Il personale di reparto** attiva immediatamente l'evacuazione orizzontale curando di mettere in atto solamente le misure indispensabili alla movimentazione dei degenti.

**Si attua attraverso le uscite più vicine trasferendo prima i degenti che risultano in posizione più prossima all'evento indipendentemente dalla gravità e secondo una valutazione di facilità operativa.**

#### B) Evacuazione verticale

Segue una precedente evacuazione orizzontale.

Viene disposta dal **Comandante dei Vigili del Fuoco** e/o dal **Responsabile delle emergenze** in relazione all'evoluzione dell'evento.

**Si attua attraverso le uscite più vicine trasferendo prima i degenti che risultano in posizione più prossima all'evento indipendentemente dalla gravità e secondo una valutazione di facilità operativa.**

L'Infermiere Coordinatore o Capoturno, ricevuto l'ordine di evacuazione, **seguendo il criterio della maggiore facilità di trasporto del degente:**

- ⇒ interrompe le infusioni endovenose in corso;
- ⇒ mette in sicurezza eventuali sacche di raccolta non rimovibili;
- ⇒ mette in sicurezza tutti i cateteri venosi ed arteriosi con gli appositi dispositivi di chiusura;
- ⇒ rimuove l'erogazione di ossigeno in maschera lasciando al collo del paziente la mascherina facciale;
- ⇒ rimuove ogni collegamento del paziente ai cavi di monitoraggio, lasciando le piastrine adesive.

#### C) Evacuazione Controllata

Viene disposta dal **Responsabile delle emergenze** e in relazione all'evoluzione dell'evento.

**L'evacuazione controllata si realizza con il trasferimento dei degenti secondo un ordine di gravità decrescente.**

L'attribuzione del codice di gravità compete al Medico del reparto, o in sua assenza dell'Infermiere coordinatore/capoturno.

In caso di evacuazione controllata viene costituita una squadra composta inizialmente dai componenti della Squadra di emergenza e da un Infermiere più un OTA/OSS di ogni reparto di degenza preferendo i reparti più lontani dall'evento.

## 4. Focus

### Focus 1 Avvertenze valide in via generale in caso di incendio

Avvicinamento all'incendio



Evitare assolutamente di entrare in zone o locali ormai completamente invasi dal fumo.

Spegnimento del principio d'incendio



Ricordarsi che con i normali mezzi estinguenti (estintori, naspi, coperte, ecc.) un principio d'incendio può essere spento, mentre un incendio ormai generalizzato (intera stanza che brucia) no.  
Non usare acqua in presenza di impianti o apparecchiature in tensione.

Presenza di strumenti elettronici, Quadri Elettrici Attrezzature sotto tensione



Usare preferibilmente estintori a CO2 o il sistema di soffocamento con coperte evitando, per quanto possibile, l'impiego di estintori a polvere in quanto la polvere pur essendo estremamente efficace sull'incendio può danneggiare irrimediabilmente le apparecchiature.

Supporto ai pazienti



Dare il supporto psicologico ai pazienti, in particolare a quelli non deambulanti. Adottare atteggiamenti rassicuranti ma fermi e risoluti nel velocizzare le operazioni. Evitare assolutamente di gridare o polemizzare.

Spostamenti



Non usare mai gli ascensori.  
Il monta lettighe di emergenza deve essere usato solo per le operazioni di evacuazione su comando del Responsabile dell'emergenza.

### Focus 2 Identificazione puntuale delle attrezzature e degli impianti

**Ubicazione delle porte resistenti al fuoco**



Nei rispettivi Piani di emergenza di Struttura

**Posizione dei dispositivi di allarme**



Nei rispettivi Piani di emergenza di Struttura

**Ubicazione delle attrezzature di spegnimento**  
(segnalica di colore rosso)



Nei rispettivi Piani di emergenza di Struttura (segnalica di colore rosso)

**Ubicazione del quadro elettrico, delle valvole di intercettazione dell'ossigeno e dell'interruttore dell'impianto di condizionamento (se presente)**



Nei rispettivi Piani di emergenza di Struttura



### Estintori

#### Anidride carbonica

##### **Co2 (anidride carbonica) biossido di carbonio**

Utilizzo su focolai di categoria (B-C)\* liquidi e gassosi, soprattutto efficace all'interno su apparecchiature in tensione. Anidride Carbonica all'interno dell'estintore è sotto forma liquida e non gassosa. Fate attenzione a non ustionarvi con il gettito freddo (chiamato getto di neve, poichè fuoriesce a -78° C).

Ricordatevi che ogni 10 anni bisogna eseguire il collaudo dell'estintore.

**Azione:** diluizione, toglie comburente al fuoco e raffreddamento.

**Caratteristiche:** non è tossica, non è corrosiva, non lascia residui, non danneggia, ha un elevato calore di vaporizzazione, ha elevate proprietà dielettriche.

Non usare il Co2 su:

Metalli, sodio, potassio, magnesio, titanio, zirconio, ecc..  
Liberano vapori nocivi alle vie respiratorie e alla pelle.

##### **Caratteristiche dell'estintore a Co2:**



Collaudo estintore a 300 bar.  
Tempi di erogazione del Co2:  
con carica da 2 Kg: durata 6 secondi;  
con carica da 5 Kg: durata 9 secondi.  
Nella bombola sotto forma liquida, pressione interna circa 75 bar, gas inodore incolore non velenoso, ma disturba la respirazione, elettricamente non conduttivo. Un Kg di Co2 in stato liquido produce 500 litri di gas. Temperatura limite di utilizzazione: -20 + 60. L'estintore è un pezzo unico, senza saldature. La valvola di sicurezza si apre a 180 bar.

#### Polvere

##### **Polvere**

Utilizzo su focolai di categoria (A-B-C)\* su tutti i fuochi che formano braci, liquidi e gassosi. Utilizzabile anche su apparecchiature elettriche a bassa tensione.

**Azione:** Soffocamento, azione meccanica di abbattimento della fiamma e raffreddamento.

**Caratteristiche:** non è abrasiva, non è corrosiva, sviluppa Co2 a 100°-C

##### **Che cosa c'è nell'estintore a polvere ?**

Contiene una polvere bianca secca pressurizzata con azoto, ricavata da sostanze sintetiche o naturali ( bicarbonato di sodio o potassio, cloruro di sodio, solfato di potassio o d'ammonio).

##### **Caratteristiche dell'estintore a polvere:**



La polvere all'interno è pressurizzata con azoto a 16 bar.  
Collaudo estintore a 74 bar.  
Tempi di erogazione della polvere:  
con carica da 6 kg: durata 10 secondi  
con carica da 9/12 kg: durata 18 secondi  
Estintori portatili a polvere: si parte da una carica da 1 kg fino ad arrivare a 20 kg.  
Temperatura limite di utilizzazione: - 20 + 60. La valvola di sicurezza si apre a 22 bar.  
Estintore a polvere pressurizzato con azoto

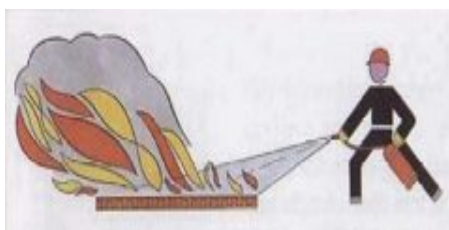


# Naspi

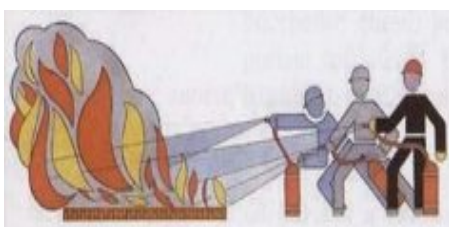
Il naspo antincendio assicura una maggiore facilità e praticità di utilizzazione, alla portata anche di operatori non specializzati, e pertanto può spesso essere considerato una valida alternativa al sistema manichetta-lancia, particolarmente nei casi di rischio non grave (es.:attività civili con basso rischio d'incendio, e presumibile presenza di personale non specializzato, quali alberghi, scuole, ospedali, uffici, attività commerciali, locali pubblici, etc.). Ricordarsi di staccare l'energia elettrica, prima di utilizzare il naspo.



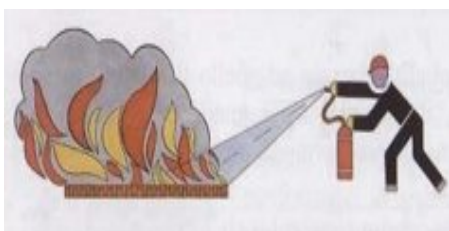
## Utilizzo corretto degli estintori (a polvere e a CO2)



Indirizzare l'estinguente alla base del fuoco



Privilegiare un intervento di gruppo rispetto ad un intervento singolo



Lavorare sempre sottovento



Sovrintendere all'incendio fino a spegnimento completo



Porre sempre attenzione alla "sorgente" dell'incendio

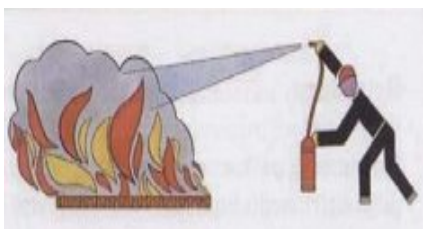


Dopo l'utilizzo gli estintori devono essere affidati alla manutenzione

## Utilizzo non corretto degli estintori (a polvere e a CO2)



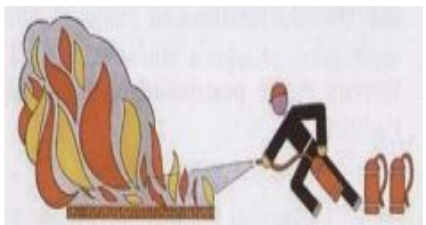
Prima di intervenire verificare la causa dell'incendio ed agire sul focolaio



L'estinguente non indirizzato alla base delle fiamme è sprecato



Mai posizionarsi contro vento



Agendo da solo si ritarda lo spegnimento



Attenzione un incendio di classe A puo' riprendere



Mai riposizionare un estintore anche parzialmente utilizzato

## Focus 4 Richiami sulla segnaletica di sicurezza






La segnaletica di sicurezza non sostituisce in nessun caso, le misure di protezione e prevenzione. Il suo impiego è d'ausilio affinché tutte le indicazioni attinenti la sicurezza, messe in atto e fornite dall'operatore volgano a buon fine con maggiore incisività.

Occorre fare ricorso alla segnaletica di sicurezza allo scopo di:

- 1 limitare i pericoli per le persone esposte (cartelli di avvertimento, simboli ed indicazioni di pericolo)
- 2 vietare comportamenti pericolosi (cartelli di divieto)
- 3 prescrivere comportamenti necessari (cartelli di prescrizione)
- 4 fornire indicazioni di soccorso, di salvataggio e di prevenzione (cartelli di salvataggio, di prevenzione incendi e di primo soccorso)

Secondo l'All. 1 del D.Lgs n.493/1996 è necessario utilizzare i colori di sicurezza e di contrasto: fare riferimento ai colori e simbolo indicati nella tabella riportata nella pagina successiva.

Tabella: Colore, forma, significato e caratteristiche principali dei segnali di sicurezza

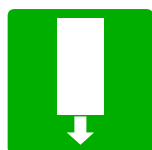
COLORE	FORMA	SIGNIFICATO	INDICAZIONI E PRECISAZIONI
<b>ROSSO</b>		Divieto	Mostrano i comportamenti che sono assolutamente vietati
		Antincendio	Identificano il tipo e la posizione delle varie attrezzature antincendio
<b>GIALLO</b>		Avvertimento	Avvertono di usare cautela, fare attenzione a causa dei pericoli presenti
<b>AZZURRO</b>		Prescrizione	Informano i lavoratori dei dispositivi di protezione individuali che bisogna utilizzare e dei comportamenti particolari che bisogna tenere
<b>VERDE</b>		Salvataggio o soccorso	Identificano il tipo e la posizione dei dispositivi di emergenza

## Segnaletica di salvataggio

Segnaletica verde relativa alle vie di fuga, in caso di emergenza va seguita fino al raggiungimento di un luogo sicuro



**DIREZIONE  
USCITA  
D'EMERGENZA**



**USCITA  
D'EMERGENZA**



**FRECCIA DI  
DIREZIONE**



**SCALA  
D'EMERGENZA**

## Segnaletica antincendio

Segnaletica rossa, indica all'interno di ogni padiglione, la posizione dei presidi antincendio presenti ed utilizzabili in caso di incendio.



**ESTINTORE**



**IDRANTE**



**NASPO**



**ALLARME  
ANTINCENDIO**

## Segnaletica di rischio

La segnaletica sottostante è stata introdotta con il Regolamento CLP n. 1272/2008, a decorrere dal 1 dicembre 2010 e fino al 1 giugno 2015 le sostanze devono essere classificate in conformità sia alla direttiva 67/548/CEE che al regolamento CLP.

Segnaletica di pericolo



## 5. I lavoratori incaricati di applicare le misure di prevenzione incendi e il responsabile delle emergenze in azienda

I nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di prevenzione incendi sono indicati nel Decreto di istituzione della Squadra di Emergenza Aziendale, presente nel sito Intranet dell'Azienda.

Il nominativo del responsabile delle Emergenze in Azienda è reperibile presso il sito Intranet dell'Azienda.

# Materiale di approfondimento

DOCUMENTO	LINK
Piano operativo di emergenza	<a href="http://intranet.aou.udine.it/documenti/1-178/piano-operativo-di-emergenza">http://intranet.aou.udine.it/documenti/1-178/piano-operativo-di-emergenza</a>
Protocollo per il piano operativo di emergenza impianti tecnologici	<a href="http://intranet.aou.udine.it/documenti/5-92/protocollo-per-il-piano-operativo-di-emergenza">http://intranet.aou.udine.it/documenti/5-92/protocollo-per-il-piano-operativo-di-emergenza</a>
Piano di emergenza Nuovo Ospedale	<a href="http://intranet.aou.udine.it/documenti/piano-di-emergenza-nuovo-ospedale/dg_pia_02_piano-emergenza-nuovo-ospedale">http://intranet.aou.udine.it/documenti/piano-di-emergenza-nuovo-ospedale/dg_pia_02_piano-emergenza-nuovo-ospedale</a>
Piano di emergenza Centro Servizi Laboratori (CSL)	<a href="http://intranet.aou.udine.it/documenti/piano-di-emergenza-centro-servizi-laboratori-csl/dg_pia_01_piano_emergenza_csl">http://intranet.aou.udine.it/documenti/piano-di-emergenza-centro-servizi-laboratori-csl/dg_pia_01_piano_emergenza_csl</a>

SITO	LINK
Sito dei Vigili del Fuoco di Udine	<a href="http://www.vigilidelfuoco.it/asp/comandi.aspx?IdProv=UD&amp;reg=6">http://www.vigilidelfuoco.it/asp/comandi.aspx?IdProv=UD&amp;reg=6</a>
Sito nazionale dei Vigili del Fuoco	<a href="http://www.vigilidelfuoco.it">http://www.vigilidelfuoco.it</a>
Ambiente e sicurezza	<a href="http://www.ambiente.it/sicurezza/news/2002/20giugno.htm">http://www.ambiente.it/sicurezza/news/2002/20giugno.htm</a>
Ispesl	<a href="http://www.ispesl.it/">http://www.ispesl.it/</a>
Informazioni sugli estintori	<a href="http://www.vigilfuoco.it/allegati/biblioteca/manuale.pdf">http://www.vigilfuoco.it/allegati/biblioteca/manuale.pdf</a> <a href="http://it.wikipedia.org/wiki/Estintore">http://it.wikipedia.org/wiki/Estintore</a>

## Per informazioni rivolgersi a:

Lorenzo Gorasso	<b>2085-6086</b>
Marina Rossi	<b>2666</b>
Pierpaolo Tonizzo	<b>2085</b>

# Prevenzione, protezione e sorveglianza sanitaria a livello di struttura operativa

## Obiettivi Formativi

1. Descrivere i rischi generali e specifici a cui l'operatore è esposto in relazione all'attività svolta
2. Illustrare le misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristiche dell'unità operativa di appartenenza
3. Collegare ogni rischio specifico ai dispositivi di prevenzione e protezione previsti
4. Utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a disposizione
5. Utilizzare in modo appropriato gli ausili messi a disposizione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ NELLA FASE DI ACCOGLIMENTO NELL'UNITÀ OPERATIVA

ATTIVITA'	DIP	PREPOSTO DIRIGENTE	MODALITA'	STRUMENTI	CRITERI DI RISULTATO
<p><b>Descrivere i rischi generali e specifici presenti nella struttura operativa e le loro modalità di prevenzione</b></p>	C	R	Colloquio	Scheda di sintesi della valutazione dei rischi	Il colloquio è stato effettuato e il dipendente è in grado di descrivere i rischi
<p><b>Presentare i DPI collegati ai rischi specifici presenti nella Struttura Operativa</b></p>	C	R	Dimostrazione		La dimostrazione è stata effettuata
<p><b>Addestrare all'uso dei DPI di cui al punto precedente</b></p>	C	R	Esercitazione		L'esercitazione è stata effettuata
<p><b>Presentare gli ausili collegati ai rischi specifici presenti nella Struttura Operativa</b></p>	C	R	Dimostrazione		La dimostrazione è stata effettuata
<p><b>Addestrare all'uso degli ausili di cui al punto precedente</b></p>	C	R	Esercitazione		L'esercitazione è stata effettuata
<p><b>Consegnare il materiale informativo</b></p>	C	R	Colloquio	Dettagliare il materiale informativo	Il colloquio è stato effettuato
<p><b>Compilare la "Scheda di certificazione del percorso di formazione relativo all'area Prevenzione e Protezione a livello di struttura operativa"</b></p>	C	R	Colloquio	Scheda di certificazione del percorso a livello di struttura operativa	La scheda è stata compilata
<p><b>Pianificare il successivo percorso formativo relativo alla prevenzione e protezione dei rischi in ambito lavorativo ed altri aggiornamenti obbligatori previsti in Azienda secondo il POF vigente</b></p>	C	R	Colloquio	CMD Build	La scheda è stata compilata

# Il piano di gestione dell'emergenza a livello di Struttura Operativa

## Obiettivi Formativi

### Pronto Soccorso

1. Descrivere i rischi generali e specifici a cui l'operatore è esposto in relazione all'attività svolta
2. Illustrare le misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristiche dell'unità operativa di appartenenza
3. Collegare ogni rischio specifico ai dispositivi di prevenzione e protezione previsti
4. Utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a disposizione
5. Utilizzare in modo appropriato gli ausili messi a disposizione



# Obiettivi Formativi

## Pronto Soccorso

### Tutto il personale

1. Riferire il numero da chiamare in caso di emergenza (arresto cardio-respiratorio)
2. Identificare l'ubicazione della cassetta del pronto soccorso/carrello dell'emergenza

### Solo il personale sanitario

1. Identificare sul carrello i presidi dell'emergenza (secondo la procedura in uso)
2. Identificare l'ubicazione del defibrillatore più vicino

## Fuoco

1. Identificare nella struttura operativa l'ubicazione di una copia del piano di emergenza aziendale/di SOC
2. Descrivere il proprio ruolo nel piano di emergenza
3. Riferire il numero da chiamare
4. Riferire le informazioni da fornire
5. Individuare l'ubicazione degli estintori
6. Utilizzare correttamente gli estintori
7. Individuare le vie di fuga/esodo e percorrerle
8. Individuare l'ubicazione degli armadi di padiglione e le rispettive chiavi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ NELLA FASE DI ACCOGLIMENTO NELL'UNITÀ OPERATIVA

ATTIVITA' ↓	RUOLI →	DIP	PREPOSTO DIRIGENTE	MODALITA'	STRUMENTI	CRITERI DI RISULTATO
Indicare dove reperire una copia del piano di emergenza aziendale e di SOC		C	R	Dimostrazione	Piano di emergenza aziendale Piano di emergenza di SOC	La dimostrazione è stata effettuata
Indicare l'ubicazione della cassetta del pronto soccorso e/o del carrello di emergenza		C	R	Dimostrazione		La dimostrazione è stata effettuata
Indicare l'ubicazione delle vie di fuga		C	R	Dimostrazione		La dimostrazione è stata effettuata
Percorrere le vie di fuga fino all'uscita esterna		C	R	Dimostrazione		
Indicare l'ubicazione degli estintori			R	Dimostrazione		La dimostrazione è stata effettuata
Descrivere le modalità di utilizzo degli estintori in attesa di frequentare il corso		C	R	Dimostrazione senza esecuzione diretta	Focus 3 Utilizzo degli estintori e dei naspi (Manuale per il neoassunto e per il frequentatore)	La dimostrazione è stata effettuata
Indicare l'ubicazione degli armadi di padiglione e delle relative chiavi		C	R	Dimostrazione		
Consegnare eventuale materiale a cura della SOC/DPT		C	R	Colloquio	Dettagliare il materiale consegnato	Il colloquio è stato effettuato
Compilare la "Scheda di certificazione delle abilità relative al piano d'emergenza a livello di struttura operativa"		C	R	Colloquio		Il colloquio è stato effettuato
Pianificazione del successivo percorso formativo relativo alla prevenzione e protezione dei rischi in ambito lavorativo ed altri aggiornamenti obbligatori previsti in Azienda secondo POF		C	R	Colloquio	CMD Build	Il colloquio è stato effettuato

LEGENDA DELLE RESPONSABILITÀ : C = COLLABORA; R = RESPONSABILE



# Manuale per il Neoassunto e per il Frequentatore

Gennaio 2014

Funzione di Staff Formazione  
Responsabile dott. Moreno Lirutti

Coordinatore dott.ssa Ornella dal Bo'

Stampa e grafica  
Daniele Sandri