



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

OGGETTO: Piano Annuale Risk Managment

TIPOLOGIA: DOCUMENTI

AREA: Risk Management

CODICE DOCUMENTO: PPSC

REVISIONE: 1

DATA: 26/07/2023

Redazione:

Dr. Vincenzo Neri (RAQ)

Dott. Franco Neri (Direttore sanitario)

Dott. Nicolo Baldini Rossi (Primario)

Dott.ssa Rita Salerno (Dirigente Infermieristico)

Sig.ra Lorella Bertoncelli (Coordinatrice Infermieristica)

Distribuzione

 x copia in distribuzione controllata copia in distribuzione non controllata



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

1. PREMESSA

Come da linee guida regionali: La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. La Regione Emilia-Romagna è da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. Nelle aziende sanitarie in questi anni si è sviluppato un sistema che ha visto l'impegno degli operatori sanitari finalizzato ad aumentare i livelli di sicurezza e a creare contesti sicuri ed affidabili. Si può dire che nel tempo sia stato costruito un "sistema sicurezza" regionale; tutte le aziende sanitarie pubbliche e le strutture socio-sanitarie private accreditate possiedono una funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management). La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha sancito "la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute", definito ruoli e aperto nuovi e sfidanti scenari. Nell'ambito della programmazione delle attività delle aziende sanitarie regionali legate alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio, le indicazioni sulle attività da promuovere ed implementare vengono fornite annualmente con le Delibere di Giunta Regionale delle Linee di indirizzo per la programmazione e finanziamento alle Aziende sanitarie regionali.

I requisiti generali previsti dal modello di accreditamento istituzionale delle organizzazioni sanitarie (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20/12/2012, Delibera della Giunta regionale "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" n. 1943 del 4/12/2017) prevedono - per tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private accreditate - l'elaborazione, attuazione e verifica del piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali. Il Decreto ministeriale del 19 dicembre 2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" prevede, in caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture pubbliche e private o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, la presenza di un Piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, un Piano annuale delle emergenze sanitarie e un Piano annuale per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ed il governo del rischio infettivo. La Regione Emilia-Romagna ha fornito negli anni indicazioni sugli approcci più efficaci al tema della sicurezza delle cure nelle organizzazioni sanitarie. È maturata quindi la consapevolezza che la gestione del rischio si sviluppa attraverso una chiave interpretativa della natura della cultura aziendale, delle relazioni fra le istituzioni e le reti e la composizione degli interessi molteplici degli attori organizzativi nell'ottica dello sviluppo di obiettivi comuni. Proprio nell'ambito delle elaborazioni sulla cultura organizzativa e la possibilità di modificarla si inquadra la richiesta della Regione alle aziende sanitarie di elaborare un Piano - Programma per la gestione del rischio attraverso un modello che possa fungere da filo conduttore nella definizione



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

di una programmazione che ha il suo punto di forza nella sinergia dei vari attori protagonisti del percorso di costruzione di organizzazioni sanitarie affidabili e sicure. Questo filo conduttore è rappresentato dalle “Linee di indirizzo per la elaborazione del piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della regione Emilia-Romagna” (PG/2016/0156648 del 07/03/2016), integrate nel 2020 con l’aggiornamento relativo all’epidemia Covid-19 (Prot. 30/06/2020.0477007.)

Le Linee di indirizzo del 2016 prevedevano che fosse presente, come parte integrante del Piano Programma, un Piano per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (ICA).

L’emergenza Coronavirus ha reso chiara la necessità di un effettivo cambio di paradigma di approccio alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, passando da un approccio prevalentemente reattivo (re- azione dopo gli eventi) ad un approccio sistematicamente proattivo tipico delle organizzazioni socio-tecniche ad “alta affidabilità”, con una cultura sensibile alla sicurezza e alla resilienza, capace di anticipare gli eventi. Nell’ambito della programmazione delle attività, nel tempo, è stato specificato alle aziende la necessità di produrre come parte integrante del piano programma sicurezza delle cure e gestione del rischio:

- un Piano di Prevenzione Cadute (PG/2016/0724115 del 18/11/2016);
- un Piano Prevenzione della Violenza a danno degli operatori sanitari (PG/2018/0564542 del 05/09/2018). Le attività programmatiche non possono prescindere dalla valutazione, verifica e restituzione dei risultati ottenuti, correlati alla misurabilità degli obiettivi prefissati, realizzando adeguata reportistica sui problemi emersi, sulle iniziative adottate e le azioni di miglioramento effettuate. Il documento di rendicontazione annuale costituisce parte integrante del Piano Programma. Il report può essere rappresentato o riportare i contenuti anche di altri documenti di rendicontazione istituzionale, purché, quanto dichiarato sia coerente con gli obiettivi e le azioni previsti dal Piano Programma. Il documento di rendicontazione rappresenta “fonte informativa” e base di riflessione per gli aggiornamenti successivi del Piano-Programma.

A tal proposito, nell’ambito della rendicontazione, la legge 24/17 all’art. 2 comma 5, prevede la predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. A fronte della produzione di numerosi documenti orientati a coordinare le attività di sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario, è emersa quindi la necessità di revisionare ed integrare i documenti fino ad ora prodotti in queste nuove Linee di indirizzo regionali per la programmazione e la rendicontazione delle attività svolte nelle organizzazioni sanitarie pubbliche e private accreditate, rivolte in particolare alle Direzioni ed ai Risk manager aziendali, con un approccio di sistema nel rispetto delle specificità e responsabilità delle differenti aree coinvolte.



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

	Titolo o oggetto della norma/atto	Riferimenti specifici ad attività di programmazione e gestione del rischio sanitario
DGR 86/2006	Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale	<i>L'atto aziendale dispone la organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio secondo il Programma aziendale di gestione del rischio, adottato dal Direttore generale su proposta del Collegio di direzione e diretto dal Direttore sanitario aziendale, avvalendosi di una funzione in staff alla Direzione generale. Le attività relative al Programma aziendale di gestione del rischio hanno nel Collegio di direzione l'organo di governo e nei Dipartimenti la principale sede operativa e di gestione.</i>
	Titolo o oggetto della norma/atto	Riferimenti specifici ad attività di programmazione e gestione del rischio sanitario
DGR 602/2009	Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009	<i>Ogni Azienda dovrà formulare/aggiornare il piano- programma aziendale di gestione del rischio sotto la responsabilità della direzione sanitaria aziendale, previa definizione e coinvolgimento di tutte le funzioni coinvolte, al fine di garantire un approccio multidimensionale alla complessità del sistema pur all'interno di una visione unitaria.</i>
DGR 1706/2009	Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio	<i>Dal punto di vista operativo, a livello regionale, si possono valutare alcuni elementi per rendere vincolante e realmente strutturata nelle Aziende Sanitarie la gestione del rischio e del contenzioso: 1. operativizzazione delle linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie, con previsione di formulare un piano- programma aziendale di gestione del rischio e l'evidenza di un collegamento integrato di tutti i soggetti coinvolti.</i>
DGR 1544/2010	Provvedimenti in ordine al finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per il 2010 e al relativo quadro degli obiettivi annuali - integrazione alla deliberazione n. 234/2010	<i>Le Aziende dovranno assicurare le seguenti azioni: adozione del registro dei pericoli e mappatura delle prevalenti criticità aziendali come premessa alla stesura del piano programma di cui alla Delibere di Giunta Regionale 602/09 e 234/2010 e conseguente report annuale relativo agli obiettivi di miglioramento della sicurezza definiti nel programma dell'anno.</i>



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

DGR 732/2011	Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2011	<i>Utilizzare in modo integrato le banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi, come base per la stesura del piano programma aziendale. Redigere un report sulle azioni effettuate e i risultati raggiunti in tema di gestione del rischio.</i>
Decreto-Legge del 13 settembre 2012, n. 158, convertito con la legge di 8 novembre 2012, n. 189. Art. 3-bis.	Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari	<i>Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico.</i>
	Titolo o oggetto della norma/atto	Riferimenti specifici ad attività di programmazione e gestione del rischio sanitario
L. R. 7 novembre 2012, n. 13	Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale	<i>Art. 3 [...] la Regione [...] svolge attività di monitoraggio di fenomeni pertinenti alla sicurezza dei pazienti, attraverso la ricognizione, l'organizzazione e l'elaborazione di informazioni pertinenti a rischio e sicurezza. Art. 5 La Regione svolge funzioni di osservatorio regionale per la sicurezza delle cure, al fine di assicurare l'armonizzazione, il consolidamento e lo sviluppo delle funzioni di monitoraggio epidemiologico, prevenzione e gestione dei rischi, risarcimento del danno.</i>
DGR 884/2013	Recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome sul documento recante "disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012	<i>6° criterio, requisito 6.2: promozione della sicurezza e gestione dei rischi. Le Regioni e le PPAA, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite: l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.</i>



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

L. 28 dicembre 2015, n. 208	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (l. stabilità 2016)	<i>le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).</i>
L. 8 marzo 2017, n. 24	Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie	<i>Art. 1 La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Art. 2 c. 5 All'art. 1, comma 539 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 è aggiunta, in fine, la seguente lettera: d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.</i>
	Titolo o oggetto della norma/atto	Riferimenti specifici ad attività di programmazione e gestione del rischio sanitario
DGR 1943/2017	Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie	<i>6° criterio, requisito 6.2: la direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali.</i>
DM 19 dicembre 2022	Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle Attività erogate per l'accREDITAMENTO e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.	<i>Allegato A - Verifiche per il rilascio di nuovi accREDITAMENTI. Piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario, Piano annuale delle emergenze sanitarie e Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).</i>



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

3. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Villa Baruzziana è un Ospedale Privato Accreditato (OPA) fondato nel 1911 che aderisce all' AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata). AIOP associa più di 500 ospedali in Italia ed oltre 60000 operatori.

Accoglie pazienti in media e breve degenza, secondo specifici accordi con la Regione Emilia-Romagna o privatamente.

L' OPA è autorizzata per 90 posti letto e accreditata per 87 distribuiti in due padiglioni e tre reparti, più gli ambulatori Cup dedicati alla neurologia. I reparti di degenza sono così suddivisi:

SPOI

Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo è costituito da un'area di degenza ospedaliera che assicura interventi di competenza specifica per le situazioni di crisi e/o acuzie psichiatriche in regime di trattamento volontario. Effettuano trattamenti di breve durata finalizzati a una ricompensazione del quadro clinico e ad indirizzare i pazienti verso i percorsi di cura successivi. È un Reparto misto con 16 Posti Letto.

Siamo integrati con la rete dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale della Ausl di Bologna e Area Vasta.

Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo RTI

Sono effettuati interventi di competenza specifica sulle diverse forme del disagio psichico e psicologico in pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto, per i quali è necessario e opportuno il ricovero ospedaliero. In particolare, sono affrontati i disturbi di tipo psicotico, i disturbi di personalità, i disturbi del tono dell'umore e le più comuni patologie psichiatriche. Reparto Uomini e Donne con 18 e 28 posti letto

VILLA GRANDE

24 posti letto, reparto misto per la componente ospedaliera di Psichiatria Generale più tre di Riabilitazione psichiatrica

AMBULATORI

L' OPA è inoltre autorizzata per prestazioni ambulatoriali di neurologia di elettromiografia, elettroencefalografia e visite neurologiche. Nell'anno 2022 l'ambulatorio ha accolto circa 4000 pazienti.

Il **personale** è composto dalle seguenti figure:

- Medici
- Infermieri
- Oss
- Tecnici
- Ausiliari
- Personale Amministrativo



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

1) DATI DI RICOVERO

Riepilogo presenze dal 01/01/2022 al 31/12/2022

26/07/2023 - Pag. 1

RICOVERI	Casi	FASCE ETA'	Nr. Pazienti
FUORI REGIONE DRG	71	< 18 ANNI	7
RTI	626	19-30 ANNI	102
SPOI	326	31-50 ANNI	197
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	56	51-60 ANNI	207
Totali	1079	61-70 ANNI	154
		> 70 ANNI	109

Maschi	44,02 %	DURATA MEDIA DEGENZA	Giorni
Femmine	55,98 %	FUORI REGIONE DRG	7,06
		RTI	31,81
		SPOI	19,36
		RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	17,29

INDICE DI OCCUPAZIONE	%	PRESENZA MEDIA GIORNALIERA	Casi
FUORI REGIONE DRG	7% (gg.488 / 6570)	FUORI REGIONE DRG	1
RTI	103% (gg.17221 / 16790)	RTI	47
di cui AREA VASTA BO	94 %	SPOI	16
di cui USL BO	94 %	RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	3
di cui USL FE	6 %		
di cui USL IMOLA	1 %		
di cui NO AREA VASTA BO	5 %		
SPOI	101% (gg.5922 / 5840)		
di cui AREA VASTA BO	98 %		
di cui USL BO	98 %		
di cui USL FE	2 %		
di cui USL IMOLA	1 %		
di cui NO AREA VASTA BO	2 %		
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	84% (gg.917 / 1095)		

RICOVERI RIPETUTI	Casi
8 Ricoveri	2
6 Ricoveri	2
5 Ricoveri	12
4 Ricoveri	12
3 Ricoveri	32
2 Ricoveri	178
1 Ricovero	491

RIEPILOGO MATURATO TOTALE		INVII	Casi
RTI	3.618.476,52	SPOI su richiesta medico di base - Lib. Prof.	4
SPOI	1.866.495,96	Urgenza SPDC e/o CSM	143
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	192.359,09	Medico di base - Lib. Prof.	281
Totale	5.677.331,57	Nessuna indicazione	34
RTI+SPOI	5.484.972,48	Urgenza SPDC non CSM	1
BUDGET 2015 AD OGGI	0,00	Programmato CSM	368
Differenza	5.484.972,48	Urgenza SPDC Materno Infantile	2
BUDGET 2015 TOTALE	0,00	Programmato CSM - Lib. Prof.	3
		SPOI su richiesta SPDC e/o CSM	243

RIEPILOGO MATURATO AREA VASTA	
RTI	3.419.282,76
SPOI	1.826.468,10
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0,00
Totale	5.245.750,86
RTI+SPOI	5.245.750,86
BUDGET 2015 AREA VASTA AD OGGI	0,00
Differenza	5.245.750,86
BUDGET 2015 AREA VASTA	0,00
BUDGET 2015 AREA VASTA + 10%	0,00



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

4. ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA SICUREZZA DELLE CURE

La realizzazione del PPSC riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- Quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget), per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Di seguito la matrice delle responsabilità del PPSC e organigramma con le relative mansioni

AZIONE	RM	DS	LR
POLITICA E STRATEGIE	C	C	R-A
REDAZIONE PPSC	R	C	C
ADOZIONE DEL PPSC	I	R	C
MONITORAGGIO DEL PPSC	R	I	C
ANALISI E VALUTAZIONI	C	C	R-A

LEGENDA: **RM** = Risk Manager, **DS** = Direttore Sanitario; **LR** = Legale Rappresentante
R = Responsabile, **I** = Interessato; **C** = Coinvolto; **A** = Approva/Valida

Il PPSC della Ospedale privato accreditato Villa Baruzziana viene verificato dal Risk Manager armonizzato con le linee di indirizzo del Legale Rappresentante che ha un ruolo specifico nella Direzione strategica aziendale controllando e monitorando tutti i processi aziendali e fornendo assieme al CDA budget annuale adeguato per la realizzazione del piano strategico annuale.

5. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE

La politica per la sicurezza e la qualità adottata è coerente e riflette la mission e la vision della Casa di Cura e si propone quale strumento a sostegno degli obiettivi e valori permanenti e fondanti della organizzazione.

La finalità primaria è costituita dalla ricerca del miglioramento continuo della qualità dei servizi ed il raggiungimento e mantenimento di elevati standards assistenziali tramite la responsabilizzazione della Direzione per l'inclusione delle politiche di qualità tra le strategie dell'impresa, l'adozione di interventi e modalità operative che garantiscano una adeguata risposta ai bisogni di salute dei pazienti in un contesto caratterizzato dalla sicurezza, appropriatezza e continuità delle cure, capacità di ascolto degli utenti, coinvolgimento e sviluppo professionale di tutto il personale che opera presso la struttura.

Nell'ambito di tali riferimenti, la politica adottata trova riferimenti nel complesso degli strumenti della clinical governance:

a. utilizzo sistematico di un set multidimensionale di indicatori di performance quale guida per valutare e migliorare l'appropriatezza e qualità delle cure e delle funzioni organizzative che influenzano l'esito e la soddisfazione degli utenti; l'andamento degli indicatori di performance è oggetto di sistematica periodica valutazione con il coinvolgimento delle diverse componenti



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

professionali nell'ambito del "RIESAME DELLA DIREZIONE "; tale modalità operativa consente di individuare, programmare ed attuare le eventuali misure correttive necessarie per allineare le performances agli standards di riferimento e di creare, tramite la condivisione degli obiettivi ed il coinvolgimento dei professionisti una "cultura della qualità"

b. utilizzo dell'"analisi di processo" quale strumento per valutare le performances organizzative delle attività sanitarie e per attuare gli interventi di miglioramento attraverso una logica trasversale che consente di identificare tutte le attività ed erogatori di prestazioni che intervengono nel processo di cura

c. sviluppo di una cultura di prevenzione del rischio e sicurezza delle cure tramite mappatura dei rischi, utilizzo dell'incident reporting per intercettare eventi avversi o quasi-eventi (near miss), analisi dei fattori che influenzano l'insorgenza di tali eventi (root cause analysis, audit) ed attuazione degli interventi correttivi necessari. L'ampio coinvolgimento di tutta la componente professionale in tale processo e la individuazione di una figura di risk manager per la progettazione, gestione e coordinamento delle iniziative ha consentito lo sviluppo di un programma di sicurezza delle cure orientato ad una visione sistemica ed una condivisione dell'obiettivo prioritario della sicurezza delle cure da parte di tutti gli operatori.

d. sviluppo dei contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specialità ed attività specialistica tramite l'adozione di un piano annuale di formazione che tiene conto dei bisogni formativi legati allo sviluppo dei programmi strategici della direzione ma anche delle istanze dei dipendenti riferite alla percezione di bisogno formativo per il completamento delle conoscenze ed abilità necessarie per lo svolgimento delle attività affidate

e. adesione alle indicazioni e raccomandazioni Ministeriali e Regionali riferite alla qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure e recepimento delle stesse nelle procedure e protocolli operativi adottati dalla Clinica con la finalità di creare una cultura "evidence based" in grado di garantire che gli operatori possiedano skills e capacità di supervisione adeguati a garantire la erogazione di cure sicure e di qualità ai pazienti.

utilizzo del "clinical audit" quale strumento di revisione che consente di valutare la misura di aderenza di processi o performances a standards o criteri di riferimento

g. adozione di metodologie per identificare-comprendere-soddisfare i bisogni e le aspettative dei pazienti; gli strumenti predisposti sono costituiti da questionari riferiti all'accoglienza alberghiera e la percezione della qualità dell'assistenza globalmente ricevuta, ma anche dal monitoraggio dei reclami a fronte dei quali è sempre previsto un momento di ascolto e confronto con l'utente e, quando necessario, l'adozione degli interventi necessari per rimuovere i problemi

Gli strumenti e le modalità operative descritte costituiscono la cornice di riferimento della politica della casa di cura, ma anche gli elementi il cui sostegno e gestione integrata risulta imprescindibile per l'ottenimento dei risultati voluti in tema di qualità delle cure; è in tale ottica che, il progressivo consolidamento dell'utilizzo del software che permette la gestione complessiva ed integrata di ampia parte degli strumenti di clinical governance (qualità, rischio clinico, sicurezza, gestione per processi e formazione) ha consentito di disporre di un cruscotto direzionale che, nell'ambito di una visione sistemica consente di valutare i processi e riorientare la rotta verso i traguardi desiderati e definiti dalle strategie disegnate dalla direzione.



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

6. PROCESSI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO VILLA BARUZZIANA

Cultura della Sicurezza

1. Il sistema di Segnalazione e Gestione eventi (Incident Reporting e Eventi Sentinella)

L'Ospedale privato accreditato Villa Baruzziana, da alcuni anni si è dotata di uno specifico applicativo del sistema informatico denominato Arxivar per la gestione del Rischio Clinico. Tutte le segnalazioni di incident reporting, in modo progressivo, sono fatte dal personale sanitario, di tutti i reparti, utilizzando form elettronici nativi del sistema. Gli operatori sono stati formati all'utilizzo del software. Si rimanda all'apposito paragrafo per i risultati dell'attività formativa in corso.

Le tabelle seguenti sono prodotte dal sistema attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle segnalazioni di incident reporting fatte. L'utilizzo del gestionale è in fase di progressivo consolidamento e si sta rilevando uno strumento determinante per un sempre più efficace gestione dei processi di clinical risk management.

Ambito di Riferimento	Segnalazione eventi avversi ed eventi sentinella
Tipologia	Sicurezza pazienti-operatori
Normative	DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie (6° Criterio – Appropriatezza clinica e sicurezza) <ul style="list-style-type: none"> • DM 2 aprile 2015, N 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del rischio clinico • Cinotti R, Basini V, Di Denia P. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Collana Dossier n. 86, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2003 • Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella - 2009
Tematiche Correlate	Sicurezza sul lavoro, sicurezza dei pazienti
Responsabilità e Referente Processo	RiskManagemet,RAQ,Dir.Inf,Legale Rappresentante
Descrizione del flusso formativo	L'" incident reporting " è tra gli approcci di analisi reattiva ai rischi uno dei più utilizzati. Il sistema di Incident Reporting è la modalità di



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

raccolta delle segnalazioni in modo strutturato di eventi allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il ri-accadimento futuro. L'incident reporting consiste nella **registrazione e raccolta di schede tramite sistema informatizzato Arxiv** nelle quali gli operatori effettuano una segnalazione di evento avverso. Attraverso l'analisi della scheda di segnalazione si possono raccogliere una serie di informazioni per tracciare il percorso che ha "determinato" il verificarsi dell'evento avverso. Le informazioni richieste nella scheda di segnalazione per l'incident reporting sono: la descrizione dell'evento, il luogo dove è avvenuto l'evento, le persone coinvolte, e all'interno della cartella di ogni singolo paziente viene descritto in maniera analitica l'evento in se. Il sistema di incident reporting è utile non solo per la segnalazione degli eventi avversi ma anche per la segnalazione dei "**quasi eventi**" (near miss). Questi ultimi infatti consentono di raccogliere un numero maggiore di segnalazioni e quindi di informazioni, inoltre gli operatori sono maggiormente disposti alla segnalazione (non essendo coinvolti emotivamente) e consente di imparare e **individuare le criticità del sistema prima che avvengano danni più seri**. Uno dei limiti delle segnalazioni di eventi avversi è che gli operatori, per paura di essere considerati in qualche modo responsabili degli stessi, non li segnalano sempre, non comprendendo che così facendo non contribuiscono al miglioramento del processo assistenziale.

Gli **eventi sentinella** sono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive. Gli eventi sentinella sono monitorati dal Ministero della Salute.
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	Vedi raccolta dati tabella sottostante
Interventi effettuati anni precedenti	Introduzione del sistema di raccolta dati Arxivar
Empowerment dei cittadini	Attraverso sito istituzionale
Giudizio Complessivo	La performance aziendale è ottima in quanto gli eventi vengono segnalati prontamente, il sistema poi permette un attenta analisi dei casi
Obiettivo Generale	Raccolta sempre più degli eventi avversi e focus group mirati per azioni di miglioramenti
Attività	Maggiori riunioni periodiche, maggiori eventi raccolti
Indicatori di risultato	Numero delle segnalazioni raccolte, focus group, ore formazione operatori, diminuzione degli eventi

EVENTO/giornate degenza	2022	%
Numero cadute senza esito traumatico	75	0,31
Numero cadute con esito traumatico	9	0,04
Numero Cadute con Esito traumatico +Invio	5	0,02
Invio PS	38	0,15
Fughe	2	0,01
Scontro PAZ vs PAZ	4	0,02
Errata Sommistrazione Farmaci	5	0,02
Tentato Suicidio	1	0,00
Contenzioni	4	0,02
Violenza Danno Operatori	0	0,00
GIORNATE DI DEGENZA	24548	



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

2. Formazione e Informazione per la Sicurezza delle Cure

Ambito di Riferimento	Formazione e Informazione sulla sicurezza delle cure
Tipologia	Sicurezza pazienti-operatori
Normative	Legge Gelli 21/2017 e Ulteriori Integrazioni
Tematiche Correlate	Sicurezza sul lavoro, sicurezza dei pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario
Descrizione del flusso formativo	PAF piano annuale della formazione, informazione attraverso carta dei servizi e sito istituzionale.
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	
Interventi effettuati anni precedenti	<i>Numerosi corsi formativi- vedi capitoli successivi. Cartellonistica adeguata</i>
Empowerment dei cittadini	Attraverso sito istituzionale
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Sistema di comunicazione più efficiente verso caregiver e pazienti
Attività	Ulteriori corsi di formazione
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi avversi rispetto anno precedente

Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

1. Monitoraggio Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella

Vedi punto precedente Cultura della sicurezza

2. Prevenzione rischio cadute (fare attualmente riferimento a PAPC)

Ambito di Riferimento	Prevenzione delle cadute
Tipologia	Sicurezza pazienti
Normative	Ministero della Salute - Raccomandazione n. 13 - Caduta paziente in strutture sanitarie - Regione Emilia Romagna - Circolare n. 21 del 23 dicembre 2016 "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" -PAPC



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

Tematiche Correlate	Sicurezza dei pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario
Descrizione del flusso formativo	Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta. Le Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute e dalla regione Emilia Romagna si pongono come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e possono trovare utile applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta. Tutte le cadute vengono segnalate attraverso sistema Arxivar
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	<i>Vedi tabella precedente cadute</i>
Interventi effettuati anni precedenti	<i>Corsi formativi</i>
Empowerment dei cittadini	Attraverso sito istituzionale
Giudizio Complessivo	Sufficiente, ad oggi rimane un punto critico dell'organizzazione
Obiettivo Generale	Implementazione di sistemi di domotica per prevenire le cadute,
Attività	Ulteriori corsi di formazione
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi avversi rispetto anno precedente

3. Corretta identificazione del paziente

Ambito di Riferimento	Corretta Identificazione del Paziente
Tipologia	Sicurezza pazienti
Normative	Normative Nazionali e Regionali vedi tabella precedente
Tematiche Correlate	Sicurezza dei pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario, Infermieri
Descrizione del flusso formativo	La corretta identificazione avviene attraverso la cartella informatizzata e chiedendo prima di ogni somministrazione nome e cognome e data



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	di nascita
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	<i>Analisi degli eventi sentinella segnalati e focus group correttivi</i>
Interventi effettuati anni precedenti	<i>Cartella Informatizzata</i>
Empowerment dei cittadini	Attraverso sito istituzionale
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Implementazioni di ulteriori sistemi per la corretta identificazione come implementazione della foto nel FUT della terapia e utilizzo di braccialetti
Attività	Implementazione di nuovi sistemi
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi avversi rispetto anno precedente

Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici

1. Sicurezza somministrazione terapia farmacologica

Vedi punto precedente corretta identificazione del paziente che viene adottata principalmente per una corretta somministrazione della terapia farmacologica

2. Farmacovigilanza

Ambito di Riferimento	Farmacovigilanza
Tipologia	Sicurezza pazienti
Normative	Regolamento UE 1235/2010 <ul style="list-style-type: none"> • Direttiva 2010/84/UE • Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015- Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 • Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. • Decreto Legislativo 29 dicembre 2007



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	<p>(Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato • DM 12/12/2003 - Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini • Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza
Tematiche Correlate	Sicurezza dei pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario, Infermieri
Descrizione del flusso formativo	<p>La farmacovigilanza è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.</p> <p>In linea con questa definizione generale, gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso. • promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale. <p>La farmacovigilanza è quindi un'attività che contribuisce alla tutela della salute pubblica. I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere</p>



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	<p>ricavati da differenti fonti: segnalazioni di sospette reazioni avverse (spontanee e non), studi clinici, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche, ecc.</p> <p>Il Centro regionale per la farmacovigilanza, istituito dalla Regione Emilia-Romagna presso il proprio Servizio politica del farmaco, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica dell'Unità di farmacologia presso il Dimec (Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche dell'Università di Bologna) e, per la parte operativa, della rete dei responsabili di farmacovigilanza delle Aziende sanitarie. Collabora con l'Ufficio di farmacovigilanza dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco). Il Centro regionale verifica e valida le schede di segnalazione, individuando per ogni singola scheda - e sulla base di criteri rigorosi - la correlazione tra "farmaco-reazione avversa" del medicinale, prima dell'inserimento nella Rete nazionale di Farmacovigilanza di Aifa</p>
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	<i>Analisi degli eventi sentinella segnalati e focus group correttivi. Comitato per l'adozione dei farmaci composto da Direzione Sanitaria-Primario e Resp. Medici</i>
Interventi effettuati anni precedenti 3. D	<i>Revisione in toto dei farmaci acquistati dalla farmacia</i>
Empowerment dei cittadini s	Condivisione con i pazienti delle terapie effettuate con rapporti incentrati su benefici
Giudizio Complessivo 4.	Buono
Obiettivo Generale 5. 6.	Revisione periodica delle linee guida di utilizzo dei farmaci
Attività 7. 8.	Implementazione di ulteriori sistemi di controllo
Indicatori di risultato 9. 10.	Misurazione degli eventi avversi rispetto anno precedente e riunioni periodiche, focus group

11.
3. Dispositivovigilanza

Ambito di Riferimento	Dispositivo Vigilanza
Tipologia	Sicurezza pazienti/operatori
Normative	Ministero della Salute - Decreto legislativo 15 novembre 2005, n. 274



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute - Decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332 • Ministero della Salute - Decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 • Ministero della Salute - Decreto legislativo 14 dicembre 1992, n. 507 • D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
Tematiche Correlate	Sicurezza dei pazienti e operatori
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario, Infermieri
Descrizione del flusso formativo	<p>L'obiettivo del sistema di vigilanza dei dispositivi medici è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo. Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, infatti, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore. Anche il fabbricante o il suo mandatario sono tenuti ad analoghe comunicazioni qualora vengano a conoscenza di alterazioni delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo medico o della inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso, nonché delle cause di ordine tecnico e sanitario che hanno causato il ritiro sistematico dal mercato del dispositivo medico da parte del fabbricante</p>



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	medesimo. L'esito finale di questa attività di monitoraggio può consistere in uno spontaneo ritiro dal commercio del dispositivo medico da parte del fabbricante o del suo mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute.
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	<i>Analisi degli eventi sentinella segnalati e focus group correttivi</i>
Interventi effettuati anni precedenti	<i>Sostituzione di macchinari obsoleti</i>
Empowerment dei cittadini	-
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Monitoraggio costante delle apparecchiature con controlli periodici
Attività	Implementazione di nuovi macchinari in linea con le normative nazionali
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi avversi rispetto anno precedente

Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure

1. Contenzione

Ambito di Riferimento	Contenzione
Tipologia	Sicurezza pazienti
Normative	Normative Regione Emilia-Romagna vedi tabelle precedenti
Tematiche Correlate	Sicurezza pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario
Descrizione del flusso formativo	Registrazione delle contenzioni e applicazioni delle contenzioni solo in caso di estrema necessita come da linee guida
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	Valutazione delle contenzioni e in particolar modo l'effetto che può avere sul paziente
Interventi effettuati anni precedenti	Numerosi corsi formativi- vedi capitoli successivi.
Empowerment dei cittadini	Rapporto diretto con i caregiver
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Ridurre il più possibile le contenzioni
Attività	Ulteriori corsi di formazione
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi contenzionei rispetto anno precedente



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

2. Allontanamento del paziente

Ambito di Riferimento	Allontanamento del paziente
Tipologia	Sicurezza pazienti
Normative	Normative regionali e nazionali
Tematiche Correlate	Sicurezza sul lavoro, sicurezza dei pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario
Descrizione del flusso formativo	In caso di allontanamento di un paziente vengono messi in atto tutta una serie di attività di ricerca schedulate secondo procedure specifiche
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	-
Interventi effettuati anni precedenti	-
Empowerment dei cittadini	Rapporto diretto con i Caregiver e
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Ulteriori sistemi di controllo sul monitoraggio della presenza dei pazienti nel reparto
Attività	Corsi di Formazione per la spiegazione delle procedure
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi avversi rispetto anno precedente

3. Prevenzione lesioni da pressione

Ambito di Riferimento	Lesioni da pressione
Tipologia	Sicurezza pazienti
Normative	Bellingeri A. Il prontuario per la gestione delle lesioni cutanee. CdG Editore; Pavia 2013: pp.14 <ul style="list-style-type: none"> • Calosso A. Le lesioni cutanee. Carocci Faber; Roma 2004: p.100 • Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. Int J Nurs Stud 2013; 50:974-1003 • Regione Emilia Romagna 2016 – Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione - gennaio 2016
Tematiche Correlate	Sicurezza dei pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

Descrizione del flusso formativo	<p>Le lesioni da pressione sono aree di danno localizzato alla cute e ai tessuti sottostanti, causato da pressione, frizione e taglio. Hanno come determinanti sia fattori predisponenti legati alle caratteristiche del paziente (ipotrofismo, malnutrizione, diabete, ipoperfusione, pelle esposta costantemente all'umidità, alterata percezione sensoriale, mobilità limitata, età); sia fattori direttamente legati alle modalità assistenziali adottate durante l'ospedalizzazione (effetti collaterali di farmaci, interventi chirurgici, prolungato allettamento). Così come il monitoraggio di altri eventi avversi, la sorveglianza della loro incidenza rappresenta un aspetto importante del grado di attenzione che un servizio sanitario riesce a esprimere nei confronti dei propri pazienti. Le lesioni da decubito rappresentano infatti un problema rilevante: provocano disagio e dolore, rallentano il processo di guarigione, prolungano la degenza, aumentano la morbilità, la mortalità e i costi. La Regione Emilia Romagna da diverso tempo fornisce indicazioni e strumenti per il monitoraggio, la prevenzione e cura delle lesioni da pressione. L' Ospedale ha attivo un servizio di consulenza in urgenza con Ospedale Maggiore di Bologna</p>
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	-
Interventi effettuati anni precedenti	Corsi formativi e accordo con Ospedale Maggiore
Empowerment dei cittadini	-
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Miglior valutazione assistenziale all'ingresso e al momento in cui si presenta la lesione
Attività	Ulteriori corsi di formazione
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi avversi rispetto anno precedente



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

Prevenzione e sorveglianza rischio infettivo

1. Sorveglianza infezioni (Sicher, Mdro, altri sistemi sorveglianza)

E' stato costituito un Comitato interno (Direzione sanitaria, infermieri, Direzione Infermieristica) per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere anche in previsione del Canadian Accreditation. Inoltre sono stati inseriti nuovi indicatori sull' utilizzo di antibiotici e patologie sviluppate.

Il comitato svolge i seguenti ruoli:

- definire ed aggiornare periodicamente un programma di Antimicrobial Stewardship coerente con le linee guida nazionali e regionali;
- definizione della lista dei farmaci antibiotici ad alta attenzione per i quali prevedere una politica di restrizione prescrittiva;
- definire e diffondere procedure ed istruzioni operative per l'attuazione del programma;
- effettuare audit interni sulla appropriatezza della prescrizione;
- assicurare la formazione del personale sull'uso degli antibiotici;
- redigere un report annuale sullo stato di attuazione del programma e sulle attività svolte

Ambito di Riferimento	Infezioni Ospedaliere
Tipologia	Sicurezza pazienti
Normative	Johnson LE, Reyes K, Zervos MJ. Resources for Infection Prevention and Control on the World Wide Web. Clin Infect Dis 2009; 48:1585–95 2. CCM. <ul style="list-style-type: none"> • Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. New Engl J Med 2006; 355: 2725-2732 4. • Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. J Hosp Infect 2003; 54: 258–266 5. • Fraser V. Zero: What Is It, and How Do We Get There? ICHE 2009, vol. 30: 67-70 6. • Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Sito "Accreditamento istituzionale": http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/index.htm
Tematiche Correlate	Sicurezza pazienti
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario
Descrizione del flusso formativo	Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria quello infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	<p>o in ambito lavorativo, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. Per contenere il rischio infettivo è necessaria un'azione concertata che veda il concorso di tutti nell'attivazione di politiche e strumenti preventivi. La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza deve, infatti, essere considerato un obiettivo ed una responsabilità specifica di ciascun operatore della sanità, da chi ha responsabilità di gestione dell'azienda a chi opera nei servizi, a chi è coinvolto direttamente nell'assistenza in collaborazione con i pazienti, i familiari e altri caregiver. La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato e sperimentato nel corso degli anni strumenti innovativi per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibioticoresistenza, mutuati dalle migliori esperienze internazionali su questo tema, ottenendo risultati positivi per la salute dei cittadini</p>
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	Valutazione delle infezioni attraverso il monitoraggio dell'utilizzo di antibiotici e tramite esami strumentali
Interventi effettuati anni precedenti	Corsi formativi, nuove procedure, ulteriori indicatori
Empowerment dei cittadini	-
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Ridurre il più possibile le infezioni adottando misure idonee e farmaci corretti
Attività	Ulteriori corsi di formazione
Indicatori di risultato	Misurazione degli eventi infezione rispetto anno precedente

2. Igiene delle mani

Ambito di Riferimento	Igiene Mani
Tipologia	Sicurezza pazienti e Operatori
Normative	Normative nazionali e regionali
Tematiche Correlate	Sicurezza pazienti e operatori e visitatori
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario
Descrizione del flusso formativo	Vengono impartiti agli operatori-pazienti e visitatori informazioni specifiche sul lavaggio delle mani anche attraverso una cartellonistica specifica
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	Valutazione sulla corretta applicazione della procedura con scheda di valutazione del lavaggio delle mani degli operatori



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

Interventi effettuati anni precedenti	Corsi formativi, nuove procedure, ulteriori indicatori
Empowerment dei cittadini	-
Giudizio Complessivo	Buono
Obiettivo Generale	Impartire una cultura diffusa del lavaggio delle mani
Attività	Ulteriori corsi di formazione
Indicatori di risultato	Misurazione del corretto lavaggio delle mani attraverso la scheda di valutazione

3. Prevenzione e controllo eventi epidemici (es. COVID-19, epidemie in setting ad alto rischio, ecc.)

Le attività pianificate e realizzate dalla Ospedale privato accreditato per la gestione della emergenza COVID hanno avuto come obiettivo quello di:

- Prevenire la diffusione di COVID-19 all'interno della struttura;
- Garantire l'assistenza per un numero limitato di pazienti con COVID-19 confermato o sospetto nell'ambito delle operazioni di routine;
- Prendersi cura potenzialmente di un numero maggiore di pazienti nel contesto di un focolaio crescente, pur mantenendo cure adeguate per gli altri pazienti;
- Monitorare e gestire il personale sanitario che potrebbe essere esposto a COVID-19;
- Comunicare efficacemente all'interno della struttura e pianificare un'adeguata comunicazione esterna relativa a COVID-19

Anche per tutto l'anno 2022 intensa è stata l'attività di redazione e aggiornamento di istruzioni operative distribuite in forma controllata a tutto il personale.

Vista l'attuale fase pandemica le procedure sono state semplificate in un'unica procedura denominata PGRM 021

4. Prevenzione e controllo della Legionellosi

Ambito di Riferimento	Legionellosi
Tipologia	Sicurezza pazienti e Operatori
Normative	Normative nazionali e regionali
Tematiche Correlate	Sicurezza pazienti e operatori e visitatori
Responsabilità e Referente Processo	Dir Sanitaria, Legale Rappresentante, Primario
Descrizione del flusso formativo	Misure tecniche e strutturali per la prevenzione del rischio legionellosi attraverso anche un



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

	sistema di consulenze ad hoc.
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	Valutazione specifica del rischio con controlli semestrali delle acque in almeno 20 punti di erogazione
Interventi effettuati anni precedenti	Corsi formativi, nuove procedure, ulteriori indicatori
Empowerment dei cittadini	-
Giudizio Complessivo	Sufficiente
Obiettivo Generale	Migliorare la rete idrica con la sostituzione di vecchie tubature con tubature più nuove e miglioramento dei sistemi di disinfestazione
Attività	Corsi di formazioni su deflussaggio delle acque
Indicatori di risultato	Misurazione e comparazione delle diverse campionature delle acque

Gestione sinistri e comunicazione con i Cittadini

1. Gestione sinistri

In ottemperanza agli art. 2 comma 5 e art.4 comma 3 della Legge 8 marzo 2017 n.24 l'Ospedale privato accreditato Villa Baruzziana ha pubblicato sul proprio sito web i dati relativi alla sinistrosità.

ANNO	N SINISTRI	IMPORTO PAGATO
2022	0	0,00 €
2021	1	15.000,00 €
2020	0	0,00 €
2019	0	0,00 €
2018	1	4.800,00 €

I sinistri si riferiscono ad anni precedenti che sono stati liquidati successivamente, l'analisi delle richieste è stata analizzata dall'ufficio legale.

Tutti i sinistri vengono gestiti dall'ufficio reclami e demandati all'ufficio legale

2. Segnalazione cittadini per la gestione del rischio (URP)

Ambito di Riferimento	Sinistri e rapporti con il cittadino
Tipologia	Sinistri



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

Normative	<p>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 7 febbraio 2002 (pdf, 28.3 KB) "Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni" • Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini" • Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017" • Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
Tematiche Correlate	Sinistri
Responsabilità e Referente Processo	Ufficio Reclami e Uff. legale
Descrizione del flusso formativo	Misure tecniche e strutturali per la prevenzione del rischio legionellosi attraverso anche un sistema di consulenze ad hoc.
Altri Flussi	NP
Valutazione del Rischio	<p>La Regione Emilia Romagna attraverso l'Agencia Sanitaria Regionale ha avviato da tempo un progetto per coordinare la gestione complessiva delle segnalazioni dei cittadini. Tale progetto si è realizzato in collaborazione con i Responsabili degli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie, avvalendosi della collaborazione di un gruppo di lavoro composto da alcune aziende, e del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato dei Cittadini (CCRQ). Gli obiettivi sono: - creare una banca dati regionale delle segnalazioni (reclami, suggerimenti, elogi, rilievi) presentate dai cittadini agli URP delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna; - adottare</p>



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

	procedure omogenee per la gestione dei reclami nelle Aziende Sanitarie; - dotare gli URP delle Aziende Sanitarie e l'URP dell'Assessorato Sanità di un software applicativo che consenta la gestione completa delle segnalazioni di propria competenza (immissione dei dati, ricerche e visualizzazioni, reportistica su scala aziendale).
Interventi effettuati anni precedenti	Corsi formativi, nuove procedure, ulteriori indicatori
Empowerment dei cittadini	-
Giudizio Complessivo	Sufficiente
Obiettivo Generale	Adottare procedure omogenee
Attività	
Indicatori di risultato	

Salute e Sicurezza degli Operatori

1. Infortuni

- a.b nessun giorno
- c.v 49 gg
- r.b nessun giorno
- c.d nessun giorno
- c.b 44 giorni (infortunio in itinere)
- d.e 10 giorni
- f.c nessun giorno

Tot 7 INFORTUNI

Di cui solo 1 in itinere

Sono presenti strutture e procedure idonee per la prevenzione infortuni. Per il Rischio Biologico esiste anche convenzione specifica con Osp. S orsola per un accesso diretto in PS.

2. Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti

Vedi allegato 1

3. Violenza contro gli operatori (fare attualmente riferimento al PREVIOS)

Vedi allegato 2

4. Benessere organizzativo



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

Vedi allegato 3

Anticorruzione e Percorso Attuativo Certificabilità

Per l'anno 2024 l'azienda adotterà il sistema iso 37001 per anticorruzione e whistleblowing

7. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO

Nei vari criteri precedentemente descritti sono stati inseriti gli obiettivi da conseguire per l'anno in corso ulteriormente a questi obiettivi si inseriscono i seguenti step

1) INTERVENTI PROATTIVI

Anche nel 2023 proseguirà l'intensa attività proattiva e verrà implementato un sistema di risk assesment.

2) SAFETY WALK AROUND

La metodica verrà implementata e sviluppata per una miglior sicurezza e per attente valutazioni e conseguenti focus group incentrati su Near miss e difficoltà strutturali.

3) ATTIVITA' FORMATIVE PROGRAMMATE PER ANNO 2023

Con la società Arcade si è programmato un piano formativo ad hoc per l'anno 2023.

In particolare, ci siamo concentrati sulla sicurezza di pazienti e operatori con corso vigili del fuoco di 16 ore e corsi sulla sicurezza degli operatori.

Si allega PAF 2023



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA



PIANO FORMATIVO ANNO 2023 - VILLA BARUZZIANA

OBBIETTIVO SPECIFICO (motivazione che ha fatto nascere l'esigenza)	RISULTATO ATTESO	PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE (P/I/EVENTO/E)	RESPONSABILE SCIENTIFICO	PERIODO SVOLGIMENTO	VERIFICA IN ITINERE	TITOLO EVENTO	DOCENTI	DURATA	DESTINATARI	QUOTA PARTECIPAZIONE	N. MAX PARTECIPANTI	CREDITI	DATE CORSI	TIPOLOGIA CORSO (FR, FSC)	OBBIETTIVO FORMATIVO	AMBITO DI PERTINENZA (azienda, regionale, nazionale)
FORMAZIONE PER CLIENTI ESTERNI PROVIDER ARCADE - formazione ECM																
						VILLA BARUZZIANA										
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	14 MARZO 2023	gen-23 apr-23	BLS	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	6	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	12	19,5	14 MARZO 2023	BLENDEND	18	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	4 APRILE 2023	feb-23 mag-23	BLS	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	6	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	12	19,5	4 APRILE 2023	BLENDEND	18	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	18 APRILE 2023	feb-23 mag-23	BLS	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	6	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	12	19,5	18 APRILE 2023	BLENDEND	18	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	9 MAGGIO 2023	mar-23 giu-23	BLS	DOTT. FARABEGOLI ENRICO	6	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	12	19,5	9 MAGGIO 2023	BLENDEND	18	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT.SSA VALENTINA MORINI	7 FEBBRAIO 2023	dic-22 mar-23	Prevenzione dei suicidi e raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	DOTT.SSA VALENTINA MORINI DOTT. GIANFRANCO TARUSCHIO	2	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	25	5,2	7 FEBBRAIO 2023	BLENDEND	6	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT.SSA VALENTINA MORINI	21 FEBBRAIO 2023	dic-22 mar-23	Prevenzione dei suicidi e raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	DOTT.SSA VALENTINA MORINI DOTT. GIANFRANCO TARUSCHIO	2	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	25	5,2	21 FEBBRAIO 2023	BLENDEND	6	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT.SSA VALENTINA MORINI	7 MARZO 2023	gen-23 apr-23	Prevenzione dei suicidi e raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	DOTT.SSA VALENTINA MORINI DOTT. GIANFRANCO TARUSCHIO	2	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	25	5,2	7 MARZO 2023	BLENDEND	6	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT.SSA VALENTINA MORINI	21 MARZO 2023	gen-23 apr-23	Prevenzione dei suicidi e raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	DOTT.SSA VALENTINA MORINI DOTT. GIANFRANCO TARUSCHIO	2	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	25	5,2	21 MARZO 2023	BLENDEND	6	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT. VINCENZO NERI	1 FEBBRAIO 2023 AL 31 DICEMBRE 2023	dic-22 gen-24	FORMAZIONE INTERNA VILLA BARUZZIANA	DOTT. ABATI, DOTT. NERI E DOTT.SSA SALERNO	15	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	35	19,5	1 FEBBRAIO 2023 AL 31 DICEMBRE 2023	FSC	3	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT. VINCENZO NERI	17-22 Maggio 2023	mar-23 giu-23	Corso sicurezza sul lavoro d.lgs 81/08 ED.1	DOTT. VINCENZO NERI, CHIARA ZAGNI	16	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	25	25,6	17-22 Maggio 2023	RES	2	aziendale
aggiornamento obbligatorio	attivazione corso	E	DOTT. VINCENZO NERI	5-12 Giugno 2023	apr-23 lug-23	Corso sicurezza sul lavoro d.lgs 81/08 ED.2	DOTT. VINCENZO NERI, CHIARA ZAGNI	16	infermieri, psicologi, medici chirurghi, tecnico di neurofisiopatologia	//	25	25,6	5-12 Giugno 2023	RES	2	aziendale

1

8. DEBITI FORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES

I debiti informativi verso la Regione e verso il Ministero (flusso SIMES) e gli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito di Villa Baruzziana derivanti dalla Legge 24/2017, sono stati puntualmente assolti, in particolare:

I dati relativi ai sinistri e agli eventi sono stati pubblicati sul sito

Non essendosi verificato nessun evento sentinella non si è reso necessario compilare la scheda A e la scheda B previste dal flusso SIMES.

I flussi informativi tramite applicativo regionale attualmente non vengono più caricati vista l'incompatibilità di Internet Explorer con gli attuali sistemi informatici adottati dalla struttura.



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

9. INVESTIMENTI ANNO 2023

Il CDA dell'azienda ha stanziato circa 30.000€ per attività inerenti la sicurezza. In particolare 15.000€ per implementazione della strumentazione di domotica per la prevenzione delle cadute e circa 15.000€ per la formazione.

Inoltre verranno potenziati i sistemi di disinfezione delle acque per il rischio Legionellosi.

10. DURATA E TEMPI DEL PPSC

Come richiesto dal DM del 19/12/2022 il PPSC dovrà essere elaborato annualmente.

Il PPSC è il documento generale sulla gestione del rischio aziendale di natura "programmatoria" con cui ogni struttura definisce gli obiettivi in linea con il Piano della Performance e con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale e contestualizzato agli obiettivi assegnati nell'ambito del processo di budget.

Il PPSC integra al suo interno il Piano annuale per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ed il governo del rischio infettivo, il Piano aziendale per la Prevenzione delle Cadute (PAPC) e il Piano aziendale per la Prevenzione della Violenza ad Operatori Sanitari (PREVIOS). Dovrà essere elaborato ed adottato dalla Direzione aziendale **entro il 31/05** di ogni anno.

Il PPSC dovrà essere trasmesso alla RER **entro il 30/06** di ogni anno, per dare evidenza delle attività di programmazione della Direzione anche in relazione agli obiettivi di mandato ed a quelli annuali assegnati all'Azienda.

11. DIFFUSIONE DEL PPSC

L'azienda pubblica sul proprio sito il documento

12. RENDICONTAZIONE ANNUALE DEL PPSC

Per rinforzare e consolidare il sistema, deve essere infine evidente l'impegno che l'Azienda assume per rilevare, registrare e comunicare, sia internamente che esternamente, i risultati ottenuti, le iniziative adottate, le azioni di miglioramento effettuate, rispetto agli obiettivi prefissati.

La Rendicontazione diventa quindi un elemento strategico e rappresenta esso stesso una "fonte informativa"

e base di riflessione per gli aggiornamenti successivi del PPSC.

La Rendicontazione del PPSC viene redatta **entro il 31/05 di ogni anno**, ed è comprensiva di tutte le attività effettuate per la sicurezza delle cure. Potrà fare riferimento ed eventualmente aggiornare, le informazioni presenti nella "Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

conseguenti iniziative messe in atto" (legge 24/17 all'art. 2 comma 5) che dovrà essere pubblicata annualmente **entro il 31/03** sul sito internet aziendale.

La rendicontazione del PPSC, dovrà essere trasmessa alla RER **entro il 30/06** di ogni anno, per dare evidenza delle attività svolte dalla Direzione anche in relazione agli obiettivi di mandato ed a quelli annuali assegnati all'Azienda.

Il Direttore Sanitario
Dott. Franco Neri

**Ospedale Privato Accreditato
Villa Baruzziana S.P.A**

Via dell'Osservanza, 19 - 40136 Bologna

tel: 051 580 395

fax: 05 580 315

Analisi tecnica dell'esposizione a fattori biomeccanici

Revisione: 18/01/2018

FLAT srl

Formazione Lavoro Ambiente e Tecnologia

Viale Ercolani 8, 40138 Bologna

Codice Fiscale 04247260377 - REA 362729 - Partita IVA 01739891206

Contenuto del documento

Il documento è articolato nelle sezioni indicate di seguito.

Sezione	Pagina
1. Premessa	2
2. Valutazione di primo livello	3
3. Valutazione di secondo livello	4
4 Bibliografia	11
5. Analisi del rischio biomeccanico	15
6. Sintesi dei risultati	33
7. Conclusioni	35

1. Premessa

Dati della Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro (<http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/index.htm>) mostrano che i problemi di salute più frequentemente riportati da chi lavora (anche in Italia) sono di tipo muscolo scheletrico e riferiti all'esposizione a fattori di rischio biomeccanico.

Con il termine "fattori biomeccanici" si identificano elementi che derivano da particolari modalità di effettuazione dell'attività lavorativa quali ad esempio la movimentazione manuale di carichi di peso eccessivo e/o in posizioni incongrue e/o con frequenza eccessiva, l'assunzione di posture prolungate in posizioni incongrue (lavoro in ginocchio, con le mani sopra la testa, eccetera), l'esecuzione di movimenti ripetitivi e forzati delle mani (lavoro manuale ad alta velocità).

Studi epidemiologici hanno dimostrato che elevati livelli di esposizione a fattori biomeccanici, soprattutto se in combinazione tra loro, determinano un aumentato rischio di insorgenza di disturbi dell'apparato muscolo scheletrico (Bernard, 1997).

Nella maggior parte dei casi il sovraccarico biomeccanico derivante dallo svolgimento di attività manuali che comportano la movimentazione di carichi o l'esecuzione di movimenti ripetitivi è frutto della combinazione e dell'interazione di tutti i fattori che caratterizzano il compito: pensiamo ad esempio all'influenza esercitata dalla postura sulla capacità di un segmento corporeo di sviluppare forza muscolare, come pure, nel caso del rachide lombosacrale, sul grado di compressione del disco intervertebrale. Meno frequenti sono le situazioni caratterizzate dalla presenza pressoché esclusiva di un fattore biomeccanico che, anche preso singolarmente, è in grado di determinare un significativo sovraccarico delle strutture muscolo tendinee coinvolte.

Negli anni sono stati proposti diversi metodi per valutare il rischio associato all'esposizione a fattori biomeccanici: di taluni di questi metodi, recentemente, è stata esaminata l'affidabilità dal punto di vista scientifico (Takala et al., 2010). I migliori metodi disponibili, tuttavia, sono stati sviluppati in relazione ad un compito lavorativo specifico, mentre la maggior parte delle attività comporta l'esecuzione, in un turno di lavoro, di compiti tra loro generalmente diversi (Dempsey, 1999).

In assenza di un "gold standard" per la valutazione del rischio biomeccanico, si deve quindi sempre tenere presente che:

- la scelta del metodo utilizzato influenza i risultati che si otterranno e va quindi specificamente motivata;
- i risultati ottenuti vanno considerati come un'indicazione generale di tendenza e, anche quando essi sono espressi in modo numerico, non possono essere valutati come si fa per altri ambiti di esposizione professionale dove è possibile disporre di una migliore conoscenza della relazione che lega il livello di esposizione all'effetto sulla salute (si veda, ad esempio, l'esposizione a sorgenti sonore).

La valutazione del rischio biomeccanico richiede pertanto l'adozione di un percorso metodologico in grado, da un lato, di garantire l'esigenza di prendere in esame la molteplicità dei fattori biomeccanici che nell'insieme concorrono a determinare l'esposizione nei diversi distretti corporei, dall'altro di soddisfare la necessità di procedere, se indicato, ad una analisi più approfondita di uno o più fattori.

La metodologia di valutazione che oggi costituisce il migliore compromesso tra costi e benefici è articolata su un percorso a tre livelli; di seguito viene descritto un percorso di valutazione del rischio biomeccanico così articolato, basato sulle conoscenze scientifiche attualmente disponibili sull'argomento.

Un primo livello (di “screening”) ha come obiettivo quello di identificare le situazioni nelle quali sono presenti fattori di rischio biomeccanico che, per le loro caratteristiche in termini di tipologia e/o durata di esposizione, meritano di essere oggetto di valutazione approfondita. Lo strumento scelto per questo tipo di indagine deve pertanto essere completo, cioè in grado di analizzare la presenza di tutti i fattori di rischio biomeccanico in tutti i distretti corporei, tenendo conto della durata e della frequenza di esposizione agli stessi. I risultati della valutazione di primo livello dovranno pertanto identificare quelle condizioni che necessitano di una valutazione approfondita e orientare la scelta del metodo più opportuno tra quelli disponibili.

La valutazione di secondo livello prevede l’uso di metodi, generalmente osservazionali, che risultano tra loro necessariamente diversi: vi sono infatti metodi che focalizzano l’attenzione su particolari distretti anatomici o su specifici fattori di rischio e altri che, al contrario, propongono indici di rischio come risultato di una valutazione combinata di più fattori quali: ripetitività, forza, posture, carichi movimentati, dimensioni ambientali (Takala et al., 2010). Si pone a questo punto il problema della scelta del metodo più opportuno. Tale scelta dovrà tenere conto delle specifiche condizioni della situazione da valutare che sono emerse dall’analisi di primo livello. I metodi scelti dovranno preferibilmente presentare queste caratteristiche: possedere una solida base di riferimento supportata da evidenze scientifiche ed essere stati oggetto di valutazione sia in termini di riproducibilità che di validità. Metodi che hanno dimostrato una buona riproducibilità e una buona capacità di identificare le esposizioni in grado di aumentare effettivamente il rischio di sviluppare disturbi dell’apparato muscolo scheletrico offrono infatti una maggiore garanzia per l’individuazione delle situazioni meritevoli di interventi preventivi o correttivi.

Nel caso in cui l’analisi di secondo livello non possa essere considerata sufficiente o nel caso emergano problematiche specifiche tali da richiedere la misura di parametri molto complessi (ad esempio: misura di parametri fisiologici quali la frequenza cardiaca, l’attività bioelettrica muscolare o il consumo di ossigeno, studio su tempi e movimenti, analisi biomeccanica eccetera), completata la valutazione di secondo livello, ci si dovrà avvalere delle misure necessarie per completare la procedura di valutazione (in genere questo potrebbe richiedere il ricorso a strutture specializzate).

2. Valutazione di primo livello

Come strumento per lo “screening” del rischio biomeccanico un metodo che è stato oggetto di valutazione in ambito scientifico e di adeguato uso sul campo è la *check-list* dello Stato di Washington (*Washington State Department of Labor and Industries*, accessibile all’indirizzo: <http://www.lni.wa.gov/Safety/Topics/Ergonomics/ServicesResources/Tools/default.asp> [accesso ottobre 2016]).

Si tratta di un metodo di analisi ergonomica finalizzato alla riduzione dell’esposizione dei lavoratori a fattori di rischio biomeccanico che possono causare o aumentare i disturbi muscolo scheletrici. La *check-list* unisce caratteristiche di semplicità ed immediatezza d’uso a completezza e rigore metodologico, prende infatti in considerazione molti fattori di rischio (postura, ripetitività, forza, vibrazioni, movimentazione manuale dei carichi) e la relativa durata e frequenza (Russell et al., 2007; Takala et al., 2010).

Secondo quanto previsto dal metodo sviluppato nello Stato di Washington, l’analisi del rischio da fattori biomeccanici è un processo in due tempi. Si valuta dapprima l’esistenza di “segnalatori di rischio” (*caution zone check-list*) cioè compiti o fattori in cui ricorrono determinate caratteristiche che indicano la possibile presenza di un sovraccarico biomeccanico per tutti i distretti corporei (arto superiore, rachide cervicale, rachide lombare e arti inferiori). Qualora si evidenzia la presenza anche di un solo segnalatore di rischio si dovrà procedere ad un’analisi più approfondita (secondo livello), anche attraverso l’impiego di una ulteriore *check-list* sempre proposta dallo Stato di Washington (*hazard zone check-list*). Lo strumento risulta pertanto adatto come metodo di screening (Takala et al., 2010).

È stata osservata, in uno studio trasversale condotto nel settore della raccolta e gestione dei rifiuti solidi, un'associazione con i disturbi muscolo scheletrici (in particolare è stata verificata la congruenza tra la patologia (disturbo) rilevata e il fattore di rischio valutato dalla *check-list* come "positivo"). Lo strumento ha mostrato alta sensibilità e moderata specificità. (Eppes S. Washington State Ergonomics Tool: predictive validity in the waste industry, 2004).

Il metodo è inoltre parte di uno standard recentemente sottoposto a valutazione dell'impatto preventivo che ne ha dimostrato l'efficacia sul campo (Foley et al., 2009).

La parte della *check-list* relativa alla movimentazione manuale dei carichi è stata inoltre applicata per valutare compiti di sollevamento nell'ambito della grande distribuzione: la corrispondenza con i risultati forniti da altri metodi (compresa l'equazione del NIOSH) è stata giudicata moderata (Russell et al., 2007; Takala et al., 2010).

È stata infine indagata la ripetibilità tra osservazioni da parte di operatori diversi che è stata giudicata moderata (Winnemuller et al., 2004).

Spinta e traino di carichi non possono invece essere valutati mediante l'osservazione ma sono indispensabili misure di forza, tuttavia, almeno a livello di screening, possono essere utilizzati dati derivanti dalla letteratura scientifica (van der Beek et al., 1999). Ad esempio, la spinta di un carrello a quattro ruote su superficie piana per 10 m (avente massa complessiva pari a 130 kg) comporta lo sviluppo di forze (iniziali e di mantenimento) che sono compatibili con i valori per la popolazione femminile derivati dagli studi psicofisici di Snook e Ciriello con i quali vengono normalmente valutate le azioni di movimentazione manuale orizzontale di carichi (van der Beek et al., 1999).

3. Valutazione di secondo livello

Per la valutazione di secondo livello del rischio biomeccanico sono disponibili diversi strumenti consistenti sia in norme tecniche (ad esempio le norme ISO 11228 parti 1, 2 e 3) sia in metodi pubblicati nella letteratura scientifica internazionale; di seguito si illustra sommariamente un insieme di tecniche che consente una valutazione dei fattori biomeccanici sufficientemente completa.

3.1 Movimentazione manuale verticale di carichi (azioni di sollevamento e/o abbassamento)

Per la valutazione di secondo livello delle azioni di sollevamento (e/o abbassamento) il metodo più noto a livello internazionale è l'equazione del *National Institute for Occupational Safety and Health* del 1991.

Nel 1981 il *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 1981) ha proposto una metodologia per la valutazione del rischio biomeccanico associato all'effettuazione ripetuta di azioni di sollevamento. Tale equazione è stata poi modificata successivamente nel 1991 (Waters et al., 1993; Waters et al., 1994; Waters et al., 1998; Waters et al., 1999) al fine di ampliarne l'applicabilità a compiti di sollevamento più complessi (non solo a quelli effettuati sul piano sagittale).

Lo strumento presenta numerosi punti di forza risultando infatti "ben documentato e testato in numerosi studi di laboratorio", presenta un "solido retroterra basato su studi scientifici" ed un "indice correlato al rischio per la salute del rachide" (Takala et al, 2010). L'equazione aggiornata nel 1991 è infatti basata su tre criteri derivati da studi scientifici di tipo biomeccanico, fisiologico e psicofisico. In particolare il criterio biomeccanico limita gli effetti dello stress fisico sul rachide lombosacrale (importante in sollevamenti occasionali). Il criterio fisiologico limita lo stress metabolico e la fatica associati ai compiti ripetuti di sollevamento.

Infine il criterio psicofisico limita il carico di lavoro sulla base della percezione della capacità di sollevamento del lavoratore (valutazione soggettiva).

Diversi studi (di tipo trasversale) hanno valutato l'associazione tra movimentazione manuale di carichi studiata con il metodo NIOSH e disturbi muscolo scheletrici a livello del rachide lombo-sacrale. In particolare, in uno studio di Marras e collaboratori (1999) è stata valutata la capacità del metodo di identificare correttamente lavori ad alto, medio e basso rischio di insorgenza di mal di schiena: lo strumento ha mostrato alta sensibilità e moderata specificità (ovvero è stata osservata una tendenza del metodo a sovrastimare il rischio, classificando più compiti a rischio elevato).

In un recente articolo (Waters et al., 2011) è stato osservato che la forma della relazione dose-effetto tra incremento dell'indice di sollevamento e incremento della prevalenza di mal di schiena non è lineare ed anzi, al di sopra del valore 3 di indice di sollevamento, si assiste ad una riduzione della prevalenza di sintomi. Gli stessi autori concludono prudentemente che sono necessari studi longitudinali ("*longitudinal studies are needed*") per meglio caratterizzare la relazione dose-effetto.

Nel 1994 è stata inoltre pubblicata, dagli stessi autori del metodo, una procedura per calcolare l'Indice di Sollevamento Composto (*Composite Lifting Index, CLI*) utile per valutare compiti multipli di sollevamento (Waters et al., 1994). Un classico esempio di compito multiplo di sollevamento è rappresentato dall'attività di scomposizione di un bancale (in questo caso la variabile "altezza delle mani da terra" risulta infatti diversa sollevamento dopo sollevamento). In un recente studio prospettico è stato osservato che valori dell'indice di sollevamento composto (ISC) maggiori di 2 risultano predittivi di mal di schiena (lombalgia) autoriferito (Lu et al., 2014).

L'applicazione del metodo NIOSH per la valutazione di compiti di sollevamento è stata trasposta nella norma ISO 11228, parte 1. Come riportato in un articolo di Fallentin del 2001 (Fallentin et al., 2001) la norma ISO è concettualmente simile all'equazione NIOSH del 1991, poiché permette di determinare un "peso raccomandato" attraverso un'equazione che, a partire da una massa di riferimento iniziale sollevabile in condizioni ottimali (m_{rif}), considera l'eventuale esistenza di elementi sfavorevoli e tratta questi ultimi con appositi fattori di demoltiplicazione (impiegando i coefficienti del metodo NIOSH).

Masse di riferimento indicate nella Norma ISO 11228-1 (Allegato C)

Campo di applicazione	m_{rif} Kg	Percentuale di popolazione utente protetta			Popolazione
		Maschi e Femmine	Femmine	Maschi	
Ambito professionale	15	95	90	99	Popolazione lavorativa generale (inclusi i più giovani e i più anziani)
	20				
	23				
	25	85	70	95	Popolazione lavorativa adulta
	30	-			Lavoratori specializzati
	35				
40					

In considerazione delle differenti capacità biomeccaniche di uomini e donne, è diventato consueto valutare i compiti di movimentazione manuale verticale di carichi utilizzando masse di riferimento diverse per genere (vedi tabella che precede), e in particolare 25 kg per gli uomini (secondo la norma ISO 11228 considerati protettivi per il 95% della popolazione lavorativa adulta maschile) e 20 kg per le donne (secondo la norma ISO 11228 considerati protettivi per il 90% della popolazione lavorativa generale femminile e il 99 % di quella generale maschile, che comprende i lavoratori più giovani e quelli più anziani). In tal modo, per ogni singolo compito valutato, si avranno due indici di sollevamento, da utilizzare, volendo, per le due

diverse popolazioni. In questo sta la maggiore differenza tra le indicazioni della norma ISO 11228-1 e il metodo raccomandato dal NIOSH, che invece utilizza una massa di riferimento (costante di carico) di 23 kg (51 lb) unica, affermando che *“Benché la costante di carico di 23 kg fosse basata su un peso limite accettabile per il 75% delle lavoratrici, i limiti di peso raccomandati sono accettabili almeno per il 90% delle lavoratrici, quando la costante di carico rivista viene applicata nell’equazione del sollevamento”* (Waters et al., 1993).

I fattori demoltiplicativi possono assumere valori compresi tra 0 e 1. Quando le caratteristiche dell’attività svolta corrispondono ad una condizione ottimale, il relativo fattore assume il valore 1 e pertanto non porta ad alcun decremento del peso iniziale. Viceversa, quando l’attività svolta comporta la presenza di condizioni che si discostano da quelle ottimali il relativo fattore assume un valore inferiore a 1: esso risulta tanto più piccolo quanto maggiore è l’allontanamento dalla relativa condizione ottimale.

Per il calcolo del peso raccomandato si utilizzano i seguenti parametri:

- Altezza da terra delle mani all’inizio del sollevamento
- Distanza verticale di spostamento del peso fra inizio e fine del sollevamento
- Distanza orizzontale tra le mani e il punto di mezzo delle caviglie (distanza massima del peso dal corpo)
- Dislocazione angolare del peso
- Giudizio sulla presa di carico
- Frequenza e durata del compito di sollevamento

Il valore del peso “raccomandato” finale è poi confrontato con il peso realmente sollevato nell’attività lavorativa in esame: se il peso da sollevare risulta inferiore a quello raccomandato il compito è accettabile.

Un caso a parte, che necessita di una valutazione specifica, è quello del “sollevamento infrequente” ovvero, ad esempio, di compiti di sollevamento/abbassamento che abbiano durata limitata (ad esempio, pochi minuti) o che si verifichino sporadicamente durante il turno di lavoro, o ancora non quotidianamente. In questi casi il metodo NIOSH o tutti i suoi derivati, ad esempio la citata norma ISO, tendono a sovrastimare il carico biomeccanico perché introducono variabili legate ai criteri fisiologico o psicofisico che sono irrilevanti per brevi durate. Pertanto, tutti i compiti che avevano queste caratteristiche sono stati valutati per mezzo del 3D Static Strength Prediction Program del Center for Ergonomics dell’Università del Michigan (USA) che in questo caso fornisce un indice di valutazione più appropriato. In uno studio condotto nel 2007 (Russell et al., 2007) il metodo è stato infatti applicato per valutare operazioni di stoccaggio di carichi in una catena di supermercati: i risultati hanno evidenziato livelli di rischio sovrapponibili a quelli ottenuti applicando altre metodiche (ad esempio l’equazione del NIOSH del 1991) nel caso di compiti di sollevamento effettuati vicino al livello del suolo (in particolare a 25 cm di altezza da terra). Nella valutazione di compiti in cui altri fattori (quali la frequenza e la durata delle operazioni) assumono maggiore rilevanza, si sono evidenziati livelli di rischio in media più bassi rispetto a quelli ottenuti applicando il metodo NIOSH.

3.2 Movimentazione manuale orizzontale di carichi (azioni di traino e/o spinta, trasporto)

Spinta e traino di carichi non possono essere valutati mediante l’osservazione ma sono indispensabili misure di forza. La valutazione dell’accettabilità di tali azioni viene effettuata sulla base di dati psicofisici (Snook, 1978; Snook e Ciriello, 1991; Ciriello et al., 2010): all’indirizzo http://libertymmhtables.libertymutual.com/CM_LMTablesWeb/ (Manual Materials Handling Guidelines, 2004) sono disponibili le tabelle dei valori psicofisici elaborate dal Center for Physical Ergonomics della Liberty Mutual, che rappresentano l’aggiornamento più recente degli studi di Snook e Ciriello.

Il criterio psicofisico si basa sulle opinioni di soggetti (lavoratori dell'industria) sottoposti ad esperimenti in laboratorio, in cui gli stessi dovevano sollevare/abbassare, spingere/tirare o trasportare carichi di peso (a loro) ignoto per periodi di tempo limitato (fino a 4 ore), a cui veniva chiesto di lavorare "al massimo delle loro capacità, senza farsi male o senza diventare troppo stanchi, affaticati, accaldati o a corto di fiato" (Snook e Ciriello, 1991).

In uno studio di Marras e collaboratori (1999) è stata studiata la capacità del metodo (con particolare riferimento alle attività di movimentazione verticale di carichi) di identificare correttamente lavori ad alto, medio e basso rischio di insorgenza di mal di schiena. Le tabelle psicofisiche hanno mostrato moderata sensibilità ed alta specificità.

Anche la norma ISO 11228-2 fa riferimento (metodo 1) ai dati ricavati dagli studi sperimentali di tipo psicofisico prima citati (Snook e Ciriello, 1991) per valutare l'accettabilità dei valori di forza di spinta e traino (iniziale e di mantenimento).

In aggiunta possono essere utilizzati metodi biomeccanici per calcolare le forze verticali e orizzontali che si sviluppano a livello del tronco durante l'effettuazione di azioni di traino e/o spinta di carichi. Questi metodi consentono di integrare, nella valutazione finale, il contributo di fattori quali la postura, le caratteristiche antropometriche oltre che il sesso del soggetto che compie l'azione. Tra questi strumenti un esempio è rappresentato dal già citato 3D Static Strength Prediction Program del Center for Ergonomics dell'Università del Michigan (USA) che consente inoltre di calcolare il coefficiente di attrito e di valutare l'accettabilità del compito anche al fine di prevenire eventuali infortuni da lavoro (cadute/scivolamenti). Questa modalità di valutazione è stata recepita dalla norma ISO 11228-2 (metodo 2 "specialized risk estimation and risk assessment approach").

In relazione al "trasporto" manuale di carichi va precisato che tale modalità di movimentazione è in genere di limitato interesse in ambito lavorativo, in quanto il trasporto di masse di materiale è svolto in maniera molto più efficiente dalle macchine (piuttosto che dall'essere umano) e quindi, raramente, raggiunge entità significative dal punto di vista del rischio per la salute. Indicazioni sui valori di riferimento relativi al "trasporto" manuale di carichi sono comunque contenute nelle tabelle dei dati psicofisici prima descritte (Snook e Ciriello, 1991). Tali tabelle sono state recepite nella norma ISO 11228-1 come valori di riferimento per valutare l'accettabilità dell'azione di trasporto (come negli studi psicofisici occorre determinare la frequenza del trasporto, la lunghezza del percorso e l'entità del carico trasportato).

3.3 Movimenti ripetitivi degli arti superiori e uso di forza manuale

Per l'analisi di secondo livello delle attività manuali ripetitive con uso di forza, il metodo per il quale ci sono più studi di validazione è quello proposto dall'American Conference of Governmental Industrial Hygienist (TLV-ACGIH, 2011).

Il metodo dell'ACGIH è focalizzato sul distretto mano, polso e avambraccio, è ricavato da studi epidemiologici, psicofisici e biomeccanici ed è applicabile ad attività lavorative che comportano l'esecuzione di un compito costituito da una serie di azioni o movimenti ripetitivi e simili effettuati per almeno 4 ore al giorno. È finalizzato alla riduzione della patologia muscolo scheletrica della mano configurando condizioni nelle quali si ritiene che pressoché tutti i lavoratori possano essere esposti senza riportare alcun danno alla salute.

Nel 1999 gli autori del metodo hanno pubblicato un primo studio trasversale per determinare la relazione tra l'esposizione a compiti ripetitivi e la prevalenza di patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore, osservando che lavoratori addetti a mansioni caratterizzate da livelli differenti di ripetitività presentavano un rischio di sviluppare patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore (tendiniti, sindrome del tunnel carpale) che cresceva proporzionalmente al livello di ripetitività stesso (Latko et al., 1999).

In seguito sono stati pubblicati numerosi studi per la validazione del metodo sia di tipo trasversale (Drinkaus et al., 2005; Franzblau et al., 2005; Spielholz et al., 2008) che di tipo longitudinale (Gell et al., 2005; Werner et al., 2005; Violante et al., 2007). Questi studi sono stati condotti in contesti molto diversi quali ad esempio il settore manifatturiero, sanitario, impiegatizio e metalmeccanico. Ancora più recenti sono studi longitudinali in ambito manifatturiero che hanno confermato la capacità del metodo di predire l'insorgenza di sindrome del tunnel carpale (Garg et al., 2012; Bonfiglioli et al., 2013; Violante et al., 2016).

È stata inoltre indagata la ripetibilità inter-osservatore e intra-osservatore che è stata giudicata da moderata a buona (Latko et al., 1997; Ebersole e Armstrong, 2006): il metodo ha mostrato una corrispondenza da moderata a buona con i risultati di altri strumenti (Strain Index e video-analisi) (Bao et al., 2006; Spielholz et al., 2008; Wurzelbacher et al., 2010; Garg et al., 2012).

Il metodo proposto dall'American Conference of Governmental Industrial Hygienist risulta inoltre conforme a quanto previsto dalla norma ISO 11228-3 che lo include tra gli strumenti da utilizzare per l'analisi approfondita (secondo livello) dei compiti ripetitivi che comportano la movimentazione di carichi leggeri ad elevata frequenza.

Il metodo ACGIH individua un valore limite (TLV) attraverso la combinazione di 2 parametri: il Livello di Attività Manuale e il Picco di Forza Normalizzato.

Livello di Attività Manuale (Hand Activity Level - HAL)

Il Livello di Attività Manuale può essere determinato valutando la frequenza media dei movimenti della mano e la durata del "Duty Cycle" (ovvero la distribuzione del lavoro effettivo e dei periodi di recupero/riposo), come indicato nella tabella che segue.

Scala di calcolo di HAL in rapporto alla frequenza dello sforzo e al "Duty Cycle"

Frequenza (azioni/sec)	Periodo (sec/azione)	Duty Cycle (%)				
		0-20	20-40	40-60	60-80	80-100
0,125	8,0	1	1	-	-	-
0,25	4,0	2	2	3	-	-
0,5	2,0	3	4	5	5	6
1,0	1,0	4	5	5	6	7
2,0	0,5	-	5	6	7	8

In alternativa (o in aggiunta) esso può essere stimato da un osservatore opportunamente addestrato che dà un punteggio al compito manuale osservato basandosi su una scala analogica da 0 a 10 (riportata nella tabella che segue).

Caratteristiche descrittive dell'attività manuale osservata e corrispondente punteggio di HAL

Descrizione dell'attività manuale osservata	Punteggio HAL
Mani "inattive" per la maggior parte del tempo; nessuno sforzo regolare	0
Lunghe pause; o movimenti molto lenti	2
Movimenti/sforzi regolari, lenti; frequenti brevi pause	4
Movimenti/sforzi regolari; pause non frequenti	6
Movimenti/sforzi continui e rapidi; pause non frequenti	8
Movimenti continui e rapidi o sforzi continui, difficoltà nel mantenere il ritmo e l'attività	10

Picco di Forza Normalizzato (Normalized Peak Force - NPF)

La forza manuale di picco è la forza massima esercitata dalla mano durante ciascun ciclo di lavoro abituale. Il picco di forza viene espresso con un valore da 0 a 10 che corrisponde alla percentuale di forza impiegata per il compito in esame rispetto alla forza di riferimento applicabile dalla popolazione generale per il medesimo compito: il valore viene pertanto "normalizzato" su una scala da 0% a 100%. Il picco di forza può derivare:

- dall'osservazione di un operatore opportunamente addestrato
- dal giudizio del lavoratore coinvolto nella operazione manuale considerata attraverso l'impiego di una scala di percezione soggettiva come la scala di Borg
- dall'uso di dinamometri
- da tecniche elettromiografiche di superficie
- dall'impiego di apparecchiature o modelli biomeccanici

Dalla combinazione di HAL e PF deriva quindi uno specifico livello di esposizione per il compito esaminato, che va confrontato con il TLV proposto dalla ACGIH (Figura 1): se il TLV è superato, si configurano condizioni lavorative in cui l'incidenza di disturbi muscolo scheletrici della mano aumenta in maniera significativa.

Al fine di garantire maggiori condizioni di tutela (è infatti ipotizzabile la presenza di gruppi di lavoratori meno resistenti allo svolgimento di operazioni che richiedono movimenti ripetitivi e/o impiego di forza) l'ACGIH ha anche introdotto un limite di azione (*Action Limit, AL*) che assume il significato di ulteriore livello di guardia. Nei casi in cui l'esposizione professionale si collochi nell'area compresa tra il TLV e l'AL, l'ACGIH raccomanda di intervenire preventivamente con misure di controllo.

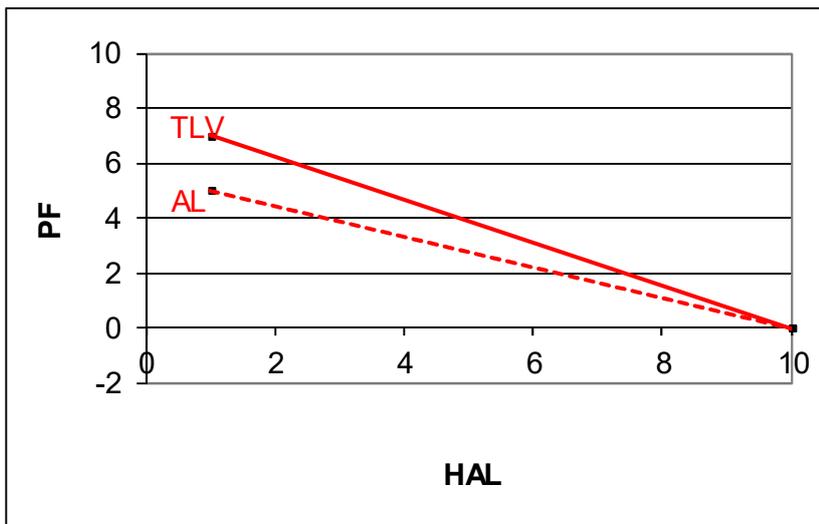


Fig.1: TLV per la riduzione dei disturbi muscolo scheletrici basato sul livello di attività manuale (HAL) e sulla forza manuale di picco (PF).

— Linea rossa continua: valore limite di soglia (TLV)
 - - - - Linea rossa tratteggiata: valore limite di azione (AL)

Il metodo di analisi dell'ACGIH presuppone che l'esposizione a compiti ripetitivi che richiedono impiego di forza manuale abbia durata almeno pari a 4 ore al giorno. Nel caso in cui l'esposizione complessiva dei lavoratori a compiti ripetitivi risulti inferiore a tale durata, si può comunque procedere all'analisi biomeccanica secondo i criteri ACGIH: va però tenuto presente che, in questo caso, i risultati ottenuti portano ad una sovrastima del rischio.

Va infine ricordato che se la durata complessiva del compito ripetitivo è inferiore a un'ora al giorno o a 5 ore a settimana, la norma ISO 11228-3 considera il fattore di rischio "ripetitività" trascurabile: non occorrerebbe pertanto effettuare una valutazione approfondita.

3.4 Posture

In letteratura vi è sufficiente consenso nel ritenere che fra i fattori di rischio biomeccanico per lo sviluppo di affezioni muscolo scheletriche a carico dei diversi distretti corporei vi siano anche le posture incongrue assunte e mantenute a lungo durante lo svolgimento di attività lavorative. Per ciascuna articolazione esiste infatti un'area ottimale nell'ambito della quale è possibile compiere uno sforzo con la minima fatica e il minimo sovraccarico dei tessuti.

Tradizionalmente le posture sono distinte in statiche (mantenute per un certo periodo di tempo e senza supporto) e dinamiche (che vengono assunte per un tempo limitato, in genere durante il movimento di una parte del corpo). Per il fattore posture non sono stati fissati valori limite di soglia, ma esistono alcuni documenti di riferimento quali, ad esempio, la norma ISO 11226 (per posture non supportate mantenute per almeno 4 secondi) o testi della letteratura scientifica (ad esempio: Eastman Kodak Company. *Kodak's ergonomic design for people at work*. John Wiley & Sons, 2004).

Per le posture dinamiche il giudizio è di regola integrato nella valutazione della modalità di esecuzione del compito specifico (ad esempio, la postura del tronco durante il sollevamento di un carico o la postura del polso durante l'esecuzione di un movimento della mano).

La valutazione delle posture statiche può di norma basarsi sulla semplice osservazione (eventualmente assistita da foto o videoripresa) delle parti del corpo interessate (posizione dell'intero corpo, collo e tronco, arti superiori, arti inferiori) e dei relativi tempi di mantenimento. Utilizzando i valori di riferimento indicati dalla letteratura scientifica (ad esempio lo strumento proposto dallo Stato di Washington - *hazard zone check-list*) è possibile valutare se la postura assunta per lo specifico segmento corporeo sia accettabile o non raccomandata.

È inoltre possibile utilizzare il metodo REBA (Rapid Entire Body Assessment) (Hignett e McAtamney, 2000). Tale metodo è stato sviluppato per la valutazione del rischio di patologie muscolo scheletriche associate al lavoro, in particolare dei lavoratori dei luoghi di cura e di altre aziende di servizi. Tale metodo nasce dal metodo RULA (McAtamney e Nigel Corlett et al., 2003) ed è stato sviluppato avendo come riferimento metodi di valutazione come il NIOSH (Waters et al., 1993) e OWAS (Karhu et al., 1977).

I dati utilizzati nell'analisi sono la postura del corpo intero (testa, tronco, arti superiori e inferiori), la forza impiegata, il tipo di movimenti o azioni eseguite, la ripetitività e le condizioni di presa. Ad ogni distretto o fattore esaminato viene assegnato un punteggio, il quale cresce con la gravità del rischio insito nel fattore stesso. L'indice di rischio, classificato in 5 livelli (vedi tabella 1), che si ottiene dall'analisi REBA indica il livello di rischio presente e l'urgenza con la quale eventuali azioni correttive dovrebbero essere prese.

Le posture sono analizzate mediante misurazioni degli angoli articolari dei vari distretti valutati. Gli angoli articolari possono essere misurati su immagini raccolte durante il sopralluogo in azienda. Ogni *range* articolare è associato ad un punteggio. Lo *score A* corrisponde alla somma dei singoli punteggi inerenti la postura del collo, del rachide, delle ginocchia e del carico/forza. Lo *score B* corrisponde alla somma dei singoli punteggi inerenti la postura della spalla, del gomito, del polso e della presa del carico. Il valore finale (*score C*) si ottiene dalla correlazione tra *score A* e *B* al quale si somma l'*Activity score* che considera il tipo di movimento, le azioni eseguite e la ripetitività (Hignett e McAtamney, 2000).

Tabella 1 – Livelli di azione REBA

Livello d'azione	Indice REBA	Livello di rischio	Azioni conseguenti (inclusi ulteriori approfondimenti)
0	1	Accettabile	Interventi non necessari
1	2-3	Basso	Potrebbero essere necessari interventi
2	4-7	Medio	Interventi necessari
3	8-10	Alto	Interventi necessari al più presto
4	11-15	Molto alto	Interventi immediati

Il metodo REBA è stato oggetto di valutazione della ripetibilità tra osservatori diversi (Takala et al., 2010).

Nel contesto del presente documento di valutazione dei rischi tale metodo è stato applicato con lo scopo di valutare le posture statiche (ove osservate) più ricorrenti e/o più sfavorevoli al fine di indirizzare le priorità di intervento (uno score elevato associato ad una postura ricorrente risulta prioritario in termini di intervento di un analogo score, ma associato ad una postura infrequente).

REBA Employee Assessment Worksheet

based on Technical note: Rapid Entire Body Assessment (REBA), Hignett, McAtamney, Applied Ergonomics 31 (2000) 201-205

A. Neck, Trunk and Leg Analysis

Step 1: Locate Neck Position

 Step 1a: Adjust...
 If neck is twisted: +1
 If neck is side bending: +1
 Neck Score:

Step 2: Locate Trunk Position

 Step 2a: Adjust...
 If trunk is twisted: +1
 If trunk is side bending: +1
 Trunk Score:

Step 3: Legs

 Adjust: 30-60° Add +1, >60° Add +2
 Leg Score:

Step 4: Look-up Posture Score in Table A
 Using values from steps 1-3 above, locate score in Table A
 Posture Score A:

Step 5: Add Force/Load Score
 If load = 11 lbs: +0
 If load 11 to 22 lbs: +1
 If load > 22 lbs: +2
 Adjust: If shock or rapid build up of force: add +1
 Force/Load Score:

Step 6: Score A, Find Row in Table C
 Add values from steps 4 & 5 to obtain Score A.
 Find Row in Table C.
 Score A:

Scoring:
 1 = negligible risk
 2 or 3 = low risk, change may be needed
 4 to 7 = medium risk, further investigation, change soon
 8 to 10 = high risk, investigate and implement change
 11+ = very high risk, implement change

B. Arm and Wrist Analysis

Step 7: Locate Upper Arm Position:

 Step 7a: Adjust...
 If shoulder is raised: +1
 If upper arm is abducted: +1
 If arm is supported or person is leaning: -1
 Upper Arm Score:

Step 8: Locate Lower Arm Position:

 Lower Arm Score:

Step 9: Locate Wrist Position:

 Step 9a: Adjust...
 If wrist is bent from midline or twisted: Add +1
 Wrist Score:

Step 10: Look-up Posture Score in Table B
 Using values from steps 7-9 above, locate score in Table B
 Posture Score B:

Step 11: Add Coupling Score
 Well fitting Handle and mid rang power grip: *good*: +0
 Acceptable but not ideal hand hold or coupling acceptable with another body part: *fair*: +1
 Hand hold not acceptable but possible: *poor*: +2
 No handles, awkward, unsafe with any body part: *Unacceptable*: +3
 Coupling Score:

Step 12: Score B, Find Column in Table C
 Add values from steps 10 & 11 to obtain Score B. Find column in Table C and match with Score A in row from step 6 to obtain Table C Score.
 Table C Score:

Step 13: Activity Score
 +1 1 or more body parts are held for longer than 1 minute (static)
 +1 Repeated small range actions (more than 4x per minute)
 +1 Action causes rapid large range changes in postures or unstable base
 Activity Score:

Final REBA Score:

SCORES		Table C											
		Score B, (table B value + coupling score)											
Score A (score from table A + load/force score)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	2	3	3	4	5	6	7	7	7	7
2	1	2	2	3	4	4	5	6	7	7	8	8	8
3	2	3	3	3	4	5	6	7	7	8	8	8	8
4	3	4	4	4	5	6	7	8	8	9	9	9	9
5	4	4	4	5	6	7	8	8	9	9	9	9	9
6	6	6	6	7	8	8	9	9	10	10	10	10	10
7	7	7	7	8	9	9	9	10	10	11	11	11	11
8	8	8	8	9	10	10	10	10	10	11	11	11	11
9	9	9	9	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12
10	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

4 Bibliografia

3D Static Strength Prediction Program™ Version 6.0.4 Center for Ergonomics University of Michigan (USA).

ACGIH TLVs and BEIs. American Conference of Governmental Industrial Hygienists. Cincinnati, OH (2011).

Bao S, Spielholz P, Howard N, Silverstein B. Quantifying repetitive hand activity for epidemiological research on musculoskeletal disorders--part I: individual exposure assessment. *Ergonomics*. 2006 Mar 15;49(4):361-80.

Bao S, Howard N, Spielholz P, Silverstein B. Quantifying repetitive hand activity for epidemiological research on musculoskeletal disorders--part II: comparison of different methods of measuring force level and repetitiveness. *Ergonomics*. 2006 Mar 15;49(4):381-92.

Bernard BP. Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper

Extremity, and Low Back. Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, 1997. Publication No. 97-141.

Bonfiglioli R, Mattioli S, Armstrong TJ, Graziosi F, Marinelli F, Farioli A, Violante FS. Validation of the ACGIH TLV for hand activity level in the OCTOPUS cohort: a two-year longitudinal study of carpal tunnel syndrome. *Scand J Work Environ Health*. 2013 Mar 1;39(2):155-63. doi: 10.5271/sjweh.3312.

Ciriello VM, Maikala RV, Dempsey PG, O'Brien NV. Gender differences in psychophysically determined maximum acceptable weights and forces for industrial workers observed after twenty years. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011 Jun;84(5):569-75.

Dempsey PG. Utilizing criteria for assessing multiple-task manual materials handling jobs. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 1999; 24: 405-416.

Drinkaus P, Sesek R, Bloswick DS, Mann C, Bernard T. Job level risk assessment using task level ACGIH hand activity level TLV scores: a pilot study. *Int J Occup Saf Ergon*. 2005;11(3):263-81.

Eastman Kodak Company. *Ergonomic Design for People at Work*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2004.

Ebersole ML, Armstrong TJ. Analysis of an observational rating scale for repetition, posture, and force in selected manufacturing settings. *Hum Factors*. 2006 Fall;48(3):487-98.

Eppes, Susan Elise (2006). *Washington State Ergonomics Tool: predictive validity in the waste industry*. Master's thesis, Texas A&M University. Texas A&M University. [http : / /hdl .handle .net /1969 .1 /547](http://hdl.handle.net/1969.1/547) (accesso del 2016).

Fallentin N, Viikari-Juntura E, Waersted M, Kilbom A. Evaluation of physical workload standards and guidelines from a Nordic perspective. *Scand J Work Environ Health*. 2001;27 Suppl 2:1-52.

Foley M, Silverstein B, Polissar N, Neradilek B. Impact of implementing the Washington State ergonomics rule on employer reported risk factors and hazard reduction activity. *Am J Ind Med*. 2009; 52(1):1-16).

Franzblau A, Armstrong TJ, Werner RA, Ulin SS. A cross-sectional assessment of the ACGIH TLV for hand activity level. *J Occup Rehabil*. 2005 Mar;15(1):57-67.

Garg A, Kapellusch J, Hegmann K, Wertsch J, Merryweather A, Deckow-Schaefer G, Malloy EJ; Wistah Hand Study Research Team. The Strain Index (SI) and Threshold Limit Value (TLV) for Hand Activity Level (HAL): risk of carpal tunnelsyndrome (CTS) in a prospective cohort. *Ergonomics*. 2012 Apr;55(4):396-414.

Hignett S, McAtamney L. Rapid entire body assessment (REBA). *Appl Ergon*. 2000 Apr;31(2):201-5.

Gell N, Werner RA, Franzblau A, Ulin SS, Armstrong TJ. A longitudinal study of industrial and clerical workers: incidence of carpal tunnel syndrome and assessment of risk factors. *J Occup Rehabil*. 2005 Mar;15(1):47-55.

ISO 11226. *Ergonomics -- Evaluation of static working postures* (2000).

ISO 11228-1. *Ergonomics – Manual handling – Part 1: Lifting and carrying* (2003).

ISO 11228-2. *Ergonomics – Manual handling – Part 2: Pushing and pulling* (2007).

- ISO 11228-3. Ergonomics - Manual handling – Part 3: Handling of low loads at high frequency (2007).
- Jang R, Karwowski W, Quesada PM, Rodrick D, Sherehiy B, Cronin SN, Layer JK. Biomechanical evaluation of nursing tasks in a hospital setting. *Ergonomics*. 2007 Nov;50(11):1835-55.
- Jordan C, Luttmann A, Theilmeier A, Kuhn S, Wortmann N, Jäger M. Characteristic values of the lumbar load of manual patient handling for the application in workers' compensation procedures. *J Occup Med Toxicol*. 2011 May 26;6(1):17.
- Karhu O, Kansi P, Kuorinka I. Correcting working postures in industry: A practical method for analysis. *Appl Ergon*. 1977
- Latko WA, Armstrong TJ, Foulke JA, Herrin GD, Rabourn RA, Ulin SS. Development and evaluation of an observational method for assessing repetition in hand tasks. *Am Ind Hyg Assoc J*. 1997 Apr;58(4):278-85.
- Latko WA, Armstrong TJ, Franzblau A, Ulin SS, Werner RA, Albers JW. Cross-sectional study of the relationship between repetitive work and the prevalence of upper limb musculoskeletal disorders. *Am J Ind Med*. 1999 Aug;36(2):248-59.
- Lu ML, Waters TR, Krieg E, Werren D. Efficacy of the revised NIOSH lifting equation to predict risk of low-back pain associated with manual lifting: a one-year prospective study. *Hum Factors*. 2014 Feb;56(1):73-85.
- Manual Materials Handling Guidelines, Centre for Physical Ergonomics, Liberty Mutual. Boston, USA. 2004. http://libertymmhtables.libertymutual.com/CM_LMTablesWeb/ (accesso del 2016).
- Marras WS, Fine LJ, Ferguson SA, Waters TR. The effectiveness of commonly used lifting assessment methods to identify industrial jobs associated with elevated risk of low-back disorders. *Ergonomics*. 1999 Jan;42(1):229-45.
- McAtamney L, Nigel Corlett E. RULA: a survey method for the investigation of work-related upper limb disorders. *Appl Ergon*. 1993 Apr;24(2):91-9.
- Russell SJ, Winnemuller L, Camp JE, Johnson PW. Comparing the results of five lifting analysis tools. *Appl Ergon*. 2007 Jan;38(1):91-7.
- Skotte JH, Essendrop M, Hansen AF, Schibye B. A dynamic 3D biomechanical evaluation of the load on the low back during different patient-handling tasks. *J Biomech*. 2002 Oct;35(10):1357-66.
- Snook SH. The design of manual handling tasks. *Ergonomics*. 1978 Dec;21(12):963-85.
- Snook SH and Ciriello VM. The design of manual handling tasks: revised tables of maximum acceptable weights and forces. *Ergonomics*. 1991 Sep; 34(9): 1197-1213.
- Spielholz P, Bao S, Howard N, Silverstein B, Fan J, Smith C, Salazar C. Reliability and validity assessment of the hand activity level threshold limit value and strain index using expert ratings of mono-task jobs. *J Occup Environ Hyg*. 2008 Apr;5(4):250-7.
- Takala E-P, Pehkonen I, Forsman M, Hansson G-Å, Mathiassen SE, Neumann WP, Sjøgaard G, Veiersted KB, Westgaard RH, Winkel J. Systematic evaluation of observational methods assessing biomechanical exposures at work. *Scand J Work Environ Health*. 2010;36(1):3–24.
- van der Beek AJ, Hoozemans MJM, Frings-Dresen MHW, Burdorf A. Assessment of exposure to pushing and pulling in epidemiological field studies: an overview of methods, exposure

measures, and measurement strategies. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 1999; 24: 417-429.

Violante FS, Armstrong TJ, Fiorentini C, Graziosi F, Risi A, Venturi S, Curti S, Zanardi F, Cooke RM, Bonfiglioli R, Mattioli S. Carpal tunnel syndrome and manual work: a longitudinal study. *J Occup Environ Med*. 2007 Nov;49(11):1189-96.

Violante FS, Farioli A, Graziosi F, Marinelli F, Curti S, Armstrong TJ, Mattioli S, Bonfiglioli R. Carpal tunnel syndrome and manual work: the OCTOPUS cohort, results of a ten-year longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*. 2016 Jul 1;42(4):280-90. doi: 10.5271/sjweh.3566.

Washington State Department of Labor and Industries, USA. 2000.
<http://www.lni.wa.gov/Safety/Topics/Ergonomics/ServicesResources/Tools/default.asp>
(accesso del 2016).

Waters TR, Baron SL, Kemmlert K. Accuracy of measurements for the revised NIOSH lifting equation. National Institute for Occupational Safety and Health. *Appl Ergon*. 1998 Dec;29(6):433-8.

Waters TR, Baron SL, Piacitelli LA, Anderson VP, Skov T, Haring-Sweeney M, Wall DK, Fine LJ. Evaluation of the revised NIOSH lifting equation. A cross-sectional epidemiologic study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1999 Feb 15;24(4):386-94.

Waters TR, Putz-Anderson V, Garg A. Application manual for the revised NIOSH lifting equation. DHHS (NIOSH), Publication no. 94-110 (1994).

Waters TR, Putz-Anderson V, Garg A, Fine LJ. Revised NIOSH equation for the design and evaluation of manual lifting tasks. *Ergonomics*. 1993 Jul;36(7):749-76.

Waters TR, Lu ML, Piacitelli LA, Werren D, Deddens JA. Efficacy of the revised NIOSH lifting equation to predict risk of low back pain due to manual lifting: expanded cross-sectional analysis. *J Occup Environ Med*. 2011 Sep;53(9):1061-7.

Werner RA, Franzblau A, Gell N, Hartigan AG, Ebersole M, Armstrong TJ. Incidence of carpal tunnel syndrome among automobile assembly workers and assessment of risk factors. *J Occup Environ Med*. 2005 Oct;47(10):1044-50.

Winnemuller LL, Spielholz PO, Daniell WE, Kaufman JD. Comparison of ergonomist, supervisor, and worker assessments of work-related musculoskeletal risk factors. *J Occup Environ Hyg*. 2004 Jun;1(6):414-22.

Wurzelbacher S, Burt S, Crombie K, Ramsey J, Luo L, Allee S, Jin Y. A comparison of assessment methods of hand activity and force for use in calculating the ACGIH(R) hand activity level (HAL) TLV(R). *J Occup Environ Hyg*. 2010 Jul;7(7):407-16.

5. Analisi del rischio biomeccanico

L'analisi del carico biomeccanico è stata condotta attraverso diverse fasi che comprendono:

- sopralluoghi effettuati in azienda al fine di osservare direttamente l'attività lavorativa e acquisire tutte le informazioni necessarie ai fini della valutazione;
- ove possibile, analisi di sequenze video relative alle attività svolte dal personale;
- raccolta di informazioni fornite dall'Azienda, quali ad esempio dati relativi ai turni di lavoro, al numero di addetti per mansione, ai piani di lavoro, alla tipologia di carichi movimentati e relativa frequenza eccetera. In particolare nei reparti di degenza la rilevazione è stata condotta mediante la raccolta di informazioni relative alla dotazione di ausili, al personale sanitario presente nei diversi turni di lavoro, alla numerosità e tipologia di pazienti ricoverati. La valutazione del grado di autosufficienza dei pazienti è stata effettuata utilizzando le informazioni fornite dal Direttore sanitario e dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- applicazione dei metodi di valutazione del carico biomeccanico.

L'Ospedale privato è autorizzato e accreditato per 87 posti letto distribuiti in due edifici (Ville): la Villa Piccola con i reparti Residenza a Trattamento Intensivo (area donne e area uomini) e Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo, e la Villa Grande.

I pazienti ricoverati sono tipicamente autosufficienti (come risulta espressamente specificato nei criteri di accesso alla struttura) e provengono da servizi sociali come dormitori pubblici, ospedali (servizio psichiatrico di diagnosi e cura - SPDC o reparti di medicina) oppure dal proprio domicilio, con tempi medi di degenza di 20, massimo 30 giorni. Per questa ragione i letti di entrambe le ville sono ad altezza fissa, privi di ruote, ma con sponde laterali abbassabili (4 letti sono dotati di regolazione dell'altezza dello schienale e piedi paziente con manovella). Sono tuttavia presenti carrozzine con poggipiedi (disponibili in tutti i reparti e in ambulatorio) e due solleva pazienti mobili a pavimento, posti nel reparto RTI (area donne) e nello SPOI da utilizzare in caso di necessità. È disponibile una barella.

Nella maggior parte delle camere è presente un lavabo.

Nel reparto RTI (area donne) è presente una vasca dotata di sedia e apertura frontale da utilizzare in caso di necessità. Nel reparto SPOI un bagno con doccia riservato ai pazienti è stato ristrutturato nel 2016 al fine di abbattere le barriere architettoniche e migliorare l'ergonomia delle condizioni di lavoro.

Oltre ai reparti prima descritti è presente, a piano terra, un reparto di neurologia con ambulatori medici ove accedono pazienti in prevalenza esterni alla struttura per effettuare esami quali elettromiografie, elettroencefalogrammi e visite mediche.

Vi sono inoltre: l'amministrazione (4 addette), il guardaroba (2 addette), il laboratorio per analisi chimico-cliniche; sono inoltre in organico 2 operai specializzati anche addetti ad attività da svolgersi nell'area esterna. La cucina non è attiva (i pasti provengono dall'esterno).

Villa Piccola – Reparto Residenza a Trattamento Intensivo, area donne

N° Posti letto: 28 disponibili (tasso di occupazione prossimo al 100%).

Tipologia di ospite/paziente: in genere si tratta di persone autosufficienti o parzialmente collaboranti (secondo dati aziendali all'incirca 2 pazienti possono necessitare di maggiore assistenza nell'effettuazione di alcune attività quotidiane quali vestizione, igiene eccetera).

Operatori sanitari presenti in organico durante i 3 turni lavorativi:

Turno		Caposala**	Infermieri	Ausiliari***
Mattino	N°	1	4	4
Pomeriggio	N°	0	3	3-4
Notte*	N°	0	2	0

* la notte è inoltre presente un medico in Villa Grande, reperibile in tutta la struttura.

** la caposala opera sia nella Villa Grande che nei reparti RTI e SPOI.

*** gli ausiliari operano sia nell'area donne che in quella adiacente riservata agli uomini.

Flat srl

Sede operativa: viale Oriani 37/2, 40137 Bologna; tel e fax 051-308-805; flat.srl@gmail.com

Il sabato e la domenica sono presenti in ogni turno diurno 2 infermieri e 3 ausiliari, la notte vi sono 2 infermieri, che in caso di necessità possono supportare il personale in turno presso lo stesso reparto, ma nell'area uomini.

Villa Piccola - Reparto Residenza a Trattamento Intensivo, area uomini

N° Posti letto: 18 disponibili (tasso di occupazione prossimo al 100%).

Tipologia di ospite/paziente: in genere si tratta di persone autosufficienti o parzialmente collaboranti (secondo dati aziendali all'incirca 2 pazienti possono necessitare di maggiore assistenza nell'effettuazione di alcune attività quotidiane quali vestizione, igiene eccetera).

Operatori sanitari presenti in organico durante i 3 turni lavorativi:

Turno		Caposala**	Infermieri	Ausiliari***
Mattino	N°	1	2	4
Pomeriggio	N°	0	2	3-4
Notte*	N°	0	1	0

* la notte è inoltre presente un medico in Villa Grande, reperibile in tutta la struttura.

** la caposala opera sia nella Villa Grande che nei reparti RTI e SPOI.

*** gli ausiliari operano sia nell'area donne che in quella adiacente riservata agli uomini.

Il sabato e la domenica sono presenti in ogni turno diurno, un infermiere e 3 ausiliari, la notte è presente un infermiere (in caso di necessità tale personale può richiedere il supporto dei colleghi in turno presso lo stesso reparto, ma nell'area donne).

Villa Piccola - Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo

N° Posti letto: 16 disponibili con un tasso di occupazione medio del 98%.

Tipologia di ospite/paziente: in genere si tratta di persone autosufficienti o parzialmente collaboranti (secondo dati aziendali all'incirca 2 pazienti possono necessitare di maggiore assistenza nell'effettuazione di alcune attività quotidiane quali vestizione, igiene eccetera).

Operatori sanitari presenti in organico durante i 3 turni lavorativi:

Turno		Caposala**	Infermieri	Ausiliari
Mattino	N°	1	3	2
Pomeriggio	N°	0	3	1
Notte*	N°	0	2	0

* la notte è inoltre presente un medico in Villa Grande, reperibile in tutta la struttura.

** la caposala opera sia nella Villa Grande che nei reparti RTI e SPOI.

Il sabato e la domenica è presente in ogni turno lo stesso numero di infermieri, mentre vi è un solo ausiliario in ogni turno diurno.

Villa Grande

N° Posti letto: 25 disponibili (la percentuale di occupazione è estremamente variabile).

Tipologia di ospite/paziente: viste le caratteristiche architettoniche della struttura, in genere tutti gli ospiti sono autosufficienti.

Quando sono presenti oltre 13 pazienti, l'organico durante i 3 turni lavorativi (dal lunedì alla domenica) risulta così composto:

Turno		Caposala**	Infermieri	Ausiliari
Mattino	N°	1	2	2
Pomeriggio	N°	0	2	2
Notte*	N°	0	1	0

* la notte è inoltre presente un medico in Villa Grande, reperibile in tutta la struttura.

** la caposala opera sia nella Villa Grande che nei reparti RTI e SPOI.

È inoltre presente un'infermiera al mattino addetta all'archivio/farmacia.

5.1 Descrizione delle attività svolte dagli operatori e analisi del rischio biomeccanico

5.1.1 Attività svolta dal personale infermieristico

Il personale infermieristico effettua turni giornalieri di 6 ore (7-13 o 13-19), i turni notturni sono di 12 ore (19-7), con pause fisiologiche libere. Una o due volte al mese viene effettuato un turno diurno di 12 ore.

La caposala effettua orario 8.30 – 15.30 e un giorno a settimana 8.30 – 16.30.

Descrizione sintetica dei principali compiti svolti nei turni di lavoro diurni.

Turno	Compiti	Durata
Mattino	Presa delle consegne dall'infermiere della notte	75 minuti
	Somministrazione delle terapie	
	Rilevazione dei parametri vitali	
	Effettuazione di prelievi e diluizione delle terapie endovenosa/intramuscolo	
	Somministrazione della terapia orale, effettuazione di flebo endovena e intramuscolo	60 minuti
	Ripristino armadi e carrelli	15-30 minuti
	Compilazione dei menù (postura assisa)	40 minuti - 90 minuti
	Supporto all'igiene dei pazienti che lo necessitano	Per ogni paziente parzialmente autosufficiente circa 20 minuti
	Raccolta dati di un nuovo ingresso (se presente) (postura assisa)	20-40 minuti
	Dimissione del paziente (consegna lettera dimissioni, oggetti personali ed informazioni) (se presente) (postura assisa)	15 minuti
Assistenza ai pasti ai pazienti (se necessario)	15 minuti a paziente	
Pomeriggio	Distribuzione delle terapie dopo il pasto	Inizio turno
	Presa delle consegne dall'infermiere del turno del mattino	15 minuti
	Preparazione esami ematici per il giorno successivo	15 minuti
	Preparazione terapia endovenosa/intramuscolo per giorno successivo	15 minuti
	Preparazione dimissioni pazienti (postura assisa), se presenti	20 minuti a paziente
	Ripristino armadi e carrelli	15-30 minuti
	Supporto all'igiene dei pazienti che lo necessitano	60 minuti
	Esecuzione esami (ECG), clisteri eccetera, se necessario	Da 60 a 120 minuti
	Raccolta dati di un nuovo ingresso (se presente) (postura assisa)	20-40 minuti
	Assistenza ai pasti ai pazienti (se necessario)	15 minuti a paziente

Il sabato pomeriggio viene effettuato il bagno ai pazienti: in questo caso gli operatori accompagnano la persona e la assistono se necessario.

Due volte a settimana, per un tempo pari a circa 2 ore, viene inoltre svolta l'attività di compilazione della richiesta farmaci.

All'inizio del turno notturno si distribuiscono le terapie (dalle 20.00 alle 22.00), si somministrano le bevande e si esegue assistenza nelle cure igieniche ai pazienti che lo necessitano. Si effettua inoltre attività di sorveglianza dei pazienti. La mattina, prima della fine del turno, si eseguono le cure igieniche agli eventuali pazienti che lo necessitano, si compila la cartella infermieristica e si attende l'infermiere del turno successivo.

Analisi del rischio biomeccanico per movimentazione manuale di pazienti/carichi

Come prima specificato, nella struttura non sono in genere ricoverati pazienti non autosufficienti. Tuttavia, in caso di necessità le eventuali operazioni di movimentazione manuale verticale dei pazienti (ad esempio persone in sovrappeso o obese) possono essere effettuate utilizzando gli ausili presenti (sollevatori) e in collaborazione con altri colleghi (anche durante il fine settimana l'infermiere in turno presso il reparto RTI, area uomini, può avvalersi della collaborazione dei colleghi presenti nell'adiacente area donne).

Nel caso di presenza di un paziente parzialmente collaborante al quale occorra praticare cure igieniche al letto è possibile fare riferimento, al fine di valutare il carico biomeccanico, a studi di letteratura condotti sul singolo operatore che hanno indicato, nel caso di azioni di rotazione del paziente sul fianco (come ad esempio quelle effettuate per spostare il paziente al fine di cambiare il pannolone), valori di forza compressiva su L5/S1 inferiori a quelli limite di riferimento (3400 N) (indice di valutazione inferiore all'unità) (Skotte et al., 2002). L'attività di inserimento delle padelle (se effettuata) può invece comportare picchi di forza su L5/S1 dell'ordine di 4600N (indice di valutazione di 1,4) (Jordan et al., 2011): nel caso reale tali operazioni sono condotte saltuariamente, e quando possibile, da una coppia di addetti sempre presenti in turno.

Studi condotti da Marras (1999) in laboratorio hanno invece indicato che durante il trasferimento di pazienti ad esempio dal bordo del letto (avente altezza fissa da terra e pari a 58 cm) alla carrozzina, benché ad opera di una coppia di operatori, si possono raggiungere valori di forza compressiva su L5/S1 di 4578 N (indice di valutazione di 1,4).

Studi più recenti (Jordan et al., 2011) relativi alla mobilizzazione del paziente a cura del singolo operatore, ad esempio per portarlo dalla posizione sdraiata a quella seduta (e viceversa) nel letto, hanno indicato valori massimi di forza compressiva su L5/S1 dell'ordine di 4100N (indice di valutazione di 1,2) associati a picchi di forza manuale (della durata di pochi secondi) di 200 N.

Va tuttavia specificato che nel caso reale, viste le caratteristiche dei pazienti ospitati (pag. 15 e 16) che risultano autosufficienti nella maggior parte dei casi, le operazioni descritte sono effettuate in maniera occasionale e possono essere condotte da una coppia di addetti (anche durante il fine settimana o la notte l'infermiere in turno presso il reparto RTI, area uomini, può avvalersi della collaborazione dei colleghi presenti nell'adiacente area donne).

Analisi movimenti ripetitivi degli arti superiori e uso di forza manuale

L'attività del personale infermieristico non comporta in genere la necessità di effettuare movimenti ripetitivi e simili ad elevata frequenza, associati all'uso di forza manuale.

Analisi posture

In merito alle posture assunte durante il lavoro, il personale infermieristico può operare sia in posizione eretta che seduta (ad esempio durante la compilazione dei menu o la dimissione e/o accettazione di pazienti).

Alcune operazioni di assistenza/supporto all'igiene di eventuali pazienti parzialmente collaboranti possono comportare l'assunzione di posture non neutre. In particolare sono state osservate posizioni di flessione anteriore, laterale del tronco (assunte per il 30% della durata del compito) e posture degli arti inferiori quali quella inginocchiata, accovacciata (assunte per il 20% della durata del compito): la valutazione del rischio condotta applicando la *check-list* ergonomica dello Stato di Washington non ha indicato la presenza di un segnalatore per il fattore di rischio posturale in considerazione della scarsa durata dei compiti in questione come indicato a pag. 17 (la *check-list* considera l'esistenza di un rischio potenziale nel caso in cui occorra "lavorare con il tronco flesso per 30° o più per più di 2 ore totali al giorno").

Essendo state osservate alcune posture statiche durante specifiche operazioni di vestizione/svestizione ed effettuazione della doccia (in un bagno non ristrutturato) a pazienti parzialmente collaboranti, le stesse sono state valutate mediante l'impiego del metodo REBA (in Allegato si riporta il dettaglio delle due valutazioni).

Per quanto riguarda l'attività di vestizione di un paziente parzialmente collaborante è stato identificato un score finale di 7 in corrispondenza della posizione più sfavorevole (in questo caso riferita agli arti inferiori). È stato calcolato uno score di 9 per le posture assunte dall'operatore durante l'effettuazione della doccia ad un paziente parzialmente collaborante in un servizio igienico non ristrutturato della Villa Piccola. Va tuttavia specificato che tali valutazioni si riferiscono a specifiche attività (più sfavorevoli) svolte su pazienti parzialmente collaboranti che non costituiscono la prevalenza dei pazienti presenti, inoltre non risultano giornaliere (la doccia ai pazienti viene in genere effettuata il sabato) e sono alternate dall'assunzione di posizioni neutre.

Analisi azioni di traino / spinta di carichi / pazienti

Per quanto riguarda la movimentazione manuale orizzontale di carichi/pazienti, il personale infermieristico può spingere le carrozzine (attività occasionale e non giornaliera in considerazione della tipologia di pazienti trattati). A causa della diversità degli ospiti di volta in volta trasportati non è possibile misurare in modo univoco lo sforzo necessario per eseguire tale attività. Tuttavia a titolo di esempio è stata condotta la misura della spinta di una paziente (peso: 60 kg circa) in carrozzina (maniglie a circa 110 cm di altezza da terra), considerando una lunghezza di percorso massima di circa 60 m. Poiché l'attività è occasionale è stata ipotizzata una frequenza di un'azione per turno.

Al fine di valutare la situazione più sfavorevole, le misure di forza (espresse in Newton) sono state effettuate in esterno ove la pavimentazione risulta più irregolare e sono riportate nella tabella che segue. Esse indicano il rispetto dei valori di riferimento (validi per il 90 % della popolazione maschile e femminile) riportati nella norma ISO 11228-2.

Azione	Altezza mani da terra	Distanza percorsa	F _{iniziale} misurata	Forza iniziale (ISO 11228-2)		F _{mantenimento} misurata	Forza mantenimento (ISO 11228-2)	
				M	F		M	F
	cm	m	N	N		N	N	
<i>Spinta di una carrozzina (1 volta a turno, non giornalmente)</i>	110	60	75	200	160	22	110	60

5.1.2 Attività svolta dal personale ausiliario

Il personale ausiliario effettua turni giornalieri di 5 ore e 30 minuti, con pause fisiologiche libere; una volta a settimana viene effettuato un turno spezzato di 8 ore e 30 minuti (con orario: 7-13 e 16.30-19). Questo personale non effettua turni notturni.

Descrizione sintetica dei principali compiti svolti nei turni di lavoro diurni.

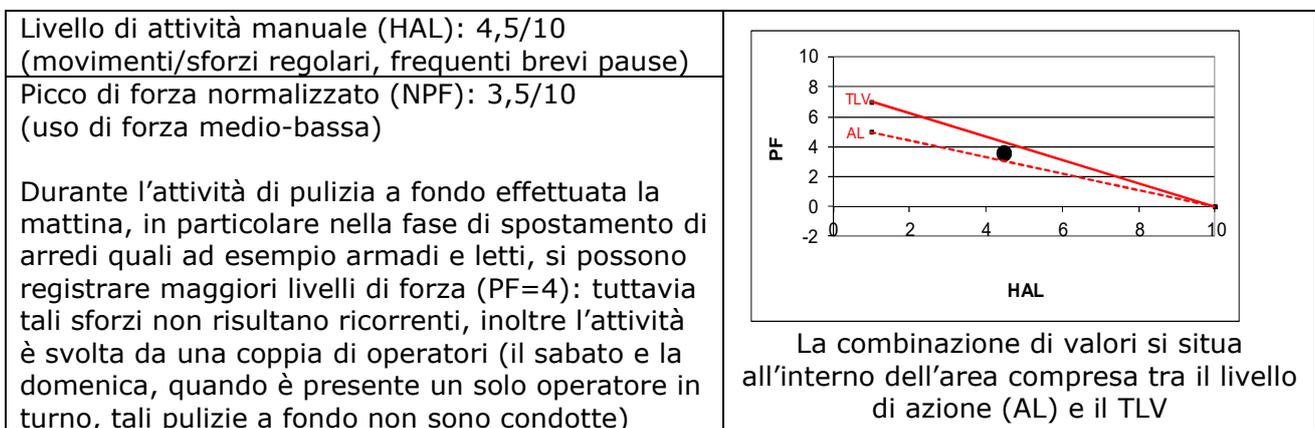
Turno	Compiti	Durata
Mattino	Apparecchiatura tavoli, preparazione e distribuzione delle colazioni	7,00-9,00
	Raccolta stoviglie, pulizia tavoli e lavaggio cucina del reparto	
	Controllo biancheria	
	Disfacimento letti dimissioni (se presenti)	
	Pulizia camere, bagni e corridoi e Rifacimento letti vuoti	9,00-11,15
	Distribuzione vassoi con i pasti	11,15-12,30
	Raccolta vassoi pasto	
Pomeriggio	Raccolta di eventuali stoviglie, lavaggio e riordino cucina	13,30-15,00
	Spolveratura secondo piano di attività	15,00-17,30
	Pulizie secondo piano di attività (attività non svolta il sabato e la domenica e i festivi)	
	Distribuzione vassoi con i pasti	
	Raccolta vassoi e riordino cucina	17,30-19,00

Analisi movimenti ripetitivi degli arti superiori e uso di forza manuale

Per quanto riguarda i movimenti ripetitivi degli arti superiori e uso di forza manuale in particolare associati ai compiti di pulizia e riordino di camere e reparti, essi vengono effettuati dal personale ausiliario per circa 2 ore e 15 minuti nel turno del mattino e per circa 3 ore e 30 minuti in quello del pomeriggio (per 3 ore e 15 minuti nel caso di turno spezzato se l'operatore è addetto sia la mattina che il pomeriggio a compiti di pulizia). L'organizzazione del lavoro prevede che vengano effettuati altri compiti che non comportano la necessità di effettuare movimenti ripetitivi degli arti superiori (ad esempio: distribuzione di colazioni e pasti, ritiro vassoi, controllo biancheria eccetera).

Per limitare lo sforzo fisico l'attività è svolta utilizzando appositi carrelli a ruote. L'addetto può accelerare/rallentare i movimenti compiuti a sua discrezione (pur dovendo comunque assicurare, nel turno, l'attività concordata).

Con queste avvertenze, si riporta di seguito la valutazione del compito di pulizia e riordino, con particolare riferimento al distretto mano, polso e avambraccio dell'arto dominante, secondo il metodo ACGIH (standard internazionale de-facto), supponendo che lo stesso venga svolto per almeno 4 ore al giorno.



La combinazione di valori si situa all'interno dell'area compresa tra il livello di azione (AL) e il TLV

Va tuttavia ricordato che il compito qui valutato (indice HAL = 0,64) è svolto per meno di 4 ore al giorno: si può pertanto ipotizzare che il rischio attribuibile alla reale esposizione dei lavori a compiti ripetitivi che richiedono impiego di forza manuale sia ulteriormente ridotto rispetto a quello qui valutato. Poiché gli altri compiti svolti, come sopra descritto, non comportano l'effettuazione di movimenti ripetuti con uso di forza è possibile classificare il rischio nel suo complesso come basso.

Per quanto riguarda l'arto non dominante si evidenziano periodi di recupero per gran parte del tempo di lavoro; solo durante la fase di lavaggio del pavimento lo stesso appare impegnato quanto quello dominante, con movimenti/sforzi regolari, pertanto per esso la valutazione del carico biomeccanico appare nel complesso accettabile (inferiore ad AL).

Per quanto riguarda i movimenti ripetuti delle spalle, con particolare riferimento all'arto dominante, la *check-list* ergonomica dello Stato di Washington considera l'esistenza di un rischio potenziale nel caso in cui occorra "effettuare movimenti ripetuti e simili con le spalle ogni pochi secondi per più di 2 ore totali al giorno". Solo nel caso in cui il lavoratore effettui il turno del pomeriggio oppure il turno spezzato e risulti addetto sia la mattina che il pomeriggio ai compiti di riordino e pulizia il segnalatore può risultare presente. L'analisi approfondita del compito mostra tuttavia come il rischio sia assente per durata (*l'hazard zone check-list* dello Stato di Washington considera l'esistenza di un rischio per il fattore "movimenti ripetuti delle spalle" nel caso in cui occorra "effettuare movimenti ripetuti e simili ogni pochi secondi per oltre 6 ore al giorno") [Washington State Department of Labor and Industries, USA. 2000. <http://www.lni.wa.gov/Safety/Topics/Ergonomics/ServicesResources/Tools/default.asp> (accesso del 18.10.2016)].

Analisi posture

Per quanto riguarda le posture, l'attività di pulizia non è tale da comportare la necessità di lavorare con le mani sopra la testa, o con i gomiti sopra le spalle: la maggior parte degli arredi e i sanitari risultano infatti collocati ad altezza idonea. Le operazioni di spolveratura e lavaggio della parte superiore degli armadi o delle porte non viene effettuata giornalmente dallo stesso operatore e prevede l'impiego di scale portatili sempre disponibili nei reparti. Sulla base di queste considerazioni si ritiene che la postura, in particolare, delle spalle sia da considerarsi accettabile (la *check-list* ergonomica dello Stato di Washington considera l'esistenza di un rischio potenziale per il fattore "posture incongrue delle spalle" nel caso in cui occorra "lavorare con le mani sopra la testa, o con i gomiti sopra le spalle, più di 2 ore totali al giorno").

Per quanto riguarda la postura del tronco durante la fase di pulizia, l'analisi delle videoriprese ha consentito di verificare che il tronco viene flesso per oltre 30° per circa il 25% del tempo di lavoro. Pertanto tale postura risulta assunta per circa un'ora, non continuativa, se si considera il turno pomeridiano e pertanto il rischio risulta assente per durata. La *check-list* ergonomica dello Stato di Washington considera infatti l'esistenza di un rischio potenziale per il fattore "posture incongrue del tronco" nel caso in cui occorra "lavorare con il tronco flesso oltre 30° più di 2 ore totali al giorno").

L'attività di rifacimento dei letti, effettuata in genere da una coppia di addetti in particolare nel turno della mattina, può comportare l'assunzione di posture non neutre in particolare per il tronco. Tuttavia esse rappresentano il 35% della durata del compito. La *check-list* ergonomica dello Stato di Washington considera l'esistenza di un rischio potenziale nel caso in cui occorra "lavorare con il tronco flesso per 30° o più per più di 2 ore totali al giorno".

Sulla base della durata complessiva dei compiti di pulizia e rifacimento letti e della percentuale di tempo di assunzione di una postura incongrua per il tronco, il segnalatore prima descritto risulta comunque assente per durata.

Tuttavia dall'osservazione dei compiti svolti è stato osservato il mantenimento di posture statiche con particolare riferimento al tronco. La valutazione delle stesse, condotta mediante il

metodo REBA, ha comunque indicato uno score di 3 (rischio basso) per la postura più ricorrente.

Analisi azioni di sollevamento/abbassamento, traino e spinta di carichi inanimati

L'attività del personale ausiliario può comportare la necessità di movimentare manualmente carichi per l'esecuzione delle seguenti operazioni:

- rifacimento dei letti,
- preparazione di carrelli combinati per le pulizie e traino/spinta degli stessi,
- traino/spinta di carrelli portavivande e di carrelli per la distribuzione delle colazioni,
- movimentazione di colli nelle cucinette,
- movimentazione di sacchi di biancheria sporca e pulita,
- movimentazione di sacchi di rifiuti.

Per quanto riguarda le operazioni di rifacimento dei letti, effettuate in particolare durante il turno del mattino e dunque non giornalmente, è possibile fare riferimento studi biomeccanici (Jang et al. 2007) hanno misurato valori medi di forza compressiva sul disco L5/S1 inferiori al valore limite di riferimento di 3400N, durante l'effettuazione di rifacimento di letti vuoti.

I carrelli combinati per le pulizie vengono caricati prima di iniziare l'attività, inserendo un contenitore porta detersivi del peso massimo di 5 kg (che corrisponde alla fase in cui il contenitore contiene i flaconi di detersivo pieni), prelevato da armadi con scaffalature poste (nel reparto SPOI) a 135 e 175 cm (al termine dell'attività il contenitore è riposto nell'armadio stesso). L'analisi del compito più sfavorevole (prelevamento/posizionamento a 175 cm di altezza da terra) indica che risultano accettabili carichi di peso fino a 7,8 kg per la popolazione femminile (IS=0,6), fino a 9,7 kg per quella maschile (IS=0,5).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani all'inizio del sollevamento	175 cm	0,70
Dislocazione verticale	75 cm	0,88
Distanza dal centro di gravità del corpo	40 cm	0,63
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	<0,2	1
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Buona	1

Per la valutazione delle azioni di traino/spinta dei carrelli sono state condotte alcune misure mediante dinamometro (fissato sulle maniglie dei carrelli stessi).

Per l'attività di pulizia gli addetti dispongono in ogni reparto di idonei carrelli (aventi maniglie a 100 cm da terra) che vengono spinti nei corridoi per pochi metri. Nella tabella seguente sono riportate le misure di forza effettuate (espresse in Newton): il confronto con i valori di riferimento proposti dalla norma ISO 11228-2 (validi per il 90% della popolazione maschile e femminile) indica il rispetto dei valori stessi.

Azione	Altezza mani da terra	Distanza percorsa	F _{iniziale} misurata	Forza iniziale (ISO 11228-2)		F _{mantenimento} misurata	Forza mantenimento (ISO 11228-2)	
				M	F		M	F
	cm	m	N	N		N	N	
<i>Spinta del carrello per le pulizie (1 volta/5 minuti)*</i>	100	8 (tra uno spostamento e l'altro lungo i corridoi)	30	250	190	10	150	90

* Per l'analisi si è ipotizzata una frequenza di spinta più sfavorevole rispetto a quella reale.

I carrelli per il vitto vengono portati da un'azienda esterna all'interno dei reparti delle 2 Ville. Sono disponibili due tipologie di carrelli a 4 ruote (di cui due piroettanti): una tipologia contenente 24 vassoi e una da 30 vassoi (quest'ultimo carrello viene usato solo nel reparto RTI – donne). Il carrello da 24 vassoi presenta maniglie con impugnatura verticale che hanno altezza da terra da 90 a 135 cm, mentre quello da 30 vassoi ha maniglie che vanno da 102 a 159 cm. Il vassoio più basso viene prelevato a circa 20 cm di altezza da terra. I carrelli vengono di norma spinti nei reparti (da una camera all'altra) da una coppia di addetti (il pomeriggio il carrello da 24 vassoi può essere movimentato da un singolo operatore). Di norma quando l'attività è svolta in coppia occupa gli addetti per circa 15-20 minuti, mentre nel caso sia il singolo operatore a svolgerla, la stessa può richiedere un po' più di tempo. Il confronto con le misure di forza effettuate (espresse in Newton) ed i valori di riferimento proposti dalla norma ISO 11228-2 (validi per il 90% della popolazione maschile e femminile) indica il rispetto dei valori stessi.

Azione	Altezza mani da terra	Distanza percorsa	F _{iniziale} misurata	Forza iniziale (ISO 11228-2)		F _{mantenimento} misurata	Forza mantenimento (ISO 11228-2)	
				M	F		M	F
	cm	m	N	N		N	N	
<i>Spinta carrello da 30 vassoi (1 volta/1 min)*</i>	da 102 a 159	30	83	170	120	25	60	40
<i>Spinta carrello da 24 vassoi (1 volta/1 min)*</i>	da 90 a 135	30	70	170	120	20	60	40

* Per l'analisi si è ipotizzata una frequenza di spinta più sfavorevole rispetto a quella reale, inoltre si è ipotizzato il caso di distanza percorsa maggiore. Va inoltre specificato che il carrello da 30 vassoi viene di norma movimentato da una coppia di addetti.

I vassoi, che pieni pesano al massimo 3,5 kg, vengono quindi prelevati a diverse altezze da terra e appoggiati sui tavolini delle camere. L'analisi del compito più sfavorevole (prelevamento/posizionamento a circa 20 cm di altezza da terra) indica che risultano accettabili carichi di peso fino a 10,1 kg per la popolazione femminile (IS=0,4), fino a 12,6 kg per quella maschile (IS=0,3).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani all'inizio del sollevamento	20 cm	0,84
Dislocazione verticale	60 cm	0,90
Distanza dal centro di gravità del corpo	35 cm	0,71
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	1	0,94
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Buona	1

Una volta a settimana vengono consegnati circa 16 colli di prodotti (fette biscottate, biscotti, cracker, bustine di the, bustine di olio monodose eccetera), aventi peso limitato (inferiore o uguale a 3 kg). In queste condizioni operative la norma ISO11228-1 non risulta applicabile. Si ritiene pertanto che l'attività di movimentazione manuale di carichi per azioni di sollevamento sia da ritenersi accettabile.

In ogni reparto vengono inoltre movimentati 2 sacchi di biancheria sporca per turno (1 solo in Villa Grande) da circa 8 kg. I sacchi vengono prelevati dal carrello a circa 100 cm di altezza da terra e riposti in apposito locale. L'analisi di questa attività indica che risultano accettabili carichi di peso pari a 16,9 kg per la popolazione femminile (IS=0,5) e fino a 21,2 kg per quella maschile (IS=0,4).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani alla fine del sollevamento	100 cm	0,93
Dislocazione verticale	50 cm	0,91
Distanza dal centro di gravità del corpo	25 cm	1
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	<0,2	1
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Discreto	1

Gli ausiliari prelevano i pacchi di biancheria pulita (peso medio 3 kg, pesi maggiori 5 kg) da carrelli preparati dagli operai aventi ripiani posti a 84 e 30 cm di altezza da terra e li ripongono o su altri carrelli con ripiani a 42 e 96 cm o in armadi con scaffalature poste ad esempio a 10, 52, 90, 130 e 170 cm (Villa Grande). Nell'ipotesi più sfavorevole di valutazione del posizionamento della biancheria nel ripiano più alto degli armadi si ottengono i seguenti limiti di peso: 6,6 kg per la popolazione femminile (IS=0,8) e 8,3 kg per quella maschile (IS=0,6).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani alla fine del sollevamento	170 cm	0,72
Dislocazione verticale	86 cm	0,87
Distanza dal centro di gravità del corpo	40 cm	0,63
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	4	0,84
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Discreto	1

In ogni reparto vengono inoltre movimentati circa 2 sacchi di rifiuti (1 solo in Villa Grande) aventi peso compreso tra 1,5 e 7,0 kg. I sacchi vengono prelevati dal carrello (100 cm) e posti in un altro carrello profondo 90 cm, poi collocato in apposito deposito dove verranno prelevati dagli operai. In queste condizioni operative risultano accettabili pesi fino a 11,8 kg per la popolazione femminile e fino a 14,8 kg per quella maschile. Nell'ipotesi più sfavorevole in cui tutti i sacchi pesino 7 kg si ottengono i seguenti indici di sollevamento: IS=0,6 per la popolazione femminile e IS=0,5 per quella maschile.

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani all'inizio del sollevamento	135 cm	0,82
Dislocazione verticale	90 cm	0,87
Distanza dal centro di gravità del corpo	30 cm	0,83
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	<0,2	1
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Discreto	1

Un ausiliario può effettuare nell'ambito dello stesso turno di lavoro tutte le operazioni precedentemente descritte (smistamento biancheria, sacchi di rifiuti, vassoi pasti), oltre ad altre attività che non comportano la necessità di movimentare manualmente carichi. Per questa ragione nel seguito si riporta la valutazione complessiva, in termine di indice di sollevamento composto (I.S.C.), di tali attività.

I risultati degli indici di sollevamento composti sono i seguenti: 0,7 (per la popolazione femminile); 0,5 (per la popolazione maschile).

Parametri utilizzati:

Compito	Peso max (kg)	Peso medio (kg)	Alt. mani terra (m)	Disl. vert. (m)	Dist. Oriz. (m)	Disl. ang. (°)	Frequenza (soll/min)	Durata (ore)	Presenza
Movimentazione vassoi	3,5	3,5	0,20	0,60	0,35	0	1	<1 ora	buona
Sacchi biancheria sporca	8	4	1,00	0,50	0,25	0	0,1	<1 ora	discreta
Biancheria pulita	5	4	1,70	0,86	0,40	0	4	<1 ora	buona
Sacchi rifiuti	7	4	1,35	0,90	0,30	0	0,1	<1 ora	discreta

Non è previsto che il personale ausiliario effettui operazioni di **movimentazione manuale dei pazienti**.

5.1.3 Attività svolta dal personale medico

Il personale medico non effettua, nell'attività ordinaria, operazioni di movimentazione manuale di carichi e/o pazienti. L'attività non comporta la necessità di effettuare movimenti ripetitivi e forzati degli arti superiori o di mantenere posture incongrue.

5.1.4 Attività svolta dal tecnico sanitario

Il tecnico opera presso gli ambulatori del reparto di neurologia. L'attività è svolta in piedi o in postura assisa. L'operatore non effettua, nell'attività ordinaria, operazioni di movimentazione manuale di carichi e/o pazienti (i pazienti che accendono agli ambulatori sono, nella maggior parte dei casi, pazienti esterni, autosufficienti. In caso di necessità un infermiere del reparto SPOI può supportare l'attività del tecnico su pazienti interni). L'attività non comporta la necessità di effettuare movimenti ripetitivi e forzati degli arti superiori o di mantenere posture incongrue.

5.1.5 Attività svolta dal tecnico di laboratorio

L'attività in laboratorio è svolta prevalentemente in piedi, alternata ad attività in postura assisa. L'operatore non effettua, nell'attività ordinaria, operazioni di movimentazione manuale di carichi e/o pazienti. L'attività non comporta la necessità di effettuare movimenti ripetitivi e forzati degli arti superiori o di mantenere posture incongrue.

5.1.6 Attività svolta dagli addetti al guardaroba

Operatori presenti in organico: 2 addette che effettuano il seguente orario: 7-13.20 dal lunedì al venerdì e 7-11.20 il sabato, con pause fisiologiche libere.

L'attività giornaliera prevede l'effettuazione delle seguenti principali attività: lavaggio in lavatrice di piccoli stracci e *moci* per la pulizia dei pavimenti, controllo e gestione delle scorte di teleria (controllo delle bolle di consegna, gestione reclami, eccetera), corretta gestione delle attrezzature, lavori di sartoria a macchina e di cucito a mano, stiraggio.

Analisi movimenti ripetitivi degli arti superiori e uso di forza manuale

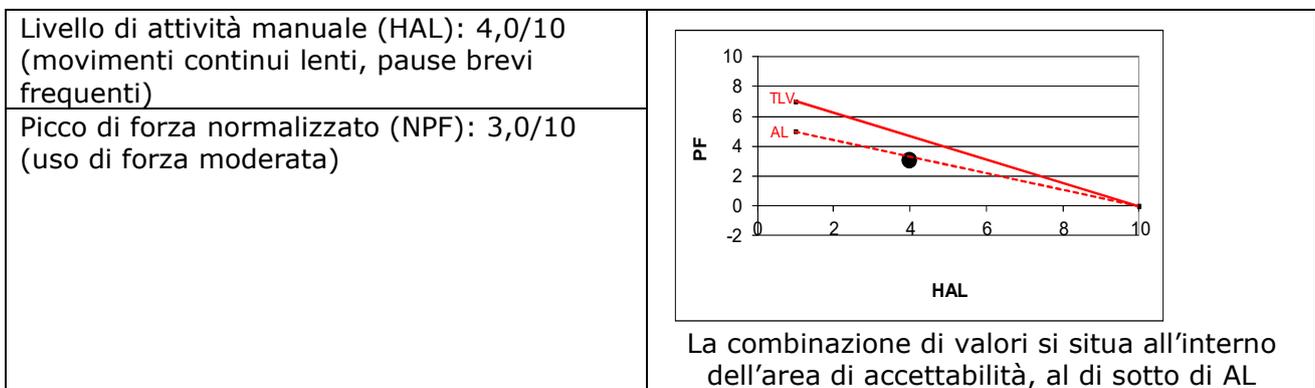
Per quanto riguarda i movimenti ripetitivi degli arti superiori e uso di forza manuale in particolare associati all'attività di sartoria, si è osservato che questa è eseguita all'occorrenza,

manualmente oppure a macchina. La macchina da cucire è collocata su un tavolo avente altezza da terra pari a 80 cm, con spazio sufficiente per appoggiare adeguatamente gli arti superiori.

Complessivamente l'attività è svolta per meno di 1 ora al giorno e 5 ore a settimana, pertanto come riportato nella norma ISO 11228-3, il rischio causato dalla ripetitività è da considerarsi trascurabile e non occorre precedere ad una valutazione più approfondita.

L'attività di stiraggio impiega le addette per circa 3 ore al giorno, non continuative. Questa attività può comportare la necessità di eseguire movimenti ripetuti degli arti superiori associati ad un uso di forza moderato (il ferro da stiro ha peso pari a 2 kg circa, ma non viene ripetutamente sollevato durante il compito lavorativo). Va tuttavia ricordato che l'attività non viene svolta in modo continuativo, ma risulta intervallata da attività in cui non sono richiesti movimenti ripetuti (controllo delle bolle, gestione reclami, attrezzature eccetera) e che i ritmi di lavoro non sono imposti, ma a discrezione dell'addetta.

Con queste avvertenze, si riporta di seguito una valutazione dell'attività in questione, con particolare riferimento al distretto mano, polso e avambraccio dell'arto dominante, secondo il metodo ACGIH (standard internazionale de-facto), ipotizzando che il compito sia eseguito per almeno 4 ore al giorno.



Va tuttavia ricordato che l'attività è svolta circa 3 ore al giorno, non continuative, si può pertanto ipotizzare che il rischio attribuibile alla reale esposizione dei lavori a compiti ripetitivi che richiedono impiego di forza manuale sia ulteriormente ridotto rispetto a quello qui valutato.

Analisi posture

In merito alle posture assunte durante il lavoro, le addette al guardaroba possono operare sia in posizione eretta che seduta. Quando l'addetta lavora in piedi, la posizione non è statica in quanto la lavoratrice si muove nel locale: ciò favorisce, da un punto di vista fisiologico, la circolazione negli arti inferiori.

L'attività di sartoria è eseguita in posizione seduta, l'operatrice dispone di un tavolo avente altezza da terra pari a 80 cm, con spazio sufficiente per appoggiare adeguatamente gli arti superiori e alloggiare quelli inferiori. Tale attività può comportare la necessità di effettuare lievi flessione/estensioni e deviazioni radio/ulnari dei polsi, con prese di polpastrello. Tuttavia tale attività è effettuata all'occorrenza e ha durata molto limitata (30 minuti circa).

L'attività di allestimento delle scorte di teleria può comportare la necessità di effettuare lievi deviazioni radio/ulnari dei polsi e limitati movimenti di flessione delle spalle (la disponibilità di una scala portatile per l'allestimento delle scaffalature più alte consente di non sollevare gli arti superiori oltre l'altezza delle spalle).

L'attività di stiraggio viene effettuata su un banco ad altezza pari a 80 cm da terra: aggiungendo l'altezza del ferro da stiro, risulta che il compito è eseguito tenendo l'impugnatura del ferro all'altezza dei gomiti, circa. La postura del tronco risulta in genere idonea. L'attività può comportare la necessità di effettuare lievi deviazioni laterali dei polsi e di movimenti di flessione del collo.

Va tuttavia ricordato che tali posture non sono mantenute per periodi di tempo prolungati e non sono obbligate: l'addetta può infatti variare le posture in modo volontario.

Infine le attività di controllo e gestione possono essere condotte in posizione seduta, inoltre la disponibilità di pause liberamente gestite nel turno lavorativo fa sì che l'addetta possa comunque assumere una posizione seduta almeno ogni 2 ore.

Analisi azioni di sollevamento/abbassamento, traino e spinta di carichi

Le operazioni di movimentazione manuale di carichi, sono prevalentemente associate all'attività di riordino delle scorte di teleria, che vengono consegnate presso l'area di lavoro da fornitori esterni 2 o 3 volte a settimana in apposite gabbie (3-4 gabbie a consegna).

L'addetta preleva i pacchi di traverse/lenzuola e copriletto (peso 3 - 5 kg) da gabbie carrellate aperte frontalmente e li posiziona sulle scaffalature a 40, 80, 124 e 167 cm di altezza da terra. Questa attività è svolta prevalentemente 2 o 3 giorni a settimana in occasione delle consegne, ma può essere diluita anche nei restanti giorni della settimana.

Di seguito si riporta l'analisi dell'attività di sollevamento ipotizzando che essa avvenga nelle condizioni più sfavorevoli: prelevamento dei pacchi dalla base della gabbia (circa 20 cm di altezza da terra) e posizionamento sulla scaffalatura posta a 80 cm (l'allestimento delle scaffalature più alte o il prelevamento della biancheria dalla sommità della gabbia, a circa 160 cm di altezza da terra, è effettuato impiegando una scaletta portatile, che risulta sempre disponibile in guardaroba).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani all'inizio del sollevamento	20 cm	0,84
Dislocazione verticale	60 cm	0,90
Distanza dal centro di gravità del corpo	35 cm	0,71
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	<0,2	0,95
Durata (ore)	<2	
Fattore di presa	Discreto	0,95

La valutazione condotta utilizzando la norma ISO 11228-1 indica che in queste condizioni operative risultano accettabili carichi di peso fino a 9,6 kg per il personale femminile (IS=0,5) e fino a 12,0 kg per quello maschile (IS=0,4). (E' presente un'altra armadiatura in un locale adiacente per il cui allestimento è disponibile una scala portatile più alta).

Le operazioni di caricamento della lavatrice con stracci e *moci* vengono effettuate prelevando i singoli pezzi caratterizzati da peso molto limitato (inferiore al chilogrammo). L'operazione non comporta movimentazione verticale di carichi valutabile secondo quanto indicato dalla norma ISO 11228-1: infatti gli stracci e i *moci* rappresentano carichi di peso inferiore a 3 kg.

Non vengono svolte in maniera ordinaria operazioni di traino e/o spinta di carichi.

5.1.7 Attività svolta dagli operai qualificati

Sono presenti 2 operatori che ricoprono i seguenti turni di lavoro: 7.00 – 13.00 (mattino) oppure 13.00-19.00 (pomeriggio). In genere è presente una unità la mattina e una il pomeriggio.

Gli operatori effettuano attività di pulizia e riordino di ambulatori, reparti (scale, ascensore, veranda SPOI), spogliatoio maschile e, in caso di necessità, degli uffici dell'amministrazione. L'attività è svolta, all'interno delle strutture (non sulle scale), mediante l'uso di carrelli combinati.

Eseguono inoltre attività di pulizia dell'area esterna ed in particolare di marciapiedi, cortili e strada interni al perimetro di pertinenza della struttura. La pulizia di marciapiedi e cortili è condotta mediante utilizzo di soffia-foglie impugnato con la mano dominante (presa in *grip*) e in parte sostenuto con l'altra mano e/o scopa, vengono inoltre svuotati i cestini (peso limitato:

inferiore a 3 kg) e riordinate sedie e tavolini presenti nei cortili interni che essendo in materiale plastico non costituiscono carichi di peso significativo.

La manutenzione delle aree verdi è affidata a una ditta esterna, tuttavia nel periodo primaverile ed estivo, gli addetti possono effettuare operazioni minori di giardinaggio (quali piccoli interventi di rasatura dell'erba mediante utilizzo di attrezzi manuali o automatici, pulizia manuale delle aiuole di rose). Saltuariamente viene utilizzata una motosega in particolare per il taglio delle siepi più basse (rami di peso variabile e non valutabile in maniera standardizzata).

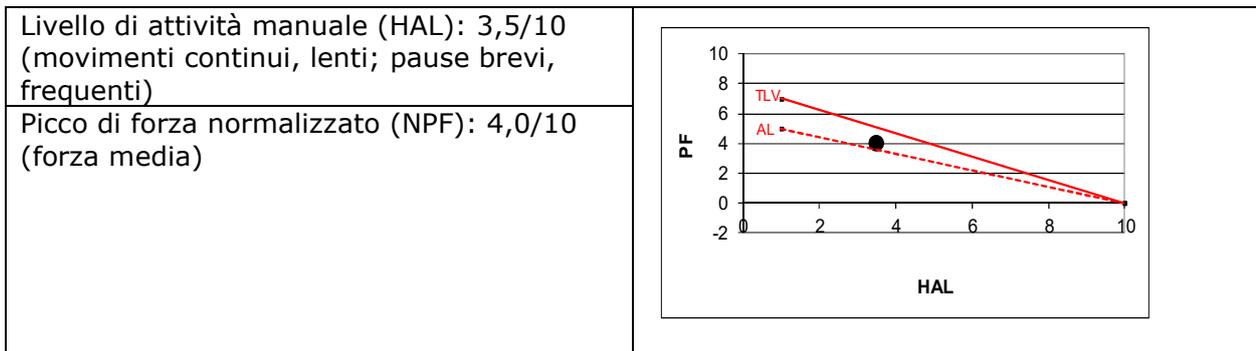
Analisi movimenti ripetitivi degli arti superiori, uso di forza manuale

Complessivamente le operazioni di pulizia hanno una durata giornaliera di 3 ore, fino ad un massimo di 5 ore (in media le pulizie in interno hanno una durata pari a circa 2 ore e 30 minuti).

Durante l'effettuazione delle operazioni di pulizia delle aree interna ed esterna possono essere effettuati movimenti ripetuti degli arti superiori.

L'addetto può accelerare/rallentare i movimenti compiuti a sua discrezione (pur dovendo comunque assicurare, nel turno, l'attività concordata). Con queste avvertenze, si riporta di seguito una valutazione dell'attività in questione secondo il metodo ACGIH (standard internazionale de-facto).

Supponendo che l'attività venga svolta per almeno 4 ore al giorno, i risultati della valutazione biomeccanica indicano i seguenti valori:



La combinazione di valori si situa al di sotto del TLV, ma sopra il livello di azione (indice HAL=0,62). Va tuttavia ricordato che i compiti qui valutati non vengono svolti giornalmente per un tempo pari o superiore a 4 ore: si può pertanto ipotizzare che in questo caso il rischio attribuibile alla reale esposizione dei lavoratori a compiti ripetitivi che richiedono impiego di forza manuale sia ridotto rispetto a quello qui valutato.

Analisi azioni di sollevamento/abbassamento, traino e spinta di carichi

Gli operai eseguono diverse attività che possono comportare la necessità di movimentare manualmente carichi (movimentazione verticale di carichi), quali ad esempio:

- smistamenti dei sacchi di rifiuti prodotti nei reparti;
- smistamento di sacchi di biancheria sporca e pulita dai reparti;
- trasporto di cartoni di flebo ai reparti e dei colli di farmaci in farmacia;
- riordino del deposito e stoccaggio di prodotti quali colli di carta igienica, detersivi eccetera (due volte a settimana);
- prelievo di sacchi di terra o di concime per le attività di manutenzione delle aree verdi (operazione saltuaria);
- limitata movimentazione di bombole di ossigeno.

Per quanto riguarda lo smistamento dei sacchi di rifiuti è stato stimato che vengano movimentati circa 2 sacchi di rifiuti assimilabili agli urbani a turno in ogni reparto, mentre un solo sacco in Villa Grande (peso: 1,5 kg - 7 kg). I sacchi vengono prelevati nei reparti all'interno di opportuni carrelli e trasportati con un'auto aziendale presso i cassonetti della spazzatura (140 cm) situati nell'area cortiliva della struttura. L'analisi dell'operazione più sfavorevole di movimentazione dei sacchi di rifiuti (7 kg), ovvero dall'auto ai cassonetti (140 cm di altezza al termine del sollevamento) indica che risultano accettabili carichi fino a 8,3 kg di peso per le donne (IS=0,8) e fino a 10,4 kg per gli uomini (IS=0,7).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani alla fine del sollevamento	140 cm	0,81
Dislocazione verticale	70 cm	0,88
Distanza dal centro di gravità del corpo	35 cm	0,71
Dislocazione angolare	30°	0,90
Frequenza (atti al minuto)	2	0,91
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Discreto	1

Anche i sacchi di biancheria sporca (8 kg) vengono prelevati da appositi locali nei reparti e caricati sull'auto aziendale per essere poi sistemati sulle gabbie carrellate aperte frontalmente presenti nell'area cortiliva della struttura. Le gabbie hanno la base a circa 20 cm di altezza da terra e sono alte circa 170 cm pertanto i sacchi potrebbero essere posti fino ad un'altezza di circa 160 cm. Ogni giorno vengono movimentati circa 10 sacchi di biancheria sporca. L'analisi dell'attività di movimentazione più sfavorevole indica che risultano accettabili carichi di peso pari a 6,7 kg per la popolazione femminile (IS=1,2) e fino a 8,5 kg per quella maschile (IS=0,9).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani alla fine del sollevamento	160 cm	0,75
Dislocazione verticale	90 cm	0,87
Distanza dal centro di gravità del corpo	40 cm	0,63
Dislocazione angolare	30°	0,90
Frequenza (atti al minuto)	2	0,91
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Discreto	1

Viceversa i sacchi di biancheria pulita vengono scaricati dalle gabbie, sistemati sull'auto aziendale e poi appoggiati nei carrelli nei reparti. Le gabbie hanno apertura frontale e i pacchi possono essere prelevati tra i 20 e i 165 cm di altezza da terra. I pacchi di biancheria hanno peso variabile (3 - 5 kg). Nel seguito si riporta l'analisi dello scarico della gabbia ipotizzando che tutti i pacchi vengano prelevati dalla sommità della gabbia stessa (caso più sfavorevole). In queste condizioni operative risultano accettabili carichi di peso pari a 6,7 kg per la popolazione femminile (IS=0,8) e fino a 8,4 kg per quella maschile (IS=0,6).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani all'inizio del sollevamento	165 cm	0,73
Dislocazione verticale	95 cm	0,87
Distanza dal centro di gravità del corpo	40 cm	0,63
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	4	0,84
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Buona	1

Un operaio può effettuare nell'ambito dello stesso turno di lavoro tutte le operazioni precedentemente descritte. Per questa ragione nel seguito si riporta la valutazione complessiva, in termine di indice di sollevamento composto (I.S.C.), di tali attività. I risultati

degli indici di sollevamento composti sono i seguenti: 1,0 (per la popolazione femminile); 0,8 (per la popolazione maschile).

Parametri utilizzati:

Compito	Peso max (kg)	Peso medio (kg)	Alt. mani terra (m)	Disl. vert. (m)	Dist. Oriz. (m)	Disl. ang. (°)	Frequenza (soll/min)	Durata (ore)	Presa
Sacchi rifiuti	7	4	1,40	0,70	0,35	30	2	<1 ora	discreta
Sacchi biancheria sporca	8	4	1,60	0,90	0,40	30	2	<1 ora	discreta
Biancheria pulita	5	4	1,65	0,95	0,40	0	4	<1 ora	buona

Gli operai possono effettuare operazioni di movimentazione di cartoni di flebo (peso pari a 10 - 15 kg). Nel caso di prelevamento di cartoni da altezze sfavorevoli, la norma ISO indica che risultano accettabili carichi fino a 10,1 kg per la popolazione femminile (I.S. = 1 - 1,5), fino a 12,6 kg per quella maschile (I.S. = 0,8 - 1,2).

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani all'inizio del sollevamento	30 cm	0,87
Dislocazione verticale	50 cm	0,91
Distanza dal centro di gravità del corpo	35 cm	0,71
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	<0,2	1
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Scarsa	0,90

Nel caso in cui l'addetto movimenti colli di farmaci (caratterizzati da peso limitato), nelle condizioni di cui sopra, il compito risulta accettabile. Nella situazione più sfavorevole, ma meno frequente, di movimentazione di colli contenenti flaconi di disinfettante (12 kg), si ottengono i seguenti indici: I.S. Femmine = 1,2; I.S. Maschi = 1,0.

Una o due volte a settimana vengono consegnati prodotti per le pulizie e/o cartoni di carta, panno-carta eccetera. Gli addetti prelevano i cartoni scaricati dai fornitori all'esterno del deposito situato nel giardino e li stoccano nelle scaffalature poste a: 10, 45, 80, 115, 150 e 184 cm di altezza da terra (quest'ultimo è impiegato per la merce leggera e a bassa rotazione); in alcuni casi aprono i cartoni e sistemano i singoli flaconi di prodotto da 1 litro o 1,5 litri (peso comunque inferiore a 3 kg) sulle scaffalature. In genere i cartoni hanno dimensioni limitate, ad esempio altezza inferiore a 35 cm, tuttavia alcuni cartoni possono pesare anche 10 kg. Talvolta i cartoni vengono lasciati su un piccolo pallet (ad esempio 14 cartoni con altezza finale alla presa di circa 140 cm).

Di seguito si riporta l'analisi dell'attività di sollevamento ipotizzando che essa avvenga nelle condizioni più sfavorevoli: prelevamento di colli da 10 kg in basso (circa 10 cm di altezza da terra) e posizionamento sulla scaffalatura posta a 150 cm.

Parametri	Valore	Coefficiente
Altezza delle mani all'inizio del sollevamento	10 cm	0,81
Dislocazione verticale	140 cm	0,85
Distanza dal centro di gravità del corpo	35 cm	0,71
Dislocazione angolare	0°	1
Frequenza (atti al minuto)	2	0,91
Durata (ore)	<1	
Fattore di presa	Discreto	0,95

La valutazione condotta utilizzando la norma ISO 11228-1 indica che in queste condizioni operative e risultano accettabili carichi fino a 8,5 kg per il personale femminile (IS=1,2) e fino a 10,6 kg per quello maschile (IS=0,9).

L'attività di movimentazione manuale di sacchi di concime o di terriccio è eseguita saltuariamente. I fornitori stoccano i sacchi (di peso pari a 20-25 kg) nel pallet presente in serra, gli addetti prelevano la terra dai sacchi e preparano altri sacchi più piccoli che movimentano usando una carriola. Si ritiene pertanto che l'operazione sia da ritenersi accettabile per le caratteristiche con le quali avviene: massa movimentata da ciascun operatore non superiore a quella di riferimento per gli uomini, dislocazioni verticali limitate, frequenza delle operazioni molto limitata (al bisogno). Nel caso più sfavorevole di movimentazione di un sacco intero da 25 kg dalla base del pallet ad opera del singolo lavoratore si evidenziano, a livello di L5-S1, valori di forza compressiva di circa 5260 N (± 400 N), calcolati con il software 3DSSPP utilizzando come dati antropometrici il 50-percentile della popolazione maschile, ovvero un indice di valutazione di 1,5 (rischio basso).

Gli operai hanno il compito di assicurare che sia sempre presente nel deposito esterno almeno una bombola di ossigeno caricata sull'apposito carrello. Per questo all'occorrenza possono movimentare manualmente una bombola (peso delle bombole più grandi: 20 o 25 kg) per caricarla sull'apposito carrello: questa operazione viene eseguita in maniera saltuaria e non giornaliera. Si ritiene pertanto che tale attività sia da considerarsi accettabile per le modalità con le quali viene realizzata: massa movimentata pari o inferiore al limite di riferimento per gli uomini, dislocazione verticale di pochi centimetri, frequenza occasionale.

Per quanto riguarda l'attività di movimentazione manuale orizzontale di carichi, essa è associata alle seguenti principali azioni effettuate nei reparti (o comunque negli spazi interni alle strutture):

- trasporto di carrelli di rifiuti e di biancheria,
- trasporto del carrello combinato per le pulizie.

Per la valutazione delle azioni di traino/spinta dei carrelli di biancheria e di rifiuti, sono state condotte alcune misure mediante dinamometro (fissato sulle maniglie dei carrelli stessi). Le misure di forza effettuate (espresse in Newton) sono riportate nella tabella che segue ed indicano il rispetto dei valori di riferimento (validi per il 90 % della popolazione maschile e femminile) riportati nella norma ISO 11228-2.

Azione	Altezza mani da terra	Distanza percorsa	F _{iniziale} misurata	Forza iniziale (ISO 11228-2)		F _{mantenimento} misurata	Forza mantenimento (ISO 11228-2)	
				M	F		M	F
	Cm	m	N	N		N	N	
<i>Spinta carrelli biancheria/ Rifiuti (8 volte a turno)</i>	104	15	15	230*	160 [§]	10	130*	70 [§]

* Si sono riportati i limiti della norma relativi ad una condizione più sfavorevole rispetto a quella reale, ovvero si è ipotizzata una frequenza di movimentazione pari a 1 azione ogni 5 minuti.

§ Si sono riportati i limiti della norma relativi ad una condizione più sfavorevole rispetto a quella reale, ovvero si è ipotizzata una frequenza di movimentazione pari a 1 azione ogni 5 minuti.

Per l'attività di pulizia gli addetti dispongono di idonei carrelli che vengono spinti lungo i corridoi e/o spazi interni per pochi metri; le maniglie sono posizionate a 100 cm da terra. Nella tabella seguente sono riportate le misure di forza effettuate (espresse in Newton): il confronto con i valori di riferimento proposti dalla norma ISO 11228-2 (validi per il 90% della popolazione maschile e femminile) indica il rispetto dei valori stessi.

Azione	Altezza mani da terra	Distanza percorsa	F _{iniziale} misurata	Forza iniziale (ISO 11228-2)		F _{mantenimento} misurata	Forza mantenimento (ISO 11228-2)	
	cm	m	N	N		N	N	
<i>Spinta carrelli combinati (1 volta/5 minuti)*</i>				M	F		M	F
	100	8	30	250	190	10	150	90

* Per l'analisi si è ipotizzata una frequenza di spinta più sfavorevole rispetto a quella reale.

Posture

La posizione di lavoro è prevalentemente in piedi, tuttavia non è statica: ciò favorisce da un punto di vista fisiologico, la circolazione negli arti inferiori. Talvolta possono essere assunte posizioni di lavoro accovacciate/inginocchiate, tuttavia esse non risultano prolungate e comunque sono intervallate da posizioni erette.

L'attività di pulizia dell'area interna ed esterna non è tale da comportare la necessità di lavorare con le mani sopra la testa, o con i gomiti sopra le spalle: la maggior parte degli arredi (anche i tavoli e le sedie dei cortili) risultano infatti collocati ad altezza idonea. La spolveratura della veranda dello SPOI non viene effettuata giornalmente dallo stesso operatore e prevede l'impiego di scale portatili sempre disponibili nel reparto. Sulla base di queste considerazioni si ritiene che la postura, in particolare, delle spalle sia da considerarsi accettabile (la *check-list* ergonomica dello Stato di Washington considera l'esistenza di un rischio potenziale per il fattore "posture incongrue delle spalle" nel caso in cui occorra "lavorare con le mani sopra la testa, o con i gomiti sopra le spalle, più di 2 ore totali al giorno").

Anche per quanto riguarda la postura del tronco durante questa fase eventuali flessioni superiori a 30° sono assunte per tempi limitati e pertanto risultano accettabili [La *check-list* ergonomica dello Stato di Washington considera infatti l'esistenza di un rischio potenziale per il fattore "posture incongrue del tronco" nel caso in cui occorra "lavorare con il tronco flesso oltre 30° più di 2 ore totali al giorno"]].

Per ciò che riguarda la postura del tronco durante la movimentazione di carichi, il giudizio è integrato nella valutazione dei compiti di sollevamento/abbassamento di carichi prima descritti.

L'attività di manutenzione dell'area esterna, svolta saltuariamente, presenta gradi di variabilità non prevedibili.

Addetti ad attività di ufficio e accettazione

Le postazioni di lavoro in amministrazione presentano scrivanie aventi altezza da terra pari a 72 cm, larghezza di 80 cm circa. Sono in genere a tinta chiara. Il videoterminale ha il monitor posto a 90 gradi rispetto alle finestre. Le sedie sono a 5 razze, con ruote. Il sedile è ad altezza regolabile e lo schienale ha regolazione dell'inclinazione. Vi è spazio sufficiente per l'alloggiamento degli arti inferiori e superiori.

Per quanto riguarda l'accettazione cup, il tavolo di lavoro risulta avere altezza da terra pari a 74 cm (lo spazio sottostante è pari a 71 cm) e profondità di 62 cm. Il tavolo di lavoro è a tinta chiara. La sedia è a 5 razze, con ruote. Il sedile è ad altezza regolabile e lo schienale ha regolazione dell'inclinazione. Sono presenti braccioli fissi. Lo schermo del videoterminale si trova posto ad una distanza dagli occhi dell'operatore pari a circa 55 cm. Vi è spazio sufficiente per l'alloggiamento degli arti inferiori e superiori. Mouse e tastiera risultano separati dallo schermo. La stampante è collocata lateralmente al posto a videoterminale. Sono presenti armadi chiusi, a tinta chiara per il contenimento di documenti eccetera. La postazione di lavoro è separata rispetto al corridoio ove transitano i terzi da un bancone con vetrata.

Presso la Villa Grande è presente la reception dotata di una postazione di lavoro su cui si alternano due addetti che ricoprono i seguenti turni di lavoro: 8-14 oppure 14-20 dal lunedì al sabato. Le principali attività sono: risposta alle chiamate telefoniche, fornitura di informazioni al pubblico, sorveglianza dell'accesso, emissione di fatture ai pazienti che effettuano visite private, dovendo usare in questo caso il computer e la stampante (secondo dati aziendali vengono emesse al massimo 10 fatture per turno). Eventuali colli che venissero ricevuti da corrieri esterni, vengono movimentati da altro personale. Sono previste pause fisiologiche libere.

La postazione di lavoro è collocata su di una pedana rialzata rispetto a terra di 16 cm ed è protetta da un bancone fisso avente altezza da terra pari a 110 cm, dotato di vetrata (fino ad un'altezza di 200 cm). Per accedere alla stessa è disponibile una porta che può essere chiusa a chiave.

Il tavolo di lavoro, posto internamente al bancone sul lato ove è appoggiato il computer, ha altezza fissa da terra pari a 75 cm, profondità di 60 cm e larghezza di 100 cm, mentre sul lato frontale al pubblico le dimensioni sono le seguenti: altezza da terra 75 cm, profondità 35 cm e larghezza 120 cm.

Lo spazio per l'alloggiamento degli arti inferiori è quindi pari a 72 cm.

Il computer è munito di tastiera separata e mouse. Lo schermo risulta facilmente orientabile ed inclinabile. La distanza tra schermo e operatore ricade nel range di accettabilità previsto dal D. Lgs. 81/2008, ovvero quello compreso tra 50 e 70 cm. Lo spigolo superiore dello schermo è posto un po' più in basso dell'orizzonte che passa per gli occhi dell'operatore.

È inoltre in acquisto una stampante che sarà collocata su idonea mensola, già installata.

La sedia è a 5 razze, con ruote ed è dotata di braccioli ad altezza regolabile. La seduta ha altezza regolabile (da 40 a 50 cm), mentre lo schienale ha inclinazione fissa ed è dotato di poggia-testa.

L'illuminazione naturale è presente e sufficiente. La luce naturale non produce fenomeni di abbagliamento o riflessi sul monitor del computer. È presente luce artificiale diffusa ed una lampada da tavolo la cui funzionalità va verificata.

6. Sintesi dei risultati

Di seguito (Tabella 2) è sintetizzato il risultato delle valutazioni eseguite. In corrispondenza di ciascun fattore di rischio e per ogni specifica qualifica è stata indicata la corrispondente classificazione secondo la Tabella E.4 del *British Standard 8800:2004*.

Tabella E.4

Categoria di rischio	Valutazione della tollerabilità	Esempio
Molto Basso	Accettabile	Per il TLV-ACGIH un livello di esposizione inferiore o uguale ad AL (indice HAL $\leq 0,56$) oppure in operazioni di movimentazione manuale verticale di carichi, un indice di sollevamento NIOSH inferiore o uguale a 1, oppure un indice REBA (per la postura statica più ricorrente) pari a 1
Basso ^a	Rischi da tenere sotto controllo affinché siano tollerabili o accettabili	Per il TLV-ACGIH un livello di esposizione compreso nel terzo inferiore dell'intervallo di azione (indice HAL tra 0,57 e 0,63) oppure in singole operazioni (svolte occasionalmente) di movimentazione manuale verticale di carichi, un indice di sollevamento NIOSH compreso tra 1,1 e 1,6, oppure un indice REBA (per la postura statica più ricorrente) compreso tra 2 e 3
Medio ^a		Per il TLV-ACGIH un livello di esposizione compreso nel terzo medio dell'intervallo di azione (indice HAL tra 0,64 e 0,70) oppure in singole operazioni (svolte occasionalmente) di movimentazione manuale verticale di carichi, un indice di sollevamento NIOSH compreso tra 1,7 e 2,3, oppure un indice REBA (per la postura statica più ricorrente) compreso tra 4 e 7
Alto ^a		Per il TLV-ACGIH un livello di esposizione compreso nel terzo medio dell'intervallo di azione (indice HAL tra 0,71 e 0,77) oppure in singole operazioni (svolte occasionalmente) di movimentazione manuale verticale di carichi, un indice di sollevamento NIOSH compreso tra 2,4 e 2,9, oppure un indice REBA (per la postura statica più ricorrente) compreso tra 8 e 10
Molto Alto	Non Accettabile	Per il TLV-ACGIH un livello di esposizione superiore al TLV (indice HAL pari o superiore a 0,78) oppure nel caso di operazioni di movimentazione manuale verticale di carichi il cui indice di sollevamento NIOSH maggiore o uguale 3, oppure un indice REBA (per la postura statica più ricorrente) superiore a 11
^a Nell'esempio, queste tre categorie sono usate per distinguere diversi tipi di intervento o differenti priorità per misure che potrebbe essere necessario applicare sulla base del livello di rischio		

Tabella 2

Qualifica	Fattore di rischio biomeccanico	Valutazione della Tollerabilità (categoria di rischio)	Note
Personale Infermieristico	Movimenti ripetuti e forzati	Molto basso	-
	Posture	Molto basso Basso*	* Nell'assistenza ad <u>eventuali</u> pazienti parzialmente collaboranti (Durante specifiche operazioni correlate alla cura (vestizione / svestizione) e all'igiene (doccia in bagno non ristrutturato) di <u>eventuali</u> pazienti parzialmente collaboranti, la valutazione delle posture più sfavorevoli, ma non ricorrenti, è risultata medio - alta)
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	-
	MMC	Molto basso	-
	MMpz	Molto basso Basso*	* Nell'assistenza ad <u>eventuali</u> pazienti parzialmente collaboranti
Personale Ausiliario	Movimenti ripetuti e forzati	Basso	-
	Posture	Basso	-
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	-
	MMC	Molto basso	-
	MMpz	Molto basso	Il personale non effettua operazioni di movimentazione manuale di pazienti
Personale Medico	Movimenti ripetuti e forzati	Molto basso	Il personale non effettua, nell'attività ordinaria, operazioni di movimentazione manuale di carichi e/o pazienti. L'attività non comporta la necessità di effettuare movimenti ripetuti e forzati degli arti superiori o di assumere posture incongrue fisse e prolungate
	Posture	Molto basso	
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	
	MMC	Molto basso	
	MMpz	Molto basso	
Tecnico sanitario	Movimenti ripetuti e forzati	Molto basso	Il tecnico non effettua, nell'attività ordinaria, operazioni di movimentazione manuale di carichi e/o pazienti. L'attività non comporta la necessità di effettuare movimenti ripetuti e forzati degli arti superiori o di assumere posture incongrue fisse e prolungate
	Posture	Molto basso	
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	
	MMC	Molto basso	
	MMpz	Molto basso	
Addette al guardaroba	Movimenti ripetuti e forzati	Molto basso	-
	Posture	Molto basso	-
	MMC	Molto basso	-
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	-
	MMpz	Molto basso	Il personale non effettua operazioni di movimentazione manuale di pazienti
Operai specializzati	Movimenti ripetuti e forzati	Basso	* Il rischio è stato considerato basso, in via prudenziale, poiché l'attività degli operai, in particolare svolta all'esterno, presenta gradi di variabilità non prevedibili
	Posture	Basso*	
	MMC	Basso*	
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	
	MMpz	Molto basso	

Qualifica	Fattore di rischio biomeccanico	Valutazione della Tollerabilità (categoria di rischio)	Note
Personale di laboratorio	Movimenti ripetuti e forzati	Molto basso	Il tecnico non effettua, nell'attività ordinaria, operazioni di movimentazione manuale di carichi e/o pazienti. L'attività non comporta la necessità di effettuare movimenti ripetuti e forzati degli arti superiori o di assumere posture incongrue fisse e prolungate
	Posture	Molto basso	
	MMC	Molto basso	
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	
	MMpz	Molto basso	
Personale addetto ad attività di ufficio/accettazione	Movimenti ripetuti e forzati	Molto basso	
	Posture	Molto basso	
	MMC	Molto basso	
	Azioni di traino/spinta	Molto basso	
	MMpz	Molto basso	

7. Conclusioni

Come prima evidenziato, la maggior parte delle dimensioni dei fattori di rischio biomeccanico esaminate risultano accettabili. Il giudizio è dato alla luce delle condizioni operative esaminate (con riferimento quindi, ad esempio, allo staff dei reparti presi in esame, agli ausili di lavoro disponibili, eccetera) e quindi andrà mantenuto un regolare monitoraggio delle stesse per assicurarsi che esse rimangano conformi a quanto valutato (o, se possibile, migliorino).

Benché, come specificato nei criteri di accesso alla struttura, non siano normalmente presenti pazienti non collaboranti, alcune attività effettuate dal personale infermieristico su pazienti parzialmente collaboranti possono comportare l'assunzione di posture non neutre. Ad esempio, per l'attività di cura della persona (vestizione/svestizione, doccia) è stato valutato, in riferimento alle posture statiche più sfavorevoli, dunque non ricorrenti, un livello di rischio da tenere sotto controllo. Come misure di prevenzione si consiglia di migliorare l'accessibilità ai box doccia (attualmente è presente un gradino) e valutare l'introduzione di maniglie e sedute anche negli altri reparti: attualmente nel reparto SPOI un servizio igienico utilizzato dai pazienti, ristrutturato nel 2016, non presenta barriere architettoniche, lateralmente al *water* è presente una maniglia; presso il reparto RTI è comunque disponibile una vasca con sedile il cui uso va favorito per i pazienti che lo necessitano.

Per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro si consiglia di continuare a favorire il lavoro in coppia in particolare durante la cura dell'igiene dei pazienti più critici, oltre a favorire il più possibile la rotazione su attività a minor carico biomeccanico (compilazione menù, raccolta dati nuovo ingresso, preparazione dimissioni eccetera) anche nell'ambito del medesimo turno di lavoro. Si raccomanda infine di sottoporre tutto il personale alla sorveglianza sanitaria.

Alcune attività svolte dal personale ausiliario quali il rifacimento dei letti e l'attività di pulizia, in particolare a fondo, di camere e ambienti può comportare l'effettuazione di movimenti ripetuti con uso di forza e l'assunzione di posture non neutre con particolare riferimento al tronco. Per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro si consiglia di continuare a favorire il lavoro in coppia sia durante il rifacimento dei letti che durante lo spostamento di mobili ingombranti e letti fissi, oltre a favorire il più possibile la rotazione su attività a minor carico biomeccanico (ad esempio distribuzione, ritiro vassoi eccetera) anche nell'ambito del medesimo turno di lavoro. Si raccomanda di adibire due operatori all'attività di trasporto del carrello per il vitto a 30 vassoi. Si raccomanda infine di sottoporre tutto il personale alla sorveglianza sanitaria.

Per ciò che riguarda l'attività svolta dagli operai specializzati, l'attività di manutenzione dell'area esterna presenta gradi di variabilità non prevedibili e quindi, in via prudenziale, si

raccomanda un regolare monitoraggio dell'esposizione a fattori di rischio biomeccanico e, come ulteriore misura, di continuare a sottoporre il personale alla sorveglianza sanitaria.

Si consiglia infine di riprendere la formazione e l'addestramento del personale sul rischio specifico.

Come programmato, installare la stampante in fase di acquisto sulla mensola sagomata già installata presso l'accettazione in Villa Grande al fine di garantire il massimo spazio disponibile per l'alloggiamento degli arti inferiori.



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

OGGETTO: Atti di violenza a danno degli operatori

TIPOLOGIA: PROCEDURE

AREA: Risk Management

CODICE DOCUMENTO: PGRM 003

REVISIONE: 1

DATA: 30/11/2018

Redazione:

Dr. Vincenzo Neri (RAQ)

Dott. Franco Neri (Direttore sanitario)

Dott. Nicolo Baldini Rossi (Primario)

Dott.ssa Rita Salerno (Dirigente Infermieristico)

Sig.ra Lorella Bertoncelli (Coordinatrice Infermieristica)

Distribuzione

 x copia in distribuzione controllata copia in distribuzione non controllata



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

1. Premessa

Il Ministero della salute ha emanato nel novembre del 2007, una specifica raccomandazione, la numero 8, con lo scopo di incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio, per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari attraverso l'adozione di misure che consentono di ridurre, se non eliminare, le condizioni di rischio.

Infatti oltre ai rischi conosciuti, legati all'ambiente di lavoro in ambito sanitario, quali i rischi biologici, fisici e chimici, emergono rischi psicosociali, legati a delle particolari situazioni, che possono verificarsi in ambito lavorativo, dovute all'esposizione ad aggressioni del personale da parte degli utenti. Tali situazioni possono pregiudicare la salute dell'operatore, creando occasioni di forte stress da cui possono derivare patologie tra cui il disturbo post-traumatico da stress o il burn-out. Già nel 2002, OMS aveva riconosciuto come violenza in ambito lavorativo, fosse un problema di salute pubblica nel mondo. Molti studi effettuati sul campo, hanno dimostrato che gli episodi di violenza contro il personale sanitario, sono notevolmente aumentati e questo fenomeno è stato in parte determinato da un cambiamento culturale negativo nei confronti dello staff sanitario, considerato molto meno autorevole, da un abbassamento delle condizioni socio economico-culturali dell'utenza, oltreché da un'informazione dei mass media su episodi critici, che spesso sottolinea solo aspetti di presunta cattiva sanità, senza quasi mai focalizzarsi sull'efficace e competente lavoro della maggioranza degli operatori sanitari. L'aggressione del personale sanitario viene considerata un evento sentinella, cioè un evento avverso di particolare gravità. Il verificarsi di tali eventi, configura nell'ambiente di lavoro la presenza di una condizione di rischio e di vulnerabilità e indica la necessità di mettere in atto opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. Gli eventi di violenza, in ambito sanitario, si verificano con maggior frequenza in alcune aree come i servizi di emergenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali e luoghi di attesa. Tali ambiti sono quelli dove si realizza un maggior contatto con il paziente, cioè dove vengono gestiti rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente sia dei familiari tutti soggetti quindi, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione e potenziale perdita di controllo

2. Obiettivo/Scopo

La procedura ha lo scopo di tutelare gli operatori e prevenire gli atti di aggressione attraverso interventi volti a:

1. Formare/informare gli operatori sulla prevenzione e gestione degli eventi aggressivi
2. Implementare le misure che consentono l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno della Casa di cura Villa Baruzziana.
3. Accrescere la capacità da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono
4. Incoraggiare il personale a segnalare prontamente episodi subiti ed a suggerire le misure per ridurre il rischio.



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

3. Definizione

1.A AGGRESSIONE

Azione violenta di una o più persone nei confronti di altre persone, che può racchiudere gli elementi costitutivi di diverse figure di reato, a secondo del modo, dei mezzi con cui viene esercitata, dell'evento verificatosi o del fine cui è diretta (omicidio, lesioni, percosse, violenza privata, rapina, minacce, stupro...)

1.B MINACCE

Sono l'espressione del proposito di arrecare danno e comprendono minacce verbali, gli atteggiamenti corporali minacciosi e le minacce scritte. Tali azioni nei casi di particolari gravità, come la minaccia di morte verso gli operatori, configurano comportamenti delittuosi e sono punibili con sanzioni specifiche.

4. Campo di Applicazione

Prevenire il verificarsi di agiti aggressivi da parte dei pazienti/parenti afferenti a Villa Baruzziana in regime di Ricovero ordinario e ambulatoriale.

5. Destinatari

Tutto il personale della Casa di Cura Villa Baruzziana.

6. Strategie di prevenzione e modalità operative

La raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute dell'8 novembre 2007 indica dettagliatamente le misure strutturali e tecnologiche che possono essere adottate in funzione preventiva e tra queste trovano spazio:

- Sistemi di allertamento operatori
- Installazione di sistemi di illuminazione idonei

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede quindi che vengano identificati i fattori di rischio e che vengano poste in essere le strategie più opportune. Va considerato inoltre che il rischio è legato a caratteristiche molteplici come:

- Individuali dell'utenza
- Individuali degli operatori
- Dell'ambiente di lavoro
- Dell'organizzazione



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

Misure generali di prevenzione

- Applicare, comunicare, diffondere una politica di “Tolleranza 0” rispetto alle aggressioni.
- Incoraggiare il personale a comunicare ogni forma di violenza subita al responsabile Risk.
- Eseguire, ove necessario, interventi di manutenzione sulle strutture e sugli impianti al fine di migliorarne le condizioni di sicurezza
- Rendere i luoghi di attesa più confortevoli, migliorando l’informazione e l’accoglienza
- Predisporre cartellonistica con finalità di avvertire l’utenza, che non verranno tollerati comportamenti aggressivi contro il personale o atti vandalici contro la struttura.

-

7. Formazione

Attività informativa/formativa

Il comportamento violento avviene spesso secondo una “escalation” che, partendo dall’uso di espressioni verbali aggressive, offensive, scurrili, arriva fino a gesti estremi. Ogni azione violenta si presenta con un andamento iniziale (innesco della reazione) a cui segue una escalation fino all’acme della crisi con conseguente manifestazione violenta; il ciclo si conclude con una fase di “de-escalation” fino al disinnesco della reazione. Strategie comportamentali per la sicurezza dei lavoratori debbono quindi muovere dalla capacità di riconoscere le caratteristiche del potenziale aggressore e quelle dell’andamento delle fasi dell’aggressività. L’operatore deve prestare attenzione a qualsiasi indizio che possa essere associato ad un attacco imminente:

- Sentimenti aggressivi verbalizzati (ira e frustrazione)
- Atteggiamenti fisici con gesti intimidatori
- Indizi di intossicazione acuta da sostanze

Gli interventi di formazione, che vengono ripetuti ciclicamente, sono finalizzati alla prevenzione degli episodi di aggressione e interessano tutto il personale sia sanitario che di front-office, come suggerisce la Raccomandazione Ministeriale n.8.

8. Comportamento in caso di aggressione verbale

Nel caso l’operatore sia vittima di un episodio di minacce verbali deve tentare di mantenere una condotta che favorisca la de-escalation del comportamento:

- Presentarsi con nome e qualifica professionale
- Utilizzare un atteggiamento che diminuisca l’intensità della tensione e della



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

aggressività

- Adottare un tono di voce basso e pacato,
- Non rispondere alle minacce con altre minacce
- senza guardarlo fisso negli occhi, ma alternando lo sguardo ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile
- Non dare direttive
- Riconoscere i sentimenti delle altre persone
- Modulare la distanza dalla persona che vi minaccia, secondo i principi della prossemica; mantenendo sempre una distanza di sicurezza
- Evitare qualsiasi atteggiamento che potrebbe essere interpretato come aggressivo
- Valutare se accoglie dove possibile eventuali richieste

9. Matrice delle responsabilità

ATTIVITA'	DIREZIONE AZIENDALE	RISK MANAGER	PRIMARIO	DIRIGENTE INFERMIERISTICO	OPERATORI
Sviluppo politiche della sicurezza	R	C	C	C	C
Analisi conoscitiva Segnalazione Regione	I	R	C	C	C
Realizzazione degli interventi correttivi	I	R	C	C	C
Diffusione procedura	C	R	C	C	C
Audit	I	R	C	C	C
Formazione	C	R	C	C	I
Monitoraggio Applicazione procedura	I	R/C	R/C	C	C

LEGENDA:

R= responsabile; C= collabora; I= informato

La responsabilità della diffusione della presente procedura nelle varie articolazioni aziendali è a carico del Risk manager.

La responsabilità dell'analisi dell'indagine conoscitiva sulla base della scheda di segnalazione di agiti aggressivi e la segnalazione al Ministero della salute e alla Regione Emilia – Romagna del eventuale evento sentinella spetta al Risk Manager.

Tutti gli interventi di prevenzione, dovranno essere eseguiti secondo una scala di priorità, determinata in base all'analisi dei rischi eseguita dal Risk management e approvata dalla Direzione della Casa di Cura.



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

10. MODALITA' DI VERIFICA

La verifica inerente l'applicazione dei seguenti criteri guida aziendali viene garantita dal Rischio Clinico monitorando i seguenti indicatori:

11. Indicatori di esito

1. Numero segnalazioni/Numero di ricoveri
2. Numero di schede segnalazioni/numero di segnalazioni

12. Riferimenti Bibliografici

- Ministero della Salute "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" N.8 novembre 2007
- D.Lgs.n. 81/2008 : Attuazione dell'art.1 della legge agosto 2007 n. 123,in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008
- Agenzia sanitaria e sociale regionale RER "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" 2010
- PG/2018/0564542 Regione Emilia Romagna
- Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti del personale infermieristico. OPI Ferrara 2012



VALUTAZIONE DELLO STRESS LAVORO-CORRELATO VILLA BARUZZIANA

Data: 03/05/2023



CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE.....	4
1.1. Introduzione	4
1.2. Metodologia proposta e strumenti utilizzati	5
1.3 Tavolo di lavoro.....	6
1.3.1 RLS.....	6
1.3.2 Comunicazione ai lavoratori.....	6
1.4. Gruppi omogenei	6
1.5. Calendario degli incontri e delle attività.....	6
1.6. Procedure e strumenti utilizzati	6
CAPITOLO 2 - SCHEDA INFORMATIVA AZIENDALE (SIA)	7
2.1. Struttura organizzativa.....	7
2.1.1. Organico e tipologia addetti.....	7
2.2. Eventi sentinella.....	8
2.2.1. Turnover.....	8
2.2.2. Infortuni, giorni persi per infortunio e indici infortunistici	8
2.2.3. Idoneità al lavoro e malattie professionali	8
2.2.4. Assenze per malattia	9
2.2.8. Ferie non godute.....	9
2.2.9. Cause, provvedimenti disciplinari e denunce	10
2.2.10. Cambiamenti organizzativi	10
2.2.12. Segnalazione medico competente.....	10
Il medico competente riferisce al datore di lavoro eventuali segnalazioni riguardanti situazioni evidenziate da parte dei lavoratori e riferibili allo stress lavoro correlato. Eventuali casi vengo riportati, in forma anonima, all'interno della relazione annuale consegnata al Datore di Lavoro.	10
Il medico competente non ha segnalato situazioni patologiche riferibili allo stress lavoro-correlato.....	10
2.3. Fattori di contenuto del lavoro.....	11
2.3.1. Tipologia contrattuale	11
2.3.2. Orari e turni di lavoro	11

2.3.3. Lavoro straordinario	11
2.3.4. Formazione del personale	12
2.3.5. Modalità inserimento dei neoassunti.....	12
2.3.6. Struttura di supporto ambiente e attrezzature di lavoro e problemi lavorativi.....	12
2.4. Fattori di contesto del lavoro	13
2.4.1. Programmi definiti di sviluppo di carriera e metodologie formalizzate di sviluppo.....	13
2.4.2. Organigramma	13
2.4.3. Ruoli.....	13
2.4.4. Codice etico.....	13
2.4.5. Strutture di supporto e comunicazione	13
2.4.6. Valutazione del personale.....	13
2.4.7. Sistema premiante.....	13
2.4.8. Servizi, benefit, welfare.....	13
2.4.9. Rischi lavorativi e altro	13
2.4.10. Aggiornamento documento di valutazione dei rischi	14
2.5. Sintesi dati SIA	15
CAPITOLO 3 – QUESTIONARIO (SCHEDE DEI LAVORATORI)	16
3.1. Procedura e descrizione dello strumento	16
3.2. Modalità di analisi dei dati.....	17
3.3. Descrizione dei partecipanti.....	17
3.4. Risultati.....	17
3.5.1. Gruppo omogeneo 1: Amministrativi	19
3.5.1.1. Risultati di dettaglio del questionario	19
3.5.1.2. RISULTATI FINALI	25
3.6.1. Gruppo omogeneo 2: Ausiliari e Addetti area esterna	26
3.6.1.1. Risultati di dettaglio delle schede dei lavoratori del questionario.....	26
3.6.1.2. RISULTATI FINALI	32
3.7.1. Gruppo omogeneo 3: Infermieri e OSS.....	33
3.7.1.1. Risultati di dettaglio delle schede dei lavoratori del questionario.....	33
3.7.1.2. RISULTATI FINALI	39

3.8.1. Gruppo omogeneo 4: Medici, Psicologi e Tecnici	40
3.8.1.1. Risultati di dettaglio delle schede dei lavoratori del questionario.....	40
3.8.1.2. RISULTATI FINALI	46
CAPITOLO 4 - LETTURA FINALE DEI RISULTATI (SIA E QUESTIONARIO/SCHEDA DEI LAVORATORI)	47
CAPITOLO 5. CONCLUSIONI.....	48
CAPITOLO 6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	50

|

1.1. Introduzione

In materia di stress lavoro-correlato, l'articolo 28 del Decreto Legislativo 81/2008 prevede che "La valutazione [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, [...] tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 [...]". In seguito, in data 18 novembre 2010, la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ha approvato una circolare ministeriale che definisce le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato. Tali indicazioni prevedono *"una fase necessaria (la valutazione preliminare) [...] che consiste nella rilevazione di indicatori oggettivi e verificabili [...] appartenenti a tre distinte famiglie: eventi sentinella, fattori di contenuto del lavoro, fattori di contesto del lavoro"* ed una seconda fase, di carattere soggettivo, definita *"eventuale"*, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare rilevi elementi di rischio da stress lavoro-correlato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa, dal datore di lavoro, si rivelino inefficaci". Tale documento indica un percorso metodologico che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato per tutti i datori di lavoro pubblici e privati. Nel documento viene riportato come la "valutazione del rischio da stress lavoro-correlato" debba avvenire *"previa consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)"*.

La variabilità dei significati attribuiti allo stress è notevole. Lo stress è definito come *"una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative. I singoli individui possono reagire diversamente a una stessa situazione data oppure possono reagire diversamente a situazioni simili in momenti diversi della propria vita. Tutte le manifestazioni da stress nel lavoro non possono essere ritenute correlate al lavoro stesso"* (Accordo Quadro Europeo sullo stress nei luoghi di lavoro, 2004).

La natura stessa dei fattori correlati allo stress rende di fatto impossibile operare con la logica del nesso causale diretto e dell'individuazione di soglie accettabili di esposizione, come tradizionalmente si fa, ad esempio, per l'esposizione ad agenti fisici o chimici.

In questo campo occorre invece operare secondo una metodologia che privilegi la rilevazione dei fattori che possono segnalare le opportunità di intervento per valorizzare gli aspetti positivi e migliorare quelli potenzialmente critici.

Per tale ragione l'analisi dei dati raccolti ha lo scopo di identificare l'incidenza di fattori da stress lavoro-correlato, che la normativa, la circolare ministeriale e la letteratura internazionale e nazionale, hanno identificato come antecedenti in grado di causare stress all'interno delle organizzazioni lavorative.

La maggior parte delle informazioni disponibili sulla valutazione dello stress e dei fattori psicosociali, deriva dall'uso di strumenti di indagine soggettiva, infatti, per la valutazione dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro sono stati sviluppati diversi modelli concettuali di riferimento (si veda per esempio Karasek, 1979; Demerouti et al., 2001) e scale di misura, principalmente basate sull'espressione delle opinioni personali, nella maggior parte dei casi attraverso questionari self-report (es. Job Content Questionnaire, 1998; Occupational Stress Indicator, 1988.).

Sebbene le misure "soggettive" possono essere caratterizzate da possibili errori derivanti dalla soggettività delle opinioni personali espresse in merito ai fattori di rischio, ovvero, dal modo in cui le persone percepiscono le proprie condizioni di lavoro, tuttavia questo tipo di misure offrono una maggiore visione sul vissuto dei lavoratori). Le misure di carattere "oggettivo" invece (quali ad esempio, indicatori fisiologici, andamenti degli infortuni, assenze per malattie e ore di formazione), tendono a rimanere le stesse anche quando la persona che effettua la misurazione cambia, ma offrono una visione limitata del contesto lavorativo (Kompier, 2005).

Appare utile ricordare che il dibattito scientifico sulla scelta tra misure oggettive e misure soggettive non è ancora risolto, in quanto entrambe sono esposte a possibili distorsioni nella valutazione.

Oggi la quasi totalità dei tavoli scientifici e non, sostiene l'utilizzo di strumenti di valutazione differenti, oggettivi e soggettivi, anche in valutazione preliminare *"in ragione della natura complessa e multifattoriale che caratterizza il rischio SLC, l'utilizzo di strumenti e modalità differenti tra cui anche una puntuale analisi della percezione dei lavoratori, prevedendo in ogni caso una valutazione approfondita, in quanto rappresenta un prezioso strumento informativo sulle condizioni di salute dei lavoratori e dell'organizzazione, utile a una migliore definizione e caratterizzazione del rischio in un'ottica di miglioramento continuo dell'azienda"* (INAIL pag. 39, 2017).

La valutazione dello stress lavoro-correlato attraverso l'utilizzo del metodo **StART (Stress Assessment and Research Toolkit)**, metodo costruito dal gruppo di ricerca dell'Università di Bologna (Dipartimento di Scienze dell'Educazione e Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche – Unità Operativa di Medicina del Lavoro), prevede l'utilizzo di una metodologia di valutazione dei fattori stress lavoro-correlato e la produzione del relativo report, che risponda in primo luogo alle richieste della normativa vigente, ma che allo stesso tempo tenga conto delle principali teorie e modelli di riferimento presenti nella letteratura scientifica internazionale e nazionale.

Il metodo **Stress Assessment and Research Toolkit (StART)**, utilizzato nella presente procedura di valutazione vuole inoltre superare le criticità insite nei limiti di ciascuna misurazione attraverso un loro utilizzo integrato, che valorizza la possibilità di rappresentare un'immagine multidimensionale dell'organizzazione.

1.2. Metodologia proposta e strumenti utilizzati

Partendo da un'analisi scientifica degli aspetti sopra riportati (si veda, ad esempio: Tabanelli et al., 2008), le equipe di ricercatori di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni e di Medicina del Lavoro dell'Università di Bologna, hanno messo a punto un metodo denominato StART (si veda per la validazione Guglielmi et al., 2013) costituito da uno strumento di analisi che parte da informazioni quantitative e qualitative di tipo oggettivo (fornite dall'azienda) e le integra con una valutazione effettuata attraverso strumenti soggettivi che rilevino anche le esperienze e le opinioni di chi lavora.

Tale scelta è motivata dalla necessità di ottenere risultati valutabili alla luce di un insieme di molteplici fattori. Se, infatti, alcuni indicatori oggettivi (come ad esempio indici infortunistici, assenza per malattia, turnover, ore di formazione, personale formato e tipologia contrattuale ecc.), sono facilmente rilevabili attraverso un dato oggettivo fornito dall'azienda, altri fattori (come ad esempio il controllo sul proprio lavoro, il carico di lavoro, i rapporti interpersonali, il supporto da parte di colleghi e superiori ecc.) necessitano di altri strumenti di indagine che coinvolgano direttamente il personale in quanto forza lavoro.

A tal proposito, la rilevazione di dati attraverso strumenti di misura differenti sia oggettivi che soggettivi (quali ad esempio, la Scheda Informativa Aziendale e i Questionario), permette di ottenere un quadro più affidabile rispetto all'utilizzo di un singolo strumento di analisi, consentendo di fornire una lettura più esaustiva.

Uno dei punti di forza del metodo StART è la flessibilità che permette di utilizzare diverse combinazioni delle modalità di rilevazioni dati e dei relativi strumenti sulla base delle caratteristiche del contesto.

I due presupposti fondamentali del metodo StART sono rappresentati dall'integrazione di misure soggettive e oggettive da un lato e qualitative e quantitative dall'altro.

Come descritto più avanti, nel paragrafo Procedura e Strumenti Utilizzati (1.6), i dati oggettivi raccolti con la Scheda Informativa Aziendale rappresentano misure oggettive quantitative e qualitative, mentre con i Questionario e le Schede dei Lavoratori sono state raccolte misure soggettive e quantitative.

Il metodo utilizzato si articola quindi principalmente in tre fasi:

1. La prima fase prevede la costituzione di un tavolo di lavoro aziendale e la consultazione dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza. Tale fase è importante per la condivisione della metodologia con le figure aziendali coinvolte, al fine di apprendere informazioni utili all'impostazione della valutazione e quindi per l'efficacia del processo stesso. Inoltre, la costituzione di un tavolo di lavoro è utile anche nella fase di organizzazione della raccolta dati e del coinvolgimento dei lavoratori. Per questo motivo tale fase non si esaurisce dopo i primi incontri, ma di fatto continua fino alla chiusura del processo di valutazione dello stress lavoro-correlato;
2. La seconda fase prevede la fattiva rilevazione dei dati attraverso tre strumenti:
 - a) La **SIA (Scheda Informativa Aziendale)**, compilata dall'Azienda, suddivisa per Gruppi Omogenei, richiede dati riguardanti l'ultimo triennio e fa riferimento a quattro sezioni quali: struttura organizzativa, eventi sentinella, fattori di contenuto del lavoro e fattori di contesto del lavoro.
 - b) I **Questionario (Scheda per i Lavoratori)** suddivisa per Gruppi Omogenei, serve ad approfondire e completare i dati della Scheda Informativa Aziendale e rilevare informazioni che i dati contenuti nella stessa SIA non possono fornire, soprattutto rispetto ai fattori di contenuto e di contesto.
3. L'ultima fase prevede l'elaborazione e la successiva illustrazione dei risultati raccolti e, in ultima istanza, la consegna del report di valutazione dello stress lavoro-correlato dell'azienda.

1.3 TAVOLO DI LAVORO

Una delle caratteristiche principali del metodo START è la costituzione di un tavolo di lavoro aziendale. Il tavolo di lavoro ha principalmente tre obiettivi: a) presidiare tutto il processo di valutazione dello stress lavoro-correlato; b) coordinare le diverse fasi del progetto; c) favorire una lettura dei dati rilevati alla luce del contesto aziendale specifico.

Partecipano al tavolo di lavoro alcune funzioni del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Datore di Lavoro e le funzioni di gestione del personale.

1.3.1 RLS

Durante la valutazione del presente documento non vi sono RLS nominati.

1.3.2 Comunicazione ai lavoratori

Tutto il personale dipendente viene informato dell'avvio del processo di valutazione dello stress lavoro-correlato, delle sue varie fasi e dell'eventuale coinvolgimento nel questionario (in allegato la comunicazione Aziendale).

1.4. Gruppi omogenei

Come da normativa, la valutazione coinvolge gruppi omogenei di lavoratori, definiti sulla base della loro esposizione a rischi simili e a partizioni organizzative specifiche. La divisione in gruppi permette di controllare più variabili e quindi restituisce un'immagine più affidabile della situazione percepita dalla forza lavoro.

Il tavolo di lavoro ha definito i seguenti gruppi omogenei:

Amministrativi, Ausiliari e Addetti Area Esterna, Infermieri ed OSS, Medici, Psicologi e Tecnici

1.5. Calendario degli incontri e delle attività

Data	Attività svolta
Gennaio 2023	Condivisione linee guida progetto con Tavolo di Lavoro e RLS
Febbraio 2023	Questionario
gennaio-Aprile 2023	Elaborazione dati
Aprile 2023	Elaborazione prima bozza di documento di valutazione
Maggio 2023	Stesura di documento definitivo di valutazione

1.6. Procedure e strumenti utilizzati

Nelle pagine seguenti saranno illustrati dapprima i dati riguardanti la Scheda Informativa Aziendale (SIA) poi quelli riguardanti i Questionario (Schede dei Lavoratori - SdL). I dati ottenuti sono stati analizzati tenendo in considerazione la letteratura scientifica inerente i fattori di rischio, i modelli scientifici più utilizzati in letteratura (es. modello Domande-Risorse di Demerouti et al., 2001) e dati di benchmarking nazionali e internazionali sia esterni che interni. Quest'analisi permetterà di presentare una tabella di sintesi, nella quale saranno inseriti tutti i fattori analizzati categorizzati in base alla loro causalità.

Gli elementi analizzati potranno così essere definiti:

- › Fattori potenzialmente negativi: possono nel tempo influire negativamente sul benessere dei lavoratori;
- › Fattori intermedi: non rappresentano fattori negativi o positivi;
- › Fattori potenzialmente positivi: possono influire positivamente sul benessere dei lavoratori.

CAPITOLO 2 - SCHEDA INFORMATIVA AZIENDALE (SIA)

Il principale obiettivo perseguito tramite la compilazione dei dati di seguito presentati, è quello di fornire un inquadramento della situazione organizzativa attraverso la raccolta di indicatori aziendali (struttura organizzativa, eventi sentinella, fattori di contenuto e fattori di contesto del lavoro).

I dati presentati sono stati forniti dall'organizzazione, suddivisi per gruppi omogenei (GO) e raccolti per l'ultimo triennio 2021-2022 (in allegato la SIA). Per quanto riguarda la modalità di **elaborazione dei dati**, in mancanza di dati di benchmarking che permettano un'efficace comparazione, l'interpretazione dei dati raccolti si avvale, laddove possibile, di autorevoli indagini nazionali e internazionali, dati di settore, letteratura scientifica nazionale ed internazionale e andamenti interni. È necessario sottolineare che i confronti effettuati con i dati di benchmarking presenti in letteratura, possono presentare differenze sostanziali nelle modalità di calcolo dei fattori presi in considerazione, non permettendo sempre effettive comparazioni ma riflessioni di carattere più generale.

È da segnalare inoltre che nel triennio preso in esame ci sono anni fortemente influenzati dalla **Pandemia SARS-CoV-2**.

Di seguito sono riportati prima alcuni dettagli relativi ai dati raccolti e forniti dall'Azienda e di seguito una tabella che sintetizza i risultati di tali dati.

2.1. Struttura organizzativa

2.1.1. Organico e tipologia addetti

Ospedale privato accreditato specializzato nella diagnosi e nella cura di patologie neuropsichiatriche.

Villa Baruzziana accoglie pazienti in media e breve degenza, secondo specifici accordi con l'ASL di Bologna e la Regione Emilia Romagna o privatamente. Ambulatorio di Neurologia convenzionato CUP e Centro per lo studio delle apnee notturne e russamento. Accreditati con il Sistema Sanitario Nazionale e Certificati ISO 9001:2015. Offre, in un contesto ospedaliero di qualità, valutazioni cliniche e trattamenti accurati per ogni tipo di disturbo neuropsichico

Rispetto alla struttura organizzativa, Villa Baruzziana mostra un lieve aumento del numero della popolazione lavorativa che da 88 persone nel 2021 è passata a 91 nel 2022. L'aumento è dovuto esclusivamente ad un aumento dei contratti a tempo determinato nello specifico nei GO Infermieri ed OSS e Ausiliari e Addetti Area Esterna.

In generale si registra una percentuale maggiore di popolazione di genere femminile tranne nel GO Medici, Psicologi e Tecnici dove si registra una certa omogeneità.

L'età media non ha subito variazioni significative nel biennio. I GO Medici, Psicologi e Tecnici e Ausiliari e Addetti Area Esterna hanno una media di 50 anni, per gli altri due GO la media si abbassa.

Sono presenti stranieri soprattutto nel GO Addetti Area Esterna.

Non sono da segnalare ulteriori variazioni rispetto alla struttura organizzativa.

Secondo i dati Inps relativi agli occupati nel settore privato nel 2020 (Osservatorio sui lavoratori dipendenti nel settore privato, aggiornato a Novembre 2021), a livello nazionale gli occupati di genere maschile del settore privato non agricolo rappresentano la maggioranza di chi lavora come dipendente del settore privato (59% rispetto al totale), mentre le lavoratrici nel settore privato sono il 41%. Come suggerito dalla sesta indagine europea sulle condizioni di lavoro dell'Eurofound (EWCS, 2015, aggiornata al 2017) e dal report EU-OSHA sui rischi lavorativi emergenti (Flaspöler et al., 2011), le donne sono più soggette a rischi psicosociali connessi all'interferenza tra impegni lavorativi e familiari, in quanto gli uomini sembrano non assumersi equiparabili responsabilità nella cura della famiglia e, se presenti figli minori, nella cura filiale. Inoltre, in attività che richiedono il contatto diretto con la clientela, le donne sono più esposte degli uomini a rischi psicosociali come molestie sessuali e comportamenti ostili.

In merito all'occupazione femminile, va considerato il fatto che la pandemia da Covid-19 ha accentuato divari già presenti in Italia, aumentando per esempio il gap sul tasso di occupazione tra donne e uomini, che è passato da 17,8 punti a 18,3 nel 2020 in favore degli uomini (Rapporto ISTAT "Il Mercato del Lavoro. Una Lettura Integrata", 2020). Secondo i dati Istat relativi agli occupati nel 2020 (dati Osservatorio sui lavoratori dipendenti del settore privato, INPS) la classe di età modale (e quindi la più diffusa) è quella tra i 45 e i 49 anni, con 2.212.837 lavoratori (14,2% sul totale del personale lavorativo in questo settore). Come riportato nel report di Eurofound e EU-OSHA (2014), l'età è una variabile rilevante che ha implicazioni nella relazione tra condizioni lavorative e salute. Il personale senior (>50 anni) riporta migliori livelli di bilanciamento lavoro-famiglia, orari di lavoro più regolari e ritmi di minore intensità; d'altra parte, però, potrebbe essere maggiormente esposto a stereotipi negativi e avere minori opportunità di crescita e formazione. Per quanto riguarda la cittadinanza, i dati INPS del report "Osservatorio sui lavoratori dipendenti del settore privato" riportano che nel 2020 il 9,7% dei lavoratori dipendenti ha cittadinanza extracomunitaria.

2.2. Eventi sentinella

È definito evento sentinella quell' "accadimento inaspettato", non previsto, di impatto negativo, che si verifica nella prassi quotidiana di un servizio, in grado di distorcerne in modo più o meno pesante (a seconda della gravità dell'evento) il regolare funzionamento" (Altieri, 2009). Per quanto riguarda la tematica dello stress lavoro-correlato, sono stati considerati all'interno della sezione eventi sentinella anche indicatori organizzativi che non abbiano come esito un evento infortunistico ma che permettono di fornire dei campanelli di allarme attraverso una "fotografia" dettagliata del funzionamento e delle principali caratteristiche.

2.2.1. Turnover

Il turn over inteso come entrate/uscite mostra un saldo positivo nel 2022 come già evidenziato nel paragrafo precedente. Il numero maggiore di uscite è determinato da dimissioni volontarie soprattutto per i GO Infermieri e OSS e Ausiliari, Addetti Area Esterna.

Secondo l'Osservatorio sul precariato dati INPS del 2019, elaborazione 10 Gennaio 2020, il turnover era positivo. A livello nazionale, i dati INPS (Osservatorio sul precariato Gennaio - Agosto 2021, aggiornamento al Novembre 2021) nel 2020, anno in cui è scoppiata la pandemia, mostrano un saldo negativo (-23761) tra entrati e usciti, con una percentuale rispetto al personale dipendente del settore privato dello 0,15%.

I dati ISTAT (Rapporto Il Mercato del Lavoro 2020 una lettura integrata, 2021) mostrano che gli indicatori a frequenza giornaliera sul turnover delle posizioni lavorative hanno un calo dell'1,6% dell'occupazione dipendente delle imprese dell'industria e dei servizi nei primi sette mesi del 2020, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

2.2.2. Infortuni, giorni persi per infortunio e indici infortunistici

Il numero degli infortuni è esiguo e registrano un calo. Sono presenti infortuni nei GO Infermieri e OSS; Ausiliari e Addetti Area Esterna. Sono elevati invece i giornini assenza per infortunio nel GO Infermieri e OSS.

Dati Inail (Rapporto Annuale sull'andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, 2020) e Istat (Rapporto Annuale sul mercato del lavoro 2020 Una Lettura Integrata, 2021) mostrano come nel 2020 le denunce di infortunio sul lavoro presentate all'Inail entro il mese di dicembre 2020 sono state in diminuzione rispetto al 2019 (-13,6%). Nel 2020 il calo è stato registrato nonostante le denunce relative al Covid-19, che rappresentano circa un quarto del totale delle denunce di infortunio pervenute. A influenzare tale flessione è stato l'andamento registrato nei primi nove mesi del 2020 (-21,6% rispetto all'analogo periodo del 2019), mentre nell'ultimo trimestre 2020 si registra un incremento delle denunce del 9,1%, rispetto all'analogo trimestre del 2019. Per quanto riguarda gli infortuni tipici, i dati Inail e Istat riportano una percentuale del 3,16% rispetto agli occupati nel settore dei servizi e dell'industria. Relativamente ai primi nove mesi del 2020 i dati Istat (Rapporto Annuale sul mercato del lavoro 2020 una lettura integrata, 2021) evidenziano un quadro infortunistico fortemente in calo (-15,8% rispetto allo stesso periodo del 2019). Se da una parte in presenza del lockdown e dello smart working vi è stato un calo degli infortuni sul lavoro, dall'altra la pandemia ha creato una nuova generazione di infortuni, ossia quelli da contagio da Covid-19; questi hanno in parte compensato la riduzione delle denunce tradizionali e, per l'importante letalità dell'evento, aggravato il confronto del numero di denunce mortali rispetto ai primi nove mesi del 2019 (+18,6%).

2.2.3. Idoneità al lavoro e malattie professionali

Le inidoneità al lavoro non hanno subito particolari variazioni significative e sono presenti nei GO Infermieri e OSS e Ausiliari, Addetti Area Esterna e Medici, Psicologi Tecnici.

Le denunce di malattia professionale sono assenti.

I dati Istat (Rapporto Annuale sul mercato del lavoro 2020 una lettura integrata, aggiornato al 2021) mostrano che nel periodo 2015-2019 è presente una riduzione dell'incidenza delle denunce di infortunio sul numero degli occupati: per il totale degli infortuni si è passati dalle 27,0 denunce ogni 1.000 lavoratori del 2015 alle 26,2 del 2019; per i casi mortali, caratterizzati da maggiore variabilità, l'incidenza nel 2019 si ripositiona sui livelli del 2017 (5,5 denunce mortali ogni 100.000 lavoratori) ai minimi del quinquennio osservato.

Nel 2019 sono state denunciate 61.195 malattie professionali, in aumento sia rispetto all'anno precedente (+2,9%) sia al 2015 (+3,9%); le malattie riconosciute positivamente sono state oltre 24.000, di cui circa sette su dieci interessano il sistema osteomuscolare e il tessuto connettivo, per lo più affezioni a carico della colonna vertebrale e della spalla. Sono mediamente 1.500 i lavoratori e le lavoratrici deceduti/e ogni anno per malattia professionale. Nei primi nove mesi del 2020 si registra una forte flessione delle malattie professionali denunciate (poco meno del 30%), conseguenza dell'epidemia da Covid-19 che ha influito sia per la sospensione temporanea o la chiusura nel corso dell'anno di molte attività economiche, sia per la difficoltà oggettiva dei lavoratori di effettuare di persona la denuncia di malattia. Gran parte delle malattie professionali protocollate afferisce alla gestione assicurativa dell'industria e dei servizi (80,6% dei casi nel 2019) che comprende un'ampia fascia di lavoratori.

2.2.4. Assenze per malattia

Le assenze per malattia coinvolgono un'ampia parte della popolazione lavorativa di tutti i GO nel 2022 (86,8%). Il GO con una media di giorni di assenza per malattia più elevata è quello degli Ausiliari Addetti Are Esterna con 28 giorni medi, a seguire 22 per gli amministrativi, 17 per Infermieri ed OSS, 11 per Medici Psicologi e Tecnici.

I dati Inps del Polo Unico di Tutela della Malattia (I-II trimestre 2021) indicano che le giornate medie di malattia per ogni persona con almeno un giorno di malattia nel secondo trimestre 2021 sono state 11,5. Tra il primo e il secondo trimestre 2021, oltre alla diminuzione del numero di certificati, risultano diminuite sia le giornate medie di malattia per certificato che quelle riferite ai lavoratori distinti con almeno un giorno di malattia nel periodo considerato: tale diminuzione è più evidente nel settore privato rispetto al pubblico.

Complessivamente le giornate di malattia nel terzo trimestre 2022 sono circa 29,4 milioni nel settore privato e 6,8 milioni nel pubblico, con un incremento rispettivamente del 33,3% e del 37,9% nel confronto con il 2021. Riguardo alla durata, mediamente le giornate di malattia per certificato sono 5,4 nel settore privato (contro le 5,6 del terzo trimestre 2021) e 5,6 nel settore pubblico (contro le 6 del 2021). Le giornate medie di malattia per ciascun lavoratore passano da 10 nel terzo trimestre 2021 a 9,5 nel terzo trimestre 2022 per il settore privato e da 10,7 a 10,1 per il settore pubblico.

Il report EWCS (2017, aggiornato al 2021) indica che il 28% dei rispondenti ha riferito di essere stato assente dal lavoro per cinque o più giorni. Tale indagine sottolinea come la bassa qualità dell'ambiente di lavoro possa incrementare i livelli di assenteismo, suggerendo che fattori di rischio, come un contesto sociale ostile, aumentino la probabilità di assentarsi dal lavoro. Tuttavia, alcuni altri rischi che hanno una relazione negativa con esiti di salute non sembrano essere legati a più alti livelli di assenteismo (come ad esempio l'insicurezza lavorativa e lavorare molte ore). Quindi, si potrebbe ipotizzare che i livelli di assenteismo rappresentino un risultato non solo della salute della forza lavoro ma anche di altri elementi legati al proprio lavoro e alla propria vita.

2.2.8. Ferie non godute

Negli ultimi anni la percentuale di giorni di ferie non goduti è diminuito eccetto per i GO Amministrati vi e Ausiliari e Addetti area Esterna.

I dati Istat (Rapporto Annuale sul mercato del lavoro 2020 una lettura integrata, 2021) mostrano che nella prima fase della pandemia Covid-19, il 63,1% delle imprese con almeno tre addetti ha utilizzato la Cig-Covid (cassa integrazione guadagni connessa all'emergenza epidemiologica da Covid-19), quota che si è ridotta al 41,8% nel periodo da giugno a novembre 2020. È significativo anche il ricorso alle ferie obbligatorie e alla riduzione delle ore e dei turni di lavoro che ha riguardato, per ciascuna delle due misure, circa il 30% delle imprese nella prima fase e il 20% nella seconda. Ciononostante, per il 2020 si osserva in Coop Alleanza 3.0 un aumento delle ore di ferie godute (sia totali che in media per persona). Questo dato potrebbe plausibilmente essere dovuto al fatto che durante la pandemia Covid-19 il settore GDO non si sia mai fermato, ma anzi abbia avuto un aumento del carico di lavoro e della produttività.

2.2.9. Cause, provvedimenti disciplinari e denunce

Si registra un aumento delle sanzioni disciplinari in particolare per il GO Ausiliari e Addetti Area Esterna che da 6 passano a 9. Infermieri ed Oss registrano un calo (da 3 a 2), non sono presenti sanzioni per gli altri GO.

2.2.10. Cambiamenti organizzativi

Nel 2020 vi è stata l'introduzione e l'implementazione del portale del dipendente e avvio della digitalizzazione e archiviazione digitale di tutta la documentazione della casa di cura; assunzione con contratto subordinato a tempo indeterminato di tutti gli infermieri che lavoravano in struttura in libera professione. Nel 2021 introduzione della nuova figura socio assistenziale dell'OSS mai stata presente all'interno della struttura.

2.2.12. Segnalazione medico competente

Il medico competente riferisce al datore di lavoro eventuali segnalazioni riguardanti situazioni evidenziate da parte dei lavoratori e riferibili allo stress lavoro correlato. Eventuali casi vengo riportati, in forma anonima, all'interno della relazione annuale consegnata al Datore di Lavoro.

Il medico competente non ha segnalato situazioni patologiche riferibili allo stress lavoro-correlato.

2.3. Fattori di contenuto del lavoro

2.3.1. Tipologia contrattuale

La quasi totalità della popolazione lavorativa ha un contratto a tempo indeterminato.

I dati Inps (Osservatorio sui lavoratori dipendenti nel settore privato, aggiornato al Novembre 2021) riferiscono che nel 2020, la percentuale di chi ha un contratto da dipendente con orario a tempo pieno è del 72,1% del numero medio dei/le dipendenti.

Secondo i dati Inps relativi agli occupati nel settore privato nel 2020 (Osservatorio sui lavoratori dipendenti nel settore privato, aggiornato a Novembre 2021), a livello nazionale i lavoratori in somministrazione che hanno avuto almeno un rapporto di lavoro part-time sono stati 276.447, pari al 37,6% del totale, composti in maggioranza da donne (56,0%).

L'osservatorio sui lavoratori dipendenti nel settore privato (aggiornato al Novembre 2021) mostra come il personale dipendente a tempo indeterminato nel 2020 sia il 76,57% degli occupati nel settore privato su scala nazionale.

I dati ISTAT (Rapporto Il Mercato Del Lavoro 2020 una lettura integrata, 2021) mostrano una riduzione del personale a tempo determinato, che ha interessato il 7,0% delle imprese nel periodo marzo-maggio 2020 e l'8,5% nel periodo da giugno a novembre, mentre le imprese che hanno rimandato le assunzioni passano dal 12,2% al 12,7%. Alcuni segnali di miglioramento si colgono dall'incremento nella quota di imprese che hanno assunto nuovo personale, passata dall'1,8% nel periodo marzo-maggio al 4,3% nel periodo successivo.

Eurofound, con il report del sesto EWCS (2015, aggiornato al 2021), sottolinea che le modalità di organizzazione e gestione dei tempi di lavoro sono fattori importanti nel benessere delle lavoratrici e dei lavoratori, in quanto è legato al numero di personale dipendente esposto ad altri potenziali rischi presenti nel luogo di lavoro (es. interferenze tra richieste lavorative e bisogni familiari). Inoltre, la disponibilità di tempo libero dal lavoro è essenziale per un adeguato recupero dagli sforzi fatti al lavoro. La mancanza di un'organizzazione adeguata degli orari e dei turni può comportare problemi di salute psicofisica (Rapporto congiunto Eurofound - EU OSHA, 2014). Come riportato dall'EWCS, una bassa qualità nell'organizzazione degli orari (orari > 48h per settimana, lavoro in turni, orari irregolari con cambi comunicati con scarso anticipo) aumenta l'esposizione a problemi nella conciliazione tra lavoro e impegni personali, mettendo a rischio la propria salute psicofisica.

2.3.2. Orari e turni di lavoro

Tutti i GO lavorano su turni diurni eccetto il GO Infermieri ed Oss che ha anche il turno notturno.

Entro il 10 del mese precedente a quello di riferimento vengono comunicati i turni tramite portale del dipendente e esposti in reparto (ES. 10 MARZO ESPOSTO APRILE).

Eurofound, con il report del sesto EWCS (2015, aggiornato al 2021), sottolinea che le modalità di organizzazione e gestione dei tempi di lavoro sono fattori importanti nel benessere delle lavoratrici e dei lavoratori, in quanto è legato al numero di personale dipendente esposto ad altri potenziali rischi presenti nel luogo di lavoro (es. interferenze tra richieste lavorative e bisogni familiari). Inoltre, la disponibilità di tempo libero dal lavoro è essenziale per un adeguato recupero dagli sforzi fatti al lavoro. La mancanza di un'organizzazione adeguata degli orari e dei turni può comportare problemi di salute psicofisica (Rapporto congiunto Eurofound - EU OSHA, 2014). Come riportato dall'EWCS, una bassa qualità nell'organizzazione degli orari (orari > 48h per settimana, lavoro in turni, orari irregolari con cambi comunicati con scarso anticipo) aumenta l'esposizione a problemi nella conciliazione tra lavoro e impegni personali, mettendo a rischio la propria salute psicofisica.

2.3.3. Lavoro straordinario

Lo straordinario è presente solo per il GO Infermieri ed OSS e registra un aumento.

2.3.4. Formazione del personale

Oltre alla formazione obbligatoria si evidenzia un investimento sui temi della formazione trasversale/non normativa.

Le opportunità di formazione e sviluppo ricoprono un ruolo importante nel determinare la motivazione e il benessere del personale. Migliorare le proprie competenze favorisce il coinvolgimento di chi lavora e la capacità di far fronte in maniera più efficace a fattori potenzialmente negativi come il carico di lavoro e l'insicurezza lavorativa (Schaufeli & Taris, 2014), i quali sono legati al benessere lavorativo. Secondo il report dell'EWCS di Eurofound (2015, aggiornata al 2017), il 41% dei lavoratori/lavoratrici intervistate nei 28 Paesi dell'Unione Europea è stata coinvolta in attività formative. La maggior parte di queste ha riferito di aver apprezzato la formazione effettuata sia per gli effetti positivi diretti sulla qualità del lavoro svolto, sia per i benefici potenziali in termini di maggiore occupabilità e sicurezza lavorativa.

2.3.5. Modalità inserimento dei neoassunti

Presenza di programmi dedicati ai neoassunti: il neo assunto viene affiancato ad un collega con esperienza che diventa il suo tutor per un periodo che può variare da una settimana a tre settimane. Sono presenti delle schede di valutazione per il personale INFERMIERISTICO/OSS/AUSILIARIO dopo 1/3/6 mesi dall'assunzione, se raggiunti i vari obiettivi si conferma in servizio. Presente una procedura dedicata all'inserimento e formazione del personale.

2.3.6. Struttura di supporto ambiente e attrezzature di lavoro e problemi lavorativi

Sono presenti procedure di supporto per guasti tecnici = moduli prestampati dove si può segnare il guasto tecnico che poi deve essere inviato alla responsabile amministrativa giulia.neri@villabaruzziana che poi inoltrerà la segnalazione alla ditta competente.

I dipendenti che lavorano su turni possono, con congruo anticipo, comunicare eventuali esigenze personali o impegni così da poterli agevolare nello sviluppo dei turni di servizio. Possono indirizzare mail all'indirizzo personale@villabaruzziana.it per far richiesta di cambi turno già esposti. Questa mail è dedicata ai dipendenti per qualsiasi comunicazione o richiesta e nel caso invece preferiscano parlarne a voce, la responsabile del personale è disponibile tutti i giorni in struttura dal lun al ven. si effettuano periodicamente riunioni tra gruppi appartenenti alla stessa categoria.

2.4. Fattori di contesto del lavoro

2.4.1. Programmi definiti di sviluppo di carriera e metodologie formalizzate di sviluppo
Assenza di programmi definiti di sviluppo di carriera. Per quanto riguarda i passaggi di categoria e gli scatti di anzianità si seguono le regole del nostro C.C.N.L. per strutture sanitarie associate AIOP. Durante il corso di tutti gli anni la formazione continua e l'aggiornamento professionale ha rappresentato per Villa Baruzziana uno strumento necessario per promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi.

Villa Baruzziana riconosce nella formazione e nell'aggiornamento professionale uno dei fattori strategici per il governo e il miglioramento continuo della propria organizzazione e presta particolare attenzione al Piano di Formazione affinché l'aggiornamento continuo risponda realmente alle necessità dei singoli e all'interesse generale dell'azienda.

2.4.2. Organigramma

Presente organigramma sia generale sia specifico della Formazione, visibile sul sito internet, nel nostro documentale arxivar e nel nostro manuale accreditamento.

2.4.3. Ruoli

Presenza di documenti contenenti la descrizione dei ruoli -MANUALE ACCREDITAMENTO I specifica i ruoli.

2.4.4. Codice etico

Per quanto riguarda il codice di comportamento si rimanda al nostro C.C.N.L. DI LAVORO PER PERSONALE DIPENDENTE DELLE STRUTTURE SANITARIE AIOP ARIS -N° TITOLO IV.

Si sta implementando uno specifico codice di condotta ed un codice etico.

2.4.5. Strutture di supporto e comunicazione

Sono presenti strumenti di comunicazione.

2.4.6. Valutazione del personale

Presenza di strumenti per la valutazione della prestazione, eventuale presenza di incontri formalizzati tra capi e suoi collaboratori (PIANO FORMATIVO INTERNO).

2.4.7. Sistema premiante

Assente.

2.4.8. Servizi, benefit, welfare

Nell'anno 2021 è stato erogato un premio in denaro in busta paga al comparto infermieristico; nell'anno 2022 un buono (fringe benefits) da 500 euro a tutto il personale dipendente.

2.4.9. Rischi lavorativi e altro

Vengono valutati regolarmente i rischi lavorativi.

Si sono effettuate indagini di clima.

I fattori di rischio psicosociali sono molteplici sul luogo di lavoro e tendono, in modo strutturale, a intrecciarsi tra loro a seconda del contesto lavorativo. Se gli aspetti biologici e fisici sono tendenzialmente vincolati alle normative vigenti, la multidimensionalità dello stress lavoro-correlato richiede uno sguardo trasversale in modo da individuare tutti quei fattori di rischio e di protezione che agiscono sull'intero sistema lavoro.

Si sottolinea come i fattori ergonomici e ambientali sono fondamentali per garantire una adeguata prevenzione dei rischi biomeccanici e psicosociali in ogni struttura.

2.4.10. Aggiornamento documento di valutazione dei rischi

Aggiornamento del DVR. 08/03/23

2.5. Sintesi dati SIA

La seguente tabella riassume i dati raccolti attraverso la Scheda Informativa Aziendale e fornisce un'analisi dei dati oggettivi in riferimento a struttura organizzativa, eventi sentinella, fattori di contesto e di contenuto. I risultati vengono mostrati attraverso il posizionamento dei fattori analizzati verso la destra o la sinistra di ogni colonna per definirne meglio l'impatto.

Per un'analisi più dettagliata si rimanda alla lettura dei paragrafi precedenti.

Fattori	Potenzialmente negativi	Fattori intermedi	Potenzialmente positivi
Struttura org.		Tipologia addetti (età media e differenze di sesso per letteratura scientifica, maggiore esposizione a rischi psicosociali)	Organico
Eventi sentinella	Assenze Malattie	Infortuni Inidoneità al lavoro Ferie non godute Sanzioni disciplinari Cambiamenti Org.	Turn over Malattie professionali Segnalazione medico competente
Fattori di contenuto		Orario di lavoro (presenti Turni di lavoro, possibili fattori di rischio per letteratura scientifica) Lavoro straordinario	Tipologia contrattuale Formazione del personale Modalità inserimento neo-assunti Strutture di supporto ambiente e attrezzature
Fattori di contesto		Programmi sviluppo carriera e sviluppo personale Valutazione del personale Sistema premiante Codice etico Rischi lavorativi (nel DVR, per letteratura definiti potenziali rischi se non monitorati)	Organigramma Ruoli Strutture di supporto e comunicazione Servizi e benefit

Legenda:

Fattori potenzialmente negativi: possono nel tempo influire negativamente sul benessere dei lavoratori

Fattori intermedi: non rappresentano fattori negativi o positivi;

Fattori potenzialmente positivi: possono influire positivamente sul benessere dei lavoratori

CAPITOLO 3 – QUESTIONARIO (SCHEDE DEI LAVORATORI)

Come già evidenziato nell'introduzione del presente report, il metodo StART prevede di sentire i lavoratori mediante l'utilizzo di strumenti soggettivi, in questo caso attraverso lo svolgimento di Questionario suddiviso per gruppi omogenei di lavoratori (GO). La normativa vigente non prevede l'obbligatorietà del coinvolgimento dei lavoratori in valutazione preliminare, anche se riferisce che "... in relazione ai fattori di contenuto e contesto [...] **è possibile** sentire un campione rappresentativo di lavoratori".

3.1. Procedura e descrizione dello strumento

La struttura del Questionario prevedeva che i partecipanti rispondessero a domande suddivise in 2 aree che fanno riferimento al contenuto e al contesto del lavoro, come descritte nella sezione successiva (Cox et al., 2000).

Ogni lavoratore ha potuto compilare la propria scheda in forma anonima, riferendo quanto fosse più o meno vera una certa affermazione, su una scala di risposta Likert a 4 punti (1 = no, 2 = più no che sì, 3 = più sì che no, 4 = sì).

Per l'area del **contenuto del lavoro**, le domande facevano riferimento a diverse categorie:

- › *Ambiente di lavoro*: indaga l'eventuale presenza di fattori che possono essere ostacolanti allo svolgimento del lavoro;
- › *Orario di lavoro*: indaga la chiarezza dell'orario di lavoro e se questo venga rispettato;
- › *Compiti lavorativi*: indaga se i compiti sono chiaramente definiti, equamente distribuiti e se i compiti assegnati sono adeguati rispetto alle capacità delle persone;
- › *Carico di lavoro*: indaga l'adeguatezza dei tempi previsti e la raggiungibilità degli obiettivi, anche in riferimento ad eventuali interruzioni che possono avvenire;
- › *Controllo*: indaga l'autonomia che ogni lavoratore ha per svolgere le proprie attività.

Per quanto riguarda il **contesto del lavoro**, le domande facevano riferimento a:

- › *Ruolo*: indaga la definizione e la chiarezza del ruolo e l'eventuale sovrapposizione con altri ruoli presenti all'interno dell'organizzazione;
- › *Supporto Sociale*: indaga l'esistenza o la disponibilità a fornire sostegno da parte dei colleghi, dei diretti superiori o più in generale dall'azienda;
- › *Relazioni interpersonali*: indaga la presenza di conflitti e/o molestie/aggressioni sul luogo di lavoro;
- › *Comunicazione organizzativa*: indaga la reperibilità e la chiarezza delle informazioni che l'organizzazione fa circolare, nonché la trasparenza delle informazioni riguardanti i cambiamenti organizzativi;
- › *Formazione*: indaga la presenza di attività formative (obbligatorie e non) strutturate per il miglioramento di competenze e conoscenze;
- › *Sviluppo professionale*: indaga la presenza di una serie di occasioni di crescita dei lavoratori nel ruolo e nell'organizzazione, nonché l'esistenza di percorsi di carriera definiti;
- › *Sistema premiante e valutazione dei risultati lavorativi*: indaga la presenza di un sistema definito di riconoscimento dei risultati (personali od organizzativi) tramite retribuzioni di varia natura, della definizione di chiari criteri per ottenere tali gratifiche e dell'applicazione equa di tali sistemi. Per valutazione si intende la presenza di incontri periodici con il diretto superiore che l'organizzazione mette a disposizione per i propri dipendenti per la valutazione dei loro risultati e/o comportamenti lavorativi rispetto a dei criteri predefiniti;
- › *Interfaccia lavoro-famiglia*: indaga quanto il lavoro venga percepito come un ostacolo alla vita privata.

In coda alle domande è stato lasciato uno spazio per eventuali fattori non indagati dalle domande che i lavoratori ritengono connessi a situazioni di disagio, o che sono emersi in maniera meno frequente ("ulteriori informazioni").

3.2. Modalità di analisi dei dati

Nei grafici seguenti sono riportate le medie calcolate sia aggregate per dimensione (es. Adeguatezza strumenti lavoro e ambiente di lavoro), sia sulle singole domande (es. Adeguatezza strumenti di lavoro). Le medie sono state tradotte su una scala a 3 punti per aiutare la lettura dei risultati.

3.3. Descrizione dei partecipanti

Nella tabella seguente è riportato in dettaglio il numero di lavoratori che ha partecipato alla compilazione del questionario suddivisi per gruppo omogeneo:

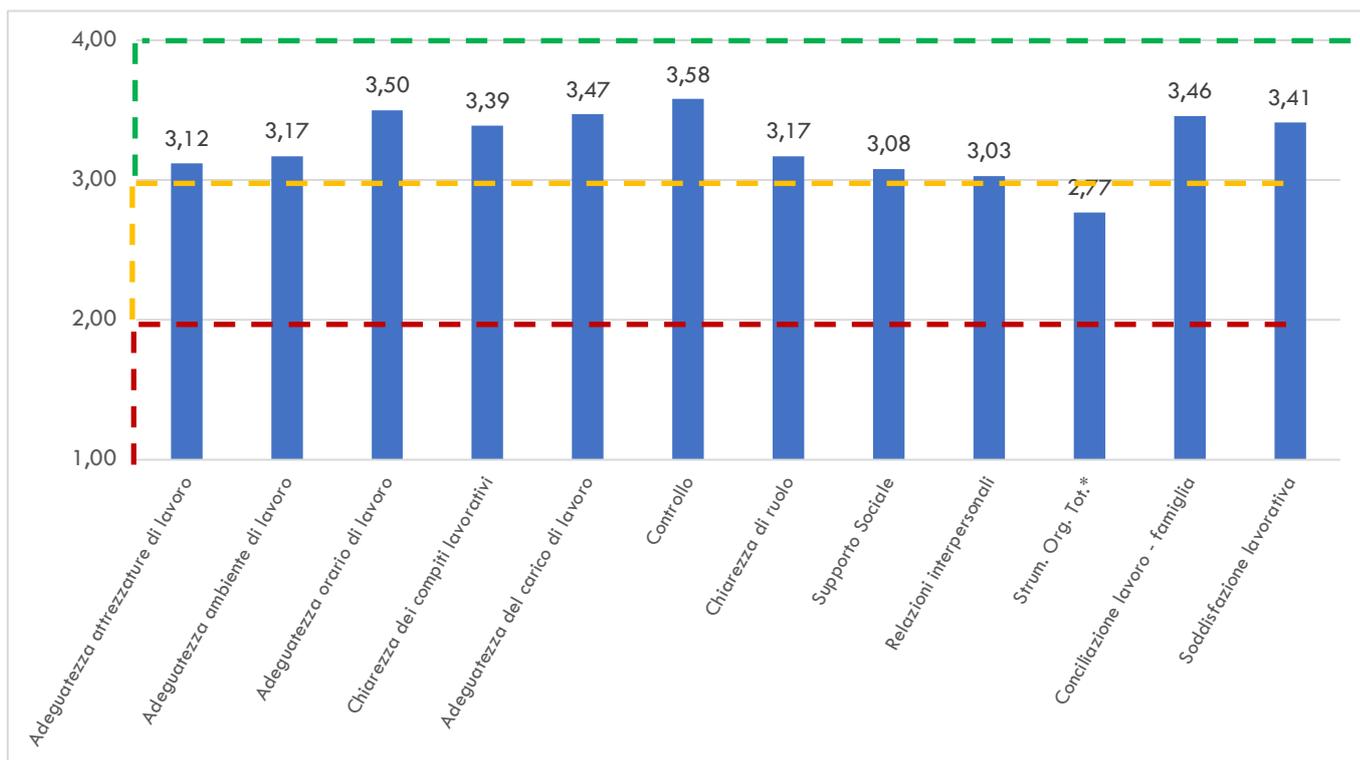
Gruppi Omogenei	Amministrativi	Ausiliari e Addetti Area Esterna	Infermieri e OSS	Medici e Psicologi
Totale persone	8	9	36	5
Tot. Pop. Lav.	9	23	50	9
% Pop. Lav.	88,8	39,1	72	55,5

3.4. Risultati

Per facilitare la fruizione dei dati dei grafici riportati di seguito, è bene tenere presenti alcune indicazioni:

- In ognuna delle sezioni di seguito presentate, sono riportati i grafici che riassumono i dati quantitativi raccolti grazie ai lavoratori con le medie dei punteggi delle singole affermazioni. Per avere un indice di riferimento rispetto ai risultati dei grafici è presente una linea tratteggiata colorata che indica la valenza di un determinato punteggio.
- il livello più vicino a 1 corrisponde a un negativo impatto/percezione (rosso); man mano che il valore aumenta verso il 4 l'impatto/percezione è positivo (verde).
- Nei Risultati Finali è riportata una tabella che rappresenta la sintesi finale del questionario e del FG.

VILLA BARUZZIANA: dati generali



3.5.1. Gruppo omogeneo 1: Amministrativi

3.5.1.1. Risultati di dettaglio del questionario

Nel seguente paragrafo sono riportati nell'ordine:

1. grafico nel quale sono riportate le domande generali delle variabili indagate (es. *L'orario di lavoro è complessivamente adeguato?*) N.B. Tutte le variabili sono da leggersi in "positivo", nel senso che punteggi più alti della variabile indicano percezioni e/o impatti più positivi riferiti dai lavoratori; il livello più vicino allo 1 corrisponde a un negativo impatto/percezione (rosso); man mano che il valore aumenta l'impatto/percezione è positivo (verde).
2. Grafici nei quali sono riportati tutte le variabili esplorate nella scheda dei lavoratori.

Grafico 1. Visione di insieme

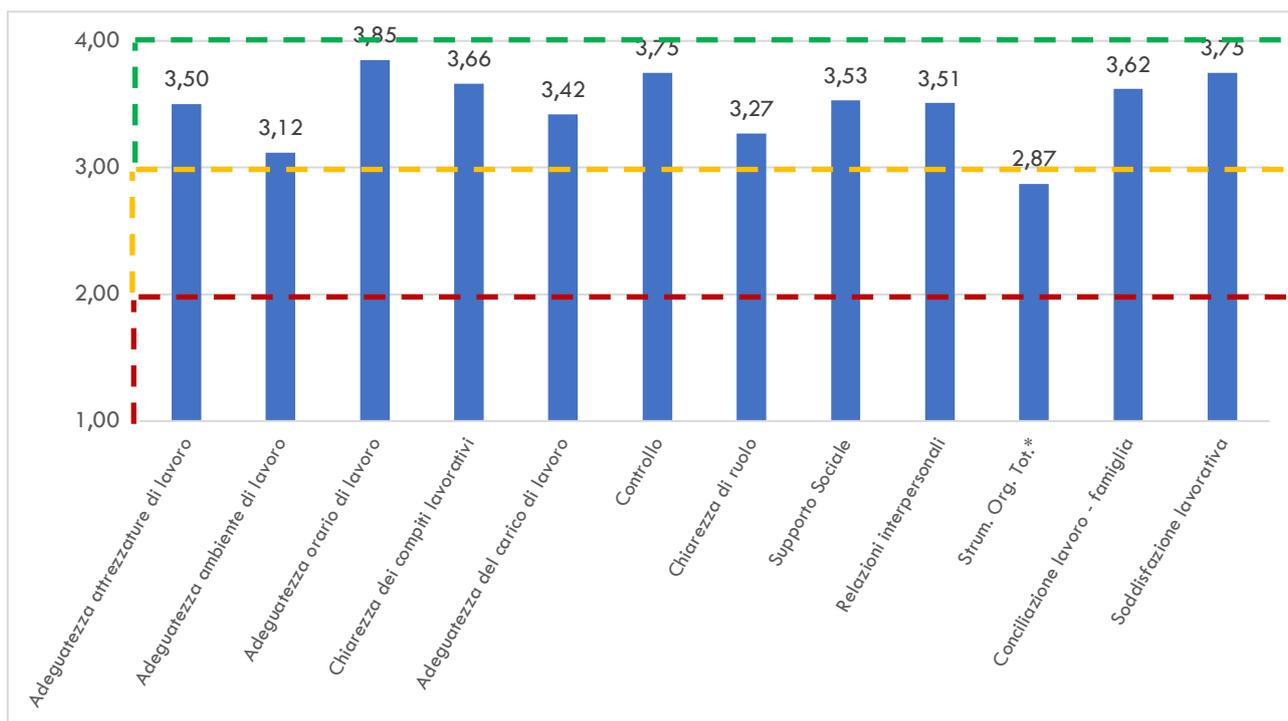


Grafico 2. Ambiente di lavoro

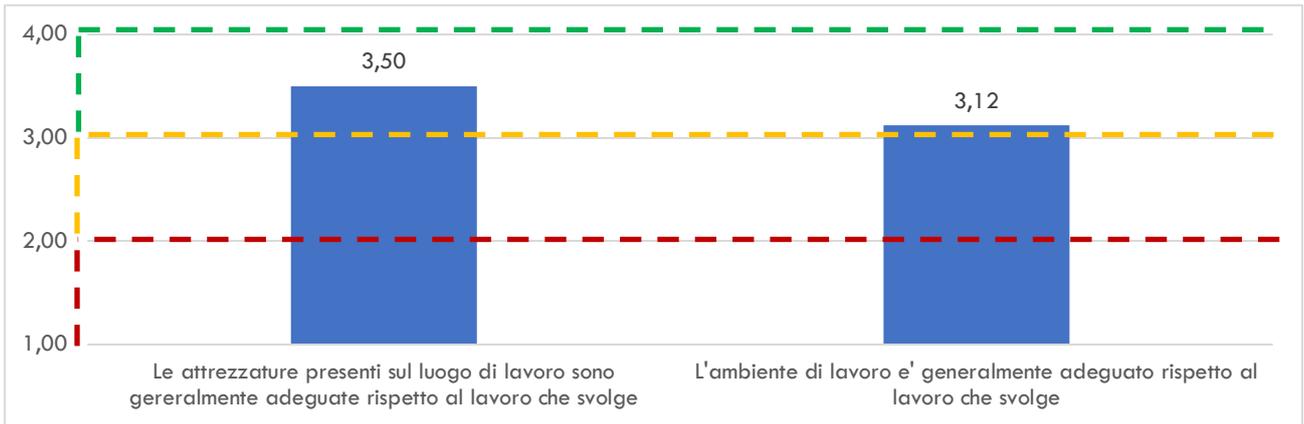


Grafico 3. Orario di lavoro

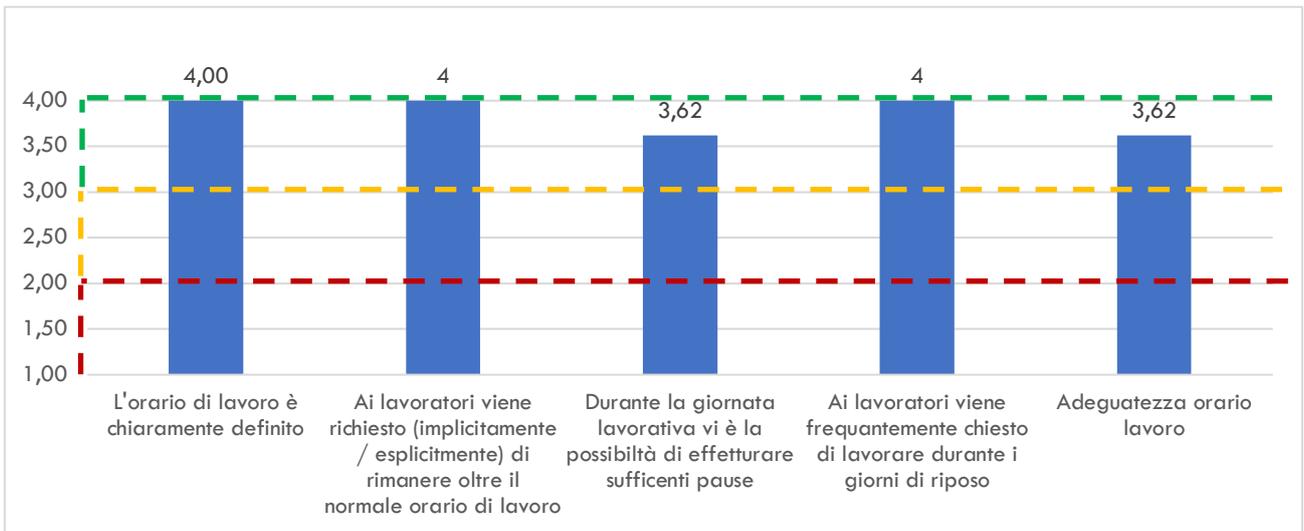


Grafico 4. Compiti lavorativi

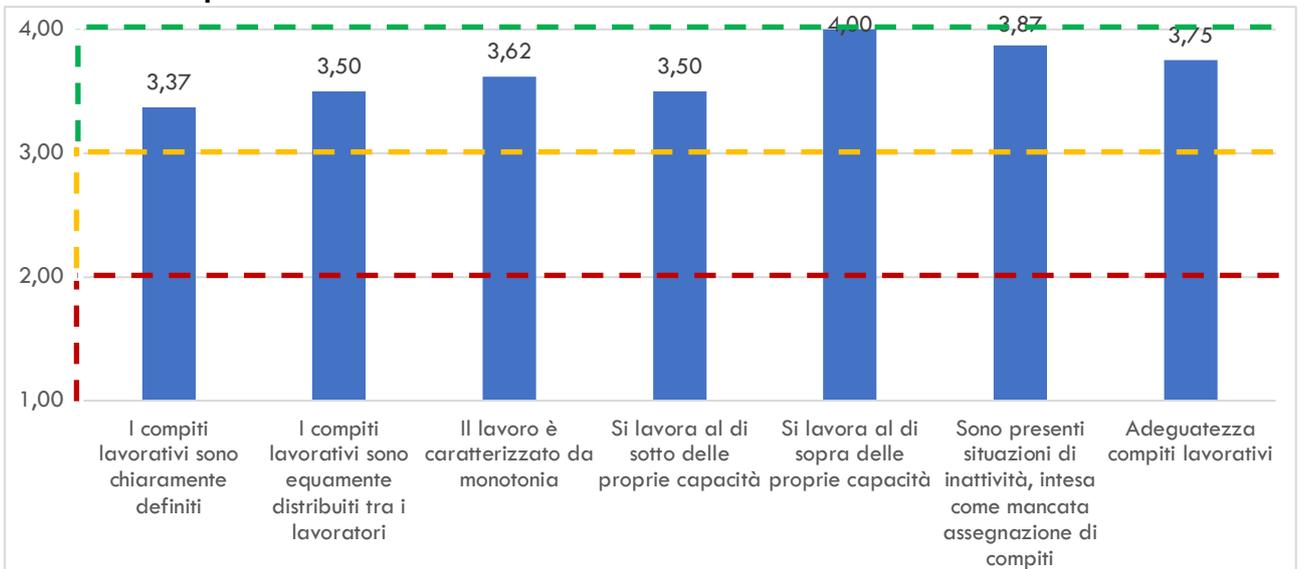


Grafico 5. Carico e ritmo di lavoro

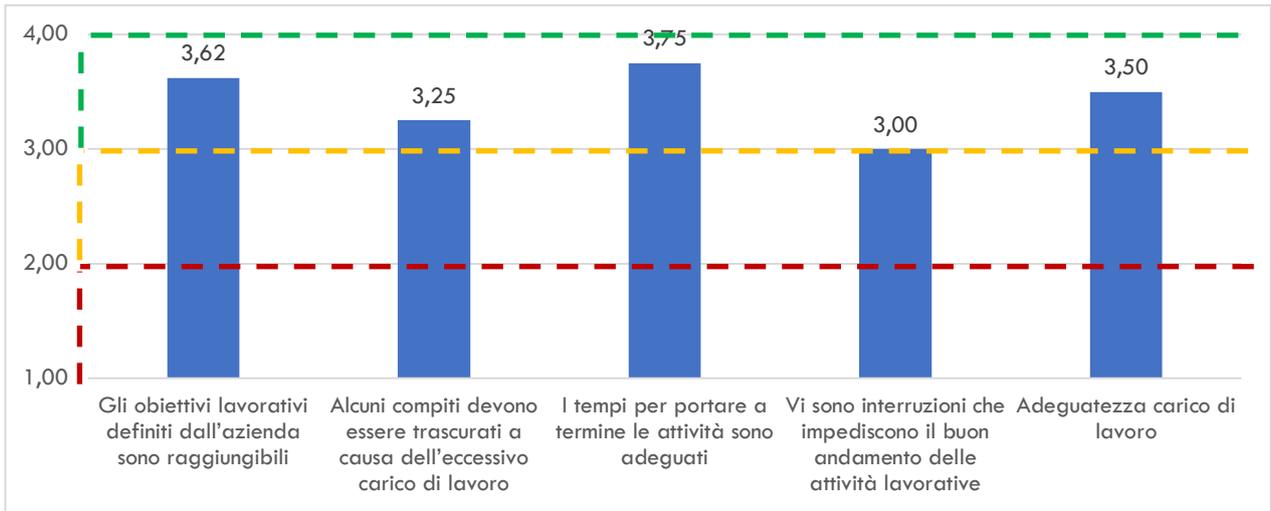


Grafico 6. Controllo

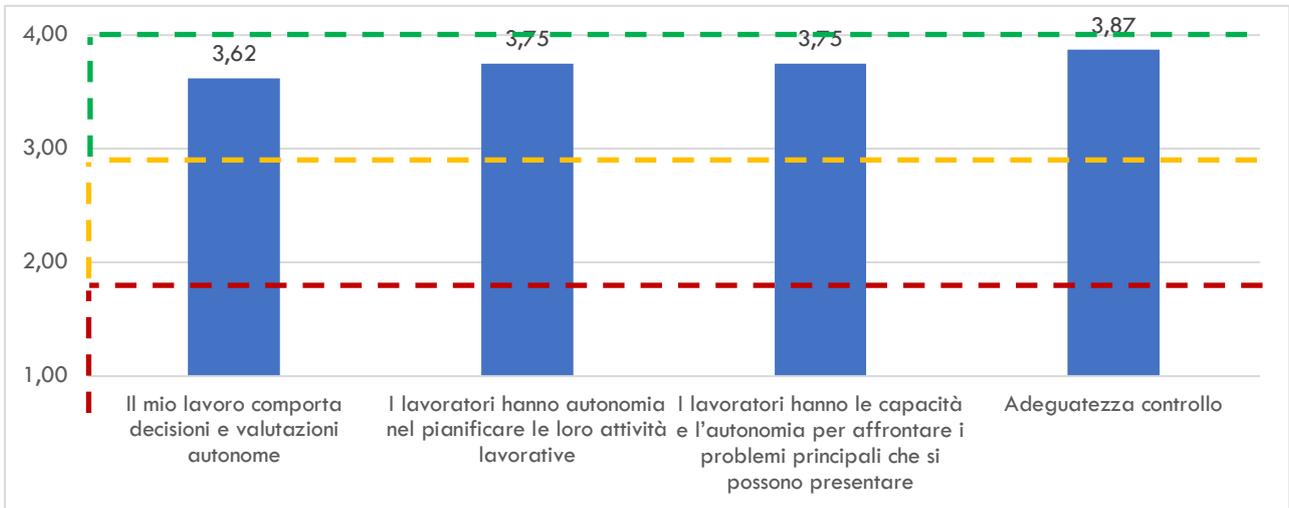


Grafico 7. Ruolo

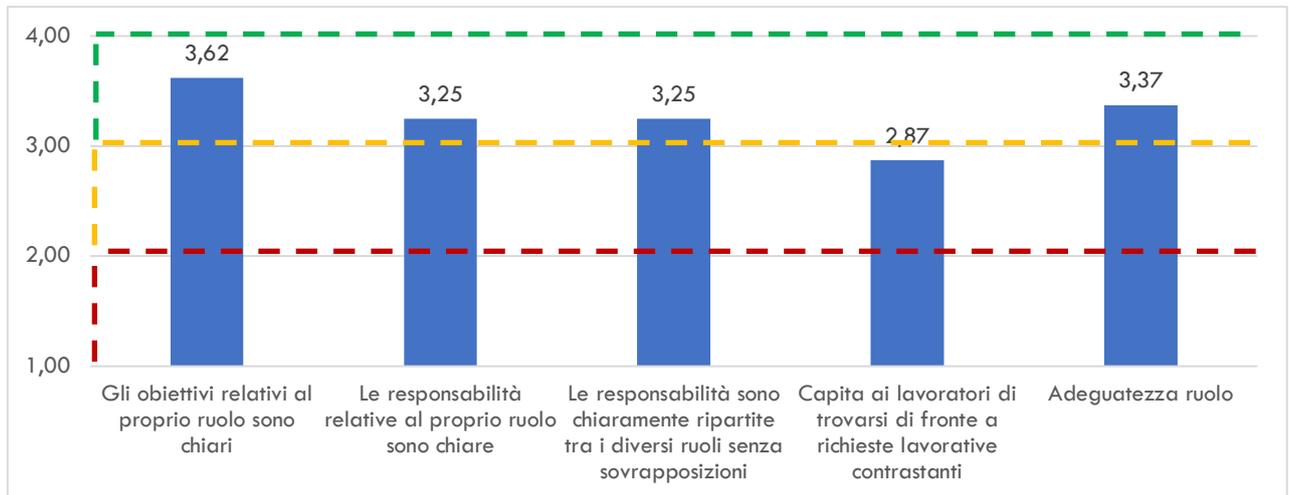


Grafico 8. Supporto sociale

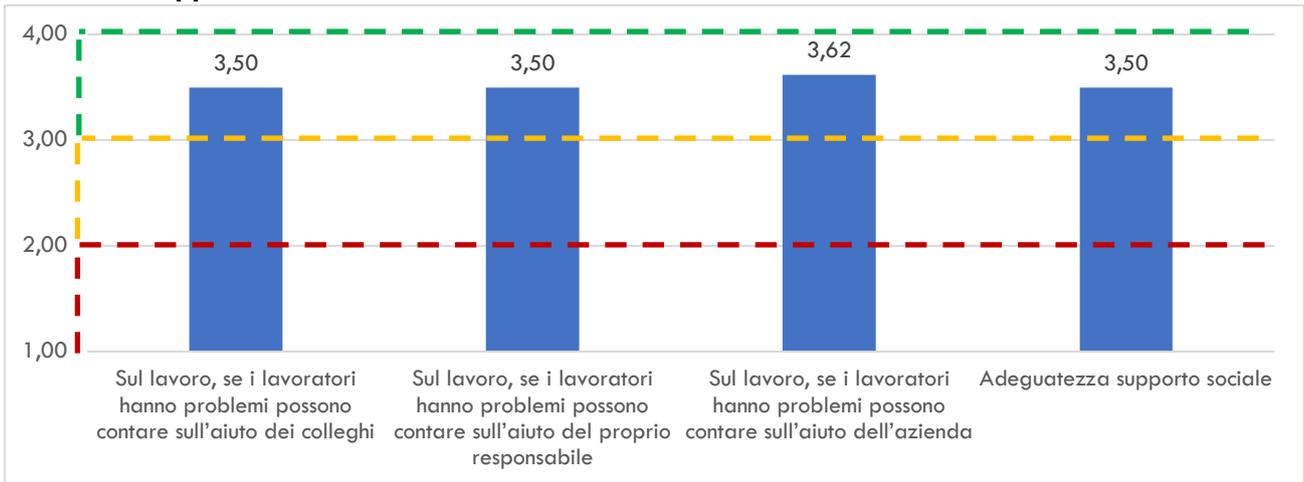


Grafico 9. Relazioni interpersonali

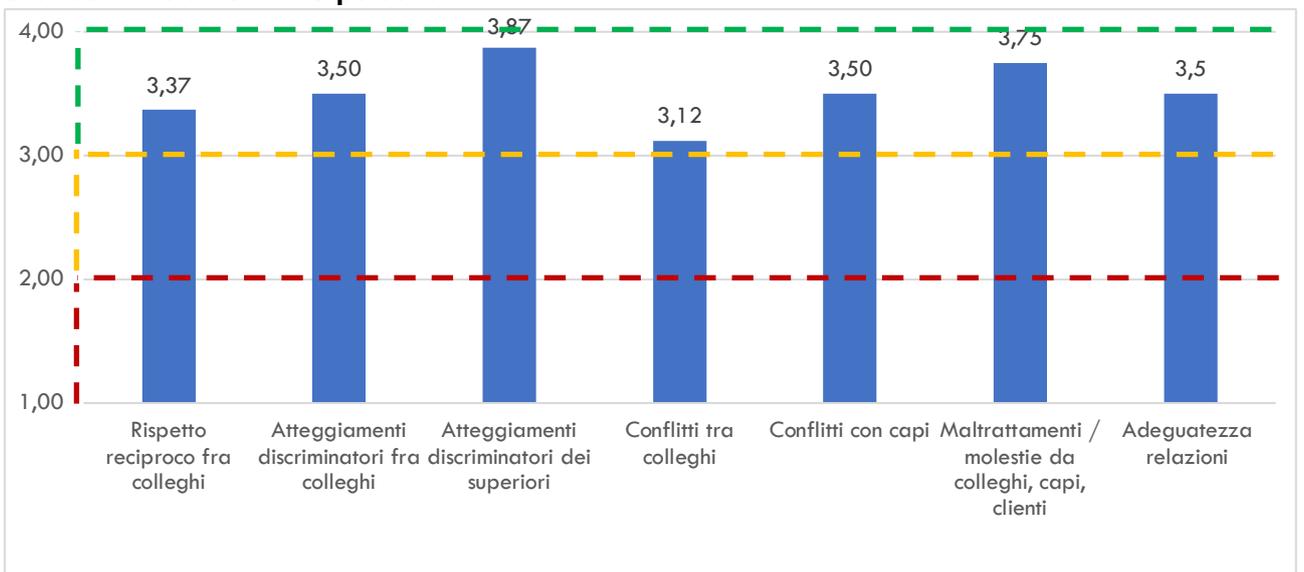


Grafico 10. Comunicazione organizzativa

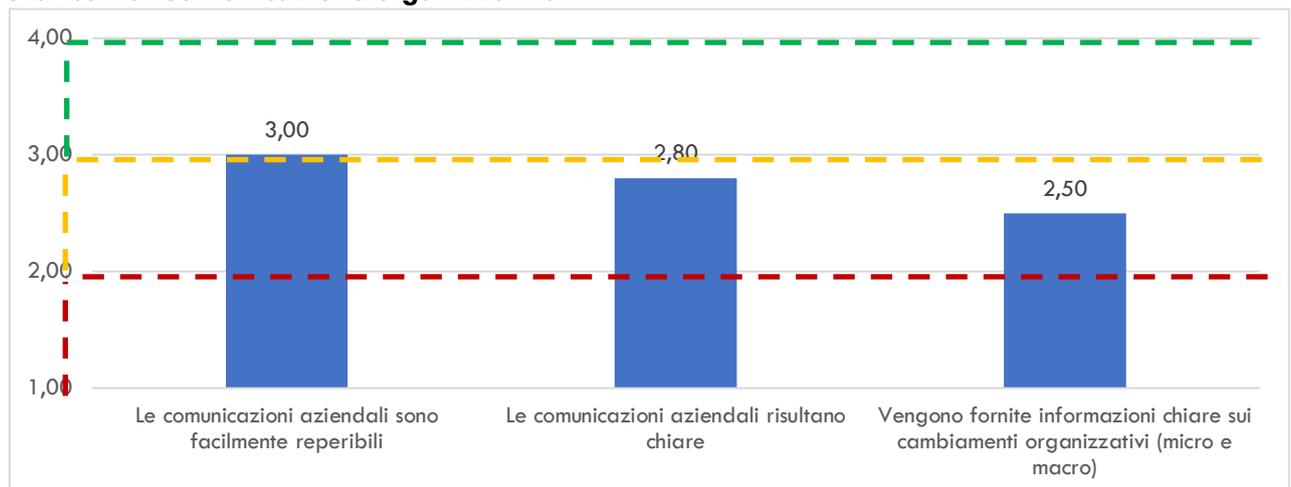


Grafico 11. Formazione professionale

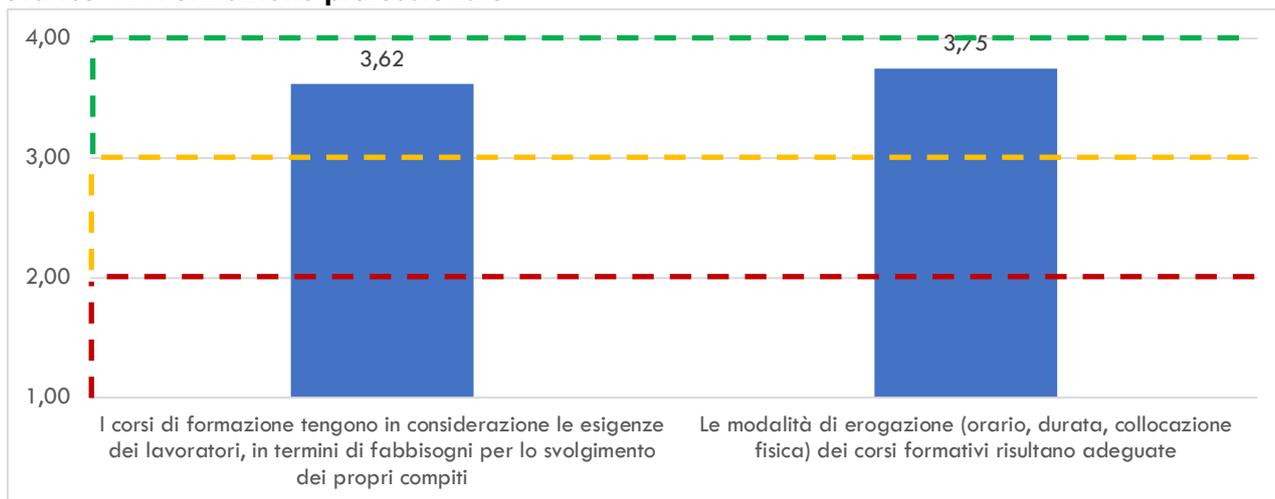


Grafico 12. Sviluppo professionale

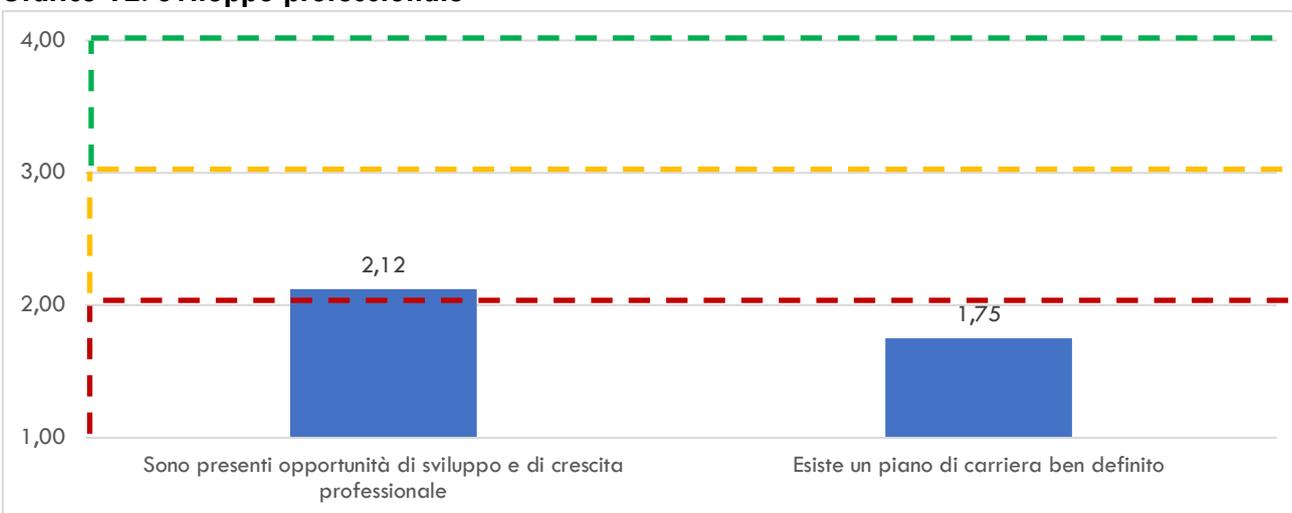


Grafico 13. Sistema premiante e valutazione dei risultati lavorativi

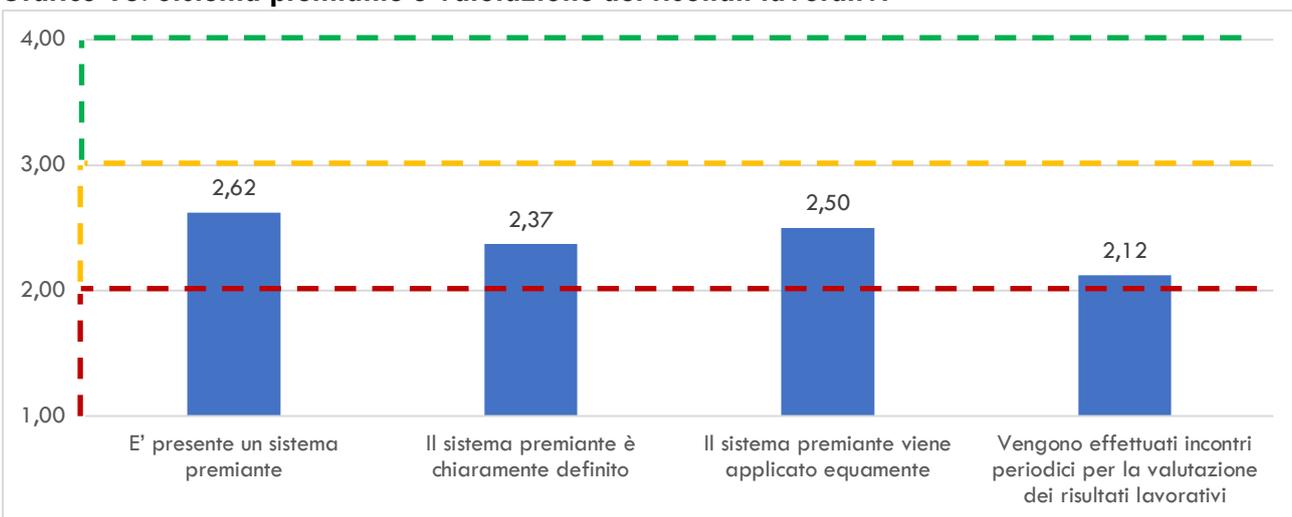


Grafico 14. Conflitto lavoro-famiglia

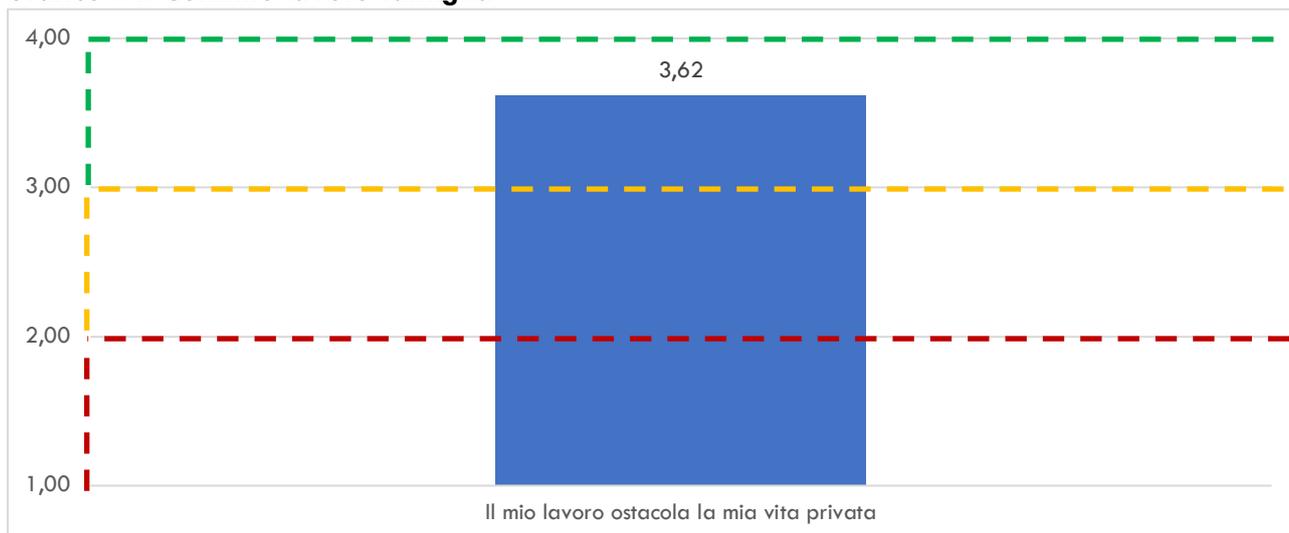
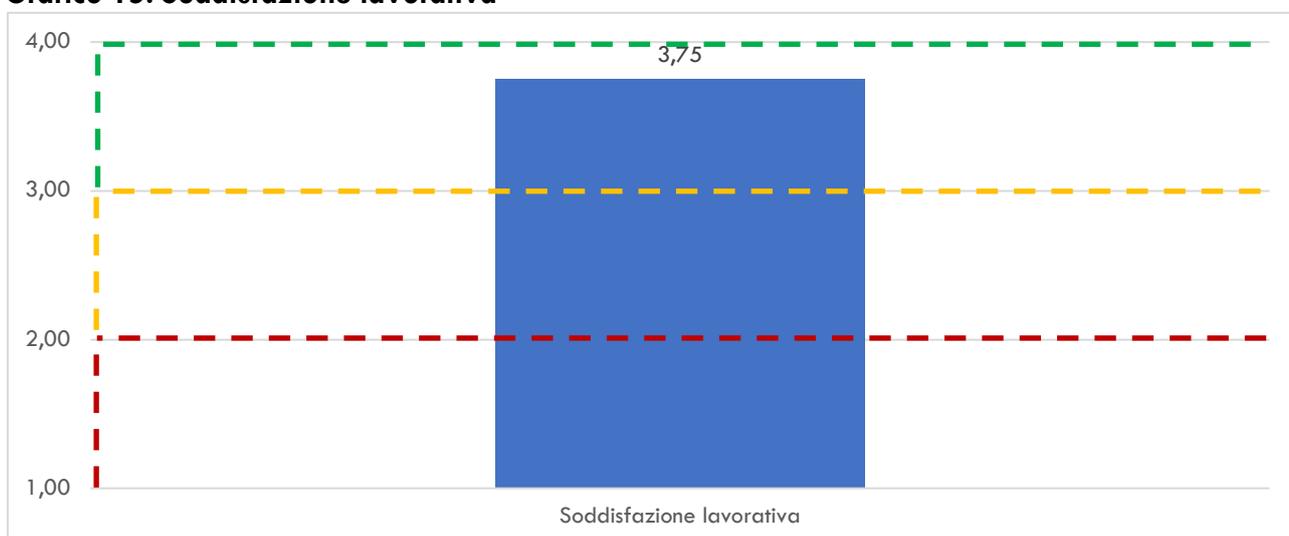


Grafico 15. Soddisfazione lavorativa



3.5.1.2. RISULTATI FINALI

La tabella rappresenta la sintesi finale dei dati raccolti dal questionario. Questo risultato viene mostrato attraverso il posizionamento dei fattori analizzati verso la destra o la sinistra di ogni colonna per definirne meglio l'impatto.

Per un'analisi più dettagliata si rimanda alla lettura del capitolo successivo.

GO Amministrativi sintesi dati questionario		
Potenzialmente negativi	Fattori intermedi	Potenzialmente positivi
	Strumenti org.	Attrezzature lavorative Ambiente di lavoro Orario di lavoro Compiti lavorativi Carico di lavoro Controllo Ruolo Supporto sociale Relazioni interpersonali Conciliazione lavoro-famiglia Soddisfazione lav.

Legenda:

Fattori potenzialmente negativi: possono nel tempo influire negativamente sul benessere dei lavoratori

Fattori intermedi: non rappresentano fattori negativi o positivi

Fattori potenzialmente positivi: possono influire positivamente sul benessere dei lavoratori

3.6.1. Gruppo omogeneo 2: Ausiliari e Addetti area esterna

3.6.1.1. Risultati di dettaglio delle schede dei lavoratori del questionario

Nel seguente paragrafo sono riportati nell'ordine:

1. grafico nel quale sono riportate le domande generali delle variabili indagate (es. *L'orario di lavoro è complessivamente adeguato?*) N.B. Tutte le variabili sono da leggersi in "positivo", nel senso che punteggi più alti della variabile indicano percezioni e/o impatti più positivi riferiti dai lavoratori; il livello più vicino allo 1 corrisponde a un negativo impatto/percezione (rosso); man mano che il valore aumenta l'impatto/percezione è positivo (verde).
2. Grafici nei quali sono riportati tutte le variabili esplorate nella scheda dei lavoratori.

Grafico 1. Visione di insieme

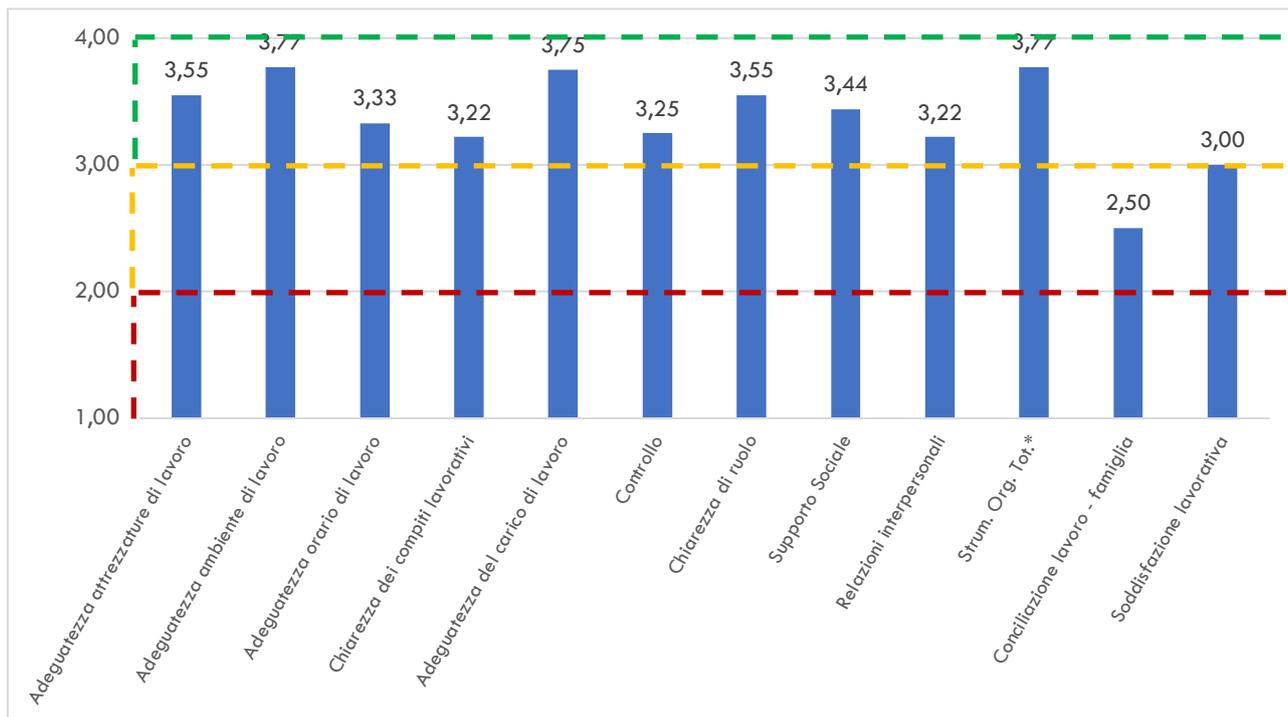


Grafico 2. Ambiente di lavoro

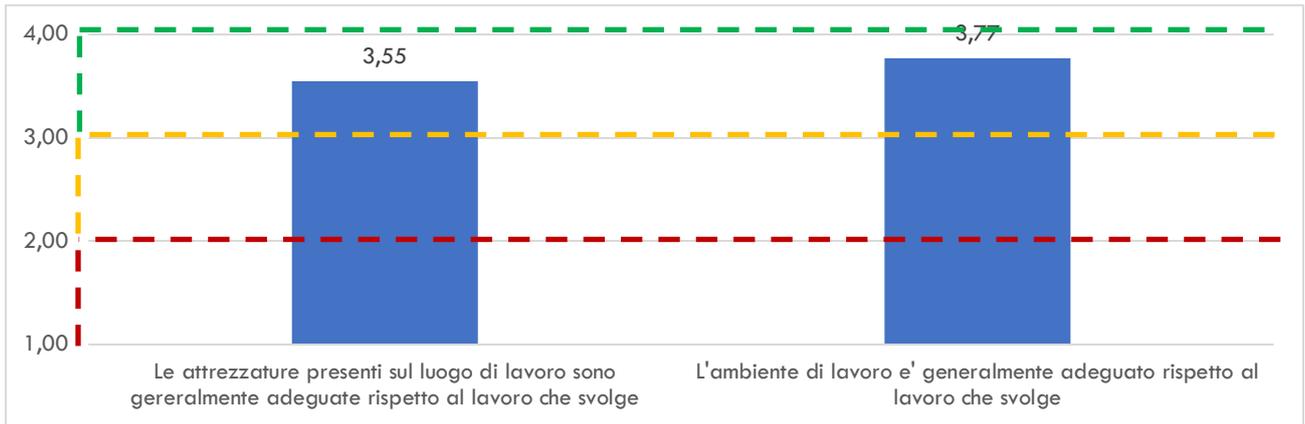


Grafico 3. Orario di lavoro

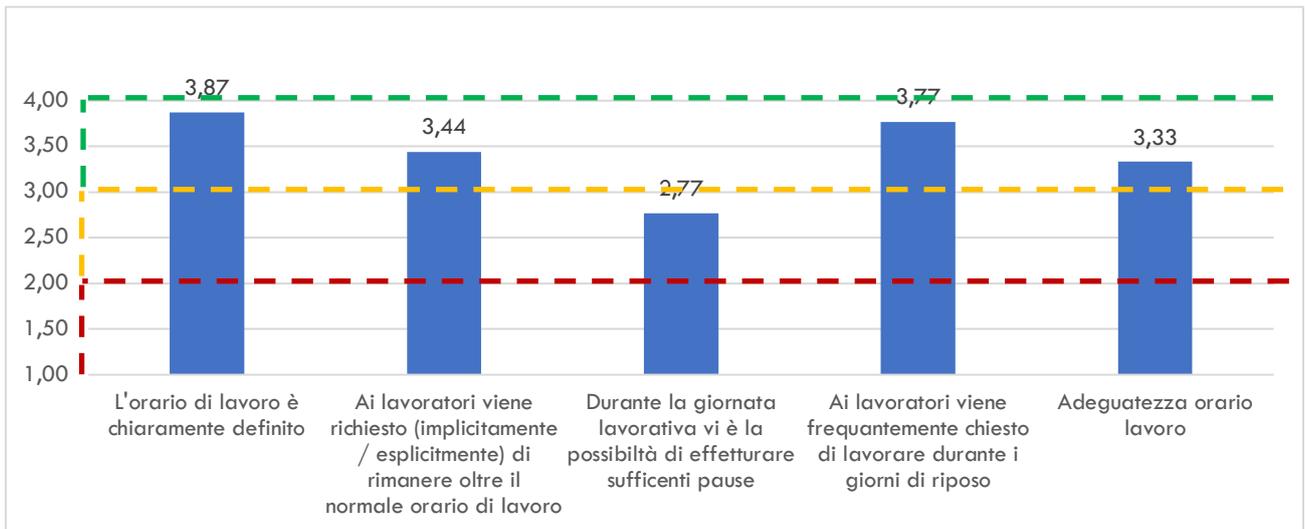


Grafico 4. Compiti lavorativi

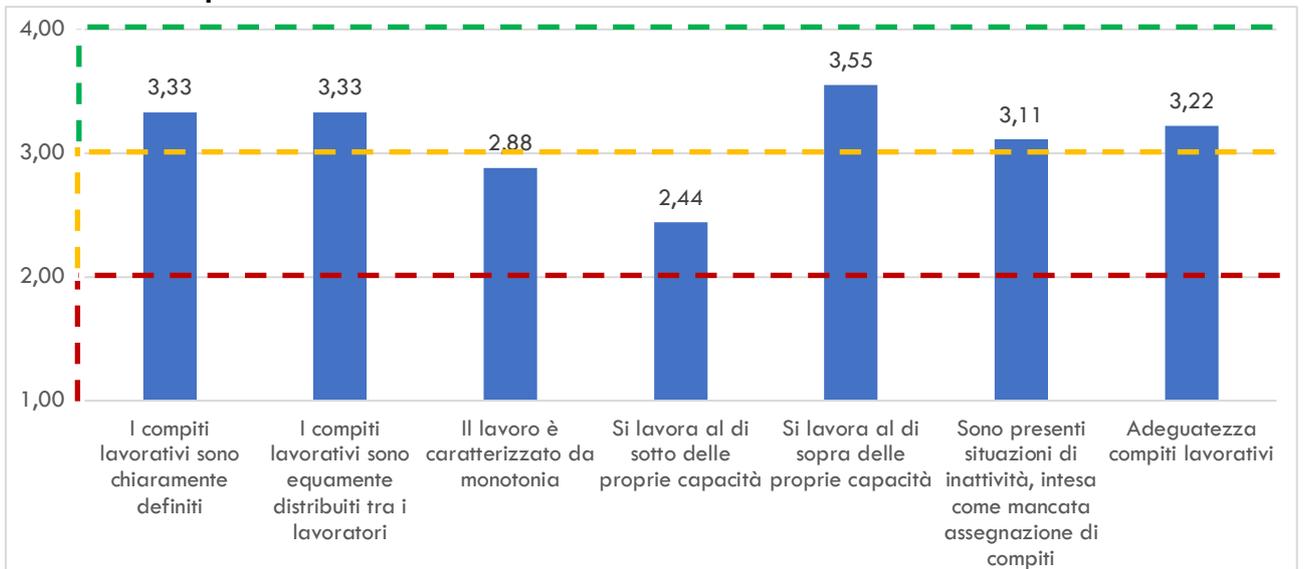


Grafico 5. Carico e ritmo di lavoro

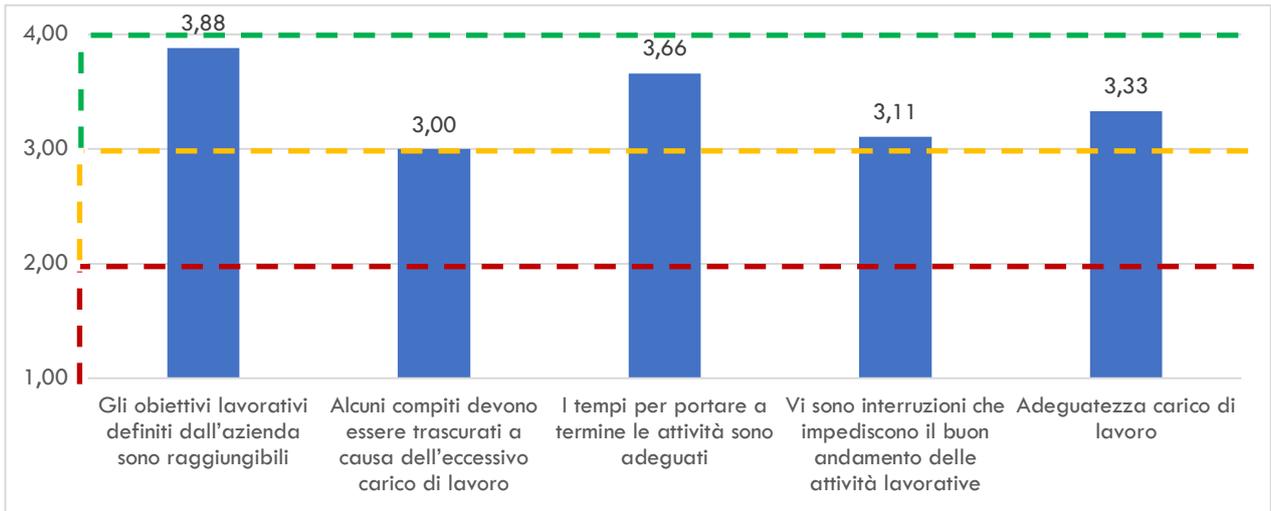


Grafico 6. Controllo

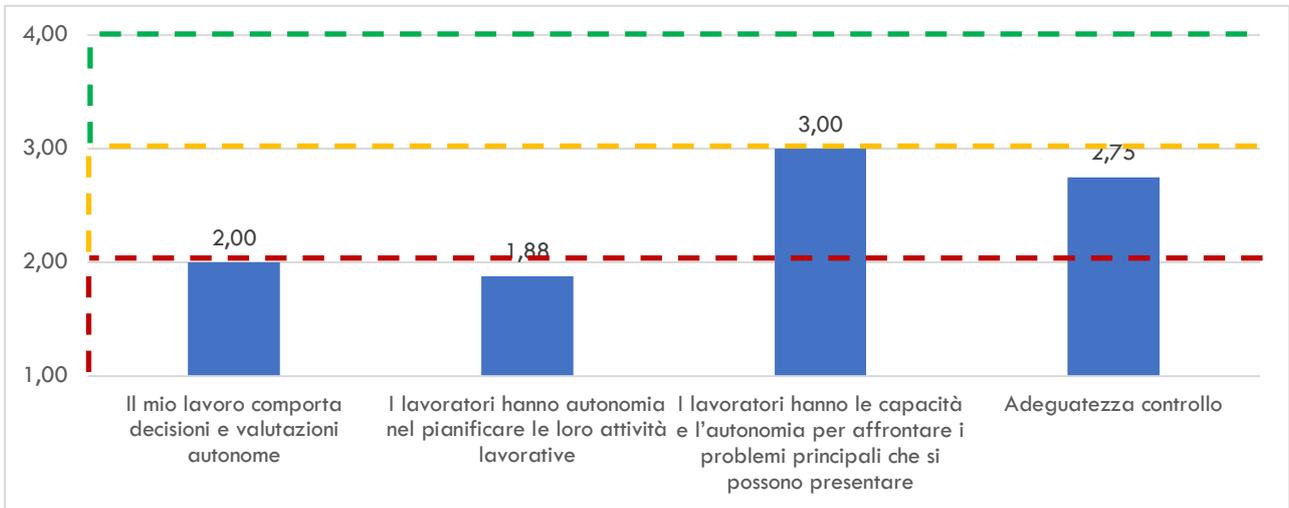


Grafico 7. Ruolo

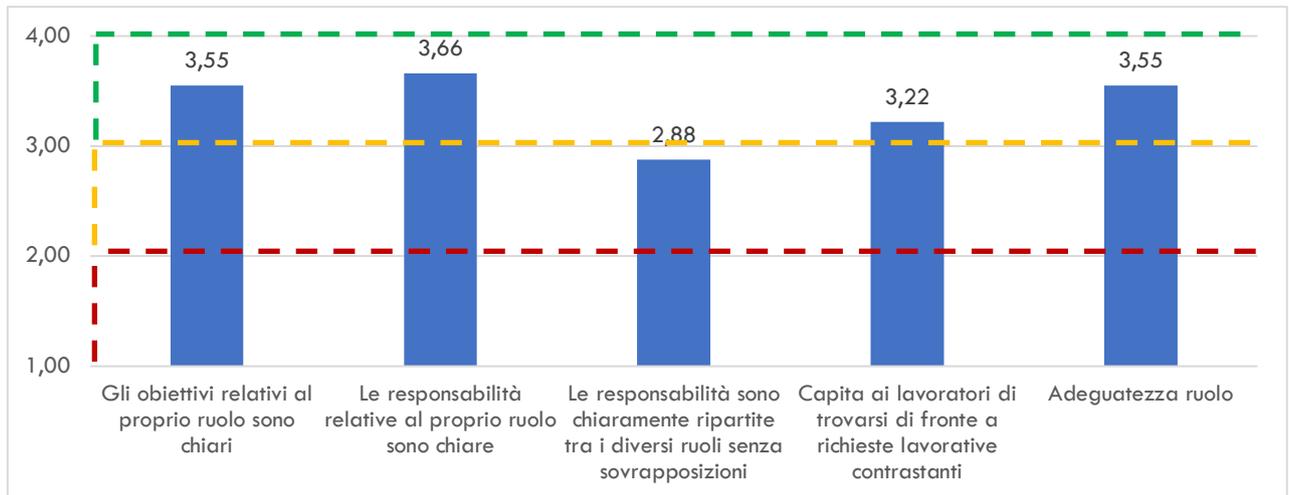


Grafico 8. Supporto sociale

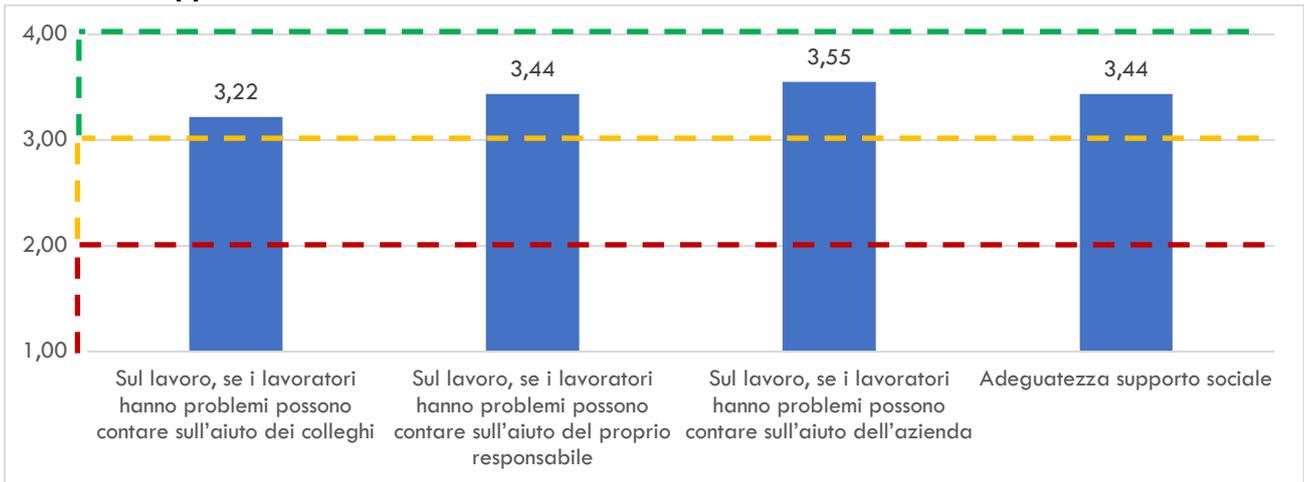


Grafico 9. Relazioni interpersonali

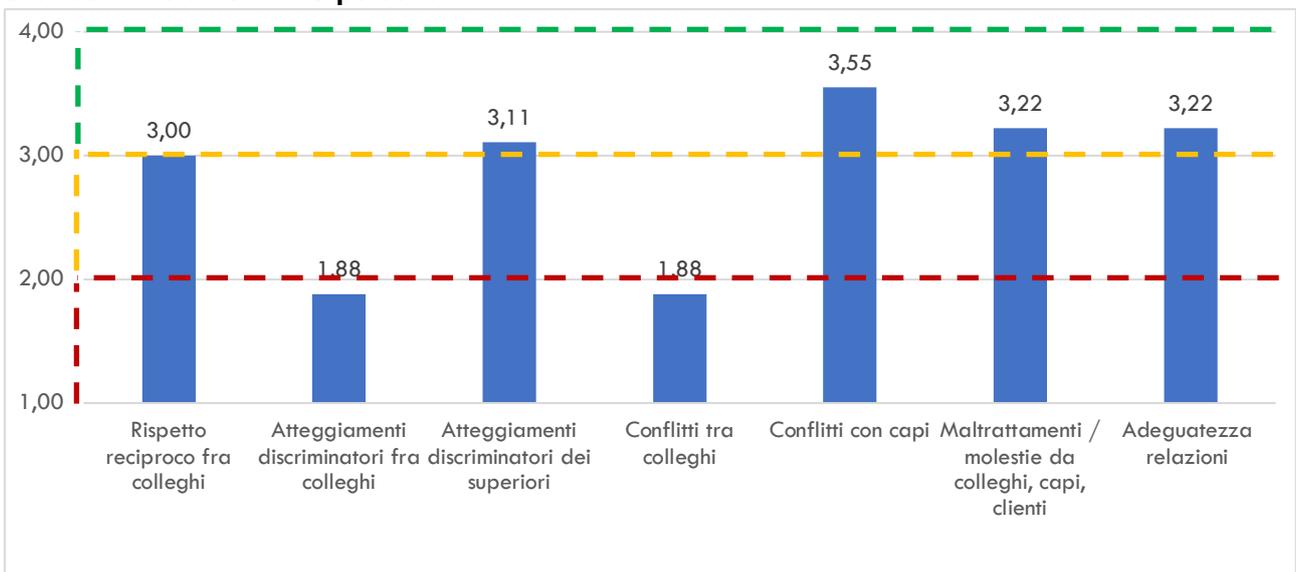


Grafico 10. Comunicazione organizzativa

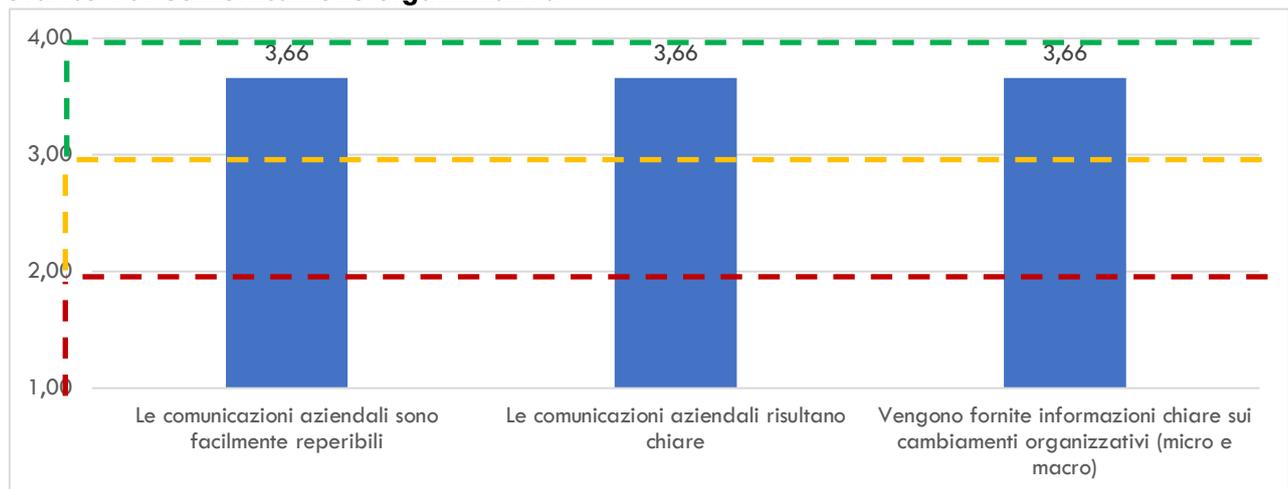


Grafico 11. Formazione professionale

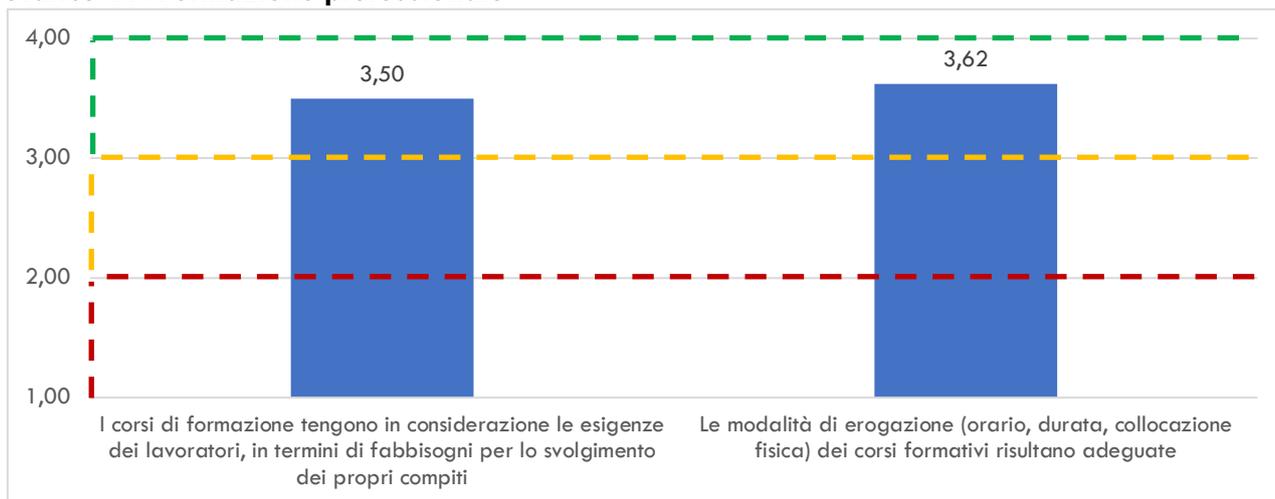


Grafico 12. Sviluppo professionale

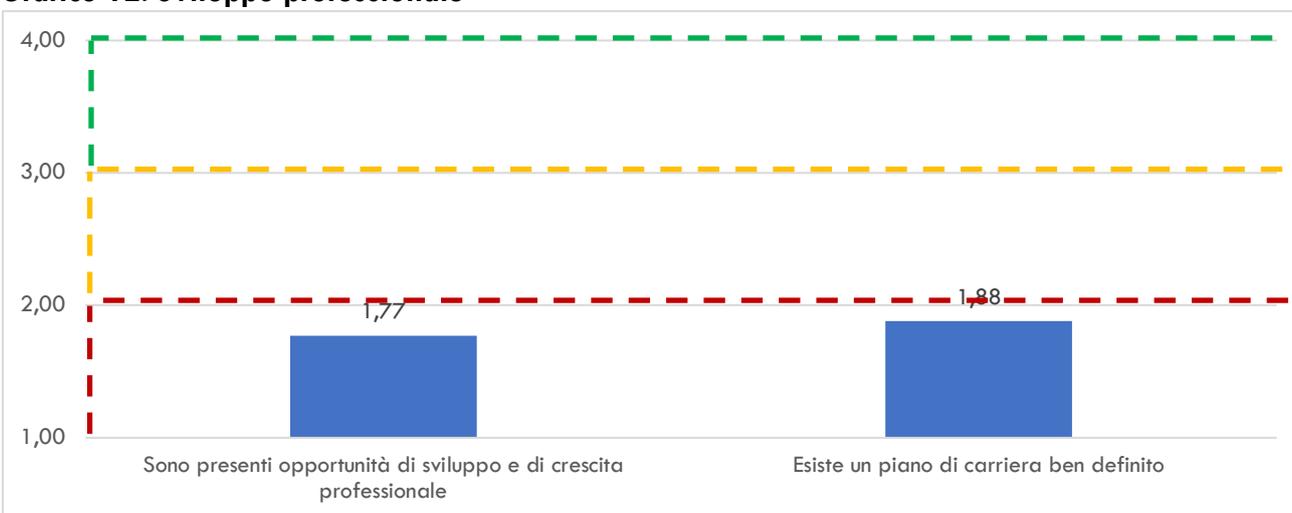


Grafico 13. Sistema premiante e valutazione dei risultati lavorativi

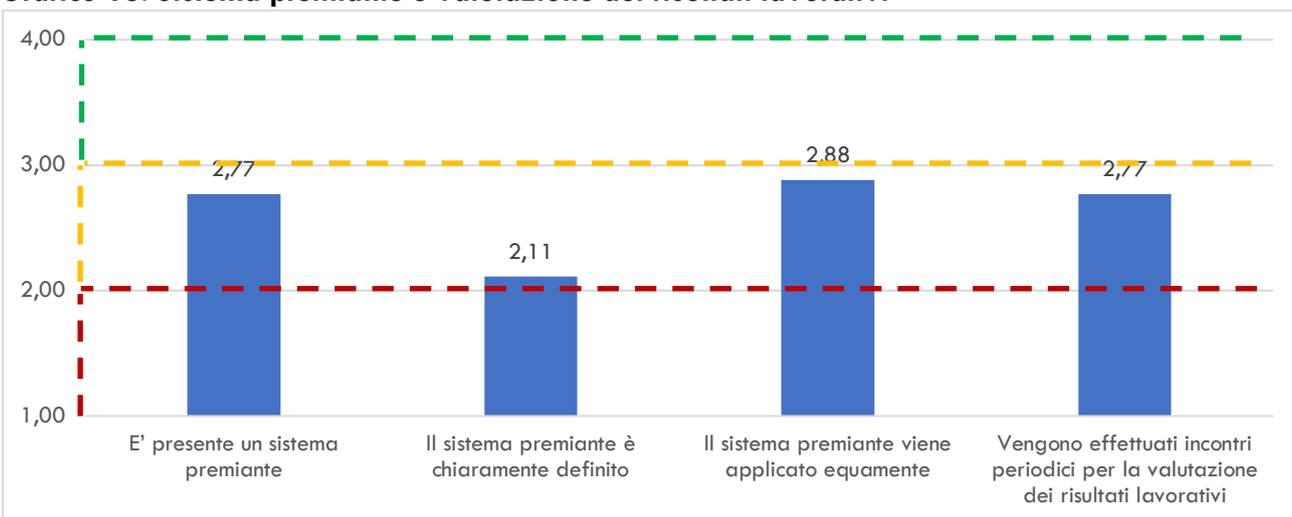


Grafico 14. Conflitto lavoro-famiglia

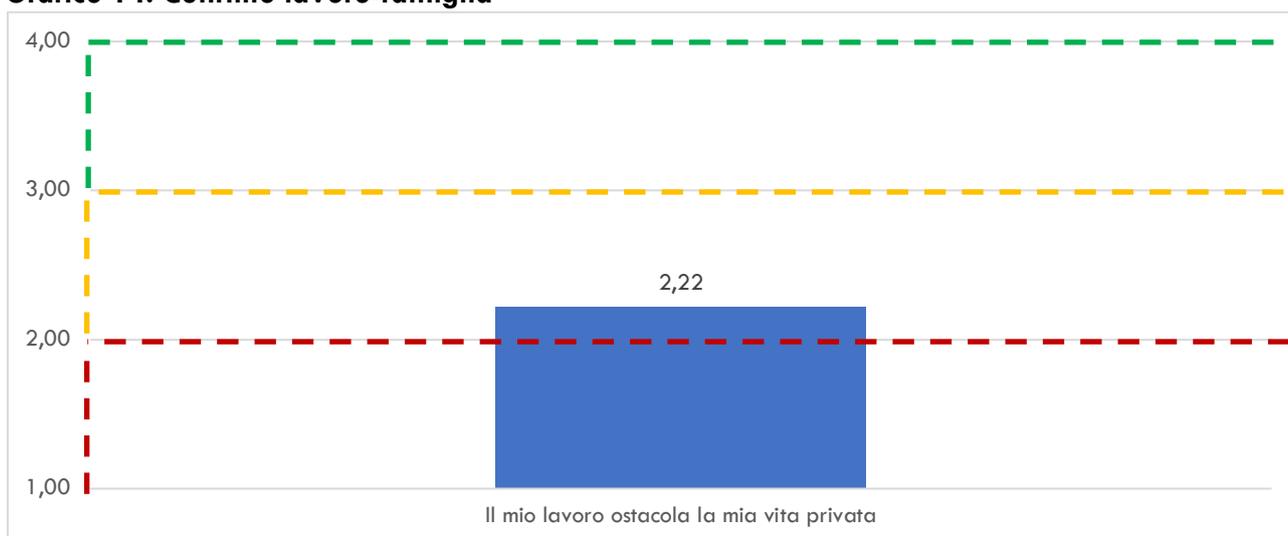
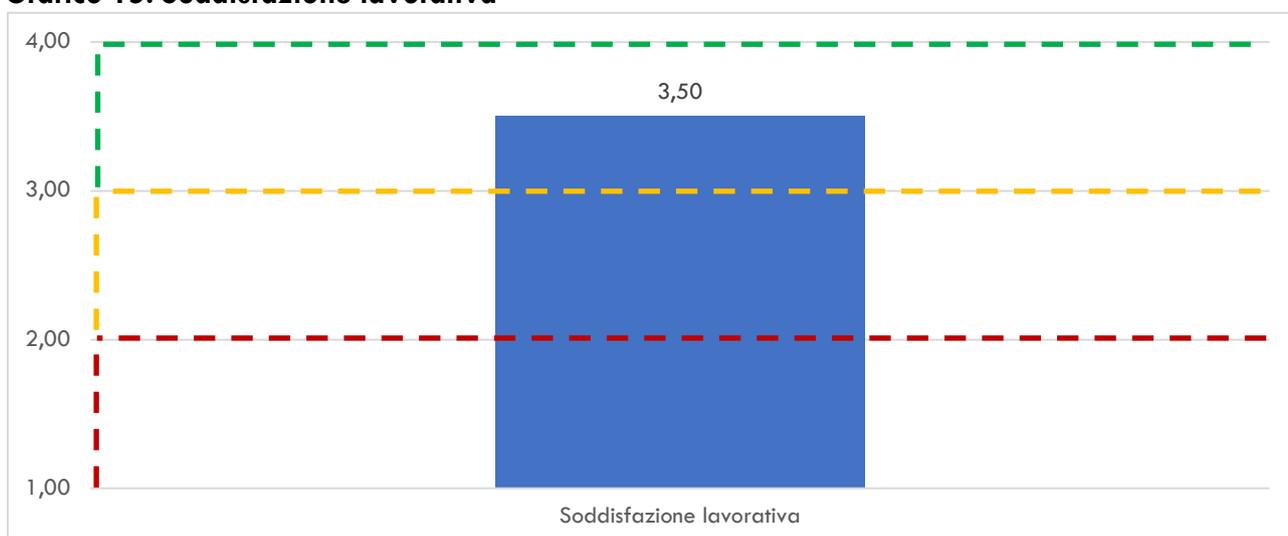


Grafico 15. Soddisfazione lavorativa



3.6.1.2. RISULTATI FINALI

La tabella rappresenta la sintesi finale dei dati raccolti dal questionario. Questo risultato viene mostrato attraverso il posizionamento dei fattori analizzati verso la destra o la sinistra di ogni colonna per definirne meglio l'impatto.

Per un'analisi più dettagliata si rimanda alla lettura del capitolo successivo.

GO Ausiliari e Addetti Area Esterna sintesi dati questionario		
Potenzialmente negativi	Fattori intermedi	Potenzialmente positivi
	Conciliazione lavoro-famiglia	Attrezzature lavorative Ambiente di lavoro Orario di lavoro Compiti lavorativi Carico di lavoro Controllo Ruolo Supporto sociale Relazioni interpersonali Strumenti org. Soddisfazione lav.

Legenda:

Fattori potenzialmente negativi: possono nel tempo influire negativamente sul benessere dei lavoratori

Fattori intermedi: non rappresentano fattori negativi o positivi

Fattori potenzialmente positivi: possono influire positivamente sul benessere dei lavoratori

3.7.1. Gruppo omogeneo 3: Infermieri e OSS

3.7.1.1. Risultati di dettaglio delle schede dei lavoratori del questionario

Nel seguente paragrafo sono riportati nell'ordine:

1. grafico nel quale sono riportate le domande generali delle variabili indagate (es. *L'orario di lavoro è complessivamente adeguato?*) N.B. Tutte le variabili sono da leggersi in "positivo", nel senso che punteggi più alti della variabile indicano percezioni e/o impatti più positivi riferiti dai lavoratori; il livello più vicino allo 1 corrisponde a un negativo impatto/percezione (rosso); man mano che il valore aumenta l'impatto/percezione è positivo (verde).
2. Grafici nei quali sono riportati tutte le variabili esplorate nella scheda dei lavoratori.

Grafico 1. Visione di insieme

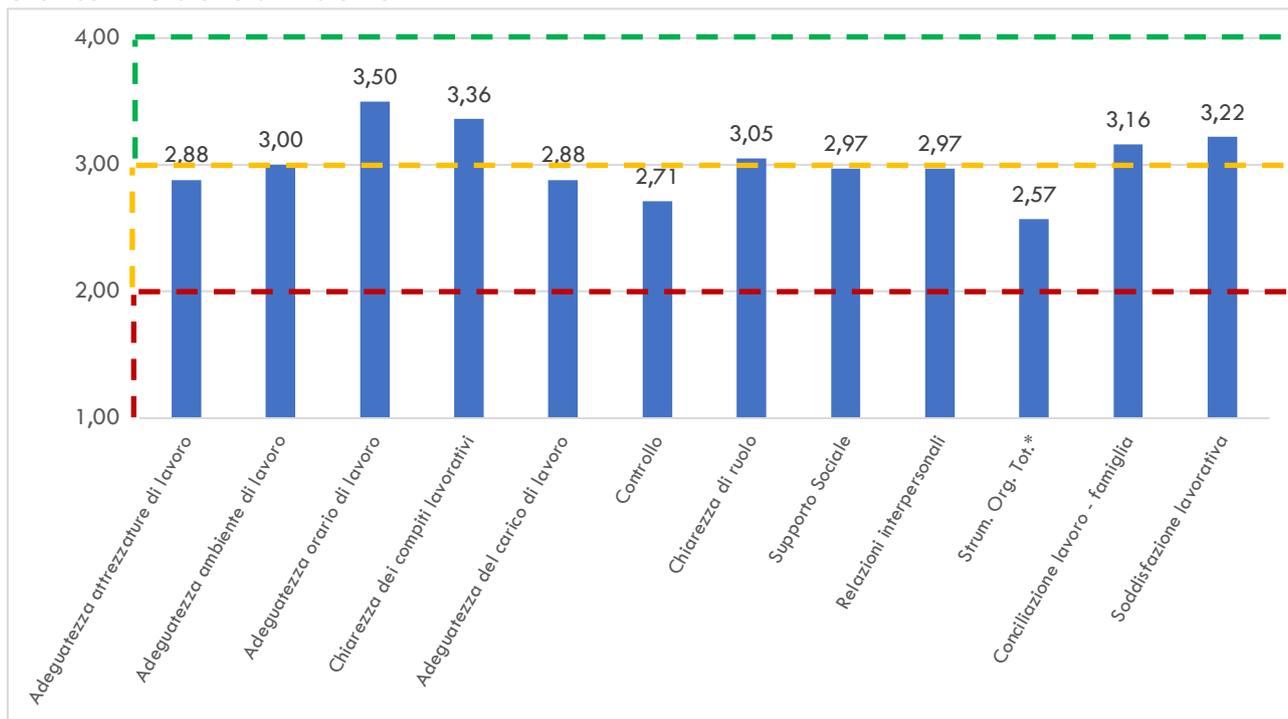


Grafico 2. Ambiente di lavoro

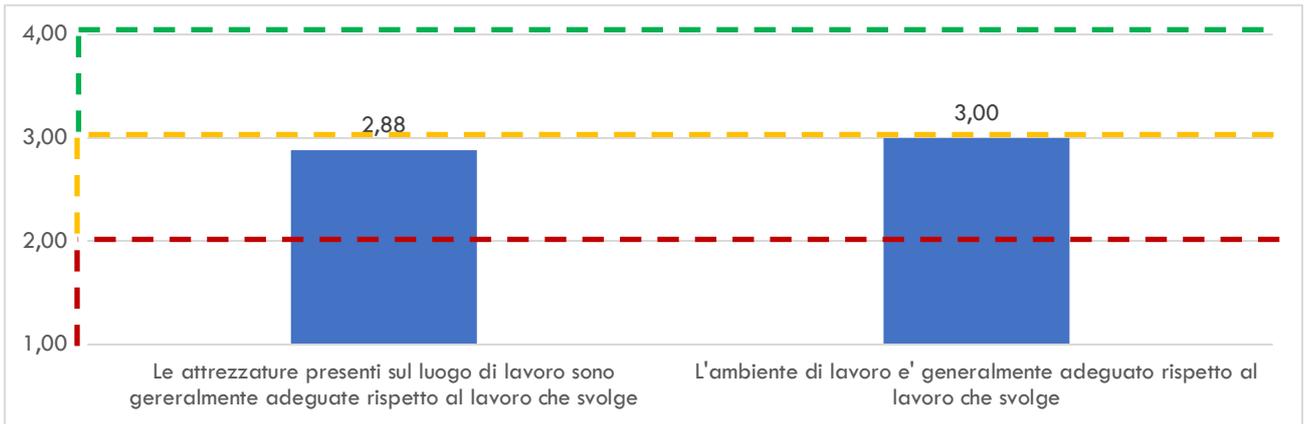


Grafico 3. Orario di lavoro

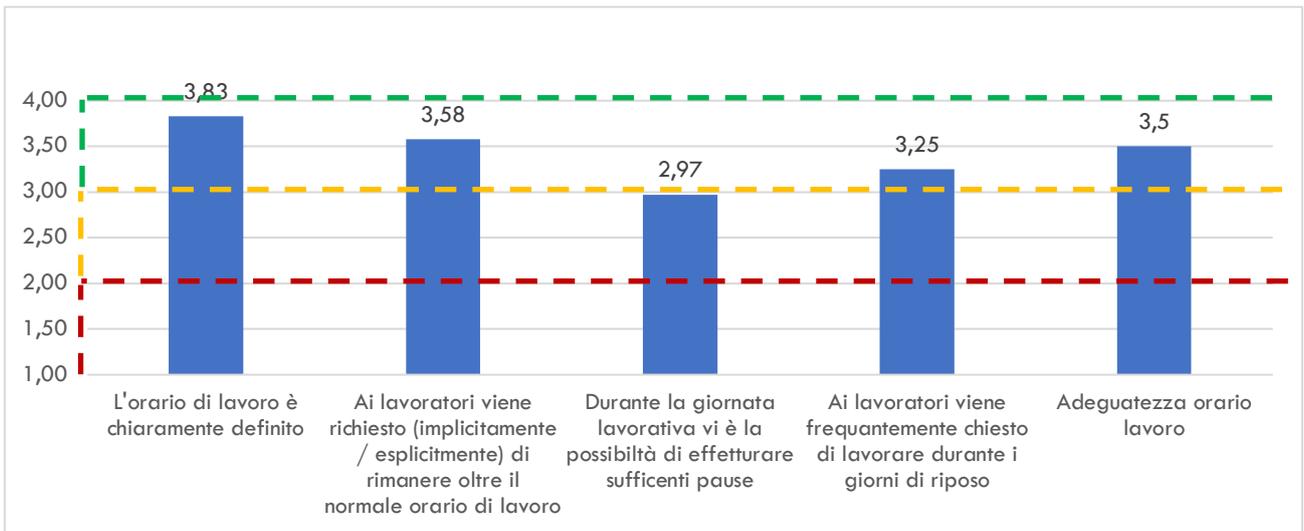


Grafico 4. Compiti lavorativi

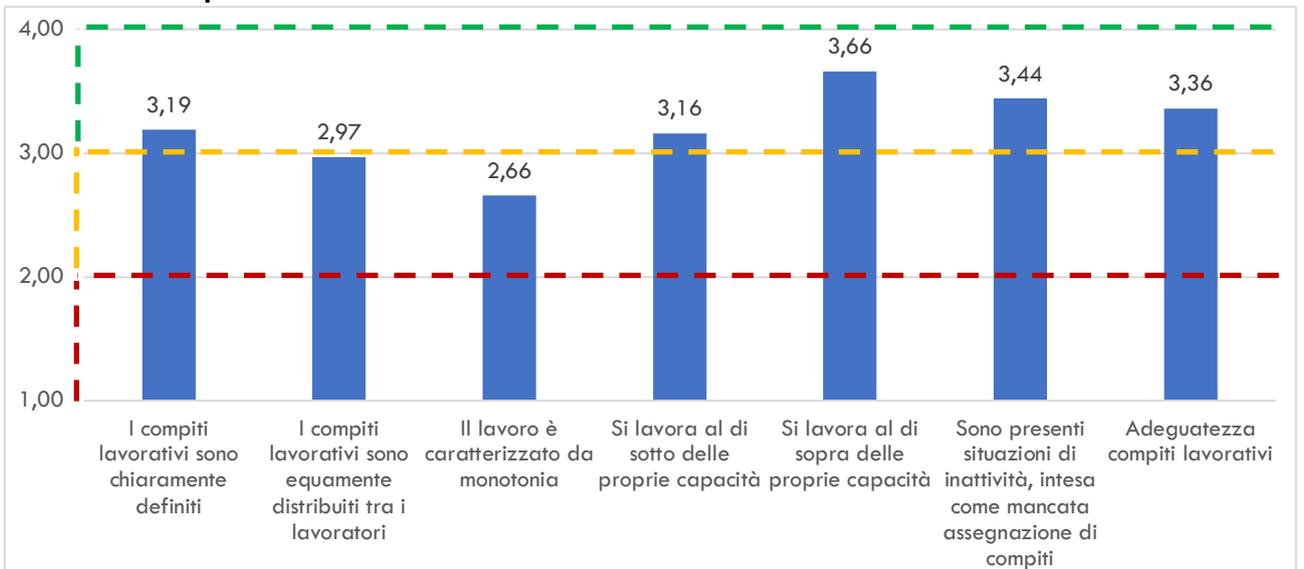


Grafico 5. Carico e ritmo di lavoro

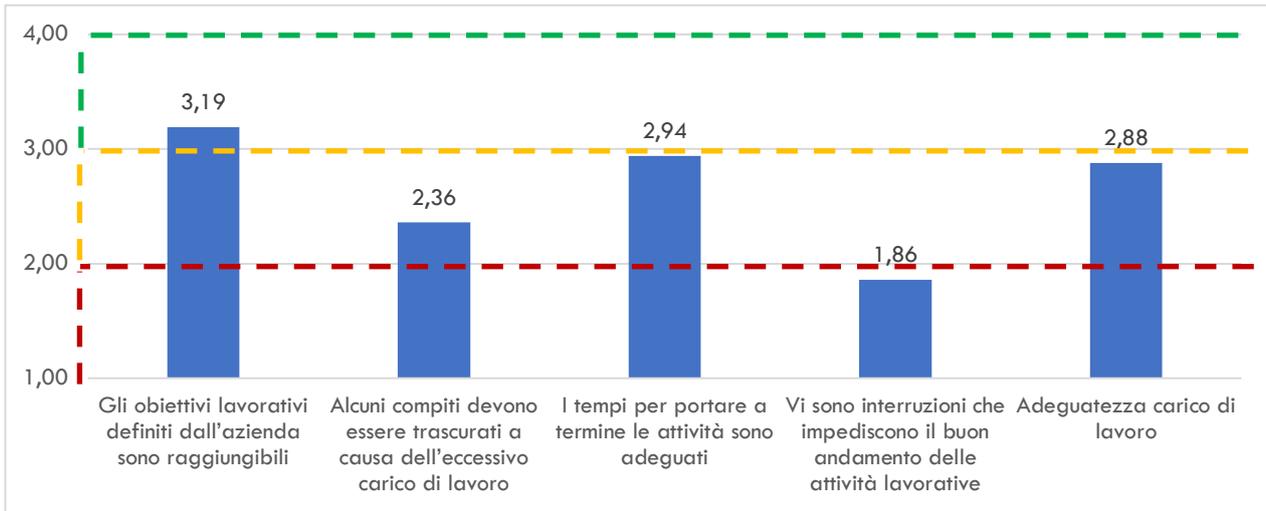


Grafico 6. Controllo

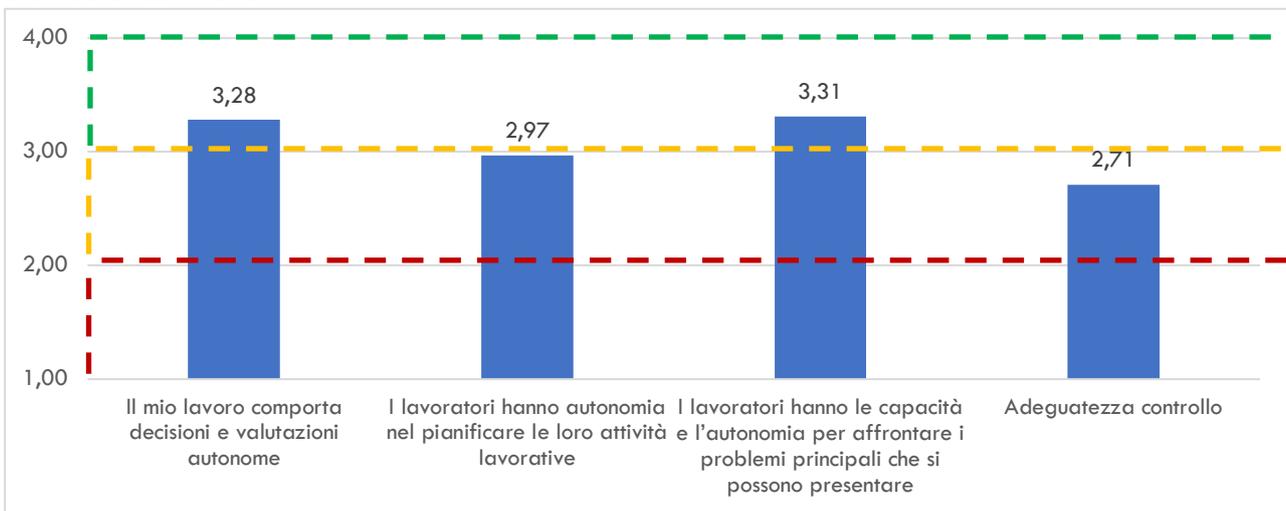


Grafico 7. Ruolo

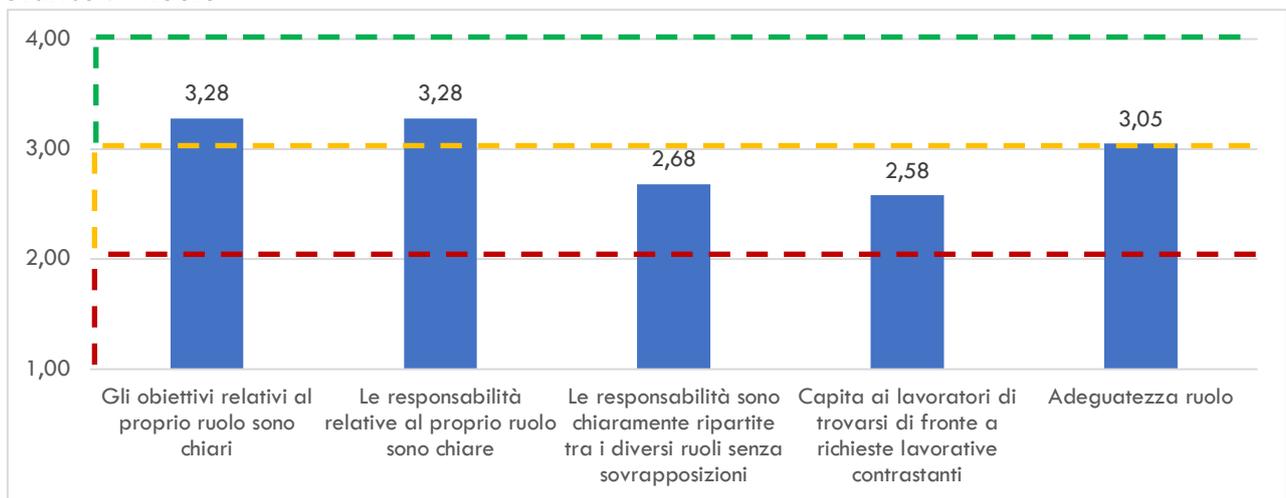


Grafico 8. Supporto sociale

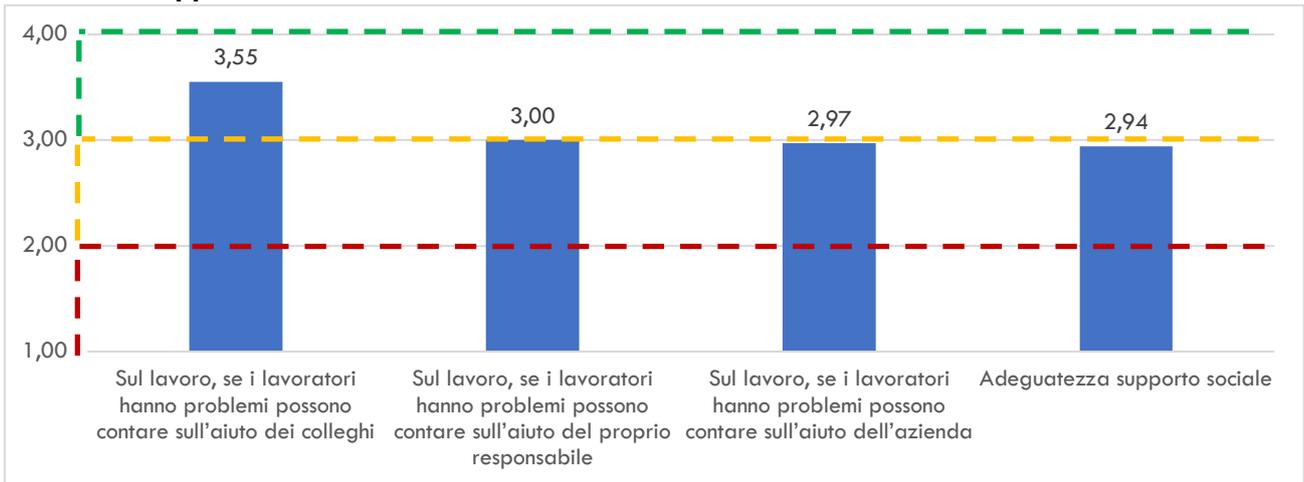


Grafico 9. Relazioni interpersonali

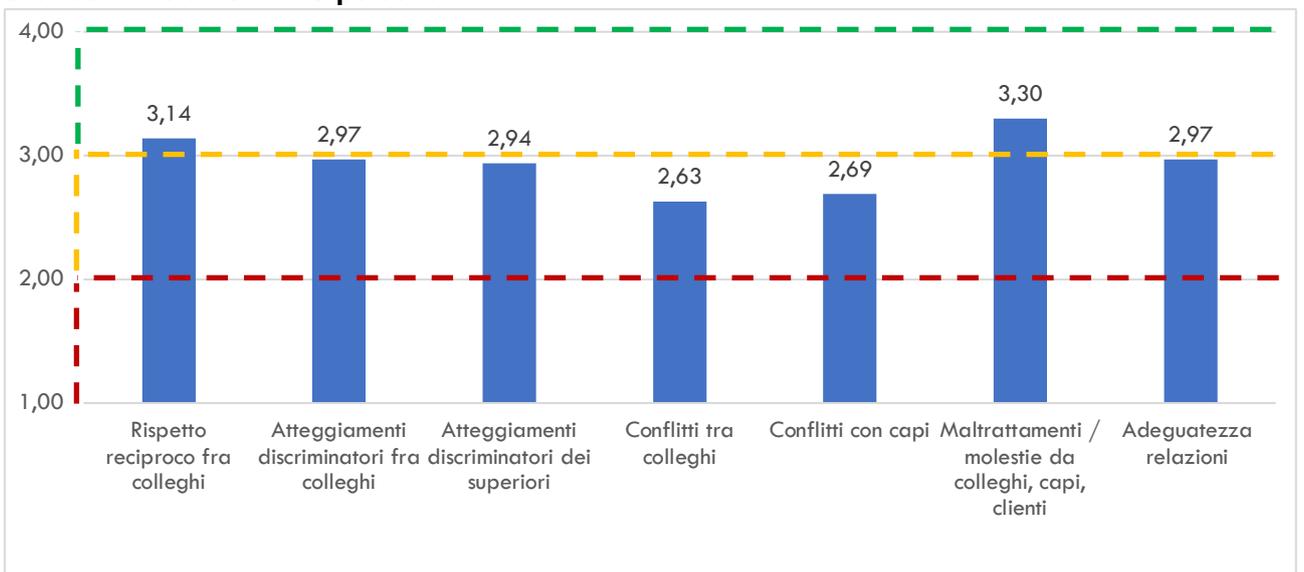


Grafico 10. Comunicazione organizzativa

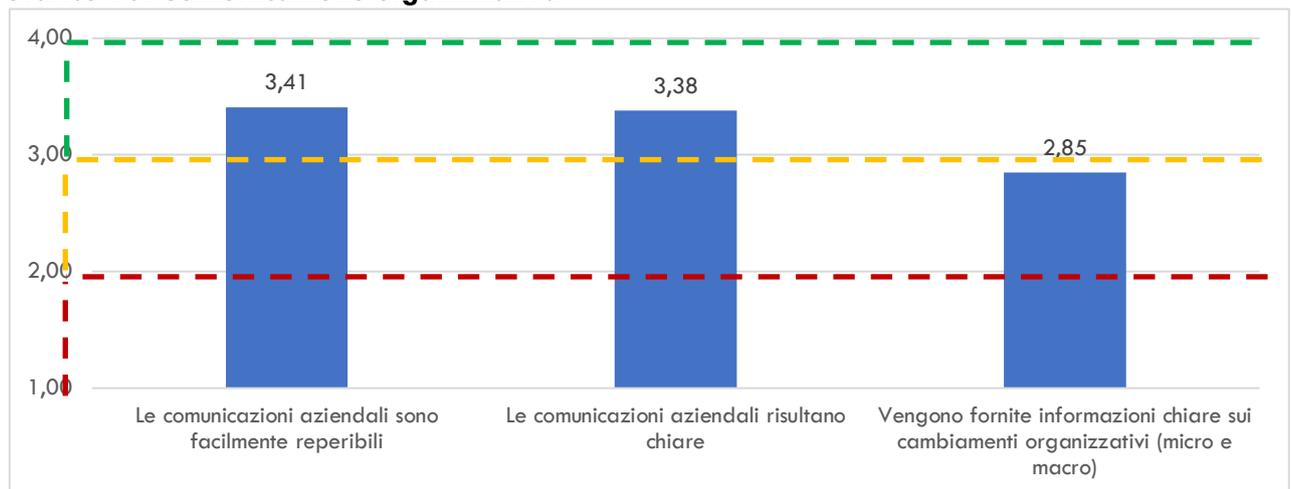


Grafico 11. Formazione professionale

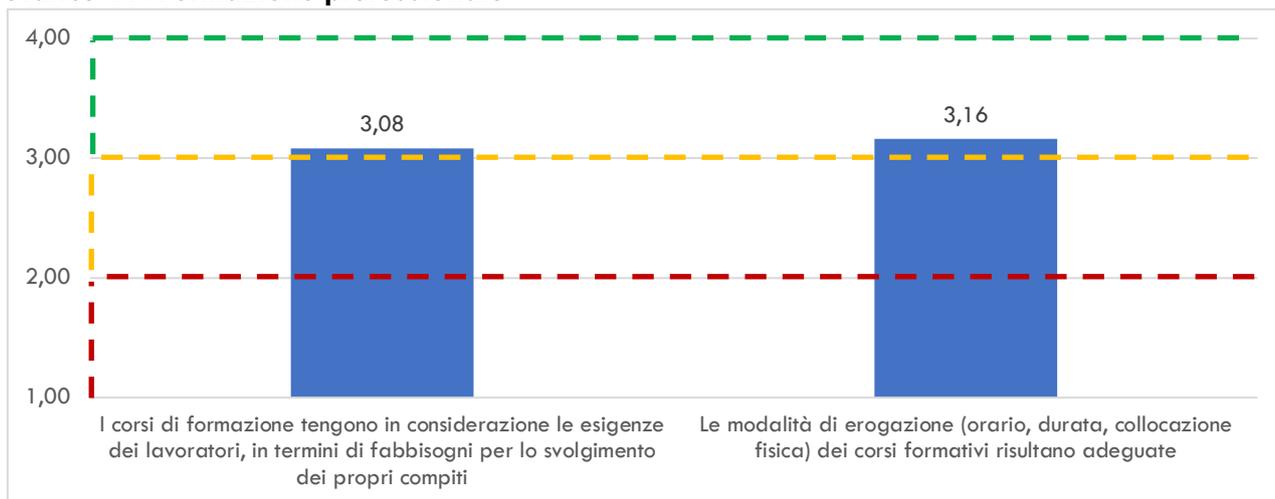


Grafico 12. Sviluppo professionale

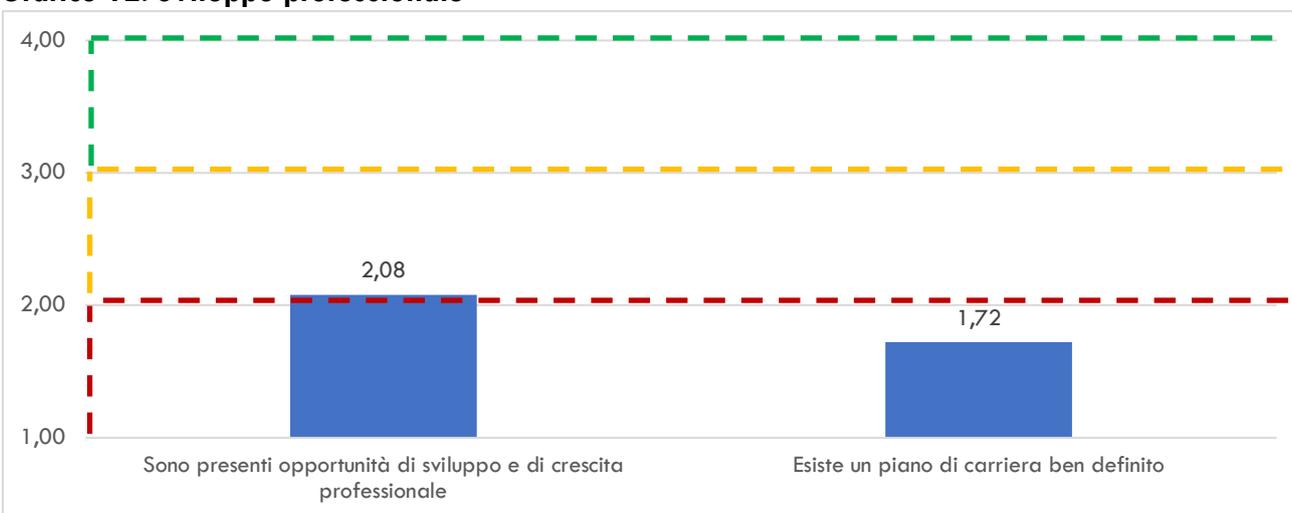


Grafico 13. Sistema premiante e valutazione dei risultati lavorativi

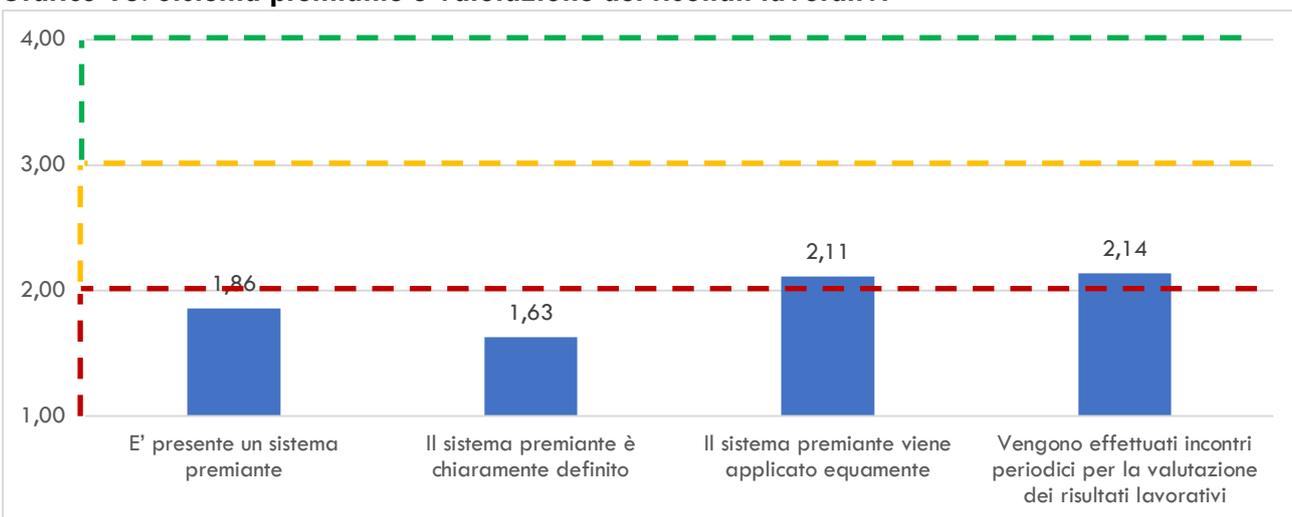


Grafico 14. Conflitto lavoro-famiglia

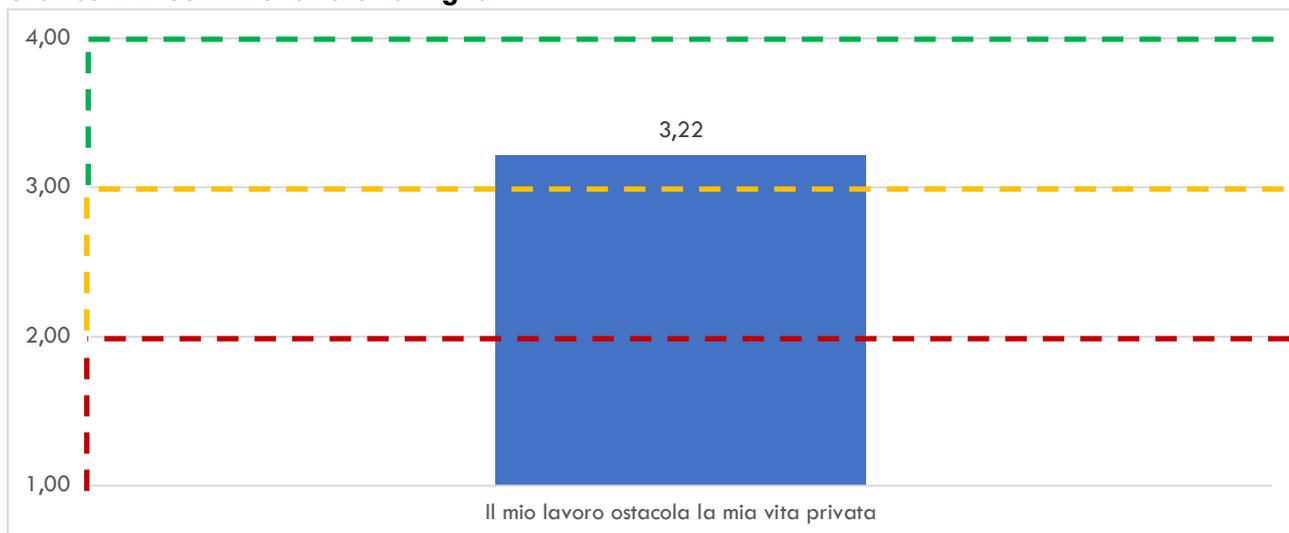
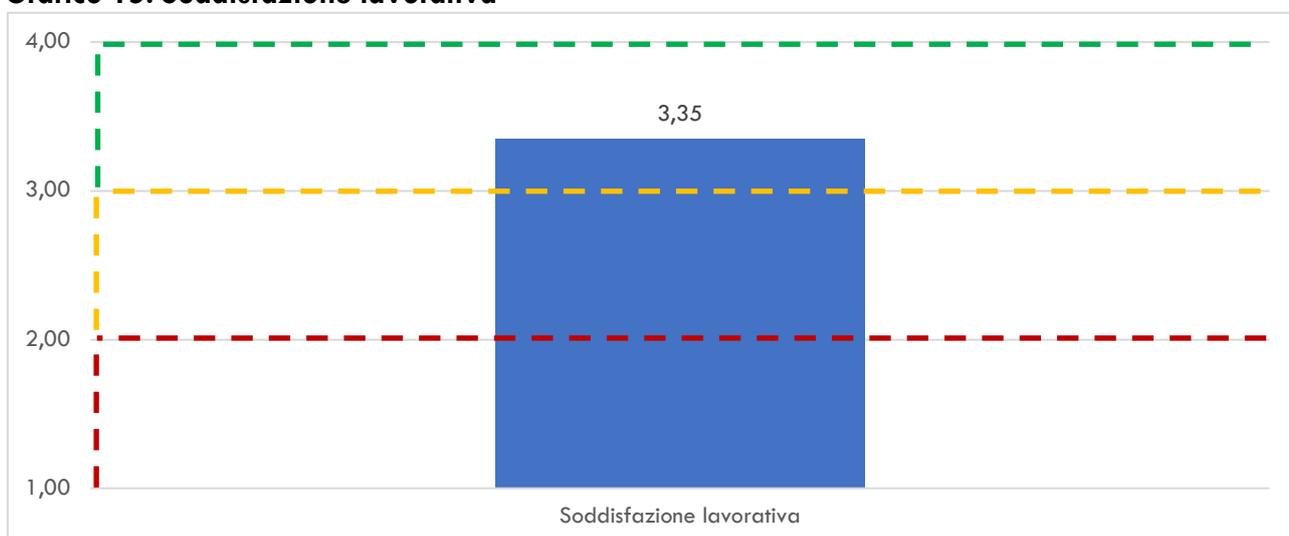


Grafico 15. Soddisfazione lavorativa



3.7.1.2. RISULTATI FINALI

La tabella rappresenta la sintesi finale dei dati raccolti dal questionario. Questo risultato viene mostrato attraverso il posizionamento dei fattori analizzati verso la destra o la sinistra di ogni colonna per definirne meglio l'impatto.

Per un'analisi più dettagliata si rimanda alla lettura del capitolo successivo.

GO Infermieri e OSS sintesi dati questionario		
Potenzialmente negativi	Fattori intermedi	Potenzialmente positivi
	Attrezzature lavorative Carico di lavoro Controllo Supporto sociale Relazioni interpersonali Strumenti org. Conciliazione lavoro-famiglia Soddisfazione lav.	Ambiente di lavoro Orario di lavoro Compiti lavorativi Ruolo

Legenda:

Fattori potenzialmente negativi: possono nel tempo influire negativamente sul benessere dei lavoratori

Fattori intermedi: non rappresentano fattori negativi o positivi

Fattori potenzialmente positivi: possono influire positivamente sul benessere dei lavoratori

3.8.1. Gruppo omogeneo 4: Medici, Psicologi e Tecnici

3.8.1.1. Risultati di dettaglio delle schede dei lavoratori del questionario

Nel seguente paragrafo sono riportati nell'ordine:

1. grafico nel quale sono riportate le domande generali delle variabili indagate (es. *L'orario di lavoro è complessivamente adeguato?*) N.B. Tutte le variabili sono da leggersi in "positivo", nel senso che punteggi più alti della variabile indicano percezioni e/o impatti più positivi riferiti dai lavoratori; il livello più vicino allo 1 corrisponde a un negativo impatto/percezione (rosso); man mano che il valore aumenta l'impatto/percezione è positivo (verde).
2. Grafici nei quali sono riportati tutte le variabili esplorate nella scheda dei lavoratori.

Grafico 1. Visione di insieme

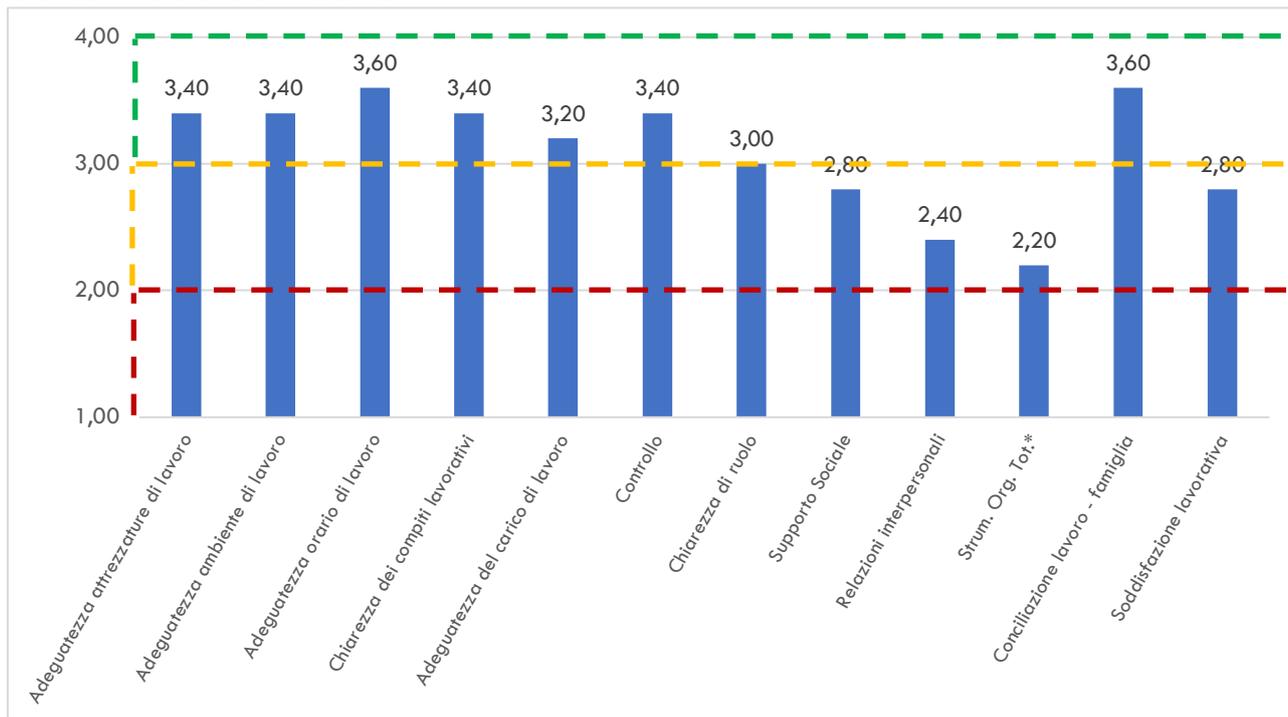


Grafico 2. Ambiente di lavoro

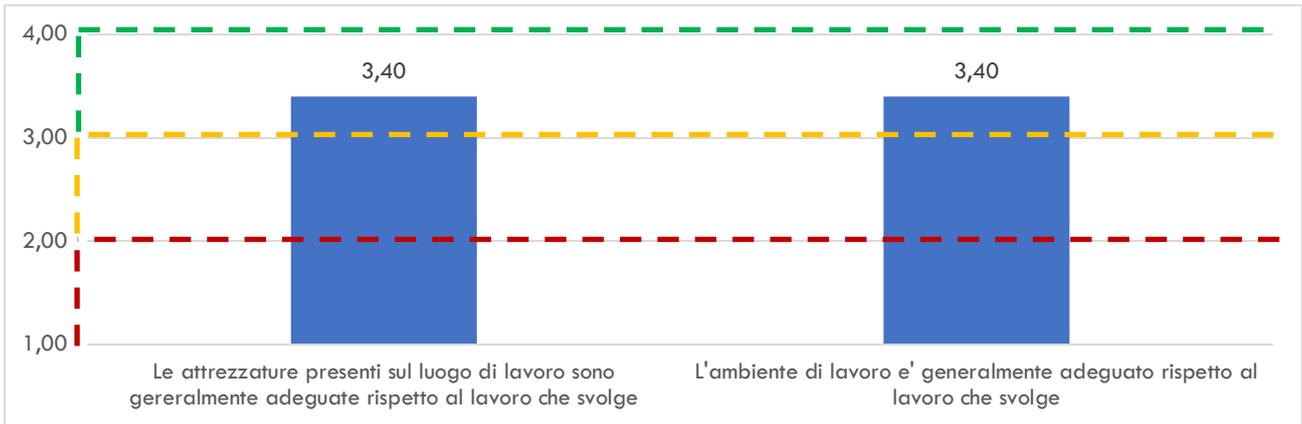


Grafico 3. Orario di lavoro

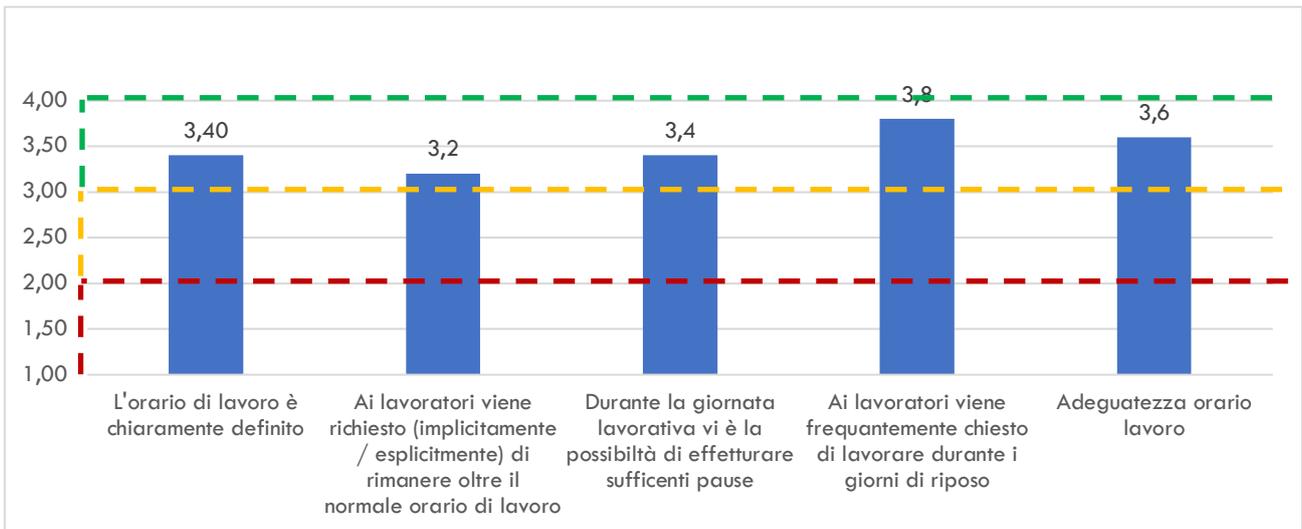


Grafico 4. Compiti lavorativi

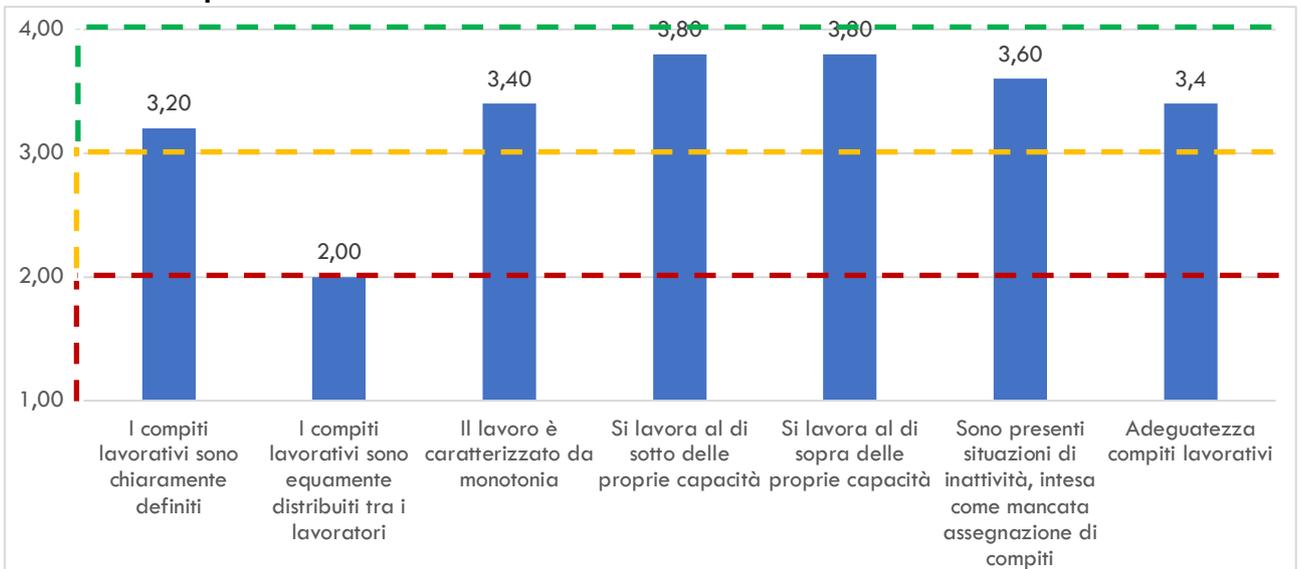


Grafico 5. Carico e ritmo di lavoro

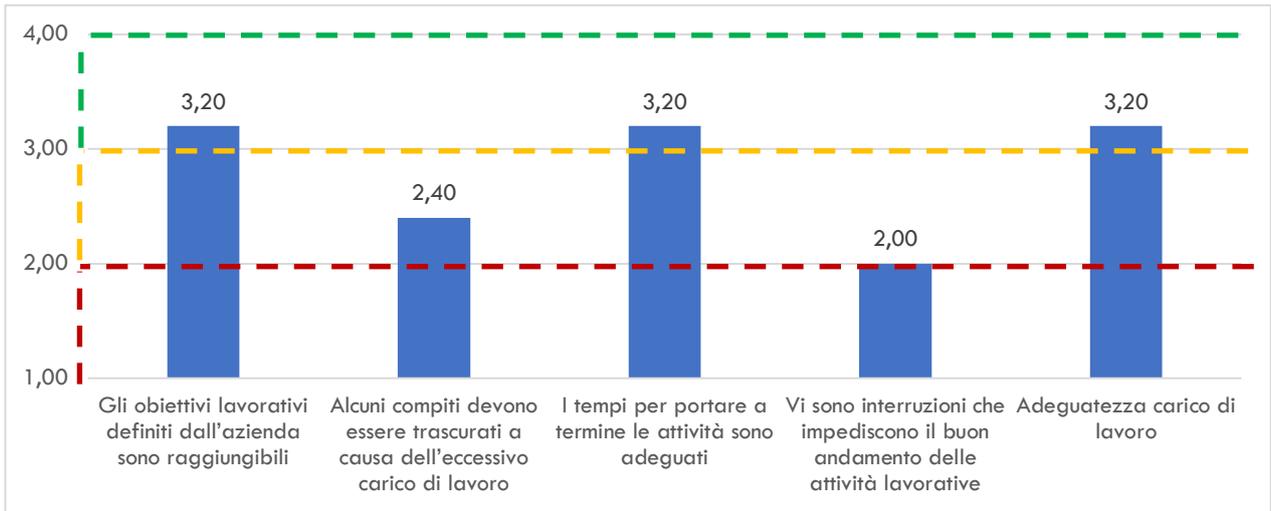


Grafico 6. Controllo

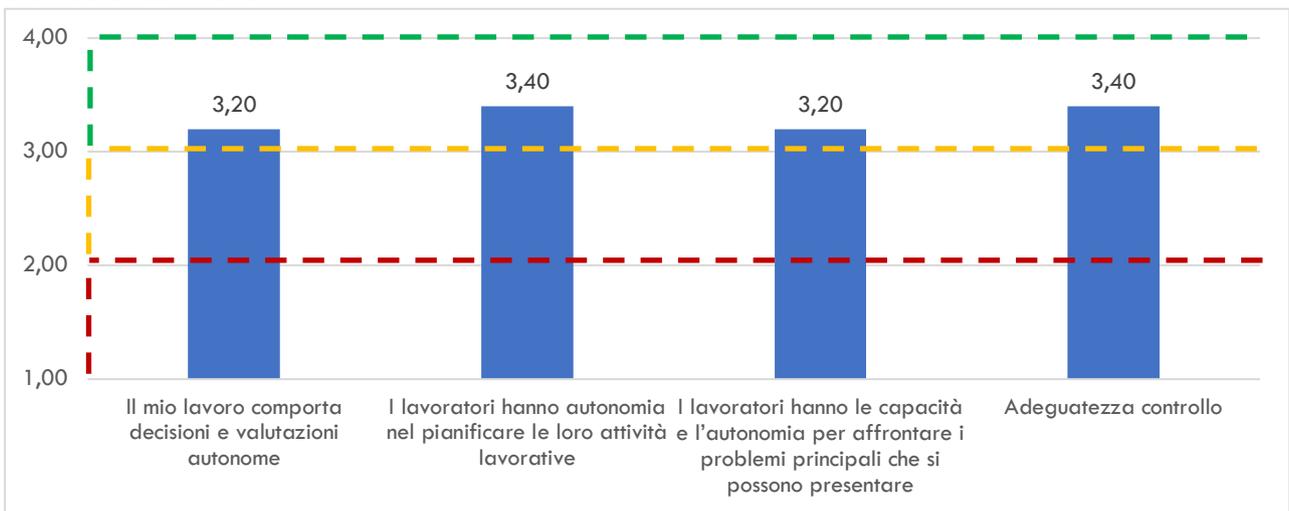


Grafico 7. Ruolo

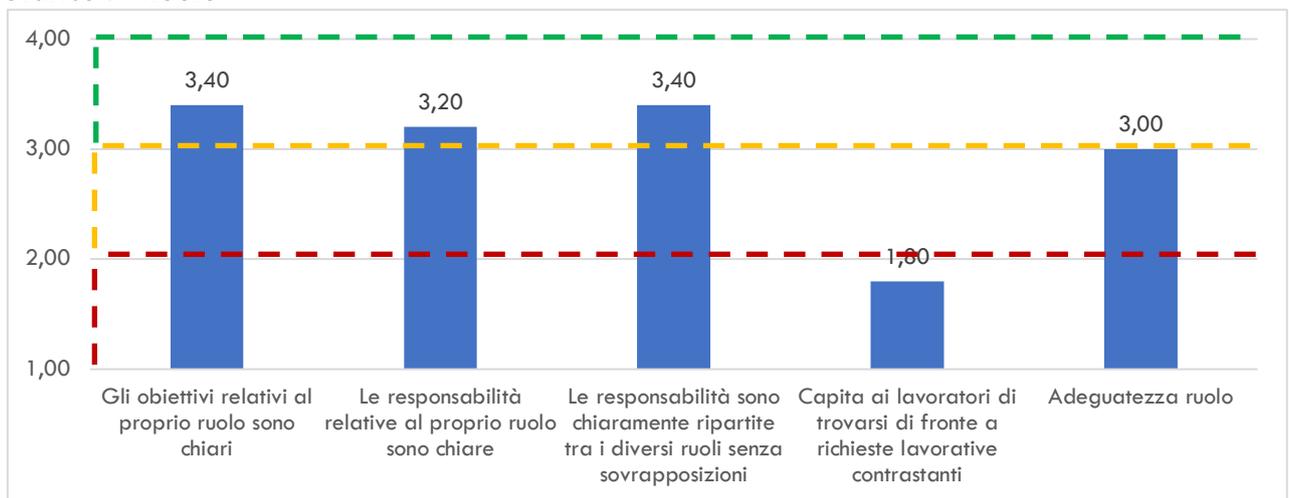


Grafico 8. Supporto sociale

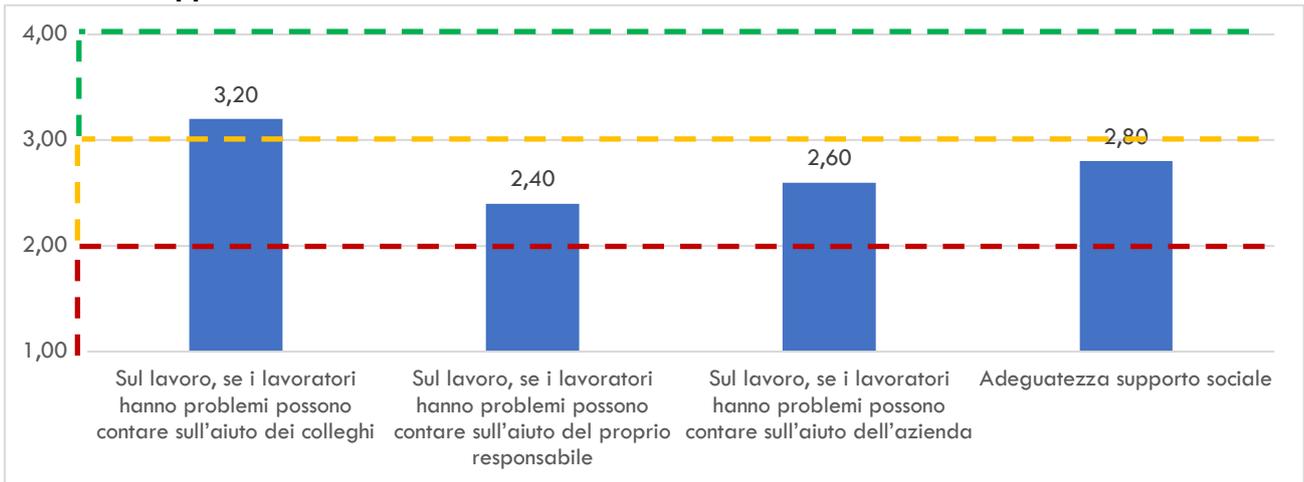


Grafico 9. Relazioni interpersonali

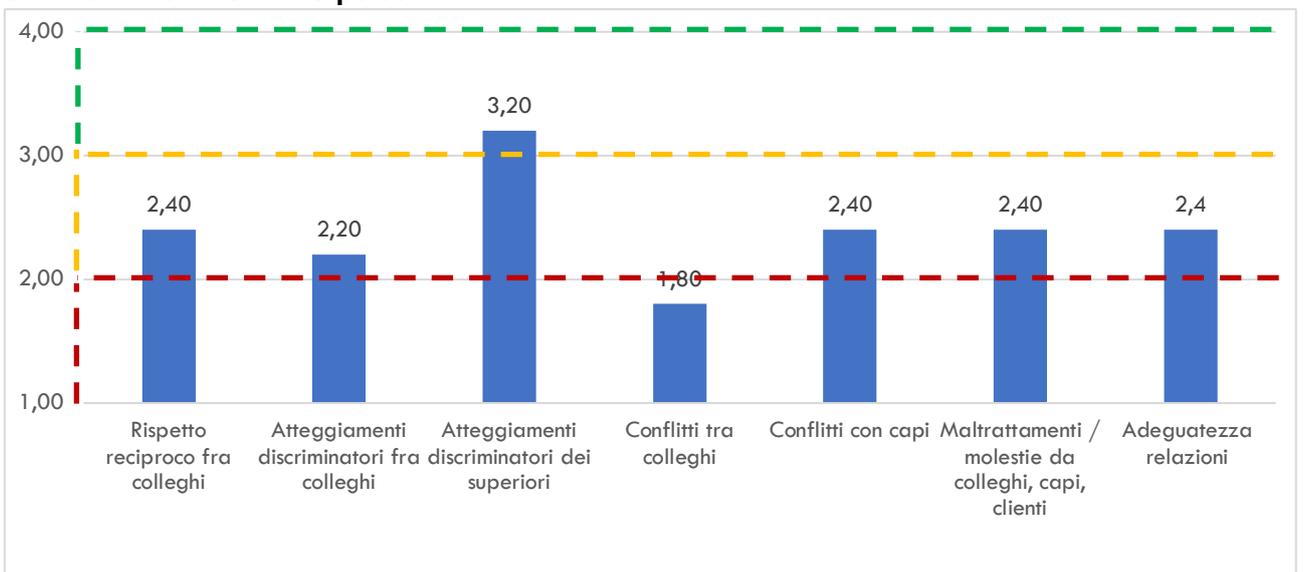


Grafico 10. Comunicazione organizzativa

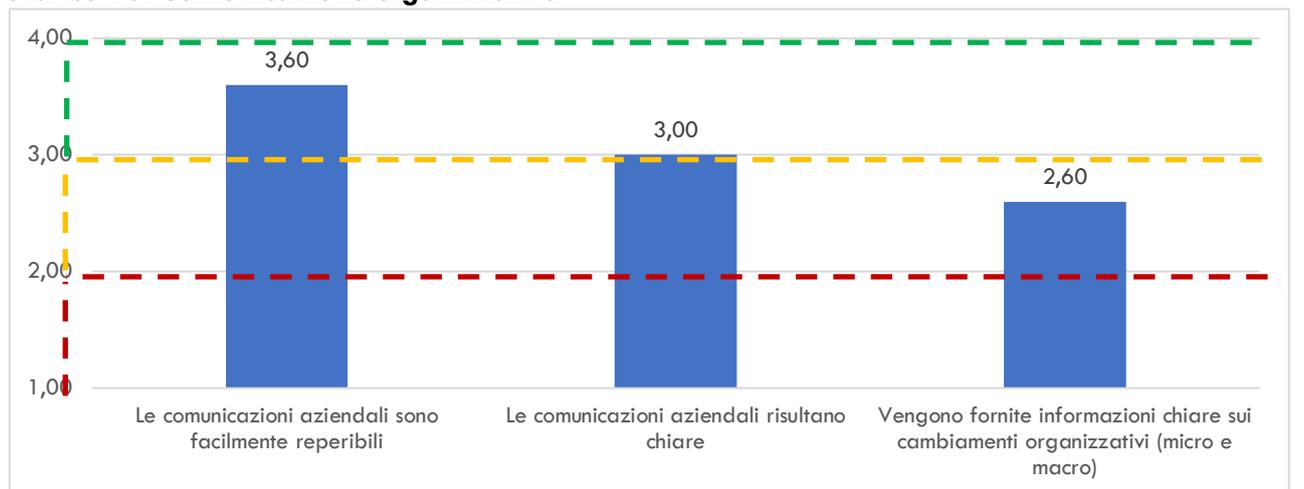


Grafico 11. Formazione professionale

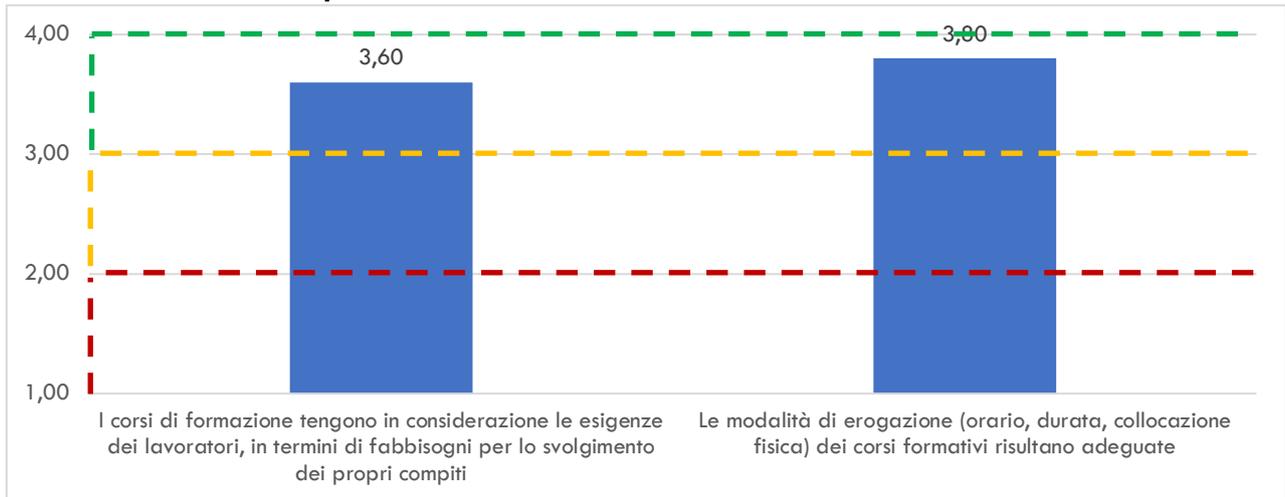


Grafico 12. Sviluppo professionale

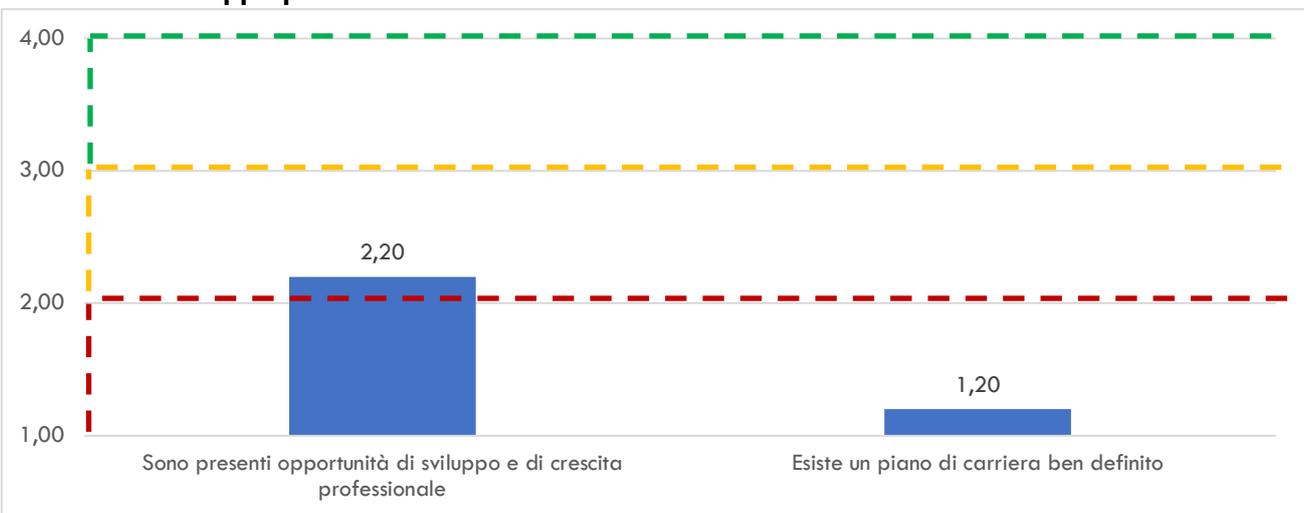


Grafico 13. Sistema premiante e valutazione dei risultati lavorativi

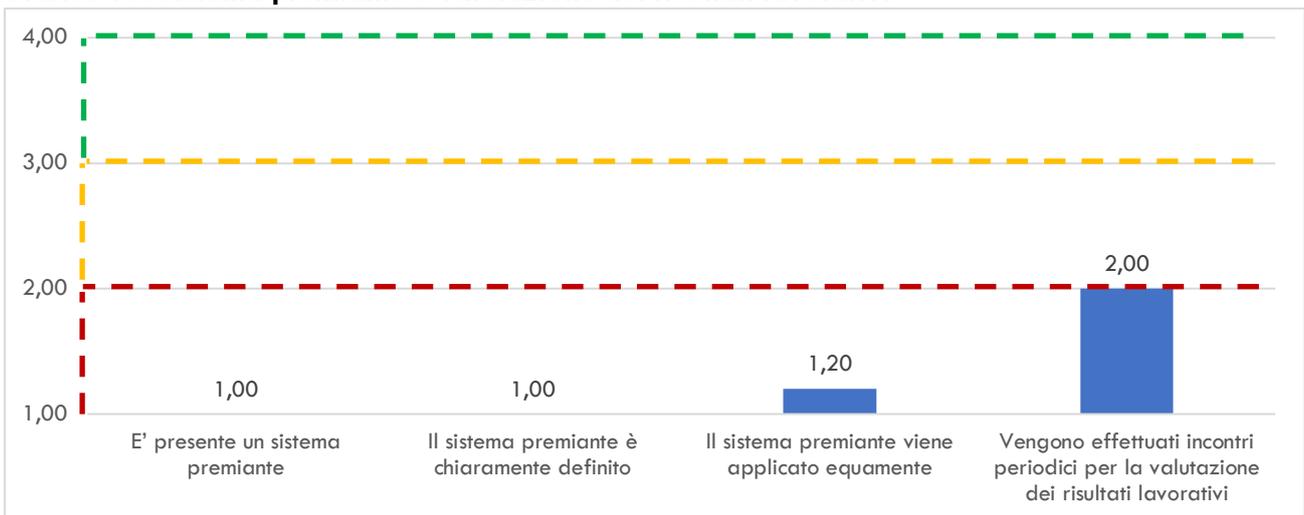


Grafico 14. Conflitto lavoro-famiglia

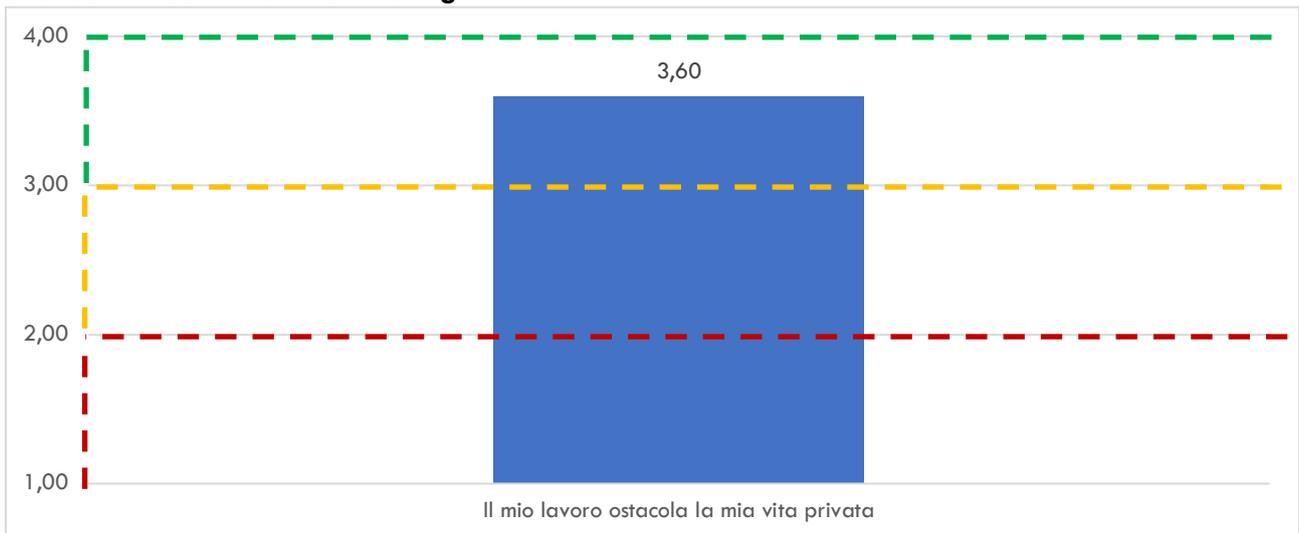
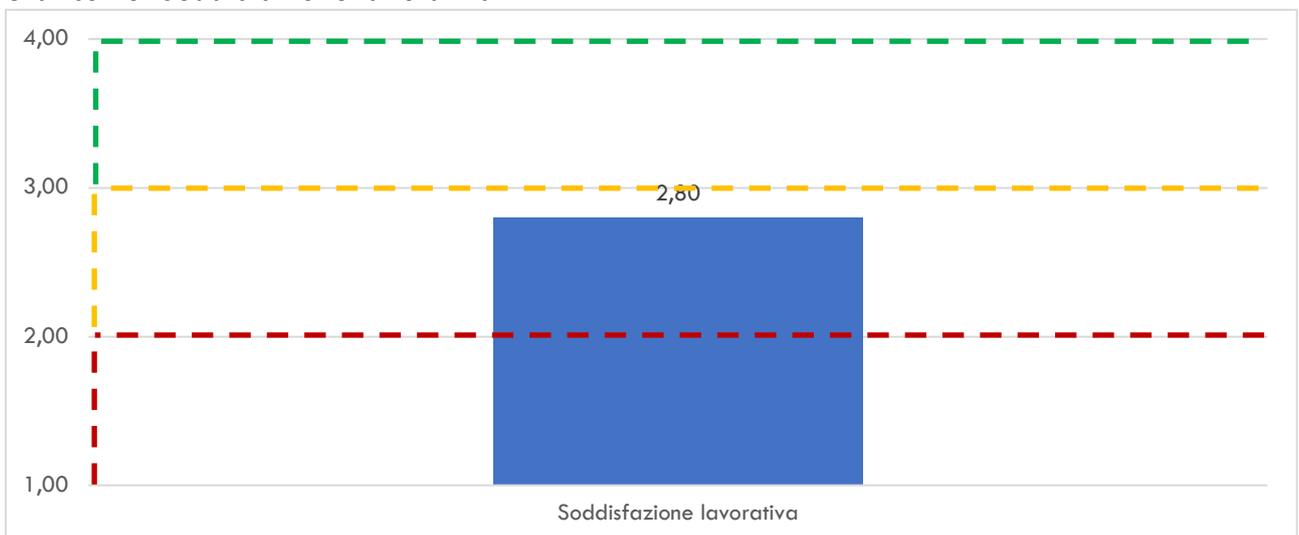


Grafico 15. Soddisfazione lavorativa



3.8.1.2. RISULTATI FINALI

La tabella rappresenta la sintesi finale dei dati raccolti dal questionario. Questo risultato viene mostrato attraverso il posizionamento dei fattori analizzati verso la destra o la sinistra di ogni colonna per definirne meglio l'impatto.

Per un'analisi più dettagliata si rimanda alla lettura del capitolo successivo.

GO Medici, Psicologi e Tecnici sintesi dati questionario		
Potenzialmente negativi	Fattori intermedi	Potenzialmente positivi
	Supporto sociale Relazioni interpersonali Strumenti org. Soddisfazione lav.	Attrezzature lavorative Ambiente di lavoro Orario di lavoro Compiti lavorativi Carico di lavoro Controllo Ruolo Conciliazione lavoro-famiglia

Legenda:

Fattori potenzialmente negativi: possono nel tempo influire negativamente sul benessere dei lavoratori

Fattori intermedi: non rappresentano fattori negativi o positivi

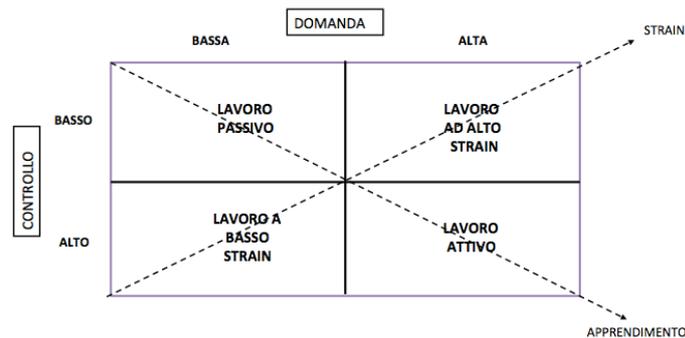
Fattori potenzialmente positivi: possono influire positivamente sul benessere dei lavoratori

CAPITOLO 4 - LETTURA FINALE DEI RISULTATI (SIA E QUESTIONARIO/SCHEDA DEI LAVORATORI)

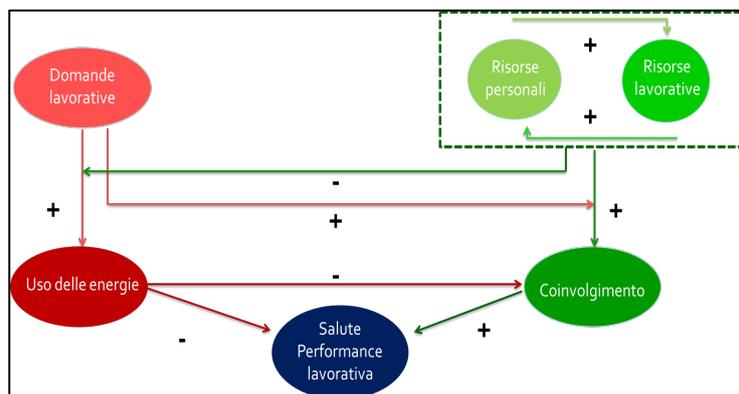
Per svolgere un'efficace valutazione dello stato attuale dei lavoratori e dello stress-lavoro correlato è necessario fare riferimento ai principali modelli scientifici sullo stress e il lavoro.

Se, da una parte, la valutazione dello stress lavoro-correlato deve analizzare i fattori che possono costituire un rischio per il benessere psicofisico dei lavoratori – le cosiddette richieste/domande lavorative – dall'altra parte, affinché la valutazione sia efficace, si deve tenere conto anche dei fattori protettivi/risorse che possono ridurre l'effetto negativo dei fattori di rischio e migliorare il benessere. In altre parole, in un processo di valutazione dei rischi volto a ridurre e gestire le criticità, oltre a individuare i fattori di rischio che possono essere definiti nocivi e che influenzano negativamente la salute e il benessere, è opportuno rilevare anche le risorse presenti nel contesto di lavoro, che possono essere definite fattori protettivi.

Il ramo della psicologia che studia il benessere e la qualità della vita lavorativa si rifà in parte al modello JDCS di Karasek e Theorell (Job Demands-Control-Support Model, 1990). Secondo questo modello, alti livelli di domande lavorative in associazione a bassi livelli di controllo sul proprio lavoro e basso supporto sociale possono portare a effetti negativi sulla salute dei lavoratori.



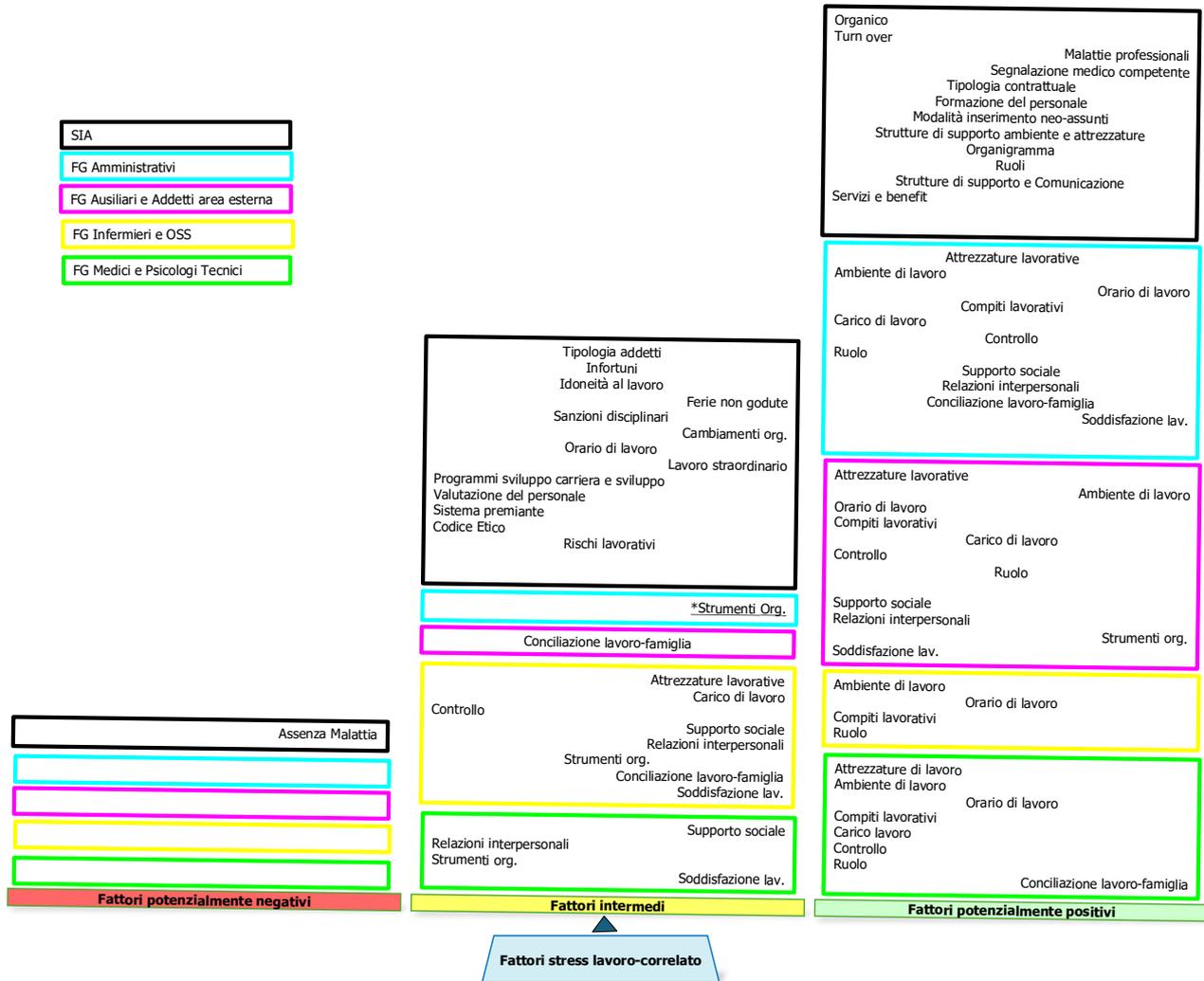
Un altro dei modelli teorici più usati in ricerca nell'ambito della psicologia del lavoro e del benessere dei lavoratori è il modello delle domande-risorse (Bakker, Demerouti, Sanz-Vergel, 2014). In tale modello i fattori protettivi sono chiamati risorse lavorative, ovvero aspetti del lavoro che possono ridurre l'impatto negativo dei fattori nocivi, come mostrato ampiamente dalla ricerca scientifica, e che possono essere utilizzati come punto di partenza di eventuali azioni correttive. Per massimizzare l'efficacia di una valutazione potrebbe essere dunque utile identificare fattori come il supporto sociale, controllo sul proprio lavoro e la chiarezza del proprio ruolo e dei compiti.



Per rendere i luoghi di lavoro sempre più sani dal punto di vista del benessere psicologico è necessario quindi ridurre quelli che sono i fattori nocivi anche potenziando le risorse lavorative che possono rappresentare una leva per attivare il processo motivazionale e di coinvolgimento con il possibile esito di produrre un circolo virtuoso tra investimento personale, risultati, soddisfazione e benessere.

CAPITOLO 5. CONCLUSIONI

Nella figura seguente è riportata la **sintesi complessiva della valutazione effettuata**. Sono presenti gli eventi sentinella, i fattori di contenuto e di contesto emersi. Come per le tabelle di sintesi dei risultati riportate all'inizio di ogni paragrafo, i fattori sono stati distribuiti sulla bilancia in seguito ad un'analisi incrociata in questo caso dei dati raccolti tramite tutti gli strumenti: SIA e Schede Lavoratori.



Nella figura che rappresenta una bilancia, vengono riportati i **risultati della valutazione dello stress lavoro-correlato in Villa Baruzziana**. I risultati riportati nei riquadri più in alto rappresentano i dati della SIA. Seguono i dati relativi alla Scheda Lavoratori per GO. Per i dettagli si rimanda ai capitoli precedenti.

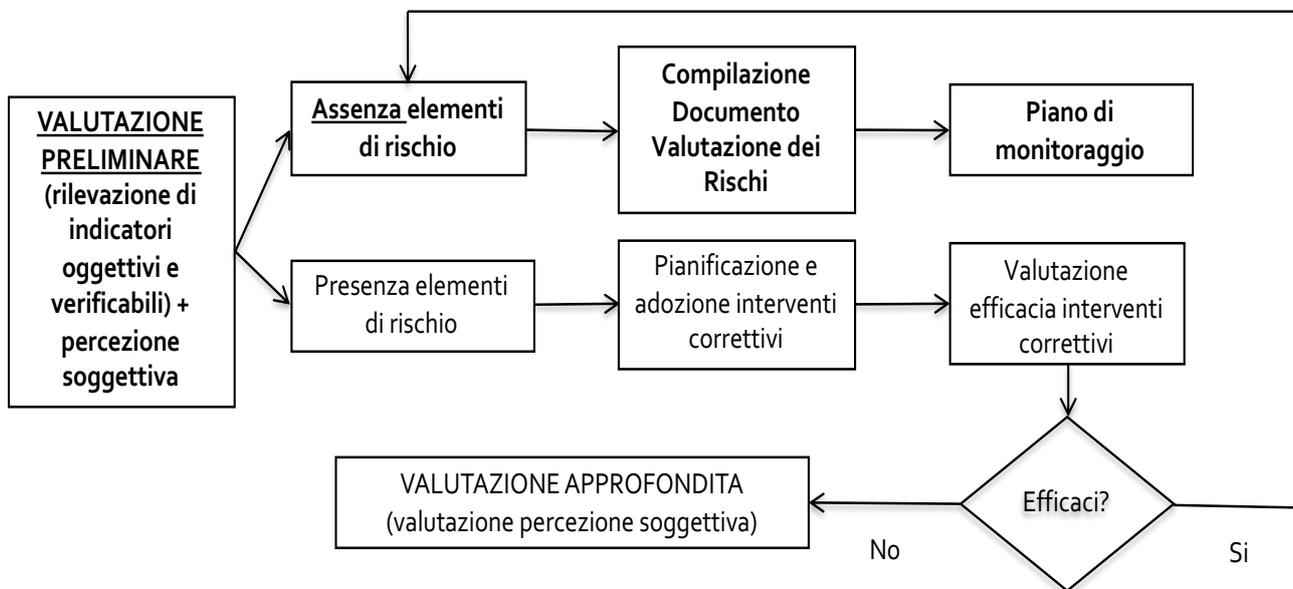
Sono presenti molteplici **fattori positivi**, ovvero i fattori protettivi, che servono a bilanciare l'impatto di eventuali fattori negativi presenti.

I **fattori intermedi** sono numerosi. La loro distribuzione mostra che alcuni di essi tendono verso la parte positiva della bilancia, altri, pochi, sono distribuiti verso le criticità. Sono presenti alcuni fattori che si posiziona in mezzo. Le **potenziali criticità** sono esigue e riferite esclusivamente ai dati sulle assenze per malattia. È da segnalare che tali dati possono essere influenzati dalla presenza della pandemia negli anni considerati dalla SIA.

Per identificare l'impatto dei fattori correlati allo stress che possono incidere sul benessere o sul malessere dei lavoratori, occorre tenere in considerazione i più autorevoli modelli scientifici di riferimento citati nel Capitolo 4. Esistono, infatti, fattori che possono rappresentare un rischio per la salute dei lavoratori (in letteratura sono tutti quei fattori denominati domande lavorative, come ad esempio il carico di lavoro), qualora

non fossero però presenti fattori protettivi (in letteratura sono tutti quei fattori denominati risorse lavorative come ad esempio il controllo sul lavoro e/o il supporto sociale).

Ad oggi la distribuzione preponderante sui fattori positivi ed intermedi permette di affermare che **non sono state rilevate criticità tali da richiedere misure correttive** essendo presenti fattori che moderano l'impatto di quelli potenzialmente negativi. Tuttavia consigliabile intervenire, laddove possibile, su alcune aree per mantenere e potenziare i fattori potenzialmente positivi, migliorare i fattori intermedi e quelli potenzialmente negativi (se presenti), in particolare laddove presenti fattori potenzialmente negativi (vedi figura successiva). Si consiglia la lettura dettagliata all'interno dei singoli capitoli relativi ai GO per identificare azioni di supporto/intervento.



Bologna, //2023

Firma
Dott.ssa Maria Carla Tabanelli

- Altieri, L. (2009). *Valutazione e Partecipazione. Per una metodologia interattiva e negoziale*. Milano, Italia: Angeli.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(1), 389-411.
- Caesens, G., & Stinglhamber, F. (2014). The relationship between perceived organizational support and work engagement: The role of self-efficacy and its outcomes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 64(5), 259-267.
- Christian, M. S., Garza, A. S., & Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel psychology*, 64(1), 89-136.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Work-related Stress*. Luxembourg: Official Publications of the European Communities.
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Eurofound (2017), *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update)*. Publications Office of the European Union. Luxembourg.
- Eurofound e EU-OSHA (2014), *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Flaspoler, E., Brun, E., Hinker, M., Pierens, K., Lindstrom, K., Kuhn, K., & Hrymak, V. (2005). *Expert Forecast on Emerging Physical Risks Related to Occupational Safety and Health*.
- Guglielmi, D., Simbula, S., Vignoli, M., Bruni, I., Depolo, M., Bonfiglioli, R., Tabanelli, T., & Violante, F. S. (2013). Solving a methodological challenge in work stress evaluation with the Stress Assessment and Research Toolkit (StART): a study protocol. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 8(18).
- Hassard, J., Teoh, K., Cox, T., Dewe, P., Cosmar, M., Gründler, R., ... & Van den Broek, K. (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*.
- Hu, Q., Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2011). The Job Demands–Resources model: An analysis of additive and joint effects of demands and resources. *Journal of vocational behavior*, 79(1), 181-190.
- Inail (2017). *Relazione annuale 2016*. Disponibile su: https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/rapporti-e-relazioni-inail/relazione_annuale_2016.html
- Inps (2017a). *Osservatorio sui lavoratori dipendenti nel settore privato*. Disponibile su: <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/dipendenti/main.html>
- Inps (2017b). *Osservatorio sulla certificazione di malattia dei lavoratori dipendenti privati e pubblici (anno 2016)*. Disponibile su: <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/malattia/main.html>
- Inps (2018). *Osservatorio sul precariato. Dati sui nuovi rapporti di lavoro – report mensile Gennaio-Novembre 2017*. Disponibile su: <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46919>
- Istat (2017). *Rapporto annuale 2016*. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/199318>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 8, 285–307.
- Kompier, M. (2005). Assessing the psychosocial work environment – ‘subjective’ versus ‘objective’ measurement. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 8, 405–408.
- Krueger, R. A. (2000). *Questionarios: A practical guide for applied research (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Questionnaires: A practical guide for applied researchers* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pohling, R., Buruck, G., Jungbauer, K. L., & Leiter, M. P. (2016). Work-related factors of presenteeism: The mediating role of mental and physical health. *Journal of occupational health psychology, 21*(2), 220.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68). Springer Netherlands.
- Tabanelli, M. C., Depolo, M., Cooke, R. M., Sarchielli, G., Bonfiglioli, R., Mattioli, S., Violante, F. S. (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 8*, 1–12. doi: 10.1007/s00420-008-0312-6
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, P. J. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of managerial psychology, 22*(8), 766-786.
- Zammuner, V. L. (2003). *I questionario*. Bologna, Italia: Il Mulino.



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

OGGETTO: Prevenzione Cadute
TIPOLOGIA: PROCEDURE
AREA: Risk Management
CODICE DOCUMENTO: PGRM 002
REVISIONE: 2
DATA: 24/03/2023

Redazione:

Dr. Vincenzo Neri (RAQ)
Dott. Franco Neri (Direttore sanitario)
Dott. Nicolo Baldini Rossi (Primario)
Dr Rita Salerno (Dirigente Infermieristico)
CPSIE Lorella Bertoncelli (Coordinatrice Infermieristica)

Distribuzione

 x copia in distribuzione controllata copia in distribuzione non controllata



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

1. PREMESSA

Le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie sono l'evento avverso più frequente fra i pazienti ricoverati o comunque afferenti alla Casa di Cura e possono causare gravi danni e, in alcuni casi, procurare la morte.

Oltre al costo umano delle cadute che include sofferenza, angoscia, dolore, lesioni, perdita di fiducia, perdita di autonomia e aumentata mortalità, si aggiungono inevitabilmente i costi sanitari per l'allungamento dei tempi di degenza, esami diagnostici e prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto alla domanda iniziale del cittadino che si rivolge alla struttura sanitaria.

La comprensione del rischio da caduta del paziente in una struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale.

L'evento di fatto può a volte essere dovuto ad una sottovalutazione dei fattori di rischio inerenti i pazienti (ad es. età, precedenti cadute, assunzione di determinati farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti) patologie o dei fattori di rischio legati all'ambiente (ad es. pavimenti scivolosi, gradini non sicuri, carenza di illuminazione...).

La "Raccomandazione Ministeriale n.13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" del novembre 2011, è il riferimento per prevenire, gestire e affrontare l'evento caduta nei diversi contesti assistenziali.

A livello nazionale, viene stimato che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

Le linee guida del Nice (National Institute for Health and Care Excellence) aggiornate al 2013, affermano che le cadute e le lesioni ad esse correlate sono un problema comune e grave per le persone anziane. Le persone di età maggiore a 65 aa sono quelle a maggior rischio di cadute; il 30% delle persone >65aa e il 50% di quelle >80aa cade almeno una volta in un anno.

Il problema cadute coinvolge anche i membri della famiglia e i caregivers di coloro che cadono.

Qualora la caduta riporti un grave danno o morte del paziente viene registrata come "evento sentinella" in accordo a quanto previsto dal Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella - marzo 2008" che comprende al punto n. 9 "Morte o grave danno per caduta di paziente. Questi criteri risultano sostanzialmente sovrapponibili al documento redatto nel 2005 dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). A seguito dell'approvazione delle "Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle cadute in ospedale" della Regione Emilia-Romagna 2016, della legge regionale L.R.19/2018, del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e sulla base dei dati raccolti e delle riflessioni emerse durante gli audit clinici aziendali, si è condivisa la necessità di aggiornare la procedura valutando le segnalazioni raccolte tramite sistema ARXIVAR.



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

2. OBIETTIVI/SCOPO

La presente procedura si prefigge di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari, inoltre, di diminuire il rischio di cadute, nel caso che l'evento avvenga, di ridurre le conseguenze.

Inoltre di:

1. Prevenire le cadute tra le persone afferenti ai servizi della Casa di Cura Villa Baruzziana (Ambulatori, reparti, altro) in regime ordinario.
2. Individuare i pazienti a rischio cadute tramite la valutazione professionale degli operatori con uno strumento standardizzato condiviso (Scala di Conley) prevedendo anche successive rivalutazioni.
3. Implementare interventi assistenziali e ambientali finalizzati a prevenire le cadute, fornendo anche formazione specifica: al personale, al paziente ed al caregiver.
4. Segnalare alle Direzione sanitaria le cadute di tutti i pazienti afferenti alla Casa di Cura Villa Baruzziana mediante apposita scheda file.
5. Monitorare e analizzare gli eventi critici per promuovere eventuali azioni correttive utilizzando AUDIT interni.
6. Far visionare poster informativo rivolto ai pazienti ed ai familiari.

3. DEFINIZIONE

Si definisce caduta "improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clino statica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto."

Le cadute si possono così classificare:

Cadute prevedibili: sono quelle che accadono in pazienti già classificati ad alto rischio e generalmente si accompagnano a situazioni di disorientamento, difficoltà alla deambulazione, modifiche della marcia dovute ad alterazioni neurologiche.

Cadute non prevedibili: sono quelle che non possono essere ipotizzate a priori e, generalmente, accadono in pazienti orientati ma che possono presentare episodi di drop attack, sincopi, vertigini, reazioni a farmaci come sedativi, ipotensivi, betabloccanti, diuretici, lassativi e comunque tutti i medicinali che come sedativi, ipotensivi, betabloccanti, diuretici, lassativi e comunque tutti i medicinali che potrebbero diminuire l'attenzione, alterare lo stato di coscienza o causare ipotensione ortostatica, frattura patologica di femore;

Cadute accidentali: sono quelle determinate dall'azione di un fattore esterno. Gli eventi contro cui è possibile intraprendere iniziative di carattere preventivo sono rappresentati sicuramente dalle cadute prevedibili in quanto sono quelle che possono essere oggetto di interventi assistenziali preventivi atti ad identificare ed eliminare i fattori di rischio.



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La valutazione del rischio cadute deve essere effettuata per tutti i pazienti ricoverati a Villa Baruzziana.

5. DESTINATARI

Tutto il personale della Casa di Cura Villa Baruzziana.

6. MATRICE DI RESPONSABILITA'

L'adozione delle misure descritte nel presente documento deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale sanitario, nel rispetto delle specifiche competenze professionali ed in relazione alle singole attività descritte.

Tutti gli operatori sono tenuti comunque a mettere in sicurezza il paziente qualora rilevino, nell'esercizio della loro attività professionale, un rischio caduta per la persona assistita.

Legenda R = Responsabile C= Collabora CPSI=collaboratore professionale sanitario Infermiere
CPSE= collaboratore professionale sanitario Esperto (Caposala)

ATTIVITA'	MEDICO	CPSI	CPSE
Valutazione rischio caduta e compilazione Scala di Conley	C	R	C
Pianificazione/attuazione e interventi assistenziali per il paziente a rischio caduta	C	R	C
Compilazione su file segnalazione caduta	C	R	C
Rivalutazione del paziente	R	R	C
Gestione del paziente caduto	R	R	R
Continuità assistenziale	C	R	C



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

Il processo relativo al monitoraggio ed alla prevenzione del rischio di caduta è illustrato nella relazione annuale della Casa di Cura, sul sito della CdC e aggiornato mensilmente sul sistema ARXIVAR disponibile a tutto il personale

7. DESCRIZIONE ATTIVITA'

Le linee guida internazionali sono concordi nel ritenere che l'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona al momento in cui afferisce alle strutture sanitarie al fine di individuare tempestivamente i pazienti a rischio e di porre in essere le adeguate misure di prevenzione che dovranno essere documentate in cartella.

7.1 Identificazione del paziente a rischio: la Scala di Conley

In letteratura, tra gli strumenti per la valutazione della persona, si ritrovano varie scale di valutazione del rischio di caduta (ad es. Morse, Conley, Stratify, Barthel). Tali scale sono state sperimentate anche in Italia (Toscana, Emilia Romagna, Piemonte) e si è osservato che tutte mostrano limiti nell'utilizzo giornaliero all'interno dell'attività pratica.

L'evidenza scientifica e il confronto fra i diversi strumenti ha evidenziato che la Scala di Conley presenta un maggior livello di sensibilità (0.69) e consente quindi di individuare molti pazienti a rischio di caduta che effettivamente cadranno (veri positivi) e, per contro, ha un basso livello di specificità (0.41) classificando a rischio molti pazienti che non cadranno (falsi positivi).

La scelta aziendale e pertanto ricaduta sulla Scala di Conley in virtù di questo suo più alto valore di sensibilità al fine di discriminare quali pazienti presentano un maggior rischio di cadere, accrescendo la sicurezza nei confronti delle persone assistite.

Questo strumento classifica il rischio di caduta prendendo in considerazione 6 fattori:

i primi 3 vengono ricavati dall'infermiere tramite un'intervista al paziente o ai familiari o caregiver
gli altri 3 provengono dall'osservazione diretta del paziente

Ad ogni risposta è assegnato un punteggio, il cui calcolo complessivo misurerà il rischio di caduta.

Calcolo e interpretazione del punteggio

Ad ogni quesito si attribuisce un punteggio:

il punteggio 0 indica una risposta negativa;

i punteggi fra 1 e 3 rappresentano una risposta positiva.

Sommando i punteggi positivi si otterrà il **risultato della scala**:

i valori compresi **tra 0 e 1** indicano un **rischio minimo** di caduta;

i valori compresi **tra 2 e 10** indicano, in progressione, un **rischio di caduta da basso ad alto**.

Il paziente è considerato a rischio se totalizza un **punteggio totale uguale o superiore a 2** (punteggio di cut-off).



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

La compilazione della Scala di Conley

La Scala di Conley deve essere utilizzata nei confronti di tutte le persone afferenti ai reparti della Casa di Cura. La valutazione deve essere effettuata entro le 24 ore dal ricovero e deve essere ripetuta ogni qualvolta le condizioni cliniche del paziente si modificano

Criteri per la Valutazione/rivalutazione

- ingresso in reparto (entro 24 ore)
- trasferimento di reparto
- ad ogni cambiamento dei fattori di rischio
- ad ogni cambiamento delle condizioni del paziente
- dopo una caduta

Modalità di compilazione della Scala di Conley

La scheda deve essere compilata dall'infermiere che effettua la valutazione.

Qualora all'ingresso il paziente non sia in grado di rispondere alle prime 3 domande e non siano presenti persone che lo accompagnano, le risposte dovranno essere date dall'infermiere che effettua la valutazione sulla base della documentazione clinica disponibile.

La scheda entra a far parte integrante della cartella infermieristica.

7.2 Identificazione del paziente a rischio: altri fattori

Dai dati di letteratura emerge che, oltre agli elementi presenti nella Scala di Conley anche altri fattori, intrinseci e estrinseci, permettono di identificare il paziente a rischio di cadute prevedibili:

Fattori intrinseci (legati alle caratteristiche della persona)

Anamnesi di precedenti cadute

Deficit visivi

Ictus o altre patologie neurologiche

Artrite

Ipotensione ortostatici

Deficit cognitivo

Instabilità della marcia

Politerapia e utilizzo di determinate categorie di farmaci che possono determinare ipotensione o alterazione dello stato di coscienza

Incontinenza



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

Fattori estrinseci (che dipendono dall'ambiente circostante)

Struttura fisica del luogo di ricovero (pavimento, luminosità, spazi limitati...)

Tipologia di calzatura indossata

Inadeguato utilizzo o carenza di ausili per la deambulazione

Tipologia e corretto utilizzo di letti e sponde

7.3 Raccomandazioni assistenziali

Qualora il paziente risulti a rischio caduta, allo scopo di garantire una reale prevenzione dell'evento, si devono individuare adeguati interventi e provvedimenti rivolti sia alla persona sia all'ambiente, che dovranno essere documentati in cartella.

La decisione di scegliere se e quali provvedimenti mettere in atto va presa tenendo conto della valutazione clinica del singolo paziente e se occorre utilizzare la scala di Barthel Index Modificato-BIM. L'infermiere deve attivarsi al massimo per promuovere e salvaguardare gli interessi di salute di ogni paziente, analizzando anche criticamente gli strumenti a disposizione, al fine di migliorarli, nonché segnalando possibili situazioni che ne possano minare la sicurezza.

Una volta stabilita la possibilità che si verifichino cadute, è buona prassi informare adeguatamente del problema i familiari e, nei limiti del possibile, il paziente stesso; questa azione educativa sarà completata dall'illustrazione del poster informativo "Prevenire le cadute - Informazioni per i pazienti e i loro familiari".

La presa in carico del paziente richiede anche interventi di educazione/informazione rivolti a soddisfare i bisogni specifici del paziente prendendo in considerazione adeguate strategie organizzative:

1. illustrare i fattori di rischio possibili e le strategie preventive che si intendono attuare;
2. spiegare al paziente l'importanza di non effettuare da solo movimenti e/o spostamenti potenzialmente critici e invitarlo a chiamare il personale in caso di necessità;
3. insegnare le manovre più adatte ai cambiamenti posturali, specie in presenza di determinate patologie o terapie in atto;
4. nel caso in cui la persona sia già caduta in passato, esplorare gli effetti psicologici della caduta, della paura di cadere ancora e l'impatto di questi elementi nell'eseguire le attività quotidiane;
5. controllare che il paziente indossi calzature chiuse della giusta misura, con suola antiscivolo, anziché "ciabatte";
6. sia durante le ore diurne che notturne, collocare il paziente in modo da favorire il più possibile la sorveglianza da parte degli operatori sanitari;
7. favorire la presenza di familiari;
8. evitare le urgenze evacuative, accompagnando in bagno, ad intervalli regolari, il paziente in trattamento farmacologico con diuretici e/o lassativi;
9. verificare il corretto posizionamento del presidio per l'incontinenza, quando presente, lo stato igienico prima del riposo notturno e durante la notte in occasione di risvegli;
10. favorire il riposo evitando, se possibile, di infondere liquidi durante la notte e limitando i rumori;
11. assicurare l'ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, in quanto potrebbero costituire inciampo per i pazienti;



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

12. garantire la possibilità di una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità, soprattutto durante la notte, vicino al letto e al bagno;
13. rendere stabili i letti e gli arredi o allontanare dal paziente a rischio quelli che non possono essere fissati stabilmente;
14. ove disponibili i letti elettrici, posizzarli nel livello di altezza minima per favorire l'autonomia nella mobilità e, in caso di pazienti disorientati/agitati, di limitare gli eventuali danni provocati dalla caduta da letto.
15. segnalare al paziente le caratteristiche ambientali temporanee che possono aumentare i potenziali rischi di caduta (per es. liquidi sul pavimento o pavimenti umidi);
16. considerare l'utilizzo di ausili tipo cinture di sicurezza, cuscini antiscivolo, spondine se il paziente è posizionato in carrozzina o a letto, registrandone la prescrizione e l'utilizzo in cartella;
17. negli utenti con deficit motori, favorire l'utilizzo di ausilio idoneo per la deambulazione, fornendo l'addestramento necessario e registrando in cartella le indicazioni date;
18. non utilizzare carrozzine con predellini fissi e/o senza freni.

Particolare cautela richiede la movimentazione del paziente con ipotensione ortostatica o la prima movimentazione dopo prolungato stazionamento a letto.

In questo caso occorre informare il paziente che risulta necessario:

- flettere ed estendere alternativamente le caviglie da seduti prima di camminare; alzarsi da seduti lentamente;
- appoggiare il peso corporeo alternativamente prima su una gamba e poi sull'altra al fine di verificare la tenuta e l'equilibrio;
- sedersi immediatamente alla comparsa di vertigini;
- dopo i pasti, se insorge ipotensione ortostatica postprandiale, riposare prima di deambulare.

Alcuni accorgimenti inerenti la sicurezza ambientale, pur se minimi, sono interventi indirizzati all'eliminazione dei fattori di rischio esterni e vanno osservati, pertanto, con scrupolosità.

- Garantire un'adeguata illuminazione soprattutto nei locali bagno e nelle camere di degenza.
- Facilitare l'accesso al sistema di chiamata dell'operatore da parte del paziente
- Assicurare che i pavimenti durante le operazioni di sanificazione non permangano bagnati a lungo.
- Durante le procedure di sanificazione dei corridoi, utilizzare una specifica segnaletica che indichi la presenza del pavimento bagnato.
- Assicurare l'ordine evitando di lasciare sui pavimenti oggetti che possano costituire intralcio.
- Allontanare dall'utente il mobilio non stabile (per evitare cadute utilizzandolo erroneamente come appoggio per la movimentazione).
- Nel caso siano in corso lavori di riparazione o manutenzione delle vie di transito, per cui non sono percorribili senza pericolo, controllare che siano state sbarrate e che sia stato apposto un cartello che indichi il divieto di transito per la movimentazione.



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

7.4 La gestione del paziente caduto. Procedura assistenziale.

Se nonostante le precauzioni prese si dovesse verificare una caduta del paziente, queste sono le azioni da porre in essere:

- Il paziente caduto deve essere valutato immediatamente all'evento, **prima ancora di** mobilitarlo;
- Deve essere avvertito immediatamente il medico;
- Il medico e l'infermiere verificano la presenza di ferite, lesioni, punti di dolore, trauma cranico, deformazione dei vari segmenti corporei suggestivi di fratture;
- Il medico e l'infermiere verificano lo stato di coscienza (agitato/saporoso, orientato/disorientato). Se il paziente è orientato, chiedere se lamenta dolore e in quale punto corporeo specifico, se riesce a muovere gli arti, se lamenta formicolii;
- Chiedere al paziente quale parte del corpo è stata interessata alla caduta;
- Se il paziente non necessita di accertamenti immediati in P.S, una volta riportato nella posizione corretta (a letto o in sedia) occorre tranquillizzarlo e l'infermiere dovrà rilevare i parametri vitali (PA, FC., FR, Sat. O2) e comunicarli al medico al fine di completare la valutazione clinica immediata e procedere ad eventuali prescrizioni;
- Se il paziente necessita di accertamenti immediati in P.S, non mobilitarlo e chiamare il 118 segnalando l'urgenza. Occorre tranquillizzare il paziente e l'infermiere dovrà rilevare i parametri vitali (PA, FC., FR, Sat. O2), coprirlo con coperta se necessario e rimanere con il paziente per monitorarlo in attesa del 118.
- Se il medico lo ritiene necessario dovrà avvisare i familiari del paziente, sulla base delle indicazioni comprese nel modulo di consenso al trattamento dei dati personali, contenuto nella Cartella Clinica
- Registrare nella cartella clinica tutti i parametri vitali, lo stato di coscienza, descrizione dell'evento, le circostanze della caduta (luogo, orario, attività svolta del paziente al momento della caduta) iniziando con: "CADUTA:" ;
- compilare scheda file "segnalazione evento sentinella" sul sistema Arxivar
- Somministrare l'eventuale terapia farmacologia prescritta dal medico;
- Predisporre il paziente a eventuali accertamenti indicati dal medico (radiografie, visite specialistiche, ecc.) e chiamare Croce bianca ed avvisare il caregiver.
- non dimenticare che il paziente caduto è a forte rischio di ulteriore caduta rifare scala Conley.

8. MODALITA' DI VERIFICA/INDICATORI DI CONTROLLO

La verifica inerente all'applicazione dei seguenti criteri guida aziendali viene garantita dal Rischio Clinico monitorando i seguenti indicatori:



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

8.1 Indicatori di processo

1. Numero di schede di valutazione del rischio cadute (Conley) presenti in cartella clinica compilate/Numero totale di cartelle cliniche [Std. Atteso 100%] su un campione pari al 50% delle segnalazioni effettuate.

2. Numero di rivalutazioni effettuate (Conley)/Numero di segnalazioni cadute [Std. Atteso 80%] su un campione pari al 50% delle segnalazioni effettuate.

3. Numero di schede di valutazione del rischio cadute presenti in cartella clinica compilate (Conley) /Numero totale pazienti >65aa

4. Numero di partecipanti ai corsi di formazione /totale operatori previsti per la formazione
Numero analisi caduta con danno/ultimo anno/tre anni

8.2 Indicatori di esito

1. Numero segnalazioni pazienti caduti/Numero giornate di degenza per pazienti ricoverati

2. Numero pazienti, valutati a rischio caduta (Conley), effettivamente caduti/Numero segnalazioni di caduta effettuate

3. Numero pazienti, valutati non a rischio caduta (Conley), effettivamente caduti/Numero segnalazioni effettuate

4. Numero pazienti con più di un evento caduta/numero paziente con evento caduta

9. POSTER INFORMATIVO/ILLUSTRATO

La corretta informazione a pazienti e familiari risulta strategica per la prevenzione delle cadute.

E' stato pertanto predisposto un apposito poster informativo "Prevenire le cadute - Informazioni per i pazienti e i loro familiari" presente in ogni camera di degenza, da illustrare al momento del ricovero o della valutazione, al paziente ed anche al suo caregiver.



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

10. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- L.R. 19/2018 Regione Emilia-Romagna “Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria”.
- Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 della Regione Emilia-Romagna :Salute in tutte le sue politiche.
- Regione Emilia-Romagna “Linee di indirizzo e informazioni utili per la prevenzione e la gestione delle cadute in ospedale” 2016
- Raccomandazione N. 13/Novembre 2011 “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”
- Nice Guideline “Falls: assessment and prevention of falls in older peoples” June 2013
- WHO “What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?”, March 2004
- P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2002, 21, 3:117-124
- Ministero della Salute “Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella - Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella” – marzo 2008
- ASL AL-SITRO Novi Ligure SOC Cardiologia P.O. Novi Ligure, “Procedura per la prevenzione delle cadute accidentali e prevedibili degli utenti ricoverati”. Dicembre 2008
- Casciarri G., “Prevenire gli errori, imparare dagli errori. Stop alle cadute”. Rivista Professione Infermiere Umbria 01/2007
- Udi EBN Policlinico S.Orsola-Malpighi, “Schede informative per il miglioramento dell’assistenza infermieristica, riabilitativa, ostetrica, Stop alla caduta libera!, Bologna 2004
- Centro Studi EBN Policlinico S.Orsola-Malpighi, “Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute di pazienti in ospedale”. Bologna 2004
- Chiari P., Mosci D., Fontana S., “Valutazione degli strumenti di misura del rischio di caduta dei pazienti” . Centro Studi EBN Policlinico S.Orsola-Malpighi. Bologna 2002
- IPASVI quaderni dell'infermiere. “Le scale di valutazione” .Supplemento de L'infermiere, 06/2003



**SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO
VILLA BARUZZIANA SPA
BOLOGNA**

OGGETTO: Gestione del Rischio Clinico - Prevenzione e controllo delle infezioni

TIPOLOGIA: PROCEDURE

AREA: Risk Management

CODICE DOCUMENTO: PGRM 015

REVISIONE: 3

DATA: 08/05/2023

Redazione:

Dr. Vincenzo Neri (RAQ)

Dott. Franco Neri (Direttore sanitario)

Dott. Nicolo Baldini Rossi (Primario)

Dr Rita Salerno (Dirigente Infermieristico)

CPSE Lorella Bertoncelli (Coordinatrice Infermieristica)

Distribuzione

 x copia in distribuzione controllata copia in distribuzione non controllata



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

1. SCOPO / OBIETTIVO

Il presente documento, in linea con l'orientamento normativo in materia, intende fornire le linee di indirizzo per la gestione della sicurezza, del rischio clinico e delle PCI (prevenzione e controllo infezioni) secondo un modello che garantisca la promozione di percorsi di prevenzione e gestione dell'errore, di prevenzione e gestione delle infezioni, in un contesto di clinical governance.

2. APPROCCIO DELLA CLINICAL GOVERNANCE PER LA GESTIONE

2.1 PREVENZIONE DEL RISCHIO E DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE

I sistemi sanitari moderni devono governare l'alta complessità, derivante dai numerosi elementi umani e tecnologici che li compongono, orientando le attività verso standard di qualità in linea con le migliori evidenze scientifiche ed in sintonia con le aspettative dei pazienti. Il miglioramento della qualità richiede necessariamente attenzione ai temi della sicurezza dei pazienti ed azioni nell'ambito della gestione del rischio clinico e della PCI. Se può essere relativamente semplice individuare l'errore attivo, può essere invece piuttosto complesso individuare tutte le insufficienze latenti presenti nel sistema che possono provocare una successione di altri errori, "secondari" e consequenziali al primo. L'effetto degli errori secondari può essere così evidente e rilevante da eclissare la gravità e la possibilità di identificare e rilevare l'errore "primitivo". Al fine di consentire l'identificazione inequivocabile dell'errore ed il confronto, sono state proposte nel tempo diverse classificazioni dell'errore in sanità, fino alla definizione, nel 2009, di una tassonomia, realizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attraverso un processo partecipativo. Per prevenire il verificarsi di un errore, è necessario progettare specifici modelli di controllo del rischio clinico. Se si vuole raggiungere un efficace controllo del rischio, ovvero ridurre la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (attività di protezione) è fondamentale che le insufficienze del sistema vengano rimosse. Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il sistema di gestione preventiva del rischio clinico. Vengono qui ad affiancarsi le politiche aziendali utili alla stesura di procedure per la pianificazione e lo sviluppo del programma di prevenzione e controllo delle infezioni individuando i responsabili interni per la gestione del rischio infezioni e coinvolgendo il personale con programmi di formazione e piani di sorveglianza.

Nelle organizzazioni complesse, la maggior parte degli incidenti è generata dall'interazione fra le diverse componenti del sistema: tecnologica, umana ed organizzativa. All'inizio degli anni novanta lo psicologo James Reason ha fornito un modello, soprannominato del "formaggio svizzero", per illustrare il problema degli errori in tale ambito ed utile per la comprensione delle complessità e disomogeneità intrinseche al sistema.

I buchi nelle fette di formaggio rappresentano le insufficienze latenti che sono presenti nei processi sanitari; quando si modificano più fattori che normalmente agiscono come barriere protettive, i buchi si possono allineare e permettere il concatenarsi di quelle condizioni che portano al verificarsi dell'evento avverso. Charles Vincent, esperto internazionale di Risk Management, ha identificato cinque classi di fattori che determinano il grado di rischio di un sistema: 1. fattori organizzativi e gestionali; 2. fattori che riguardano l'ambiente operativo; 3. fattori legati al gruppo di lavoro; 4. fattori



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

individuali dell'operatore; 5. fattori inerenti le caratteristiche del paziente.

La conoscenza di tutti i fattori causali o contribuenti al verificarsi di possibili errori è presupposto fondamentale per la costruzione di percorsi destinati a migliorare la qualità dell'assistenza, delle strutture e degli aspetti organizzativi. L'implementazione delle suddette aree della Clinical Governance nel loro insieme concorre al miglioramento continuo delle attività assistenziali oltre che della organizzazione aziendale determinando una corretta gestione e prevenzione dei rischi ad essa correlati.

Di seguito si riporta una breve descrizione di ciascuna delle aree della clinical governance riscontrata dalla analisi della letteratura scientifica internazionale

- **Valutazione dei bisogni:** L'attività sanitaria non può prescindere da una attenta valutazione dei bisogni di salute della popolazione, attraverso adeguati strumenti di analisi di tipo sanitario, epidemiologico e demografico. La capacità delle aziende sanitarie territoriali di organizzare la valutazione dei bisogni attiene direttamente la capacità di pianificare l'utilizzo strategico delle risorse a disposizione, rispondendo in modo più razionale ed efficace ai bisogni di servizi socio-sanitari espressione del territorio, e quindi di dare risposte appropriate in questo senso.
- **Evidence Based Practice (EBP):** L'EBP cerca, attraverso studi clinico-assistenziali controllati, le metanalisi e gli studi osservazionali, di stabilire, partendo dalla pratica clinica, quali siano gli interventi diagnostici, terapeutici o riabilitativi più efficaci rendendo così disponibili queste informazioni ai medici, ai decisori ed ai pazienti. Esiste una evidente correlazione fra l'utilizzo dell'EBP, in tutte le specialità mediche, e il miglioramento dell'outcome del paziente perché capace di ridurre notevolmente gli errori nella pratica clinico-assistenziale.
- **Accountability:** "Parola chiave della democrazia anglosassone. In Italia non è stata ancora tradotta" (Indro Montanelli. La stanza. Corriere della Sera, 12 aprile 1999). Indica il dovere di documentare, di rendicontare ciò che si è fatto a chi ci ha dato l'incarico e/o ci paga lo stipendio e/o ci ha messo a disposizione altre risorse. Un sistema di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie, coinvolte nell'assistenza al cittadino assistito, è indispensabile per l'analisi dei rischi qualora si verifichi il clinical incident.
- **Audit assistenziale:** Nella sua accezione attuale, specialmente in Gran Bretagna, l'audit clinico è stato definito da Fielding (1991) come "un'iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti e la modificano se necessario". L'audit clinico-assistenziale è una parte integrante della corretta pratica clinica ed uno strumento di provata efficacia nel miglioramento dell'outcome dei servizi erogati nei confronti del cittadino assistito.
- **Misurazione delle performance clinico-assistenziali:** "Quanto un'organizzazione sanitaria fa e ottiene svolgendo le funzioni fondamentali che le sono caratteristiche"; L'azienda sanitaria attraverso la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della qualità e dei tempi delle cure mediche prestate può stimare le possibili cause di disabilità e disagi procurati ai cittadini assistiti con l'obiettivo di prevenire gli eventi avversi e ridurre il grado di rischio in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza.
- **Valutazione e miglioramento delle attività assistenziali:** Il trend che sta emergendo negli ultimi anni si basa sull'utilizzo sistematico, da parte di tutti gli operatori sanitari, di vari sistemi di registrazione delle attività, in tutte le discipline cliniche ed in tutte le aree di specialità sanitarie, che permettono la valutazione della performance e quindi l'adozione di interventi per il miglioramento del livello e dell'esito delle prestazioni sanitarie erogate.
- **Health Technology Assessment (HTA):** L'HTA include tutto ciò che viene utilizzato per promuovere la salute, impedire e trattare la malattia e per migliorare la riabilitazione e la cura di lunga durata. L'assessment delle



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

tecnologie sanitarie è quel processo che permette di analizzare, in modo multidisciplinare, l'efficacia, la sicurezza, il costo, il rapporto costo-efficacia, l'indicazione di indirizzo, l'applicabilità e le conseguenze sociali, economiche ed etiche di una determinata tecnologia utilizzata a scopi assistenziali (Institute of Medicine, 1985). I membri dell'International Network of Health Care Technology Agencies (INAHTA) hanno identificato la sicurezza tecnologica come la principale funzione dell'HTA. L'outcome essenziale dell'HTA consiste nel soddisfare i bisogni di informazioni indispensabili ai decisori, politici e sanitari, affinché possano rendere i servizi sanitari conformi ai principi di eguaglianza, globalità, universalità, volontarietà e rispetto della dignità e libertà della persona.

- **Sistemi di Qualità:** Insieme delle caratteristiche di un servizio/prestazione che esprime la capacità di soddisfare bisogni espliciti e/o impliciti; L'esistenza di un sistema di qualità aziendale non rappresenta, necessariamente, un fattore di riduzione dei rischi. La qualità in sanità rappresenta, secondo Donabedian A. 1990, "il rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti ed i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili.

Le metodologie maggiormente utilizzate sono l'approccio tecnico-professionale (medical e clinical audit, miglioramento continuo della qualità, quality assurance; VRQ), approccio organizzativo gestionale (total quality management, certificazioni di qualità, accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità, accreditamento all'eccellenza) approccio partecipativo (APQ). Maxwell ha misurato la qualità dividendola in sei dimensioni principali: efficacia (esprime il grado di raggiungimento del risultato tecnico, dell'intervento sanitario, in termini di benefici per la salute), efficienza (rappresenta la capacità reale di produrre, a parità di risorse impiegate, il migliore risultato di salute nella popolazione interessata), accettabilità (evidenzia il gradimento del servizio da parte dell'assistito), accessibilità (indica la disponibilità all'utilizzo dei servizi da parte degli utenti che ne hanno reale necessità), equità (mostra la capacità di erogare servizi sanitari senza privilegi o discriminazioni nei confronti di singoli o gruppi di individui) e rilevanza (raffigura il meglio che può essere ottenuto dall'offerta sanitaria in considerazione delle necessità e dei desideri espressi di tutta la popolazione). Le strutture sanitarie che hanno attuato un sistema di qualità, nella gestione dell'assistenza e delle cure dei malati, possono solitamente vantare un continuo miglioramento in tutti i programmi di cura ed a tutti i livelli organizzativi.

- **Informazione, partecipazione del cittadino/paziente:** Riconosce l'importanza di consultare il cittadino assistito, le associazioni dei malati, ecc per identificare i bisogni e il grado di soddisfazione rispetto ai servizi offerti, nonché per fornire un flusso costante di informazioni sulle attività di diagnosi, cura e assistenza messi a disposizione dall'Azienda. Inoltre il coinvolgimento del cittadino anche nelle scelte e nelle decisioni assistenziali riduce la litigiosità.
- **Clinical Risk management:** Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi. Ovunque cure mediche vengano dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. Per questo oggi la percentuale di danni iatrogeni causati è diventata un importante indicatore della qualità delle cure" (Thomas 2000). L'errore può essere umano (skill-based behaviour, ruled-based behaviour, knowledge-based behaviour e quindi errori slips, lapses e mistakes) o può derivare dal sistema che ne crea le condizioni (stress, tecnologie poco conosciute, ecc.). In sanità le fasi che caratterizzano l'attività del risk management vanno dalla conoscenza e dall'analisi dell'errore (incident reporting, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, ecc.), all'individuazione e correzione delle cause di errore (Root Causes Analysis, analisi di processo, Failure Mode and Effect Analysis), alla definizione di misure da mettere in atto per la prevenzione dell'errore, al monitoraggio delle stesse all'implementazione e sostegno attivo alle soluzioni proposte. Come descritto in una ormai ampia letteratura sul tema,



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

l'applicazione di tecniche di gestione del rischio può determinare una importante diminuzione degli eventi avversi. Nel 2004 il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività avviate in tema di Qualità dei servizi sanitari, ha emanato il documento "Risk Management: il problema degli errori", redatto dalla Commissione tecnica sul rischio clinico costituita nell'anno 2003, il quale evidenzia come sia indispensabile conoscere ed analizzare il tema del rischio clinico così da fornire strumenti utili e raccomandazioni agli operatori sanitari al fine mettere in atto, ai diversi livelli istituzionali (Aziende Sanitarie, Regioni, Ministero), iniziative che consentano di ridurre l'incidenza degli errori. Lo stesso Ministero a partire dall'anno 2005 ha individuato gli eventi avversi di particolare gravità, gli eventi sentinella, e ne ha attivato il monitoraggio con l'obiettivo di condividere con le Regioni e Province Autonome e le Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Monitoraggio che implica, oltre la raccolta e l'analisi delle informazioni, la produzione di Raccomandazioni specifiche per prevenire o minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi. Con l'Intesa della "Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni" del 20 marzo 2008, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, è stato attivato presso il Ministero l'Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella e il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che include la segnalazione degli eventi sentinella, i risultati dell'analisi effettuata ed i relativi piani di miglioramento.

Come si evince dalla descrizione di tutte le aree della clinical Governance che concorrono al miglioramento continuo della qualità aziendale ed assistenziale, il "Clinical Risk Management" rappresenta soltanto una delle diverse aree da implementare e di cui monitorarne l'effettivo sviluppo al fine di creare in ambito del SSR un sistema globale di gestione dei rischi al fine di prevenire o ridurre gli eventi avversi attraverso azioni correttive per la riduzione del rischio stesso sia nelle unità operative ospedaliere sia in ambito territoriale.

2.2 TERMINOLOGIA E DEFINIZIONI

La realizzazione di azioni volte alla sicurezza dei pazienti presuppone la conoscenza di alcune parole chiave ed è fondamentale e prioritario fruire di un lessico comune che consenta ai sistemi di dialogare e di comprendersi. Per **Rischio clinico** in senso stretto si intende la possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). Vengono riportate di seguito le definizioni dei principali concetti con particolare riferimento all'area della clinical governance sopra definita come "Clinical Risk Management" e presenti nel "Glossario2 per la Sicurezza dei pazienti e la gestione del Rischio clinico" redatto dal Ministero della Salute.

Appropriatezza: L'Appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Errore: Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

L'errore attivo: è per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione.

Gli errori latenti sono invece, per lo più, insufficienze organizzativo-gestionali (progettazione,



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

organizzazione e controllo), che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi.

Evento avverso: (Adverse event) Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

Evento evitato: (Near miss o close call) Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a)

un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive. **Rischio:** Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K).

Sicurezza del paziente (Patient safety): Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Ergonomia: Disciplina che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli esseri umani e gli altri elementi di un sistema, applicando teorie, principi, dati e metodi per progettare nell'ottica dell'ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.

Fattore umano: Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.

3. RIFERIMENTI

- Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009: istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) G.U. Serie generale n°8 del 12 gennaio 2010

- Legge 189/2012(decreto Balduzzi) G.U. N° 263 del 10-11-2012 suppl. ordinario n° 2011.

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio-KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura

4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra ospedaliero)

12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”



SISTEMA QUALITA' ACCREDITAMENTO VILLA BARUZZIANA SPA BOLOGNA

13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
15. La riconciliazione della terapia farmacologica

Le raccomandazioni sono attualmente consultabili e aggiornate sul sito del Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it>.

4. RESPONSABILITA'

Il modello di governance del rischio sulla cui base deve essere attivato, sviluppato o integrato il sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico oltre a ciascuna delle aree della clinical governance sopra descritte, prevede, con riferimento al "Clinical Risk Management", le articolazioni organizzative fondamentali di seguito indicate:

Primario:

Ha la funzione di responsabile, coordinatore e supervisore e di tutte le attività sanitarie all'interno della struttura (appropriatezza clinica, controllo documentazione sanitaria, verifica del rispetto delle regole organizzative, ...). Partecipa al momento del Riesame della Direzione, in particolare fornendo e discutendo dati e indicatori di cui è responsabile. Responsabile scientifico delle attività di formazione e aggiornamento. Il primario svolge le sue funzioni in accordo con la direzione sanitaria.

Direttore Sanitario:

Definisce gli orari di copertura di guardia medica giornalieri per ogni mese, controlla che i turni siano coperti e coordina le risorse umane necessarie allo svolgimento delle attività; è responsabile delle decisioni inerenti all'acquisto di attrezzature e tecnologie. Partecipa al momento del Riesame della Direzione, in particolare fornendo e discutendo dati e indicatori di cui è responsabile. Responsabile delle attività di formazione e aggiornamento. E' responsabile del governo clinico in collaborazione con il primario per le attività medica e con la Coordinatrice per le attività di assistenza.

RAQ: Si occupa di aggiornare mantenere le procedure relative al Risk Management, collabora con Regione per la segnalazione degli eventi avversi. Redige periodicamente relazioni sulla sicurezza delle cure e raccoglie ed elabora le segnalazioni di eventi avversi.

5. INDICATORI DI CONTROLLO

Andamento degli eventi avversi, numero e tipologia di evento in base al numero di pazienti ricoverati.

QUANTITA' DI ANTIBIOTICI USATI NELL'ANNO/ QUANTITA' DI ANTIBIOTICI USATI NELL'ANNO PRECEDENTE