





## Cristina Cordoni

# Organizzazione e gestione della sicurezza nelle Strutture sanitarie

Risultati del Progetto strategico curato dal Centro Interdipartimentale "Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro" dell'Università degli studi di Pavia, coordinato da Vittorio Vaccari



Organizzazione e gestione della sicurezza nelle Strutture sanitarie / Cristina Cordoni. - Pavia : Pavia University Press, 2017. - [VI], 111 p. ; 24 cm. (Scientifica)

http://archivio.paviauniversitypress.it/oa/9788869520631.pdf

ISBN 9788869520624 (brossura) ISBN 9788869520631 (ebook PDF)

© 2017 Pavia University Press – Pavia

ISBN: 978-88-6952-063-1

Nella sezione *Scientifica* Pavia University Press pubblica esclusivamente testi scientifici valutati e approvati dal Comitato scientifico-editoriale.



Opera sottoposta a peer review secondo il protocollo UPI Peer reviewed work in compliance with UPI protocol

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento anche parziale, con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i paesi.

L'autore è a disposizione degli aventi diritti con cui non abbia potuto comunicare, per eventuali omissioni o inesattezze.

Prima edizione: giugno 2017

Pavia University Press – Edizioni dell'Università degli Studi di Pavia Via Luino, 12 – 27100 Pavia (PV) Italia http://www.paviauniversitypress.it – unipress@unipv.it

Printed in Italy

Realizzato con la partecipazione del ministero della Sal
----------------------------------------------------------

#### Coordinatore:

Prof. ing. Vittorio Vaccari - Centro Interdipartimentale "Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro" Università degli studi di Pavia, vittorio.vaccari@unipv.it

#### Collaboratori:

Prof. Marcello Imbriani - Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli studi di Pavia

Prof.ssa Alberta Leonarda Vergine - Componente del CTS del Centro Interdipartimentale di Ricerca "Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro", Università degli studi di Pavia

Ing. Sara Lazzarini - Labanalysis S.r.l. - Casanova Lonati (PV), www.labanalysis.it

Ing. Nadia Vaglio - Labanalysis S.r.l. - Casanova Lonati (PV), www.labanalysis.it

Arch. Franco Saija - Consulente

Ing. Nicola Borghi - Borsista di ricerca

Arianna Bonizzoni - Consulente

Dott.ssa Immacolata Manco - Borsista di ricerca

# Sommario

Presentazione	11
Legenda acronimi	13
TITOLO I.	
PRESENTAZIONE E ANALISI	
Capitolo 1. Quadro di riferimento del Sistema Sicurezza	
1.1. Legislazione comunitaria	19
1.2. Legislazione italiana	
1.3. Normazione e Linee Guida	23
1.3.1. UNI ISO 31000	25
1.3.2. ISO/IEC 27001	27
1.3.3. BS OHSAS 18001	27
1.3.4. SA8000 Standard: 2014	28
1.3.5. ILO-OSH 2001	29
1.4. INAIL, Regioni, ministero del Lavoro e delle Politiche sociali	31
Capitolo 2. Sistema Sanità	
2.1. Scenari di riferimento	33
2.2. Modelli di organizzazione della salute e sicurezza	34
2.3. Esperienze: presentazione, analisi	35
2.3.1. Scenari regionali	37
2.4. Modello SOBANE	38
2.5. Valutazione dei Modelli analizzati mediante SWOT Analysis	39
2.6. Caratteristiche del Modello da proporre	41
TITOLO II. METODOLOGIA	
Capitolo 3. Rischio come opportunità di miglioramento continuativo	45
Capitolo 4. Responsabilità dei soggetti giuridici (d.lgs. 231/01 e d.lgs. 81/08)	<b>)</b> 49
TITOLO III.	
MODELLO PER LE STRUTTURE SANITARIE	
Capitolo 5. Scenari di riferimento aziendali	
5.1. Definizioni di funzioni omogenee	
5.2. Definizioni di mansioni	59

5.3. Matrice di correlazione attività-mansioni	61
5.4. Tipologie aziendali	64
Capitolo 6. Proposta di Modello	
6.1. Premessa	67
6.2. Politica	
6.3. Manuale	70
6.4. Organigrammi	
6.5. Individuazione pericoli	
6.5.1. Matrice di identificazione dei pericoli	75
6.6. Valutazione dei Rischi	
6.7. Obiettivi e programmi	87
6.8. Procedure e Istruzioni	88
6.9. Marcatura CE	90
6.10. Coinvolgimento del personale	93
6.11. Percezione del rischio	95
6.12. Comunicazione: le app per smartphone	98
6.13. Regolamento	
6.14. Audit e riesame del sistema	
Conclusione	105
Bibliografia essenziale	107
Sitografia essenziale	109
Abstract in English	111

#### NEL DVD ALLEGATO ALLA PUBBLICAZIONE

#### ALLEGATO 1. Quadro di riferimento

- LEGISLAZIONE
  - UE
  - Italia
  - Regioni (aspetti generali)
- NORMAZIONE

#### ALLEGATO 2. Sistema Sanità

- Ministero della Salute
- INAIL
- Regioni (aspetti specifici della Sanità)
- ASL (esempi)

# ALLEGATO 3. Esperienze

- SOBANE
  - Strategia
  - Applicazioni
- Sistemi di Gestione in Sanità
- Best Practices

# ALLEGATO 4. Modello

- Politica
- Manuale
- Organigrammi
- Procedure
  - Procedure gestionali
  - Procedure applicative
- Istruzioni Operative
- Regolamento
- Modulistica
- Matrice di identificazione dei pericoli
- App: esempio

#### **Presentazione**

La presenza dei Sistemi di Gestione nei vari ambiti (finanziario, ambientale, sicurezza, qualità, clinico) dell'azienda è spesso accompagnato da forme di integrazioni tali da rendere più semplici le modalità organizzative e gestionali.

Proprio per la complessità delle Strutture sanitarie, questa ricerca è avviata partendo dalla constatazione che, nei vari ambiti dell'organizzazione aziendale, compresa quella sanitaria, il parametro che porta alla presenza di un Sistema di Gestione è il controllo del rischio, connesso con l'ambito dello specifico sistema.

Nell'impossibilità di annullare il rischio, l'organizzazione lo deve gestire: la gestione del rischio, in generale a livello aziendale, è quindi parte integrante il governo dell'azienda.

È significativo sottolineare che il rischio sia considerato come occasione per ottenere un'opportunità o un danno. In questa prospettiva, si può, anzi si deve, impostare il Sistema di Gestione nei vari ambiti aziendali.

La norma UNI ISO 31000, a cui si fa riferimento nella presente ricerca, dà al riguardo specifiche e utili indicazioni.

Questo approccio permette di sviluppare un'unica cultura aziendale del rischio, che verrà declinata in vari ambiti.

Questo volume, redatto da Cristina Cordoni, ha lo scopo di presentare i risultati raggiunti dalla Unità Operativa afferente al Centro Interdipartimentale "Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro" Università degli studi di Pavia, nell'ambito del progetto di ricerca "Organizzazione e gestione della sicurezza nelle Strutture sanitarie", evidenziando le linee portanti dell'innovativo Modello proposto. Il volume accoglie il contributo di diversi esperti che hanno sviluppato le analisi di aspetti giuridici, tecnici e normativi.

L'opera è articolata in tre sezioni: la prima vuole offrire un quadro della normazione (legislazione e norma tecnica) relativa ai sistemi di sicurezza a livello nazionale e internazionale, con particolare attenzione alle Strutture sanitarie.

È opportuno sottolineare che quanto sinteticamente rappresentato nella relazione è rintracciabile analiticamente negli allegati 1, 2, 3: si è cercato di rendere l'accessibilità ai documenti la più semplice possibile, pur nella significativa consistenza anche numerica degli stessi. Infatti, sono presenti 77 disposizioni legislative dell'Unione Europea, 171 italiane e 9 regionali, oltre a 127 norme nazionali e 5 dell'Unione Europea. Sono, inoltre, riportate 16 esperienze di SGSL, implementati in ambito sanitario nazionale e 57 documenti emanati nell'ambito degli Enti che formano il Sistema Sanità.

L'individuazione di esperienze sviluppate nel Sistema Sanità ne ha permesso la valutazione con il metodo SWOT, i cui risultati hanno fornito utili indicazioni per la definizione delle direttrici lungo cui sviluppare il Modello proposto.

Nella seconda sezione viene approfondito il concetto di rischio come opportunità di miglioramento continuativo, alla luce della norma ISO 31000, ed è offerta una riflessione sulla responsabilità dei soggetti giuridici, come richiamato dal d.lgs. 231/01, in relazione anche al d.lgs. 81/08: è questo un aspetto rilevante, che la *governance* delle strutture dovrà attentamente valutare.

La terza sezione contiene la proposta di un Modello per Strutture sanitarie, che presentano tipologie aziendali molto differenti (IRCCS, cliniche monospecialistiche, RSA, ecc.). Si è quindi operato ipotizzando il riferimento a realtà polispecialistiche e multidisciplinari in cui si sono individuate le attività e le mansioni configurabili, che possono essere ridefinite in relazione alle concrete situazioni aziendali.

Sono stati rappresentati un contesto esterno (Aree Vaste, ecc.) e un contesto interno, rendendo più semplice il processo per l'individuazione di una 'personalizzazione' del Modello alla propria realtà aziendale: in questa prospettiva vengono in aiuto anche le tipologie di organigrammi indicati.

Nel Capitolo 6. è contenuta l'illustrazione del Modello e il percorso per la sua definizione: l'Allegato 4 riporta la documentazione utile per questo percorso. In particolare, le procedure riportate sono indicative e non esaustive, proprio per la varietà delle situazioni.

Infine, sono da sottolineare le scelte effettuate relativamente a formazione, informazione, consolidamento, addestramento e consapevolezza come elementi importanti per raggiungere gli obiettivi del Sistema di Gestione, per il quale si propongono modalità di comunicazioni bidirezionali il più possibile facilitate, utilizzando gli attuali sistemi informatici disponibili.

Questo testo contiene nel CD gli allegati riportati in calce all'indice.

Il Coordinatore scientifico Prof. ing. Vittorio Vaccari

# Legenda acronimi

#### Acronimi attività

- A1 Amministrazione e similare
- A2 Prestazione medica
- A3 Assistenza infermieristica
- A4 Laboratorio
- A5 Farmacia
- A6 Radiodiagnostica
- A7 Terapia oncologica
- A8 Chirurgia
- A9 Preparazione sala operatoria
- A10 Sterilizzazione strumenti chirurgici
- A11 Preparazione pasti
- A12 Distribuzione pasti
- A13 Pulizia
- A14 Lavanderia
- A15 Manutenzione e gestione impianti
- A16 Magazzino
- A17 Stoccaggi

#### Acronimi mansioni

- M1 Medico
- M2 Infermiere
- M3 Operatore socio-sanitario
- M4 Tecnico sanitario
- M5 Operatore di laboratorio
- M6 Farmacista
- M7 Operatore amministrativo
- M8 Addetto Cucina
- M9 Operatore Manutenzione e Gestione Impianti
- M10 Addetto Pulizie
- M11 Magazziniere

#### Acronimi pericoli

- P1 Luoghi di lavoro
- P2 Caratteristiche di illuminazione
- P3 Spazi confinati/ambienti sospetti di inquinamento

- P4 Attrezzature di lavoro
- P5 Energia elettrica
- P6 Svolgimento di lavori in quota
- P7 Movimentazione manuale di carichi
- P8 Attrezzature munite di VDT
- P9 Fonti di rumore interne (anche infrasuoni/ultrasuoni)
- P10 Attrezzature che possono trasmettere vibrazioni meccaniche
- P11 Strumentazione/dispositivi con possibilità di formazione campi elettromagnetici rilevanti
- P12 Strumentazione con emissione di radiazioni ottiche artificiali: UVA, UVB, UVC, infrarossi, laser, plasma, ecc.
- P13 Ambiente con pericolo di microclima
- P14 Atmosfere iperbariche
- P15 Radiazioni ionizzanti
- P16 Agenti chimici presenti sul luogo di lavoro o come risultato di ogni attività lavorativa che comporti la presenza di agenti chimici
- P17 Agenti cancerogeni e/o mutageni o possibile esposizione
- P18 Esposizione/contatto con amianto
- P19 Esposizione ad agenti biologici (batteri, virus, parassiti, funghi)
- P20 Ferite da taglio e da punta (da strumenti sanitari)
- P21 Formazione di atmosfere esplosive
- P22 Incendio
- P23 Stress lavoro correlato
- P24 Particolari gruppi di lavoratori

#### Acronimi organigramma sicurezza

DL - Datore di Lavoro

RSPP - Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

ASPP - Addetto al Servizio di Prevenzione e Protezione

RLS - Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

MC - Medico Competente

RSGSL - Responsabile Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro

- SA Struttura organizzativa Autonoma
- SC Struttura organizzativa Complessa
- LR Luoghi a rilevante Rischio
- RSA Responsabile di Struttura
- RSC Responsabile Unico di Struttura
- RLR Responsabile luogo di Lavoro a rilevante Rischio
- SPP Servizio di Prevenzione e Protezione
- ALS Addetto Locale per la Sicurezza
- SGSL Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro
- NC Non Conformità
- AP Azione Preventiva
- AC Azione Correttiva

Legenda acronimi 15

- DVR Documento di Valutazione del Rischio
- OdiV Organismo di Vigilanza

#### Procedure Gestionali

- G00 Definizioni
- G01 Responsabilità nell'ambito del Sistema Sicurezza
- G02 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e individuazione delle misure di prevenzione e protezione e di controllo operativo
- G06 Incidenti, infortuni e comportamenti pericolosi
- G10 Gestione delle emergenze
- G12 Procedura di Audit

#### **Procedure Applicative**

- A01 Procedura di regolamentazione ingressi del personale esterno
- A02 Approvvigionamento apparecchiature, materiali e servizi
- A03 Procedura di valutazione e qualifica dei fornitori
- A07 Gestione dei rifiuti sanitari

#### Istruzioni Operative

- I01 Aghi e taglienti
- I02 Carrello elevatore
- I03 Transpallet manuale
- I04 Trapano a mano
- 105 Utilizzo macchine elettriche
- I06 Disposizioni generali rischio elettrico
- 107 Interventi diretti su impianto elettrico
- 108 Movimentazione manuale dei carichi
- 109 Movimentazione manuale pazienti non collaboranti
- I15 Bombole
- I21 Come lavare le mani
- I22 Tecniche di movimentazione del paziente

#### Enti normatori

- ISO International Organization for Standardization
- IEC International Electrotechnical Commission
- CEN European Committee for Standardization
- CENELEC European Committee for Electrothecnical Stadardization
- COMITATO 62 "Apparecchi elettrici per uso medico"

Sottocomitati per il settore sanitario

- SC 62A Aspetti comuni delle apparecchiature elettriche per uso medico
- SC 62B Apparecchi di diagnostica per immagini
- SC 62C Apparecchiature ad alta energia e per la medicina nucleare

SC 62D Apparecchi elettromedicali

UNI - Ente Italiano di Normazione

CEI - Comitato Elettrotecnico Italiano

ILO-OSH - International Labour Office-Occupational Safety and Health management systems

BS OHSAS - British Standard-Occupational Health and Safety Assessment Series

SA - Social Accountability

ISCOM - Istituto Superiore delle Comunicazioni e delle Tecnologie dell'Informazione

ETSI - European Telecommunications Standards Institute

ITU-T- Telecommunication Standardization Sector

EN - Normazione Europea

#### Altri Enti di riferimento

ILO - International Labour Organization

SAI - Social Accountability International

#### Strutture afferenti al Servizio Sanitario Nazionale

IRCCS - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RSA - Residenza Socio Assistenziale

A.O. - Azienda Ospedaliera

ASL - Azienda Sanitaria Locale

USL - Unità Sanitaria Locale

#### Dispositivi legislativi UE

REG - Regolamento

DIR - Direttiva dell'Unione Europea

COM - Comunicato

#### Dispositivi legislativi ITA

L - Legge

d.lgs. - Decreto legislativo

DPR - Decreto del Presidente della Repubblica

DL - Decreto legge

1.r. - Legge regionale

# Titolo I

# Presentazione e analisi

### Capitolo 1

## Quadro di riferimento del Sistema Sicurezza

#### 1.1. Legislazione comunitaria

Il contesto di riferimento legislativo cui si fa riferimento opera a due livelli: quello europeo e quello nazionale italiano. La disamina dei pronunciamenti dell'Unione costituisce il quadro di riferimento all'interno del quale collocare il disposto normativo italiano, sia in termini di recepimento, che di contestualizzazione della *ratio* espressa dal legislatore europeo.

Nella analisi dell'attuale contesto di consolidamento degli interventi che, a vario titolo, vanno a incidere sul mondo della sicurezza sui posti di lavoro, ci si è posti l'obiettivo di segnalare i testi di riferimento, ai quali sono informate o dai quali discendono singole disposizioni miranti a regolamentare l'attività nella pluralità di contesti normativi esistenti.

A seguito delle riforme finalizzate a introdurre il concetto di aziendalizzazione delle strutture anche nelle pubbliche, che offrono risposte al bisogno di salute della collettività, si è configurata la costituzione di una responsabilità nel campo della tutela della salute dei lavoratori in capo alla figura gerarchicamente sovraordinata, alla quale sono riconducibili funzioni e disponibilità di *budget* caratteristiche del Datore di Lavoro.

Con particolare riferimento alla sicurezza sul lavoro nell'ambito del Servizio Sanitario, appare immediata la complessità dell'offerta di servizi, spesso ad altissima specializzazione, che si riscontra nel panorama nazionale. Gli attori sia pubblici che privati accreditati che operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presentano caratteristiche organizzative e dimensionali molto diversificate, in funzione, ad esempio:

- della numerosità delle specialità sviluppate (Ospedali Riuniti, Policlinici Universitari, Cliniche specialistiche, RSA, ambulatori/poliambulatori, laboratori di analisi, ecc.);
- delle caratteristiche delle patologie trattate (reparti per acuti, cure subacute, riabilitazione, lungo-degenza, ecc.);
- del contesto sociale e geografico in cui operano (strutture uniche per bacini d'utenza ad alta densità abitativa, strutture dotate di presidi decentrati sul territorio, nelle aree marginali o a bassa densità abitativa).

A fronte di questa complessità si è ritenuto congruo porre particolare attenzione nell'evidenziare quali sono i principi portanti del sistema individuati dalle principali Direttive emanate dall'Unione sull'argomento. Sarà, poi, compito specifico delle singole

organizzazioni individuare le disposizioni peculiari cui fare riferimento, per dare adeguata risposta al disposto combinato della normativa sulla tutela dei lavoratori.

La Direttiva Quadro Europea sulla sicurezza e la salute dei lavoratori è la numero 89/391 CEE del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro. Ha rappresentato una tappa fondamentale nel miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro attraverso la definizione di prescrizioni minime da garantire in materia di salute e sicurezza in tutta Europa.

L'obiettivo della Direttiva è quello di stabilire un equo livello di salute e sicurezza a vantaggio di tutti i lavoratori, vincolando i datori di lavoro all'adozione di misure preventive che rendano più sano e sicuro il luogo di lavoro. Elementi di particolare innovazione sono legati alla partecipazione dei lavoratori e alla priorità del principio di eliminazione dei rischi alla fonte.

Il legislatore comunitario introduce la prospettiva di un miglioramento continuativo della materia regolamentata, attraverso la rivalutazione periodica dei rischi sul luogo di lavoro e, anche a tal fine, autorizza *ab origine* i singoli Stati membri a mantenere o stabilire misure più severe, nell'interesse dei lavoratori.

Un primo *report* del nuovo indirizzo impresso dal legislatore comunitario in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro era ricompreso nella comunicazione, COM(2004) 62, pubblicata il 5 febbraio 2004 dalla Commissione. Il documento, nella consapevolezza degli spazi rimasti per il pieno raggiungimento del suo potenziale:

- si soffermava sull'attuazione pratica delle disposizioni delle direttive concernenti la salute e la sicurezza sul lavoro 89/391 (Direttiva quadro), 89/654 (luoghi di lavoro), 89/655 (attrezzature di lavoro), 89/656 (attrezzature di protezione individuale), 90/269 (movimentazione manuale di carichi) e 90/270 (attrezzature munite di videoterminale), ecc.;
- sottolineava la positiva ricaduta della legislazione europea che, nel suo complesso, pur con qualche eccezione, ha avuto sulle norme nazionali in materia di sicurezza e salute sul lavoro e sull'applicazione pratica nelle industrie e nelle istituzioni del settore pubblico;
- evidenziava il contributo alla diffusione della cultura della prevenzione in tutto il territorio dell'Unione Europea, la razionalizzazione e la semplificazione dei sistemi legislativi nazionali.

I quadri strategici, per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro, emanati dalla Commissione nel 2002 con la comunicazione COM(2002) 118 e nel 2007 con la comunicazione COM(2007) 62, trovano naturale continuazione nella Comunicazione della Commissione COM(2014) 332, del 6 giugno 2014, relativa al quadro strategico dell'UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020.

Il documento sottolinea, fra l'altro, l'importanza di una stretta collaborazione, nel raggiungimento di questo obiettivo strategico, fra la Commissione, gli Stati membri e le altre istituzioni e parti sociali, per garantire parità di condizioni in tutta l'UE, essendo i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori sostanzialmente simili in tutta l'UE.

L'azione dell'UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) si è svolta con il supporto di:

- un vasto corpus legislativo dell'UE riguardante i rischi professionali più importanti, strutture e regole comuni, adattate dagli Stati membri alle diverse circostanze nazionali;
- programmi d'azione pluriennali, tra il 1978 e il 2002, a partire dai quali si sono successivamente formalizzate le Direttive di riferimento;
- strategie europee sopra citate (2002-2006 e 2007-2012).

Il Rapporto di valutazione della Strategia europea sulla salute e sicurezza sul lavoro 2007-2012 redatto dalla Commissione, <sup>1</sup> ritiene che la strategia dell'UE sia stata complessivamente efficace, con la maggioranza dei lavoratori soddisfatta della salute e della sicurezza sull'attuale posto di lavoro.<sup>2</sup>

Elemento strategico si ritiene che sia il dialogo sociale e la conseguente sensibilizzazione della collettività sul tema; a tal fine viene auspicato lo sfruttamento di sinergie con altri settori (salute pubblica, istruzione), con il Fondo Sociale Europeo (FSE) e il programma europeo per l'occupazione e l'innovazione sociale (EASI).<sup>3</sup>

#### 1.2. Legislazione italiana

Il quadro normativo di riferimento italiano, si incentra sul *Testo Unico sulla salute e la sicurezza sul lavoro* d.lgs. 81/2008 e s.m.i., coordinato con il d.lgs. 106/2009. Si tratta di un corpus normativo in continuo divenire, con modifiche e integrazioni derivanti da dispositivi di legge oltre che da decreti dirigenziali, ministeriali, interministeriali (per l'elencazione dei quali si rimanda al testo del decreto riportato nell'Allegato 1.

Il legislatore nazionale con l'adozione del Testo Unico mira a fare chiarezza in una materia complessa, la cui regolamentazione aveva portato, nel corso del tempo, alla composizione di un coacervo di dispositivi di difficile individuazione, attuazione, interpretazione.

Pertanto, in primo luogo il Testo Unico esplicitamente abroga una serie di leggi e decreti:

- il DPR 27 aprile 1955, n. 547;
- il DPR 7 gennaio 1956, n. 164;

<sup>1</sup> Commissione Europea, SWD (2013) 202 final: Evaluation of the European Strategy 2007-2012 on health and safety at work. URL: <a href="http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10012&langId=en">http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10012&langId=en<|data di accesso: 01/06/2017].

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Commissione Europea, *Flash Eurobarometer 398/2014: Working conditions*. URL: <a href="http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\_398\_pres\_en.pdf">http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\_398\_pres\_en.pdf</a> [data di accesso: 01/06/2017].

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> [Il nuovo quadro strategico dell'UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020]. URL: <a href="http://www.bollettinoadapt.it/il-nuovo-quadro-strategico-dellue-materia-di-salute-e-sicurezza-sul-lavoro-2014-2020/">http://www.bollettinoadapt.it/il-nuovo-quadro-strategico-dellue-materia-di-salute-e-sicurezza-sul-lavoro-2014-2020/</a> [data di accesso: 30/05/2017].

- il DPR 19 marzo 1956, n. 303, fatta eccezione per l'articolo 64;
- il d.lgs. 15 agosto 1991, n. 277;
- il d.lgs. 19 settembre 1994, n. 626;
- il d.lgs. 14 agosto 1996, n. 493;
- il d.lgs. 14 agosto 1996, n. 494;
- il d.lgs. 19 agosto 2005, n. 187;
- l'articolo 36-bis, commi 1 e 2 del DL4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla Legge 4 agosto 2006, n. 248;
- gli articoli: 2, 3, 5, 6 e 7 della Legge 3 agosto 2007, n. 123;
- la lettera c) del terzo comma dell'articolo 3, della Legge 22 luglio 1961, n. 628;
- gli articoli 42 e 43 del DPR 20 marzo 1956, n. 320;
- il DPR 3 luglio 2003, n. 222 e ogni altra disposizione legislativa e regolamentare nella materia disciplinata dal decreto legislativo medesimo incompatibili con lo stesso.

Nel rispetto dell'art. 117 della Costituzione Italiana, recante disposizioni circa la potestà legislativa esercitata dallo Stato, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario, il Testo Unico opera nel quadro del corpus legislativo comunitario, essendo stato emanato, viste:

- le DIR n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE, n. 88/642/CEE;
- il d.lgs. 626/94 recante attuazione delle DIR 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE:
- i d.lgs. 493/96, d.lgs. 494/96, d.lgs. 187/2005, d.lgs. 257/2007 di attuazione rispettivamente delle DIR 92/58/CEE, 92/57/CEE, 2002/44/CE, 2004/40/CE;
- le DIR 2004/40/CE, 2006/25/CE;
- la Legge Comunitaria 2006 del 6 febbraio 2007, n. 13.

Il Testo Unico regolamenta in modo autonomo rispetto al dettato comunitario l'ambito gerarchico della responsabilità, nel Capo III *Gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro* – Sezione I *Misure di tutela e obblighi*. Parallelamente, il corpus sanzionatorio, che deriva dalla individuazione delle responsabilità, risulta caratteristico della legislazione italiana (Capo IV *Sanzioni penali*).

Per l'individuazione di un quadro legislativo esaustivo al fine dell'implementazione di un Modello di Gestione della Salute e Sicurezza sul posto di lavoro, nell'ambito dell'erogazione di servizi sanitari, occorre considerare l'elevato grado di complessità e variabilità che caratterizza il settore. Tale complessità si esprime a livello di strumentazione, impianti, strutture, procedure e processi direttamente o indirettamente correlati con l'erogazione dello specifico servizio sanitario.

In tale contesto, l'indicazione di un corpus normativo di riferimento esaustivo può essere implementata solo prendendo in esame di volta in volta i casi specifici. Nel corso

del presente progetto, quindi, si è scelto di presentare, in allegato al Modello, un'ampia gamma di dispositivi di legge, sia a livello nazionale che comunitario, che fungano da guida esemplificativa per le singole realtà.

Le singole peculiarità potrebbero non essere direttamente correlate con tutte le leggi citate, così come alcune strutture potrebbero trovarsi nella necessità di considerare anche altri dispositivi di legge, correlati solo in via mediata con il settore sanitario nel suo complesso, ma peculiari per il caso specifico.

Per facilitare l'accesso alla normativa raccolta, in rapporto all'argomento trattato, i pericoli esemplificativi individuati nella matrice di correlazione tra pericoli e attività, sono collegati con i dispositivi legislativi presenti nel CD allegato al testo.

#### 1.3. Normazione e Linee Guida

Ai sensi della legge n. 317 del 21/6/1986, di recepimento della DIR 83/189/CEE: «Una norma è la specifica tecnica approvata da un organismo abilitato a emanare atti di normalizzazione, la cui osservanza non sia obbligatoria».

La produzione normativa risponde all'esigenza di uniformare elementi tecnici applicati a vari settori per facilitare la comunicazione e conseguentemente lo scambio di beni e servizi. Per sua natura, quindi, la normativa, avendo un ambito di riferimento internazionale, deve essere redatta con il concorso e la collaborazione del maggior numero possibile di Paesi, attraverso i propri esperti. Un Ente autonomo si fa quindi carico di stilare la norma migliore, a partire dalla condivisione delle norme disponibili per ogni Paese.

A partire dal livello internazionale a scendere in ambiti geografici più limitati, si individuano organismi abilitati a vari livelli per l'emanazione delle norme.

La normazione di riferimento è da ricondurre al combinato disposto dei pronunciamenti degli organismi nazionali, regionali (Unione Europea) e internazionali per il settore elettrico, non elettrico e delle telecomunicazioni.

			schematiz		

Ambito Geografico	Settore				
	Elettrico	Non Elettrico	Telecomunicazioni		
Italia	CEI	UNI	ISCOM		
Europa	CENELEC	CEN	ETSI		
Mondo	IEC	ISO	ITU-T		

UNI è stato fondato nel 1921 e si occupa dell'attività normativa in tutti i settori (dell'industria, del commercio e del terziario) a esclusione dei settori elettrotecnico, elettronico e delle telecomunicazioni.

UNI produce, pubblica e diffonde norme tecniche, collabora con Enti esteri di normazione alla promozione e diffusione della cultura normativa. In qualità di membro di ISO e CEN, rappresenta l'Italia nelle attività normative mondiali.

CEI, fondato nel 1909, è un'associazione senza scopo di lucro responsabile della

normazione in campo elettrotecnico, elettronico e delle telecomunicazioni in ambito nazionale, con la partecipazione diretta – su mandato dello Stato Italiano – nelle organizzazioni di normazione europea (CENELEC) e mondiale (IEC). CEI propone, elabora e divulga Norme che costituiscono il riferimento per la presunzione di conformità alla 'regola dell'arte' di prodotti, processi e impianti elettrici.

ISCOM (Istituto Superiore delle Comunicazioni e delle Tecnologie dell'Informazione) opera nell'ambito del ministero dello Sviluppo economico in qualità di organo tecnicoscientifico e la sua attività riguarda, fra l'altro, la normazione tecnica nazionale e internazionale in cui ISCOM è attore attivo e propositivo e riveste un ruolo importante per garantire migliore trasparenza e accessibilità ai servizi a favore degli utenti, dei manifatturieri e dei gestori delle reti di telecomunicazione.

ISCOM, tramite il CONCIT (Comitato di coordinamento formato da CEI, UNI e ISCOM e riconosciuto a livello europeo) effettua la trasposizione nell'ordinamento nazionale delle norme europee e, simultaneamente, rappresenta l'Amministrazione, nelle funzioni d'indirizzo e supporto nei gruppi nazionali presenti nelle varie commissioni e gruppi tecnici di studio dell'ITU e dell'ETSI.

Le normative sono riportate nel quadro di riferimento dell'Allegato 1, *Normazione*, sono individuate con la numerazione e la sigla che identifica l'ente normatore (settore) e il livello di emanazione della norma (ambito geografico). Quest'ultimo aspetto assume particolare rilevanza in considerazione del fatto che alcune norme, se recepite al livello regionale (Europa) devono trovare attuazione anche nel corpus normativo nazionale, per gli Stati membri dell'UE.

Diversamente da quanto è stato possibile fare con le disposizioni di legge prese in considerazione, per le quali, nel CD allegato, sono messi a disposizione i testi, nel caso della normazione occorre fare riferimento ai portali dei singoli Enti normatori, titolari del *copyright* dei testi.

Le norme ISO coesistono con quelle nazionali, mentre una norma CEN (con sigla EN - European Standard) deve sostituire la norma nazionale sullo stesso argomento. Le norme emanate dal CEN devono essere recepite obbligatoriamente entro sei mesi dagli organismi di normazione degli Stati membri. In questo caso la norma prende, ad esempio, la codifica UNI EN (se italiana).

Anche il CENELEC emette norme europee con sigla EN, oltre a documenti di armonizzazione (HD) e a norme europee sperimentali (ENV).

Se il CEN adotta una norma ISO senza modifiche, questa diventa EN ISO e in Italia UNI EN ISO. Se invece il CEN emette una norma o adotta una ISO con modifica, la norma diventa semplicemente EN.

Il Centro CEN-CENELEC Management (CCMC), con sede a Bruxelles, è responsabile della gestione quotidiana, il coordinamento e la promozione di tutte le attività del CEN e CENELEC.

Per completezza e mera informazione, si ricorda che il 29 febbraio 2008 è terminata l'inchiesta pubblica del progetto U50.00.625.0 di Norma UNI "Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro", basato sui principi delle Linee Guida di cui sopra, documento che avrebbe dovuto essere utilizzato anche come linea guida per

l'applicazione della norma UNI. La norma, in realtà, è stata definitivamente ritirata il 17/06/2010 e attualmente UNI sta seguendo il progetto internazionale ISO CD 45001, avviato su impulso del BSI, in fase di *draft*, avente per oggetto "Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro - Requisiti". La fase di inchiesta è terminata e la procedura dovrebbe essere conclusa entro il 2016.

#### 1.3.1. UNI ISO 31000

Il presente lavoro, impostato avendo come riferimento l'ambito dei Sistemi di Gestione, ha le proprie radici nel contenuto della UNI ISO 31000 "Gestione del rischio - principi e linee guida". La norma parte dal presupposto che tutte le organizzazioni si trovano ad affrontare fattori esterni che rendono incerto il raggiungimento degli obiettivi aziendali. La norma definisce rischio l'effetto che questa incertezza ha sugli obiettivi dell'organizzazione.

Nell'impossibilità di annullare il rischio, le organizzazioni devono gestirlo, modificandolo se necessario attraverso un adeguato trattamento: il *risk management* deve fare parte integrante della *governance*.

La UNI ISO 31000 stabilisce alcuni principi che devono essere soddisfatti per rendere efficace la gestione del rischio per una vasta gamma di *stakeholders*, migliorando, fra l'altro, l'identificazione delle minacce, i controlli, la prevenzione degli incidenti e accrescendo le prestazioni in ambito di salute e sicurezza.

La struttura di riferimento per la gestione del rischio è data dall'insieme di componenti che consentono di monitorare, riesaminare e migliorare in continuo la gestione del rischio. Le fondamenta comprendono la politica e gli obiettivi, che si realizzano con la redazione di piani e l'individuazione di responsabilità, procedure e prassi.

Il trattamento del rischio è un processo finalizzato a modificare il rischio stesso attraverso diversi approcci che possono andare dalla rimozione della fonte del rischio, alla modificazione delle conseguenze, alla condivisione del rischio con terze parti (assicurazioni, ad esempio), fino alla scelta di 'ritenere il rischio', cioè valutare a quale livello esso risulta accettabile. Si tratta di un processo delicato e la norma sottolinea come il trattamento del rischio può generare nuovi rischi o modificare rischi esistenti.

In linea con quanto disposto dal d.lgs. 81/08, relativamente al Datore di Lavoro, uno dei principi della norma prevede che la gestione del rischio faccia parte delle responsabilità della direzione.

Fondamentale risulta, peraltro, il coinvolgimento e l'aggiornamento continuo, a tutti i livelli dell'organizzazione attraverso l'implementazione di un sistema informativo che sia adeguatamente diffuso e adeguatamente integrato nella specifica Struttura di riferimento. A tal fine la politica per la gestione del rischio dovrebbe definire chiaramente gli obiettivi, il relativo impegno, anche in termini di responsabilità, autorità e competenze appropriate e dovrebbe essere adeguatamente comunicata.

La gestione del rischio deve, quindi, essere incorporata in tutti i processi dell'organizzazione e le informazioni derivanti dall'applicazione della gestione del rischio dovrebbero essere disponibili ai livelli e nei tempi appropriati, includendo anche processi che consolidino le informazioni relative al rischio provenienti da varie fonti.

Particolarmente interessante risulta quest'ultimo concetto di acquisizione ed elaborazione delle informazioni relative al rischio formatesi a diversi livelli. Si tratta dello sbocco naturale di una strategia di coinvolgimento, nella politica di *risk management*, delle risorse umane a tutti i livelli dell'organizzazione. Proprio in quest'ottica nell'implementazione del Modello di Gestione, del presente lavoro, è stata posta particolare attenzione all'individuazione di percorsi di comunicazione il più possibile agili e dematerializzati che, anche grazie ai sistemi di comunicazione via web, consentissero una partecipazione diffusa e tempestiva alle attività di monitoraggio e prevenzione del rischio.

La ISO 31000 pone particolare attenzione alla definizione dei contesti, interno ed esterno, in cui opera l'organizzazione e conseguentemente alla comunicazione con gli *stakeholders*, che possono offrire utili elementi di percezione del rischio, colto da una prospettiva diversa. La valutazione del rischio, definita dalla ISO 31000, implica:

- il processo complessivo d'identificazione, attraverso la costituzione di un elenco completo dei rischi;
- l'analisi, che implica uno sviluppo della conoscenza del rischio;
- la ponderazione del rischio che, attraverso processi decisionali, porta a individuare i rischi che necessitano di un trattamento e le priorità d'individuazione.

Nel presente lavoro si è ritenuto essenziale, ai fini di un corretto sviluppo di quest'ultima fase, sviluppare il concetto di percezione del rischio, che costituisce una componente essenziale nella ponderazione e, conseguentemente, nella quantificazione dello stesso.

In base alla norma in esame, il *risk managment* comporta un processo ciclico che, partendo dalla valutazione del trattamento del rischio, ne considera l'efficacia e la tollerabilità. La norma sottolinea che una delle opzioni del trattamento del rischio è quella di *ritenere* (accettare) il rischio con una decisione informata, nella consapevolezza che il trattamento del rischio può anche introdurre rischi secondari. Anche i rischi secondari devono essere valutati, trattati, monitorati e riesaminati; inoltre, il legame fra i due rischi deve essere mantenuto aggiornato.

La ISO 31000, come la maggior parte delle norme della famiglia delle ISO, si basa sul principio del miglioramento continuativo, da attuarsi secondo lo schema della 'Ruota di Deming' o PDCA. Pone, pertanto, particolare enfasi sulla gestione del rischio attraverso un riesame almeno annuale delle prestazioni, da attuarsi attraverso la definizione degli obiettivi dell'organizzazione, la misurazione, il riesame e la messa a punto dei processi per il periodo successivo.

Il ruolo strategico del coinvolgimento delle risorse umane, nel Sistema di Gestione del rischio, implica particolare attenzione nell'implementazione del sistema di comunicazione con gli *stakeholders* interni ed esterni, che dovrebbero essere rappresentati nei processi decisionali chiave in tema di gestione del rischio. La comunicazione viene vista come un processo bidirezionale essenziale per prendere decisioni correttamente informate, condivise attraverso esaustivi e frequenti *report*, funzionali a una *governance* efficace dell'organizzazione.

#### 1.3.2. ISO/IEC 27001

Lo standard ISO/IEC 27001 «fornisce linee guida per la gestione del rischio di sicurezza delle informazioni» ed «è progettato per attuare in modo soddisfacente un sistema di sicurezza delle informazioni, sulla base di un approccio di gestione del rischio».

La norma ISO 27001 pubblicata nel 2013 è stata tradotta in italiano e convertita in norma UNI nel marzo 2014 come UNI CEI ISO/IEC 27001:2014 - Tecnologie informatiche - Tecniche per la sicurezza - Sistemi di gestione per la sicurezza delle informazioni - Requisiti. Essa specifica i requisiti per stabilire, attuare, mantenere e migliorare in modo continuo un Sistema di Gestione per la sicurezza delle informazioni nel contesto di un'organizzazione.

La valutazione dei rischi relativi alla sicurezza delle informazioni è trattata al Paragrafo 6.1.2., dove sono riportati i requisiti per il processo di valutazione del rischio relativo alla sicurezza delle informazioni.

Si tratta di una norma generale che non raccomanda o individua un particolare metodo di gestione del rischio, bensì porta a implementare un processo continuativo costituito da una sequenza strutturata di attività:

- stabilire il contesto di gestione del rischio (ad esempio, il campo di applicazione, gli obblighi di conformità, gli approcci/metodologie da utilizzare, le politiche e i criteri pertinenti, come la tolleranza del rischio da parte dell'organizzazione);
- stabilire e mantenere i criteri di rischio relativo alla sicurezza;
- identificare, analizzare e valutare in modo quantitativo o qualitativo i rischi rilevanti, tenendo conto di informazioni, minacce, controlli e vulnerabilità esistenti per determinare la probabilità che di verifichino incidenti, la loro ricaduta sull'attività dell'organizzazione, per determinare il *livello di rischio*;
- assicurare che le ripetute valutazioni del rischio producano risultati coerenti, validi e
  confrontabili tra loro (il metodo usato deve essere ripetibile e riproducibile con risultati
  coerenti come se fosse un dispositivo di misurazione sotto conferma metrologica);
- trattare i rischi in modo appropriato (sistema di sicurezza sull'uso delle informazioni, livello di accettabilità del rischio, informazione e condivisione con gli *stakeholders*);
- utilizzare tali *livelli di rischio* per individuare un ordine di priorità negli interventi;
- monitorare e rivedere i rischi, e le strategie con cui sono stati trattati;
- individuare e rispondere adeguatamente ai cambiamenti di rilievo.

#### 1.3.3. BS OHSAS 18001

Oltre agli Organismi di normazione con valenza sovranazionale, si è ritenuto necessario considerare anche alcune norme emanate da Organismi nazionali, che per la loro valenza vengono assorbiti a livello internazionale. Emblematico è il percorso che ha portato alla formulazione della ISO 9000, la cui progenitrice può essere considerata la BS 5750, norma britannica pubblicata nel 1979 come *British Standards* per i Sistemi Qualità.

Il British Standards Institution è stato il primo organismo nazionale di standardizzazione

e rappresenta il Regno Unito in tutte le organizzazioni europee e internazionali nell'ambito della formulazione dei vari standard.

Ai fini del presente progetto risulta strategica la norma BS OHSAS 18001, attuale riferimento internazionalmente riconosciuto per l'implementazione di modelli di gestione del Sistema Sicurezza sul posto di lavoro. La norma indirizza l'organizzazione al miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, eliminando o minimizzando i rischi generati dall'attività per gli addetti e per le altre parti interessate che vi possano essere esposte.

In sede di prima applicazione, i modelli di organizzazione aziendale definiti conformemente alle Linee Guida UNI INAIL per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al *British Standard* OHSAS 18001:2007 si presumono conformi ai requisiti di cui all'articolo 30 *Modelli di organizzazione e di gestione* del d.lgs. 81/08, per le parti corrispondenti.

#### 1.3.4. SA8000 Standard: 2014

A completamento della produzione normativa degli Enti riconosciuti, sopra descritti, si è ritenuto essenziale implementare nel Modello gli elementi di innovazione, che si vanno affermando nell'ambito della sicurezza sul posto di lavoro, legati a standard prodotti da altri Organismi che operano nel settore a livello internazionale, con il riconoscimento della Comunità internazionale ai massimi livelli.

Il Social Accountability 8000 (SA8000)<sup>4</sup> è uno standard internazionale emanato da CEPAA (Council on Economic Properties Accreditation Agency) poi divenuto SAI (Social Accountability International), organizzazione non governativa e multi-stakeholder americana, che collabora con i rappresentanti della società civile, privata e pubblica per:

- promuovere e rafforzare i diritti fondamentali dei lavoratori in tutto il mondo;
- diffondere la responsabilità sociale delle imprese.

Lo *standard* SA8000 è uno dei primi verificabili nell'ambito della certificazione sociale dei luoghi di lavoro. Trova il suo fondamento:

- nella Dichiarazione ONU dei Diritti Umani,
- nelle convenzioni di ILO,
- nei pronunciamenti delle Nazioni Unite,

e si applica a tutte le organizzazioni aziendali con lo scopo di creare un linguaggio comune per misurare le prestazioni sociali.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Vaccari V., A. Valvassori, C. Cordoni, M.L. Giagnorio, *Bilancio sociale: problematiche di armonizzazione e quantificazione dei contenuti*, in XXIII *Congresso Nazionale delle Scienze Merceologiche. Qualità, ambiente e valorizzazione delle risorse territoriali (Fossanova, Terracina, Fondi, 26-28/09/07)*, Frosinone, Sistema Stampa, 2008, pp. 433-439: p. 434.

L'approccio di Sistema di Gestione definisce le strutture e le procedure che le aziende devono adottare al fine di garantire il rispetto della norma, in un'ottica di miglioramento continuativo.

I nove elementi considerati nell'ambito della Norma SA8000 sono: lavoro minorile, lavoro coatto, salute e sicurezza sul luogo di lavoro, libertà di associazione e diritto alla contrattazione collettiva, discriminazione (in relazione a: sesso, disabilità, etnia, orientamento politico, ceto sociale, religione), misure disciplinari, orario di lavoro, retribuzione, Sistemi di Gestione.

La sorveglianza non riguarda solo l'organizzazione aziendale presa in esame, ma si allarga anche dalle imprese che entrano nella sua *supply chain*.

La SA8000 è in continua trasformazione, vista l'evoluzione della situazione eticosociale<sup>s</sup> che sta alla base dei temi presi in esame.

#### 1.3.5. ILO-OSH 2001

ILO è l'agenzia delle Nazioni Unite che si occupa di promuovere il lavoro dignitoso e produttivo in condizioni di libertà, uguaglianza, sicurezza e dignità umana per uomini e donne, migliorando la protezione sociale e rafforzando il dialogo sulle problematiche del lavoro.

L'ILO è l'unica agenzia delle Nazioni Unite con una struttura tripartita: i rappresentanti dei governi, degli imprenditori e dei lavoratori determinano congiuntamente le politiche e i programmi dell'Organizzazione. Questo approccio tripartito dà forza, flessibilità e una base adeguata per lo sviluppo di una cultura di 'sicurezza sostenibile' nell'organizzazione.

L'espressione 'ambiente di lavoro' è stata coniata conformemente alla convenzione n. 155 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro e indica un approccio moderno che tiene conto della sicurezza tecnica, nonché della prevenzione generale delle malattie.

Si tratta di Linee Guida volontarie, che rappresentano i valori dell'ILO, sono state sviluppate come strumento pratico volto al miglioramento continuativo del SGSL e sono destinate a tutti coloro che hanno responsabilità nel SGSL. Richiedono un forte coinvolgimento della leadership nelle attività connesse alla sicurezza e salute sul lavoro e la definizione di una politica a riguardo, specifica per l'organizzazione, di agevole comprensione, facilmente accessibile per tutti i lavoratori.

La politica di SSL deve essere improntata alla prevenzione di tutti gli eventi avversi e al miglioramento continuativo delle prestazioni del SGSL. Deve, inoltre, operare nel rispetto delle leggi e dei regolamenti nazionali applicabili in materia di SSL, con i programmi volontari e con gli accordi sottoscritti dall'organizzazione.

Viene individuata come elemento essenziale del SGSL la partecipazione dei lavoratori, che sono consultati, informati e formati su tutti gli aspetti della SSL, comprese le procedure di emergenza collegate alle loro attività. In quest'ottica i programmi di formazione, adeguatamente

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Cordoni C., V. Vaccari, Sistemi di gestione integrata per la sostenibilità e la sicurezza delle imprese, in Ciani Scarnicci M., A. Laino, P. Pinelli, A. Romani (a cura di), Materiali e tecnologie ecosostenibili come nuova opportunità, Roma, Aracne, 2014, pp. 213-224: p. 220.

indirizzati a tutti i membri dell'organizzazione, devono prevedere un addestramento periodico adeguato ed efficace e una valutazione dell'apprendimento dei partecipanti.

La documentazione del SGSL, congrua con dimensione e tipo di attività dell'organizzazione, deve essere chiara, fruibile e soggetta a periodica revisione. Il sistema di comunicazione deve essere funzionale ad assicurare la trasmissione interna delle informazioni in materia di SSL.

Lo sviluppo del SGSL deve definire obiettivi realistici e misurabili in materia di SSL e preparare un piano per conseguire ciascun obiettivo, indicando 'che cosa si deve fare, da parte di chi e quando'.

Particolare attenzione viene posta sulle modalità di prevenzione, preparazione e reazione alle emergenze, che identifichino e analizzino:

- i potenziali incidenti e prevengano i rischi che ne derivano, per il SGSL;
- le cause all'origine di ogni non conformità.

Sempre nel rispetto del principio del miglioramento continuo, le procedure sviluppate sono soggette a un riesame periodico, finalizzato a monitorare, misurare e registrare, in modo costante, le prestazioni di SSL.

Occorre individuare le origini e le cause nascoste di tutti gli eventi avversi e ogni deficienza del SGSL deve essere documentata. Si tratta di una funzione che deve essere effettuata da persone competenti con l'appropriata partecipazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti. Le azioni correttive, derivanti da tali indagini, devono essere messe in atto allo scopo di evitare il ripetersi di infortuni sul lavoro, malattie professionali, danni alla salute e incidenti.

Attraverso audit periodici, svolti secondo modalità prestabilite, si verifica se il SGSL e i suoi elementi siano applicati, adeguati ed efficaci nel proteggere la sicurezza e salute dei lavoratori e nel prevenire gli incidenti. Quando le misure di prevenzione e protezione dai pericoli e dai rischi risultano inadeguate, devono essere individuate le misure correttive tempestive.

I riesami della direzione devono valutare la strategia complessiva del SGSL per verificare se è in grado di ottenere gli obiettivi di prestazione pianificati e, se necessario, di identificare quali azioni occorrano per rimediare ogni deficienza in maniera rapida.<sup>6</sup>

Dunque, le Linee Guida dell'ILO sui SGSL (ILO-OSH 2001) costituiscono uno strumento volto allo sviluppo:

- di una cultura sostenibile della sicurezza e della salute;
- di meccanismi per un miglioramento costante dell'ambiente lavorativo.

Le ILO-OSH 2001 sono Linee Guida finalizzate a contribuire: alla protezione dei lavoratori dai rischi, all'eliminazione di infortuni sul lavoro, malattie, incidenti e decessi.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> CERTO (a cura di), Sistema di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro (specifica tecnica), International Labour Organization, 2003.

- A livello nazionale, possono fornire una guida per:
  - stabilire un quadro nazionale per i Sistemi di Gestione della SSL, preferibilmente supportati da leggi e regolamenti nazionali;
  - sviluppare accordi volontari;
  - rafforzare la conformità con le normative volte a un miglioramento continuo delle prestazioni in materia di SSL;
  - sviluppare Linee Guida nazionali, per Sistemi di Gestione della SSL, rispondendo in modo adeguato alle reali esigenze delle organizzazioni, in base alla loro dimensione e alla natura delle loro attività.
- A livello dell'organizzazione, le Linee Guida intendono:
  - fornire un orientamento per quanto riguarda l'integrazione degli elementi del Sistema di Gestione SSL per l'organizzazione come una componente di accordi politici e di gestione;
  - motivare tutti i membri dell'organizzazione per migliorare continuamente le prestazioni relative al SSL, applicando adeguati principi e metodi di gestione della SSL.

#### 1.4. INAIL, Regioni, ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

Il quadro culturale e normativo consolidatosi degli ultimi decenni individua in un'organizzazione efficace uno degli strumenti essenziali nell'implementazione di una politica di gestione degli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro. I Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza (SGSL) sono, quindi, sistemi organizzativi che integrano obiettivi e politiche per la salute e sicurezza nella progettazione e gestione di sistemi di lavoro e produzione di beni o servizi. Oltre alle BS OHSAS 18001, i riferimenti disponibili per le aziende, che decidono di adottare volontariamente un SGSL, sono le Linee Guida UNI-INAIL del 28/9/2001, riportate nel CD allegato:

- Linee Guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL)
   settembre 2001;
- Linee Guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) *Manuale del sistema* ottobre 2003;
- Linee Guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) -Guida Operativa - ottobre 2003.<sup>7</sup>

A supporto delle Organizzazioni che intendono migliorare le proprie *performances* in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro, INAIL promuove la diffusione di 'buone prassi'.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> [INAIL; Prevenzione e sicurezza]. URL: <a href="http://sicurezzasullavoro.inail.it/CanaleSicurezza/StrumentiSicurezzaAziendale.html#wlp">http://sicurezzaAziendale.html#wlp</a> StrumentiSicurezzaAziendale> [data di accesso: 30/05/2017].

Si tratta di «soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro» (d.lgs. 81/2008 e s.m.i. art. 2, lettera v). Le buone prassi sono validate dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro (d.lgs. 81/2008 e s.m.i. art. 6), istituita presso il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. Le disposizioni individuate sono riconducibili al quadro di riferimento della Sicurezza sul posto di lavoro, valide in modo trasversale.8

<sup>8</sup> [INAIL]. URL: <a href="https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione/buone-prassi/commissione-consultiva-permanente.html">https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione/buone-prassi/commissione-consultiva-permanente.html</a> [data di accesso: 06/06/2017].

# Capitolo 2

#### Sistema Sanità

Ai sensi della ISO 31000 *definire il contesto* significa individuare i «parametri esterni ed interni da tenere in considerazione quando si gestisce il rischio».

Il *contesto* è «l'ambiente nel quale l'organizzazione cerca di conseguire i propri obiettivi» ed è composto da:

- contesto esterno, ovvero «l'ambiente culturale, sociale, politico, cogente, finanziario, tecnologico, economico, naturale, competitivo, sia internazionale, nazionale, regionale o locale, elementi e tendenze che abbiano un impatto sull'organizzazione, relazioni con gli stakeholders»;
- *contesto interno*, ovvero «*governance*, struttura organizzativa, ruoli e responsabilità; politiche, obiettivi e strategie che sono in atto per conseguirli, risorse e conoscenze, relazioni con gli *stakeholders* interni, norme, Linee Guida e modelli adottati, cultura dell'organizzazione» (questo aspetto verrà ripreso e ampliato nell'ambito del Titolo II, Paragrafo 5.1. del presente lavoro, dedicato alla presentazione del Modello).

#### 2.1. Scenari di riferimento

Con il d.lgs. 502/92 entra nel Servizio Sanitario Nazionale il concetto di *azienda*, attribuito in prima battuta alle unità sanitarie locali, con tutto quello che ne deriva, per la gestione, in termini di elementi privatistici. All'azienda viene attribuita autonomia organizzativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile, per favorire un impiego delle risorse umane e finanziarie nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza. Si tratta, in realtà, della sola applicazione della definizione giuridica di azienda intesa come «*complesso di beni organizzati al fine della produzione e dello scambio di beni o servizi*», <sup>1</sup> che non si modifica quando l'azienda svolge finalità pubbliche.

Le Aziende Sanitarie operano nel rispetto dei vincoli di bilancio, in un'ottica di equilibrio dei costi e dei ricavi, che ottimizzi l'impiego di risorse scarse per mantenere determinati livelli di assistenza. Le Aziende Sanitarie possono adottare in via autonoma provvedimenti amministrativi, che implicano la capacità di disporre del patrimonio, grazie all'autonomia nella gestione economico-finanziaria e patrimoniale e per quanto riguarda le attività da svolgere con detto patrimonio.

Alla Regione compete una funzione d'indirizzo, con la determinazione di obiettivi e

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Artt. 2082 e 2555 del Codice Civile.

vincoli anche finanziari, e una funzione di controllo sull'attività gestionale complessiva.

Con l'attuale formulazione normativa si è inteso favorire il consolidamento della regionalizzazione del SSN; infatti, viene sottolineato che «le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende [...] e la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati [...] nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali».<sup>2</sup>

L'aziendalizzazione del SSN³ ha portato alla separazione delle funzioni tra acquirenti e fornitori delle prestazioni, a seguito della quale si è strutturato un mercato interno al SSN, con la costituzione di Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie e l'affiancamento dei soggetti erogatori pubblici con quelli privati, sottoposti al regime di accreditamento da parte dell'autorità regionale e nel rispetto di determinati standard. Alle ASL è affidata la funzione di acquisto; alle Aziende Ospedaliere e ai soggetti privati accreditati quella della fornitura delle prestazioni.

L'aziendalizzazione comporta che ogni organizzazione facente parte, a vario titolo, del SSN persegua l'obiettivo di soddisfazione degli *stakeholders* (efficacia), massimizzando l'efficienza nell'impiego delle risorse disponibili, attraverso l'implementazione di procedure e processi sempre nuovi che consentano di ampliare la gamma dei bisogni soddisfatti.

Aspetto di rilievo ai fini del presente lavoro riguarda l'attribuzione ai Direttori Generali di una vera e propria responsabilità manageriale nella concreta gestione dei servizi erogati alla collettività. In questo contesto si colloca l'individuazione della figura del Datore di Lavoro e tutto quanto ne consegue, in termini di responsabilità, ai sensi del d.lgs. 81/08.

Gli stakeholders delle organizzazioni sanitarie sono:

- i pazienti;
- la collettività, che normalmente è riconducibile ai residenti nel bacino territoriale all'interno del quale insiste la Struttura;
- 1'ASL, per le Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate;
- la Regione, in quanto istituzione deputata all'attività d'indirizzo e controllo;
- gli organismi deputati al controllo del rispetto delle normative vigenti, come ad esempio l'INAIL (per tutto quanto concerne le problematiche legate alle risorse umane che operano in campo sanitario), i NAS (per quanto riguarda, ad esempio, il rispetto delle norme igienico-sanitarie all'interno delle aree deputate alla preparazione pasti), gli Organismi di accreditamento (ISO 9001, ecc.), ARPA (per quanto concerne il controllo dei presidi/procedure adottati per la tutela dell'ambiente, in relazione alle specificità delle singole organizzazioni).

#### 2.2. Modelli di organizzazione della salute e sicurezza

Il ministero della Salute non dà indicazioni specifiche in merito alla realizzazione di un sistema SGSL.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> D.lgs. 502/92 art. 3 c. 1-bis così come modificato dal d.lgs. 229/99 e dal d.lgs. 168/2000.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> D.lgs. 502/92.

I modelli che si sono potuti individuare nel corso del presente lavoro fanno riferimento a un campione di strutture volutamente eterogeneo nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale. Da questa indagine emerge un quadro molto diversificato nell'ambito del quale solo un limitato numero di Enti ha implementazione di un SGSL e anche fra questi esistono diversi livelli di completezza del sistema stesso.

Si sono riscontrate differenze a diversi livelli:

- comunicazione e condivisione della politica di gestione della sicurezza sul posto di lavoro. Alcuni Enti hanno scelto di rendere immediatamente visibili attraverso la consultazione del proprio sito web, gli strumenti e i documenti implementati per l'applicazione del SGSL (ad esempio l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Città della Salute e della Scienza" di Torino), altri hanno condiviso, attraverso la rete, il manuale per la sicurezza (IRCCS IRE ISG di Roma, AUSL di Trapani, A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo, ecc.), altri rendono disponibili solo alcuni documenti che concorrono a costituire il processo d'implementazione del sistema SGSL (in allegato sono riportati alcuni di questi documenti, a titolo esemplificativo);
- caratteristiche di accessibilità dei documenti relativi al SGSL. Si tratta di un aspetto essenziale ai fini della condivisione con gli *stakeholders* degli obiettivi della politica della sicurezza e di un elemento chiave nella formazione, informazione e consolidamento delle risorse umane facenti parte dell'organizzazione. Nella maggior parte dei casi esaminati, il riferimento è a procedure cartacee, che talvolta possono risultare specialistiche e di interpretazione non immediata, mentre appare molto interessante la costituzione di un archivio video di rapida consultazione in cui la spiegazione accompagnata dalle immagini rende maggiormente operativa la procedura proposta (ad esempio nel caso della A.O. Universitaria "Federico II" di Napoli); in alcuni casi non è possibile accedere ai documenti del SGSL.

#### 2.3. Esperienze: presentazione, analisi

Nell'ambito del processo di aziendalizzazione del SSN, la razionalizzazione della spesa, finalizzata al raggiungimento dell'efficienza nell'erogazione di servizi di qualità, viene perseguita attraverso l'introduzione di processi di acquisto e logistica centralizzati. Lo strumento operativo è stato individuato nel quadro della DIR 18/2004/CE, che disciplina un modello di centralizzazione degli acquisti in capo a una sola amministrazione aggiudicatrice, grazie al quale si ottiene «un aumento della concorrenza e dell'efficacia della commessa pubblica».

Il d.lgs. 163/2006 - Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE, prende in esame la 'centrale di committenza', come strumento accentrato per gli acquisti del settore pubblico. Ai sensi dell'art. 1 c. 10 DIR 18/2004/CE, «una centrale di committenza è un'amministrazione aggiudicatrice che: acquista forniture e/o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici, o aggiudica appalti pubblici, o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici». La normativa nazionale prevede

che le aggregazioni di Enti locali possano fungere da centro di aggregazione della domanda in favore di Amministrazioni ed Enti regionali o locali con sede nel relativo territorio, ponendo in essere un modello di centralizzazione a livello substatale utile alla «realizzazione degli obiettivi di contenimento e di razionalizzazione della spesa pubblica, nonché al fine di realizzare le migliori condizioni per l'acquisizione di beni e servizi nel rispetto dei principi di tutela della concorrenza» (art. 1, c. 157 legge 266/2005). Successivamente, la legge 296/2006 prevede che le Regioni possano costituire centrali di committenza aventi come destinatari, fra gli altri, gli Enti del SSN, con sede sul territorio regionale. Gli acquisti del settore sanitario si caratterizzano per rilevanza e specificità e comportano scelte organizzative diverse rispetto ai modelli centralizzati previsti per gli altri beni e servizi. Il grado di strutturazione dell'assetto organizzativo può essere diverso: l'esercizio associato delle attività di approvvigionamento senza la costituzione di un soggetto ad hoc, modelli leggeri, in cui alcuni soggetti istituzionali operano sulla base di accordi e convenzioni (facendo riferimento a forme associative previste dal d.lgs. 267/2000 per gli Enti locali, come ad esempio i Consorzi), fino all'istituzione di un nuovo soggetto giuridico che svolga la funzione acquisti.

Sul territorio, i modelli giuridici riconducibili alla figura della 'centrale di committenza', come sopra definita sono i seguenti:

- Regione Veneto, Regione Abruzzo, Regione Sicilia: Uffici regionali che, in diversi modi, svolgono funzioni di aggregazione della domanda di più amministrazioni;
- Regione Lazio, Regione Puglia: Uffici regionali o altri soggetti giuridici (società per azioni) che svolgono la funzione aggregativa attraverso lo svolgimento di gare sulla base di piattaforme telematiche poste a servizio delle amministrazioni interessate;
- Regione Valle d'Aosta, Regione Lombardia, Regione Emilia Romagna: amministrazioni spesso afferenti al Sistema Sanitario che, sulla base di specifici accordi o convenzioni, svolgono gare quali consorzi d'acquisto, individuando una stazione appaltante unica;
- Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Emilia Romagna, Regione Toscana, Regione Umbria: consorzi o agenzie regionali esterne rispetto alla Regione di riferimento, ma prive di personalità giuridica e strettamente dipendenti dall'Ente regionale;
- Provincia autonoma di Trento, Regione Piemonte, Regione Campania: società per azioni, a capitale interamente regionale, operanti secondo logiche e regole privatistiche.

Rispetto all'amministrazione regionale non si configurano forme di esternalizzazione forte, in quanto la competenza sull'approvvigionamento di beni e servizi non è mai affidata a soggetti formalmente e sostanzialmente distinti dalla stessa Regione.

Per ottimizzare l'uso delle risorse a disposizione, molte Regioni stanno configurando 'Aree Vaste' territoriali, funzionali al perseguimento degli obiettivi sia sanitari sia di gestione economica. La centralizzazione degli acquisti dovrebbe riguardare l'intera filiera che comprende magazzini, uffici ordini e liquidazione fatture, gestione anagrafiche dei beni, al fine di superare la duplicazione delle attività a livello locale, rendendo maggiormente efficiente il servizio.

La centralizzazione degli acquisti è legata all'attivazione di una piattaforma e di un sistema di logistica integrata fra le Aziende dell'Area Vasta e la creazione di una rete di condivisione delle scelte fra i professionisti e i clinici delle Aziende. Grazie alla centralizzazione è possibile perseguire un impatto:

- economico-finanziario, legato a:
  - economie di scala, a seguito della riduzione del costo unitario marginale di acquisto;
  - un decremento del costo globale del processo di approvvigionamento (abbattimento dei costi di transazione, di organizzazione, ecc.);
- organizzativo, legato all'impiego più efficiente del personale dedicato;
- strategico, legato allo snellimento del processo, che ne migliora efficacia ed efficienza.

Il concetto emergente di Area Vasta è funzionale alla riorganizzazione del territorio e dei rapporti fra Enti locali, al fine di:

- pianificare le politiche locali;
- ottimizzare l'uso delle risorse a livello sovra-provinciale;
- sistematizzare le relazioni di collaborazione fra zone, in particolare quando il bacino d'utenza ottimale necessita di dimensioni superiori a quelle zonali.

#### 2.3.1. Scenari regionali

Modello 1.

Regioni interessate: Valle d'Aosta, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

Le ASL si occupano di erogare le prestazioni relative all'assistenza distrettuale e sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

L'assistenza ospedaliera viene garantita attraverso presidi ospedalieri, che possono essere: a gestione diretta dell'ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Case di Cura. L'ASL ricopre una duplice veste:

- fornitore delle prestazioni ospedaliere, attraverso i propri presidi;
- finanziatore di tutte le prestazioni ospedaliere erogate da strutture pubbliche o private accreditate, a favore dei pazienti residenti nel proprio territorio.

#### Modello 2.

Regioni interessate: Lombardia.

Le ASL si occupano di erogare le prestazioni relative all'assistenza distrettuale e sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Le ASL non hanno in gestione alcun presidio ospedaliero e si occupano solo di finanziare, controllare e programmare le prestazioni erogate ai propri residenti. Le prestazioni sono erogate da Aziende Ospedaliere, IRCCS, Case di Cura private accreditate.

#### Modello 3.

Regioni interessate: Marche, Molise.

Le ASL esistenti sul territorio, secondo il Modello 1, sono accorpate in un'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), che svolge una funzione di coordinamento, controllo e programmazione molto marcato dell'attività aziendale e di Area Vasta. ASUR è suddivisa in Aree Vaste, a loro volta suddivise in distretti; ogni zona territoriale gestisce direttamente un presidio ospedaliero, mentre le Aziende Ospedaliere sono ridotte in numero. L'Area Vasta costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento tra Ex Zone confinanti.

Gli IRCCS e le Case di Cura private accreditate sono parte del sistema di assistenza ospedaliera, secondo il Modello 1.

#### Modello 4.

Regioni interessate: Piemonte, Emilia Romagna, Toscana.

Partendo dal Modello 1, le ASL sono raggruppate in Aree Vaste con compiti di programmazione, di coordinamento delle prestazioni e dell'organizzazione sanitaria. Ogni ASL garantisce l'erogazione delle prestazioni ospedaliere attraverso i propri presidi ospedalieri a gestione diretta, ma a ogni Area Vasta è assegnata un'Azienda Ospedaliera di riferimento. IRCCS e Case di Cura private accreditate fanno parte del sistema di assistenza ospedaliera, come nel Modello 1.

La Regione Toscana ha istituito dal primo ottobre 2014, con l.r. n. 26/2014, l'Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale (in sigla ESTAR) per l'esercizio, mediante dipartimenti di livello regionale, delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle Aziende Sanitarie, degli enti del Servizio Sanitario regionale e delle società della salute. L'ESTAR è dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica e, nello svolgimento della propria attività, si articola in tre sezioni territoriali di Area Vasta.

#### 2.4. Modello SOBANE

La Strategia SOBANE è stata ideata e organizzata dal prof. J. Malchaire, docente presso l'Università Cattolica di Louvain, in Belgio, nel 2005, seguendo due direttrici fondamentali: la normativa comunitaria e l'evoluzione della cultura prevenzionistica, che pone la partecipazione come requisito essenziale per il raggiungimento della sua massima efficacia.

La Strategia SOBANE è una strategia di prevenzione dei rischi a quattro livelli: individuazione, osservazione, valutazione, valutazione specialistica (*Screening*, *OBservation*, *ANalyse*, *Expertise*).

Il Progetto SOBANE si pone come obiettivo quello di realizzare un Sistema di Gestione per la Salute e la Sicurezza sui Luoghi di Lavoro (SOBANE-SGSL) calibrato sulle esigenze di complessità e dimensione di ciascuna azienda partecipante. Lo scopo è quello di giungere a un SGSL attraverso lo sviluppo di competenze in materia di prevenzione e

non attraverso l'applicazione formale delle norme specifiche. L'obiettivo finale è quello di mettere ciascun SPP in grado di allestire un proprio Sistema di Gestione aderente alle proprie necessità e adeguato all'effettiva complessità aziendale.

Il Modello proposto dalla Strategia SOBANE si basa su di un processo di identificazione dei pericoli e di valutazione dei rischi multifase, in linea con i più moderni criteri di indagine; secondo i quali è metodologicamente più corretto, oltre che più economico, affrontare le problematiche con livelli di complessità via via crescenti in relazione alle effettive esigenze.

Una delle caratteristiche predominanti nella Strategia SOBANE è rappresentato dalla indispensabilità della partecipazione dei lavoratori all'avvio e al mantenimento in essere del processo stesso.

I lavoratori (un gruppo rappresentativo per età, sesso, ruolo, ecc.) sono chiamati a un tavolo di discussione per l'avvio della fase di *Screening*, allo scopo di individuare i pericoli percepiti con l'aiuto di apposite schede guida.

L'applicazione della Strategia SOBANE, allo stato attuale, risulta ancora in fase sperimentale e nell'esperienza in allegato viene riportata l'analisi di una sperimentazione svoltasi nella provincia di Pavia e Lodi, quindi facenti parte del Modello 2 sopra descritto.

In questa sperimentazione sono state coinvolte varie Strutture sanitarie facenti parte delle categorie di RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) e ASP (Aziende per i Servizi alla Persona), andando a valutare l'impatto sulla gestione del SGSL a seguito dell'applicazione del Modello SOBANE.

#### 2.5. Valutazione dei Modelli analizzati mediante SWOT Analysis

La *SWOT Analysis*<sup>4</sup> è uno strumento derivato dalla gestione strategica, che sintetizza, in un'unica matrice a doppia entrata:

- 1. I punti di forza (Strengths)
- 2. I punti di debolezza (Weaknesses)
- 3. Le opportunità nel suo ambiente (Opportunities)
- 4. Le minacce nel contesto competitivo (*Threats*)

di un prodotto, un progetto, uno strumento e, nel caso in esame, un Modello SGSL. Si tratta di aspetti che dovrebbero apparire nella matrice in forma sintetica, come esito di una valutazione approfondita delle peculiarità del Modello SGSL, da realizzarsi in forma il più possibile condivisa trasversalmente, in linea con i possibili percorsi di *peer review* (di cui al Paragrafo. 6.9.).

Nel corso del presente lavoro si è ritenuto di attribuire a questo strumento di analisi una valenza innovativa, perché si è osservato come ben si adatti al processo di miglioramento

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Humphrey A., *SWOT Analysis for Management Consulting*, «SRI Alumni Newsletter», 2005. URL: <a href="https://www.sri.com/sites/default/files/brochures/dec-05.pdf">https://www.sri.com/sites/default/files/brochures/dec-05.pdf</a> [data di accesso: 30/05/2017].

continuativo, caratteristico delle norme ISO e in particolare in quelle della famiglia ISO 31000.

Lo scopo della SWOT Analysis applicata a un Modello di SGSL è quello di individuare le migliori procedure di gestione della sicurezza sul posto di lavoro, mettendo in evidenza i punti di forza del sistema, che consentono di dare adempimento efficace alla ratio che soggiace al disposto legislativo e normativo di riferimento. Dunque, in un'ottica di miglioramento continuativo, la valorizzazione e la condivisione di tali punti di forza consentono anche un progressivo superamento dei punti di debolezza che sono stati posti in luce. Le opportunità possono concorrere a costituire gli obiettivi del miglioramento continuativo, da proporre come parte di una strategia condivisa.

Il perseguimento del principio di prevenzione, peculiare del d.lgs. 81/08, può trovare, nelle minacce sintetizzate nella *SWOT Analysis*, rilevanti elementi da prendere in considerazione proprio per strutturare una politica di prevenzione degli eventi dannosi, oltre a uno stimolo alla revisione dell'organizzazione di lavoratori e risorse, per ridurre la probabilità che una situazione pericolosa si trasformi in un rischio effettivo.

Per realizzare una valutazione omogenea del campione di modelli di SGSL presi in esame, sviluppati da strutture ospedaliere del SSN, sono state individuate linee indicative di particolare rilievo al fine della implementazione di un Modello, che sia uno strumento efficace nella prevenzione dei rischi (non ritenuti, ai sensi della ISO 31000):

- a. politica: coerenza del sistema con gli intenti dell'Alta Direzione e con l'impegno profuso per il raggiungimento degli obiettivi;
- b. documentazione e strumenti: semplicità, sinteticità, specificità ed efficacia della documentazione e degli strumenti di sistema con riferimento anche ad aspetti grafici;
- c. accessibilità: fruibilità e facilità di accesso alla documentazione e agli strumenti di attuazione del sistema:
- d. completezza: esaustività del campo di applicazione del Modello in relazione al contesto;
- e. comunicazione: completezza ed efficacia dei flussi informativi bidirezionali previsti;
- f. requisiti: completezza, pertinenza dei riferimenti legislativi e non (es. normativi) e garanzia di attuazione;
- g. percezione del rischio: efficacia del sistema nel garantire la percezione e la consapevolezza del rischio da parte degli utilizzatori a tutti i livelli;
- h. miglioramento continuativo: utilizzo delle esperienze acquisite, delle buone prassi, di norme internazionali cogenti e non, oltre al contesto interno della Struttura per la definizione di interventi di miglioramento del sistema stesso;
- i. integrazione: capacità del sistema di integrarsi con altri Sistemi di Gestione.

Le esperienze presentate nell'Allegato 3 sono state raggruppate, ai fini dell'analisi, in casistiche rappresentative di caratteristiche comuni:

• Modello A: modelli caratterizzati da uno sviluppo sotto forma di documenti cartacei

discorsivi e normalmente di contenuto generale. Nella casistica sono contemplati circa il 90% delle esperienze analizzate (circa 15);

- Modello B: modelli caratterizzati da uno sviluppo di documenti di contenuto specifico, dettagliato e generalmente completo. Nella casistica sono contemplati circa il 10% dei sistemi analizzati (circa 2). In merito a tale tipologia di Modello si evidenzia che in alcuni casi esso, seppure con notevole dettaglio ed efficacia, è applicato soltanto a un aspetto ritenuto critico per la Struttura (es. modello stress lavoro correlato);
- Modello C: Strategia SOBANE.

La matrice della *SWOT Analysis* è stata tripartita in ogni quadrante e caratterizzata da tre diverse colorazioni, che richiamano le tre tipologie di modelli, al fine di agevolarne l'analisi comparata.

#### 2.6. Caratteristiche del Modello da proporre

Sulla base delle risultanze della *SWOT Analysis*, sono stati focalizzati i parametri di riferimento per l'implementazione del Modello innovativo (di cui al Capitolo 6.), obiettivo del presente lavoro, strutturato in modo da completare gli elementi di originalità con aspetti positivi dei modelli analizzati, come se fossero delle *Best Practices* nella gestione strategica del rischio.

I punti di forza e le opportunità del Modello da proporre sono state schematizzate nelle seguenti caratteristiche:

- efficacia della bidirezionalità della comunicazione:
- integrabilità con altri Sistemi di Gestione (in linea con le indicazioni dello standard BSI PAS 99);<sup>5</sup>
- flessibilità e modularità per garantire la completezza in relazione a diverse tipologie di contesto;
- esaustività dei requisiti legislativi e normativi sull'orizzonte italiano, dell'Unione Europea e internazionale;
- efficacia nel perseguimento dell'obiettivo di miglioramento continuativo;
- efficacia della documentazione e della strumentazione, anche con la valorizzazione della disponibilità di una rete informatica accessibile a tutti gli operatori, attraverso l'uso di dispositivi comuni (es. smartphone);
- versatilità dello strumento, con specifiche che siano di supporto sia alle figure apicali
  e delegate all'organizzazione e gestione del SGSL, sia a tutti i lavoratori, nello
  svolgimento delle proprie mansioni e nella comunicazione intraziendale.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> BSI PAS 99 "Specification of common management system requirements as a framework for integration" è uno standard BSI, documento normativo volontario e linea guida, i cui requisiti sono comuni a tutti gli standard sui sistemi gestionali; costituisce un metamodello da applicare per l'integrazione tra molteplici standard, indipendentemente dall'oggetto/obiettivo del sistema, dalla struttura o forma giuridica dell'organizzazione.

## SWOT Analysis

	Punti di forza			Opportunità	
Ridotto numero di documenti di riferimento	Esaustività e facilità di accesso alla documentazione Specificità della documentazione Diffusa comunicazione unidirezionale Indicazione dei requisiti legislativi, anche se in alcuni casi limitata Completezza della documentazione di strumenti utilizzabili per il miglioramento continuativo	Condivisione della politica con tutti i lavoratori  Potenziamento della comunicazione attraverso il lavoro di team	Presenza di un inquadramento di base che può offrire spunti per il miglioramento	Rintracciabilità delle procedure per ogni attività Rispetto dei requisiti legislativi Prevenzione del rischio Opportunità di miglioramento	Attraverso il lavoro dei tavoli di confronto: miglioramento continuativo, consolidamento della consapevolezza del rischio Adattabilità a strutture con diverso grado di complessità
	Punti di debolezza			Minacce	
Espressione della politica come elemento prevalentemente formale Genericità della documentazione Mancanza di percorsi di comunicazione integrata Mancanza di strumenti di monitoraggio del feedback Staticità del sistema Non contemplata possibilità di integrazione	Complessità della struttura del modello costituito da un elevato numero di documenti  Alcune criticità nella integrazione con altri Sistemi di Gestione  Politica non completamente esplicitata  Carenza nella bidirezionalità della comunicazione  Limitata presenza grafica esplicativa all'interno della documentazione	Genericità della documentazione Mancata esplicitazione dei percorsi di integrazione Difficoltà di reperimento dei riferimenti legislativi e normativi	Mancato rispetto dei requisiti legislativi e non Mancato soddisfacimento degli obiettivi definiti Flusso informativo unidirezionale di carattere gerarchico Inefficacia del sistema nella prevenzione del rischio Mancato adattamento del sistema all'evoluzione del contesto interno, socio economico e normativo	Difficoltà di reperimento immediato della documentazione Difficoltà nel coinvolgimento attivo a tutti i livelli Criticità nell'integrazione del sistema con altri Sistemi di Gestione	Difficoltà di coinvolgimento attivo a tutti i livelli, al di là dei rappresentanti coinvolti nei tavoli di lavoro Carenza di attenzione alla divulgazione di procedure e strumentazione attraverso percorsi intuitivi (ad es. grafici)

## Titolo II

# Metodologia

## Capitolo 3

## Rischio come opportunità di miglioramento continuativo

In questo titolo vengono presentati gli elementi che si sono tenuti a riferimento per l'implementazione di un Modello flessibile di SGSL, applicabile alle diverse realtà che compongono il Sistema Sanitario Nazionale.

Attraverso un sistema destrutturato modulare vengono quindi presentati i documenti di riferimento del Modello (politica, manuale, regolamento, possibili percorsi di individuazione dei pericoli e di valutazione dei rischi) oltre ad alcuni esempi di organigrammi, istruzioni e procedure operative, strumenti di coinvolgimento del personale, ecc.

Nel presente lavoro si è scelto un approccio innovativo nella definizione del Modello, in cui il rischio viene affrontato e indagato tenendo conto di una pluralità di aspetti in cui si può manifestare durante la normale gestione di un'organizzazione afferente al SSN, per poi essere riportato a unità. In tal modo attraverso procedure mirate si punta a prevenire il rischio e a ridurlo a un livello tale da poter essere 'ritenuto', ovvero considerato accettabile dall'organizzazione stessa. Il riferimento normativo è alla norma ISO 31000:2009, *Risk management - Principles and guidelines*, contestualizzata alle problematiche connesse con il SGSL. L'adozione di questo Modello consente anche di perseguire l'obiettivo di minimizzare o, in una prospettiva asintotica, neutralizzare anche gli effetti societari e/o personali con valenza penale ai sensi del d.lgs. 231/01.

Il concetto di rischio è alla base dell'attività d'impresa, in qualunque settore essa venga espressa.

Si tratta di interpretare in modo innovativo questo concetto di rischio, che nel contesto attuale può essere interpretato come momento per riportare a unità tutti i vari tipi di rischio connessi con l'attività dell'organizzazione in esame.<sup>1</sup>

Il rischio del *business* per l'impresa è intrinsecamente legato a un'opportunità di crescita: il rischio è la probabilità che un evento venga sfruttato come un'opportunità.

Nel contesto dell'attività sanitaria il rischio si configura e si declina come una molteplicità di sfaccettature diverse ma interconnesse che vanno dal rischio relativo alla sicurezza dei lavoratori che, a loro volta nel loro operare quotidiano, potenzialmente generano il rischio clinico strettamente inteso e conseguentemente evidenziano un rischio d'impresa. La sfida al progressivo superamento di questi rischi si traduce nell'introduzione

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Vaccari V., C. Cordoni, I. Manco, A. Valvassori, Risk Management and Safety System for Health Services, in CD Proceeding book of the 20th IGWT Symposium Commodity Science in a Changing World, Publishing house "Science and economics" University of Economics - 12-16/09/2016, Varna, Bulgaria, 2016, pp. 838-842: p. 839.

di nuovi protocolli gestionali e terapeutici che consentono di portare all'elaborazione di nuove tecniche anche cliniche e, quindi, un'opportunità per perseguire l'efficacia nello svolgimento del servizio istituzionale, con una sempre maggiore soddisfazione del cliente/paziente.<sup>2</sup>

Questo approccio ben si coniuga con il principio del miglioramento continuativo che di fatto assorbe le azioni correttive e preventive.

Il primo rischio è non avere consapevolezza del rischio, pertanto esistono alcune condizioni prioritarie in cui occorre porre particolare attenzione alla formazione, informazione del personale con lo scopo di perseguire il consolidamento della conoscenza del rischio e la capacità di affrontarlo/prevenirlo, dando attuazione a quanto appreso nell'ambito della politica di *life-long lerning*.

Il consolidamento passa in modo significativo attraverso la condivisione e l'assimilazione di un *linguaggio comune* configurato attraverso una terminologia che deve necessariamente essere uniformata, nella sua specificità e non confusa con altri ruoli che si possono sovrapporre a quelli del Sistema di Gestione dei rischi ai sensi del d.lgs. 81/08 e operanti nell'ambito strettamente organizzativo/aziendale.

Si tratta di un approccio 'culturale' che deve essere espressione condivisa di una convinzione e consapevolezza che parte dall'alta Direzione, poiché qualunque evento che infici la politica di comunicazione del rischio è, a sua volta, un rischio prioritario. Occorre, pertanto, una politica aziendale generale da cui si fanno discendere le attività di condivisione e coinvolgimento sul rischio.

Il manuale di rischio viene superato dal *manuale di business* (per il contesto del libero mercato) e dal *manuale aziendale* per un contesto come quello relativo al Sistema Sanitario.

Fondamentale è l'inquadramento della scena in cui si svolge il ragionamento perché ne deriva il target del rischio, in senso lato e non solo relativo alla sicurezza.

In ciascun singolo contesto occorre, pertanto, configurare un percorso di ragionamento per arrivare nello specifico alla valutazione del rischio: cosa è valutato 'rischio' e 'come' gestirlo. Nella consapevolezza dell'impossibilità di perseguire il rischio zero, occorre pensare anche al rischio residuo e individuare i percorsi per cautelarsi (anche attraverso un sistema assicurativo, ad esempio).

Nel contesto sanitario di particolare rilievo appare il rischio legato alla mancata continuità operativa.

#### Rischio clinico

Il sistema di Accreditamento *Joint Commission International* si basa sulla concezione delle organizzazioni ospedaliere quali sistemi complessi di risorse e processi interconnessi.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Cordoni C., V. Vaccari, I. Manco, A. Valvassori, *Il sistema di gestione della qualità e la certificazione nel settore sanitario: problematiche ed opportunità*, in Tarabella A. (a cura di), *Atti del xxvi Congresso Nazionale delle Scienze Merceologiche. Innovazione, sostenibilità e tutela dei consumatori: l'evoluzione delle Scienze Merceologiche per la creazione di valore e competitività (Pisa 13-15/02/2014)*, 2014, pp. 237-243; p. 238.

Stante la molteplicità delle attività finalizzate e/o di supporto alla cura del paziente, lo scopo del sistema di accreditamento JCI è quello di assicurare le condizioni organizzative più favorevoli per garantire la sicurezza del paziente. Gli standard individuano le aree di attività che possono avere un impatto sulla sicurezza del paziente e richiedono, pertanto, che l'organizzazione assicuri che tali aree vengano adeguatamente regolamentate.

L'adozione delle *Best Practices* o standard di gestione, il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, previsto dalla certificazione JCI, rende il Modello organizzativo aziendale idoneo, grazie alla previsione di specifiche procedure, a prevenire l'accadimento di molti reati previsti dal d.lgs. 231/2001.

A titolo meramente esemplificativo:

- le procedure previste dalla *section GLD (Governance, Leadership and Direction*: Misure di Sicurezza relative a poteri di Firma, Linee Guida per la redazione del budget, Assunzioni, ecc.) possono rappresentare validi presidi per scongiurare la commissione di reati inerenti il bilancio e altre comunicazioni sociali;
- le procedure previste dalla section FMS (Facility Management And Safety: Piano di gestione della sicurezza antincendio, Piano di gestione delle apparecchiature medicali, Comitato Salute e Sicurezza, Piano di gestione dei materiali pericolosi, Isolamento e smaltimento di rifiuti ospedalieri, Gestione e smaltimento dei rifiuti radioattivi, Piano di gestione degli impianti fissi, ecc.), concorrono a prevenire la commissione di reati collegati alle aree aziendali, in cui è richiesto il rispetto della normativa antinfortunistica, ai sensi dell'art. 25 septies del d.lgs. 231/2001.3

Si afferma un'ottica 'destrutturata' in cui dalla norma si ricava un principio finalizzato a recuperare il significato di rischio, individuando dei possibili percorsi come quello configurato nella tabella dei pericoli (nel nostro caso).

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Fresina A., B. Ragonese, *La colpa professionale medica e il difetto di organizzazione. L'importanza delle procedure certificate JCI*, «Rivista 231» [online], 1, 2015, pp. 259, 263. URL: <a href="http://www.rivista231.it/Rivista/2015/1/">http://www.rivista231.it/Rivista/2015/1/</a> [data di accesso: 31/05/2017].

## Capitolo 4

# Responsabilità dei soggetti giuridici (d.lgs. 231/01 e d.lgs. 81/08)\*

Il modello operativo declina le sue potenzialità di sistema di esenzione dalla responsabilità in modo molto diverso a seconda del tipo di modello operativo e dei reati di riferimento.

Posto che il modello operativo di cui al d.lgs. 231/01 è molto diverso dal modello operativo di cui al Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro d.lgs. 81/08, tenendo anche conto che il modello operativo di cui al d.lgs. 81/08 non va confuso con il Documento di Valutazione del Rischio (DVR) e che entrambi i modelli sono 'non obbligatori' (trattandosi di un mero onere), va rilevato che tale diversità riguarda *contenuti, funzioni ed effetti* (in specie il modello operativo d.lgs. 81/08 gioca due ruoli, come si vedrà in seguito) e *destinatari*.

#### Contenuti

Confrontando i modelli e le relative disposizioni, le differenze di contenuti risultano evidenti e si può affermare che il modello operativo d.lgs. 81/08 è speciale rispetto modello operativo d.lgs. 231/01 e, come anticipato, è anche diverso da DVR. Infatti, se fossero la stessa cosa, essendo il DVR obbligatorio e il modello operativo d.lgs. 81/08 facoltativo, quest'ultimo sarebbe inutile, bastando il primo; tuttavia così non è, anche se il riferimento all'art. 30 ci richiama gli adempimenti degli artt. 17 e 28 e fors'anche dell'art. 15 del d.lgs. 81/08. In buona sostanza appare evidente che il modello operativo d.lgs. 81/08 è strumento finalizzato al contenimento del rischio (si badi: contenimento non eliminazione) e di 'buona organizzazione', attraverso forme di intervento per nulla sovrapponibili con il contenuto principale del DVR.

#### Funzioni

Nel contesto del d.lgs. 231/01 se l'Ente, prima della commissione del reato, ha adottato ed efficacemente attuato un Modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatosi, l'Ente non risponde per la realizzazione di quei reati (dei quali, si badi, risponderebbe solo se commessi da ben determinati soggetti – cfr. *infra* – nell'interesse dell'Ente o a suo vantaggio) e rispondono in sede penale solo i soggetti fisici ai quali il reato può rimproverarsi o per averlo commesso personalmente o per non aver impedito che altri lo commettessero, incombendo sui primi un obbligo al riguardo.

<sup>\*</sup> Capitolo a cura di Alberta Leonarda Vergine, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli studi di Pavia.

#### Destinatari in genere

Il modello operativo d.lgs. 231/01 è previsto in un contesto normativo limitato ex art. 1, c. 2 per il quale «Le disposizioni in esso previste si applicano agli Enti forniti di personalità giuridica e alle società e associazioni anche prive di personalità giuridica» e c. 3 per il quale «Non si applicano allo Stato, agli Enti pubblici territoriali, agli altri Enti pubblici non economici nonché agli Enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale».

Il modello operativo del d.lgs. 81/08, invece, ce lo dice lo stesso titolo della legge, riguarda la *Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro* e, giusto per esemplificare, a conferma possiamo leggere l'art. 3 che al c. 1 dispone che il decreto «si applica a tutti i settori di attività, privati e pubblici, e a tutte le tipologie di rischio».

Nel contesto del d.lgs. 81/08, il modello operativo opera espressamente e con effetto esimente solo ai fini di cui al comma 3 art. 16. Tuttavia, v'è un secondo ruolo non espressamente indicato nella norma ma evidente nella prassi, essendo il modello operativo di cui all'art. 30 un modello nel quale il 'dovere di organizzarsi' assume l'obiettivo specifico di ridurre il rischio della realizzazione di determinati reati: i delitti di lesione e omicidio colposo e in genere i reati di cui al d.lgs. 81/08. In questo ambito, gli adempimenti meramente organizzativi (di cui al modello operativo d.lgs. 231/01) si fondono con quelli, prevalenti, a contenuto autenticamente cautelare e l'idoneo modello operativo consentirà al giudice, in sede di giudizio per gli indicati reati, una dosimetria sanzionatoria meglio calibrata per i soggetti 'fisici', cui gli stessi si rimproverano.

Tuttavia, il giudizio di idoneità/efficacia del modello operativo, in sede penale, pretende il ricorso a un tecnico perito/consulente, altrimenti sarebbe impossibile per il giudice valutare, rischiandosi una sorta di presunzione di inidoneità sulla base del fatto che comunque l'infortunio è avvenuto.

Soggetti 'interessati'

Per il d.lgs. 231/01 ex art. 5 c. 1. l'Ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio:

- a. da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa, dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché da persone che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo dello stesso;
- b. da persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui alla lettera a).

Per il d.lgs. 81/08, in quanto titolari di posizioni di garanzia per reati di cui al medesimo decreto e per lesioni/omicidio in violazione della normativa antinfortunistica, risultano in principalità: Datore di Lavoro/dirigente/preposto, Delegato e chi esercita di fatto le funzioni di Datore di Lavoro/dirigente/preposto (art. 299) a seguire, un po' defilati, con obblighi di protezione, lavoratori, progettisti, fabbricanti, fornitori, installatori, Medico Competente e in una sorta di limbo il RSPP.

d.lgs. 231/01	d.lgs. 81/08
Persone che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione dell'Ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale	
Persone che anche di fatto gestiscono o controllano l'Ente	Le posizioni di garanzia relative ai soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettere b), d) ed e), gravano altresì su colui il quale, pur sprovvisto di regolare investitura, eserciti in concreto i poteri giuridici riferiti a ciascuno dei soggetti ivi definiti
Persone sottoposte alla direzione o alla vigilanza di uno dei soggetti di cui sopra	Lavoratore/RSPP

Di conseguenza, se risulta abbastanza facile affermare che il Datore di Lavoro di cui alla lettera b) art. 2 d.lgs. 81/08 è riconducibile tra i soggetti apicali di cui alla lettera a) art. 5 d.lgs. 231/01, meno automatico e semplice è ricondurre tra questi il dirigente che oggi comunque, quando concorra all'organizzazione e alla vigilanza dell'attività lavorativa, viene ricompreso tra questi anche dopo l'inserimento nel d.lgs. 81/08 del comma 3 bis art. 18.

Gli altri soggetti 'qualificati' del d.lgs. 81/08 riconducibili alla lettera b) dell'art. 5 d.lgs. 231/01.

Non è il caso qui illustrare la grande differenza, soprattutto sul piano processuale, tra diverse situazioni (apicali/non apicali) nell'ambito del d.lgs. 231/01, qui merita evidenziare come nel d.lgs. 81/08 sono in specie gli artt. 16 e 30 che costituiscono il vero raccordo tra il diritto penale del lavoro e la responsabilità 'amministrativa' dell'Ente ex d.lgs. 231/01.

Non è possibile in questa sede tracciare una seppur sommaria storia dell'istituto della delega di funzioni; ricordiamo solo il testo dell'art. 16 che pretende che la delega possieda tutte le caratteristiche oggettive e soggettive ivi indicate, altrimenti la delega risulta invalida.

In presenza di delega non valida, per carenza, inidoneità o inosservanza requisiti richiesti, se si verifica un infortunio, la non validità della delega comporta la perdurante responsabilità del delegante, al quale si associa la responsabilità del delegato 'invalido', che risponderà o per cooperazione nel reato altrui (del Datore di Lavoro) o a titolo autonomo (quando il soggetto al quale sia stata conferita delega non valida possieda la qualifica tipica di dirigente o di preposto).

Lasciando la patologia per la fisiologia e considerando la sola delega valida, ex art. 16 c. 3 prima parte, occorre sottolineare che questa non esclude l'obbligo di vigilanza da parte del delegante; ex seconda parte c. 3 l'obbligo si intende assolto in caso di adozione ed efficace attuazione.

Il modello di verifica e controllo è disciplinato dall'art. 30 c. 4 a mente del quale infatti «Il modello organizzativo deve altresì prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate. Il riesame e l'eventuale modifica del modello organizzativo devono essere adottati, quando siano scoperte violazioni significative

delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro, ovvero in occasione di mutamenti nell'organizzazione e nell'attività in relazione al progresso scientifico e tecnologico».

Il modello operativo, a sua volta, ex c. 3 deve «in ogni caso prevedere, per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell'organizzazione e dal tipo di attività svolta, un'articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello».

Ciò ci dice che il modello operativo dovrebbe più correttamente essere indicato con l'acronimo MOG (Modello Operativo Gestionale), a enfatizzare l'aspetto gestionale, che ne esplicita la volontà di dispiegare i propri 'benefici' effetti in un sistema disciplinare idoneo e di conseguenza valido, operante e dotato di tutti i necessari poteri previsti dall'OdiV.

In conclusione, una delega valida trasla la posizione di garanzia dal delegante al delegato; la presenza di un MOG adeguato (cfr. art. 30) elimina il residuo dovere di vigilanza del delegato sul delegante.

Ma l'art. 16 c. 3-bis prevede anche la subdelega; stante il silenzio del legislatore su residui obblighi di vigilanza in capo al delegato che subdelega possiamo solo ipotizzare una applicazione analogica in *favor rei* della previsione 'liberatoria' della delega.

Posto che per il d.lgs. 81/08 tutte le Strutture sanitarie debbono a esso sottoporsi, non altrettanto può dirsi per il d.lgs. 231/01, stante il chiaro campo di operatività limitato dal legislatore. Tuttavia molte regioni impongono, ai fini dell'accreditamento, la redazione di un modello operativo adeguato.

Le Strutture sanitarie che *ab origine* sono sottoposte al d.lgs. 231/01, per non rispondere dei reati presupposto realizzati dai soggetti di cui agli artt. 5 e 6 nel loro interesse o a loro vantaggio, debbono redigere un modello operativo adeguato a impedire la commissione degli stessi. Dopo la implementazione dei reati presupposto del 2009 e del 2011 si è posto un nuovo problema, che si affianca a quello, già da più parti segnalato, e che riguarda la (corretta) identificazione dei soggetti apicali o non apicali ai quali si rimprovera di avere commesso il reato presupposto. Il problema nasce dal fatto che il catalogo dei reati è stato ampliato a comprendervi prima le lesioni e l'omicidio colposi per inosservanza del d.lgs. 81/08 e successivamente una 'selezione' di reati ambientali tra i quali diverse contravvenzioni.

Quanto alla prima questione va evidenziato che il d.lgs. 231/01 prevede un diverso regime di prova a seconda di chi abbia commesso il reato. Infatti:

ex art. 6 (Soggetti in posizione apicale e modelli di organizzazione dell'Ente) c. 1: se il reato è stato commesso dalle persone indicate nell'articolo 5, comma 1, lettera a), l'Ente non risponde se prova che: «a) l'organo dirigente ha adottato ed efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi; b) il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli di curare il loro aggiornamento è stato affidato a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo; c) le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di

organizzazione e di gestione; d) non vi è stata omessa o insufficiente vigilanza da parte dell'organismo di cui alla lettera b)».

ex art. 7 (Soggetti sottoposti all'altrui direzione e modelli di organizzazione dell'Ente)
 c. 1: «nel caso previsto dall'articolo 5, comma 1, lettera b), "l'Ente è responsabile se la commissione del reato è stata resa possibile dall'inosservanza degli obblighi di direzione o vigilanza».

È evidente che l'onere della prova 'liberatoria' per i soggetti apicali risulta a carico degli stessi, per i sottoposti, è al contrario a carico del PM.

In buona sostanza: per gli *apicali* vige il principio dell'immedesimazione organica per il quale l'Ente è chiamato direttamente a rispondere del reato colposo commesso da questi; in presenza di delega valida e se l'Ente vuole non rispondere deve dimostrare (art. 6 lettera c) l'elusione fraudolenta dei modelli di organizzazione e di gestione da parte del delegato. Per i *sottoposti*, sarà il PM che dovrà provare sia che la condotta tipica era ascrivibile a quel soggetto fisico, sia l'inosservanza degli obblighi di direzione e/o vigilanza da parte dei soggetti apicali quindi, e più in generale, la presenza di colpa di organizzazione dell'Ente.

Una volta individuati i soggetti responsabili, tuttavia, nasce l'altro problema già accennato: come coordinare il rimprovero per un reato che deve essere stato commesso nell'interesse o a vantaggio dell'Ente con un reato il cui rimprovero è di colpa (cioè un rimprovero di imprudenza, negligenza, imperizia, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline)? È il caso dei delitti di omicidio o lesioni colpose e di quella parte delle contravvenzioni ambientali che fossero state commesse per colpa, visto il regime di c.d. 'indifferenza' per la tipologia di elemento soggettivo che il codice penale ha previsto per le contravvenzioni. Si è cercato di costruire la responsabilità dell'Ente tutte le volte in cui «nell'interesse o a vantaggio dell'Ente» si sia realizzata la condotta di inosservanza delle prescrizioni (dettate dalla normativa antinfortunistica o da quella di settore ambientale) e poi da questa inosservanza sia derivato l'evento tipico.

Il percorso, che si presenta meno difficile in caso di morte o lesione, risulta molto più complicato nel caso delle contravvenzioni ambientali che, il più delle volte, sono costruite come reati di mera disobbedienza, e in quanto tali prive di un evento naturalistico.

È di tutta evidenza come le aree dei diversi modelli operativi si sovrappongano, ma non combacino del tutto, così come le aree dei modelli operativi si sovrappongono anche a quelle delle varie OHSAS. Ciò impone un accuratissimo lavoro di coordinamento al fine di fornire uno strumento organizzativo-gestionale che consenta da un lato, e in principalità, l'efficace riduzione delle situazioni di rischio (tutte, comprese perciò anche di quelle tipizzate in condotte riconducibili ai reati presupposto della d.lgs. 231/01 o a quelle di cui al d.lgs. 81/08), dall'altro, in caso di realizzazione delle stesse, possa essere utilizzato come 'esimente' ai fini e per gli effetti e del d.lgs. 231/01 e del d.lgs. 81/08.

## Titolo III

# Modello per le Strutture sanitarie

## Capitolo 5

## Scenari di riferimento aziendali

#### 5.1. Definizioni di funzioni omogenee

Nella definizione delle attività che possono essere svolte dal personale nell'ambito di una Struttura sanitaria, sono state individuate una serie di tipologievolte, cui sono riconducibili la pluralità di funzioni specialistiche, in base alle caratteristiche di pericoli cui sono esposti gli operatori nello svolgimento del proprio lavoro. In questo senso, ad esempio, sono da ricondurre alla più ampia attività di prestazione di carattere infermieristico, le attività svolte sia dagli infermieri che dagli operatori sanitari; alla chirurgia sono da ricondurre tutte le specialità chirurgiche, in modo trasversale ai reparti che erogano servizi sanitari legati a interventi chirurgici.

#### A1 – AMMINISTRAZIONE E SIMILARE

- attività di carattere amministrativo gestionale;
- attività di archivio e biblioteca;
- attività di gestione fotocopiatrici/stampanti.

#### A2 – PRESTAZIONE MEDICA, escluse attività altrimenti dettagliate

• prestazioni mediche svolte presso l'area di degenza, ambulatoriale (comprensivo di interventi di microchirurgia), diagnostica, riabilitativa (palestre) e *Day Hospital*.

#### A3 – ASSISTENZA DI CARATTERE INFERMIERISTICO

- assistenza al punto A2;
- gestione igiene del paziente, somministrazione della terapia;
- prelievi.

#### A4 – LABORATORIO

analisi chimica e biologica per indagini sanitarie, con il supporto di strumentazione dedicata.

#### A5 – FARMACIA

- ordine dei farmaci necessari e loro stoccaggio e conservazione secondo le modalità previste per i diversi principi attivi;
- predisposizione di preparazione specifiche.

#### A6 - RADIODIAGNOSTICA

- attività legata all'effettuazione di esami della medicina per immagini (ecografie, TAC, risonanza magnetica, raggi X, ecc.);
- attività legata alla gestione delle immagini (sviluppo radiografie, ecc.).

#### A7 – TERAPIA ONCOLOGICA

• attività legata alla somministrazione di chemioterapia e radioterapia.

#### A8 – CHIRURGIA

• attività legata all'effettuazione di interventi chirurgici che richiedono l'utilizzo di sale operatorie/blocco parto.

#### A9 – PREPARAZIONE SALA OPERATORIA

- attività di asporto materiali (monouso e altro);
- attività di pulizia;
- attività di sterilizzazione:
- controllo macchinari;
- predisposizione strumenti chirurgici.

#### A10 - STERILIZZAZIONE STRUMENTI CHIRURGICI

- manipolazione strumenti chirurgici;
- gestione macchinari per la sterilizzazione (autoclave, radiazioni UVA, ecc.).

#### A11 - PREPARAZIONE PASTI

- attività di stoccaggio e conservazione secondo modalità previste (HACCP);
- attività legate alla preparazione, alla cottura e al confezionamento per la distribuzione (HACCP);
- attività di riordino e di pulizia degli spazi di lavoro, finalizzati a garantire gli aspetti igienico sanitari (HACCP).

#### A12 – DISTRIBUZIONE PASTI

- predisposizione e movimentazione di carrelli per la distribuzione pasti;
- servizio ai degenti (accesso all'area di degenza);
- attività di gestione della sala refezione.

#### A13 – PULIZIA

- asporto e raccolta materiali da conferire allo stoccaggio aziendale (pericolosi e non pericolosi, infetti, contaminati da isotopi a basso decadimento, ecc.);
- lavaggio parti comuni (corridoi, scale, servizi igienici, uffici, ecc.) e di degenza;
- disinfezione e disinfestazione aree di degenza, zona preparazione pasti e sala refezione,

aree comuni, servizi igienici, ecc.

#### A14 – LAVANDERIA

- gestione e manipolazione biancheria (indumenti, camici, lenzuola, ecc.);
- gestione macchinari di lavaggio e stiratura;
- stoccaggio biancheria lavata.

#### A15 – MANUTENZIONE E GESTIONE IMPIANTI

- attività relativa alla manutenzione, installazione, gestione di impianti elettrici, termici, di condizionamento, idraulici, aeraulici e in pressione, fino al punto di fornitura per l'utilizzazione;
- gestione mezzi di sollevamento e di movimentazione (ascensori, montacarichi, paranchi, ecc.).

#### A16 - MAGAZZINO

- ricevimento, stoccaggio e distribuzione materiali (imballati, di arredo, di attrezzature, ecc.);
- ricevimento, stoccaggio e distribuzione sostanze per la sterilizzazione, disinfezione e disinfestazione;
- gestione materiali inutilizzati;
- · conferimento ai reparti.

#### A17 – STOCCAGGI

- gestione rifiuti (pericolosi e non pericolosi, ingombranti, infetti, contaminati da isotopi a basso decadimento, ecc.) dal luogo di produzione;
- gestione bombole (gas tecnologici e sanitari);
- gestione cisterne per combustibili e carburanti;
- gestione accumulo acqua a fine antincendio.

#### 5.2. Definizioni di mansioni

Le tipologie di mansioni individuate consentono di determinare per ogni figura professionale gli aspetti rilevanti relativamente alla sicurezza sul posto di lavoro, che consentono nell'implementazione degli specifici modelli di individuare i percorsi formativi necessari, i DPI che devono essere messi a disposizione, i piani di sorveglianza sanitaria, le procedure che devono costituire patrimonio consolidato delle conoscenze dei singoli. Le mansioni si caratterizzano per essere svolte da soggetti che dispongono di competenze formative tendenzialmente omogenee.

#### M1 – MEDICO

 prestazione medica (internistica, chirurgica, diagnostica, di pronto soccorso e riabilitazione, ecc.); approntamento della documentazione amministrativa, relativa alla prestazione sanitaria.

#### M2 - INFERMIERE

- assistenza e movimentazione del paziente, preparazione e somministrazione della terapia, controllo parametri vitali rilevanti, ferrista sala chirurgica, prelievi (infermiere professionale);
- coordinamento del personale infermieristico e raccordo amministrativo per la gestione dei pazienti con altri Enti/reparti (radiodiagnostica, ecc.) (Caposala).

#### M3 – OPERATORE SOCIO-SANITARIO

- cura dell'igiene del paziente, supporto all'infermiere nella gestione di medicazioni non complesse;
- distribuzione dei pasti;
- trasporto pazienti allettati o con disabilità motoria.

#### M4 – TECNICO SANITARIO

- utilizzo attrezzature a scopi sanitari (radiodiagnostica e medicina per immagini raggi X, Tac, risonanza magnetica, ecc. ortottica, otorinolaringoiatria, perfusione cardiovascolare, ostetricia, fisioterapia, logopedia, riabilitazione psichiatrica, ecc.);
- accesso all'area delle chirurgie, degli ambulatori, del blocco parto, delle palestre, del Day Hospital;
- approntamento della documentazione amministrativa, relativa alla prestazione sanitaria.

#### M5 – OPERATORE DI LABORATORIO

- conservazione e preparazione dei reperti da sottoporre ad analisi chimica e biologica per indagini sanitarie e utilizzo di strumentazione dedicata;
- · refertazione degli esami.

#### M6 – FARMACISTA

- approvvigionamento dei farmaci necessari, loro stoccaggio e conservazione secondo modalità previste per i diversi principi attivi;
- predisposizione di preparazione specifiche.

#### M7 – OPERATORE AMMINISTRATIVO

- mansioni di carattere amministrativo-gestionale;
- gestione archivio e biblioteca;
- gestione fotocopiatrici/stampanti.

#### M8 - ADDETTO CUCINA

- stoccaggio e conservazione secondo modalità previste (HACCP);
- preparazione, cottura e confezionamento per la distribuzione (HACCP);
- attività di riordino e di pulizia degli spazi di lavoro, finalizzati a garantire gli aspetti igienico sanitari (HACCP).

#### M9 – OPERATORE MANUTENZIONE E GESTIONE IMPIANTI

- attività relativa alla manutenzione, installazione, gestione di impianti elettrici, termici, di condizionamento, idraulici, aeraulici e in pressione, fino al punto di fornitura per l'utilizzazione;
- gestione mezzi di sollevamento e di movimentazione (ascensori, montacarichi, paranchi, ecc.);
- gestione rifiuti (pericolosi e non pericolosi, ingombranti, infetti, contaminati da isotopi a basso decadimento, ecc.) dal luogo di produzione;
- gestione bombole (gas tecnologici e sanitari);
- gestione cisterne per combustibili e carburanti;
- gestione accumulo acqua a fine antincendio.

#### M10 – ADDETTO PULIZIE

- asporto e raccolta dei materiali da conferire allo stoccaggio aziendale (pericolosi e non pericolosi, infetti, contaminati da isotopi a basso decadimento, ecc.);
- lavaggio parti comuni (corridoi, scale, servizi igienici, uffici, ecc.) e di degenza;
- disinfezione e disinfestazione aree di degenza, zona preparazione pasti e sala refezione, servizi igienici, ecc.:
- gestione e manipolazione biancheria (indumenti, camici, lenzuola, ecc.);
- gestione macchinari di lavaggio e stiratura;
- stoccaggio biancheria lavata.

#### M11 - MAGAZZINIERE

- ricevimento, stoccaggio e distribuzione materiali (imballati, di arredo, di attrezzature, ecc.);
- ricevimento, stoccaggio e distribuzione sostanze per la sterilizzazione, disinfezione e disinfestazione;
- gestione materiali inutilizzati;
- conferimento ai reparti.

#### 5.3. Matrice di correlazione attività-mansioni

La matrice di correlazione attività-mansioni mette in evidenza quali attività possono essere svolte dalle diverse categorie di lavoratori presenti all'interno della Struttura sanitaria.

Il medico oltre a svolgere le attività strettamente correlate con la propria competenza

professionale (A2, A6, A7 e A8) svolge anche funzioni di refertazione realizzate con il supporto di presidi assimilabili a quelli utilizzati nelle funzioni di tipo amministrativo (PC, stampanti, ecc.), con quanto ne consegue in termini di pericoli connessi, da prendere in considerazione nell'ambito del Sistema di Sicurezza, ai sensi del d.lgs. 81/08.

Nella mansione dell'*infermiere*, sono individuabili almeno due categorie professionali con competenze parzialmente differenziate e, conseguentemente, esposte a diversi pericoli nell'ambito del Sistema Sicurezza. L'infermiere professionale è deputato alla cura del malato, ma opera anche in contesti di tipo ambulatoriale (punto prelievi) e in sala operatoria. Si noti che nelle fasi di somministrazione della terapia e di attività presso il punto prelievi, questi lavoratori sono tenuti, rispettivamente, alla compilazione di documenti relativi alla somministrazione della terapia e al controllo della procedura di pagamento dei ticket, svolgendo pertanto attività di tipo amministrativo. Può svolgere la funzione di Caposala l'infermiere che abbia acquisito ulteriore formazione professionale e in tal caso le sue attività sono maggiormente incentrate sulla gestione del personale infermieristico e sui rapporti con altri reparti.

La mansione dell'*operatore sanitario* porta il lavoratore a svolgere normalmente le mansioni che in tabella sono contrassegnate con la X nera. Le mansioni contrassegnate con la X grigia non sono normalmente di sua competenza, vengono svolte occasionalmente e con una funzione di supporto (di line e non di staff) all'infermiere professionale o al tecnico di laboratorio. Lo svolgimento dell'attività A13 "pulizia" è da ritenersi occasionale e legato a momenti di emergenza/urgenza nella gestione dei pazienti.

La mansione di *tecnico sanitario* comprende numerose figure professionali, che svolgono attività molto diverse, come evidenziato dalle numerose X presenti nella matrice in esame. In particolare l'attività di amministrazione può riguardare le funzioni di completamento della procedura di controllo nel pagamento dei ticket, la compilazione relativa all'esecuzione di esami della terapia per immagini, ecc. È stata presa in considerazione l'attività legata alla farmacia, in quanto è possibile, ad esempio, che nell'ambito dell'organizzazione della Struttura il tecnico provveda personalmente al ritiro di dispositivi per la radioterapia, ecc.

La figura dell'*operatore di laboratorio* comprende sia il personale formato per l'esecuzione, ad esempio, delle procedure ripetitive di funzionamento della strumentazione per l'analisi dei campioni, sia il personale laureato (chimici, biologi, medici patologi, ecc.) deputato alla lettura e alla refertazione degli esiti.

Nelle mansioni sia di *operatore amministrativo*, che di *operatore Manutenzione e Gestione Impianti*, troviamo personale con funzioni esecutive e personale dotato, rispettivamente, di competenze gestionali e/o manageriali, di competenze di carattere ingegneristico.

Nella mansione di *addetto pulizie*, sono ricomprese sia le attività connesse con la pulizia che quelle connesse con la lavanderia (nel senso dettagliato al Paragrafo 5.1.) in quanto i lavoratori addetti a queste attività normalmente presentano gli stessi requisiti professionali e sono esposti a pericoli, in buona parte, assimilabili dal punto di vista della gestione della Sicurezza sul Lavoro. Inoltre, frequentemente, tali attività sono deputate a soggetti esterni all'Ente, nei confronti dei quali occorre attivare una procedura di controllo per quanto concerne formazione, informazione, addestramento e consolidamento dei lavoratori.

				Z	ATRI	MATRICE DI CORRELAZIONE	COR	RELA	VZIO	NE.								
					AI	ALTIVITA-MANSIONI	A-M/	NNIC										
									AT	ATTIVITÀ	<u>~</u>							
		A1	A2	A3	A4	A5	9V	A7	<b>A8</b>	49	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17
	MANSIONI	Amminstrazione e similare	Prestazione medica	Assistenza infermieristica	Oirotatoda	Гаттасіа	Radiodiagnostica	Terapia oncologica	Chirurgia	Preparazione sala operatoria	Sterilizzazione strumenti chirurgici	Preparazione pasti	Distribuzione pasti	sizilu¶	Lavanderia	Manutenzione e gestione impianti	onizzagaM	Stoccaggi
M	Medico	×	×				×	×	×									
M2	Infermiere	×		×			×	×	×	×	×							
M3	Operatore socio-sanitario			×			×	×	×				×	×	×			
M4	Tecnico sanitario	×		×		×	×	×	×	×								
MS	Operatore di laboratorio	X			X									X				
9W	Farmacista	×				×												
M7	Operatore amministrativo	×																
<b>M8</b>	Addetto Cucina											X						
M9	Operatore Manutenzione e Gestione Impianti	×														X		×
M10	Addetto pulizie													×	×			
M11	Magazziniere	X															X	X
Legenda: Attività ca Attività sv	Legenda: Attività caratteristiche della mansione Attività svolta in modo occasionale ed eccezionale	ccezion	ale	××														

Nella mansione di *magazziniere*, sono ricomprese le attività A16 e A17, che prevedono carico e scarico di beni e altri materiali di supporto all'erogazione del servizio sanitario. Vista la numerosità delle funzioni, fra loro diverse, svolte nell'ambito di questa mansione dovranno essere individuati preposti qualificati che, nell'ambito del Sistema di Sicurezza sul lavoro, verifichino il rispetto delle procedure. Particolare attenzione deve riguardare formazione, informazione, addestramento e consolidamento dei lavoratori che si occupano della gestione dei rifiuti pericolosi quali, ad esempio, i rifiuti da trattamenti radioterapici, contenenti isotopi radioattivi a rapido decadimento.

#### 5.4. Tipologie aziendali

In funzione del quadro di riferimento macroeconomico e delle tipologie di organizzazione che si esprimono in una serie di situazioni intermedie tra quelle sopra accennate, si è ritenuto opportuno esaminare il caso più complesso di un policlinico IRCCS convenzionato con l'Università, per addivenire a un Modello articolato che possa essere adottato sia dalle organizzazioni più complesse, sia, attraverso congrue semplificazioni, da realtà via via meno strutturate.

#### Strutture polispecialistiche

Si tratta di realtà multidisciplinari (ospedali riuniti, policlinici, IRCCS, ecc.) che integrano l'attività clinica con la ricerca scientifica, l'assistenza con la didattica, sia nelle strutture di diagnosi e cura, sia nei laboratori. L'integrazione delle finalità e delle attività di assistenza, formazione e ricerca rappresenta un vantaggio competitivo e un valore per lo sviluppo dell'azienda, l'eccellenza dei servizi prestati, l'aggiornamento e la crescita professionale di tutti gli operatori.

Sulla base di questo approccio, nella Struttura si svolgono una pluralità di attività complesse:

#### Area sanitaria:

- ricovero e cura di pazienti affetti da patologie acute e croniche, sia nell'ambito delle medicine che delle chirurgie, dalle cure di base a quelle di alta complessità, di efficacia scientificamente dimostrata;
- erogazione di prestazioni appropriate e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, anche attraverso analisi di laboratorio e medicina per immagini;
- attenzione ai bisogni psicologici e sociali delle persone assistite;
- sinergia, in termini di assistenza sanitaria, con istituti di riabilitazione e con analoghe strutture a decrescente intensità di cura;
- adeguati supporti assistenziali.
- Area didattica/formazione specialistica:
  - attività di didattica, di qualificazione professionale e scientifica, di alta formazione nell'ambito delle discipline e attività di riferimento, con particolare riguardo a quelle con significative e positive ricadute sull'attività assistenziale;
  - addestramento del personale medico e non medico e di tutti i ruoli previsti dal SSN.

- Area ricerca scientifica:
  - attività di ricerca biomedica e clinica;
  - ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica;
  - ricerca finalizzata attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano sanitario nazionale;
  - organizzazione di incontri scientifici, convegni e congressi;
  - collegamento con altre Strutture di ricerca e Università;
  - trasferimento dei risultati della ricerca in ambito industriale.

#### Cliniche monospecialistiche

I presidi e gli ospedali monospecialistici costituiscono strutture con un grado di complessità non elevato, proprio perché l'attività si concentra su singoli gruppi di patologie e/o sulla cura di singoli organi o apparati.

A mero titolo di esempio, un presidio monospecialistico cardiologico può essere costituito dai reparti di:

- anestesia e rianimazione cardiochirurgica;
- cardiochirurgia;
- · cardiologia;
- emodinamica.

Una clinica oftalmologica può disporre di unità chirurgiche:

- refrattive:
- della presbiopia;
- della cataratta.

Le cliniche monospecialistiche normalmente mettono a punto procedure che, attraverso accordi/convenzioni a vario titolo stipulate con altri presidi sanitari, consentono di affrontare eventuali emergenze e/o integrare funzioni e servizi non presenti.

Si tratta di un contesto semplificato rispetto alle strutture polispecialistiche in cui alcuni dei rischi considerati possono non essere presenti, quindi non richiedere attivazione di procedure a riguardo.

#### Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani

La Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani (RSA) è una struttura residenziale per anziani non autosufficienti con limitazioni di autonomia (fisiche, mentali e sociali). Sulla base della valenza assistenziale e della tipologia degli ospiti, le RSA si distinguono in:

- RSA di base:
- RSA di cura e recupero.

Le prime offrono prevalentemente assistenza tutelare (attività di socializzazione, ricreative, culturali e occupazionali) e alberghiera (fornitura pasti, lavanderia e guardaroba, pulizia e riordino camere, pulizia generale e riordino spazi comuni), oltre al supporto per lo svolgimento delle attività quotidiane (alzata, messa a letto, igiene personale).

Le figure professionali presenti sono riconducibili a:

- infermiere professionale;
- fisioterapista;
- addetti all'assistenza;
- coordinatore socio-sanitario;
- animatore-educatore.

Oltre a tutto quanto previsto dalle RSA di base, le seconde offrono anche prestazioni sanitarie e trattamenti riabilitativi legati all'assistenza:

- medica, sia di base che specialistica;
- infermieristica, diurna e notturna;
- psicologica.

Annoverano pertanto nel loro organico adeguate figure professionali quali:

- medici specialisti;
- logopedisti;
- psicologi;
- assistenti sociali.

Si può trattare anche di strutture di dimensioni contenute, infatti, ai sensi del D.P.C.M. del 22/12/89, le RSA sono organizzate in moduli composti al massimo da 20 posti letto, fatte salve deroghe regionali. L'organizzazione per moduli consente di accogliere, nella stessa RSA, ospiti con problematiche diverse, senza generare negative interferenze.

## Capitolo 6

## Proposta di Modello

#### 6.1. Premessa

Gli operatori del settore sanitario svolgono un'ampia gamma di mansioni in ambienti estremamente diversificati, che potenzialmente presentano un'ampia varietà di pericoli, legati ad attività che vanno dalla gestione di pazienti affetti da problemi fisici o mentali, all'erogazione di servizi di pulizia. Nell'ambito del SSN opera una molteplicità di strutture che si differenziano:

- per tipologia di soggetto gestore pubblico o privato; se privato si configura un'ulteriore differenziazione legata alla forma giuridica con la quale è stato costituito lo stesso (Fondazioni, Società, Cooperative, ecc.);
- per tipologia di servizio erogato (Aziende Ospedaliere con diverso grado di complessità, IRCCS, strutture a supporto del servizio sanitario, come i magazzini unici delle Aree Vaste, ecc.);
- per rapporto con il territorio (realizzazione di servizi di assistenza domiciliare, ecc.);
- per caratteristiche strutturali (policlinico, struttura unica a più piani, più strutture ospitanti ciascuna più di un reparto, ecc.).

In generale, tuttavia, è possibile individuare una serie di 'contesti tipo', che possono essere presi in considerazione o meno e composti in base alle singole specificità, a formare il quadro peculiare delle varie organizzazioni.

A partire dall'osservazione di un'Azienda Ospedaliera complessa sono state individuate una serie di attività che vengono svolte nei diversi contesti presenti.

Per rispondere alla complessità del sistema, nella procedura G00 "Definizioni" si sono individuate strutture semplici e complesse con la presenza di responsabili di struttura, per quelle parti comuni (scale, corridoi, ascensori, ecc.) che esulano dalle specifiche competenze del dirigente di reparto.

L'individuazione della figura del DL dipende dal regolamento dell'organizzazione e può differenziarsi fra soggetti pubblici e soggetti privati. Ad esempio, il DL si individua nella figura del Direttore generale; laddove sia presente un Consiglio di Amministrazione, invece, la giurisprudenza risulta articolata: la tendenza è quella di riconoscere nell'Organo collegiale il DL, mentre il Presidente ha potere di firma degli atti, su incarico dal CdA stesso.

Il DL (o suo delegato) deve verificare che tutti i lavoratori, come definiti nella procedura G00, siano stati formati e informati circa i rischi connessi con le mansioni svolte, sia monitorato il consolidamento nello svolgimento delle mansioni, secondo le procedure emanate

dall'organizzazione, nel rispetto delle *Best Practices* e siano periodicamente aggiornati sulle innovazioni intercorse a livello normativo, procedurale, operativo e organizzativo.

Nell'ambito dell'organigramma del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, in un contesto come un polo sanitario complesso, la definizione dei delegati del DL richiede un'attenta valutazione.

Ai sensi dell'art. 16 c. 1 lettera B) il delegato deve possedere «tutti i requisiti di professionalità ed esperienza richiesta dalla specifica natura delle funzioni delegate», pertanto, la scelta di individuare i delegati basandosi sull'organigramma aziendale e facendo riferimento alle strutture 'fisiche' a capo delle quali sono posti (ad esempio: palazzina A - reparto di neurochirurgia), non è detto che dia adempimento al disposto legislativo, in quanto le specificità dei processi di lavoro posti in essere al loro interno possono configurarsi come molto diverse (dalle valenze amministrative alla manipolazione di strumenti infetti, ad esempio) ed esulare pertanto dalle competenze del dirigente (se si tratta di un medico, non necessariamente ha competenza sulla gestione del sistema di distribuzione dei gas sanitari in pressione). In questi casi la giurisprudenza è concorde nell'affermare che si configura un'inutile duplicazione di deleghe, che non modificano la responsabilità del delegante.

Si ritiene pertanto maggiormente rispondente alla *ratio* giuridica, che soggiace al concetto di delega, individuare una figura con competenze idonee ad avere responsabilità su funzioni omogenee, anche trasversalmente alle strutture che compongano il presidio: si vedano a riguardo gli esempi di organigramma riportati al Paragrafo 6.4.

I delegati del DL nominano a loro volta dirigenti che possono essere Responsabili di Struttura Autonoma (RSA) o di Struttura Complessa (RSC) così come definito nella procedura G00.

Ai sensi del d.lgs. 81/08, per le diverse attività che si svolgono nell'area sono individuati, all'interno dell'area stessa, un congruo numero di preposti.

La matrice di identificazione dei pericoli di cui al Paragrafo 6.5.1., redatta facendo riferimento a categorie e sottocategorie di pericoli previsti dal d.lgs. 81/08, evidenzia per ogni contesto individuato i potenziali pericoli da valutare, definendo i rischi, definendo le procedure da attuare in un'ottica di prevenzione e gli eventuali DPI di cui dotare i lavoratori.

#### Contesto interno 1 – AREA AMMINISTRATIVA

In quest'area s'intendono ricomprendere tutte le attività di carattere amministrativo gestionale, di archivio e biblioteca e tutte quelle che, anche in altri contesti interni, siano riconducibili alle normali funzioni d'ufficio.

Si tratta di un'area che si sviluppa in senso traversale anche in numerose altre aree, diverse dagli uffici propriamente detti: nell'ambito di un'organizzazione che eroga servizi sanitari, concorrono alla predisposizione di documenti sanitari con rilevanza amministrativa (ad esempio, per la prenotazione di esami, il pagamento/il controllo del pagamento di ticket sanitari, ecc.) numerosi altri soggetti, come evidenziato nella matrice di correlazione attività-mansioni, sopra riportata (Paragrafo 4.6.).

#### Contesto interno 2 – AREA MEDICO CHIRURGICA

A quest'area afferiscono le attività sanitarie, che si realizzano attraverso tutte le

specializzazioni che possono essere presenti nella Struttura, comunque somministrate: dalle attività ambulatoriali, alla degenza, alla diagnostica, dall'attività riabilitativa al *Day Hospital*. In quest'area rientrano le attività dettagliate ai punti A2, A3, A6, A7, A8, A9, A10 del Paragrafo 4.4.

Si tratta del *core business* del servizio sanitario e presenta un elevato livello di complessità e che, in specifici casi, può richiedere una subdelega del DL, ai sensi dell'art. 16 c. 3-bis del d.lgs. 81/08. Nell'organigramma di cui al Paragrafo 6.4., si è riportata, a titolo di esempio, una subdelega per l'area della "Medicina per immagini ed oncologia", vista la specificità del pericolo cui sono esposti i lavoratori, che sono quotidianamente a contatto con strumentazione per i raggi X o con isotopi radioattivi a rapido decadimento per i trattamenti di radioterapia.

#### Contesto interno 3 – LABORATORI

In quest'area sono ricompresi tutti i laboratori che operano a supporto dell'attività clinica, dallo svolgimento delle analisi ematologiche, all'anatomia patologica, alla chimica clinica fino alla microbiologia e virologia.

#### Contesto interno 4 – MAGAZZINI E STOCCAGGI

In quest'area rientrano le attività dettagliate ai punti A16 e A17 del Paragrafo 4.4.

Si tratta di attività per loro natura non strettamente correlate con l'attività sanitaria ma funzionali allo svolgimento della stessa, accomunate da alcune caratteristiche di pericolosità e sostanzialmente riconducibili a competenze di carattere tecnico-logistico e ingegneristico.

Nell'esempio di organigramma di cui al Paragrafo 6.4. si è ritenuto di prevedere, anche in questo caso, una subdelega per la farmacia, per due ordini di motivi: la farmacia si trova a svolgere prevalentemente attività di 'magazzino farmaci', con problematiche connesse con carico e scarico (amministrativo) di prodotti e congrua conservazione degli stessi. Inoltre, si è ritenuto opportuno evidenziare l'opportunità di limitare il numero di delegati del DL, in un'ottica di trasparenza e agilità delle procedure.

#### Contesto interno 5 – CUCINA E PULIZIA

In quest'area rientrano le attività dettagliate ai punti da A11 a A14 del Paragrafo 4.4.

Si tratta di attività legate ad aspetti di carattere 'alberghiero' della struttura, in particolare quelle rientranti nelle attività classificate come A11 e A12 e vincolate al rispetto della normativa HACCP.

Il *turnover* che spesso caratterizza i lavoratori deputati allo svolgimento delle attività di pulizia e disinfezione, richiede particolare attenzione da parte del DL e/o del suo delegato per quanto concerne l'attività di formazione, informazione e consolidamento.

#### Contesto interno 6 - IMPIANTI E STRUTTURE EDILIZIE

Le attività relative a questo contesto sono quelle descritte al punto A15 del Paragrafo 4.4. Anche in questo caso, come nel contesto interno 4, si tratta di attività per loro natura

non strettamente correlate con l'attività sanitaria ma funzionali allo svolgimento della stessa. Le competenze di cui deve disporre un delegato del DL per tale contesto sono specialistiche e in parte legate alla presenza di particolari sistemi di gestione dei locali (presenza di condizionamento, ecc.).

#### 6.2. Politica

La Politica in ambito Sicurezza e Salute sul Lavoro di una Struttura rappresenta l'elemento di riferimento per tutta l'Organizzazione.

La Politica viene emessa dall'Alta Direzione e assume carattere di guida per l'intera Struttura.

All'interno della Politica vengono declinati gli obiettivi strategici nell'ambito dei quali verranno stabiliti e riesaminati gli obiettivi specifici a cui tutta l'Organizzazione dovrà collaborare per garantirne l'attuazione. Tra gli obiettivi strategici saranno inclusi la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e il miglioramento continuo in ambito SSL. Il documento di Politica SSL dovrà, inoltre, includere l'impegno della Direzione al rispetto dei requisiti legislativi e/o di altri requisiti a cui l'Organizzazione intenda aderire in ambito SSL.

La Politica deve avere ampia diffusione, in modo che tutte le parti interessate, in relazione alle specifiche responsabilità e competenze, ne possano essere a conoscenza, la possano condividere e ne possano dare attuazione.

Nel definire e/o riesaminare la Politica, l'Alta Direzione tiene conto della natura dell'Organizzazione, dei Pericoli presenti e dei livelli di Rischio a essi correlati, dei risultati dei monitoraggi relativi all'andamento e ai risultati del Sistema SGSL effettuati nel corso del tempo.

Nell'Allegato 4 è riportato un facsimile di documento di Politica aziendale in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro che può essere utilizzato come guida per l'utilizzatore.

#### 6.3. Manuale

Il *Manuale del Sistema di Gestione della Sicurezza* ha lo scopo di indicare le linee del Sistema di Gestione stesso in relazione ai processi definiti.

All'interno del *Manuale* è esplicitata l'intera struttura del Sistema di Gestione con indicazione anche a eventuali documenti di riferimento (es. procedure gestionali di dettaglio, procedure applicative, modulistica...).

Il *Manuale* ha funzione divulgativa fondamentale anche per quanto riguarda l'esplicitazione e l'attuazione della Politica della Struttura.

Nell'Allegato 4 è riportato un facsimile di *Manuale del Sistema SGSL* (MS) con riferimento anche ai documenti di dettaglio previsti. Il *Manuale* nella sua forma più dettagliata è articolato seguendo i punti cardine del Modello PDCA e quindi comprende la Politica, il processo di Pianificazione, il processo di Attuazione, il processo di Controllo e quello di Riesame.

Nell'Allegato 4 è anche riportata una forma sintetica e graficamente di maggiore impatto del *Manuale* a rappresentazione di uno strumento divulgativo di fondamentale importanza

per garantire la consapevolezza di tutti i livelli dell'Organizzazione nell'attuazione di quanto previsto dal Sistema SGSL.

#### 6.4. Organigrammi

Nell'ambito di un SGSL risulta essenziale, anche al fine del rispetto del disposto di legge, stendere un organigramma chiaro del Sistema Sicurezza, che palesi le responsabilità e le funzioni di tutti i lavoratori a partire dal livello apicale, al fine di tutelare, anche dal punto di vista legale, i lavoratori, come dettagliato nel Capitolo 4.

Essendo il presente Modello realizzato in un'ottica di modularità, onde poter essere adattato a contesti con peculiari caratteristiche, si è ritenuto di predisporre, a titolo esemplificativo, tre diverse tipologie di organigramma, riconducibili a strutture che presentino un diverso grado di complessità: elevata, bassa e media. Si tratta di schemi-tipo che dovranno, di volta in volta, essere contestualizzati alla realtà in cui si implementa il SGSL, eliminando/accorpando le linee di attività eventualmente non presenti o presenti in altra forma (aggregazione di funzioni, ecc.).

#### 6.5. Individuazione pericoli

Lo strumento chiave per la pianificazione degli aspetti di Salute e Sicurezza di un'Organizzazione è il processo di Valutazione dei Rischi.

La Valutazione dei Rischi viene effettuata ai sensi dell'art. 28 del d.lgs. 81/08 e Titolo correlati

La Valutazione dei Rischi viene effettuata dal Datore di Lavoro con la cooperazione e il coinvolgimento del Servizio di Prevenzione e Protezione, del Medico Competente e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

La Valutazione dei Rischi è soggetta a continua revisione in relazione a tempistiche legislative, modifiche in attività, attrezzature, luoghi di lavoro, ecc.

L'intero processo di Valutazione dei Rischi può essere ricondotto allo schema riportato nella Figura 4.

Ogni Struttura può utilizzare diversi metodi e criteri per la Valutazione dei Rischi facendo in modo che questi siano il più possibile consoni al tipo di struttura, coerenti con la Politica e rispettosi dei requisiti legislativi applicabili.

Oltre ai riferimenti legislativi per la valutazione del rischio previsti dalla normativa vigente, d.lgs. 81/08 e normative correlate, possono essere utilizzate metodologie e strumenti proposti da Linee Guida quali BS OHSAS 18002:2008 e IEC/FDIS 31010:2009.

L'Identificazione dei Pericoli viene effettuata da ciascuna Struttura analizzando nello specifico le proprie sorgenti potenziali di pericolo, ovvero per esempio:

- luoghi di lavoro;
- attrezzature/macchinari/impianti;
- attività svolte:

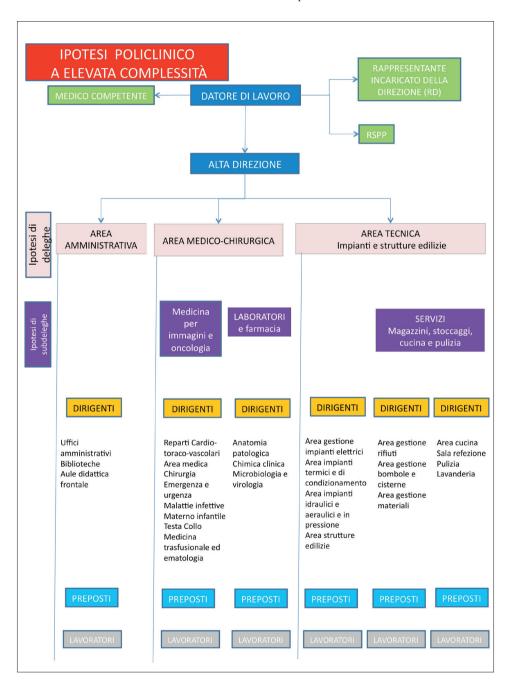


Figura 1. Schema esemplificativo di organigramma per un SGSL in contesto a elevata complessità.

**IPOTESI RSA** DATORE DI LAVORO DIRIGENTI AREA AREA TECNICA AREA MEDICO-**AMMINISTRATIVA** Impianti e strutture edilizie **INFERMIERISTICA** Reparti di Area gestione Area gestione Area cucina Uffici residenzialità impianti elettrici rifiuti amministrativi leggera Sala refezione Area impianti Area gestione Reparti degenti termici e di bombole e Pulizia solo parzialmente condizionamento cisterne autosufficienti Lavanderia Area impianti Area gestione Reparti degenti idraulici e materiali aeraulici e in non autosufficienti pressione Area strutture Reparti alzhaimer edilizie

**Figura 2.** Schema esemplificativo di organigramma per un SGSL **in contesto** a bassa complessità.

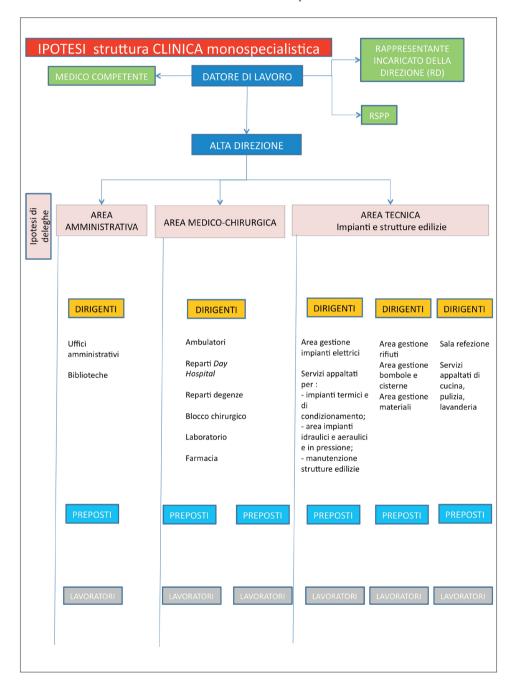


Figura 3. Schema esemplificativo di organigramma per un SGSL in contesto a media complessità.



Figura 4. Contributo della valutazione del rischio al processo di gestione del rischio.

#### tenendo in considerazione:

- comunicazioni di lavoratori e/o di altre parti interessate;
- incidenti/infortuni già accaduti nella Struttura;
- incidenti/infortuni già accaduti in Strutture simili;
- risultanze della Sorveglianza Sanitaria effettuata.

Nell'ambito dell'identificazione dei pericoli vengono individuate le situazioni che potenzialmente possono rappresentare una deviazione dagli obiettivi di tutela della salute e della sicurezza e dal rispetto dei requisiti legislativi ovvero dalla Politica della struttura. Per l'individuazione dei pericoli possono essere utilizzate diverse metodologie, tra cui:

- uso di *check list* e di dati storici relativi al comparto/attività in esame;
- costituzione di un gruppo di esperti del settore che segua un approccio sistemico;
- tecnica di ragionamento induttivo (es. HAZOP).

## 6.5.1. Matrice di identificazione dei pericoli

La matrice di identificazione dei pericoli è stata strutturata in modo da mettere in relazione i pericoli correlati alle attività che possono essere svolte all'interno di una struttura che eroga servizi sanitari. Si tratta di uno strumento che non ha pretese di esaustività e deve essere pertanto adattato alle singole realtà, includendo o escludendo i pericoli effettivamente presenti e le attività svolte. Come già sottolineato la complessità del sistema di strutture che costituiscono il Sistema Sanitario Nazionale non consente di predisporre un unico documento applicabile in ogni realtà.

I pericoli (classificati con la lettera P seguita da un numero), sono stati individuati a partire, principalmente, dal d.lgs. 81/08 cui fanno riferimento, per ogni pericolo, i titoli

riportati nella penultima colonna. I pericoli sono stati ulteriormente specificati nella colonna delle sottocategorie di pericolo, per meglio specificare, per le diverse attività considerate, le problematiche di gestione del pericolo che dovranno essere valutate in un'ottica di determinazione del rischio.

Il rischio preso in considerazione è quello relativo alla sicurezza dei lavoratori ma, nel campo in esame, in più di un'occasione detto rischio è strettamente connesso con il rischio clinico, da trattare con adeguati strumenti e in apposita sede. Si tratta di due gestioni che si completano reciprocamente e che per essere foriere di un servizio in linea con i disposti di legge devono rientrare in un più ampio sistema di 'gestione integrata' dei sistemi per la sicurezza.

Il pericolo P1 "Luoghi di lavoro" è suddiviso in 2 sottocategorie di pericolo: quello ordinario legato ai luoghi di lavoro e quello relativo al «lavoro solitario e/o in ambiente isolato». Questa seconda sottocategoria è stata inserita, per differenziare questa tipologia di lavoro da quella negli spazi confinati, nelle more del pronunciamento in corso dell'apposita Commissione, con la quale andrà raccordata. In questa sottocategoria è ricompreso, ad esempio, il lavoro dei tecnici della diagnostica per immagini, degli infermieri deputati alla sterilizzazione degli strumenti chirurgici, ecc. Ogni singola struttura ha il compito di valutare la presenza di situazioni che possono rientrare in questa categoria, prevedendo una procedura da attivare, se necessaria.

Non è stato considerato il pericolo derivante dalla presenza di cantieri temporanei/mobili in quanto non considerati correlabili direttamente all'attività della struttura ospedaliera.

Il pericolo relativo all'incendio è stato considerato come presente potenzialmente in ogni attività in quanto correlato ai luoghi di lavoro in cui le stesse possono essere.

Il *pericolo P4 "Attrezzature di lavoro"* è declinato in 7 sottocategorie di pericolo, caratteristiche dell'erogazione del servizio sanitario, nel suo complesso.

Per strumentazione chirurgica s'intendono i ferri chirurgici in senso stretto e quanto l'innovazione mette a disposizione per lo svolgimento degli interventi.

Nella strumentazione chirurgica alimentata a corrente si ricomprendono tutti macchinari presenti nelle sale operatorie, o negli ambulatori, il cui funzionamento dipende dall'alimentazione a corrente: come ad esempio la strumentazione per il monitoraggio e il supporto alle funzioni vitali, la strumentazione per laparoscopia, i macchinari per la perfusione cardiovascolare, ecc.

I mezzi per la movimentazione meccanica dei carichi si differenzia dalla movimentazione meccanica dei pazienti per le caratteristiche degli strumenti utilizzati che nel primo caso possono essere, ad esempio, carrelli elevatori, con tipologie di pericolo peculiari e diverse da quella per la movimentazione dei pazienti.

Per apparecchiature e strumenti di laboratorio e ambulatorio sono da intendere tutte quelle necessarie per lo svolgimento di visite ambulatoriali (strumentazione per l'oculistica e l'ortottica, per la medicazione di suture chirurgiche, per l'audiometria, ecc.).

Per utensili da lavoro, in questa categoria di sottopericolo, sono da intendere prevalentemente quelli utilizzati per l'erogazione di servizi accessori, quali la cucina, la distribuzione pasti, i magazzini, ecc.

Il pericolo P5 "Energia elettrica", e in particolare i sotto pericoli macchine

Tabella 1. Nell'Allegato 4 - Modello, è disponibile il file, in formato PDF, di questa matrice. Per una migliore comprensione, è possibile visualizzarla direttamente oppure è possibile scaricarla nel proprio computer attraverso apposito link. All'interno sono presenti i collegamenti alle categorie di pericoli.

			Pla	P1b	P2	P3	P4a	P4b	P4c	P4d	P4e	P4f	P4g	P5a	P5b	P5c	P6a	P6b	P6c
	sa	RIFERIMENTO d.1	Titolo		Titolo II	Titolo II (1)	Titolo	≡						Capo	Titolo		Capo II Titolo IV		
	A17	iggspoot2	×	×	×	X			×					X	×		×		
	A16	onizzagaM	×	×	×				×					X	×		×	×	×
	A15	Manutenzione e gestione impianti	×	×	×	X			×		×			X	×	×	×	×	×
	A14	Lavanderia	×		×				×		×			×	×				
	A13	sizilu¶	×	×	×	X					×	×		×	×		×	×	×
	A12	Distribuzione pasti	×		X				×		×	×		X	×				
	A11	Preparazione pasti	×	×	×						×	×		X	×		×		
	A10	Sterilizzazione strumenti chirurgici	×		X		X							X	×				
COLI	<b>6</b> V	Preparazione sala operatoria	×		×		X	×			X			X	×				
ERIC	<b>A8</b>	Chirurgia	×		×		X	×			×			X	×				
EI P	<b>A7</b>	Terapia oncologica	×	×	X					×			X	X	×				
IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI	9¥	Radiodiagnostica	×	×	X					×			X	X	×				
AZIC	A5	Fаттасіа	X		X					×				X	×				
LIFIC	A4	Oirotaroda.L	X		X					×				X	×				
DEN	A3	Assistenza infermieristica	×		X		X						X	X	×				
E DI	A2	Prestazione medica	X		X		X			×	X			X	×				
MATRICE DI	A1	e sonoisstrazione e inslimis	×		X									X	×		X	×	
MA	ATTIVITÀ	SOTTOCATEGORIE DI PERICOLO	a Ordinari	b Lavoro solitario e/o in ambiente isolato			a Strumenti chirurgici	b Strumentazione chirurgica alimentata a corrente	c Mezzi di movimentazione meccanica dei carichi	d Apparecchiature e strumenti di laboratorio e ambulatorio	e Elettroutensili	f Utensili da lavoro (non elettrico, non sanitario)	g Mezzi di movimentazione meccanica dei pazienti	a Macchine elettriche	b Impianto elettrico	c Interventi diretti su impianto e su macchine elettriche	a Utilizzo di scale, trabattelli che permettono di raggiungere altezze < 2 metri	b Soppalchi	c Svolgimento di lavori con possibilità di caduta da altezze > 2 metri)
		NOTE				(*)													
	PERICOLO RELATIVO A		Luoghi di lavoro		Caratteristiche di illuminazione	Spazi confinati/ambienti sospetti di inquinamento	Attrezzature di lavoro							Energia elettrica			Svolgimento di lavori in quota		
	PE		P1		P2	P3	P4							P5			P6		

P7a	P7b	P7c	P8	P9	P10a	P10b	P111	P12	P13a	P13b	P14	P15	P16a	P16b	P17
Titolo VI			Titolo VII	Titolo VIII Capo II	Titolo	Capo III	Titolo VIII Capo IV	Titolo VIII Capo V	Titolo VIII	Capo I	Titolo VIII Capo I	Titolo VIII Capo I (2)	Titolo IX Capo I	l	Titolo IX Capo II
×	X			×		×			×	×		×	×	×	
×	X		×			×			×				×		
×	X		×	×	×	×	×	×	×	×			×	×	
×	X			×		×				×			×		
×	X			×	×				×	×		×	×		
×	X									×			×		
×	X		×	×	×		×	×	×	×			×		
X				×									×	×	×
				×				×	×				×		
		X	×				×	×	×			×	×	×	×
		X	×				×	×				×	×	×	×
		X	×	×			×	×				×	×	×	
×			×					×					×	×	×
			×	×			×	×					×	×	×
X	X	X		×				×					×	×	×
		X	×					×					×	×	×
			×					×					×		
a Attività di sollevamento/ deposito	b Attività di traino/spinta	c dei pazienti			a Sistema mano-braccio (es. trapano)	b Corpo intero (es. carrello elevatore)			non confortevole per freddo	b non confortevole per calore			Utilizzo di sostanze chimiche pericolose	b Autocontaminazione con sostanze chimiche pericolose	
69	4	0			60	-2			а	4	*		a	٩	
							65				(**)				
Movimentazione manuale di carichi			Attrezzature munite di VDT	Fonti di rumore interne (anche infrasuoni/ ultrasuoni)	Attrezzature che possono trasmettere	vibrazioni meccaniche	Strumentazione/ dispositivi con possibilità di formazione campi elettromagnetici rilevanti	Strumentazione con emissione di radiazioni ottiche artificiali: UVA, UVB, UVC, infrarossi, laser, plasma	Ambiente con pericolo di microclima		Atmosfere iperbariche	Radiazioni ionizzanti	Agenti chimici presenti sul luogo di lavoro o come risultato di ogni attività lavorativa che comporti la presenza di agenti chimici		Agenti cancerogeni e/o mutageni o possibile esposizione
P7			P8	P9	P10		P11	P12	P13		P14	P15	P16		P17

		_							_		_	-
P18	P19a	P19b	P19c	P20	P21	P22	P23	P24a	P24b	P24c	P24d	P24e
Titolo IX Capo III	Titolo	×		Titolo X-bis	Titolo XI	(3)	art. 28	art. 28				
	X		X	X		X	X	X	X	X		×
						X	X	X	X	X		×
	×		×		×	X	X	X	×	×	X	×
	×		×	×		X	X	×	×	×		×
	×			×		X	X	×	×	×		×
						X	X	X	X	X		×
						X	X	×	×	×		×
	X		X	X		X	X	X	X	X		×
	X			X	×	X	X	X	X	X	X	×
	×	×	×	×		X	×	×	×	×	×	×
	×			×		X	×	×	×	×		×
	×	×		×		X	×	×	×	×	X	×
						X	X	×	×	×		×
	×		×	×	×	X	X	X	×	×	X	×
	×	×	×	×		X	X	X	×	×	X	×
	×	×	×	×		X	X	X	×	×	X	×
						X	X	X	×	×		×
	(***) a Durante manipolazione	b Durante i servizi sanitari	c Autocontaminazione					a Lavoratori stranieri	b Lavoratori appartenenti a generi diversi	c Lavoratori appartenenti a categorie di età diverse	d Lavoro notturno	e Lavoratrici
(**)	(***	-										
Esposizione/contatto con amianto	_	biologici (batteri, virus,	parassin, tangin)	Ferite da taglio e da punta (da strumenti sanitari)	Formazione di atmosfere esplosive	incendio	Stress lavoro correlato	Particolari gruppi di	lavoratori			
P18	P19 ]		-	P20 1	P21 1	P22   i	P23	P24	•			

Non è stato considerato il pericolo derivante dalla presenza di cantieri temporanei/mobili in quanto non considerati correlabili direttamente all'attività della struttura ospedaliera.

Il pericolo relativo all'incendio è stato considerato come presente potenzialmente in ogni attività in quanto correlato ai luoghi di lavoro in cui le stesse possono essere svolte.

(1) e DPR 177/11

(2) e d.lgs. 230/95

(\*) da raccordare con il pronunciamento in corso dell'apposita Commissione. La singola struttura deve valutare, prevedendo una procedura da attivare, se necessaria. (3) D.M. 10/03/1998

Il campo di applicazione del DPR 177/2011, come riportato nell'art. I comma 2 del Decreto stesso e ribadito nella Nota del ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 27 giugno 2013, n. 11649 riguarda All'interno delle strutture ospedaliere non sono standardizzabili luoghi sospetti di inquinamento o spazi confinati. La singola struttura deve pertanto valutare l'eventuale presenza di questa tipologia ed attivare, i Javori in ambienti sospetti di inquinamento di cui agli articoli 66 e 121 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e negli ambienti confinati di cui all'Allegato 4, punto 3, del medesimo decreto legislativo. nel caso una specifica procedura. A titolo indicativo si propone il riferimento al Manuale illustrato per lavori in ambienti sospetti di inquinamento o confinati ai sensi dell'art. 3, comma 3, del DPR 177/2011,

(\*\*) Il pericolo è da valutare in relazione alla specifica presenza dei materiali e/o le attrezzature che lo possano generare. INAIL, edizione 2013.

(\*\*\*) Questa voce è da integrare con il pericolo derivante dalla presenza, negli ambienti di lavoro, di sistemi di condizionamento dell'aria.

elettriche e impianto elettrico, coinvolge in modo trasversale tutte le attività, in quanto direttamente a contatto con tutti i lavoratori e con macchine elettriche molto diverse fra loro (PC, stampanti/fotocopiatrici per le attività amministrative, lavastoviglie per la cucina, ecc.).

Il pericolo P8 "Attrezzature munite di videoterminali" interessa trasversalmente tutte le attività che hanno a che fare con aspetti amministrativo/gestionali di erogazione del servizio sanitario (refertazione di esami di laboratorio e ambulatorio, compilazione di cartelle cliniche, registrazione delle attività di carico e scarico di farmacia, magazzini, ecc.).

Il *pericolo P9 "Fonti di rumore interne"* è da ricondurre a strumentazioni e apparecchiature che possono essere presenti per la somministrazione della terapia oncologica, nei laboratori, nelle cucine, nei magazzini, ecc.

Sia nel pericolo P16 "Agenti chimici" che nel pericolo P19 "Esposizione ad agenti biologici" il sottopericolo relativo all'autocontaminazione richiede mirati interventi di formazione, informazione, addestramento e consolidamento di tutto il personale potenzialmente coinvolto attraverso la predisposizione di specifiche procedure riferite alle Best Practices di settore.

Il *pericolo P23* "Stress lavoro correlato" risulta particolarmente significativo nell'ambito sanitario sia per la presenza, per molte delle figure professionali, di turni di lavoro notturno, sia per il coinvolgimento emotivo legato alle problematiche dei pazienti e alle attività di urgenza/emergenza.

#### 6.6. Valutazione dei Rischi

L'analisi dei rischi conseguente all'identificazione dei pericoli consiste nella determinazione delle conseguenze e delle loro probabilità tenendo in considerazione la presenza e le caratteristiche di misure di controllo.

Nell'ambito della Valutazione dei Rischi possono essere utilizzate diverse metodiche garantendo comunque il rispetto delle disposizioni legislative in materia.

Di norma, viene stimato un *range* di conseguenze che potenzialmente si possono originare da un evento, una situazione, associando a ciascuna di esse una probabilità. In alcuni casi, quando la conseguenza di un evento/situazione può essere considerata insignificante oppure la probabilità che questa si possa verificare si ritiene estremamente bassa può non essere necessario proseguire con la valutazione.

Le metodologie che sono utilizzate nella Valutazione dei Rischi possono essere di natura qualitativa, semiquantitativa o quantitativa. Il livello di dettaglio dipende dai dati disponibili, dalle applicazioni specifiche e dalle necessità della Struttura. In ogni caso, le metodologie e i criteri previsti dalla legislazione devono essere applicati.

Di seguito è effettuata una breve descrizione delle possibili metodiche applicabili:

 metodo qualitativo: si basa sulla definizione della probabilità e del danno e del conseguente livello di rischio. I livelli di rischio si suddividono generalmente in alto, medio e basso;

- metodo semiquantitativo: si basa sulla definizione di probabilità e di danno su scala numerica e sul conseguente livello di rischio come combinazione dei due fattori.
   A livello generale la combinazione di probabilità e di danno può essere di diverso tipo (lineare, logaritmica...). Comunemente il livello di rischio viene stimato come prodotto tra il fattore di probabilità e il fattore di danno;
- metodo quantitativo: si basa sulla stima di valori pratici di probabilità e conseguenze e del relativo livello di rischio in una specifica unità quando il contesto evolve.

La Valutazione tiene conto delle caratteristiche di esposizione dei Lavoratori ai Pericoli individuati. In particolare, vengono prese in esame informazioni quali:

- frequenza di svolgimento delle attività;
- durata di svolgimento delle attività;
- misure di prevenzione e protezione già adottate;
- · dati tossicologici, epidemiologici;
- dati derivanti da analisi di incidenti, infortuni.

Ogni Struttura effettua la Valutazione dei Rischi sulle base delle proprie specifiche caratteristiche.

Alcune tipologie di Rischio prevedono criteri specifici di valutazione previsti dal d.lgs. 81/08 oppure da normative correlate, altri possono essere stimati con criteri di tipo diverso (es. R=PXD).

A seguito della Valutazione dei Rischi viene definito il Trattamento del Rischio ovvero vengono individuate le Misure di Prevenzione e di Protezione che consentono, nell'ordine, di eliminare, ridurre e/o tenere sotto controllo il livello di rischio. Per ciascuna delle Misure di Prevenzione e Protezione viene stabilito un programma di attuazione che comprende il termine di tempo entro cui la misura deve essere attuata e le responsabilità di tale attuazione. La priorità di attuazione tiene conto del livello di rischio valutato.

Le Misure di Prevenzione e Protezione vengono gestite nell'ambito del "Programma di Miglioramento".

I riferimenti IEC/FDIS 31010:2009 e BS OHSAS 18002:2008 riportano alcune indicazioni circa metodologie che possono essere utilizzate nell'ambito dell'intero processo di Valutazione dei Rischi evidenziandone punti di forza e di debolezza. Occorre sottolineare che l'International Standard IEC/FDIS 31010:2009 riporta metodologie che trovano applicazione in diversi settori di Rischi (finanziario, gestionale, ambientale, sicurezza...) mentre la BS OHSAS 18002:2008 fa riferimento unicamente ai rischi per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro.

Di seguito vengono riportate una breve descrizione e analisi delle metodiche citate da entrambi i riferimenti sopra indicati allo scopo di contestualizzarne meglio l'applicazione. Per ciascuna metodica analizzata vengono messe in evidenza:

campo di applicazione nelle diverse fasi del processo (per identificare le fasi sono stati

utilizzati i colori verde = fortemente applicabile, giallo = applicabile, rosso = non applicabile);

- breve descrizione del metodo;
- valutazione dei fattori che possono influire sul campo di applicazione e sul risultato del metodo: impegno di risorse e capacità da mettere a disposizione per l'applicazione efficace del metodo; grado di incertezza del risultato conseguente all'applicazione del metodo; complessità di applicazione (per identificare il livello di ciascun fattore vengono utilizzati i colori: verde = basso; giallo = medio; rosso = alto). Viene inoltre indicato se il metodo consente di avere un output di tipo quantitativo oppure no;
- punti di forza e punti di debolezza;
- consigli di utilizzo;
- riferimento a eventuali materiali o esperienze utili per l'applicazione.

Tabella 2. Metodo "Check List".

		CHECK LIST	
Applicabilità	IDENTIFICAZIONE	ANALISI DEL RISCHIO	VALUTAZIONE DEI
	DEI PERICOLI		RISCHI

#### Descrizione:

si esplicita attraverso l'utilizzo di liste predefinite di pericoli potenzialmente presenti nella Struttura in riferimento alle attività svolte e ai luoghi di lavoro presenti. Sono numerose le fonti di *check list* relative alla sicurezza sul lavoro a disposizione degli utilizzatori (es. pubblicazione INAIL *La Sicurezza in ospedale*, ed. 2012, *Liste di controllo*). Si tratta di una metodologia con un basso grado di difficoltà e di incertezza e che non richiede un elevato livello di risorse e di capacità. Non consente di avere un output di tipo quantitativo.

Tuttavia, questo tipo di metodica non incentiva l'utilizzo della immaginazione per individuare situazioni non standardizzate e si basa sensibilmente sull'osservazione di attività e luoghi di lavoro favorendo così la dimenticanza di quanto non facilmente visibile.

Per i motivi sopra esposti, frequentemente vengono associate forme di *brainstorming* all'uso di *check list* (es. SOBANE).

Questa metodica può essere utilizzata solo per la fase di Identificazione dei pericoli.

RISORSE	INCERTEZZA	COMPLESSITÀ	OUTPUT QUANTITATIVO: SI □ NO ■				
Punti di forza			nale non particolarmente esperto); iuta a non dimenticare gli aspetti				
Punti di debolezza	<i>list</i> utilizzata;	non consente di ampliare la visione oltre a quanto previsto dalle liste di					
Consigli di utilizzo	<ul> <li>strutture di piccole dime</li> <li>può essere sviluppata brainstorming.</li> </ul>		Imente standardizzabili; in combinazione a metodiche di				
Materiali/ Esperienze di applicazione	• pubblicazione INAIL L	a Sicurezza in ospeda	le, ed. 2012, Liste di controllo.				

Tabella 3. Metodo "Brainstorming/Interviste Strutturate".

BRAINSTORMING/ INTERVISTE STRUTTURATE								
Applicabilità	IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI	ANALISI DEL RISCHIO	VALUTAZIONE DEI RISCHI					

#### Descrizione:

si esplicita sotto forma di riunioni/interviste di persone afferenti alle diverse aree di competenza e con livelli di esperienza diversi in materia durante le quali viene sollecitata una discussione di gruppo il cui scopo consiste nel far emergere il numero più alto possibile di idee sull'argomento in oggetto (es. individuazione dei pericoli connessi a una specifica attività).

Ouesta metodica può essere utilizzata solo per la fase di Identificazione dei pericoli.

Questa metoure	Questa metodica pao essere atmizzata solo per la lase al lacitimenzione del periodi.								
RISORSE	INCERTEZZA	COMPLESSITÀ	OUTPUT QUANTITATIVO: SI □ NO ■						
Punti di forza		la visione oltre a qu	anto previsto da mezzi standardizzati iginazione di nuovi pericoli e nuove						
Punti di debolezza	di verificare se tutti g alcuni partecipanti p	essendo un metodo strutturato non consente, da solo, in modo immediato erificare se tutti gli aspetti sono stati considerati; ni partecipanti potrebbero non possedere le abilità e le conoscenze per ire un contributo efficace.							
Consigli di utilizzo	utilizzato come meto     utile nei casi in cui si     in campo generale e	i tratti di attività/attre	ezzature nuove, non ancora analizzate izzate.						
Materiali/ Esperienze di applicazione	Strategia SOBANE.								

**Tabella 4.** Metodo "What If Strutturato".

	WHAT I	F STRUTTURATO	
		(SWIFT)	
Applicabilità	IDENTIFICAZIONE	ANALISI DEL RISCHIO	VALUTAZIONE
	DEI PERICOLI		DEI RISCHI

#### Descrizione:

si tratta di un metodo basato sull'utilizzo di un team di lavoro. Si definiscono una serie di 'parole/ frasi' da utilizzare per poter stimolare i partecipanti del team alla Valutazione dei Rischi. In particolare si utilizza la frase 'Cosa succede se...?' in combinazione a parole chiave per analizzare come un sistema/attività... può deviare il suo comportamento/funzionamento da quello normale. Si applica normalmente a diversi livelli di sistema e di dettaglio.

RISORSE	INCERTEZZA	COMPLESSITÀ	OUTPUT QUANTITATIVO: SI □ NO ■
Punti di forza	fase di riunione del te	eam); re il suo risultato qu	principali riescono a emergere in nalitativo o semiqualitativo per
Punti di debolezza	perdite di tempo; • se il team di lavoro n	on ha una buona base n sono correttamente i	kshop per evitare considerevoli di esperienza, e le parole chiave individuate, è possibile che venga colo.
Consigli di utilizzo	so di necessità della Valutazione imenti.		
Materiali/ Esperienze di applicazione			

Tabella 5. "Metodo FMEA".

	FMEA (FAILURE MODE E	FFECT ANALYSIS)	
Applicabilità	IDENTIFICAZIONE DEI	ANALISI DEL	VALUTAZIONE
	PERICOLI	RISCHIO	DEI RISCHI

#### Descrizione:

Si tratta di una metodica di tipo funzionale.

In ambito sanitario questa tecnica è di frequente utilizzata sia per la Valutazione del Rischio clinico sia per tutelare la sicurezza e la salute degli operatori. Si tratta di un metodo proattivo (analizza i processi e interviene su di essi prima che gli eventi negativi accadano).

Si basa sulla tecnica di identificazione di quello che potrebbe succedere nel caso in cui si verificasse una criticità (es. guasto, errore...) al processo in esame.

L'attività prevede la formazione di un gruppo di lavoro il più possibile multidisciplinare composto da operatori ed esperti in modo da poter valutare i diversi impatti.

La prima fase, dopo la definizione degli obiettivi del lavoro e l'assembramento del team, prevede lo studio del processo/attività sottoposta ad analisi.

Successivamente, il processo viene suddiviso in componenti/step/fasi (di frequente attraverso l'uso di diagrammi di flusso).

Per ogni fase viene effettuata un'analisi di dettaglio comprendente:

- a. definizione del 'che cosa potrebbe non funzionare' (failure mode);
- b. definizione del 'perché potrebbe accadere l'insufficienza' (failure causes);
- c. definizione dei possibili effetti (failure effects).

Al termine dell'analisi sopra descritta, di tipo qualitativo, si possono costruire scale di valutazione necessarie a una stima quantitativa del livello di rischio di: probabilità dell'errore (P), gravità dell'errore (G) e rilevabilità/individualità dell'errore prima che si verifichi (R). L'indice di Priorità del Rischio (IPR) è dato dal prodotto dei fattori P, G e R.

Le scale devono essere definite in modo specifico in relazione al contesto e al rischio in esame. Di seguito sono riportate a scopo esemplificativo tre scale:

Tabella 5.1. Esempi di scala di Severità/Gravità (G).

Effect	SEVERITY of Effect	Ranking
Hazardous without warning	Very high severity ranking when a potential failure mode affects safe system operation without warning	10
Hazardous with warning	Very high severity ranking when a potential failure mode affects safe system operation with warning	9
Very High	System inoperable with destructive failure without compromising safety	8
High	System inoperable with equipment damage	7
Moderate	System inoperable with minor damage	6
Low	System inoperable without damage	5
Very Low	System operable with significant degradation of performance	4
Minor	System operable with some degradation of performance	3
Very Minor	System operable with minimal interference	2
None	No effect	1

Tabella 5.2. Esempio di scala di Rilevabilità (R).

Detection	Likelihood of DETECTION by Design Control	Ranking
Absolute	Design control cannot detect potential cause/mechanism	10
Uncertainty	and subsequent failure mode	
Very Remote	Very remote chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	9
Remote	Remote chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	8
Very Low	Very low chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	7
Low	Low chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	6
Moderate	Moderate chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	5
Moderately High	Moderately High chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	4
High	High chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	3
Very High	Very high chance the design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	2
Almost Certain	Design control will detect potential cause/mechanism and subsequent failure mode	1

PROBABILITY of Failure	Failure Prob	Ranking
Very High: Failure is almost inevitable	>1 in 2	10
	1 in 3	9
High: Repeated failures	1 in 8	8
	1 in 20	7
Moderate: Occasional failures	1 in 80	6
	1 in 400	5
	1 in 2,000	4
Low: Relatively few failures	1 in 15,000	3
	1 in 150,000	2
Remote: Failure is unlikely	<1 in 1,500,000	1

**Tabella 5.3.** Esempio di scala di Probabilità (P).

Al termine della valutazione vengono poi definiti i trattamenti necessari per la riduzione/tenuta sotto controllo del rischio (es. interventi strutturali, organizzativi...) e ne viene stabilita la priorità di attuazione in funzione dell'indice IPR (Piano di Miglioramento).

La metodica FMEA consente una quantificazione del livello di rischio e un'efficace analisi dettagliata dei processi. Per il suo utilizzo sono richiesti una specifica competenza e un impegno notevole di tempo e risorse. La maggior efficacia è relativa all'analisi e alla Valutazione di Rischi legati a impianti e attrezzature piuttosto che a quelli legati ai fattori umani.

Questa metodica può essere utilizzata per tutte le fasi del processo di Valutazione dei Rischi (Identificazione dei Pericoli, Analisi dei Rischi e Valutazione dei Rischi).

Un utile riferimento relativo alla Valutazione del Rischio in ambito ospedaliero è la pubblicazione INAIL *La Sicurezza in Ospedale – Strumenti di Valutazione e Gestione del Rischio* anno 2012.

Altri documenti di riferimento e di supporto (Linee Guida, buone prassi...) per la Valutazione del Rischio in ambito ospedaliero sono riportati nel CD allegato.

Nell'Allegato 4 è riportato un facsimile di "Procedura di Identificazione dei Pericoli, Valutazione dei Rischi e Individuazione delle Misure di Prevenzione e Protezione" e un facsimile di "Programma di Miglioramento" che possono essere utilizzati come guida per l'utilizzatore. Si ricorda che la scelta dei criteri di Valutazione dei Rischi, ai sensi del d.lgs. 81/08, è in capo al Datore di Lavoro e quindi quanto contenuto nella procedura allegata ha solo carattere esemplificativo.

Tabella 6. "Metodo FMEA" segue.

RISORSE	INCERTEZZA	COMPLESSITÀ	OUTPUT QUANTITATIVO: SI ■ NO □			
Punti di forza	<ul><li>analisi effettuata con elevato grado di dettaglio;</li><li>possibilità di coinvolgimento di tecnici specializzati.</li></ul>					
Punti di debolezza	<ul> <li>necessità di competenza specifica;</li> <li>notevole utilizzo di tempo per applicazione efficace.</li> </ul>					
Consigli di utilizzo	<ul> <li>utilizzato per valutazioni di processi critici che richiedono elevato livello di dettaglio;</li> <li>elevata efficacia per analisi di processi e attrezzature;</li> <li>non particolarmente adatto a rischi relativi a fattori umani.</li> </ul>					
Materiali/Esperienze di applicazione	fac-simile di scheda da utilizzare per l'applicazione del metodo FMEA/ FMCEA					

				Processo FMEA_PROCESSO ANALIZZATO:					Page:		1				
					AZIONI A	ATTUATE			PIAN	O DI MIGLIORAM	ENTO	EFFICAC	IADE	LE A	ZIO
Step di processo	Evento potenziale [Failure Mode]	Effetto potenziale [Failure Effect]	Severità degli effetti [G] [Severity]	Probabilità di accadimento [P] [Potential Failure Cause]	Azioni preventiva	Azioni protettive	Rilevabilita' [R] [Detection]	Z Z	Azioni possibili da attuare	Responsabilità	Scadenza	Azioni attuate	Severità [G]	Probabilità [P]	Rilevabilità [R]

# 6.7. Obiettivi e programmi

#### Ohiettivi

In relazione ai requisiti legislativi (cfr. Titolo I del presente), agli intenti dichiarati nella Politica SSL (cfr. Paragrafo 5.2) all'esito della Valutazione dei Rischi (cfr. Paragrafo 5.5. del presente) e ad altri requisiti a cui la Struttura intende aderire, vengono stabiliti gli Obiettivi specifici in materia di SSL.

Gli obiettivi vengono stabiliti in modo da essere il più possibile specifici, misurabili e attuabili.

### Programmi

Per ciascun Obiettivo definito vengono stabiliti e attuati Programmi che ne consentano il raggiungimento. In particolare vengono definiti:

- responsabilità per l'attuazione;
- tempistica di attuazione prevista;
- stima degli investimenti necessari per raggiungere l'obiettivo.

Lo stato di avanzamento di ciascun obiettivo viene periodicamente misurato in modo da consentire la valutazione dell'andamento. I risultati di tale valutazione vengono resi noti alle parti interessate.

Nell'Allegato 4 è riportato un facsimile di "Programma di Miglioramento" che può essere utilizzato come guida.

#### 6.8. Procedure e Istruzioni

Nel Modello sono individuate, a titolo meramente esemplificativo, alcune procedure. La bassa numerosità è legata alla modularità del SGSL, che si confronta con un'elevata variabilità di contesto. In fase di concreta applicazione del Modello a specifiche realtà si implementeranno, sul facsimile qui presentato, procedure specifiche in funzione delle peculiarità dell'organizzazione interessata.

# Procedure gestionali

Le procedure gestionali sono documenti che descrivono nel dettaglio gli elementi del SGSL (es. Responsabilità, Requisiti Legali, Valutazione dei Rischi, Gestione delle Emergenze, ecc.) identificando le modalità gestionali e le diverse responsabilità di attuazione. Sono identificate con la sigla G seguita dal numero di riferimento. Le procedure devono essere distribuite alle funzioni di riferimento per l'attuazione.

Nell'Allegato 1 al facsimile di *Manuale del SGSL* riportato nell'Allegato 4 al presente è riportato un elenco delle Procedure Gestionali di riferimento previste dal Modello.

Particolare rilievo nell'ambito del SGSL di una Struttura Sanitaria è assunto dalla Gestione delle Emergenze in quanto queste ultime possono coinvolgere tipologie diverse di persone presenti: lavoratori della Struttura sanitaria, pazienti, visitatori, personale di aziende appaltatrici... Nell'ambito della procedura di Gestione delle Emergenze deve essere, pertanto, tenuto conto, delle caratteristiche specifiche (mobilità, disabilità particolari, conoscenza dei luoghi...) di ciascuna delle categorie di persone potenzialmente presenti, oltre che di quelle strettamente correlate ai luoghi occupati dalla Struttura (es. edificio storico, ecc.). Anche le emergenze che potrebbero verificarsi sono strettamente correlate alla tipologia di Struttura Sanitaria (es. incendio, sversamento, terremoto, coinvolgimento di sorgenti di radiazioni ionizzanti...). È importante che nel contesto della gestione delle emergenze non ci si limiti unicamente all'emergenza incendio. Il facsimile di procedura di Gestione delle Emergenze GXX proposto nell'Allegato 4 è presentato come strumento generale con cui la Struttura regolamenta la predisposizione del/i Piano/i di Emergenza Interno/i. Eventuali altri scenari di emergenza dovranno essere individuati dalle singole strutture.

Sono messe a disposizione, nell'Allegato 4, alcuni facsimile di Procedure Gestionali che devono comunque essere oggetto di valutazione e successivo adattamento da parte del

soggetto implementatore del sistema in quanto redatte e presentate in questa sede in forma generale, per poter essere adattate a diverse tipologie di Strutture e contesti.

# Procedure applicative

Le procedure applicative sono documenti che descrivono nel dettaglio un processo operativo specifico (es. Regolamentazione ingresso personale esterno, Manutenzione, ecc.). Le procedure applicative sono identificate con la sigla A seguita dal numero di riferimento (es. A01). Le procedure devono essere distribuite alle funzioni di riferimento per l'attuazione.

Ciascuna Struttura in funzione della Valutazione dei Rischi effettuata e della propria struttura organizzativa definisce le procedure applicative necessarie all'attuazione del sistema.

Nell'Allegato 2 al facsimile di *Manuale del SGSL* riportato nell'Allegato 4 al presente è riportato un elenco delle principali Procedure Applicative ritenute necessarie all'implementazione del Modello stesso. Le procedure identificate tengono conto della necessità di applicare disposizioni specifiche nell'attuazione di processi operativi fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Sono messi a disposizione, nell'Allegato 4, anche alcuni facsimile di Procedure Applicative ritenute fondamentali nell'ambito del Modello presentato. Tali procedure devono comunque essere oggetto di valutazione e successivo adattamento da parte del soggetto implementatore del sistema, in quanto redatte in forma generale per poter essere adattate con facilità a diverse tipologie di Strutture.

Si è scelto di inserire tra le procedure applicative fondamentali di un SGSL per una Struttura Sanitaria anche quella relativa ai Rifiuti (A07) in quanto questo aspetto rappresenta una criticità non soltanto nell'ambito della gestione degli impatti ambientali di una struttura, ma anche degli aspetti di sicurezza sul lavoro a causa della presenza di rifiuti pericolosi anche a rischio infettivo e alla possibile gestione di tali rifiuti da personale appartenente a diverse categorie.

Una particolare attenzione, tra le procedure non presentate come facsimile in quanto relativa a un processo strettamente collegato alle attività svolte e alla struttura organizzativa presente, è quella di gestione dei DPI. A tal proposito, si segnalano comunque, di seguito, alcuni contenuti e indicazioni, di cui la procedura implementata da ogni singola Struttura dovrà tenere conto.

«Si intende per *Dispositivo di Protezione Individuale (DPI)* 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» (art. 74 d.lgs. 81/07), «hanno la funzione di salvaguardare la persona che l'indossi, o comunque li porti con sé, da rischi per la salute e la sicurezza» (art. 1 c. 2 d.lgs. 475/92), dovrebbero essere confortevoli e funzionali da indossare, economici (efficaci ed efficienti), dotati di agevoli istruzioni per l'uso, sicuri (non devono dare luogo a rischi aggiuntivi).

I DPI sono classificati in base alle parti del corpo che devono proteggere (Allegato VIII del d.lgs. 81/08): testa, udito, occhi e viso, vie respiratorie, mani e braccia, piedi e gambe, pelle, tronco e addome, intero corpo, indumenti di protezione.

Sono numerosi gli Enti che hanno emanato schede tecniche, procedure o altre forme di istruzioni finalizzate alla formazione, informazione e consolidamento di comportamenti da parte degli operatori, finalizzati a ottimizzare l'efficacia delle operazioni di gestione dei DPI in ambito sanitario. Il perseguimento dell'obiettivo di prevenzione può essere perseguito solo prendendo in considerazione tutte le fasi della gestione, a partire dall'acquisto dei DPI, che deve prevedere esplicito richiamo alla normativa di riferimento, onde garantire la disponibilità di DPI in linea con il dettato legislativo e normativo. La formazione del personale è essenziale affinché i DPI siano utilizzati secondo quanto prescritto dalle istruzioni dal momento in cui vengono indossati, fino alla rimozione (fase particolarmente critica in ambito sanitario, ad esempio, per quanto riguarda il pericolo di autocontaminazione).

A titolo esemplificativo sono riportate in allegato schede tecniche di alcune Regioni, quali Emilia Romagna, Lazio, Piemonte e Sardegna, che riguardano sia DPI specifici (arti inferiori, arti superiori, capo, vie aeree, guanti sanitari, ecc.), sia caratteristiche tecniche che indicazioni d'uso per gli operatori sanitari.

Parimenti, sono riportati in allegato esempi di procedure, in riferimento a specifici DPI (cadute dall'alto, ad esempio), regolamenti (DPI specifici per infermieri) e manuali prodotti da Aziende Ospedaliere (A.O. Bologna), Aziende Sanitarie (ASL Spezzino, ASP Reggio Calabria, ASReM Molise, USL Grosseto, USL Rieti, ecc.).

#### 6.9. Marcatura CE

Ai sensi dell'art. 76 del d.lgs. 81/2008, i DPI devono essere conformi al d.lgs. 475/92 e s.m.i. (d.lgs. 10/97) e la corretta applicazione della norma da parte del DL prevede che, all'atto dell'acquisto, sia verificata e disponibile la documentazione prevista, costituita da:

- dichiarazione di conformità da parte del produttore (I categoria);
- marcatura CE (II e III categoria);
- nota informativa rilasciata dal produttore.

Le Direttive comunitarie di armonizzazione tecnica hanno come scopo principale la definizione di requisiti essenziali di sicurezza dei prodotti e non la fissazione di standard qualitativi; la marcatura CE è, infatti, una certificazione di prodotto obbligatoria.¹ Il marchio CE indica che un prodotto è stato sottoposto a una valutazione prima di essere immesso sul mercato, soddisfa tutti i requisiti stabiliti dalle leggi (ad esempio, un livello di sicurezza armonizzato) perché ne sia permessa la vendita. Questo vale anche per i prodotti fabbricati in altri Paesi che vengono venduti nel SEE.² La marcatura CE indica che un prodotto è conforme alla legislazione dell'UE e può quindi circolare liberamente all'interno del mercato unico europeo.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Unione Europea, *La marcatura CE. Il passaporto dei prodotti per il mercato comunitario*, Torino, Unioncamere Piemonte, 2008. ("Unione Europea. Istruzioni per l'uso", 3).

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Lo Spazio Economico Europeo (SEE) comprende, oltre ai 27 paesi dell'UE, 3 paesi dell'EFTA (Associazione europea di libero scambio): Islanda, Norvegia e Liechtenstein.

Prima di apporre il marchio CE su un prodotto e metterlo sul mercato, occorre sottoporlo alla procedura di valutazione della conformità prescritta dalla Direttiva o dalle Direttive che riguardano quel prodotto specifico. La vigilanza sulla marcatura CE è esercitata dalle autorità pubbliche dai Paesi membri dell'UE, in cooperazione con la Commissione Europea. Il marchio non deve essere apposto su tutti i prodotti, ma solo su quelli appartenenti alle categorie disciplinate da specifiche Direttive UE che prevedono la marcatura CE.

La DIR 93/42/CEE concernente i dispositivi medici, impone l'obbligo della marcatura CE per la commercializzazione di tali dispositivi; si tratta di un documento di validità sovranazionale ed è stata recepita in Italia nel febbraio del 1997 con il d.lgs. 46/97.

Nella Direttiva sui Dispositivi medici, il dispositivo medico è classificato come appartenente:

- alla classe I (basso rischio);
- alla classe на о нь (rischio medio);
- alla classe III (rischio elevato).

L'intervento di un Organismo Notificato non è necessario per i dispositivi medici appartenenti alla classe I a meno che questi non abbiano funzione di misura o siano immessi sul mercato allo stato sterile. Per tutti i dispositivi medici appartenenti alla classe III e per i dispositivi medici appartenenti alle classi IIa e IIb su base rappresentativa, il progetto del dispositivo e la sua conformità ai Requisiti Essenziali devono essere esaminati da un Organismo Notificato.

Per i dispositivi medicali esiste un sistema di vigilanza particolare (art. 10 DIR 93/42/CEE) in base al quale il fabbricante ha l'obbligo d'informare l'autorità di sorveglianza in merito a tutti gli incidenti:

- che possono o avrebbero potuto causare la morte di un paziente o di un utilizzatore o un peggioramento grave del loro stato di salute;
- che risultino da:
  - qualsiasi disfunzione/alterazione delle caratteristiche o performance di un dispositivo;
  - qualsiasi elemento inadeguato presente nell'etichetta o nel libretto di istruzione;
  - qualsiasi motivazione di ordine tecnico o medico relativo alle caratteristiche o
    performance di un dispositivo e che abbia causato il ritiro dal mercato di tutti i
    dispositivi dello stesso tipo prodotti dal fabbricante.

Dopo la notifica il fabbricante è tenuto a realizzare un'indagine, inviare un rapporto all'autorità di vigilanza ed esaminare, in collaborazione con l'autorità stessa, le misure da intraprendere. Dopo la valutazione, l'autorità di vigilanza deve immediatamente informare la Commissione e gli Stati membri in merito agli incidenti per i quali sono state messe in atto o previste misure particolari.

I DPI devono rispondere ai 'requisiti essenziali di sicurezza', la cui conformità è

attestata dal fabbricante, mediante l'apposizione sul DPI stesso della marcatura CE, le cui procedure sono sintetizzate nella seguente tabella.

CLASSE	DPI	CERTIFICAZIONE
classe I	DPI di progettazione semplice destinati a salvaguardare da rischi di danni fisici di lieve entità. Nel progetto deve presupporsi che la persona che usa il DPI abbia la possibilità di valutarne l'efficacia e di percepire, prima di riceverne pregiudizio, la progressiva verificazione di effetti lesivi.	
classe II	DPI che non rientrano nelle altre due.	Conformità CE e attestato di certificazione CE rilasciato dall'organo notificante.
classe III	Certificati come sopra + sottoposti a sistemi di controllo della produzione da organo competente.	1 1

Messineo A., S. Battistini, P. Caspani, G. Bosco, *Linee Guida sui dispositivi di protezione individuale*, Azienda USL ROMA H, Dipartimento di Prevenzione, Servizio Prevenzione Sicurezza sui Luoghi di Lavoro. URL: <a href="http://docplayer.it/479941-Guida-sui-dispositivi-di-protezione-individuale.html">http://docplayer.it/479941-Guida-sui-dispositivi-di-protezione-individuale.html</a> [data di accesso: 31/05/2017].

# Istruzioni Operative

Le Istruzioni Operative sono documenti che descrivono nel dettaglio una sequenza operativa specifica di un'attività (es. lavaggio delle mani), sono identificate con la sigla I seguita dal numero di riferimento (es. I01) e devono essere distribuite al personale che le deve applicare.

Il Modello proposto prevede che le Istruzioni Operative possono essere presentate sia in forma testuale, sia in formato grafico, nei casi in cui possa essere utile una maggiore immediatezza di consultazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti quali telefoni smartphone. Quest'ultimo aspetto è previsto dal Modello come strumento innovativo che permetta all'utilizzatore finale che deve mettere in atto concretamente le disposizioni di sicurezza previste di poterle consultare rapidamente e in forma immediata durante l'esecuzione dell'attività dando quindi particolare rilievo alle modalità effettive di svolgimento oppure a quelle vietate. Un esempio di questo duplice approccio possibile (testuale/grafico informatizzabile) è stato presentato per l'istruzione operativa I01 "Aghi e taglienti". Sono state, inoltre, presentate alcune istruzioni in formato unicamente grafico predisposte per consultazione web I09 "Movimentazione dei pazienti non collaboranti", I15 "Bombole", I21 "Lavaggio Mani", I22 "Tecniche di movimentazione del paziente".

Negli Allegati 2 e 3 al facsimile del *Manuale del SGSL* riportato nell'Allegato 4 al presente si trova un elenco delle Istruzioni Operative di riferimento. Chiaramente ogni Struttura in funzione delle attività effettivamente svolte, delle loro caratteristiche, dell'esito della Valutazione dei Rischi e delle misure di prevenzione e protezione individuate per la

loro gestione definirà l'elenco delle istruzioni necessarie e ne implementerà i contenuti.

I facsimile messi a disposizione, nell'Allegato 4, sono unicamente indicativi e rappresentativi delle principali criticità di comparto e devono comunque essere oggetto di valutazione e successivo adattamento da parte del soggetto implementatore del sistema, in quanto redatte per poter essere adattate a diverse tipologie di Strutture.

#### Modulistica

A corredo del Modello è messa a disposizione del soggetto implementatore della modulistica di supporto alle procedure e agli strumenti di attuazione. Nell'Allegato 4 al facsimile di *Manuale del SGSL* è riportato un elenco della modulistica di riferimento. La modulistica necessaria dovrà essere rivista ed eventualmente integrata in fase di implementazione del sistema, in relazione alle effettive necessità riscontrate.

Nell'Allegato 4 sono proposti alcuni facsimile della modulistica proposta.

Come già indicato in merito alle Istruzioni Operative, la modulistica può essere proposta all'utilizzatore finale, in funzione della complessità e dei mezzi a disposizione della Struttura, anche in formato informatico oppure sotto forma di applicazioni. A tal proposito è proposta, a scopo esemplificativo, una app informatica che può essere utilizzata come strumento di comunicazione di incidenti, comportamenti pericolosi... in sostituzione del MOD001 "Segnalazione Incidenti, Infortuni e Comportamenti Pericolosi" (cfr. 6.10).

# 6.10. Coinvolgimento del personale

La realizzazione di un efficace SGSL non può prescindere dal pieno e consapevole coinvolgimento di tutti i lavoratori della Struttura; questo evidenzia la necessità di individuare buone prassi per favorire la comunicazione sia all'interno che fra team; la capacità di sviluppare relazioni fruttuose costituisce uno strumento strategico sia in fase di implementazione del sistema, sia nel successivo processo di miglioramento continuativo.

In questo contesto si stanno consolidando 'buone prassi', che condividono l'approccio di una condivisione e crescita fra pari, nella cultura della sicurezza. La costituzione di tavoli di lavoro che coinvolgano tutto il personale di reparto, superando le gerarchie organizzative a favore di un rapporto paritario di team, sta evidenziano positivi risultati.

In questa direzione si stanno consolidando diversi processi di condivisione della conoscenza e delle procedure che, a vario titolo, si rifanno al principio di valorizzazione del rapporto tra pari.

L'Unione Europea, nell'ambito delle politiche finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza, nei servizi sanitari dei Paesi membri, ha promosso con progetti svolti in passato<sup>3</sup> l'approfondimento del ruolo dei sistemi di *peer review* esterna intesa come «un processo volontariamente introdotto da organizzazioni che forniscono servizi, allo scopo di migliorare l'assetto organizzativo e l'erogazione delle prestazioni

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Progetto ExPeRT. URL: <a href="http://www.asplazio.it/asp\_online/qualita\_accr/accreditamento\_new/A\_note/expert.html">http://www.asplazio.it/asp\_online/qualita\_accr/accreditamento\_new/A\_note/expert.html</a> [data di accesso: 20/09/2014].

sanitarie, valutati attraverso standard espliciti, elaborati da gruppi di pari afferenti ad un'autorità terza, che coinvolge equamente utilizzatori, fornitori, acquirenti e istituzioni governative».

La peer review di reparti si basa generalmente su analisi condotte da gruppi monodisciplinari di clinici, utilizzando standard derivati implicitamente da Linee Guida ed esperienza personale, per valutare la performance professionale dei colleghi, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza. Caratteristica di questi programmi è la libera iniziativa degli stessi medici, che li organizzano e coordinano; sono orientati al miglioramento dell'assistenza e allo scambio di idee; l'enfasi è posta sull'apprendimento piuttosto che sul controllo; non contemplano giudizi di merito e non prevedono la diffusione pubblica dei risultati.

Una strategia di formazione, informazione e consolidamento delle competenze, funzionali all'efficacia del SGSL, è riconducibile alla 'formazione a cascata', procedura che permette di divulgare i contenuti che un discente apprende durante un'iniziativa formativa, condividendoli con gli altri colleghi, quindi fra pari. La *peer education* (formazione fra pari), fondata sull'ascolto e sulla collaborazione, risulta particolarmente efficace quando, nell'ambito delle risorse umane, è possibile individuare soggetti decisamente più esperti degli altri, che possono moltiplicare, con la loro presenza, la funzione di formatore.

La *peer education* ha forti implicazioni sociali e relazionali: in particolare, le prime sono fruttuose poiché fra pari c'è meno resistenza e dunque più disponibilità all'apprendimento e al cambiamento. Al centro della formazione, si pongono le persone con i loro vissuti e saperi, che diventano risorsa anche per gli altri. È estremamente stimolante e motivante perché i partecipanti si percepiscono come soggetti attivi, responsabili e indispensabili al buon esito del lavoro.

Un'efficace *peer-to-peer communication* può facilitare il consolidamento di relazioni di reciproco rispetto, migliorare la gratificazione e il coinvolgimento delle risorse umane.<sup>4</sup> Si punta a un coinvolgimento attivo e positivo del lavoratore nel successo globale dell'azienda, relativamente al raggiungimento degli obiettivi prefissati, fra i quali l'implementazione di un efficace SGSL.

«La regolarità delle comunicazioni sia da parte del management sia, in modo informale, tra i dipendenti concorre a sviluppare una cultura aziendale»<sup>5</sup> e conseguentemente una condivisione degli obiettivi dell'organizzazione che, nel contesto di un sistema di SGSL, si traduce in una cultura della sicurezza.

L'efficacia di una peer-to-peer communication è legata ad alcune regole:6

.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Richards L., *Effective Communication Between Workplace Peers*, «Chron» [online], 2017. URL: <a href="http://smallbusiness.chron.com/effective-communication-between-workplace-peers-712.html">http://smallbusiness.chron.com/effective-communication-between-workplace-peers-712.html</a> [data di accesso: 31/05/2017].

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Gallup, State of the American Workplace report, 2013. URL: <a href="http://www.gallup.com/reports/199961/state-american-workplace-report-2013.aspx">http://www.gallup.com/reports/199961/state-american-workplace-report-2013.aspx</a> [data di accesso: 01/06/2016].

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Crawford-Marks R., 6 Rules for Effective Peer-to-Peer Communication. URL: <a href="https://www.entrepreneur.com/article/241261">https://www.entrepreneur.com/article/241261</a> [data di accesso: 31/05/2017].

- sviluppare relazioni costruttive, attraverso: la condivisione di modelli di approccio positivi nei confronti delle novità, il superamento della diversità di vedute, l'individuazione di percorsi di superamento della conflittualità;
- motivare i dipendenti e dare loro gli strumenti necessari per esporre dubbi e
  problematiche, sia con l'istituzione di tavoli periodici di confronto trasversale a tutte
  le figure, sul tema della SGSL, sia con la garanzia di effettivi interventi mirati ad
  affrontare/risolvere quanto emerso;
- individuare strumenti agili e adeguati per la comunicazione, come ad esempio piattaforme informatiche;
- aiutare i lavoratori nella reciproca comprensione, organizzare per progetti di collaborazione, favorire un efficace lavoro di squadra in grado di valorizzare le singole risorse, ridurre il divario legato all'inquadramento organizzativo, favorire la reciproca comprensione, prendendo in considerazione anche il punto di vista degli altri;
- promuovere comportamenti trasparenti, che rafforzano i legami di fiducia. Si tratta di un aspetto che si relaziona anche con le problematiche legate all'applicazione del d.lgs. 231/2001;
- contrastare la frustrazione e lo scoraggiamento, anche con una risposta costruttiva agli errori, come peraltro deve avvenire nel contesto di un approccio improntato al miglioramento continuativo.

#### 6.11. Percezione del rischio

Per gli esseri umani la percezione del rischio dipende scarsamente da fattori razionali, come l'uso della probabilità, mentre è fortemente determinata dalle emozioni: si decide di affrontare o evitare la situazione di rischio in modo soggettivo, perché la percezione del rischio è condizionata da una valutazione soggettiva del pericolo (propensione al rischio). Sul posto di lavoro c'è chi sovrastima il rischio a cui è esposto e chi invece tende a sottovalutarlo (illusione di sicurezza). È comunque diffusa la tendenza a sottostimare il rischio di eventi con conseguenze di lieve o media gravità, anche se presentano alta probabilità di accadimento, mentre si sovrastima il rischio di eventi con conseguenze molto gravi, che però hanno una bassa probabilità di accadimento.<sup>8</sup>

I processi di percezione dei dati non hanno un significato univoco in quanto richiedono un processo mentale di contestualizzazione, sulla base del quale il soggetto deciderà come intervenire nella realtà.

Si tratta di processi articolati che prendono avvio da una fase di selezione, legata al vissuto individuale, che si sviluppa attraverso l'accorpamento delle informazioni raccolte

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Panerai C., *Rischio e pericolo sono la stessa cosa*? URL: <a href="https://www.achab.it/achab.cfm/it/blog/achablog/rischio-e-pericolo-sono-la-stessa-cosa">https://www.achab.it/achab.cfm/it/blog/achablog/rischio-e-pericolo-sono-la-stessa-cosa</a> [data di accesso: 06/06/2017].

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Indire [Istituto Nazionale di Documentazione, Innovazione e Ricerca Educativa], *La percezione del rischio sul posto di lavoro*, ministero dell'Istruzione. URL: <a href="http://www.indire.it/memorysafe/approfondimenti/la-percezione-del-rischio-sul-posto-di-lavoro/">http://www.indire.it/memorysafe/approfondimenti/la-percezione-del-rischio-sul-posto-di-lavoro/</a> [data di accesso: 31/05/2017].

in strutture cognitive, l'individuazione delle cause e delle possibili soluzioni. Si perviene quindi a una valutazione, che influenzerà le decisioni successive.

Quindi le attività dell'uomo sono basate sulla percezione del rischio e su una sua valutazione, più o meno conscia, che è influenzata dall'esperienza personale (si tendono ad esempio a sottovalutare i rischi connessi con abitudini di lavoro consolidate) e dal contesto socio-culturale:

- il livello di rischio 'ritenuto' (accettabile) varia nel tempo e nei luoghi; i diversi comportamenti e atteggiamenti culturali e quindi la diversa percezione nel valutare il pericolo influiscono sulla differente soglia di accettabilità del rischio;
- la percezione del rischio è influenzata dalla valutazione del danno, ossia da tutta la dinamica delle immagini e delle idee sostenute da diversi attori sociali.

«L'anticipazione dei rischi nuovi ed emergenti, sia che si tratti di quelli legati alle innovazioni tecniche o di quelli dovuti alle evoluzioni sociali, è indispensabile per la gestione dei rischi stessi». In effetti, «la natura dei rischi professionali cambia in base al ritmo dell'accelerazione delle innovazioni, allo sviluppo di nuovi fattori di rischio (violenza sul luogo di lavoro, ivi comprese molestie sessuali, mobbing, situazioni di dipendenza) e della trasformazione del lavoro (vita professionale più frammentata)». 10

La percezione del rischio è influenzata anche:

- dalla conoscenza dei pericoli (il rischio verrà erroneamente percepito in misura minore con la sensazione che avere una certa familiarità significa essere immune da un possibile pericolo);
- dalla dannosità dei pericoli e dalla loro frequenza, dalla valutazione costi/benefici.

La percezione del rischio può avere una valenza positiva se associata a un evento ritenuto vantaggioso, per il quale gli svantaggi sono meno evidenti e varia in funzione del tipo di lavoro svolto: risulta più bassa, con conseguente maggiore esposizione agli infortuni, nei lavoratori che svolgono mansioni con bassa discrezionalità decisionale, rispetto ai lavoratori con maggiori responsabilità o con mansioni di livello superiore.

Le donne, rispetto agli uomini, sembrano avere maggiore sensibilità nella percezione del rischio e nella gestione della prevenzione, tuttavia si riscontra una maggiore incidenza di patologie lavorative probabilmente riconducibili ad alcuni fatti:

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Commissione delle Comunità Europee - Bruxelles, 11.03.2002 - COM(2002) 118, Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006. URL: <a href="https://appsricercascientifica.inail.it/prevenzionescuola/documenti/normativa/LexUriServ2.pdf">https://appsricercascientifica.inail.it/prevenzionescuola/documenti/normativa/LexUriServ2.pdf</a> [data di accesso: 01/06/2017].

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Commissione delle Comunità Europee - Bruxelles, 21.2.2007, COM(2007) 62, *Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro*. URL: <a href="http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2007-0518+0+DOC+XML+V0//IT">http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2007-0518+0+DOC+XML+V0//IT</a> [data di accesso: 31/05/2017].

- si trovano mediamente a occupare posizioni meno qualificate:
- se sono investite di forme di responsabilità, tendono a trascurare il proprio benessere a favore di un benessere collettivo;
- subiscono maggiormente lo stress lavoro-correlato a causa del doppio carico lavorativo e familiare.

La disparità tra la percezione soggettiva e il rischio oggettivo può essere ridotta attraverso un intervento di educazione alla salute articolato su tre livelli: prevenzione, contenimento del disagio, promozione delle situazioni di benessere.

La formazione di un'adeguata percezione del rischio sul posto di lavoro può essere perseguita rendendo consapevoli i lavoratori delle probabilità di rischio connesse con eventi nuovi, per i quali non si ha esperienza e per i quali il potenziale di rischio può essere valutato prendendo in considerazione elementi significativi quali:

- il numero di volte in cui si è verificato un particolare incidente in uno specifico ambiente di lavoro;
- quanti e quali danni provoca un incidente/infortunio di quel tipo;
- quali sono gli indizi che si possono osservare.

La formazione in materia di sicurezza risulta determinante per una 'corretta' percezione dei rischi occupazionali: i lavoratori che hanno ricevuto un'adeguata formazione circa le procedure di sicurezza percepiscono più correttamente la pericolosità dei rischi ai quali sono esposti.<sup>11</sup>

Paradossalmente, in un contesto lavorativo in cui sia stata sviluppata un'efficace *policy* di SSL, un possibile pericolo, da non trascurare, può dipendere dal fatto che il lavoratore ritenga di avere sotto controllo la situazione solo perché da molto tempo non si sono verificati incidenti. Solo una formazione continuativa, che mantenga nei lavoratori un'adeguata percezione del rischio, può contrastare questa minaccia latente.

Occorre dunque puntare sul radicamento e sull'evoluzione di una cultura della sicurezza, così come peraltro dispone il legislatore italiano con il d.lgs. 81/08 che, impostato alla prevenzione, per risultare efficace richiede il coinvolgimento dei lavoratori. In una *policy* di tutela del lavoratore in contesti di accelerato *turnover*, la portabilità delle competenze minime in tema di sicurezza diventa uno degli strumenti di tutela del lavoratore, ma anche dell'azienda.<sup>12</sup>

Le indagini sulla percezione della SSL hanno acquisito una rilevanza sempre maggiore, pertanto il ministero della Salute ha allocato risorse nell'ambito del "Programma per la

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Paolucci F. (a cura di), *Percezione del rischio e sicurezza sul lavoro. Le fasi del processo percettivo e le differenze legate al tipo di lavoro, alle conoscenze, all'esperienza, al contratto di lavoro, al genere, all'età e al tipo di cultura*, «PuntoSicuro», 2012. URL: <a href="http://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/varie-C-8/percezione-del-rischio-sicurezza-sul-lavoro-AR-12169/">http://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/varie-C-8/percezione-del-rischio-sicurezza-sul-lavoro-AR-12169/</a> [data di accesso: 31/05/2017].

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Cantalupi M. (a cura di), *Indagine sulla percezione del rischio da parte dei lavoratori nel settore manifatturiero del Friuli Venezia Giulia*, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Agenzia regionale del lavoro, 2010, p. 5.

Ricerca Sanitaria in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro", individuando, tra le tematiche prioritarie, la realizzazione di una *survey* nazionale trasversale per un sistema permanente di rilevazione della percezione del rischio e della salute nei luoghi di lavoro da parte dei lavoratori. Su questa tematica l'ex Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL) ha sviluppato una proposta progettuale dal titolo *Sviluppo di modelli per un sistema permanente di rilevazione della percezione del rischio per la salute e sicurezza in ambiente di lavoro da parte dei lavoratori e delle figure della prevenzione* e quindi un programma, identificato con l'acronimo INSuLa, che ha avviato le attività nel 2010, sotto il coordinamento del Dipartimento di Medicina del Lavoro del Settore Ricerca dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). Al progetto capofila, focalizzato su lavoratori e datori di lavoro, si affiancano tre focus progettuali specifici dedicati alle altre figure della prevenzione: Medici Competenti, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, presso le ASL.<sup>13</sup>

# 6.12. Comunicazione: le app per smartphone

Per migliorare l'efficacia delle procedure di comunicazione sia finalizzate alla prevenzione dei rischi, sia legate all'emergenza, a fronte di un evento dannoso, il Modello sviluppato prevede la valorizzazione della disponibilità della rete informatica, normalmente accessibile a tutti gli operatori, attraverso l'uso di un dispositivo di larga diffusione quale lo smartphone. È stata quindi sviluppata, a titolo di esempio, un'applicazione scaricabile su smartphone che consenta a qualunque lavoratore, in particolar modo ai soggetti che svolgono funzioni nell'ambito dell'organigramma per la gestione della sicurezza di:

- fotografare situazioni, strumentazioni, dispositivi, parti strutturali, ecc. che evidenzino potenziali pericoli in relazione a malfunzionamenti, danneggiamenti, ecc.;
- inserire nell'apposito spazio che compare a video l'ubicazione della problematica da segnalare;
- inviare immediatamente segnalazione al servizio SPP, affinché possano essere attivate le procedure del caso.

Di seguito e in allegato ne viene riportato un esempio, con la grafica che compone le videate di interfaccia, studiato per essere di facile utilizzo e completo nell'indicazione necessaria per valutare il pericolo.

Nella realizzazione della app si è seguito come criterio-guida la facile integrabilità della stessa con il sistema documentale che accompagna e dà evidenza alle attività connesse con il SGSL.

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Il progetto di ricerca ha anche portato alla pubblicazione del testo: Rondinone B.M., B. Persechino, F. Boccuni, C. Di Tecco, G. Buresti, D. Gagliardi, M. Ronchetti, S. Russo, M. Corfiati, M. Bonafede, S. Autieri, M. Catelli, M. Mirabile, A. Valenti, S. Iavicoli, *Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro. Lavoratori e datori di lavoro*, INAIL Settore Ricerca, Dipartimento di Medicina del Lavoro, 2014.

Videata 1



Videata 3



Videata 2



Videata 4



Videata 5



Videata 7



Videata 6



Altre tipi di app possono essere implementati in funzione delle dimensioni, della complessità e delle caratteristiche organizzative della Struttura per la quale si intende sviluppare il SGSL.

Questa scelta innovativa, che non trova nulla di simile nel campione dei modelli analizzati, è finalizzata a una dematerializzazione delle comunicazioni e al superamento della modulistica cartacea che, soprattutto laddove risulta numerosa e articolata, rischia di essere compilata in modo inesatto o incompleto dai lavoratori o, peggio, di non essere utilizzata del tutto con grave nocumento dell'obiettivo di prevenzione, saldamente alla base del d.lgs. 81/08.

## 6.13. Regolamento

Il Regolamento costituisce un momento di sintesi dei contenuti del Modello, dalle definizioni delle figure operanti nell'ambito del SGSL, alla caratterizzazione delle strutture in cui si svolge l'attività dell'organizzazione.

Il testo in allegato è stato pensato per rispondere alle esigenze di una struttura sanitaria poli-centrica a elevata complessità, che svolge sia le funzioni tipiche legate all'erogazione del servizio sanitario, sia funzioni di ricerca e didattica, legata alla formazione del personale, ma anche di studenti universitari, in cui il vertice dell'organigramma per la sicurezza, ovvero il DL, sia il Presidente del Consiglio di Amministrazione.

Il testo dovrà poi essere adeguatamente adattato alle caratteristiche delle singole strutture che implementino il Modello SLGS, sia nel mantenimento delle sole definzioni/funzioni, sia per le figure professionali/strutture realmente presenti.

Parimenti, dovrà essere individuato il soggetto che nello specifico si configura come il DL, che nel caso delle strutture del Sistema Sanitario può essere il Consiglio di Amministrazione, il Presidente del Consiglio di Amministrazione, il Direttore generale, ecc. Si sottolinea l'importanza della corretta individuazione di questa figura, sia per le responsabilità che riveste, come più volte sottolineato, sia per la costituzione di soggetti delegati, investiti da delega efficace, anche dal punto di vista strettamente giuridico.

#### 6.14. Audit e riesame del sistema

Audit

La procedura di Audit regolamenta la gestione delle Verifiche Ispettive, che possono essere sviluppate in tre differenti modalità:

- da soggetti aziendali;
- da clienti;
- da Enti terzi accreditati.

Il processo di Audit, sviluppato da *soggetti aziendali*, è di fondamentale importanza nell'ambito del SGSL in quanto consente alla Struttura di verificare, valutare e riesaminare

la conformità, l'efficacia e lo stato di attuazione del proprio sistema. La Struttura deve effettuare una pianificazione temporale degli audit da effettuare. Il "Programma di Audit" viene redatto annualmente in modo tale da garantire che gli audit pianificati consentano di:

- verificare che il Sistema di Gestione della Sicurezza:
  - sia conforme alle disposizioni previste per la gestione della Sicurezza e Salute sul Lavoro, comprese le prescrizioni legislative e le altre prescrizioni applicabili;
  - sia stato correttamente attuato e mantenuto attivo;
  - sia efficace nel garantire l'attuazione di quanto previsto dalla Politica e dagli obiettivi di riferimento.
- verificare la conformità legislativa;
- fornire alla direzione informazioni sui risultati delle verifiche.

Il "Programma di Audit" deve garantire la completa copertura degli elementi del SGSL ed è basato sui risultati della Valutazione dei Rischi e sui risultati degli audit precedenti.

Con frequenza almeno annuale, deve essere effettuato un audit legislativo in ambito sicurezza sul lavoro. Un utile riferimento relativo alla verifica del rispetto delle disposizioni legislative SSL, in ambito ospedaliero, è la pubblicazione INAIL *La Sicurezza in Ospedale – Strumenti di Valutazione e Gestione del Rischio* (anno 2012).

Nell'ambito della gestione degli audit particolare importanza, ai fini di garantire l'efficacia del processo, deve essere attribuita all'obiettività e all'imparzialità degli auditor.

Nell'Allegato 4 è proposto un facsimile di "Procedura di Audit" (G012) che la Struttura può utilizzare come traccia per l'implementazione della propria in funzione della complessità delle attività e delle risorse interne e/o esterne a disposizione.

Le Verifiche ispettive realizzate da Auditor esterni, *clienti*, sono finalizzate a rilevare la situazione aziendale del fornitore in ambito allo specifico settore analizzato.

Altri Auditor esterni sono configurabili in *soggetti terzi accreditati*, la cui attività è finalizzata all'analisi della gestione delle azioni intraprese per l'ottenimento/rinnovo di certificazioni, accreditamenti, registrazioni o in fase di sorveglianza.

# Riesame del Sistema

Il Riesame del Sistema consente alla Struttura Sanitaria di ottenere gli elementi quantitativi e qualitativi atti a consentire una corretta e documentata valutazione sul funzionamento del SGSL, sul raggiungimento degli obiettivi dell'azienda e sulla adeguatezza degli obiettivi stessi.

Il Riesame sta alla base dello sviluppo di azioni atte al raggiungimento degli obiettivi nell'ottica del miglioramento continuo.

L'Alta Direzione riesamina con frequenza almeno annuale il SGSL allo scopo di assicurare la sua continua adeguatezza, idoneità ed efficacia nel soddisfare i requisiti delle norme di riferimento oltre agli obiettivi stabiliti nella Politica aziendale.

Elementi in ingresso per il riesame annuale possono essere: i risultati degli audit interni (compresi quelli legislativi), risultati della partecipazione e della consultazione del personale, comunicazioni, stato di avanzamento dei programmi per il raggiungimento degli obiettivi.

In funzione dell'analisi effettuata, l'Alta Direzione definisce, coerentemente con la Politica e con l'impegno al miglioramento continuo, eventuali variazioni in merito per esempio a Politica SSL, obiettivi e traguardi specifici con indicazione delle tempistiche previste, delle responsabilità e dei mezzi/risorse a disposizione (ove applicabile), prestazioni in materia di SSL, risorse (es. variazioni, introduzione di nuove risorse ecc.).

# Conclusione

La ricerca sviluppata ha permesso di raggiungere i risultati di seguito indicati.

- Realizzazione di un impianto culturale unitario sul concetto di rischio, a partire dalla sua multiformità di espressioni a livello aziendale e considerato come occasione di opportunità o di effetti negativi.
- Definizione di un Modello-guida modulare utilizzabile anche su piattaforma informatica, atto a rispondere alle esigenze di realizzazione di un SGSL presso le varie e articolate Strutture del Sistema Sanitario, culturalmente espandibile ad altri campi.
- Coinvolgimento di tutti i lavoratori ai sensi del d.lgs. 81/08 anche con la facilitazione delle comunicazioni (semplificazione e sviluppo grafico della modulistica) e attraverso lo studio preliminare per una possibile realizzazione di app aziendali per favorire il flusso delle informazioni e l'accesso alle procedure.
- Costruzione di un sito dedicato al SGSL customer friendly, per la consultazione, sulla Banca Dati contenuta, della documentazione a supporto del sistema; a relazione complessiva conclusa sarà possibile accedervi tramite internet.
- Realizzazione di matrice di pericoli correlata alle mansioni: in relazione al pericolo individuato è possibile acquisire ulteriori informazioni consultando Banca Dati presente nel sito.
- Presenza all'interno della ricerca di:
  - approcci culturali espandibili, anche in altri settori aziendali, per migliorare la valutazione di rischi dell'organizzazione;
  - forme innovative bidirezionali di comunicazione semplificata finalizzate al coinvolgimento, a tutti i livelli, dei lavoratori.

# Bibliografia essenziale

- AiFOS [Associazione Italiana Formatori della Sicurezza sul Lavoro], *La percezione del rischio*. URL: <a href="http://www.itclucca.lu.it/documenti\_alunnifamiglie/sicurezza\_slide.pdf">http://www.itclucca.lu.it/documenti\_alunnifamiglie/sicurezza\_slide.pdf</a> [data di accesso: 31/05/2017].
- Cantalupi M. (a cura di), *Indagine sulla percezione del rischio da parte dei lavoratori nel settore manifatturiero del Friuli Venezia Giulia*, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Agenzia regionale del lavoro, 2010.
- CERTO (a cura di), Sistema di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro (specifica tecnica), International Labour Organization, 2003.
- Crawford-Marks R., 6 Rules for Effective Peer-to-Peer Communication. URL: <a href="https://www.entrepreneur.com/article/241261">https://www.entrepreneur.com/article/241261</a> [data di accesso: 31/05/2017].
- Commissione delle Comunità Europee Bruxelles, 11.03.2002 COM(2002) 118, Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006. URL: <a href="https://appsricercascientifica.inail.it/prevenzionescuola/documenti/normativa/LexUriServ2.pdf">https://appsricercascientifica.inail.it/prevenzionescuola/documenti/normativa/LexUriServ2.pdf</a> [data di accesso: 01/06/2017].
- Commissione Europea, *Flash Eurobarometer 398/2014: Working conditions.* URL: <a href="http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\_398\_pres\_en.pdf">http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\_398\_pres\_en.pdf</a> [data di accesso: 01/06/2017].
- Commissione Europea, SWD (2013) 202 final: Evaluation of the European Strategy 2007-2012 on health and safety at work. URL: <a href="http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10012&langId=en">http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10012&langId=en<hr/>|data di accesso: 01/06/2017].
- Cordoni C., V. Vaccari, Sistemi di gestione integrata per la sostenibilità e la sicurezza delle imprese, in Ciani Scarnicci M., A. Laino, P. Pinelli, A. Romani (a cura di), Materiali e tecnologie ecosostenibili come nuova opportunità, Roma, Aracne, 2014, pp. 213-224.
- Cordoni C., V. Vaccari, I. Manco, A. Valvassori, Il sistema di gestione della qualità e la certificazione nel settore sanitario: problematiche ed opportunità, in Tarabella A. (a cura di), Atti del xxvi Congresso Nazionale delle Scienze Merceologiche. Innovazione, sostenibilità e tutela dei consumatori: l'evoluzione delle Scienze Merceologiche per la creazione di valore e competitività (Pisa 13-15/02/2014), pp. 237-243.
- Fresina A., B. Ragonese, *La colpa professionale medica e il difetto di organizzazione. L'importanza delle procedure certificate JCI*, «Rivista 231» [online], 1, 2015, pp. 259-263. URL: <a href="http://www.rivista231.it/Rivista/2015/1/">http://www.rivista231.it/Rivista/2015/1/</a> [data di accesso: 31/05/2017].
- Gallup, *State of the American Workplace report*, 2013. URL: <a href="http://www.gallup.com/reports/199961/state-american-workplace-report-2013.aspx">http://www.gallup.com/reports/199961/state-american-workplace-report-2013.aspx</a> [data di accesso: 01/06/2017].
- Humphrey A., SWOT Analysis for Management Consulting, «SRI Alumni Newsletter», 2005. URL: <a href="https://www.sri.com/sites/default/files/brochures/dec-05.pdf">https://www.sri.com/sites/default/files/brochures/dec-05.pdf</a> [data di accesso: 30/05/2017].
- IEC/FDIS 31010:2009, Gestione del rischio, tecniche di valutazione del rischio.
- Indire [Istituto Nazionale di Documentazione, Innovazione e Ricerca Educativa], La percezione del rischio sul posto di lavoro, ministero dell'Istruzione. URL: <a href="http://www.indire.it/memorysafe/approfondimenti/la-percezione-del-rischio-sul-posto-di-lavoro/">http://www.indire.it/memorysafe/approfondimenti/la-percezione-del-rischio-sul-posto-di-lavoro/</a> [data di accesso: 31/05/2017].
- Messineo A., S. Battistini, P. Caspani, G. Bosco, Linee Guida sui dispositivi di protezione individuale,

- Azienda USL ROMA H, Dipartimento di Prevenzione, Servizio Prevenzione Sicurezza sui Luoghi di Lavoro. URL: <a href="http://docplayer.it/479941-Guida-sui-dispositivi-di-protezione-individuale.html">http://docplayer.it/479941-Guida-sui-dispositivi-di-protezione-individuale.html</a> [data di accesso: 31/05/2017].
- Novelli D., *Il sistema di gestione della sicurezza: cos'è, a cosa serve, i rapporti delle norme tecniche con il d.lgs. 81/08*, Azienda Sanitaria Firenze, 2010. URL: <a href="http://www.snop.it/attachments/article/128/SGSLNovelli.pdf">http://www.snop.it/attachments/article/128/SGSLNovelli.pdf</a> [data di accesso: 01/06/2017].
- OHSAS 18002:2008, Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro.
- Paolucci F. (a cura di), Percezione del rischio e sicurezza sul lavoro. Le fasi del processo percettivo e le differenze legate al tipo di lavoro, alle conoscenze, all'esperienza, al contratto di lavoro, al genere, all'età e al tipo di cultura, «PuntoSicuro», [online], 2012. URL: <a href="http://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/varie-C-8/percezione-del-rischio-sicurezza-sul-lavoro-AR-12169/">http://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/varie-C-8/percezione-del-rischio-sicurezza-sul-lavoro-AR-12169/</a> [data di accesso: 31/05/2017].
- Richards L., Effective Communication Between Workplace Peers, «Chron» [online], 2017. URL: <a href="http://smallbusiness.chron.com/effective-communication-between-workplace-peers-712.html">httml</a> [data di accesso: 31/05/2017].
- Rondinone B.M., B. Persechino, F. Boccuni, C. Di Tecco, G. Buresti, D. Gagliardi, M. Ronchetti, S. Russo, M. Corfiati, M. Bonafede, S. Autieri, M. Catelli, M. Mirabile, A. Valenti, S. Iavicoli, *Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro. Lavoratori e datori di lavoro*, INAIL Settore Ricerca, Dipartimento di Medicina del Lavoro, 2014.
- UNI ISO 31000, Gestione del rischio. Principi e linee guida.
- Unione Europea, *La marcatura CE. Il passaporto dei prodotti per il mercato comunitario*, Torino, Unioncamere Piemonte, 2008. ("Unione Europea. Istruzioni per l'uso", 3).
- Vaccari V., C. Cordoni, I. Manco, A. Valvassori, Risk Management and Safety System for Health Services, in CD Proceeding book of the 20th IGWT Symposium Commodity Science in a Changing World, Publishing house (Varna, Bulgaria, "Science and economics" University of Economics, 12-16/09/2016), pp. 838-842.
- Vaccari V., A. Valvassori, C. Cordoni, M.L. Giagnorio, Bilancio sociale: problematiche di armonizzazione e quantificazione dei contenuti, in Atti del XXIII Congresso Nazionale delle Scienze Merceologiche. Qualità, ambiente e valorizzazione delle risorse territoriali (Fossanova, Terracina, Fondi, 26-28/09/07), pp. 433-439.

# Sitografia essenziale

- [Achab]. URL: <a href="https://www.achab.it/achab.cfm/it/blog/achablog/rischio-e-pericolo-sono-la-stessa-cosa">https://www.achab.it/achab.cfm/it/blog/achablog/rischio-e-pericolo-sono-la-stessa-cosa</a> [data di accesso: 7/6/2017].
- [ASL Frosinone, Stress lavoro correlato]. URL: <a href="http://www.asl.fr.it/search/node/MANUALE%20">http://www.asl.fr.it/search/node/MANUALE%20</a> SICUREZZA> [data di accesso: 01/06/2017].
- [Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino]. URL: <a href="http://www.ulss4.veneto.it">http://www.ulss4.veneto.it</a> [data di accesso: 01/06/2017].
- [Azienda ULSS 22]. URL: <a href="http://www.ulss22.ven.it/">http://www.ulss22.ven.it/"> [data di accesso: 01/06/2017].
- [INAIL, Prevenzione e sicurezza]. URL: <a href="http://sicurezzasullavoro.inail.it/CanaleSicurezza/">http://sicurezzasullavoro.inail.it/CanaleSicurezza/</a> [data di accesso: 01/06/2017].
- [INAIL]. URL: <a href="https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione/buone-prassi/commissione-consultiva-permanente.html">https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione/buone-prassi/commissione-consultiva-permanente.html</a>>. [data di accesso: 06/06/2017].
- [Normattiva, il portale della legge vigente]. URL: <a href="http://www.normattiva.it">http://www.normattiva.it</a> [data di accesso: 01/06/2017].
- [Progetto ExPeRT]. URL: <a href="http://www.asplazio.it/asp\_online/qualita\_accr/accreditamento\_new/A\_note/expert.html">http://www.asplazio.it/asp\_online/qualita\_accr/accreditamento\_new/A\_note/expert.html</a> [data di accesso: 20/09/2014].
- [Sito ufficiale dell'Unione Europea]. URL: <a href="http://europa.eu/index\_it.htm">http://europa.eu/index\_it.htm</a> [data di accesso: 01/06/2017].

# Organization and Safety Management in Health Facilities Results of INAIL Strategic Project

# Abstract in English

The concept of risk is the basis of business activity, and it expresses many different but interconnected aspects in the healthcare field. In this context, the challenge about risk progressive overcoming requires new management and therapeutic protocols.

The text proposes a working model for health and safety at work. Starting from observation that it is impossible to reach zero-risk level, the organization must manage risk: risk management and control become an integral part of corporate governance.

In the volume reference, elements for implementing a Flexible Workplace Safety Management System model are presented, which are applicable to different healthcare organizations. Reference documents of the model (policy, manual, regulation, possible hazard detection and risk assessment) are presented through a modular system.

#### Cristina Cordoni

Graduated in Economics and Commerce and PhD in Commodity Science, she is consultant about environmental and quality management systems. She was actively involved in several research projects coordinated by the University of Pavia, during last twenty years. In the same period of time, she has been teaching economics and commodity science, following over 20 graduation thesis as speaker. She is author of more than 50 scientific publications, in both national and international magazines. She is interested in risk management field and modeling for environmental risk assessment. Implementation of quality systems in the OHS (Occupational Health and Safety Management) brought to the study of risk management issues in economic organizations.