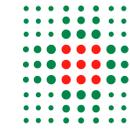


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara
Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara
Dipartimento Interaziendale Strutturale di Prevenzione e Protezione

Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione (DIPP)

VERBALE DI RIESAME 2017

Riunione del 14 febbraio 2018 Ora inizio: 14.30 Ora fine: 16.00

Presenti: Cognome – Nome

Nardini Marco	Direttore
Malossi Alessandro	DIPP
Modestino Riccardo	DIPP
Tonetto Guido	DIPP
Guerrini Patrizia	DIPP
De Paris Paola	DIPP

Il Dott. Nardini ripercorre i punti del Piano Annuale del 2017.

Obiettivi 2017	Osservazioni
GESTIONE DEGLI INFORTUNI PROFESSIONALI (doc. Nr. 1518)	
<p>1. Effettuare indagini a seguito di tutti gli infortuni da MMC/P sia per l'Azienda USL che per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (D)</p>	<p>Nel corso del 2017 è proseguita l'attività di verifica delle modalità di accadimento per gli infortuni biologici, da movimentazione manuale dei carichi/pazienti ed accidentali così come previsto dalla procedura aziendale.</p> <p>Le indagini relative agli infortuni biologici vengono effettuate puntualmente nel momento in cui l'Operatore denuncia l'infortunio, mentre quelle da MMC/MMP vengono effettuate al rientro al lavoro dell'Operatore infortunato e previo appuntamento che tiene conto del turno di servizio.</p>
<p>2. Effettuare indagini a seguito di tutti gli infortuni biologici sia per l'Azienda USL che per l'Az. Ospedaliero-Universitaria (D)</p>	
<p>Azienda Ospedaliero-Universitaria Sono state effettuate n° 161 (100%) indagini relative agli infortuni a rischio biologico (totale infortuni n° 161) e n° 8 indagini (44,4% = 8/18) riguardanti gli infortuni da MMC/MMP (tot. infortuni: n° 21 di cui n° 3 non riconosciuti dall'Inail), dal risultato delle indagini effettuate n° 2 infortuni non sono stati ritenuti da MMC/MMP. Rimangono da eseguire n° 10 indagini.</p> <p>Azienda USL Sono state effettuate n° 38 (100%) indagini relative agli infortuni a rischio biologico (totale infortuni n° 38) e n° 20 indagini (68,9% = 20/29) relative gli infortuni da MMC/MMP /tot. Infortuni: n° 29 di cui n° 5 dal risultato delle indagini effettuate non sono stati ritenuti da MMC/MMP. Restano da eseguire 9 indagini già programmate</p>	
<p>3. Effettuare indagini a seguito di infortuni accidentali secondo procedura sulla gestione degli infortuni. Predispone tabella che identifichi ciascun evento accidentale (D)</p> <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria</p>	<p>Le indagini relative agli infortuni di tipo accidentale vengono effettuate dopo valutazione delle modalità di accadimento.</p>

<p>Infortuni accidentali: N° 76 infortuni effettuate n° 30 indagini e rilevate n° 4 non conformità.</p> <p>Azienda USL</p> <p>Infortuni accidentali: N° 89 infortuni effettuate n° 21 indagini e rilevate n° 1 non conformità.</p>	
<p>GESTIONE DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO NELLE STRUTTURE DELL'AZIENDA USL SOGGETTE AGLI OBBLIGHI DEL DM 19 MARZO 2015 – ATTIVITÀ DI RTA (RESPONSABILE TECNICO ANTINCENDIO) – DELIBERA N° 18 DEL 23/02/2016 (Attività previste nel triennio 2016-2019)</p>	
<p>1.Coordinamento degli aspetti relativi alla gestione della sicurezza antincendio, come previsto dal DM 15/06/2015 per tutte le strutture soggette in collaborazione con il Servizio Tecnico, le Direzioni di Dipartimento, le Direzioni Sanitarie ed Infermieristiche dei singoli presidi (D)</p>	<p>Sono stati organizzati ripetuti incontri con Servizio Tecnico, professionisti incaricati, Comando VV.F., Assessorato E.R. operando una fattiva attività di coordinamento con particolare attenzione agli interventi strutturali in corso e di prossima realizzazione ed ai risvolti organizzativi, come previsti dal citato DM. In particolare negli ultimi mesi sono stati svolti sopralluoghi nelle strutture delle case della salute di San Rocco e di Copparo e nell'Ospedale di Cento.</p>
<p>2.Aggiornamento dei piani di evacuazione e dei manuali operativi, nel rispetto di quanto previsto nel citato DM , con particolare riguardo agli ospedali di Cento ed Argenta. (D)</p>	<p>E' stato completato l'aggiornamento dei piani generali di evacuazione ed emergenza (PGEE) e dei manuali operativi, nel rispetto di quanto previsto nel citato DM, con particolare riguardo agli ospedali di Cento ed Argenta e alle case della salute di San Rocco e di Copparo. Nel 2018 si provvederà alla informazione e formazione del personale delle strutture e all'aggiornamento degli addetti all'emergenza, in ragione di quanto previsto nei citati nuovi PGEE.</p>
<p>3.Aggiornamento agli intervenuti adeguamenti, dei Sistemi di Gestione Antincendio (SGSA) secondo le indicazioni del titolo V del DM 19/06/2015, per</p>	<p>E' stato completato l'aggiornamento, dei Sistemi di Gestione Antincendio (SGSA) secondo le indicazioni del titolo V del</p>

<p>tutte le strutture soggette (D)</p>	<p>DM 19/06/2015, per tutte le strutture soggette; in particolare le case della salute di San Rocco e di Copparo si sono resi necessari ulteriori verifiche ed approfondimenti previo sopralluoghi che sono stati completati entro il mese di Gennaio 2018.</p> <p>Indicatore: N° Piani di evacuazione e SGSA aggiornati/ N° Piani di evacuazione e SGSA previsti e pianificati</p> <p>Il valore atteso del 100% è stato raggiunto.</p>
<p>4. In accordo con le Direzioni Sanitarie ed Infermieristiche, secondo i piani formativi elaborati e finalizzati ad implementare il numero di addetti antincendio a rischio elevato presso gli ospedali di Cento e Argenta e gli OSCO di Copparo e Comacchio, attivazione dei necessari corsi presso il Comando VV.F. di Ferrara (D)</p>	<p>In applicazione alle indicazioni del titolo V del DM 19/03/2015 relativo al numero di addetti emergenza e squadre antincendio necessari nelle strutture soggette, si è elaborato, in accordo con le DS e DI delle strutture interessate, un piano di formazione per nuovi addetti antincendio a rischio elevato e si sono attivati i relativi corsi (7 corsi) presso il locale comando VV.F.</p> <p>E' stata programmata l'<u>attivazione</u> di nuovi corsi presso il Comando VV.F. di Ferrara, ma per impossibilità organizzative del personale sanitario, già impegnato in altri corsi di aggiornamento e dello stesso Comando VV.F di Ferrara, l'attivazione dei citati corsi è stata spostata al primo semestre del 2018.</p> <p>Indicatore: N° addetti antincendio nuovi formati dai VV.F./ N° addetti antincendio nuovi pianificati</p> <p>Il valore atteso del 75% è stato raggiunto.</p>

GESTIONE DELLA SICUREZZA ED ANTINCENDIO NELLE STRUTTURE NON RICOMPRESE NEL DM MARZO 2015

1. Coordinamento degli aspetti relativi alla gestione della sicurezza antincendio per Azienda Usl (D)	Sono state effettuate esercitazioni c/o l’Ospedale del Delta Azienda USL e presso le sedi Territoriali La documentazione relativa alle UUOO è archiviata in cartella condivisa e disponibile presso l’archivio e la Segreteria del Dipartimento e le Direzioni Sanitarie/Distretto; le sedi Territoriali non hanno inviato la documentazione e pertanto verranno sollecitate a farlo.
2.Az. Usl Partecipazione al gruppo di lavoro per la messa a norma in sicurezza dei locali della Casa della Salute Cittadella S. Rocco (B)	I verbali delle riunioni del gruppo di lavoro sono archiviati in cartella condivisa.
3.Az. Osp. Aggiornare i manuali di sito. Effettuare prove di evacuazione presso Ospedale di Cona secondo quanto previsto dalla istruzione operativa interaziendale (doc. Nr. 3083) (D)	Nell’anno 2017 sono stati aggiornati 20 manuali operativi per la gestione dell’emergenza per le 20 UU.OO. che sono state interessate da variazioni e trasferimenti. Sono inoltre state effettuate 75 prove di evacuazione e compilate le relative check-list per le 75 UU.OO. previste dal piano di lavoro. La documentazione è archiviata nelle pertinenti cartelle sul server.
4. Az. Usl Effettuare prove di evacuazione presso gli Ospedali di Argenta e Cento con supporto agli Operatori alla luce dei nuovi PEI (D)	Alla data del 31/12/2017 non sono stati ufficializzati i PEI e Sistemi di Gestione per gli Ospedali di Cento e Argenta.
5. Elaborare piano formativo antincendio (aggiornamento rischio elevato per entrambe le Aziende e rischio medio per Casa della Salute Cittadella S. Rocco) sulla base del fabbisogno formativo rilevato (doc. Nr. 1524) (D)	Sono stati organizzati corsi di formazione di aggiornamento rivolto agli addetti all'emergenza ed evacuazione sia per quanto riguardo le strutture a rischio medio per la Casa della

Salute Cittadella San Rocco che per quanto riguarda quelle a rischio elevato, in particolare nel presidio ospedaliero di Argenta (146 Addetti partecipanti su 148 iscritti) , mentre è stata sospesa l'attività formativa per il presidio di Cento data la non disponibilità del nuovo piano di evacuazione di tale ospedale.

GESTIONE SICUREZZA IN FASE DI ESECUZIONE NEI CANTIERI EDILI, GENIO CIVILE E DITTE ESTERNE

1.Evadere le richieste di attivazione DUVRI/Informazione sui rischi che giungono al Dipartimento **(doc. Nr. 1846) (D)**

AZIENDA	SOLO INFO RISCHI N°	DUVRI N°	NO DUVRI E INFO N°
USL	-	17	0
AZ OSP-UNIV	-	19	0
TOTALI	-	36	0

Riprendendo quanto già predisposto nei precedenti anni, le ditte partecipanti a gare di fornitura e servizi hanno utilizzato le informazioni sui rischi specifici per tali tipologie di appalti pubblicate nel sito delle due Aziende Sanitarie, con particolare riguardo agli appalti di manutenzione di apparecchiature informatiche. Pertanto i valori sopra indicati non tengono conto di queste procedure che vengono gestite autonomamente dai settori che attivano i diversi appalti.

<p>2.Proseguire la “vigilanza” sui DUVRI al fine di verificare il rispetto dei piani di lavoro delle ditte (D) SCHEDA OBIETTIVO</p>	<p>E' proseguita la gestione operativa (vigilanza) in fase di esecuzione dei contratti per alcuni DUVRI in particolare per il nuovo Ospedale di Cona, su cui sono stati svolti incontri di coordinamento e relativi verbali per alcuni interventi di ditte inserite nella concessione di gestione.</p>
<p>3.Aggiornare i siti aziendali con le informazioni sui rischi al fine di agevolare l'iter di appalto (D) SCHEDA OBIETTIVO</p>	<p>Sono state aggiornate ed integrate le relazioni di informazione rischi e DUVRI per gli aspetti legati a alcuni rischi e per la modalità di valutazione dei rischi interferenziali.</p>
<p>4.Gestione amministrativa delle pratiche</p>	<p>Prosegue la gestione amministrativa delle pratiche da parte della segreteria di Dipp (Rita Pirrello), che tiene aggiornata la situazione costantemente; ogni richiesta pervenuta ed ogni documento emesso viene sempre mandato per conoscenza in copia alla Segreteria, che provvede anche all'attività di protocollazione in arrivo ed in invio della documentazione cartacea.</p>
<p>SISTEMA DI GESTIONE IGIENE E SICUREZZA AZIENDALE</p>	
<p>1. Monitoraggio chemioterapici antitumorali e formaldeide presso UUOO Az. Ospedaliero-Universitaria e Az. USL (D)</p> <ul style="list-style-type: none"> • campionamenti personali e ambientali presso il Laboratorio Allestimento Farmaci antitumorali (luglio 2017) • campionamenti personali e ambientali chemioterapici antitumorali presso l'UO Pediatria (ottobre 2017) • campionamenti personali e ambientali di formaldeide presso Laboratorio 	<p>In data 4/07/2017 è stato effettuato il monitoraggio ambientale e personale presso il Laboratorio UFA.</p> <p>Non è stato possibile effettuare i campionamenti programmati presso il reparto di pediatria per motivi organizzativi.</p> <p>Per quanto riguarda la formaldeide l'obiettivo dei campionamenti si è tramutato, per ragioni organizzative, in una serie di incontri al fine di ottimizzare la fornitura di</p>

<p>di Anatomia Patologica (settembre 2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> • campionamento ambientale formaldeide presso UO "campione" dove vengono utilizzati i nuovi contenitori (novembre/dicembre 2017); quest'ultima attività è vincolata dall'arrivo dello specifico analizzatore "Formaldemeter" <p>Indicatore: a) n° di campionamenti effettuati/n° campionamenti previsti</p> <p>Valore atteso: 80%</p>	<p>macchine per il sottovuoto dei campioni anatomici da analizzare. Infatti dopo una prima scelta reattiva a queste apparecchiature (sottovuoto in formaldeide) si è scelto il solo sottovuoto presso le piastre chirurgiche e successivamente l'aggiunta di formaldeide presso l'UO di anatomia patologica. Parallelamente si sta affiancando il personale dell'ospedale di Lagosanto per la nuova PMA dato che in una seconda fase verrà utilizzato l'azoto (criobanca).</p>
<p>2. Effettuare audit sulla applicazione del SGSL nelle UUOO dell'Azienda USL (B):</p> <ul style="list-style-type: none"> - a) Area Sanitaria - b) Area Tecnica 	<p>In attesa dell'invio formale da parte della Direzione Generale del DVR ai Direttori e Preposti, sarà quindi attivato un programma di audit in un campione di UU.OO. pari al 20%</p>
GESTIONE DEGLI EVENTI FORMATIVI	
<p>1. Pianificare attività formativa per il 2017 (Procedura: doc. Nr. 1524) (D)</p>	<p>E' stata pianificata l'attività formativa per il 2017. L'evidenza dei corsi è rappresentata nel PAF Aziendale. L'attività formativa svolta è riportata nel report delle due Aziende</p>
<p>2. Proseguire con corso di formazione a distanza per i lavoratori neo-assunti nelle due Aziende (Procedura: doc. Nr. 4122). (D)</p>	<p>Sono stati effettuati due corsi FAD (1° e 2° semestre 2017) rivolto agli operatori neoassunti (formazione generale), ai sensi della normativa vigente.</p>
<p>3. Pianificare attività di verifica circa la valutazione dell'efficacia formativa dei corsi sulle procedure di sicurezza sul lavoro (D) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'identificazione del campione degli operatori formati intorno alle procedure di sicurezza sul lavoro ,per valutare l'efficacia formativa , viene 	<p>Nel secondo semestre è stata effettuata una verifica di efficacia formativa su uno spazio campionario di maggiori dimensioni (rispetto agli anni passati cioè equivalente all'80%) sugli operatori formati intorno alle procedure di sicurezza nel primo semestre (con un ottimo livello di</p>

<p>effettuata secondo un criterio <i>random</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> • nel primo semestre 2017 non verrà effettuata alcuna valutazione di efficacia formativa, in quanto nel secondo semestre dello scorso anno non si sono effettuati corsi di formazione sulle procedure di sicurezza (<i>dovendo far trascorrere alcuni mesi fra l'intervento formativo e la valutazione di efficacia</i>). Nel 2° semestre del 2017 verrà effettuata una valutazione di efficacia formativa su un campione di Operatori che hanno effettuato il corso nel 1° semestre 2017; • gli Operatori del DIPP che partecipano alla valutazione dell'efficacia sono quattro (<i>due operatori tecnici della prevenzione, di cui uno docente, alternativamente due operatori della sorveglianza sanitaria, di cui uno docente del corso</i>); • le attività per avviare la valutazione sono rappresentate da una lettera di informazione ai Coordinatori delle UU.OO . interessate dalla valutazione (inviata circa 20 giorni prima della visita) anche al fine di avvertire di riservare uno spazio temporale adeguato al termine del turno di servizio degli operatori (<i>in genere intorno alle 13,30-14</i>); • le modalità utilizzate per la valutazione si basano sul rivolgere alcune domande agli operatori formati nei mesi precedenti e nel riportare le risposte su un apposito questionario standard (<i>validato dall'esperienza di queste anni di valutazione</i>); • la valutazione viene effettuata sul campione selezionato presso le UU.OO di appartenenza degli Operatori; • l'indicatore di verifica è rappresentato dall'esattezza della risposta 	<p>apprendimento -100%- e di gradimento). Tale attività è stata effettuata a valle di una comunicazione ai Preposti dell'U.O. interessata dall'azione di verifica (oltre 20 giorni prima della visita nel reparto, in orari più favorevoli al dialogo costruttivo con gli operatori formati)</p>
--	--

<p>dell'Operatore alle domande poste) e il valore atteso è almeno il 90%</p> <ul style="list-style-type: none"> al termine delle diverse visite il responsabile del processo formativo scrive un <i>report</i> (relativo a quanto è stato fatto, ai dati raccolti , alle eventuali criticità evidenziate e ad altri elementi frutto dell'osservazione di contesto effettuata) 	
<p>4. Verifica dell'estensione dell'attività formativa a tutti gli Operatori di entrambe le Aziende (D):</p> <ol style="list-style-type: none"> Verificare disponibilità dei dati presso il Servizio Formazione Interaziendale Valutare il contenuto dei dati disponibili in merito alla loro utilità per l'obiettivo Formazione di un Operatore del DIPP per l'accesso al database del Servizio Formazione Applicare ad un campione di Operatori la verifica di conformità della formazione con quanto previsto dalla normativa <p>Tempistica e Risorse Coinvolte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 30 giugno 2017 31 agosto 2017 (Dott. Nardini, Dott. Modestino) 31 ottobre 2017 (Operatore del DIPP) 31 dicembre 2017 (Dott. Modestino) <p>Indicatore: Individuazione Operatori non formati</p>	<p>In data 28 giugno 2017 il servizio Formazione ha inoltrato i file dell'attività formativa svolta negli ultimi cinque anni (2012-2016).</p> <p>Dopo valutazione i dati sono stati ritenuti utili allo scopo dell'obiettivo ed un Operatore è stato formato per l'accesso al database.</p> <p>Per poter effettuare la ricomposizione del <i>mosaico</i> dei corsi di tutti gli operatori che hanno frequentato nel tempo i diversi corsi sulla sicurezza e la tutela della salute nelle due aziende sanitarie quanto previsto al punto 4) verrà attuato nel 1° semestre 2018 .</p>
<p>5. Strutturare comunicazione periodica al Preposto/Dirigente del Servizio per segnalare la mancata partecipazione ai corsi di formazione (D)</p> <p>Tempistica: luglio 2017 per il 1° semestre e a seguire ad ogni semestre</p>	<p>Sono state inviate le comunicazioni per mancata partecipazione degli Operatori a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Corso di aggiornamento per addetti alle squadre antincendio ed evacuazione presso Presidio di Argenta;

	<ul style="list-style-type: none"> • Corso di aggiornamento per addetti alle squadre antincendio ed evacuazione presso il Polo di Cona; • Corso FAD - Formazione Generale sulla sicurezza sul lavoro <p>Le rispettive comunicazioni attivate nel 1° semestre sono state inoltrate anche per i corsi relativi al semestre successivo.</p>
Gestione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)	
<p>1. Effettuare valutazione del rischio "Eventi etero aggressivi" in entrambe le Aziende (B)</p> <p>PRIMO SEMESTRE 2017:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi e valutazione di check list specifica 2. Analisi delle valutazioni rilevate in ambito aziendale 3. Applicazione delle check list in alcune UUOO significative <p>SECONDO SEMESTRE 2017: APPLICAZIONE CHECK LIST NEGLI OSPEDALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luglio Ospedale di Lagosanto 2. Settembre Ospedale di Cento 3. Ottobre Ospedale di Argenta 4. Novembre/Dicembre: aggiornamento DVR <p>VERIFICA I SEMESTRE 2017:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acquisizione e valutazione di check list 2. Elenco UUOO in cui somministrare la check list <p>VERIFICA II SEMESTRE 2017:</p>	<p>Nel corso del PRIMO SEMESTRE 2017 è stata valutata la check list di indagine per eventi aggressivi .</p> <p>Nel SECONDO SEMESTRE 2017, si è proceduto con la somministrazione della check list tramite sopralluogo e colloqui con i preposti degli ospedali.</p> <p>Nel mese di Settembre è stata applicata la check lista presso gli Ospedali di Argenta, Cento, Lagosanto</p> <p>Nel mesi di Novembre e Dicembre i risultati sono stati inseriti nei relativi DVR (aggiornamento) e si è proceduto all'applicazione della check list in tutto il territorio aziendale con relativo aggiornamento del DVR le evidenze dei verbali di sopralluogo e relative valutazioni sono reperibili in cartella condivisa.</p> <p>Indicatore: aggiornamento dei DVR (valore atteso: 100%). Tutti i DVR dell'Azienda USL Ferrara sono stati aggiornati</p> <p>Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera la VR verrà effettuata nel 2018.</p>

<p>1. Applicazione schede UUOO concordate 2. Evidenze dei verbali di sopralluogo e relative valutazioni</p> <p>Indicatore: a) aggiornamento dei DVR Valore atteso: 100%</p>	
GESTIONE DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	
<p>1. Verifica e implementazione periodica Catalogo dei DPI (doc. Nr. 1516) (D)</p>	<p>La attività di gestione dei DPI è riportata in allegato, è inoltre proseguito l'aggiornamento del catalogo. La pubblicazione della nuova versione è stata rinviata al 1° semestre 2018 in quanto sono in corso le gare di acquisizione di alcuni DPI che dovranno essere inseriti in Catalogo.</p>
<p>2. Verifica gestione DPI presso le UUOO dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL (D):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio lettera ai Preposti con "check list verifica DPI/DM" - Settembre 2017 • Elaborazione dati - dicembre 2017 <p>Indicatore: conformità dei DPI/DM presenti rispetto a quanto previsto dal DVR</p> <p>Valore atteso: 100%</p>	<p>Non è stato possibile, per motivi "informatici" effettuare la verifica attraverso l'invio/restituzione on-line della check list che pertanto è stata consegnata direttamente ai Preposti . Nel periodo ottobre-dicembre sono state consegnate n° 65 check list di cui n° 42 sono state restituite compilate al DIPP; sono stati sollecitati i Preposti che ancora non hanno provveduto alla restituzione. In alcune UU.OO. (anatomia Patologica e Microbiologia) con il Preposto sono state rivalutate le attività a rischio e l'adozione dei relativi DPI.</p>

GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA	
<p>1. Garantire l'applicazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria (doc. Nr. 1537) (D)</p>	<p>L'attività di sorveglianza sanitaria è proseguita per entrambe le Aziende in applicazione della relativa procedura per la diversa tipologia di accertamenti sanitari con elaborazione del report semestrale.</p>
<p>2. Aggiornamento Audit documentale relativo ai giudizi di idoneità (D)</p> <p>Compilazione della specifica scheda per ciascun giudizio di idoneità con limitazione/inidoneità permanente</p> <p>Aggiornamento file "idonei con limitazioni/non idonei" (gennaio 2018)</p> <p>Indicatore: n° giudizi/n° schede compilate Valore atteso: 100%</p>	<p>E' stato aggiornato l' Audit documentale relativo ai giudizi di idoneità, sono state compilate le schede per ciascun giudizio di idoneità con limitazione/non idoneità permanente (schede compilate 100%)</p>
<p>3. Revisione entro il 2017 del materiale informativo sui rischi per la salute da consegnare agli Operatori in occasione dell'assunzione ed estendere la consegna agli operatori dell'Az Ospedaliera a partire dal 2018 (D)</p>	<p>Nel mese di dicembre 2017 è stata completata la revisione del materiale informativo sui rischi per la salute da consegnare agli Operatori in occasione dell'assunzione (<i>Dispensa per gli Operatori di nuova assunzione</i>).</p>
<p>4. Monitorare la consuntivazione delle visite revocate (NC) nell'ambito della programmazione dell'ambulatorio (D)</p>	<p>Sono state registrate le visite non eseguite nella data prestabilita e riprogrammate</p>
<p>5. Estendere agli Operatori dell'Az USL l'informativa di contattare il MO Medicina del Lavoro alla cessazione del rapporto di lavoro (D)</p>	<p>Il medico competente ha contattato il Dott. Martelli Luigi (Servizio del Personale), al fine di estendere agli Operatori dell'Az USL l'informativa di contattare il MO Medicina del Lavoro alla cessazione del rapporto di lavoro per trasferimento o pensionamento.</p>

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	
<p>1. Valutazione della performance soggettiva: applicazione scheda di valutazione obiettivo budget (B)</p> <p>a) Valutazione Dirigenti del Dipartimento (B)</p> <p>b) Valutazione Operatori Dipartimento (D)</p>	<p>Sono state compilate le schede di valutazione degli Operatori del Dipartimento</p>
OBIETTIVI DI BUDGET	
<p>1. Procedure di sorveglianza sanitaria sul personale dipendente</p> <p>Aggiornamento procedure, promozione della cultura della prevenzione, riduzione della frequenza delle malattie prevenibili da vaccino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori; • individuare modalità condivise di valutazione dell' idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi; • promuovere la cultura della prevenzione, riduzione della frequenza delle malattie prevenibili da vaccino. <p>Indicatori:</p> <p>1. copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari</p> <p>valore atteso: $\geq 34\%$</p> <p>2. realizzazione modulo formativo malattie infettive</p> <p>valore atteso: almeno uno Scadenza: 31/12/2017</p>	<p>Gli obiettivi di budget sono stati definiti dall'Azienda nel mese di giugno 2017.</p> <p>La procedura interaziendale relativa alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori è stata aggiornata nel 2013 (doc. Nr. 1537 versione 3) e a tutt'oggi rispecchia quanto previsto dall'attuale normativa in materia di tutela della salute dei lavoratori.</p> <p>Il medico competente di entrambe le Aziende ha partecipato nel 2017 agli incontri con i MC delle altre Aziende Sanitarie della Regione per l'individuazione dei contenuti della cartella informatizzata ai fini di arrivare a condividere le modalità di espressione dei giudizi di idoneità alla mansione e di assicurare i relativi flussi informativi.</p> <p>Al fine di promuovere la cultura della prevenzione e la riduzione della frequenza delle malattie prevenibili da vaccino il DIPP ha organizzato in data 5/12/2017 un corso di 4 ore, con la partecipazione di un Infettivologo e di un Igienista esperto in vaccini, per i Coordinatori delle UU.OO. a cui</p>

	<p>hanno partecipato anche gli Operatori dell'UO di Medicina del Lavoro.</p> <p>Non sono ancora disponibili i dati relativi alla copertura vaccinale degli Operatori Sanitari contro l'influenza.</p>
<p>2.Trasparenza e corruzione</p> <p>Misure volte al contenimento dei rischi corruttivi nell'ambito delle aree individuate dal PNA (Piano Nazionale Anticorruzione):</p> <ul style="list-style-type: none"> riscontro entro i termini individuati dal RPC (Responsabile della Prevenzione della Corruzione) del monitoraggio annuale relativo all'applicazione dei principi del Codice di Comportamento e del PTPC (Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione) <p>Indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. adeguare il Codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia; <p>Valore atteso: 100%</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. adeguare il Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni regionali in materia, in occasione della prima scadenza prevista <p>Valore atteso: 100%</p> <p>Scadenza: 31/12/2017</p>	

<p>3.Trasparenza e corruzione</p> <p>Misure volte al contenimento dei rischi corruttivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • riscontro entro i termini individuati dal RPC/RTI (Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità) dei monitoraggi quadrimestrali in materia di trasparenza; • riscontro entro i termini individuati dal RPC/RTI dei monitoraggi semestrali in materia di rispetto dei termini del procedimento (art. 24, co. 2 del D. Lgs 33/13); • aggiornamento della mappatura dei processi a rischio per la sezione di competenza relativamente alle indicazioni del PNA al fine di adeguare il PTPC aziendale <p>Scadenza: 30/11/2017</p>	
<p>4.Tutela della salute degli Operatori sanitari (progetto 1.8 da PAL)</p> <p>A) PREVENZIONE DELLA TUBERCOLOSI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • effettuazione della valutazione del rischio di struttura/reparto e inserimento nel DVR aziendale; • formazione sull'applicazione delle precauzioni standard e da trasmissione specifiche. <p>B) PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE PER VIA EMATICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • formazione e addestramento individuale per l'inserimento progressivo di 	<p>In entrambe le Aziende e' stata effettuata la valutazione del rischio TB di struttura/reparto che è stata inserita nel DVR dell'Azienda USL e verrà inserito nel DVR in corso di aggiornamento dell'Azienda Ospedaliera.</p> <p>In occasione dei corsi di formazione per la Sicurezza sul lavoro e la Tutela della salute dei Lavoratori si è provveduto ad informare gli Operatori sull'applicazione delle precauzione standard e da trasmissione.</p> <p>La formazione e l'addestramento per l'inserimento</p>

<p>dispositivi medici con meccanismo di sicurezza</p> <p>C) MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI DA VACCINO</p> <ul style="list-style-type: none"> screening immunologico degli operatori per Morbillo, Varicella, Rosolia nel caso di nuova assunzione e negli operatori inseriti in ambienti a rischio. <p>Indicatori:</p> <p>a) aggiornamento DVR</p> <p>b) evidenza formazione su applicazione precauzioni e DM con meccanismo di sicurezza</p> <p>c) screening immunologico effettuato su tutti i reparti/servizi a rischio</p> <p>Valore atteso: disponibilità della documentazione entro 31/12/2017</p> <p>Scadenza: 31/12/2017</p>	<p>progressivo dei dispositivi medici protetti vengono effettuati dalle ditte che forniscono il materiale.</p> <p>Lo screening immunologico degli operatori per Morbillo, Varicella, Rosolia già in atto per gli Operatori di nuova assunzione e per quelli inseriti nelle UUOO a maggior rischio (Oncoematologia, Pediatria, Ostetrica, Pronto Soccorso, Rianimazione) è proseguita nel 2017 ed è stato esteso agli Operatori di tutte le UUOO in occasione degli accertamenti sanitari periodici.</p>
<p>5. Rispetto delle scadenze, della tempistica, delle modalità e del formato di tutte le rendicontazioni legate all'assolvimento dei debiti informativi interni ed esterni per tutte le macrostrutture aziendali</p> <p>Rendicontazione coerente con le richieste interne ed esterne, nel rispetto delle modalità e dei tempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> rispetto delle scadenze, della tempistica, delle modalità e del formato di 	

<p>tutte le rendicontazioni, comprese quelle inerenti la trasparenza e l'anticorruzione</p> <p>Indicatore: Aderenza nei tempi e nel formato delle richieste</p> <p>Valore atteso: 100% Scadenza: 31/12/2017</p>	
<p>6.Percorso Attuativo della Certificabilità</p> <p>Redazione e applicazione delle procedure amministrativo contabili e relative istruzioni operative aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • redazione delle procedure amministrativo contabili e i.o; • istituzione di verifiche interne rispetto alla stato di realizzazione del PAC <p>Indicatori: a) redazione delle procedure amministrativo contabili e i.o. rispettando le tempistiche dettate dalla Regione;</p> <p>Valore atteso: pubblicazione delle procedure e delle istruzioni operative su doc.web</p> <p>b) partecipazione alle verifiche interne sullo stato di realizzazione del PAC</p> <p>Valore atteso: 100% Scadenza: 31/12/2017</p>	
<p>7. Aderenza alla programmazione aziendale</p> <p>Aderenza budget negoziato in termini di risorse e attività:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • aderenza budget negoziato in termini di risorse e attività <p>Indicatore: verifiche trimestrali</p> <p>Valore atteso: rispetto budget Scadenza: 31/12/2017</p>	
<p>8. Piano di adeguamento DVR</p> <p>Verifica dell'esecuzione degli adeguamenti previsti per il 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifica dell'esecuzione degli adeguamenti previsti per il 2017 <p>Indicatore: % di adeguamenti completati</p> <p>Valore atteso: ≥ 90% Scadenza: 31/12/2017</p>	
GESTIONE DEL SISTEMA QUALITA'	
<p>1.Comunicazione completa e condivisa degli obiettivi strategici regionali aziendali e dipartimentali per un coinvolgimento degli operatori interessati (B)</p>	<p>Il Direttore ha definito condiviso e comunicato agli Operatori del DIPP gli obiettivi in occasione di specifici incontri i cui verbali sono archiviati presso la Segreteria.</p>
<p>2.Implementazione del Sito con i documenti, anche relativamente alla prevenzione e corruzione (B)</p>	<p>Prosegue l'aggiornamento di quanto già in opera dal 2013</p>
<p>3.Aggiornamento sito Intranet del Dipartimento (D)</p>	<p>Il sito viene puntualmente aggiornato.</p>
<p>4.Corso di formazione per adeguamento del Sistema di Gestione (SG) alla norma ISO 9001:2015 (D)</p>	<p>Si è svolto nel periodo marzo-luglio (n° 7 incontri) ed ha coinvolto tutti gli Operatori del DIPP</p>
<p>5.Analisi dei rischi correlati ai principali processi (D)</p>	<p>L'analisi dei principali e più critici processi di erogazione di prodotti/servizi ha portato all'individuazione/definizione delle</p>

	<p>tipologie di rischi ad essi sottesi, le azioni già sviluppate per presidiarli, il sistema di monitoraggio in uso attraverso controlli specifici o indicatori ed all'individuazione di azioni che possono migliorare i processi. E' stato elaborato un documento "Mappa dei rischi e Iniziative di Prevenzione nei Processi Operativi" che riassume quanto evidenziato.</p>
<p>6.Sviluppo del PAA con analisi del contesto (D) Tempistica 4)-5)-6): aprile-giugno 2017</p>	<p>L'analisi del contesto dell'organizzazione è stata inserita nel PAA vers. 3 del 20/06/2017.</p>

Visite Ispettive Interne

In data 11/01/2017 è stata fatta la pianificazione delle visite e sottoposta alla firma del Responsabile Aziendale Qualità (Dott. Sessa).

Risultati:

1. Verifica ispettiva del 15 maggio 2017 "Processo di gestione degli Infortuni Professionali": è emersa la mancata verifica (sopralluogo) da parte del SPP degli interventi messi in atto per risolvere la criticità che ha determinato l'infortunio, pertanto è stata aperta una NC (n° 16/2017)

2. Verifica ispettiva del 7 giugno 2017 " Processo di gestione della Valutazione dei Rischi: non sono emerse NC nella valutazione di applicazione della procedura

3. Verifica ispettiva del 16 giugno 2017 "Verifica degli Elementi di Sistema":

Elementi di Ingresso del Riesame 2016:

- la verbalizzazione non sempre da evidenza degli elementi controllati e dei relativi risultati;
- all'interno del riesame non è registrata una valutazione in merito a reclami e suggerimenti
- nel riesame non vi è evidenza della valutazione periodica dei fornitori

Elementi di Uscita (PAA e altri documenti):

- è opportuno inserire una premessa al PAA in cui dare evidenza degli elementi di contesto che condizionano gli obiettivi e le azioni

Miglioramento/Azioni Correttive

- Azione Correttiva N°15/2015 = Aperta (chiusura rinviata a dicembre 2017: a settembre 2017 previsto incontro con i RUP)
- Azione Correttiva N° 16/2017= Aperta

Valutazione Fornitori

Nel corso del 2017 non sono emerse NC relativamente ai fornitori del DIPP pertanto la valutazione è positiva e l'elenco dei fornitori rimane confermato.

Reclami e Suggerimenti

Nel corso del 2017 non sono pervenuti al DIPP reclami/suggerimenti: l'apposito modulo è a disposizione di tutti gli Operatori Aziendali in quanto pubblicato nel sito Intranet di entrambe le Aziende (MOD-011-INTER)

Redatto da

Dott.ssa Paola De Paris

Il Direttore del Dipartimento

Dott. Marco Nardini