# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 1

## ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

# CRITERIO: 1

# ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.1
## Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

| | |
|---|---|
| ***EVIDENZA: 1.1.1*** | ***Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie*** |
| ***EVIDENZA 1.1.2*** | ***Presenza del Piano Annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto*** |
| ***EVIDENZA 1.1.3*** | ***Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali*** |

## REQUISITO: 1.2
## Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

| | |
|---|---|
| ***EVIDENZA 1.2.1*** | ***1 L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di pianificazione per lo sviluppo delle seguenti reti:***<br>***a) reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);***<br>***b) reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale;***<br>***c) reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";***<br>***d) programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.*** |

## REQUISITO: 1.3
## Definizione delle responsabilità

***EVIDENZA 1.3.1*** ***Presenza nella struttura sanitaria di documenti che:***
***a. descrivono i processi;***
***b. individuano le relative responsabilità clinico-organizzative;***
***c. indicano i criteri per la valutazione dei dirigenti;***
***d. definiscono le modalità di eventuale e/o periodica rivalutazione dell'organizzazione e delle responsabilità;***
***e. rendono nota all'intera organizzazione la struttura di governo.***

## REQUISITO: 1.4
## Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

***EVIDENZA 1.4.1*** ***La Direzione ha definito e approvato un documento in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, che dovrebbero:***
***a. consentire la tracciatura dei dati sanitari e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello);***
***b. supportare le attività di pianificazione e controllo;***
***c. consentire di onorare il debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS);***
***d. garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati;***
***e. garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste d'attesa;***
***f. informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie***

***EVIDENZA 1.4.2*** ***Formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne***

## REQUISITO: 1.5
## Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

***EVIDENZA 1.5.1*** ***Presenza di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione degli esiti (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che include:***
***a. la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo;***
***b. relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti). Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinica, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita (DM 70 Allegato 1 – 5.3. Standard***

| | |
|---|---|
| | ***per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)*** |
| ***EVIDENZA 1.5.2*** | ***Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi*** |
| ***EVIDENZA 1.5.3*** | ***Definizione di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti (quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review) (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)*** |
| ***EVIDENZA 1.5.4*** | ***Definizione delle modalità di partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione*** |

# REQUISITO: 1.6
# Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

| | |
|---|---|
| ***EVIDENZA 1.6.1*** | ***Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento*** |
| ***EVIDENZA 1.6.2*** | ***Procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini*** |
| ***EVIDENZA 1.6.3*** | ***Modalità di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)*** |

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

***EVIDENZA 1.1.3*** ***Presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali***

## DOCUMENTO PROGRAMMATICO DI VERIFICA GENERALE

La Casa di Cura ha predisposto adeguate procedure di verifica e riscontro dell'attuazione sia del Piano Strategico sia del Piano Annuale, con lo scopo di acquisire costantemente consapevolezza del grado di perseguimento sia degli obiettivi di lungo periodo che di quelli di breve periodo o annuali, dei quali è stata data ampia diffusione nella Struttura onde porre tutti gli operatori nella condizione di offrire il proprio massimo apporto nella realizzazione degli stessi.
Questo consentirà alla Direzione, valutate le mutevoli situazioni, di riconsiderare la collocazione delle risorse per garantire sempre la qualità dei servizi offerti all'utente.

## PROCEDURE VERIFICHE ISPETTIVE

### 1. SCOPO

Questo documento descrive le modalità di esecuzione delle verifiche ispettive interne per verificare la corretta applicazione e l'efficacia delle prescrizioni adottate e le modalità di registrazione ed utilizzazione degli esiti.

### 2. APPLICABILITÀ

Questa procedura si applica alle verifiche ispettive riguardanti tutte le attività prescritte e regolate dai documenti del Sistema di gestione aziendale utilizzati dall'Azienda.

### 3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità di programmare e gestire le verifiche ispettive è del Responsabile Gestione Qualità su incarico della Direzione Generale
La responsabilità per l'addestramento affinché le verifiche ispettive interne sono svolte da personale addestrato e qualificato per la conduzione degli Audit è della Direzione.

### 4. VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE

Le verifiche ispettive interne sono uno strumento aziendale per valutare che gli elementi del Sistema Gestione aziendale vengano osservati, affinché il Sistema stesso continui a soddisfare i requisiti specificati dall'Accreditamento Regionale.

Esse danno inoltre evidenza oggettiva della necessità di ridurre, eliminare e, soprattutto, prevenire le non conformità.
Le verifiche ispettive interne adottate dalla Casa di Cura possono essere:

- programmate per Funzioni Aziendali, opportunamente pianificate ed effettuate annualmente per ogni punto della norma;
- richieste dalla Direzione;
- richieste dal RGQ per verificare l'efficacia di un'azione correttiva adottata in merito ad una non conformità.

Le verifiche interne devono essere effettuate dal RGQ o da altro personale da esso delegato (gruppo di verifica) con adeguata competenza a fronte della presente procedura, ma senza diretta responsabilità nell'attività soggetta a verifica.

Per ciascuna verifica ispettiva, il RGQ o il Responsabile del gruppo di verifica ha il compito di :

- effettuare la scelta dell'eventuale valutatore aggiunto
- predisporre il modulo *Preavviso di Verifica Ispettiva Interna* e trasmetterlo al Responsabile della Funzione Aziendale da ispezionare, almeno sette giorni prima della data programmata.

In occasione delle verifiche, il Responsabile della Funzione Aziendale in oggetto ha il compito di:

- informare i collaboratori in merito agli obbiettivi ed all'estensione della verifica ispettiva
- assegnare ai collaboratori, mediante indicazioni verbali, il compito di seguire i componenti del gruppo di verifica
- fornire tutte le risorse necessarie al gruppo di verifica per assicurare uno svolgimento efficace ed efficiente della verifica ispettiva

I risultati delle verifiche ispettive devono essere comunicati al Responsabile della funzione ispezionata ed alla Direzione; i documenti compilati durante l'ispezione vengono conservati dal RGQ.

**4.1 Programma annuale delle verifiche**

Ogni Funzione interna all'azienda viene sottoposta a verifica con periodicità diversificata in rapporto allo stato ed importanza della attività oggetto di verifica.

Il RGQ deve pianificare le verifiche ispettive interne del Sistema Gestione Qualità secondo un programma concordato con la Direzione o da sottoporre all'approvazione della Direzione preparato mediante la compilazione e/o l'aggiornamento del *Programma delle verifiche ispettive interne* che preveda come obiettivi minimi:

| | |
|---|---|
| Verifica Amministrazione | 1 visita ad anno |
| Verifica Segreteria | 1 visita ad anno |
| Verifica Ufficio Acquisti | 1 visita ad anno |
| Verifica UDD Reparti | 1 visita ad anno |
| Verifica Ambulatori e Servizi | 1 visita ad anno |
| Verifiche Igienico-Sanitarie di tutta la struttura | 3 visite ad anno |

Ulteriori verifiche non programmate possono essere eseguite a discrezione del RGQ con approvazione della DIG quando, per l'entità dei problemi qualitativi riscontrati, si ritenga necessario verificare lo "stato" del Sistema Gestione , soprattutto in caso in cui:

- si sospetti l'esistenza di condizioni pregiudizievoli e di entità tale da richiedere una loro tempestiva individuazione e risoluzione;

- sia richiesto un supplemento di verifica conseguente all'esecuzione o l'attuazione delle azioni correttive o preventive definite.

Il gruppo di Audit non deve avere alcuna diretta responsabilità nell'esecuzione delle attività soggette a verifica ma deve risultare qualificato per tale compito.

## 4.2 Modalità operative

### 4.2.1 Preparazione

Il Responsabile del gruppo di Audit (RGA) definisce la composizione del gruppo di verifica individuando le persone che devono affiancarlo nello svolgimento delle diverse fasi dell'Audit.

Il gruppo di verifica, sotto la guida del RGA, redige un piano documentato per la conduzione dell'Audit. Tale piano comprende:

- aree sottoposte a verifica;
- documenti di riferimento (norme, procedure o altri documenti Sistema Gestione Aziendale, ecc.);
- check list predisposte ad hoc;
- programma di massima della verifica (anche temporale);
- altre indicazioni ritenute opportune.

### 4.2.2 Esecuzione

Prima di iniziare la verifica, il gruppo si riunisce con i responsabili dei reparti o servizi sottoposti a verifica, per illustrare lo scopo della stessa, definire gli interlocutori e concordare il programma, anche temporale, delle fasi di verifica.

Le fasi di verifica si svolgono prendendo a riferimento le check list predisposte in fase di preparazione. Tali liste costituiscono dei promemoria per i membri del gruppo, ma non limitano l'estensione della verifica, che può essere variata a discrezione di coloro che la conducono.

Nel corso della verifica ispettiva il RGQ e/o il gruppo di verifica esamina:

- l'uso adeguato della modulistica utilizzata;
- l'applicazione delle procedure specifiche;
- l'applicazione di azioni correttive eventualmente concordate in periodi precedenti.

In occasione di queste verifiche il RGQ discute con i responsabili di funzione le possibilità di miglioramento e/o semplificazione del sistema qualità esaminandone in dettaglio:

- le motivazioni dell'applicazione
- le modalità operative
- i problemi di interfaccia con le altre funzioni
- i benefici ottenibili
- i problemi irrisolti

Nell'effettuazione della verifica ispettiva è necessario:

- agire con obiettività e nei limiti per quanto descritto nel Sistema di Accreditamento (Manuale di Accreditamento e Procedure Operative);
- valutare se le procedure che descrivono ed i documenti che registrano e supportano gli elementi richiesti dal Sistema sono conosciuti, disponibili, compresi ed utilizzati dal personale della Funzione Aziendale oggetto della valutazione;
- valutare se i documenti e altre informazioni usati sono tutti adeguati per conseguire gli obiettivi di qualità stabiliti.

Le evidenze devono essere raccolte mediante:

- interviste;
- esame della documentazione relativa alle attività per valutarne l'adeguatezza;
- osservazione delle attività nelle aree di interesse secondo quanto descritto nel Sistema di Accreditamento Istituzionale (Manuale di Accreditamento e Procedure Operative).

L'attività di verifica viene svolta utilizzando una *Lista di riscontro* appropriato all'attività che si intende esaminare e le risultanze vengono annotate sul modulo *Rapporto di Audit* registrando almeno:

- il nome dalla funzione ispezionata;
- la data dell'ispezione;
- i risultati dell'ispezione;
- le eventuali azioni correttive concordate con il responsabile della funzione;
- la data entro cui verificare i risultati dell'azione correttiva.

Il *Rapporto di Audit* viene successivamente inoltrato al responsabile della funzione ispezionata ed alla Direzione Generale.

Il Responsabile della Funzione Aziendale oggetto di valutazione ha il compito di:

- fornire gli elementi di oggettiva evidenza secondo quanto richiesto dai valutatori, collaborando con gli stessi al raggiungimento degli obbiettivi della verifica ispettiva;
- collaborare nell'individuazione delle azioni correttive necessarie per rimuovere le non conformità riscontrate.

Ultimata la verifica, tutte le non conformità riscontrate vengono discusse con il responsabile della funzione oggetto dell'Audit, allo scopo di decidere e concordare l'intervento correttivo.
In caso di controversia, la questione viene demandata alla DIG.

Il Responsabile della Funzione Aziendale verificata ha la responsabilità di attuare le azioni correttive necessarie per risolvere le anomalie emerse rimuovendo le cause entro un periodo di tempo concordato con il Responsabile del gruppo di verifica.

La necessaria azione correttiva viene intrapresa tempestivamente ed attuata entro il periodo di tempo specificato/concordato. Successivamente alla data di completamento dell'azione correttiva il responsabile della verifica (RGQ) deve programmare ed effettuare una visita di controllo allo scopo di accertarsi che l'azione correttiva stabilita sia stata portata a termine come previsto.

Il Responsabile del gruppo di verifica tiene informata la DIG sullo stato di attuazione delle azioni correttive e sulle successive verifiche.
Per accertare l'attuazione delle azioni correttive, il gruppo di verifica opera secondo le modalità simili a quelle seguite per la verifica originale.

Il RGQ raccoglie in un unico dossier i risultati delle verifiche ispettive di sistema, ossia i *Rapporti di Audit* e le *Liste di riscontro per verifica ispettiva* e li sottopone alla Direzione nel corso dei Riesami, affinché si prenda atto dell'andamento qualitativo delle varie realtà aziendali e, se necessario, si richiedano interventi correttivi.

## 5. VISITE ISPETTIVE DEL COMMITTENTE

In particolari occasioni possono essere effettuate visite ispettive all'azienda finalizzate a valutare eventuali miglioramenti al Sistema Gestione aziendale da parte di ispettori esterni inviati dalla ASL o dall'Assessorato alla Salute Regione Puglia. In tal caso il RGQ ha il compito di assistere gli ispettori esterni, di informare la Direzione, far pervenire allo stesso le eventuali richieste di azioni correttive e verificarne la loro attuazione.

## 6. RISULTATI DELLE VERIFICHE ISPETTIVE

I dati raccolti da RGQ nel corso delle verifiche consistono prevalentemente in:

- rilevazioni di carenze;
- rilevazioni di non conformità;
- rilevazioni di progressi o esiti di azioni correttive;
- rilevazioni di esigenze di modifiche al Sistema Gestione Aziendale;

Sulla base di tali rilevazioni il RGQ elabora delle possibili soluzioni quali:

- avvio di nuove azioni correttive per ripristinare procedure disattese;
- promozione di modifiche alle procedure della Funzione e/o al Sistema Gestione Aziendale.

Nel primo caso RGQ discute col responsabile della funzione interessata:

- le possibilità di applicazione;
- le modalità di applicazione;
- la data di verifica dell'applicazione;

Nel secondo caso, a mezzo di comunicazione interna informa la Direzione in merito a:

- opportunità delle modifiche richieste/proposte;
- problemi di interfaccia con le altre funzioni;
- benefici attesi.

## 7. RIUNIONE DI REVISIONE

In occasione della riunione periodica annuale per la stesura del Documento di Verifica Generale, o quando si ritenga necessario revisionare o riesaminare il Sistema, il RGQ sottopone alla Direzione:

- gli esiti delle visite ispettive dell'ultimo periodo;
- i documenti di non conformità dell'ultimo periodo;
- eventuali reclami di committenti;
- le informazioni di ritorno relative a tali documenti;
- le sue proposte di modifiche alle procedure o al Sistema;
- opportunità delle modifiche richieste/proposte;
- problemi di interfaccia con le altre funzioni;
- benefici attesi.

La Direzione basandosi su tali documenti e sentiti, eventualmente, i responsabili delle funzioni decide se modificare il Sistema Gestione Aziendale.
Il RGQ si adegua alle decisioni prese nel Documento di Verifica Generale e ne da comunicazione alle funzioni interessate delle decisioni prese.

I Rapporti delle Verifiche Ispettive vengono conservati dal RGQ in accordo con la DG.

**RAPPORTO DI AUDIT**

| Funzione verificata |
|---|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

| Data verifica |
|---|
| _____ |

| Firma dei verificatori | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**SCHEDA IMPLEMENTAZIONE VERIFICA**

| Funzione da verificare |
|---|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

| Componenti Gruppo di Verifica | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Periodicità della visita |
|---|
| |
| |

| Data verifica |
|---|
| |
| |

**ELENCO INDICATORI**

**1. INDICATORI DI STRUTTURA – DOMANDA E ACCESSIBILITA'**

$$\frac{\text{N° Posti Letto Totali}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O. di Neuroriabilitazione (cod. 75)}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O di Psichiatria}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° dimessi residenti A.S.L.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{N° dimessi extra A.S.L.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{N° dimessi} \geq 65 \text{ U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

**2. INDICATORI DI STRUTTURA – GESTIONALI-AMMINISTRATIVI**

$$\frac{\text{N° Medici}}{\text{N° posti letto totali}} \times 100$$

$$\frac{\text{N° Infermieri}}{\text{N° posti letto totali}} \times 100$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di Neuroriabilitazione (cod. 75)}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di Psichiatria}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

Costo medio Personale Medico per U.D.D. /anno

Costo medio Personale Infermieristico per U.D.D. /anno

$$\frac{\text{Costo medio Personale Medico per U.D.D.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo medio Personale Infermieristico}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo medio Altro Personale}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo farmaci ed emoderivati}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Servizio Lavanderia}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Servizio Cucina}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo “Medical Devices”}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Consulenze Mediche}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Prestazioni esterne}}{\text{N° dimessi totali}}\text{/anno}$$

**3. INDICATORI DI RISULTATO – OUTPUT**

N° Dimessi Totali /anno

Indice di occupazione per U.D.D. /anno

Indice di occupazione totale/anno

Indice di rotazione per U.D.D./anno

Indice di rotazione totale/anno

Degenza media per U.D.D./anno

Degenza media totale anno

Presenza media giornaliera per U.D.D./anno

Presenza media giornaliera totale/anno

Intervallo di turnover per U.D.D./anno

Intervallo di turnover totale/anno

Peso medio D.R.G relativo per U.D.D./anno

$$\frac{\text{\% D.R.G. con peso} \geq 1{,}2 \text{ per U.D.D.}}{\text{N° dimessi U.D.D.}}\text{/anno}$$

$$\frac{\text{\% D.R.G. con peso} \geq 1{,}2 \text{ per U.D.D.}}{\text{N° dimessi totali}}\text{/anno}$$

N° ore Totali Formazione ECM-accreditata/anno

$$\frac{\text{N° crediti ECM ottenuti}}{\text{N° crediti ECM obbligatori}}\text{/anno}$$

N° ore Totali Formazione NON ECM-accreditata/anno

N° ore formazione ECM
_____ /anno
N° Operatori Totali ECM obbligati

N° ore formazione non ECM
_____ /anno
N° Operatori Totali non ECM obbligati

N° ore Totali Formazione Aziendale
_____ /anno
N° Operatori Totali Azienda

**4. INDICATORI DI ESITO – OUTCOME**

N° Totale deceduti
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° Totale deceduti per U.D.D.
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti > 1 ricovero
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti > 1 ricovero per U.D.D.
_____ /anno
N° Dimessi Totali per U.D.D.

N° pazienti deceduti entro 30 ore dal ricovero
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti deceduti entro 30 ore dal ricovero per U.D.D.
_____ /anno
N° Dimessi Totali per U.D.D.

N° segnalazione in sede SDO "Piaghe da decubito"
_____ x anno
N° Dimessi Totali

N° segnalazione in sede SDO "Infezione vie urinarie"
_____ x anno
N° Dimessi Totali

N° segnalazione di "reazioni avverse da farmaci e/o m.d.c."
x anno
N° Dimessi Totali

**5. INDICATORI AMBULATORIALI**

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurologia
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurofisiopatologia
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Psichiatria
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurologia in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Neurologia

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurofisiopatologia in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Neurofisiopatologia

N° Prestazioni ambulatoriali di Psichiatria in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Psichiatria

N° Prestazioni ambulatoriali di Radiodiagnostica in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Radiodiagnostica

N° Prestazioni ambulatoriali in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni TAC
x anno
N° Prestazioni totali di radiodiagnsotica

N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa < 30 gg
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa 30/60 gg}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa > 60 gg}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

**Elenco indicatori per Infezioni Ospedaliere**

- Tasso casi di Iperpiressia/N° ricoveri (semestrale - annuo)
- Tasso infezioni urinarie/N° ricoveri (semestrale - annuo)
- Tasso polmoniti nosocomiali/N° ricoveri (semestrale - annuo)
- Tasso adesione procedure sanificanti/protocollo relativo (semestrale - annuo)
- Tassi utilizzo antibiotici/N° ricoveri (semestrale - annuo)
- Tassi infortuni a rischio biologico per gli operatori (semestrale - annuo)

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

***EVIDENZA: 1.1.1*** ***Presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie***

Esiste il Piano Strategico contenente obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie, che viene di seguito riportato.

Il Piano Strategico è elaborato dalla Direzione della Casa di Cura, nell'esercizio della sua globale responsabilità – ex Reg. Reg. n.ro 3/2005 e s.m.i., degli atti statutari e delle altre fonti normative nazionali e regionali – e in dettaglio specificante nel MANUALE DI ACCREDITAMNETO Rev . 1 – Gennaio 2020 nelle pagg. da n.ro 4 a n.ro 10.

Il seguente Documento "Piano Strategico" (Evidenza 1.1.1) è approvato da competente organo statutario della Casa di Cura con criteri e metodologie indicati ai punti 1.3 e 1.4 (Documentazione del Coordinamento e Documentazione delle Verifiche sugli obiettivi) del citato MANUALE DI ACCREDITAMENTO alle pagg. da n.ro 21 a n.ro 22.

***EVIDENZA 1.1.1*** – PIANO STRATEGICO

Le politiche complessive dell'azienda sono in via generale orientate al consolidamento del prestigio conseguito nel campo dei trattamenti neuropsichiatrici e, in particolare, ed in via prioritaria, allo sviluppo delle attività nel settore riabilitativo ad alta specializzazione in favore dei soggetti con gravi esiti da cerebrolesioni acquisite.
Nel rispetto dei vincoli e delle opportunità posti dal quadro normativo e programmatico e, in particolare, della rispondenza sia agli obiettivi sanitari di appropriatezza e di qualità, cha a quelli economico finanziari ed organizzativi previsti dalla programmazione nazionale e regionale per il conseguimento degli obiettivi di salute prefissati, la Casa di Cura persegue i seguenti obiettivi specifici:

- sviluppare la capacità di collegarsi ed interagire con l'ambiente esterno per promuovere e diffondere sempre più la conoscenza del potenziale e delle caratteristiche produttive delle prestazioni sanitarie erogate ed agevolarne la diffusione;
- porre le esigenze dell'utenza sempre al centro di ogni decisione;
- potenziare e qualificare la capacità di interpretare il bisogno di salute e le necessità assistenziali delle persone assistite;
- promuovere e garantire la continuità dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- dotarsi di sistemi di gestione in grado di potenziare la funzione direzionale;
- investire adeguatamente sia sul patrimonio di conoscenza e competenza professionale della Casa di Cura che nell'innovazione tecnologica e strutturale;
- promuovere forme di collaborazione con enti, organismi ed aziende sanitarie pubbliche e private per fini di integrazione di servizi ed ottimizzazione delle risorse.

Coerentemente con gli obiettivi specifici sopraindicati la Direzione ha disposto:

A) un **Piano Strategico** per il triennio 2020-2022 contenente obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni;
B) un **Piano Annuale** (cfr. Ev. 1.1.2) delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto.

Con il Piano Strategico la Casa di Cura intende fissare e diffondere soprattutto gli obiettivi aziendali di lungo periodo o triennali, affinché tutti, nell'ambito delle proprie responsabilità, siano chiamati a fornire il proprio contributo per il raggiungimento degli stessi.
Gli obiettivi, sia di gestione che di miglioramento, definiti in questo documento, risultano sempre essere:

- coerenti con la politica e la "Mission" della Casa di Cura:
- misurabili;
- comprensivi dell'impegno al miglioramento continuativo;
- stabiliti per il coinvolgimento di tutta l'organizzazione.

Dopo una prima fase di operatività della Struttura Sanitaria in regime di autorizzazione provvisoria, durata sostanzialmente fino agli anni 2006-2007, la Casa di Cura – a seguito della realizzazione di importanti lavori e progetti aziendali per l'adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi così come previsti dal D.P.R. 1 gennaio 1997, dalla Legge Regionale 20 maggio 2004, n.ro 8 e s.m.i., e dal Regolamento Regionale 13 gennaio 205, n.ro 3 e s.m.i. – ha ottenuto, nel mese di dicembre dell'anno 2011, l'accreditamento istituzionale per tutti i posti letto precedentemente autorizzati e perfettamente in esercizio presso la Struttura. Ciò ha consentito alla Casa di Cura di entrare a pieno titolo nel circuito degli accordi contrattuali per l'acquisto dei prestazioni sanitare ambulatoriali ed in regime di ricovero a ciclo continuo da parte della ASL di Lecce, negoziando con questa, annualmente, volumi di attività e tetti di spesa in conformità ai criteri generali e disposizioni in merito nel tempo emanate dalla Regione Puglia. Sono stati anni di intensa attività, caratterizzati da pregevoli performances dei reparti che hanno determinato l'affermarsi ed il consolidamento della Struttura in tutto il territorio regionale, e con significativi investimenti, per potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico nel campo delle attrezzature sanitarie, e cospicui interventi nel settore delle manutenzioni e degli impianti tecnici.
Recentissimamente, inoltre, è stata impiantata e collaudata una nuova apparecchiatura T.A.C. che consente l'esecuzione di tutte le tipologie di indagini potenzialmente necessarie per le necessità diagnostiche riferibili alla specificità dei reparti di degenza presenti nella Struttura.
Ora si è ad un punto di svolta. I reparti sono saturi; la domanda espressa e non immediatamente soddisfatta è sempre considerevole, avuto soprattutto riguardo alla criticità dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni.
Ci si pone, quindi, un primo (e certamente il più importante) obiettivo di lungo periodo, che è quello di un ampliamento della Struttura, nei limiti del consentito, che consenta:

a) da un lato, un leggero aumento dei posti letto nei Reparti di Terapia Intensiva G.C.A. e di Neuroriabilitazione cod. 75 allo scopo di corrispondere, almeno parzialmente, alla accresciuta ed insoddisfatta domanda;
b) dall'altro, la realizzazione di un adeguato numero di posti letto di "Riabilitazione Neurologica cod. 56", a carattere estensivo, nonché un giusto numero di altri posti letto dedicati ad una "Speciale Unità di Accoglienza e Permanenza degli Stati Vegetativi (che rappresenta oggi una autentica criticità sociale) e realizzare in tal modo il completamento della filiera nei trattamenti delle gravi cerebrolesioni, coprendo tutto l'arco dei fabbisogni, dai precocissimi trattamenti già in sede di terapia intensiva all'accoglienza di pazienti in stato vegetativo persistente.

Tutto ciò richiede una particolare interlocuzione con la Regione Puglia alla quale in definitiva competono, in via esclusiva, le determinazioni finali in termini di realizzabilità, in coerenza con le linee di programmazione sanitaria attuali e future.

Un secondo importante obiettivo di lungo periodo che la Casa di Cura si pone è quello dell'acquisizione di una avanzatissima tecnologia sanitaria (Lokomat, esoscheletri di ultima generazione, ecc.) in grado di agevolare la maggiore possibile mobilità dei pazienti, unitamente alle ultime tecnologie disponibili che consentono la comunicazione ottica tra pazienti, operatori e familiari che costituirebbe un importante traguardo nei processi di cura, e nella qualità di vita degli ammalati.

Sul piano strutturale, infine, si pongono gli obiettivi:

a) di realizzare un completo impianto per la produzione di energia elettrica da "fotovoltaico" utilizzando tutte le superfici disponibili;
b) una riconsiderazione generale di tutti gli impianti tecnologici in connessione con i lavori di impiantistica da realizzare nel contesto del programmato intervento di ampliamento della struttura;
c) la digitalizzazione completa di tutta la struttura sanitaria e dei processi gestionali e produttivi.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

***EVIDENZA 1.1.2*** ***Presenza del Piano Annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto***

Esiste il Piano Annuale 2020 delle attività elaborato dalla Direzione della Casa di Cura (in conformità al punto A.01.01.05 del Reg. Reg. n.ro 3/2005 e s.m.i. "Piano di Lavoro della Direzione") nell'esercizio della sua globale responsabilità – ex Reg. Reg. n.ro 3/2005 e s.m.i., degli atti statutari e delle altre fonti normative – come in dettaglio specificato nella premesse al Documento 1.1.1 – Piano Strategico, e che viene di seguito riportato.

Il Documento "Piano Annuale" (Evidenza 1.1.2) è approvato dal competente organo statutario della Casa di Cura con criteri e metodologie indicati ai punti 1.3 e 1.4 (Documentazione del Coordinamento e Documentazione delle Verifiche sugli obiettivi) del MANUALE DI ACCREDITAMENTO Rev. 1 - Gennaio 2020 nelle pagine da n.ro 21 a n.ro 22.

***EVIDENZA 1.1.2* Piano Annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto**

La Casa di Cura, nel suo impegno costante verso un continuo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, delle tecnologie disponibili, della qualificazione delle risorse umane, e dei sistemi gestionali volti ad accrescere i livelli globali di efficienza della Struttura con il fine di preservarne l'esistenza, favorirne lo sviluppo, e garantirne i livelli occupazionali intende perseguire, nel corso dell'anno 2020, i sottoelencati obiettivi, per ciascuna Articolazione Organizzativa, sia di assistenza sanitaria che di supporto in cui si è strutturata la Casa di Cura.
Le caratteristiche strutturali e di funzionamento delle singole articolazioni sono distintamente e dettagliatamente esplicitare nel Volume "MANUALE DI ACCREDITAMENTO" – Rev. 01-01/2020 – Capitolo 2° - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA elaborato in base alle prescrizioni contenute nel Regolamento Regionale 3/2005 e 3/2010:

**A) <u>Unità Operativa di Terapia Intensiva G.C.A.</u>**

- Avanzamento del programma di graduale sostituzione dei letti di degenza esistenti con ulteriore acquisto di modernissimi letti a comandi elettronici modello Progressa Pulmonary per la migliore mobilizzazione possibile dei pazienti con il fine di impedirne sempre di più l'insorgenza di piaghe da decubito;
- ulteriore potenziamento ed ammodernamento tecnologico nella dotazione strutturale di monitors multiparametrici e di ventilatori polmonari;
- mantenimento, se non ulteriore miglioramento, del tasso di occupazione dei posti letto che si è attestato, nel corso del 2019, al 99,67%.

**B) <u>Unità Operativa di Neuroriabilitazione cod. 75</u>**

- Avanzamento dello stesso programma di graduale sostituzione dei letti di degenza come per la U.O. di T.I.G.C.A.;
- ulteriore lieve incremento del tasso di occupazione dei posti letto (nel 2019 si è attestato al 99,53%) per allinearlo a quello del reparto di T.I.G.C.A.

**C) <u>Unità Operativa di Psichiatria</u>**

- Obiettivo dell'anno 2020 è quello di accrescere, ferma rimanendo la durata media della degenza, il tasso di occupazione dei posti letto (nel corso del 2019 si è attestato al 94,50%) elevandolo al 99%. Per questo occorre incrementare il numero dei casi ricovero e quello delle dimissioni portandoli almeno ai livelli registrati nell'anno 2018;
- in modo specifico per i pazienti degenti nel reparto di Psichiatria si pone l'obiettivo di realizzare a breve termine un sistema (il più adeguato e perseguibile) per azzerare, o ridurre al massimo possibile, il rischio di cadute.

**D) <u>Attività specialistica ambulatoriale</u>**

- Per l'espletamento dell'attività specialistica ambulatoriale vanno tenute distinte quella svolta in favore di assistiti del S.S.N. da quella svolta in favore di paganti in proprio. Per la prima esiste il problema di un eccesso di domanda rispetto ai tetti di spesa assegnati che determinano in alcuni periodi delle sfasature nei tempi di esecuzione soprattutto per le prestazioni di neurofisiopatologia. Riguardo al secondo tipo di attività, occorre predisporre programmi di incremento nel numero delle prestazioni annuali, almeno dell'ordine del 20%, rispetto al dato del 2019, più che possibile avuto riguardo al livello delle risorse, sia umane che tecnologiche, impiegate nel settore.

  Si stabiliscono, in ogni caso, i seguenti tendenziali tempi di attesa:
  - Per l'Ambulatorio di Neurologia: gg 15/30;
  - Per l'Ambulatorio di Psichiatria: gg 3/7;
  - Per l'Ambulatorio di Neurofisiopatologia: gg 15/60.

  L'attività specialistica ambulatoriale per la quale si pone l'obiettivo dell'incremento percentuale sopraindicato riguarda soprattutto le sottoelencate prestazioni:
  - Elettromiografie;
  - Elettroencefalogrammi;
  - Potenziali evocati visivi;
  - Visite mediche di psichiatria.

Per tutte le attività di assistenza in regime di ricovero si dovrà continuare a garantire sempre i massimi livelli di appropriatezza delle prestazioni, nel rispetto dei criteri di eleggibilità dei pazienti stabiliti dalle norme e dai protocolli vigenti. Livelli elevati di qualità, sulla base di Indicatori definiti, dovranno essere garantiti per tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle ambulatoriali.
Accanto alla procedura per la riduzione delle liste di attesa, già implementata ed operativa, l'Amministrazione intende aggiornare la Carta dei Servizi a mezzo dell'Ufficio Gestione della Qualità, ed incentivare la compilazione del questionario di gradimento da parte degli utenti esterni degli ambulatori e di quelli dei reparti di degenza, la successiva analisi degli stessi e la rilevazione statistica dei dati emersi.
Verrà infine dedicata grande attenzione all'accrescimento dei livelli di umanizzazione in tutti i suoi aspetti.
La responsabilità del raggiungimento dei suddetti specifici obiettivi è affidata alla Direzione Generale in collaborazione con la Direzione Sanitaria ed i Responsabili di

Reparto/Ambulatori/Settori, mentre l'attività di monitoraggio delle singole attività lavorative prese in considerazione verrà effettuata dagli addetti alle diverse funzioni sotto la sorveglianza dei responsabili competenti.

Per quanto riguarda le **ATTIVITA' DI SUPPORTO** si evidenziano i seguenti principali obiettivi:

A) SERVIZIO FARMACEUTICO

In continuazione con i risultati già raggiunti occorre tendere ad una ulteriore qualificazione delle spesa farmaceutica, ottimizzando la gestione attraverso una responsabile ed oculata formulazione del prontuario farmaceutico, con il fine di ridurre ancora la spesa globale, o, se impossibile, di fissarla almeno ai livelli del 2019.
Similmente si dovrà operare nel campo dei presidi medico-chirurgici ed in quello dei beni economali e di consumo.

B) SERVIZIO DI RADIOLOGIA

Dopo la recentissima completa ristrutturazione del reparto (con acquisto anche di nuova apparecchiatura TAC ed Ecografia) occorre perseguire, da un lato, l'obiettivo di essere permanentemente autosufficienti per l'erogazione di tutte le prestazioni radiologiche ordinariamente prevedibili avuto riguardo alla competenza nosologica della Casa di Cura ed alla tipologia dei pazienti ricoverati nei suoi reparti.
Dall'altro si deve perseguire l'ottenimento, a breve, dell'Autorizzazione all'Esercizio da parte dei competenti organi, onde potersi aprire, nei limiti del consentito ed in conformità alle statuizioni in merito emanate dalla Regione Puglia, ad attività in favore di pazienti esterni.

C) SERVIZIO ECONOMALE E SERVIZI TECNICI

L'obiettivo principale è quello di garantire la tempestività degli approvvigionamenti di tutti i beni economali e generi di largo consumo necessari per il buon funzionamento di tutti i Servizi della Casa di Cura (Reparti di degenza, Ambulatori, Servizi di supporto, ristorazione, pulizie, trasporti, ecc.). Come per il passato, nelle procedure di acquisizione dei beni e servizi sarà sempre seguita la regola della ricerca del miglior rapporto qualità/prezzo, sì da ottimizzare le risorse finanziarie allo scopo impiegate, e non far lievitare la spesa consolidata a parità di prestazioni e servizi erogati.

D) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Obiettivo della Casa di Cura non è quello di conseguire tout-court risparmi sulla spesa per il personale che, al limite, potrebbero tradursi anche in una diminuzione dei livelli di qualità dell'assistenza. Ciò nondimeno, occorre tendere al maggior grado possibile di "efficienza" nella gestione del personale, ottimizzando il rapporto risorse impiegate/risultati ottenuti, che costituisce aspetto fondamentale per gli equilibri di bilancio indispensabili per garantire condizioni di sostenibilità, di funzionalità e vitalità della intera Struttura.

Obiettivo primario, pertanto, della Casa di Cura è quello di creare le condizioni per una reale "MOTIVAZIONE" del personale nello svolgimento quotidiano dei propri compiti istituzionali, che passa evidentemente per i seguenti punti fondamentali:

a) totale rispetto di tutti i diritti dei lavoratori, non solo economici, sanciti dalle leggi dello Stato, della Regione, e dalle statuizioni dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro;
b) rispetto dei parametri previsti da norme e/o Protocolli Ufficiali nella determinazione delle dotazioni organiche delle singole Unità Operative e/o Servizi esistenti nella Struttura avuto riguardo alle loro specificità e tipologie;
c) momenti di reale coinvolgimento dei lavoratori nella definizione delle varie dinamiche operative nei Servizi, funzionali al buon governo dell'insieme dei processi aziendali.

Il perseguimento dei summenzionati obiettivi sarà affiancato da continua opera di qualificazione delle risorse umane attraverso elaborazione ed attuazione, a medio breve termine, di adeguato programma di formazione/addestramento, unitamente a praticabili e sostenibili politiche di incentivazione alla produttività per lo sviluppo delle potenzialità aziendali.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

***EVIDENZA 1.2.1***

***1 L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di pianificazione per lo sviluppo delle seguenti reti:***
***a) reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.);***
***b) reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale;***
***c) reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";***
***d) programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.***

**LA CASA DI CURA NON HA, ALLO STATO, ALCUN PROGRAMMA DI INSERIMENTO IN RETI ASSISTENZIALI.**

**ALLEGATO 2)**

STATUTO
della società a responsabilità limitata
"CASA DI CURA VILLA VERDE PROF. DOTT. G. VERRIENTI S.R.L."
con sede in LECCE

DENOMINAZIONE - OGGETTO - SEDE - DURATA

Art. 1

E' costituita una società a responsabilità limitata con la denominazione:
"CASA DI CURA VILLA VERDE PROF. DOTT. G. VERRIENTI S.r.l."

Art. 2

La società ha per oggetto:
- la gestione di una Casa di Cura per il trattamento di patologie quali la neuroriabilitazione intensiva e terapia intensiva, psichiatria e neurologia;
- la gestione di ambulatori e piscine per riabilitazione;
- la gestione di laboratori per analisi cliniche, per l'esecuzione di esami ed indagini radiologiche, tac, risonanza magnetica funzionale, fisiochinesiterapia, neurofisiopatologia, di visite specialistiche neurologiche, psichiatriche, nonché per l'impianto e la gestione di pompe contro la spasticità.

La società potrà, inoltre, svolgere attività a carattere culturale nell'ambito della ricerca scientifica nel campo della neuroriabilitazione intensiva, della neurologia e della neuropsichiatria come: organizzazione di congressi, pubblicazioni scientifiche e attività culturali simili; anche mediante rapporti con le Università ed istituzioni culturali.
Per il conseguimento del proprio scopo la società potrà compiere qualsiasi operazione mobiliare, immobiliare, industriale e commerciale, utile e necessaria, assumere interessenze, quote e partecipazioni anche azionarie in società, enti ed imprese aventi scopo analogo o complementare al proprio, nel rispetto delle norme di legge.

Art. 3

La società ha sede legale nel Comune di Lecce.
Per tutti i rapporti con la società, il domicilio dei soci, degli amministratori, dei Sindaci e del Revisore, se nominati, è quello che risulta dal Registro delle Imprese. A tale domicilio vanno effettuate tutte le comunicazioni previste dal presente Statuto.

Art. 4

La durata della società è stabilita fino al trentuno dicembre duemilacinquanta (31 dicembre 2050).
CAPITALE SOCIALE.

)

Art. 5

Il capitale della società è fissato in euro 2.037.973,85 (duemilionitrentasettemilanovecentosettantatrè euro e ottantacinque centesimi).
I diritti sociali spettano ai soci in misura proporzionale alla partecipazione da ciascuno di essi posseduta.
Con il consenso di tutti i soci possono essere attribuiti a singoli soci particolari diritti riguardanti l'amministrazione della società o la distribuzione degli utili.
Nel caso di comproprietà di una partecipazione, i diritti dei comproprietari devono essere esercitati da un rappresentante comune, nominato ai sensi degli artt.1105 e 1106 c.c.

Art. 5 – bis

Il capitale sociale può essere liberato con conferimenti eseguiti in denaro ovvero nei modi stabiliti dall'art. 2464 del codice civile.

Art. 6

Salvo il caso di cui all'art. 2482 ter c.c., l'aumento del capitale può essere attuato anche mediante offerta di partecipazioni di nuova emissione a terzi; in tal caso, spetta ai soci che non hanno concorso alla decisione il diritto di recesso ai sensi dell'art. 2473 c.c.

FINANZIAMENTI SOCI E QUOTE SOCIALI

Art. 7

Eventuali finanziamenti dei soci alla società, effettuati in proporzione alle quote possedute, saranno improduttivi di interessi. Detti finanziamenti dovranno essere assunti nel rispetto delle norme che regolano la raccolta di risparmio tra il pubblico ed in particolare dell'art. 11 del D. Lgs. n. 385 del 1° settembre 1993 e della deliberazione C.I.C.R. del 3 marzo 1994.
Il rimborso dei finanziamenti dei soci a favore della società avverrà ai sensi dell'art. 2467 c.c.

Art. 8

Le partecipazioni sociali sono liberamente trasferibili per atto tra vivi solo a favore del coniuge e dei parenti in linea retta del socio cedente.
In qualsiasi altro caso di trasferimento delle partecipazioni, ai soci spetta il diritto di prelazione nell'acquisto. Ai fini della presente disposizione si ha riguardo a coloro che rivestano la qualità di socio sulla base delle risultanze del Registro delle Imprese ovvero che giustifichino la propria qualità di socio esibendo un titolo di acquisto debitamente depositato al Registro delle Imprese.
A tal fine, il socio che intende trasferire la propria partecipazione, dovrà darne comunicazione a tutti i soci mediante lettera raccomandata a.r. inviata al loro domicilio; la comunicazione deve contenere le generalità del cessionario e le condizioni della cessione, fra le quali, in particolare, il prezzo e le modalità di pagamento. I soci destinatari della comunicazione devono esercitare il diritto di prelazione per l'acquisto della partecipazione facendo pervenire al socio offerente la dichiarazione di esercizio della prelazione con lettera raccomandata a.r. spedita non oltre trenta giorni dalla data di ricevimento dell'offerta di prelazione.

)

La prelazione deve essere esercitata alle condizioni, al prezzo ed alle modalità di pagamento indicate dall'offerente. Nell'ipotesi di esercizio del diritto di prelazione da parte di più di un socio, la partecipazione offerta spetterà ai soci interessati in proporzione al valore nominale della partecipazione da ciascuno di essi posseduta.
Il diritto di prelazione spetta ai soci anche per il trasferimento della nuda proprietà e per il trasferimento o la costituzione di diritti reali limitati tra cui usufrutto sulla partecipazione.
Le partecipazioni sono invece liberamente trasmissibili mortis causa.

RECESSO DEI SOCI

Art. 9

I soci possono recedere dalla società nei casi previsti e disciplinati dall'art. 2473 c.c.
Il socio che intende recedere dalla società deve darne comunicazione all'organo amministrativo mediante lettera inviata con raccomandata con ricevuta di ritorno.
La raccomandata deve essere inviata entro trenta giorni dall'iscrizione nel registro imprese o, se non prevista, dalla trascrizione nel libro delle decisioni dei soci della decisione che lo legittima.
Se il fatto che legittima il recesso è diverso da una decisione, esso può essere esercitato non oltre trenta giorni dalla sua conoscenza da parte del socio.
Il recesso si intende esercitato il giorno in cui la comunicazione è pervenuta alla sede della società.
Il recesso non può essere esercitato e, se già esercitato, è privo di efficacia se, entro novanta giorni dall'esercizio del recesso, la società revoca la delibera che lo legittima ovvero se è deliberato lo scioglimento della società.

Art. 10

Non sono previste specifiche ipotesi di esclusione del socio.

Art. 11

Nelle ipotesi previste dal precedente articolo nove, i soci che recedono dalla società hanno il diritto di ottenere il rimborso della propria partecipazione in proporzione del patrimonio sociale, determinato ai sensi del 3° comma dell'art. 2473 c.c.
Il rimborso della partecipazione deve essere eseguito entro sei mesi dalla comunicazione fatta dagli aventi diritto alla società ai sensi del 4° comma dell'art. 2473 c.c.

ASSEMBLEA

Art. 12

Ogni socio ha diritto di partecipare alle decisioni della società ed il suo voto vale in misura proporzionale alla sua partecipazione.
I soci decidono sulle materie riservate alla loro competenza dall'art. 2479 c.c. nonché sugli argomenti che uno o più amministratori o tanti soci che rappresentano almeno un terzo del capitale sociale sottopongono alla loro approvazione. Hanno diritto di voto coloro che rivestano la qualità di soci o di titolari di diritti reali che attribuiscano il diritto di voto sulla base delle risultanze del Registro delle

)

Imprese, ovvero che giustifichino la propria qualità di socio o di titolare di diritti reali che attribuiscano il diritto di voto esibendo un titolo di acquisto debitamente depositato nel Registro delle Imprese.
Il socio moroso non può partecipare alle decisioni dei soci. Le decisioni dei soci devono essere adottate mediante deliberazione assembleare.

Art. 13

L'assemblea si riunisce presso la sede sociale o altrove, purché in Italia.
L'assemblea è convocata dall'Amministratore Unico o dal Consiglio di Amministrazione, a seconda della modalità di amministrazione scelta, con avviso spedito almeno otto giorni prima di quello fissato per l'adunanza, con lettera raccomandata, ovvero con qualsiasi altro mezzo idoneo ad assicurare la prova dell'avvenuto ricevimento e tale comunque da assicurare la tempestiva informazione sugli argomenti da trattare.
L'avviso deve essere fatto pervenire ai soci al proprio domicilio risultante dal Registro delle Imprese.
Nell'avviso di convocazione debbono essere indicati il giorno, il luogo, l'ora dell'adunanza e l'elenco delle materie da trattare.

Art. 14

In mancanza di formale convocazione, l'assemblea si intende regolarmente costituita quando ad essa partecipa l'intero capitale sociale e tutti gli amministratori e i sindaci, se nominati, sono presenti o informati della riunione e nessuno si oppone alla trattazione dell'argomento.

Art. 15

L'assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione o dall'Amministratore Unico o, in loro assenza, da altra persona designata dagli intervenuti. Il Presidente dell'assemblea verifica la regolarità della costituzione, accerta l'identità e la legittimazione dei presenti, regola il suo svolgimento ed accerta i risultati del voto.
Degli esiti di tali accertamenti deve essere dato conto nel verbale dell'assemblea, tenuto da un Segretario nominato dai soci ovvero da un Notaio nei casi previsti dalla legge.

Art. 16

I soci possono farsi rappresentare in assemblea.
La rappresentanza deve essere conferita per iscritto e la relativa documentazione deve essere conservata dalla società. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'art. 2372 c.c.

Art. 17

L'assemblea è regolarmente costituita con la presenza di tanti soci che rappresentano almeno la metà del capitale sociale e delibera a maggioranza assoluta; nei casi di modificazione dello statuto e di operazioni che comportano una sostanziale modificazione dell'oggetto sociale o una rilevante modificazione dei diritti dei soci, essa delibera con il voto favorevole dei soci che rappresentano almeno la metà del capitale sociale.

)

ORGANI AMMINISTRATIVI

Art. 18

L'amministrazione della società è affidata ad un Amministratore Unico o ad un Consiglio di Amministrazione, composto da tre o da cinque membri, secondo quanto determinato dai soci all'atto della nomina.
L'Amministratore Unico o i Consiglieri di Amministrazione possono anche non essere soci e durano in carica per il periodo determinato all'atto della nomina, e quindi anche a tempo indeterminato, e sono sempre rieleggibili.
Nel caso all'atto della nomina non sia specificata la loro durata in carica, essi si intendono nominati a tempo indeterminato, sino a revoca o dimissioni.
Qualora l'amministrazione della società sia affidata ad un Consiglio d'Amministrazione, la cessazione per qualsiasi causa anche di uno solo degli amministratori determina la decadenza immediata dell'intero Consiglio di Amministrazione.
L'assemblea per la nomina del nuovo organo amministrativo è convocata d'urgenza dal Collegio Sindacale.

Art. 19

Qualora sia costituito un Consiglio di Amministrazione, esso elegge fra i suoi membri un Presidente (ove non eletto dai soci all'atto della nomina) e può eleggere anche un Vice Presidente, che sostituisca il Presidente nei casi di assenza od impedimento, nonché un segretario anche estraneo.
Il Consiglio si raduna sia nella sede della società sia altrove, purché in Italia, tutte le volte che il Presidente lo giudichi necessario o quando ne sia fatta domanda scritta da almeno uno dei suoi membri.
Il Consiglio viene convocato dal Presidente mediante avviso spedito a tutti gli amministratori e, se nominati, ai sindaci o al revisore, con qualsiasi mezzo idoneo ad assicurare la prova dell'avvenuto ricevimento, almeno tre giorni liberi prima dell'adunanza e, nei casi di urgenza, almeno un giorno prima.
Nell'avviso deve essere indicato la data, il luogo e l'ora della riunione, nonché l'ordine del giorno.
Le adunanze del consiglio e le sue deliberazioni sono valide, anche senza convocazione formale, quando intervengono tutti i consiglieri in carica ed i sindaci effettivi se nominati.
Le deliberazioni del Consiglio sono prese con il voto favorevole della maggioranza dei suoi membri in carica ed i deliberati assunti si fanno constare con verbale firmato dal Presidente e dal Segretario della seduta.

Art. 20

All'Amministratore Unico ed al Consiglio di Amministrazione, a seconda della modalità di amministrazione scelta, spettano tutti i poteri per l'amministrazione ordinaria e straordinaria della società.
Essi potranno quindi, tra l'altro:
acquistare o vendere mobili, mobili registrati ed immobili; stipulare contratti di appalto e subappalto, assumere e licenziare dipendenti, assumere e cedere partecipazioni ed interessenze, assumere obbligazioni passive anche ipotecarie e cambiarie, emettere, girare ed incassare assegni; stipulare contratti di qualsiasi natura anche nei confronti di pubbliche amministrazioni; assumere mutui e finanziamenti, prestare avalli e concedere fideiussioni e garanzie a favore di terzi, consentire iscrizioni,

)

cancellazioni ed annotazioni ipotecarie, rinunciare ad ipoteche legali, anche senza realizzo dei corrispondenti crediti, esonerare i Conservatori dei Registri Immobiliari e dei Pubblici Registri in genere da responsabilità; transigere e compromettere in arbitri anche amichevoli compositori; autorizzare e compiere qualsiasi operazione presso ogni Ufficio Pubblico o Privato compresi quelli del Debito Pubblico e le Tesorerie dello Stato; fare depositi cauzionali o ritirarli, incassare somme e crediti, esigere pagamenti, riscuotere e quietanzare mandati di pagamento emessi anche da Enti Pubblici, sopra qualsiasi Cassa, ivi compresi i mandati sopra le Tesorerie dello Stato, rilasciare ricevute, quietanze, liberazioni e discarichi; nominare Direttori e Procuratori anche ad negotia, ma esclusivamente per determinati atti o categorie di atti, determinare i poteri degli stessi.

Art. 21

All'Amministratore Unico o al Presidente del Consiglio di Amministrazione, a seconda della modalità di amministrazione scelta, spetta la rappresentanza della società di fronte ai terzi ed in giudizio.

Art. 22

Il compenso spettante agli amministratori, oltre al rimborso delle spese sostenute per ragioni del proprio ufficio, è determinato dall'assemblea dei soci. L'assemblea può altresì assegnare loro un compenso o una indennità per la cessazione del rapporto di amministrazione.

Art. 23

Il Consiglio può nominare tra i suoi membri uno o più Amministratori Delegati, fissandone le relative attribuzioni e retribuzioni. Il Consiglio può inoltre nominare direttori, procuratori e mandatari in genere, per determinati atti o categorie di atti.

COLLEGIO SINDACALE E REVISORE CONTABILE

Art. 24

Organo di controllo della società è il Collegio Sindacale o un Revisore contabile.
La società può nominare un Collegio Sindacale o un Revisore. Nei casi previsti dal 2° e 3° comma dell'art. 2477 c.c., la nomina del Collegio Sindacale è obbligatoria.

Art. 25

Il Collegio Sindacale si compone di tre membri effettivi e di due supplenti. Il presidente del Collegio sindacale è nominato dai soci, in occasione della nomina dello stesso collegio.
I sindaci sono nominati dai soci. Essi restano in carica per tre esercizi e scadono alla data della decisione dei soci di approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica.
La cessazione dei sindaci per scadenza del termine ha effetto nel momento in cui il collegio è stato ricostituito.
I sindaci sono rieleggibili.

)

Il compenso dei sindaci è determinato dai soci all'atto della nomina, per l'intero periodo della durata del loro ufficio. Il Collegio Sindacale ha i doveri e i poteri di cui agli articoli 2403 e 2403 bis c.c. ed esercita il controllo contabile sulla società.
Si applicano le disposizioni di cui agli articoli 2406, 2407 e 2408, primo comma c.c.

Art. 26

Qualora, in alternativa al Collegio Sindacale e fuori dei casi di obbligatorietà dello stesso, la società nomini per il controllo contabile un revisore, questi deve essere iscritto al registro istituito presso il Ministero di Giustizia.
Si applicano al revisore tutte le norme previste per lo stesso in materia di società per azioni.

ESERCIZIO SOCIALE E RIPARTIZIONE UTILI

Art. 27

Gli esercizi sociali si chiudono al 31 dicembre di ogni anno. Con le forme di legge sarà compilato il bilancio da sottoporsi all'approvazione dei soci entro centoventi giorni dalla chiusura dell'esercizio sociale, salva la possibilità di un maggiore termine nei limiti ed alle condizioni previsti dal 2° comma dell'art. 2364 c.c.
Gli utili netti annuali, dedotta una somma corrispondente almeno alla ventesima parte di essi da destinare alla riserva legale sino a che questa non abbia raggiunto il quinto del capitale sociale, si divideranno fra i soci in misura proporzionale alla partecipazione da ciascuno posseduta, salva diversa decisione dei soci.

SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE

Art. 28

Addivenendosi in qualsiasi momento e per qualsiasi causa allo scioglimento della società, l'assemblea dei soci, con l'osservanza delle norme di legge, determinerà il numero dei liquidatori, i loro poteri nonché i criteri in base ai quali deve svolgersi la liquidazione.

CONTROVERSIE

Art. 29

Qualsiasi controversia dovesse insorgere tra i soci ovvero tra i soci e la società che abbia ad oggetto diritti disponibili relativi al rapporto sociale, ad eccezione di quelle nelle quali la legge prevede l'intervento obbligatorio del pubblico ministero, dovrà essere risolta da un Arbitro nominato dal Presidente del Tribunale del luogo in cui ha sede la società su richiesta della parte più diligente.
L'Arbitro dovrà decidere entro novanta giorni dalla nomina, in via irrituale e secondo diritto.
Resta fin d'ora stabilito irrevocabilmente che le risoluzioni e le determinazioni dell'Arbitro vincoleranno le parti.
Le spese dell'arbitrato saranno a carico della parte soccombente, salvo diversa decisione dell'Arbitro.

)

Sono soggette alla disciplina sopra prevista anche le controversie promosse da amministratori, liquidatori e sindaci ovvero quelle promosse nei loro confronti, che abbiano ad oggetto diritti disponibili relativi al rapporto sociale. Per quanto non previsto, si applicano le disposizioni del decreto legislativo n. 5 del 17 gennaio 2003.

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 30

Per quanto non disposto nel presente statuto si applicano le norme di legge in tema di società a responsabilità limitata.

)

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.3 Definizione delle responsabilità

***EVIDENZA 1.3.1*** ***Presenza nella struttura sanitaria di documenti che:***
***a. descrivono i processi;***
***b. individuano le relative responsabilità clinico-organizzative;***
***c. indicano i criteri per la valutazione dei dirigenti;***
***d. definiscono le modalità di eventuale e/o periodica rivalutazione dell'organizzazione e delle responsabilità;***
***e. rendono nota all'intera organizzazione la struttura di governo.***

Il presente documento, oltre che descrivere i processi aziendali (cfr. Regolamento Interno All. A.01.02.01.1), esplicitare la missione, la visione ed i valori di riferimento, delineare le politiche generali che la Casa di Cura pone in essere per conseguire gli obiettivi prefissati ed espressamente indicati nel Piano Strategico triennale e nel Piano Annuale delle Attività, contiene la puntuale individuazione di tutte le responsabilità sia di gestione che clinico-organizzative, nonché la indicazione dei criteri per la valutazione dei dirigenti e le modalità per eventuale riconsiderazione dell'organizzazione generale e delle responsabilità.
Pertanto, accanto alla enunciazione dei principi, delle politiche generali e degli obiettivi da perseguire e le attività da esercitare, con la espressa individuazione di tutti gli Organi preposti e delle connesse responsabilità, viene formalizzata e dettagliatamente individuata l'intera Struttura Organizzativa della Casa di Cura, che viene portata a conoscenza dell'intera organizzazione nella più adeguata forma di comunicazione

**PARTA I^a^ - POLITICA - OBIETTIVI - ATTIVITA'**

Sommario: 1.1 Responsabilità della Direzione; 1.2 Documentazione dell'Organizzazione; 1.3 Documentazione del Coordinamento; 1.4 Documentazione della Verifica - Le verifiche sugli obiettivi; 1.5 Piano di lavoro della Direzione.

## *1.1 - Responsabilità della Direzione*

La Direzione Generale Aziendale è rappresentata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, coadiuvato per gli atti di rispettiva competenza sulla base delle deleghe attribuite, dai due Consiglieri Delegati, che compongono l'organo amministrativo della Società, di cui uno con funzioni di Vice Presidente.
Ad essi compete la responsabilità della direzione globale della Casa di Cura, ed insieme stabiliscono le politiche complessive dell'Azienda ed esplicitano annualmente alle varie Unità Operative gli obiettivi da raggiungere sia per la tipologia che per i volumi sulla base di quanto previsto dagli specifici accordi contrattuali stipulati con la A.S.L. di competenza.

## *1.2 - Documentazione della Direzione*

### *1.2.1 - La Sede*

La Casa di Cura ha sede in Lecce alla Via Monteroni, n. 222, ed è gestita dalla società a responsabilità limitata "Casa di Cura Villa Verde – Prof. Giovanni Verrienti" esercente in Lecce.
Presso la suddetta sede svolgono la propria opera tutti i dipendenti ed i collaboratori della Casa di Cura.

### *1.2.2 - Logo e marchio aziendali*

Il simbolo assunto è costituito da effige del prospetto anteriore della Casa di Cura in cerchio a sfondo di colore verde.

### *1.2.3 - Missione e visione*

#### *1.2.3.1 - La missione*

La missione della Casa di Cura è di contribuire, in sinergia con tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale alla realizzazione degli obiettivi di promozione, mantenimento e sviluppo dello stato di salute della popolazione, definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie di propria competenza, definite nel quadro della programmazione sanitaria regionale e negli specifici accordi contrattuali con la competente azienda sanitaria locale, da erogarsi nel rispetto dei principi di dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso ai servizi, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, in un contesto di impiego razionalizzato delle risorse umane, strutturali ed economiche.

#### *1.2.3.2 - La visione*

La visione della Casa di Cura si basa:

- sulla consapevolezza di essere e di voler essere parte integrante di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze;
- sul convincimento che le peculiarità dell'organizzazione e la sua storia, fatta di esperienze di sviluppo innovativo apprezzate nel territorio regionale e nazionale, sono in grado di dare un contributo rilevante al progresso della sanità pugliese, soprattutto nel campo dell'alta specialità attinente le discipline e le funzioni assistenziali della neuroriabilitazione e terapia intensiva.

### *1.2.4 - I valori di riferimento*

I valori che ispirano l'azione della Casa di Cura sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale, l'equità di accesso dei cittadini ai servizi sanitari erogati, con imparzialità e secondo regole uguali per tutti, diritto di scelta dell'erogatore del servizio da parte dell'utente, qualità ed appropriatezza delle cure, soddisfazione degli utenti.

### *1.2.5 - I principi di assistenza*

I valori sopra riportati, e posti alla base della visione aziendale, definiscono i principi guida dell'assistenza che è la competenza fondamentale dell'azienda e che viene erogata con continuità, con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, e nella consapevolezza che:

- la comprensione ed il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie è la regola suprema dell'assistenza in ogni momento della sua continuità;
- la pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standars più elevati;
- l'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali;
- l'assistenza deve essere offerta nel contesto più appropriato;
- la formazione continua del personale è strumento fondamentale per l'accrescimento del capitale umano dell'azienda, l'incremento delle conoscenze ed il miglioramento dell'assistenza.

### *1.2.6 - Gli obiettivi*

Le politiche complessive dell'azienda sono in via generale orientate al consolidamento del prestigio conseguito nel campo dei trattamenti neuropsichiatrici e, in particolare, ed in via prioritaria, allo sviluppo delle attività nel settore riabilitativo ad alta specializzazione in favore dei soggetti con gravi esiti da cerebrolesioni acquisite.
Nel rispetto dei vincoli e delle opportunità posti dal quadro normativo e programmatico e, in particolare, della rispondenza sia agli obiettivi sanitari di appropriatezza e di qualità, cha a quelli economico finanziari ed organizzativi previsti dalla programmazione nazionale e regionale per il conseguimento degli obiettivi di salute prefissati, la Casa di Cura persegue i seguenti obiettivi specifici:

- sviluppare la capacità di collegarsi ed interagire con l'ambiente esterno per promuovere e diffondere sempre più la conoscenza del potenziale e delle caratteristiche produttive delle prestazioni sanitarie erogate ed agevolarne la diffusione;
- porre le esigenze dell'utenza sempre al centro di ogni decisione;
- potenziare e qualificare la capacità di interpretare il bisogno di salute e le necessità assistenziali delle persone assistite;
- promuovere e garantire la continuità dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- dotarsi di sistemi di gestione in grado di potenziare la funzione direzionale;
- investire adeguatamente sia sul patrimonio di conoscenza e competenza professionale della Casa di Cura che nell'innovazione tecnologica e strutturale;
- promuovere forme di collaborazione con enti, organismi ed aziende sanitarie pubbliche e private per fini di integrazione di servizi ed ottimizzazione delle risorse.

Coerentemente con gli obiettivi specifici sopraindicati la Direzione ha disposto:

A) un Piano Strategico per il triennio 2020-2022 contenente obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni (cfr. Evidenza 1.1.1);
B) un Piano Annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto (cfr. Evidenza 1.1.2).

### *1.2.7 - L'organizzazione interna*

#### *1.2.7.1 - Soggettività giuridica*

La Casa di Cura è amministrata da una società a responsabilità limitata (s.r.l.) iscritta alla Camera di Commercio Industria e Agricoltura di Lecce con il numero di repertorio economico amministrativo 140648 dell'11.12.1984.
Sono organi della società:
il Presidente;
il Consiglio di Amministrazione;
il Collegio dei Sindaci.

### *1.2.7.2 - Criteri generali di organizzazione e funzionamento*

L'azienda modella la propria organizzazione ed il funzionamento delle proprie strutture in coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, ed in conformità ai seguenti principi generali:

- adozione del modello di struttura operativa secondo le indicazioni del D.P.R. 14 gennaio 1997, della Legge Regionale 20 maggio 2004, n. 8 e successive modificazioni e integrazioni e del Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3 e s.m.i. L'attività di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite, riconducibile alla precedente denominazione di Neuroriabilitazione e Terapia Intensiva, per le sue peculiarità è configurata come "*funzione assistenziale"* con caratteristiche generali riferibili a "*programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona*" di cui all'art. 8 sexties, comma 2, lettera b) del citato decreto legislativo 502/92 e s.m.i.;
- organizzazione dei servizi non solo in funzione dell'assistenza sanitaria da erogare, ma anche della promozione della integrazione sanitaria e socio-sanitaria e dello sviluppo di una moderna coscienza sanitaria da parte degli utenti;
- flessibilità organizzativa in relazione alle esigenze dell'utenza e dell'azienda;
- programmazione delle attività sanitarie improntata a criteri di efficacia, efficienza ed economicità nell'ambito delle risorse economiche ricavate dall'assistenza sanitaria svolta;
- piena valorizzazione delle risorse umane, professionali, tecnico patrimoniali;
- sviluppo del sistema qualità, orientato al miglioramento dell'accessibilità dei servizi per l'utenza e dello standard per l'assistenza.

### *1.2.7.3 - Competenze del Presidente*

Il Presidente del Consiglio d'Amministrazione ha la legale rappresentanza della società ed adotta tutti i provvedimenti necessari per assicurare la gestione ordinaria amministrativa ed economica della Casa di Cura, ivi compresi quelli di urgenza in sostituzione del Consiglio d'Amministrazione, salvo ratifica da parte del medesimo.

### *1.2.7.4 - Competenze del Consiglio di Amministrazione*

1. Il Consiglio di Amministrazione adotta i seguenti provvedimenti:

a) la nomina, la sospensione o la decadenza del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
b) la nomina dei membri del Collegio Sindacale, secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge;
c) la nomina dei responsabili delle strutture sanitarie operative ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali in relazione alle vigenti disposizioni di legge e della contrattazione collettiva nazionale;
d) gli atti di bilancio, compresa la definizione e l'allocazione del budget generale dell'azienda;
e) l'adozione di tutti i regolamenti interni, e la modifica agli stessi, che si renderanno necessari nel corso della gestione;
f) la definizione di obiettivi, priorità, programmi e direttive per l'attività e la gestione aziendale;

g) l'individuazione delle risorse umane, tecniche, economiche e finanziarie, nonché la loro ripartizione tra le diverse articolazioni della Casa di Cura;
h) la verifica, mediante valutazione comparativa, dei costi, dei rendimenti e dei risultati della corretta ed economica gestione delle risorse sotto il profili del buon andamento dell'azione economico amministrativa;
i) la verifica della qualità dei servizi attraverso la struttura a ciò preposta;
l) le decisioni in materia di esecuzione di atti normativi e l'adozione dei conseguenti atti di indirizzo;

2. fatta eccezione per gli atti di alta amministrazione di cui ai punti riportati nel precedente comma, il Consiglio di Amministrazione può esercitare le proprie funzioni delegando al Direttore Amministrativo le funzioni di carattere gestionale, con particolare riguardo alle decisioni verso l'esterno, fermo restando il potere d'urgenza da parte del Presidente, di cui al precedente punto 1.2.7.3;

3. la delega di funzioni avviene nel rispetto dei principi regolanti l'istituto e, in particolare, viene formalizzata per iscritto con l'individuazione dell'oggetto, dei criteri di indirizzo, della durata, della possibilità di revoca prima della scadenza del termine.

### *1.2.7.5 - Competenze del Collegio Sindacale*

1. Il Collegio Sindacale è un organo dell'azienda composto da tre membri nominati dall'Assemblea dei Soci conformemente alle norme statutarie;

2. Il Collegio Sindacale ha le seguenti competenze:
   a) vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti;
   b) controlla la legittimità e la legalità degli atti economico-amministrativi dell'azienda;
   c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio d'esercizio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
   d) effettua periodicamente verifiche di cassa;
   e) può effettuare atti di ispezione e controllo in materia economico-finanziaria;
   f) fornisce al Presidente, al Consiglio di Amministrazione, al Direttore Amministrativo indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente in materia;
3. i Sindaci durano in carica per tre esercizi e scadono alla data della decisione dei Soci di approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica;

4. la funzione del Collegio Sindacale si estrinseca in azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'azienda delle regole di buon governo, nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità, ricomprendendo in ciò tutte le disposizioni disciplinanti la corretta compilazione dei libri previsti, nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni. Il carattere di organo dell'azienda abilita il Collegio all'esecuzione di ogni forma di controllo ritenuta utile in ordine all'assolvimento delle incombenze devolute anche per il tramite del controllo degli atti assunti ovvero di richiesta al Direttore Amministrativo di informazioni riguardanti l'andamento della gestione in senso lato.

### *1.2.7.6 - L'organigramma delle responsabilità direzionali*

Il sistema delle responsabilità direzionali della Casa di Cura è articolato nei seguenti livelli direzionali:
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Sanitario;
- Coordinatore Sanitario Generale.

#### *1.2.7.6.1 - Il Direttore Amministrativo*

Il Direttore Amministrativo sovrintende alla gestione dell'azienda per quanto concerne l'organizzazione amministrativa e la gestione economica del bilancio e del patrimonio dell'azienda, adottando, in relazione alla delega conferita dal Presidente e dal Consiglio d'Amministrazione, tutti i provvedimenti ordinari per assicurare l'andamento dei servizi amministrativi e sanitari della Casa di Cura, ivi compresi, in caso di necessità, i provvedimenti d'urgenza di competenza degli altri organi, da sottoporre sollecitamente alla ratifica degli organi medesimi.
In relazione alle caratteristiche strutturali della società, il Direttore Amministrativo può essere investito, ove occorra, delle funzioni di Amministratore Delegato, anche in collaborazione con altro amministratore delegato appositamente designato dal Consiglio di Amministrazione con funzioni specifiche.

#### *1.2.7.6.2 - Il Direttore Sanitario*

Fermo il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 13, comma 3, della Legge regionale 28 maggio 2004, n. 8, il Direttore Sanitario ha il compito di curare l'organizzazione tecnico-sanitaria della Casa di Cura sotto il profilo igienico ed organizzativo rispondendone all'Amministrazione ed all'Autorità sanitaria competente.
A supporto delle decisioni degli organi dell'azienda, compete al Direttore Sanitario:
- determinare, in collaborazione con il Coordinatore Sanitario Generale, i criteri di organizzazione dei servizi sanitari nell'ambito delle direttive generali ricevute dai competenti organi amministrativi;
- verificare e controllare l'attività dei dirigenti e dei servizi, adottando i conseguenti provvedimenti e riferendoli ai competenti organi amministrativi, anche ai fini del controllo interno;
- svolge funzioni di supporto alla negoziazione delle proposte programmatiche formulate dai responsabili delle strutture operative interne di servizio rispetto alla programmazione aziendale.

Al Direttore Sanitario spettano, inoltre, a norma dell'art. 27 del D.P.C.M. 27 giugno 1986, le seguenti attribuzioni operative:
- cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della Casa di Cura, proponendone le eventuali variazioni;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari;
- trasmette annualmente all'autorità sanitaria competente un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio al 1° gennaio e di quello convenzionato e comunica le successive variazioni;

- vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro degli interventi chirurgici (ove effettuati) e dell'archivio clinico;
- cura la tempestiva trasmissione all'ISTAT e all'autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
- stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego la destinazione, i turni ed i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari;
- controlla che l'assistenza agli infermi sia svolta con regolarità ed efficienza;
- vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari proponendo, se nel caso, all'Amministrazione i provvedimenti disciplinari;
- propone all'Amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie della Casa di Cura;
- rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti nella Casa di Cura;
- vigila sul funzionamento e sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, disinfezione, condizionamento dell'aria, della cucina e lavanderia, per quanto attiene agli aspetti igienico sanitari;
- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi di legge;
- vigila sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della Casa di Cura;
- stabilisce i turni di guardia medica ed infermieristica.

Ai sensi dell'art. 28 del citato D.P.C.M. 27 giugno 1986, l'Amministrazione della Casa di Cura provvederà ogni anno a designare un medico che sostituisca nelle funzioni il Direttore Sanitario responsabile, in caso di sua assenza o impedimento temporanei, ed a comunicarne il nominativo all'autorità sanitaria competente.

#### *1.2.7.6.3 - Il Coordinatore Sanitario Generale*

Il Coordinatore Sanitario Generale supporta l'Amministrazione nel processo di pianificazione strategica aziendale e concorre alla definizione delle azioni prioritarie per il conseguimento degli obiettivi aziendali; formula proposte al Presidente, al Consiglio di Amministrazione ed alla Direzione aziendale ai fini dell'elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività previsti dal Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3, curandone per quanto di competenza, l'attuazione.

Compete al Coordinatore Sanitario Generale:

- coordinare, a fini di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse, le attività tecnico-sanitarie di tutte le strutture ed unità operative della Casa di Cura, verificandone costantemente le necessità in relazione agli obiettivi stabiliti;
- negoziare con l'Amministrazione e la Direzione aziendale, di concerto con i responsabili delle strutture ed unità operative, il budget annuale delle stesse, nel quadro dei piani e programmi aziendali;
- sovrintendere ai processi gestionali e di governo generale di tutte le attività cliniche espletate nella Casa di Cura, verificarne i risultati ed elaborare i relativi reports da presentare agli organi di amministrazione per le valutazioni e determinazioni di competenza.

Al Coordinatore Sanitario Generale sono, inoltre, riservate le seguenti competenze:

- proporre al Consiglio d'Amministrazione la nomina dei responsabili delle strutture operative, nonché la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali e di consulenza già conferiti, anche con riferimento alle disposizioni contenute nei contratti collettivi di lavoro vigenti;
- proporre le modifiche degli atti e dei regolamenti aziendali che si rendono necessarie nel corso della gestione;
- proporre, di concerto con il Direttore Sanitario, l'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento delle diverse strutture;
- concorrere alla definizione di obiettivi, priorità, programmi e direttive per l'attività e per la gestione aziendale;
- proporre l'individuazione delle risorse umane, tecniche, economiche e finanziarie, nonché la loro ripartizione tra le diverse articolazioni dell'azienda, sentiti i responsabili della gestione amministrativa ed economica;
- sovrintendere alla verifica della qualità dei servizi, anche attraverso strutture o consulenti a ciò preposti;
- adottare appositi atti di indirizzo tecnico-sanitario;
- proporre l'attivazione di convenzioni per tirocini formativi universitari;
- curare, ferme restando le competenze degli altri organi aziendali, rapporti e relazioni esterne con altre istituzioni sanitarie pubbliche o private e con l'Università e Scuole di Specializzazione inerenti la nosologia di competenza della Casa di Cura.

### *1.2.7.7 - Infrastruttura funzionale*

L'infrastruttura funzionale è composta dalle unità operative complesse e semplici che costituiscono l'apparato tecnico-valutativo-amministrativo-contabile a servizio dell'azienda nel suo complesso e, quindi, di tutti i suoi livelli e articolazioni. Essa svolge un ruolo di servizio sia nei confronti della proprietà dell'azienda sia del livello operativo delle singole strutture per l'assistenza sanitaria.
I compiti dell'infrastruttura funzionale, caratterizzata dalla pluri referenzialità delle sue attribuzioni, si orientano su due direttrici:

a) attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'azienda delle funzioni di pianificazione ed indirizzo;
b) attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vai livelli dell'azienda di gestione e di controllo delle attività.

I compiti sopra elencati costituiscono mero coordinamento di funzioni e senza alcuna responsabilità di tipo gerarchico.

L'infrastruttura funzionale è articolata nelle seguenti aree omogenee secondo le specifiche funzioni di cui esse sono titolari:

- area affari generali, amministrativi e legali;
- area per la gestione del personale;
- area per la gestione delle risorse economico-finanziarie;
- area per la gestione tecnica ed economale.

### *1.2.7.7.1 - I servizi di supporto tecnico amministrativo*

Ferme restando le funzioni dei responsabili delle aree omogenee di cui al precedente punto 1.2.7.7, tutti i servizi di supporto tecnico amministrativo della Casa di Cura rientranti nelle predette aree, ivi compresi l'archivio amministrativo generale, ed i servizi di accettazione amministrative e spedalità, dipendono dalla Direzione Amministrativa.

La dotazione organica del personale addetto ai sopra elencati servizi, per tipologia di qualifica e consistenza numerica, sarà costantemente commisurata agli effettivi carichi di lavoro registrati nell'azienda.
Il personale utilizzato è di norma costituito da lavoratori legati all'azienda da rapporti di lavoro subordinato con applicazione della disciplina prevista dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro.

Per talune funzioni ed attività, in relazione alle specificità e peculiarità delle stesse, nonché agli effettivi carichi di lavoro rilevati in azienda, si ricorrerà alternativamente agli istituti dell'incarico professionale, del contratto di lavoro a progetto, del rapporto di collaborazione coordinata e continuativa ed agli altri istituti consentiti dalla legge.

Per determinate prestazioni di natura tecnico-professionale, ovvero per servizi generali, si potrà inoltre far ricorso ad intese e rapporti di collaborazione con aziende sanitarie pubbliche e /o private.

Sono in ogni caso garantite le specificità professionali e le funzioni proprie di ciascun operatore come individuate dai rispettivi profili professionali, contratti collettivi nazionali di lavoro, ovvero atti regolamentari.

### *1.2.7.8 - Il sistema delle responsabilità dirigenziali*

Attraverso l'assegnazione di compiti, responsabilità e poteri decisionali, la Casa di Cura persegue anche l'obiettivo dell'affermazione dei principi e dei metodi del governo clinico nella gestione dei servizi sanitari. La leva che la Casa di Cura intende privilegiare per sviluppare il processo di partecipazione dei professionisti alla gestione del sistema è rappresentata dallo strumento della *attribuzione*, che permette di assegnare formalmente precise finalità e poteri a specifiche posizioni organizzative, che ne assumono la responsabilità in piena e diretta autonomia.
Il meccanismo dell'*attribuzione* permette di affermare in modo compiuto il principio della *contestabilità*, quale condizione per il chiaro riconoscimento delle responsabilità e per la gestione meritocratica dei dirigenti. Tale approccio è favorito e stimolato dall'evoluzione del sistema di norme che caratterizza il contratto individuale di lavoro, legando i dirigenti alle strategie ed agli obiettivi aziendali mediante un'obbligazione di risultato, modernizzando e contestualizzando la figura, il ruolo ed il sistema correlato di responsabilità dei dirigenti stessi.

### *1.2.7.8.1 - Tipologia degli incarichi dirigenziali*

L'azienda adotta una prassi di affidamento degli incarichi ai dirigenti che prevede, preliminarmente, l'elaborazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire, per indirizzare la

selezione del candidato verso la scelta più appropriata. In linea di massima tale profilo è definito dalle capacità di:

- programmare e gestire le risorse umane, percependone e analizzandone esigenze, potenzialità, vocazioni e quelle economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'intero sistema azienda, oltre che dell'ambito organizzativo di "competenza";
- instaurare un sistema organizzativo ed un sistema di relazioni con gli utenti in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini, basato su flussi trasparenti e sistematici di informazioni utili alla partecipazione collaborativa ed al consenso;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati, proponendo anche soluzioni innovative;
- operare in modo massimamente efficace nell'area specifica di affidamento dell'incarico (competenze tecnico-specialistiche).

Per *struttura*, come da definizione ex art. 15 quinquies del D. Lgs 502/92 e s.m.i., si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista una diretta responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

L'azienda procede al conferimento delle seguenti tipologie di incarico relativamente al personale sanitario:

1. **incarichi con responsabilità di struttura**, distinguibili in:
   ***1.1 incarichi con responsabilità di struttura complessa (medico responsabile di raggruppamento e/o di unità operativa e/o di servizio);***
   ***1.2 incarichi con responsabilità di struttura semplice (aiuto dirigente, aiuto);***
2. **incarichi di natura professionale ad elevata specializzazione *(assistente);***
3. **incarichi di natura professionale**, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo (***Assistente)***;
4. **incarichi di natura professionale**, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio (***Assistente***).

Per dirigenti del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo, oltre all'attribuzione di incarichi di struttura complessa e semplice, è possibile conferire incarichi dirigenziali di natura professionale in presenza di aree specialistiche ad elevato contenuto tecnico in qualità di supporto al responsabile della struttura.

### *1.2.7.9 - Caratteristiche delle strutture ed unità operative*

I modelli organizzativi delle strutture operative della Casa di Cura sono finalizzati al supporto delle strategie e dei processi operativi, e sono improntati al rispetto di alcuni fondamentali principi quali:

- ***la semplicità***, intesa come aggregazione delle unità affini per contenuti, processi e risultati, al fine di ridurre il più possibile i livelli di responsabilità e di sviluppare i processi professionali ed operativi;
- ***l'integrazione***, quale raccordo sistematico tra le articolazioni aziendali caratterizzate da interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, con la consapevolezza che l'efficacia e la qualità dei risultati di salute per i pazienti assistiti dipendono, in buona misura, dalla capacità dell'azienda di operare in modo organico e continuo in una logica di processo;
- ***la chiarezza***, cioè la precisa definizione delle finalità delle varie unità operative nel contesto organizzativo per una piena responsabilizzazione verso i risultati da ottenere;
- ***l'impersonalità***, ovvero la costruzione e la gestione della struttura organizzativa basata sull'analisi dei bisogni di salute e sui processi operativi;
- ***l'orientamento al dinamismo***, inteso come promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovatività, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo.

Avuto riguardo alle particolari caratteristiche strutturali, tecnologiche e prestazionali, nonché alla varietà di attività, specializzazioni, interessi, professioni, problemi, obiettivi e situazioni, le Unità Operative della Casa di Cura si distinguono in *Unità Operative Complesse* ed *Unità Operative Semplici*.

#### *1.2.7.9.1 - Unità Operative Complesse*

Le Unità Operative Complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate da uno o più dei seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richiedono un significativo volume di risorse;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico-strumentali;
- gestione di risorse finanziarie la cui consistenza sia significativa;
- autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità;
- assegnazione di obiettivi rilevanti per la programmazione aziendale;
- valenza strategica rispetto agli obiettivi aziendali.

#### *1.2.7.9.2 - Unità Operative Semplici*

Le Unità Operative Semplici sono l'articolazione di una struttura complessa definita in base sia alle caratteristiche delle attività che delle prestazioni erogate.
Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e solo in via secondaria a dare soluzione a problemi organizzativi.

#### *1.2.7.10 - Responsabilità di struttura*

I Dirigenti di Struttura o Unità Operativa Complessa ed i Responsabili di Struttura o Unità Operativa Semplice, ciascuno per la parte di propria competenza, esercitano i compiti ed i poteri in base alle deleghe ed alle funzioni attribuite dal coordinatore sanitario generale.
I Dirigenti di Unità Operativa Complessa espletano le seguenti funzioni:

- curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive generali definite dal Direttore Sanitario, dal Coordinatore Sanitario Generale e dagli Organi di Amministrazione dell'azienda;
- possono proporre tramite il Direttore Sanitario il conferimento di incarichi di struttura semplice, di incarichi di natura professionale e di responsabilità di specifici progetti ed attività a dirigenti non responsabili di struttura afferenti alla propria unità operativa;
- definiscono gli obiettivi che i dirigenti loro assegnati devono perseguire e attribuiscono le conseguenti risorse umane e materiali nell'ambito della programmazione aziendale;
- adottano le istruzioni relative all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
- coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e di tutto l'altro personale assegnato alla struttura;
- svolgono attività di organizzazione del personale e di gestione dei rapporti con gli Organi di Amministrazione dell'azienda, con il Direttore Sanitario e con il Coordinatore Sanitario Generale;
- curano i rapporti con l'esterno nelle materie di competenza secondo le specifiche direttive dell'azienda, sempre che tali rapporti non siano espressamente affidati ad organo o struttura apposita.

I Dirigenti di Unità Operativa semplice espletano le seguenti funzioni:

- formulano proposte ed esprimono pareri al direttore dell'Unità Operativa Complessa;
- curano lo svolgimento delle attività e l'attuazione dei progetti ad essi assegnati espletando le relative azioni operative;
- svolgono tutti gli altri compiti ad essi delegati dal dirigente di Unità Operativa Complessa;
- dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture da essi dirette e provvedono alla gestione del personale e delle risorse strumentali assegnate alla propria unità operativa.

### *1.2.7.11 - Conferimento degli incarichi dirigenziali*

Al personale medico ed agli altri dirigenti del ruolo sanitario sono attribuiti gli incarichi di dirigenza di unità operativa complessa o semplice, anche con le indicazioni di durata e compatibilità, nel pieno rispetto delle disposizioni di legge e di quelle contenute nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'ospedalità privata.

### *1.2.7.12 - Parametri per la valutazione dei dirigenti*

Ai fini della valutazione delle funzioni dei dirigenti si assumono i seguenti parametri di massima:
- complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna;
- grado di autonomia in relazione anche alla funzione svolta dal Coordinatore Sanitario Generale;
- consistenza delle risorse umane e strumentali ricomprese nel programma affidato;
- importanza e delicatezza della funzione esplicitata da espresse norme di legge;
- svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo, vigilanza, verifica di attività direzionali;
- grado di competenza specialistico-funzionale o professionale;

- grado di responsabilità negli interventi e nelle decisioni degli altri dirigenti dell'unità operativa appartenenti alla medesima professionalità;
- grado di autonomia nella direzione della cura, per i profili, ove ciò sia previsto dalle leggi che regolano il relativo ordinamento professionale;
- utilizzazione, nell'ambito della struttura, di metodologie e strumentazioni significativamente innovative e con valenza strategica per l'azienda, soprattutto per la struttura di alta specializzazione di neuroriabilitazione e terapia intensiva;
- affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali, purché collegata oggettivamente con uno o più dei precedenti criteri.

### *1.2.7.13 - Revoca degli incarichi dirigenziali*

La revoca degli incarichi dirigenziali avviene con atto scritto e motivato da parte del Legale Rappresentante della società che amministra la Casa di Cura, anche su proposta del Direttore Sanitario, sentito il coordinatore sanitario generale e nel rispetto delle procedure previste dal vigente C.C.N.L. della dirigenza sanitaria, in caso di:

- immotivata e reiterata inosservanza delle direttive impartite dalla direzione dell'azienda, dal Direttore Sanitario e dal Coordinatore Sanitario Generale;
- risultati negativi della gestione del servizio assegnato in relazione agli obiettivi stabiliti per i periodi considerati;
- responsabilità grave e reiterata ed in tutti gli altri casi previsti dal C.C.N.L. di settore.

Resta ferma la facoltà di recesso da parte del legale rappresentante della Casa di Cura secondo le vigenti disposizioni di legge e del C.C.N.L.

La facoltà di recesso da parte dei dirigenti è disciplinata dalle vigenti disposizioni in materia.

### *1.2.7.14 - Le modalità di erogazione del servizio*

Le linee strategiche della politica sanitaria che la Casa di Cura persegue implicano il pieno coinvolgimento del cittadino-utente, che da oggetto dell'assistenza del Servizio Sanitario diventa sempre più anche soggetto competente, in grado di determinarla e di parteciparvi attivamente.
Lo stesso accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono fortemente condizionati dal grado di conoscenza che i cittadini hanno circa le loro caratteristiche ed il loro funzionamento.
Pertanto, la centralità del cittadino assume valore strategico assoluto per la Casa di Cura ed è perseguita mediante specifiche politiche della comunicazione tese all'informazione, alla formazione ed alla partecipazione. L'assistenza erogata verrà, di conseguenza, costantemente ispirata ai seguenti principi:

- ***personalizzazione*** delle prestazioni con lo scopo di legare l'intervento dei servizi ad uno specifico piano diagnostico terapeutico che tenga conto non solo delle evidenze scientifiche, dei protocolli e delle linee guida ma anche della realtà sociale e delle specificità individuali del cittadino cui le prestazioni sono rivolte, superando per questa via i rischi di autoreferenzialità dei servizi;

- ***informazione***, sistematica e tempestiva, con lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie, così come di indurre un consenso effettivamente informato ai trattamenti e permettere l'esercizio della facoltà di scelta nel rispetto delle regole stabilite;
- ***umanizzazione***, con l'impegno della Casa di Cura ad individuare tutte le possibili azioni di miglioramento volte a favorire la centralità del paziente, ed i suoi bisogni, nel processo di assistenza e cura, ponendo così la persona nella sua interezza e complessità al centro delle attenzioni e delle attività;
- ***partecipazione***, che rappresenta uno strumento essenziale per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte programmatiche condivise, tanto più necessarie con l'evolversi dei rischi, col moltiplicarsi e col progressivo differenziarsi dei bisogni di salute, che determinano la necessità, sempre più pregnante, di un utilizzo oculato delle risorse disponibili.

### *1.2.7.14.1 - La continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici*

La Casa di Cura assume come valore strategico, e quindi come obiettivo da perseguire, la continuità dei percorsi di cura nell'ambito del più complesso processo di integrazione con i servizi delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, degli Enti e Strutture equiparati, e delle altre strutture private accreditate.
Questa è da intendersi come quell'insieme dei processi assistenziali che permettono, da un lato, la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura e, dall'altro, la integrazione massima dei singoli momenti, che si realizza praticamente attraverso l'uso integrato delle risorse umane.
I vantaggi che se ne ricavano sono rilevanti innanzitutto per l'assistito perché viene notevolmente migliorata l'accessibilità ai servizi, nell'ambito di percorsi senza soluzione di continuità, nei quali i cittadini sono orientati e guidati verso le soluzioni più adeguate ai problemi presentati.
Altrettanto significativi sono i benefici per la struttura perché si creano le condizioni migliori per integrare le necessarie competenze multidisciplinari ed i diversi profili professionali, oltre che configurare la struttura organizzativa e funzionale più adeguata per permettere l'utilizzo ottimale dei beni strumentali e delle risorse finanziarie disponibili.

### *1.2.7.14.2 - Il governo clinico*

La Casa di Cura adotta il modello, i principi e le logiche del governo clinico quale sistema mediante il quale l'organizzazione aziendale si rende responsabile del miglioramento continuo della qualità dei suoi servizi e della salvaguardia di elevati standards di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria.
Le attività assistenziali verranno, pertanto, sviluppate nel rispetto dei principi di *efficacia* (intesa come capacità di ottenere la migliore performance possibile sullo stato di salute degli assistiti), *efficienza* (coll'uso razionale ed appropriato delle risorse), *risk management* (inteso come la gestione del rischio clinico con implementazioni di adeguati strumenti e sviluppo della capacità di rilevare, valutare e correggere gli errori), *opinione dell'utente* (intesa come capacità dell'organizzazione di riservare la massima attenzione alle opinioni, segnalazioni e preferenze espresse dagli assistiti, e di trarre da queste ogni utile indicazione per il miglioramento della pratica clinica), *efficacia della formazione* (come capacità di sviluppare adeguati programmi di formazione e valutazione del personale), *efficacia della comunicazione* (come capacità di sviluppare buoni modelli di comunicazione all'interno

dell'organizzazione e verso l'esterno), *miglioramento continuo della qualità* (come programma e capacità di individuare, sviluppare processi innovativi di buona pratica clinica).
Le prestazioni sanitarie in tal modo erogate saranno quindi caratterizzate da elevato grado di "appropriatezza", come frutto di buon governo clinico sul quale basa la possibilità di coniugare, nella pratica professionale, la responsabilità di elevati livelli di efficacia delle prestazioni con la responsabilità di un consumo di risorse appropriato, oltre che quella di orientare i professionisti sanitari e la organizzazione sanitaria a dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità e a ricercare e neutralizzare sprechi ed errori.

### *1.2.7.15 - Le prestazioni e le attività erogate*

Nell'ambito dei posti letto riconosciuti dalla regione, avuto riguardo alle norme contenute nel D.M. 70/2015 sugli standards ospedalieri, ed in relazione agli atti di autorizzazione ed accreditamento, la Casa di Cura, in separate strutture organizzative, con i requisiti prescritti dalla vigente normativa, svolge in favore degli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, le seguenti attività:

- assistenza sanitaria in regime di ricovero a ciclo continuo nella funzione assistenziale di ***Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (T.I.G.C.A.),*** riconducibile a quella originariamente autorizzata di Neuroriabilitazione e Terapia Intensiva;
- assistenza sanitaria in regime di ricovero a ciclo continuo nelle discipline di
  a) ***Neuroriabilitazione (codice 75);***
  b) ***Psichiatria***;
  (N.B.: i posti letto di cui sub a) sono stati riconosciuti alla Casa di Cura nel quadro della programmazione regionale relativa alla redistribuzione dei posti letto di degenza delle case di cura private.
- attività specialistica ambulatoriale esterna ed interna nelle discipline di:
  a) ***neurologia***;
  b) ***elettroneurofisiopatologia***;
  c) ***psichiatria***;
- attività specialistica ambulatoriale interna nella disciplina di ***Cardiologia***.

All'area del disagio mentale è assegnato un nucleo di lavoro con animatori, psicologi ed altro personale specializzato che costituisce una unità valutativa per l'inserimento degli assistiti nell'ambito della struttura, con riferimento alle specifiche esigenze dell'utente sulla base di un'indagine conoscitiva globale, considerando la storia individuale e parentale, la condizione affettiva, relazionale, psicologica, fisica, patologica dell'assistito.
Le diverse professionalità (coordinatore sanitario, psicologo, terapista della riabilitazione, assistente sociale, responsabile di struttura, ecc.) progettano la fase degli interventi da attuare ed i risultati da conseguire in relazione al caso clinico esaminato.

Nell'ambito della competenza nosologica della Casa di Cura, le suddette attività vengono assicurate mediante:

- prestazioni specialistiche del personale medico dipendente nei settori della neurologia, neuroriabilitazione, rianimazione, anestesia, neurofisiopatologia, psichiatria, nonché prestazioni di psicologia clinica;

- prestazioni specialistiche di diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio;
- consulenze specialistiche di alta specialità, ove ed in quanto occorra a mezzo di specialisti esterni per casi clinici particolari; ciò anche a richiesta dei familiari degli assistiti o dell'assistito medesimo che si assumono i relativi oneri finanziari;
- prestazioni farmaceutiche secondo le prescrizioni mediche e sotto la responsabilità del farmacista che le spedisce;
- prestazioni infermieristiche comprendenti, oltre alle normali prestazioni di routine della professione, il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni e delle eventuali recidive, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale per quanto concerne i pazienti ricoverati nella struttura di psichiatria;
- riattivazione tempestiva degli interventi necessari da parti degli altri operatori competenti, in special modo dei rianimatori, per i pazienti assistiti dalla struttura di alta specialità di *Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite*;
- prestazioni di neuroriabilitazione erogate da fisioterapisti, volte ad impedire gli effetti negativi del danno stabilizzato e a migliorare le condizioni fisiche del paziente ricoverato nelle diverse strutture di degenza;
- prestazioni di sostegno psicologico ai degenti della struttura di psichiatria e concorso all'attuazione del progetto terapeutico individuale;
- prestazioni specialistiche di livello ambulatoriale nelle materie di competenza nosologica, anche attraverso particolari forme di convenzionamento esterno;
- prestazioni di assistenza religiosa e spirituale a richiesta dei degenti e dei loro familiari;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto, servizi generali, rapportate alle particolari condizioni dei degenti;
- attività di animazione, occupazionale, ricreativa, di integrazione e di raccordo con l'ambiente sociale per quanto riguarda i degenti nella struttura di psichiatria, attraverso attività ludiche, tecniche psicologiche e riattivazione per soggetti con deterioramento mentale, sistematici incontri con familiari ed amici, nonché attraverso attività di segretariato sociale utilizzando il contributo delle associazioni di volontariato;
- trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della Casa di Cura.

Allo stato, relativamente alla funzione assistenziale svolta nella propria struttura ad alta specializzazione di ***Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite***, l'attività sanitaria viene espletata attraverso un modello organizzativo di erogazione di prestazioni ospedaliere mediante una tipologia di ricovero che trova in atti amministrativi della regione e nel *Documento di Indirizzo Economico Funzionale* annualmente adottato la propria disciplina istituzionale.
I ricoveri sono disposti obbligatoriamente attraverso un sistema di erogazione di prestazioni sanitarie ospedaliere in continuazione di ricovero dei degenti presso Unità Operative di Rianimazione o Neurochirurgia presso presidi ospedalieri pubblici o equiparati con motivata autorizzazione del Direttore Sanitario della struttura di provenienza del degente medesimo.
Il modello organizzativo si inserisce in una organizzazione pubblicistica di collaborazione della Casa di Cura con le strutture pubbliche volta anche all'integrazione dei sistemi assistenziali tipici *dell'area critica e dell'emergenza*.

### *1.2.7.16 - La determinazione della "tariffa" nella cessione dei servizi*

1) Le prestazioni di ricovero a ciclo continuo erogate nell'ambito della funzione assistenziale di ***Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite*** (riconducibile a quella precedentemente autorizzata di Neuroriabilitazione e Terapia Intensiva) vengono remunerate mediante una tariffa giornaliera determinata nel rispetto del principio statuito nell'art. 16, comma 3, della Legge Regionale 9 agosto 2006 n. 26, secondo il quale le prestazioni stesse sono remunerate, *con modalità stabilite dalla Giunta Regionale sulla base del costo standard di produzione del programma di assistenza che garantiscano l'effettiva copertura dei costi relativi ai fattori produttivi impiegati con riferimento agli standards organizzativi previsti dalla normativa vigente.*
   Allo stato, in conformità al su citato principio, la tariffa giornaliera risulta essere quella determinata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1621 del 30 ottobre 2006;

2) le prestazioni di ricovero a ciclo continuo erogate nell'ambito della disciplina di ***Neuroriabilitazione (codice 75)*** verranno remunerate con l'applicazione della tariffa allo stato prevista dall'art. 19 della L.R. 31.12.2009, n.ro 34, salvi tutti i successivi eventuali provvedimenti che saranno adottati in materia di tariffe dalle autorità competenti;

3) le prestazioni di ricovero a ciclo continuo erogate nella disciplina di ***Psichiatria*** verranno remunerate con applicazione del tariffario nazionale di cui ai DD. MM. 15 aprile 1994 e 30 giugno 1997, come integrato dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1464 del 3 ottobre 2006 di cui *sub* 2), fatti salvi tutti i successivi provvedimenti adottati in materia di tariffe dalle Autorità competenti;

4) le prestazioni di specialistica ambulatoriale esterna, erogate nel rispetto delle tipologie e volumi indicati negli accordi contrattuali stipulati con l'azienda sanitaria locale competente verranno remunerate con applicazione delle tariffe stabilite dal Decreto del Ministro della Sanità 22 luglio 1996 con le eventuali integrazioni apportate dalla Regione ai sensi dell'art. 3 del D.M. 12 settembre 2006, e sempre fatti salvi tutti i successivi provvedimenti adottai in materia.

### *1.2.8 - Il sistema dei controlli*

La Casa di Cura si propone di incrementare l'efficacia e la tempestività dei sistemi di verifica, di valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali. Verranno a tal fine predisposti, nell'ambito della pianificazione strategica aziendale, specifici piani operativi con l'esplicitazione chiara e concreta, a tutti i livelli di responsabilità, dei risultati attesi e delle azioni e risorse necessarie a produrli, mettendo a disposizione dei diretti responsabili e della struttura cui fanno riferimento opportuni e significativi indicatori di efficacia e di efficienza gestionale.
Il sistema dei controlli della Casa di Cura è così articolato:

1) ***controllo strategico***: mira a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione degli indirizzi e delle priorità stabilite in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti.
   Tale tipologia di controllo, per la sua natura, fa capo esclusivamente agli organi statutari della Casa di Cura;

2) ***controllo di gestione***: è volto ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati attraverso verifiche ed interventi correttivi sulla efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, con il supporto di una contabilità economico patrimoniale strutturata per centri di costo e delle metodiche di budget. Attraverso tale funzione la direzione aziendale - previa definizione delle modalità di rilevazione e ripartizione dei costi fra le varie strutture e degli indicatori specifici per la valutazione delle attività sanitarie - effettua la valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti delle singole unità operative e dell'intera azienda;
3) ***controllo di regolarità amministrativa e contabile***: è finalizzato a garantire la legalità, regolarità e correttezza della azione amministrativa. Tale tipologia di controllo viene assicurata dal collegio sindacale secondo quanto stabilito dalle norme vigenti. In particolare, le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare i principi generali della revisione aziendale osservato dagli ordini e collegi professionali operanti nel settore, nonché le vigenti disposizioni di legge in materia di diritto societario;
4) ***valutazione del personale con qualifica dirigenziale***: è diretta a valutare le prestazioni ed i comportamenti organizzativi del personale dirigente. La valutazione deve essere rispettosa dei sotto elencati principi ricavabili sia dalla vigente normativa sul Servizio Sanitario Nazionale che dalla contrattazione collettiva:
   - il soggetto che procede alla valutazione del dirigente deve conoscere direttamente l'attività svolta da quest'ultimo;
   - le valutazioni così effettuate sono soggette a verifica da parte di un *valutatore di seconda istanza*;
   - il valutato deve partecipare al procedimento di valutazione, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio, con la possibilità di farsi assistere da consulente di fiducia;
   - la valutazione riguarda le prestazioni nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse umane e organizzative e deve tenere particolarmente conto dei risultati.

La valutazione del personale dirigenziale viene effettuata da apposito organismo di controllo interno, rispetto al quale opereranno eventualmente come *valutatori di seconda istanza* i vertici della direzione aziendale.
I parametri di massima per la valutazione delle funzioni dei dirigenti sono quelli esplicitati al precedente *punto 1.2.7.12*.

## *1.3 - Documentazione del Coordinamento*

Per il conseguimento degli obiettivi stabiliti nella programmazione aziendale, i vertici direzionali di cui al precedente *punto 1.2.7.6* coordineranno la loro azione, in funzione del massimo rendimento nelle attività gestionali, attraverso momenti di collegialità operativa per l'analisi e la verifica delle dinamiche gestionali ed eventuali azioni correttive con adeguamento delle metodiche.
L'organo amministrativo statutario della Casa di Cura, fermi i ruoli e la responsabilità dei livelli direzionali di cui al precedente *punto 1.2.7.6*, per il governo delle attività cliniche e della programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie, nonché per la elaborazione dei programmi di attività dell'azienda, per la organizzazione e sviluppo dei servizi e per l'utilizzo delle risorse umane, si avvale dell'apporto organizzato e sistematico, in relazione alle specifiche competenze, di tutti i Responsabili delle Unità di Degenza e dei Servizi della Casa di Cura i quali,

riuniti di volta in volta in incontri tematici, da tenere di norma con frequenza annuale e comunque in tutti i casi di necessità, garantiranno, con il metodo della collegialità, la loro collaborazione e partecipazione ai processi decisionali di competenza dei livelli di responsabilità direzionale e dell'organo amministrativo statutario della Casa di Cura, nonché il concorso alla formulazione degli indirizzi per i programmi di formazione, dei piani organizzativi per l'attività libero-professionale intramuraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati.
In particolare, la Casa di Cura, con la partecipazione dei vertici direzionali di cui al precedente *punto 1.2.7.6* programma:

- una riunione annuale con i responsabili del Servizio di Farmacia e delle Unità di Degenza per la formulazione del *Prontuario Farmaceutico*;
- una riunione annuale finalizzata alla programmazione degli acquisti per le unità di degenza e per gli ambulatori e alla valutazione di investimenti in tecnologie e innovazioni;
- una riunione annuale finalizzata all'analisi degli indicatori di funzionalità delle singole unità di degenza ed alla ricerca delle soluzioni di eventuali problemi ad essi connessi. La riunione esaminerà inoltre le procedure relative alle interazioni fra le singole Unità di Degenza ed i Servizi all'interno della Casa di Cura, con il fine di assicurare ad ogni paziente il diritto ad usufruire di tutti i servizi presenti all'interno della struttura;
- una riunione annuale finalizzata alla valutazione dei questionari di gradimento degli utenti ed alla elaborazione di strategie ed iniziative per il miglioramento della qualità delle prestazioni.

Salvo deleghe specifiche, e salvo quanto statuito ai *punti 1.2.7.6.1*, *1.2.7.6.2* e *1.2.7.6.3*, i rapporti con i livelli istituzionali, con le associazioni rappresentative dell'utenza e, in generale, con tutti gli organi ed organismi esterni sono intrattenuti direttamente dall'organo amministrativo statutario o suo delegato.

Nel quadro di tali rapporti la Casa di Cura è sempre disponibile per tutti i controlli tecnico-sanitari ed amministrativi richiesti dalla ASL e da tutti gli enti competenti.

La Casa di Cura stipula accordi contrattuali annuali con la ASL per la definizione dei tetti di spesa, sia per le prestazioni in regime di ricovero che per quelle ambulatoriali, ed assolve puntualmente a tutti gli obblighi informativi nei confronti dei livelli istituzionali locali, regionali e nazionali previsti dalla normativa vigente.

## *1.4 - Documentazione della verifica - Le verifiche sugli obiettivi*

La missione aziendale e gli obiettivi esplicitati al *punto 1.2.6* sono sottoposti a verifica e ad aggiornamento periodico.
In particolare:

- *la missione* viene confermata o aggiornata ogni tre anni o, qualora sia necessario, per sopravvenute esigenze di programmazione regionale;
- gli *obiettivi di lungo periodo* sono verificati ed attualizzati di norma ogni tre anni e, comunque, ogni qualvolta si renda necessario;
- gli *obiettivi di breve periodo* sono verificati annualmente attraverso la redazione di un documento, da cui si rileva che la valutazione del raggiungimento degli obiettivi viene effettuata periodicamente con l'analisi valutativa degli scostamenti rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati, delle cause e dei motivi di tali scostamenti e con l'indicazione delle eventuali

misure correttive adottate. Gli obiettivi di breve periodo sono formulati in piena coerenza con le direttrici di programmazione regionale emanate annualmente. In particolare, riguardo a tali obiettivi, tenuto conto che le procedure di verifica fondano sulla "misurabilità" degli stessi, la Casa di Cura intende realizzare:

a) il proseguimento di un adeguato programma di ammodernamento tecnologico e di generale potenziamento delle attrezzature sanitarie nei reparti già avviato da tempo;
b) definizione ed applicazione degli indicatori per i reparti ed ambulatori per la gestione della qualità;
c) aggiornamento della *Carta dei Servizi* in relazione a nuovi assetti operativi;
d) intensificazione delle iniziative per la soddisfazione degli utenti;
e) efficaci iniziative per un vasto programma di formazione del personale, con la realizzazione di specifici progetti formativi, volti non solo a garantire agli operatori l'acquisizione dei crediti ECM, ma anche più elevati livelli di capacità professionale a beneficio dei pazienti.

Al fine di attuare correttamente la valutazione dei propri risultati, la Direzione adotta una procedura di verifiche ispettive interne quale strumento aziendale utile alla verifica dei risultati ed alla gestione della propria documentazione.
Su incarico della Direzione, inoltre, il Responsabile per la Valutazione e Miglioramento della Qualità provvede a verificare l'efficacia dei risultati delle azioni correttive intraprese redigendo un rapporto di Audit da presentare alla Direzione.

## *1.5 - Piano di lavoro della Direzione*

Nell'ottica del perseguimento degli obiettivi di lungo periodo prima delineati, la pianificazione delle attività della Casa di Cura verrà comunque sviluppata in stretta coerenza con le indicazioni del piano sanitario (o piano della salute) regionale e con quelle della programmazione sanitaria dell'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio, che assumono, per questo, un'elevata rilevanza strategica.
Conformemente alle suddette indicazioni, nonché a quelle contenute nei documenti di indirizzo economico-funzionale approvati dalla regione, ed ai bisogni di salute interpretati e documentati negli atti programmatori della ASL di competenza, la Casa di Cura sottoscriverà con quest'ultima gli accordi contrattuali di cui agli artt. 8 quinquies e 8 sexties del D. Lgs 502/1992 e successive modificazione e integrazioni, in cui verranno definiti i piani annuali delle prestazioni, con esplicitazione delle tipologie e volumi delle attività previste per conto ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
In rapporto ai suddetti piani di attività la Casa di Cura adotterà gli opportuni modelli organizzativi ed il più adeguato sistema di azioni aziendali per ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili, con la definizione di scelte assistenziali, gestionali ed organizzative efficaci, in grado di favorire il raggiungimento degli obiettivi identificati, di sviluppare le azioni a sostegno dei risultati e di consentire la migliore espressione delle potenzialità professionali della struttura sanitaria e della sua efficienza operativa.
La Casa di Cura utilizza a tal fine la cultura e la pratica del governo per obiettivi, opportunamente diffusi ed integrati fra i differenti livelli di responsabilità, quale strumento forte di coinvolgimento e di responsabilizzazione degli operatori sugli obiettivi e sui processi sia tecnici, che economico-gestion

## PARTE II$^{a}$ - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Sommario: 2.1 Il quadro organizzativo; 2.2 Accreditamento delle metodiche; 2.3 Accesso; 2.4 Continuità; 2.5 Procedure amministrative; 2.6 Procedure per la gestione delle informazioni sanitarie.

### *2.1 - Il quadro organizzativo*

Gli atti di programmazione regionale relativi alla determinazione del fabbisogno di posti letto nell'ambito dell'ospedalità privata hanno originariamente assegnato a questa Casa di Cura n$^{ro}$ 53 p.l. per attività di ricovero a ciclo continuo. La Giunta Regionale, con propria delibera n$^{ro}$ 2263 del 29 dicembre 2007, a modifica delle precedenti pre-intese a suo tempo raggiunte e sottoscritte, ha fissato nel modo che segue la distribuzione dei posti letto assegnati a questa Casa di Cura:

a) ***Funzione assistenziale ad alta specialità di "Terapia Intensiva per Gra Cerebrolesioni Acquisite (T.I.G.C.A." ……*** ***n$^{ro}$*** **15**
b) ***Neuroriabilitazione (Cod. 75) ……*** ***n$^{ro}$*** **15**
c) ***Psichiatria ……*** ***n$^{ro}$*** **23**
***Tota n$^{ro}$*** **53**

Con successivi provvedimenti (DGR 239/2017, R.R. n.$^{ro}$ 7/2017, DGR 1095/2017, DGR 53/2018, R.R. n.$^{ro}$ 3/2018, DGR 1195/2019, DGR 1726/2019), e, da ultimo, con il Regolamento Regionale n.$^{ro}$ 23 del 2019, la Regione Puglia ha inteso disaccreditare n.$^{ro}$ 7 posti letto di "Psichiatria" così riducendoli da n.$^{ro}$ 23 a n.$^{ro}$ 16. Tutti i sopraelencati provvedimenti regionali sono stati puntualmente impugnati dalla Casa di Cura con regolari ricorsi giurisdizionali che sono tuttora pendenti presso i competenti Organi della Giustizia Amministrativa.
Allo stato, quindi, la Casa di Cura ha in esercizio complessivamente n.$^{ro}$ 46 posti letto istituzionalmente accreditati.
I posti letto di cui sub a) e b) sono allocati al secondo piano della struttura mentre quelli di cui sub c) sono allocati al piano primo.

La Casa di Cura, inoltre, è, allo stato, accreditata per l'esercizio di attività specialistica ambulatoriale per conto ed a carico del S.S.N. sulla base di appostiti accordi contrattuali, nelle sottoelencate discipline, i cui ambulatori sono tutti situati al piano terra della struttura:

- ***Neurologia***
- ***Elettroneurofisiopatologia***
- ***Psichiatria***

Nella Casa di Cura sono, altresì, presenti e regolarmente funzionanti con utilizzo di personale a rapporto di lavoro subordinato e/o libero-professionale i seguenti servizi:

- ***Servizio di Laboratorio analisi chimico-cliniche***
- ***Servizio di Radiologia Medica***
- ***Servizio Farmaceutico***
- ***Servizi Generali (Portineria, Centralino telefonico, Magazzino, Cucina).***

***I servizi di lavanderia, pulizia, disinfezione e disinfestazione sono appaltati all'esterno.***

Sono, inoltre, regolarmente assicurati:

***A) Il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi di cui al D. Lgs. 626/1994 e D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.***

Il Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione dai Rischi è istituito all'interno della Casa di Cura attraverso rapporto di collaborazione istituzionale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Consorziale di Bari, che mette a disposizione della Casa di Cura un professionista, munito di tutti requisiti professionali previsti dall'art. 32 D. Lgs 81/2008, al quale viene affidata la responsabilità del Servizio.
Compiti fondamentali del S.P.P.A. sono i seguenti:

- individuazione dei fattori di rischio, valutazione dei rischi ed individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- elaborazione delle misure preventive e protettive e dei dispositivi di protezione individuali;
- redazione del programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza e i sistemi di controllo di tali misure;
- rielaborazione della valutazione dei rischi in occasione di modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione o della protezione o a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità;
- elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- individuazione, in collaborazione con il datore di lavoro, delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare, nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere;
- proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori e Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia;
- partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35 D. Lgs. 81/2008;
- fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36 D. Lgs. 81/2008 (primo soccorso, lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro, ecc.);
- proporre al datore di lavoro l'adozione di modello di organizzazione e gestione del sistema di sicurezza sul lavoro secondo l'art.30 D. Lgs. 81/2008, prevedendo idonei sistemi di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate.

***B) Il Servizio per i Controlli di Qualità su apparecchiature di radiodiagnostica e adempimenti di radioprotezione previsti dal D. Lgs. N. 230/95 e relativi Decreti applicativi del Ministero della Sanità 14.02.1997 e 29.12.1997***

Il Servizio è affidato a professionista specialista esterno fisico sanitario e riguarda i controlli sulle sottoelencate apparecchiature in dotazione alla Casa di Cura:

1) Impianti di radiologia:
   n. 1 tubo radiologico convenzionale con n. 1 controllo all'anno per apparecchio;
2) Tomografia Assiale Computerizzata:
   n. 1 tubo, n. 4 controlli all'anno con cadenza trimestrale;
3) Camera oscura e relativi accessori:
   n. 1 Camera oscura con n. 1 controllo all'anno.

***C) La Funzione di Sorveglianza Fisica della Protezione da radiazioni ionizzanti da espletarsi ai sensi del D. Lgs. 230/95***

Il Servizio è stato affidato a professionista specialista esterno e riguarda la sorveglianza fisica, ai sensi degli artt. 79, 80 e 81 del D. Lgs. n. 230 del 17.03.1995, sulle apparecchiature radiologiche elencate al precedente punto B).

***D) Il Servizio di Sorveglianza Medica del personale esposto a radiazioni ionizzanti***

Il Servizio è assicurato da professionista esterno e riguarda i lavoratori esposti a rischio Rx: Medici e Tecnici di Radiologia.

***E) Il Servizio del Medico Competente***

La funzione è svolta, mediante contratto di prestazione professionale con specialista esterno in Medicina del Lavoro il quale è obbligato all'osservanza di tutte le leggi e norme vigenti in materia ed alla predisposizione di tutti gli atti necessari alla sicurezza dei lavoratori e deve assolvere a tutte le sottonotate prestazioni sanitarie ed extrasanitarie in massima parte specificate nell'art. 25 del D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81: programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati nei confronti dei dipendenti ivi compresi i lavoratori con contratto a tempo determinato o precari esposti ai rischi lavorativi, distribuiti nelle diverse figure professionali ed assegnate alle diverse mansioni nell'ambito delle strutture, servizi ed uffici della Casa di Cura. Per l'individuazione delle figure professionali sottoposte a rischio lavorativo si farà riferimento al Documento di Valutazione del Rischi approvato dal Consiglio di Amministrazione della Casa di Cura; collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psicofisica dei lavoratori, alla attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro; collaborare inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale; istituire, anche tramite l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio, aggiornare e custodire, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore

sottoposto a sorveglianza sanitaria; consegnare al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e con salvaguardia del segreto professionale; consegnare al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, la documentazione sanitaria in suo possesso e fornirgli le informazioni riguardo alla necessità di conservazione; inviare all'ISPESL, esclusivamente per via telematica le cartelle sanitarie e di rischio nei casi previsti dal D. Lgs. 81/2008, alla cessazione del rapporto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196; fornire informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti; fornire, altresì, a richiesta informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza; informare ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 e, a richiesta dello stesso, rilasciargli copia della documentazione sanitaria; comunicare per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'art. 35, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornire indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psicofisica dei lavoratori; visitare gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi (la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi); partecipare alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria; collaborare con il datore di lavoro alla predisposizione del servizio di pronto soccorso di cui all'art. 45.

***F) Gestione del Manuale interno HACCP - Implementazione Manuale Aziendale sulla Sicurezza Alimentare (Piano di Autocontrollo) ai sensi del Regolamento CE n. 852/04***

Con l'entrata in vigore del pacchetto igiene ed in particolare del Regolamento CE n. 852/04, abolendo il D. Lgs. n. 155/97, è stata ribadita l'importanza e l'obbligatorietà del metodo HACCP per l'attuazione della procedura: ***Manuale Aziendale di Autocontrollo.***
Il metodo parte dalla ricerca di tutti i *pericoli, biologici, chimici e fisici* che potrebbero essere presenti sia durante le fasi produttive di un alimento, sia durante tutte le altre fasi precedenti e successive come l'approvvigionamento, lo stoccaggio, la conservazione, il trasporto delle materie prime, e la distribuzione del prodotto finito compresa la conservabilità per la cessione al consumatore finale.
In pratica, ognuna di queste fasi deve essere sottoposta ad una attenta analisi, in modo da adottare dei sistemi di prevenzione adeguati.
Il monitoraggio (osservazione continua nel tempo e la registrazione di tutti i fattori che possono concorrere al "rischio" permettono di individuare i comportamenti ottimali al fine di una valida prevenzione.
L'incarico è affidato, mediante contratto di prestazione professionale.

***G) Servizio Tecnico e di Ingegneria Clinica***

Il relativo incarico è stato affidato al Tecnico Ingegnere ed implica lo svolgimento delle seguenti attività:

1) Predisposizione dell'inventario delle apparecchiature biomediche contenente dati riassuntivi di tipo storico, economico e tecnico, utili a valutare la congruità e lo stato di manutenzione ed uso, anche al fine del rinnovo tecnologico;
2) Consulenza sulle procedure d'acquisto di nuove apparecchiature biomediche e dispositivi medici, finalizzati anche a garantire un uso in sicurezza delle stesse;
3) Redazione di un piano di manutenzione delle apparecchiature biomediche distinguendo la manutenzione ordinaria da quella straordinaria, comprendendo anche le verifiche di sicurezza elettrica delle apparecchiature.

All'interno della Direzione Sanitaria sono, infine, strutturate le seguenti unità organizzative:

a) ***Ufficio per la Valutazione, Verifica e Miglioramento della Qualità*** con lo scopo di assumere iniziative ed implementare progetti che prevedono:

- l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- la determinazione delle cause possibili;
- la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
- la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative e progetti possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzative, amministrative, ecc.);

***b) Unità per la Gestione del Rischio Clinico***

Essa è finalizzata alla massimizzazione – nel quadro delle strategie di *governo clinico* e di *miglioramento continuo della qualità* – del livello di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso metodi di identificazione di eventi avversi o sfavorevoli, al fine di soddisfare l'esigenza fondamentale che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. L'Unità organizzativa dovrà curare che la gestione del rischio interessi tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante le varie fasi del processo clinico assistenziale del paziente, nell'ottica di una gestione integrata del rischio stesso per apportare i necessari cambiamenti nella pratica clinica, e per promuovere lo sviluppo di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori.
Nello svolgimento della propria attività l'unità per la gestione del rischio clinico seguirà lo specifico percorso metodologico per lo studio dei rischi sanitari costituito da:

- identificazione dei rischi: verifiche professionali (audits), reclami, lamentele, eventi sentinella;

- analisi dei rischi: accertamento della gravità, analisi delle cause remote;
- valutazione dei rischi: registri dei rischi, piani di azione;
- trattamento dei rischi: eliminazione o riduzione dei rischi;
- monitoraggio continuo: controllo della efficacia delle indagini e delle azioni;
- comunicazione dei rischi: comunicazione dei rischi e degli esiti delle indagini.

***c) Servizio di Assistenza Sociale***

Ruolo del Servizio Sociale è quello di individuare le esigenze dell'assistito durante le fasi del ricovero, circostanza nella quale il soggetto si trova in situazione di maggiore fragilità sia fisica che emotiva, e collegare i bisogni emergenti con la quotidianità del dopo ricovero.
Il lavoro dell'Assistente Sociale si diversifica a seconda degli interventi messi in atto durante la degenza e a seconda dell'Unità Operativa in cui opera:

**1) Raggruppamento Unità di Degenza: Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (T.I.G.C.A.) e Neuroriabilitazione (cod. 75)**

- partecipa al momento del ricovero all'incontro con i familiari del paziente per illustrare le regole della Struttura, le modalità operative che regolano l'accesso al Reparto;
- redige la storia sociale del paziente con particolare attenzione all'individuazione delle risorse familiari che possono interagire con l'équipe nel programma riabilitativo;
- cura - nell'orario di accesso dei parenti in Reparto - che questi mantengano un giusto approccio con il proprio congiunto per evitare che intraprendano iniziative che potrebbero essere di nocumento;
- si attiva per reperire, in accordo con l'A.S.L. di residenza del paziente, strutture idonee dove questi possa proseguire la degenza una volta terminato l'iter riabilitativo intensivo, qualora sussistano difficoltà da parte del nucleo familiare per una gestione domiciliare o le condizioni del paziente non la consentano;
- partecipa alle riunioni di auditing per fornire informazioni utili emerse durante i colloqui con i familiari;
- organizza e presiede all'incontro dei pazienti con minori di anni 12 appartenenti al nucleo familiare, qualora i Medici dell'U.O. lo ritengano utile nel percorso riabilitativo;
- collabora con gli Uffici amministrativi della struttura per gli adempimenti burocratici che precedono la dimissione (richieste ausili, protesi necessari all'atto della dimissione, richieste di assistenza domiciliare);
- segnala alle Amministrazioni comunali, ai Servizi competenti le difficoltà economiche insorte nel nucleo familiare a seguito della patologia che può aver determinato invalidità o inabilità al lavoro;
- fornisce informazioni ai parenti circa gli adempimenti necessari per avviare pratiche a fini pensionistici;
- accoglie suggerimenti e registra eventuali reclami atti a verificare il livello di soddisfazione degli utenti e migliorare la qualità dei servizi erogati.

**2) Unità Operativa di Psichiatria**

- partecipa all'accoglienza del paziente e dei familiari per illustrare le regole della Struttura, gli orari e le modalità di accesso;

- compila la storia sociale del paziente, utile all'équipe per fornire notizie sulle dinamiche familiari e sociali del soggetto;
- svolge un'azione di intermediazione e sostegno laddove emergano difficoltà relazionali tra il paziente ed il suo nucleo familiare;
- fornisce chiarimenti e supporto sia al paziente che ai suoi familiari nei rapporti con le strutture territoriali, favorendo la collaborazione con quest'ultime nel caso di richieste di inserimento in strutture protette, case alloggio, comunità riabilitative;
- analizza ed interpreta le problematiche che costituiscono fattori di rischio e di esclusione sociale;
- reperisce e promuove contatti con la rete sociale per il reinserimento del soggetto al rientro nel proprio ambiente.

***d) Servizio per il Coordinamento dei Servizi Infermieristici***

E' preposto all'esercizio di funzioni di programmazione, gestione e controllo delle risorse umane infermieristiche e di supporto per lo svolgimento ottimale dei percorsi assistenziali, in conformità agli indirizzi della Direzione Sanitaria e dell'Amministrazione per il perseguimento delle seguenti finalità:

- garantire un'assistenza infermieristica efficace, efficiente, personalizzata, di qualità ed adeguata, nel rispetto delle differenze etiche, sociali e culturali delle singole persone;
- garantire un'assistenza alberghiera coerente con i bisogni dei cittadini e con gli obiettivi del servizio;
- promuovere, per la parte di sua competenza, l'integrazione tra le varie professionalità sanitarie e sociali presenti nella struttura;
- collaborare con gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e con le associazioni di volontariato allo scopo di garantire la qualità del soggiorno dei pazienti nella struttura sanitaria;
- progettare modelli organizzativi assistenziali basati sui bisogni dei cittadini in un'ottica di economicità, di qualità e di coerenza con le strategie della Casa di Cura;
- valorizzare le risorse professionali.

Nel quadro delle suddette finalità assume carattere di priorità il conseguimento dei sottoelencati obiettivi:

- raggiungere un'assistenza mirata, efficace, personalizzata e di elevata qualità, attraverso l'applicazione del processo e piano di assistenza infermieristica;
- perseguire, anche attraverso l'integrazione con gli altri professionisti che intervengono nel processo assistenziale, la qualità dell'assistenza globale erogata;
- perseguire la costante innovazione nei sistemi documentali relativi all'assistenza infermieristica e a tutte le attività di carattere amministrativo ed organizzativo di competenza (cartella infermieristica, protocolli assistenziali ed operativi, procedure, ecc.);
- promuovere l'integrazione del personale neo-assunto mediante l'attuazione di programmi per l'accoglimento, l'inserimento, la formazione e la valutazione dello stesso;
- attuare la formazione continua e promuovere l'aggiornamento periodico, finalizzati allo sviluppo dell'assistenza e della ricerca;

- contribuire alla formazione ed all'aggiornamento del personale di supporto (ausiliari/OTA/OSS) e definire protocolli operativi per il lavoro dei medesimi;
- mantenere relazioni collaborative con i pazienti, i familiari, i visitatori e le organizzazioni per la tutela dei diritti dei cittadini;
- osservare e far osservare le modalità che regolano la convivenza nelle strutture di ricovero e cura (diritti e doveri dei cittadini e degli operatori, carta dei servizi, ecc.);
- garantire l'assistenza spirituale ai cittadini secondo il proprio credo, così come da loro manifestato e dal personale infermieristico percepito.

***e) Servizio di Guardia Medica***

Per le Unità di Degenza non coperte da guardia attiva h 24 e non ad alta specializzazione, in alternativa al Servizio di Pronta Disponibilità, può, eventualmente, essere assicurato per gli orari notturni prefestivi e festivi il Servizio di Guardia Medica con utilizzo di personale medico sulla base di specifici contratti di lavoro a rapporto libero-professionale.

***f) Sistema Informativo***

La Casa di Cura ha implementato un Sistema Informativo, con la nomina di apposito Responsabile, finalizzato alla raccolta, gestione, elaborazione, archiviazione e trasmissione dei dati di struttura, processo ed esito con gli obiettivi di:

- gestire, predisporre ed inviare alla Regione e/o ai competenti Ministeri gli specifici flussi informativi richiesti ovvero previsti da norme e regolamenti;
- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi dell'Azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza, con particolare riferimento alla elaborazione dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per le attività di verifica e miglioramento della qualità.

Al Sistema Informativo aziendale è preposto un Responsabile con il compito di provvedere allo sviluppo di nuove funzionalità ed adeguamento normativo, nonché alla raccolta e verifica della qualità e diffusione dei dati. La stessa figura, d'accordo con i dirigenti della struttura sanitaria, definisce i profili dei diversi operatori che accedono al S.I.S. al fine di garantire una adeguata sicurezza e protezione dei dati nel rispetto delle normative vigenti. E' compito del Responsabile applicativo interagire con gli enti esterni, predisposti alla verifica e controllo dell'attività della struttura sanitaria, al fine di garantire la rapida e corretta produzione dei flussi nel rispetto delle normative in atto.

Il Responsabile applicativo verifica periodicamente il corretto funzionamento dei flussi informativi interni al fine di rendere disponibile in tempo reale un'informazione corretta ai diversi servizi al fine di rendere gli stessi più efficienti e garantire un servizio qualitativamente elevato all'utenza. Qualsiasi modifica dei flussi informativi interni viene proposta e concordata con la dirigenza amministrativa e sanitaria della Casa di Cura.

L'eventuale interazione del S.I.S. con i sistemi informativi di altri Enti istituzionali è garantita dalla presenza del Responsabile Applicativo che adatterà il software con le specifiche di comunicazione dettate dall'Ente.

Il Responsabile del Sistema Informativo e delle Procedure cura, inoltre, l'avvio a regime anche dei moduli applicativi che completano il S.I.S. sia dal punto di vista sanitario che amministrativo: Cartella Clinica e Gestione Documenti.
La responsabilità del Sistema, allo stato, è affidata ad esperto informatico esterno.

***g) Servizio di assistenza spirituale***

Il Servizio di assistenza religiosa, su indicazione dell'Ordinario Diocesano, è assicurato da Sacerdoti che assicurano la celebrazione della Santa Messa e le funzioni di assistenza spirituale agli ammalati.

***h) Consulenze specialistiche***

Le specifiche esigenze di attività di consulenza specialistica e professionale vengono soddisfatte mediante rapporti convenzionali con Aziende Sanitarie pubbliche, con Enti equiparati, con Strutture Private, ovvero con contratti di prestazioni libero-professionali con liberi professionisti o con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa.

Tutto il personale medico dipendente, nonché il restante personale dirigente sanitario ed i professionisti sanitari aventi titolo, hanno facoltà di esercitare attività libero-professionale intramuraria ai sensi della normativa legislativa e contrattuale vigente e sulla base dell'apposito regolamento interno approvato dal Consiglio di Amministrazione.

La Casa di Cura adotta politiche per garantire e mettere a disposizione personale costantemente adeguato al volume ed alla tipologia delle attività generali, delle Unità di Degenza e degli Ambulatori, sia per numero che per qualifica professionale, per un ordinato svolgimento delle attività istituzionali e per far fronte a tutte le necessità contingenti.
A tal fine, la Direzione monitorizza ed adegua, con puntualità e tempestività, la struttura organizzativa della Casa di Cura in rapporto al numero di addetti e loro specializzazioni, in funzione del volume delle prestazioni da erogare, dei programmi di miglioramento in atto e degli obiettivi specifici e strategie da raggiungere per garantire lo standard qualitativo delle prestazioni erogate.
Si rappresenta, di seguito, il quadro distributivo attuale delle risorse umane, per numero e specializzazioni, nelle Unità Operative e Servizi nella Casa di Cura:

***A) RAGGRUPPAMENTO DI UNITA' DI DEGENZA: TERAPIA INTENSIVA PER GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE*** (riconducibile a quella precedentemente autorizzata di Neuroriabilitazione e Terapia Intensiva) ***(T.I.G.C.A.) – NEURORIABILITAZIONE (Cod. 75)***

**Coordinatore di Raggruppamento**: Medico Specialista in Anestesia e Rianimazione, ovvero Neurologia, ovvero Fisiatria.

**<u>Personale Medico:</u>**

| Qualifica | Tipo rapporto di lavoro | N$^{ro}$ | T.I.G.C.A. | Neuroriabilitazione (Cod. 75) |
|---|---|---|---|---|
| | | | N$^{ro}$ | N$^{ro}$ |
| Neurologo – Medico Responsabile | Libero-Professionale | 1 | | 1 |
| Anestesista Rianimatore - Medico Responsabile | Coll. Cont. | 1 | 1 | |
| Anestesista Rianimatore Aiuto | T.I. - T.P. | 3 | 3 | |
| Anestesista Rianimatore Consulente | Libero-Professionale | 8 | 8 | |
| Neurologo Consulente | Libero-Professionale | 1 | 1 | 1 |
| Neurologo Aiuto | T.I. - T.P | 3 | | 3 |
| Cardiologo Consulente | Libero-Professionale | 1 | 1 | 1 |

**Personale Infermieristico:**

| Qualifica | Tipo rapporto di lavoro | N$^{ro}$ | T.I.G.C.A. | Neuroriabilitazione (Cod. 75) |
|---|---|---|---|---|
| | | | N$^{ro}$ | N$^{ro}$ |
| Coordinatore (Caposala) | T.I. - T.P | 1 | | 1 |
| Coordinatore (Caposala) | Libero-Professionale | 1 | 1 | |
| Infermieri | T.I. - T.P | 24 | 12 | 12 |
| Infermieri | Libero-Professionale | 1 | 1 | |

**Personale di Riabilitazione**:

| Qualifica | Tipo rapporto di lavoro | N$^{ro}$ | T.I.G.C.A. | Neuroriabilitazione (Cod. 75) |
|---|---|---|---|---|
| | | | N$^{ro}$ | N$^{ro}$ |
| Fisioterapista | T.I. - T.P. | 7 | 3 | 4 |
| Logopedista | T.I. – T.P. | 2 | 1 | 1 |

**Psicologi**:

N. 1 Psicologo per il Raggruppamento T.I. - T.P.

**Personale di Assistenza Sociale**:

N. 1 Assistente Sociale per il Raggruppamento T.I. - T.P.

**Personale OTA/OSS/Ausiliario**:

N. 12 Unità che ruotano, in equilibrata combinazione, nel Raggruppamento, nei Servizi Ambulatoriali e nella Palestra Riabilitativa.

| Qualifica | Tipo rapporto di lavoro | N$^{ro}$ | T.I.G.C.A. | Neuroriabilitazione (Cod. 75) |
|---|---|---|---|---|
| | | | N$^{ro}$ | N$^{ro}$ |
| O.S.S. | T.I. - T.P. | 11 | 5 | 6 |
| O.S.S. | Libero-Professionale | 1 | 1 | |
| Ausiliario | T.D. – T.P. | 1 | | |
| Ausiliario | T.D. – P.T. | 1 | | |

## *B) UNITA' DI DEGENZA: PSICHIATRIA*

**Personale Medico**:

Medico Responsabile n.$^{ro}$ 1
Dirigente Medico Aiuto n.$^{ro}$ 3 T.I. - T.P.

**Psicologo**:

N. 1 Psicologo T.I. - T.P.

**Personale di Assistenza Sociale**:

N. 1 Assistente Sociale T.I. - T.P.
**Personale Infermieristico**:

| Qualifica | Tipo rapporto di lavoro | N$^{ro}$ |
|---|---|---|
| Coordinatore (Caposala) | T.I. - T.P. | 1 |
| Infermieri | T.I. - T.P | 5 |
| Infermieri | T.D. – T.P | 2 |

**Personale OSS/OTA**:

| Qualifica | Tipo Rapporto di lavoro | N$^{ro}$ |
|---|---|---|
| O.S.S. | T.I. - T.P | 3 |
| O.T.A. | T.I. - T.P | 1 |

**Personale di Animazione**:

N. 1 Animatori T.I. – P.T.

## *C) SERVIZI AMBULATORIALI*

**Ambulatorio di Neurologia**
**Ambulatorio di Elettroneurofisiopatologia**
**Ambulatorio di Psichiatria**

**Personale Medico**:

Medico Responsabile Neurologo – T.I. – T.P. n.$^{ro}$ 1

**Personale Tecnico**:

Tecnico di Neurofisiopatologia – T.I. – T.P. n.$^{ro}$ 1

Le prestazioni mediche per la disciplina di Psichiatria vengono effettuate dal personale medico specialista della relativa Unità di Degenza.

Le esigenze complessive di personale infermieristico vengono soddisfatte dagli infermieri delle Unità di Degenza.

## *D) LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA*

**Biologi**:

Biologo Coadiutore – T.I. – T.P. n.$^{ro}$ 1
Biologa - Rapporto libero-professionale n.$^{ro}$ 2

**Personale Tecnico**:

Tecnico di Laboratorio – T.I. – T.P. n.$^{ro}$ 1

## *E) SERVIZIO DI RADIOLOGIA*

**Personale Medico**:

Medici Radiologi – Rapporto libero-professionale n.ro 2

**Personale Tecnico**:

Tecnico di Radiologia Medica – Rapporto libero-professionale n.ro 1

### *F) SERVIZIO DI FARMACIA*

Dirigente Farmacista Responsabile – T.D. – P.T. n.ro 1
Commesso Magazziniere – T.I. - T.P. n.ro 1

### *G) SERVIZI GENERALI* (Portineria, cucina, magazzino, centralino, servizi generali vari)

N. 9 unità di personale ausiliario addetto ai vari servizi.

| Qualifica | Tipo rapporto di lavoro | N.ro |
|---|---|---|
| Cuoca | T.I. - T.P | 1 |
| Aiuto Cuoche | T.I. - T.P | 3 |
| Aiuto Cuoche | T.I. – P.T. | 1 |
| Portieri Centralinisti | T.I. - T.P | 3 |
| Aus. Socio Sanitario | T.I. - T.P | 1 |

Tutte le attività di pulizia delle superfici interne ed esterne, di manutenzione ordinaria e straordinaria dell'immobile e degli impianti, delle apparecchiature elettromedicali e del parco esterno, nonché il servizio di lavanderia sono appaltati a ditte esterne.

### *H) DIREZIONE SANITARIA*

Direttore Sanitario - Specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Caposala con funzione anche di Coordinatore Servizi Infermieristici.
Le mansioni impiegatizie e di segreteria vengono assicurate dal personale addetto agli uffici amministrative.

### *I) UNITA' PER LA VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'*

**Responsabile dell'Unità** – Direttore Sanitario coadiuvato da altro Medico Specialista nominato dall'Amministrazione con funzioni vicarie.

*Componenti*:

- Responsabile del Servizio di Ingegneria Clinica;
- Responsabile Ufficio Statistica/DRG della Direzione Sanitaria;
- Coordinatore Servizi Infermieristici;

- Coordinatore Servizio Assistenza Sociale.

***L) UNITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO***

**Responsabile dell'Unità** – Direttore Sanitario o altro operatore nominato dall'Amministrazione

*Componenti*:
- Responsabile del Servizio di Ingegneria Clinica;
- N. 1 Specialista Neurologo;
- N. 1 Specialista Anestesista Rianimatore;
- N. 1 Coordinatore Servizi Infermieristici.

***M) UFFICI AMMINISTRATIVI***

Dirigente: a rapporto libero-professionale n.ro 1

Impiegati: - T.I. – T.P. n.ro 2
- Rapporto di Collaborazione Coordinata e Continuativa n.ro 2

**Allegato**

**A.01.02.01.1 Regolamento interno**

## *2.2 - Accreditamento delle metodiche*

### *2.2 - Accreditamento delle Metodiche*

L'attività di diagnosi e cura è basata sulla osservanza di linee guida riconosciute dalle Associazioni Scientifiche pertinenti le specialità delle varie U.D.D.
Tali linee Guida sono esplicitate e condivise dal Responsabile e dai medici di ciascuna U.D.D.
Anche l'attività infermieristica è organizzata sulle direttive di Protocolli Operativi condivisi dalla Direzione Sanitaria, Caposala ed Infermieri.
Infine le attività ambulatoriali seguono metodologie e tecniche diagnostiche validate dalle Associazioni Scientifiche.

**Allegati**

**A.01.02.02.1a Linee Guida relative alle principale patologie trattate nelle varie U.D.D.**
**A.01.02.02.1b Protocolli Operativi, Tecniche e Procedure Infermieristiche**
**A.01.02.02.1c Protocolli Diagnostici e Strumentali per le Attività Ambulatoriali**

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

### *2.3 - Accesso*

**Prestazioni Ambulatoriali**
La prenotazione per le prestazioni ambulatoriali, può essere effettuata o telefonicamente al numero 0832 224152 o di persona presentandosi presso la struttura muniti di richiesta nei casi di esame in convenzione.
I servizi di prenotazione telefonica sono garantiti secondo le seguenti modalità:
dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,30.

I dati richiesti per effettuare la prenotazione sono:
- Cognome e nome
- Data e luogo di nascita
- Residenza
- Recapito telefonico

Per gli assistiti del S.S.R. vengono fatti salvi tutti i provvedimenti e direttive della ASL in merito all'apertura delle agende di prenotazione al CUP Aziendale ASL.

I documenti richiesti per effettuare l'accettazione sono:
- Richiesta del medico curante (ove necessaria)
- Tessera sanitaria
- Ricevuta dell'avvenuto pagamento del ticket.

I tempi minimi e massimi di attesa tra prenotazione ed esecuzione dell'esame ambulatoriale sono i seguenti:
NEUROLOGIA:
Visita 15/30 giorni
PSICHIATRIA:
Visita 3/7 giorni
NEUROFISIOPATOLOGIA:
Elettroencefalogramma 7/10 giorni
Elettromiografia 15/60 giorni
Potenziali evocati 15/60 giorni

I tempi di attesa vengono monitorati semestralmente attraverso una valutazione statistica dei dati rilevati dalle Agende di prenotazione a cura dell'Ufficio Qualità che riporta alla Direzione.
**Modalità di pagamento**
Le prestazioni ambulatoriali in regime di accordo contrattuale con la A.S.L. vengono erogate o dietro pagamento del ticket o in esenzione per gli aventi diritto, così come prevede la normativa vigente.
Le prestazioni effettuate non in regime di accordo contrattuale e quelle effettuate in regime di attività libero professionale intramoenia sono pagate dagli utenti in base ad un tariffario predisposto dalla Casa di Cura.
Il pagamento delle prestazioni erogate avviene in contanti o tramite P.O.S. con carte di credito o tessera bancomat, previo rilascio di relativa fattura emessa dalla Casa di Cura sia per il pagamento del

ticket nelle prestazioni in regime di accordo contrattuale che per il pagamento dell'intera prestazione per le attività non in regime di accordo ed in intramoenia.
In caso di mancata esecuzione della prestazione, l'utente ha diritto al rimborso del ticket o del corrispettivo pagato, previa presentazione all'ufficio cassa del modulo rilasciato dall'ambulatorio o servizio interessato.

**Prestazioni Sanitarie in regime di Ricovero**

**Ricoveri Programmati**
Le prenotazioni per richieste di ricovero, volontario, programmato, filtrate dall'Ufficio Accettazione Sanitaria, vengono effettuate, anche telefonicamente, nei giorni feriali dalle ore 9.00 alle ore 14.00 e dalle ore 16.00 alle ore 20.00.
Detta prenotazione, viene registrata dal sanitario nell'apposito registro di attesa.
L'utente al momento della prenotazione viene informato della probabile data e dell'orario del proprio ricovero. La data verrà confermata mediante telefonata, il giorno precedente il ricovero.
L'utente, al momento del ricovero, deve esibire la richiesta del Medico di Medicina Generale redatta su apposito modulario del Servizio Sanitario Nazionale, recante informazioni sulle motivazioni del ricovero.
Altri documenti richiesti sono:

- Documento di identità in corso di validità
- Tessera sanitaria

I tempi di attesa vengono monitorati semestralmente attraverso una valutazione statistica dei dati rilevati dai Registri di prenotazione a cura dell'Ufficio Qualità, e trasmessa alla Direzione.
Vengono fatte salve tutte le speciali disposizioni della Regione Puglia e della ASL LE in merito a condizioni di appropriatezza e modalità di ricovero, nonché criteri di eleggibilità dei pazienti specialmente per i ricoveri nei Reparti di T.I.G.C.A. e Neuroriabilitazione cod. 75.

**Ricoveri Urgenti**
Il ricovero in urgenza è condizionato dalla disponibilità di posto letto oltre che dal parere del medico accettante. In caso di non disponibilità di posti letto, si provvederà ad indirizzare il paziente verso altra struttura idonea.

**Modalità di pagamento**
Tutti i posti letto della Casa di Cura sono autorizzati e/o provvisoriamente accreditati e, pertanto, a totale carico del SSN.
Per i cittadini della UE o con accordo bilaterale il pagamento relativo al ricovero è regolato dalle specifiche norme vigenti.
Per i cittadini extracomunitari vigono le norme relative alle condizioni di cittadini assicurati o paganti in proprio. In ogni caso, tutti i cittadini, ovunque residenti, possono fare richiesta di ricovero con spesa a proprio carico o a carico di enti assicurativi.

***2.4 - Continuità***

In questo paragrafo la Direzione Generale definisce le modalità di gestione della turnazione degli

operatori appartenenti alle varie qualifiche, al fine di garantire la continuità assistenziale ed un opportuno livello delle prestazioni erogate agli utenti.

**Abbreviazioni**

| Acronimo | Descrizione |
|---|---|
| DS | Direzione Sanitaria |
| RUO/SER | Responsabile Unità Operativa/Servizio |
| UU.OO./SER | Unità Operative/Servizio |
| TR | Tecnici Radiologia |
| TLAB | Tecnici Laboratorio Analisi |
| CS | Capo Sala |
| CT | Capo Tecnico |

Le responsabilità della gestione della turnistica sono descritte nella seguente tabella:

| Responsabilità | Attività |
|---|---|
| DS | Approvazione definitiva ed emissione dei turni di servizio e di reperibilità de Responsabili delle U.D.D. e di tutti gli operatori dei Raggruppamenti/Servizi |
| RUO/SER | Predisposizione ed approvazione dei turni di servizio e di reperibilità dei medi e di tutti gli operatori del Raggruppamento/Servizio di competenz |
| CS/CT | Predisposizione dei turni di servizio. |

**Personale Medico**

I turni del personale medico vengono redatti sul ***Foglio di turnistica*** che prevedono la copertura del servizio così come illustrato schematicamente nella tabella di seguito riportata:

| Raggruppamento/Unità di Degenza | Orario di servizio attivo | Reperibilità |
|---|---|---|
| Coordinatore del Raggruppamento A | Lunedì - Sabato 08,00 – 14,20<br>Festivi | 08,00 – 20,00 20,00 – 08,00 |
| U.D.D. Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite | Lunedì - Sabato 08,00 – 20,00<br>20,00 – 08,00<br>Festivi 08,00 – 20,00<br>20,00 – 08,00 | Nella U.D.D. vi è guarda attiva 24 ed un turno di reperibilità pomeridiana nei prefestivi e festivi e notturna 7/7 gg |
| U.D.D. Neuroriabilitazione (cod. 75) | Lunedì - Venerdì 08,00 – 20,00<br>Sabato - Festivi 08,00 – 14,00 | |
| U.D.D. Psichiatria | Lunedì – Venerdì 08,00 – 20,00<br>Sabato 08,00 – 14,00<br>Festivo 08,00 – 12,00 | 20,00 – 08,00<br>14,00 – 20,00 20,00 – 08,00<br>20,00 – 08,00 |
| Direzione Sanitaria | Lunedì - Sabato 08,00 – 14,20<br>Festivi | |
| Ambulatorio di Neurologia | Lunedì - Venerdì 07,00 – 20,00 | no |

| | | |
|---|---|---|
| | Sabato 07,00 – 14,00<br>Festivi no | |
| Ambulatorio di Psichiatria | Lunedì - Venerdì 09,00 – 20,00<br>Sabato 08,00 – 12,00<br>Festivi no | no |
| Ambulatorio di Neurofisiopatologia | Lunedì - Venerdì 07,00 – 20,00<br>Sabato 07,00 – 14,00<br>Festivi no | no |

Il personale medico comunica per iscritto al RUO/SER, entro il 15 del mese precedente, le proprie indisponibilità (congedo ordinario, straordinario, assenze contrattuali a vario titolo).
I RUO/SER in base alle indisponibilità espresse redigono ed emettono il ***prospetto*** dei turni di servizio e di pronta disponibilità delle proprie U.D.D.
Il Direttore Sanitario (DS), valutata e verificata la congruità della turnistica, autorizza ed emette i calendari/Foglio/Moduli, che sono restituiti alle U.D.D. interessate, mentre copia degli stessi è inviata all'Ufficio del Personale che redige il ***Prospetto di Pronta Disponibilità*** che approvato dalla DS viene distribuito nelle U.D.D. di competenza, mentre una copia viene inviata al centralino per la rintracciabilità degli operatori inseriti nei medesimi turni di reperibilità.
Sono ammessi scambi dei turni e delle reperibilità, se autorizzati dal RUO/SER. Gli operatori che effettuano sostituzioni o scambi di reperibilità controfirmano la variazione per presa visione ed impegno
I turni e le reperibilità effettivamente svolti, con menzione delle variazioni avvenute, sono inviati a fine mese alla DS e conservati presso l'Ufficio del Personale per 5 anni. I cartellini presenze sono archiviati presso l'Ufficio Personale per 5 anni. I registri aziendali obbligatori, i registri presenza, i registri infortuni, i libri paga sono archiviati, senza limiti di tempo, presso l'Azienda.

**Personale Infermieristico, O.T.A. ed ausiliario**

I turni del personale infermieristico ed ausiliario prevedono la copertura del servizio 24 ore su 24.
La turnistica è redatta entro il 15 del mese precedente su **Foglio** dai CS (Caposala) in base alle necessità delle U.D.D./SER ed alle richieste di congedo ordinario e di assenza contrattuale a vario titolo.
La turistica viene quindi esaminata, valutata ed approvata dalla DS e quindi inviata per l'approvazione definitiva ai RUO/SER e CS.
I cambi di turno sono consentiti e devono essere richiesti su apposito ***Modulo*** ed autorizzati dalla DS.
Copia della turnistica in corso viene inviata all'Ufficio del Personale ed alla DS.
Nella tabella sono rappresentati schematicamente i turni di servizio del personale Infermieristico ed ausiliario operanti nella struttura:

**Unità di Degenza di TERAPIA INTENSIVA PER GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE**

| Giorni | Orario | Qualifica | N. ro operatori |
|---|---|---|---|
| Lunedì - Sabato | 08,00 -14,00 | Capo Sala | 1 |
| | | | |
| Lunedì - Sabato | 07,00 – 14,00 | Infermieri | 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lunedì - Sabato | 14,00 – 21,00 | Infermieri | 3 |
| Lunedì - Sabato | 21,00 – 07,00 | Infermieri | 2 |
| | | | |
| Domenica e festivi | 07,00 – 14,00 | Infermieri | 2 |
| Domenica e festivi | 14,00 – 21,00 | Infermieri | 2 |
| Domenica e festivi | 21,00 – 07,00 | Infermieri | 2 |
| | | | |
| Lunedì - Sabato | 07,00 – 14,00 | O.T.A./O.S.S./Ausiliari | 2 |
| Lunedì - Sabato | 14,00 – 21,00 | O.T.A./O.S.S./Ausiliari | 2 |
| Lunedì - Sabato | 21,00 – 07,00 | O.T.A./O.S.S./Ausiliari | 1 |
| | | | |
| Domenica e festivi | 07,00 – 14,00 | O.T.A./O.S.S./Ausiliari | 1 |
| Domenica e festivi | 14,00 – 21,00 | O.T.A./O.S.S./Ausiliari | 1 |
| Domenica e festivi | 21,00 – 07,00 | O.T.A./O.S.S./Ausiliari | 1 |

## *2.5 Procedure Amministrative*

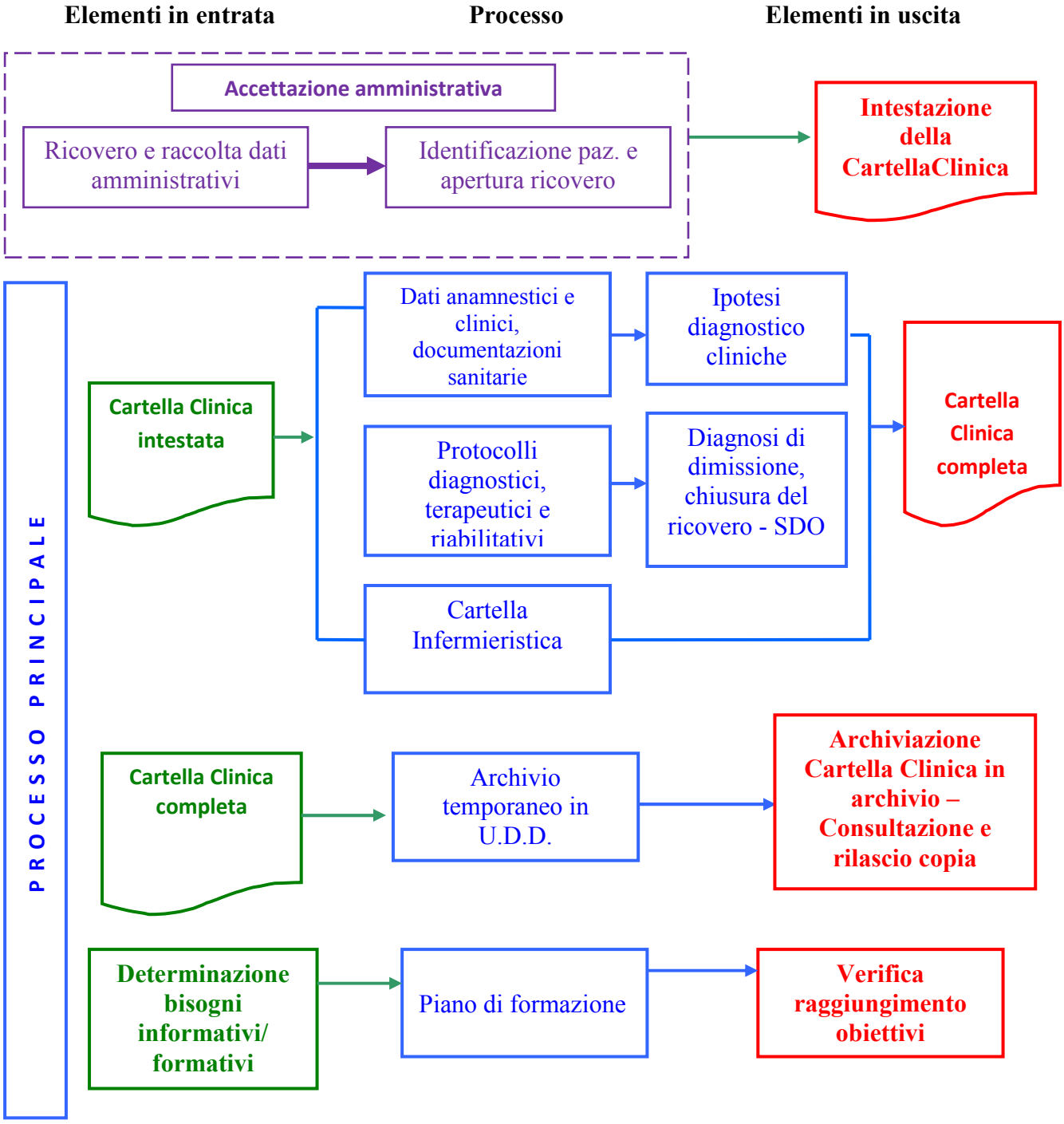
In questo paragrafo la Direzione Generale definisce le procedure amministrative di integrazione tra i servizi tecnico amministrativi ed i servizi sanitari, relativamente a:
**Procedure amministrative per attività di ricovero**:
All'atto del ricovero sia esso programmato che di urgenza, viene aperta la Cartella Clinica relativamente al paziente da ricoverare.

La cartella clinica permette di raccogliere e documentare le informazioni necessarie alla soluzione dei problemi di salute del cittadino e consente di soddisfare le esigenze di carattere amministrativo, giuridico, medico-legale e di ricerca scientifica ed epidemiologica.
La raccolta dei dati, la loro organizzazione e registrazione deve essere strumentale alle informazioni che devono essere originate.

La Cartella Clinica deve, pertanto, rispondere alle seguenti esigenze:

- identificare l'utente e definire il motivo, il regime, il tipo di ricovero e le modalità di dimissione;
- documentare il ricovero, il processo diagnostico terapeutico, il decorso della degenza ed i risultati terapeutici;
- fornire i dati clinici necessari alla formulazione della diagnosi;
- promuovere la continuità assistenziale e l'integrazione delle competenze polifunzionali;
- consentire la rintracciabilità delle attività svolte durante il ricovero, degli operatori sanitari interessati, degli strumenti, materiali, metodi, documenti e atti compiuti;
- costituire la base informativa per la ricerca scientifica e la formazione degli operatori sanitari;
- valutare l'appropriatezza del ricovero e la qualità dell'assistenza erogata;
- tutelare gli interessi medico-legali dell'utente, dell'azienda e degli operatori;
- fornire dati per l'analisi di gestione, per la pianificazione sanitaria aziendale e per il finanziamento del ricovero.

L'attività relativa al processo di formazione e di chiusura della cartella clinica è illustrata dal diagramma di flusso in seguito riportato.




La Cartella Clinica è ordinariamente compilata presso l'Accettazione Sanitaria ed è accompagnata dalla proposta-prescrizione di ricovero redatta dal:

- Medico Medicina generale

- Specialista convenzionato
- Dirigente Medico ospedaliero al momento della dimissione (soprattutto per le U.D.D. di Terapia Intensiva per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite e di Neuroriabilitazione cod.75).

All'atto dell'accettazione è richiesta all'utente la sottoscrizione della formula di consenso al trattamento dei dati, secondo le modalità contenute nel Documento Programmatico della Sicurezza.
I documenti sopra menzionati sono parte integrante della Cartella Clinica e ad essa allegati, unitamente alla fotocopia di un valido documento di identità e della tessera sanitaria dell'assistito.

Ogni cartella clinica identifica in modo univoco un ricovero in ottemperanza alle norme sulla privacy ed è così contrassegnata:

**Sulla prima pagina:**
- denominazione della struttura
- Unità Operativa di Degenza
- numero progressivo della Cartella Clinica, numero riferito all'anno di apertura del ricovero
- dati identificativi dell'utente
- diagnosi all'ingresso
- diagnosi alla dimissione

La Cartella Clinica è costituita da parti specifiche per ogni singola Unità Operativa di Degenza.
I modelli delle Cartelle Cliniche in uso nelle varie Unità Operative di degenza sono conservati presso la Direzione Sanitaria al cui parere ed approvazione sono sottoposte modifiche o integrazioni.

**Procedure Amministrative per attività Ambulatoriali**
Le procedure amministrative per le attività ambulatoriali si suddividono in:

- <u>Procedure Amministrative per Prestazioni ad assistiti del S.S.N. in regime di accordo contrattuale con la A.S.L. con pagamento ticket o esenti:</u>

  Gli Uffici Amministrativi preposti ritirano le fotocopie dei fogli giornalieri delle agende di prenotazione con i nominativi in appuntamento, quindi:
  - inseriscono, nel programma, i dati anagrafici dell'utente, verificando che la richiesta, redatta su modulario del S.S.N. dal Medico di Medicina Generale, sia compilata in tutti i campi richiesti;
  - annotano sul retro della richiesta, l'accettazione della stessa con la firma dell'utente;
  - stampano n. 2 copie di ricevuta fiscale con l'indicazione del tipo di prestazione e l'importo del ticket pagato;
  - una copia della ricevuta fiscale con allegata richiesta del Medico di Medicina Generale, viene rilasciata all'utente, che a sua volta la esibirà al medico che erogherà la prestazione;
  - una copia della ricevuta fiscale viene conservata presso l'Accettazione Amministrativa che poi la trasferisce all'Ufficio Ragioneria.

  Entro il 10 del mese, gli Uffici Amministrativi provvedono ad inviare alla A.S.L. di

appartenenza i tabulati riepilogativi delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente, raggruppate per distretto e per branca corredate delle ricette dei Medici di Medicina Generale. Congiuntamente, viene inviata alle A.S.L. competente per territorio di appartenenza della struttura una distinta riepilogativa di tutte le prestazioni eseguite a favore di utenti di altre A.S.L. della Regione Puglia o di altre Regioni. I supporti cartacei sono accompagnati dal supporto magnetico.
Entro il 10 del mese, inoltre, gli Uffici Amministrativi provvedono a trasmettere on-line al M.E.F. (Ministero delle Entrate e Finanze) tutte le ricette dei Medici di Medicina Generale relative alle prestazioni sanitarie eseguite.

- Procedure Amministrative per Prestazioni a pagamento intramoenia

  Gli Uffici Amministrativi ritirano le fotocopie dei fogli giornalieri delle agende di prenotazione contenenti i nominativi in appuntamento quindi:
  - inseriscono i dati anagrafici del paziente nel programma, con l'indicazione del tipo di prestazione ed il nominativo del medico scelto dall'utente;
  - previo pagamento della prestazione, rilascia n. 2 ricevute fiscali di cui una viene rilasciata all'utente che a sua volta la esibirà al medico che erogherà la prestazione, una viene inviata all'Ufficio Ragioneria che provvede a comunicare il riepilogo all'Ufficio del Personale, per la contabilizzazione delle prestazioni ai medici esecutori delle stesse.

- Procedure Amministrative per Prestazioni a pagamento non in regime di accordo contrattuale con la A.S.L.

  Gli Uffici amministrativi ritirano le fotocopie dei fogli giornalieri delle agende di prenotazione contenenti i nominativi in appuntamento, quindi:

  - inseriscono i dati anagrafici nel programma, con l'indicazione del tipo di prestazione ed il nominativo del medico di turno.
  - stampano n. 2 copie della ricevuta fiscale per il pagamento della tariffa stabilita per la prestazione dalla Casa di Cura. Una copia viene rilasciata all'utente per gli usi consentiti dalla legge che la esibirà al medico che erogherà la prestazione, una copia viene inviata all'Ufficio Ragioneria che provvederà alla comunicazione dei riepiloghi all'Ufficio del Personale.

Di tutte le procedure Amministrative viene data informazione agli operatori, attraverso la distribuzione, nei settori interessati, di Istruzioni di Lavoro redatte allo scopo di una corretta applicazione delle procedure amministrative oggetto del presente paragrafo.

**Allegati:**

1) **A.01.02.01.1 Regolamento interno**
2) **A.01.01.02.1 Statuto della Società**

**ALLEGATO 1)**

**SOMMARIO**

*Pagina*

**1. VILLA VERDE** ..... 2
**2. RIFERIMENTI NORMATIVI** ..... 2
**3. CAMPO DI APPLICAZIONE** ..... 2
**4. PROCESSI AZIENDALI** ..... 2
**5. PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'** ..... 4
**6. GESTIONE DELLE RISORSE** ..... 5
**7. APPROVVIGIONAMENTO** ..... 6
**8. PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI DI REALIZZAZIONE DEI SERVIZI** ..... 6
*1. Processo del ricovero* ..... 8
*2. Processo della prestazione ambulatoriale* ..... 9
**ALLEGATI** ..... 9

## 1. VILLA VERDE

La Casa di Cura "Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l. è strutturata su 53 posti letto come da programmazione regionale deliberata dalla Giunta Regionale con delibera n$^{ro}$ 2263 del 29 dicembre 2007.
La ripartizione dei posti letto è la seguente:

a) ***Terapia intensiva per gravi cerebrolesioni acquisite (T.I.G.C.A.)*** ***n$^{ro}$* 15**

b) ***Neuroriabilitazione (Cod. 75) ……*** ***n$^{ro}$* 15**

c) ***Psichiatria ……*** ***n$^{ro}$* 23**

***Totale*** ***n$^{ro}$* 53**

La Casa di Cura dispone, inoltre, dei seguenti Servizi Sanitari di supporto:

- ✓ Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche;
- ✓ Diagnostica per Immagini (Radiologia, T.A.C., Ecografia);
- ✓ Farmacia;
- ✓ Ambulatorio specialistico di Neurologia;
- ✓ Ambulatorio specialistico di Psichiatria;
- ✓ Ambulatorio specialistico di Neurofisiopatologia.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge Regionale n$^{ro}$ 8 del 20 maggio 2004 e s.m.i.;
- Regolamento Regionale n$^{ro}$ 3/2010 – Requisiti per autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;
- Sistema di Gestione per la Qualità UNI EN ISO 9001:2008;
- D. Lgs. 231/01 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica";
- D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- D. Lgs. 152/06 "Norme in materia ambientale";
- D. Lgs. 81/08 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

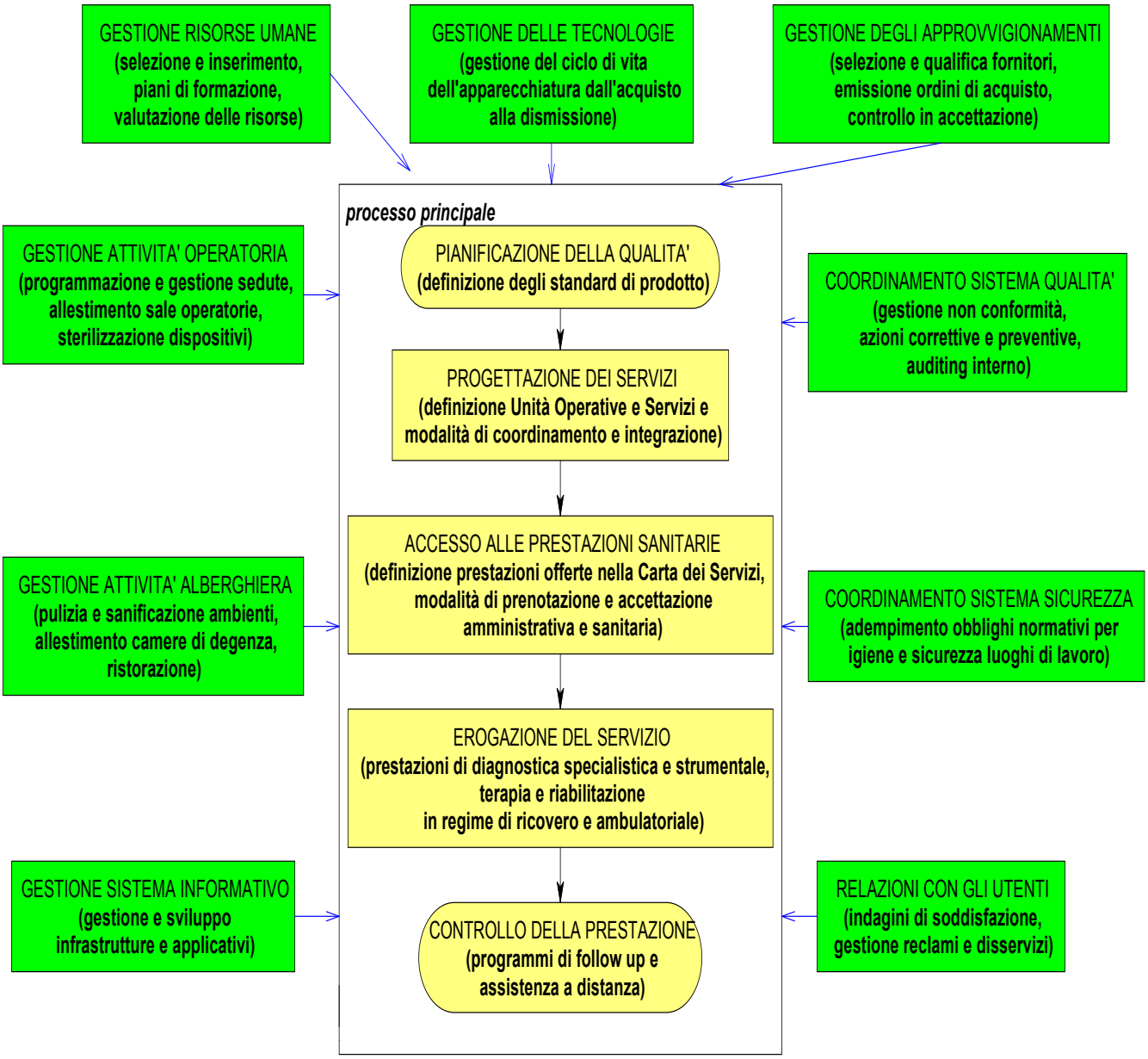
## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il seguente regolamento si applica a tutti i processi correlati ai Servizi di diagnosi e cura e riabilitazione, erogati in regime di degenza o ambulatoriale.

## 4. PROCESSI AZIENDALI

Il processo principale della struttura è quello finalizzato alla produzione della prestazione sanitaria

(diagnostica, terapeutica o riabilitativa), ed è reso possibile dall'attuazione dei vari processi di supporto che con i loro output forniscono gli elementi di input necessari per il processo principale. Nella figura seguente ne sono schematicamente rappresentate le interazioni.
I principali processi di supporto (es. tecnologie, approvvigionamenti, pulizie, ristorazione) sono affidati ad aziende esterne.

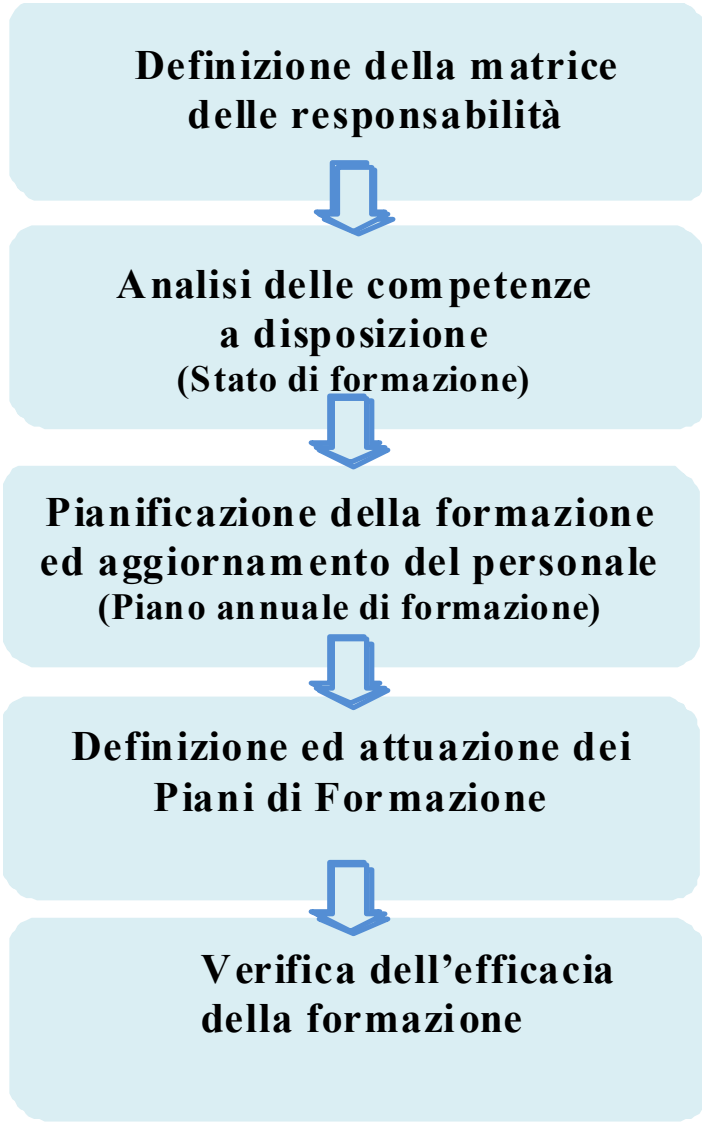


## 5. PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'

La Direzione della Casa di Cura definisce annualmente e periodicamente gli obiettivi e le risorse necessarie per il loro raggiungimento. Tali obiettivi risultano funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici e della qualità.
Definiti gli indicatori, il raggiungimento viene valutato attraverso un monitoraggio continuo delle attività.

## 6. GESTIONE DELLE RISORSE

La Casa di Cura attribuisce la massima importanza alla gestione delle risorse attraverso un monitoraggio continuo dei bisogni e la conseguente acquisizione sulla base delle valutazioni economiche. In particolare viene attribuita un'importanza notevole alla formazione e allo sviluppo delle risorse umane che collaborano con Villa Verde.



## 7. APPROVVIGIONAMENTO

Villa Verde seleziona e valuta i fornitori, sorveglia le loro prestazioni ed effettua attività di acquisto di tutti i beni, attrezzature e servizi nell'ottica di garantire costantemente che gli approvvigionamenti siano coerenti con i requisiti di qualità garantiti agli utenti dei servizi sanitari.

## 8. PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI DI REALIZZAZIONE DEI SERVIZI

I principali processi clinici attuati all'interno di Villa Verde possono essere ricondotti all'interno di tre macro-categorie:

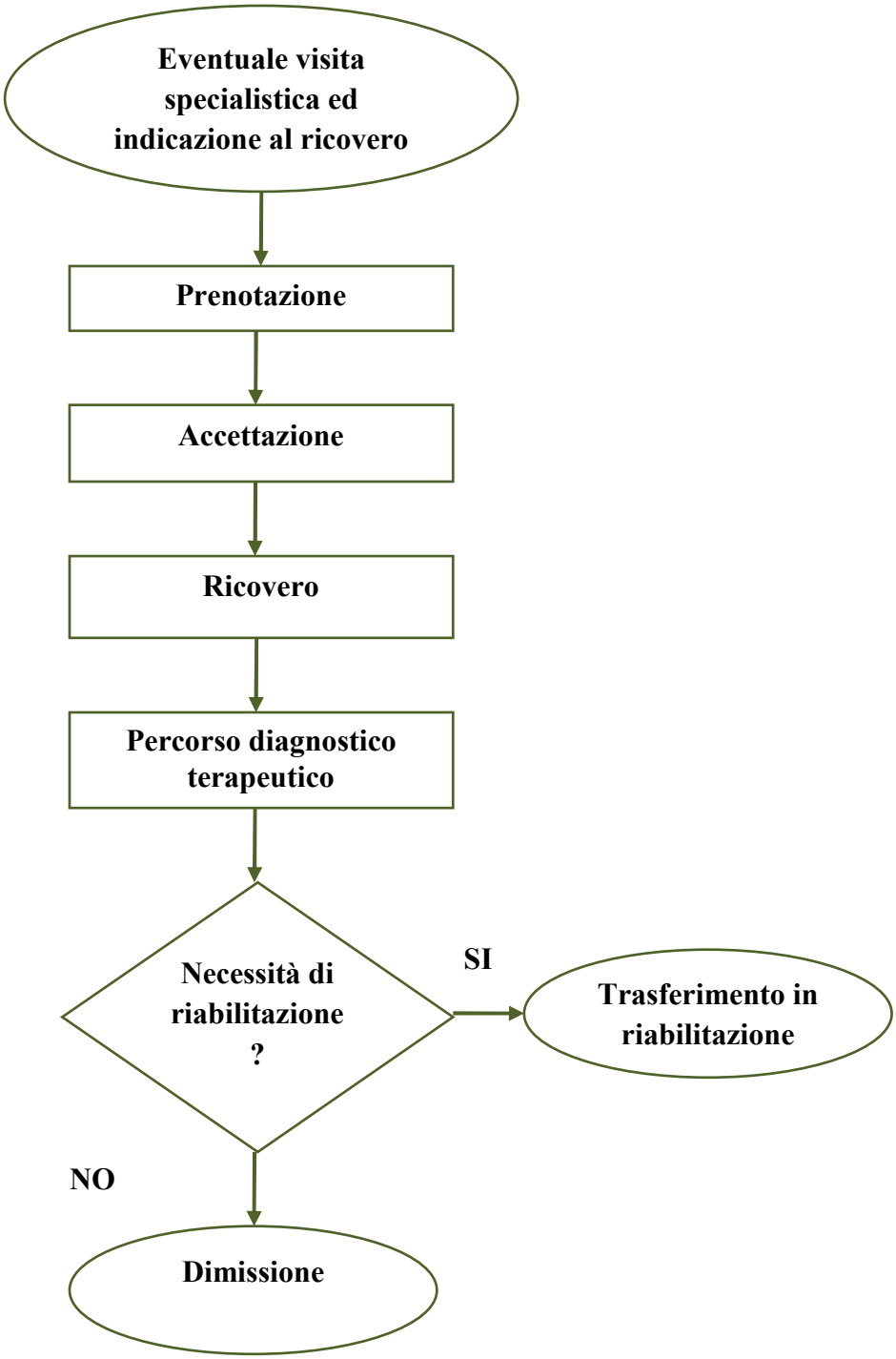
1. il processo di ricovero diretto;
2. il processo di ricovero ordinario con visita preventiva;
3. le prestazioni ambulatoriali per pazienti ricoverati e non.

Nel pianificare i processi di erogazione delle prestazioni sanitarie i Responsabili delle Unità Funzionali definiscono:

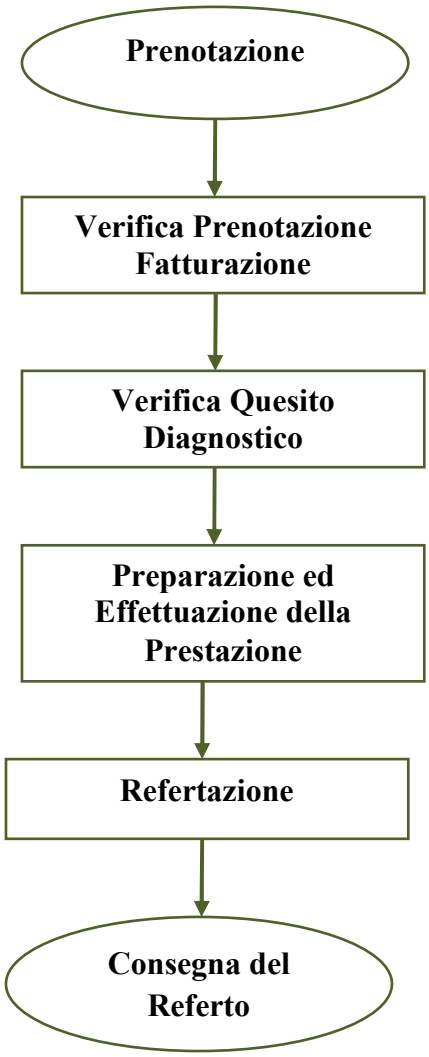
- i requisiti di qualità delle prestazioni (esplicitati in termini di indicatori);
- la documentazione esplicativa di come sono erogate le prestazioni (Percorsi Diagnostico Terapeutici, Procedure mediche e/o infermieristiche, istruzioni operative, adozione di linee guida medico-scientifiche, …);
- i momenti di verifica e controllo della corretta ed efficace erogazione del servizio (definiti all'interno dei Percorsi Diagnostico Terapeutici/Procedure o con riferimento a linee guida o altri documenti di origine esterna);
- le registrazioni necessarie a tenere sotto controllo il processo di realizzazione del servizio (tipicamente i fogli che compongono la cartella clinica).

Nelle pagine che seguono sono rappresentati i diagrammi di flusso dei principali processi di carattere clinico attuati all'interno della Casa di Cura e che costituiscono di fatto l'esplicitazione di come sono pianificate le attività istituzionali di Villa Verde.
Le prestazioni sono eseguite all'interno della Casa di Cura, ad eccezione di situazioni che richiedono trattamento all'esterno in condizioni di emergenza/urgenza e di alcuni esami di diagnostica nello specifico descritti nelle procedure del Servizio di appartenenza.

**1. Processo del ricovero**



**2. Processo della prestazione ambulatoriale**




Tutte le attività e le regole, che il personale della struttura è tenuto a seguire, sono riportate nelle procedure generali ed operative elencate nella lista dei documenti applicati, e sono da considerarsi parte integrante del presente regolamento.

**Allegati**

**A.01.02.01.1a** **Dotazione Organica delle Risorse Umane Impiegate**
**A.01.02.01.1b** **Mansionario**

**CRITERIO: 1** **ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE**

**REQUISITO: 1.4** **Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)**

***EVIDENZA 1.4.2*** ***Formalizzazione di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne***

# *SISTEMA DI COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA*

La Direzione si pone l'obiettivo di sviluppare un Sistema di Comunicazione Interna ed Esterna al fine di contribuire a creare, nelle risorse professionali dell'Azienda, un senso di appartenenza e di attenzione che si traducono in una maggiore efficienza ed efficacia dell'organizzazione nel suo complesso. Per questo si intende coinvolgere tutti i dipendenti e collaboratori negli obiettivi generali e progetti strategici dell'Azienda, al fine di sviluppare uno spirito di coesione, rafforzare la motivazione e consentire a tutto il personale di identificarsi nell'azienda.

La comunicazione interna va in due direzioni

- **Top-down** – informazioni dalla Dirigenza Amministrativa e Sanitaria verso l'insieme degli Operatori con utilizzo di tutti i sistemi e applicazioni disponibili ed organizzando riunioni periodiche ed eventi che rendano possibile l'incontro diretto tra Dirigenti e collaboratori al fine di diffondere le informazioni e di condividere gli obiettivi tra tutti i soggetti che agiscono all'interno dell'Azienda.
- **Bottom-Up** – comunicazione inversa dagli Operatori verso i vertici aziendali. Viene ottenuta tramite l'utilizzo di questionari e/o colloqui individuali per ascoltare eventuali richieste al fine di ottenere un coinvolgimento personale di tutti e l'individuazione di ulteriori bisogni informativi all'interno dell'Azienda.

La Direzione, pertanto, sfruttando la potenzialità delle moderne tecnologie, intende avviare un processo di completa digitalizzazione dei documenti e rendere disponibile l'informazione ai diversi livelli in tempo reale e nelle massime condizioni di sicurezza e riservatezza.
Tutte le comunicazioni tra le diverse U.O. della struttura sono documentate e registrate nella banca dati aziendale e gli operatori abilitati possono prenderne visione in tempo reale.
Pertanto l'attività di rilevazione dei dati e di tutte le informazioni prodotte nella attività correnti dalle singole U.O., necessarie per alimentare il S.I.S. Aziendale, viene eseguita secondo le direttive impartite dalla Direzione e conformi alle richieste degli Enti esterni predisposti al controllo ed alla verifica di qualità delle attività erogate dalla struttura sanitaria.
Le Procedure relative ai principali procedimenti quali la modalità di raccolta delle informazioni, la loro diffusione ed utilizzo, l'integrazione di tutte le informazioni prodotte e rilevate dalle diverse U.O. della struttura, vengono definite e standardizzate al fine di ottenere un comportamento analogo di tutti gli operatori interessati e di avere una rilevazione delle informazioni standard utile per alimentare la banca dati del S.I.S. aziendale.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.4 Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

***EVIDENZA 1.4.1*** ***La Direzione ha definito e approvato un documento in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, che dovrebbero:***
***a. consentire la tracciatura dei dati sanitari e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello);***
***b. supportare le attività di pianificazione e controllo;***
***c. consentire di onorare il debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS);***
***d. garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati;***
***e. garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste d'attesa;***
***f. informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie***

La Direzione ha definito, approvato e realizzato il Sistema Informativo della Casa di Cura che, per completezza espositiva, si trascrive qui di seguito:

### *7.1 - Finalità*

Il Sistema Informativo Sanitario (**SIS**), a regime da diversi anni nella Casa di Cura Villa Verde, si propone come obbiettivo la raccolta, la gestione, l'elaborazione, l'archiviazione e la trasmissione di tutte le informazioni, amministrative e sanitarie, degli eventi relativi alle proprie attività istituzionali rivolte sia ai pazienti che accedono in regime di ricovero ordinario sia ai pazienti che accedono alla struttura in regime ambulatoriale. La corretta e tempestiva rilevazione delle informazioni consente di:

- ottimizzare le risorse disponibili al fine di fornire un servizio efficiente all'utenza riducendo in modo drastico i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie;

- fornire alle unità interne predisposte al controllo una serie di indicatori di funzionalità, chiari ed inequivocabili, al fine di prendere tempestivamente le decisioni necessarie per ottenere una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi e valutare l'attività di una Unità Operativa in funzione degli obiettivi concordati;

- rilevare e trasmettere tempestivamente alla Regione e a tutti gli Enti competenti i flussi informativi richiesti sia dal punto di vista sanitario che amministrativo;

- adempiere agli obblighi ed adeguarsi con facilità al variare delle normative che regolano l'erogazione dei servizi sanitari per gli istituti di cura privati convenzionati e/o accreditati;

- risolvere i problemi della sicurezza, dell'integrità, della disponibilità e della riservatezza dei dati in quanto, nella maggior parte dei casi, essendo associati ad un paziente sono definiti "*dati sensibili*" e per tanto devono soddisfare specifiche disposizioni.

### *7.2 - Sistema Informativo Aziendale*

Il Sistema Informativo Aziendale della Casa di Cura, in continuo aggiornamento, è attivo ormai da diversi anni, e si basa principalmente su tre sottosistemi che interagiscono funzionalmente:

- **Area Risorse Finanziarie**
- **Area Radiodiagnostica**
- **Area Sanitaria.**

Ogni sottosistema è attivo su un server dedicato e su cui sono installati tutti i sistemi di sicurezza necessari a garantirne la perfetta e continua funzionalità. Inoltre è attivo un sistema automatico che consente di fare giornalmente le copie di sicurezza necessarie a garantire l'integrità della banca dati aziendale.
Sono disponibili delle interfacce applicative necessarie alla gestione dei Flussi Informativi con altri Sistemi Informativi Istituzionali.

La **rete dati aziendale**, protetta da firewall hardware, raggiunge tutti gli uffici Amministrativi e Sanitari della Casa di Cura. Negli uffici sono installate circa 32 postazioni di lavoro complete con cui gli operatori alimentano la banca dati aziendale, sulla base delle loro abilitazioni funzionali. Ogni postazione è connessa ad internet per l'espletamento delle attività istituzionali. E' inoltre garantito l'accesso ad internet agli Ospiti della casa di cura tramite una rete WI-FI protetta da password.
Nella figura successiva è dettagliata l'interazione funzionale tra i tre sottosistemi e con i sistemi informativi istituzionali.

| **Sottosistema** | **MAPPA INTERAZIONE FUNZIONALE** | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **SOFTWARE ATTIVO NEL S.I.S. DELLA CASA DI CURA** | S.I.S. VILLA VERDE | | | | | | | S.I.S. ISTITUZIONALI | | | |
| | | Contabilità | Degenze | Gestione Reparti | C.U.P. | RIS/PACCS | Lab. Analisi | Refertazione | EDOTTO | Sistema TS | CUP - ASL | MEF |
| **Area Risorse Finanziarie** | Contabilità | * | SI | | SI | | | | | | SI | SI |
| **Area Sanitaria** | Degenze | SI | * | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | | |
| | Gestione Reparti | | SI | * | SI | SI | SI | SI | | | | |
| | C.U.P. | SI | | SI | * | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| | Lab. Analisi | | | SI | SI | | * | SI | | | | |
| | Refertazione | | | SI | SI | | SI | * | | | | |
| **Area Radiodiagnostica** | RIS/PACCS | | | SI | SI | * | | SI | | | | |

**Area Risorse Finanziarie**
Il sottosistema dell'**Area Risorse Finanziarie** è composto da due applicativi:

- **Contabilità**
- **Gestione Farmacia**

L'applicativo **Contabilità** è installato su un Server Remoto Dedicato (*Icloud*) su cui sono attivi tutti i servizi necessari atti a garantire un servizio continuativo, l'integrità e la riservatezza dei dati. Tutte le attività di backup sono a carico dell'azienda fornitrice così come le procedure necessarie a garantire la privacy delle informazioni contenute nella banca dati.

Il lato client dell'applicativo è installato solo su due postazioni ubicate presso il Servizio di Ragioneria e garantisce la gestione completa della contabilità finanziaria ed analitica dell'azienda oltra alla gestione dei flussi informativi con l'Agenzia dell'Entrate ed il Sistema TS del MEF. L'applicativo, inoltre, interagisce in modalità off-line con il CUP aziendale per caricare, in modo automatico, nella banca dati le fatture attive emesse dell'azienda in un dato periodo di tempo.
L'applicativo **Gestione Farmacia** è installato su un Server Locale Dedicato dislocato nel servizio di Ragioneria. Sono installati tutti i servizi necessari atti a garantire un servizio continuativo, l'integrità e la riservatezza dei dati. E' attivo un sistema automatico che esegue le copie di sicurezza giornaliere.
L'applicativo mette a disposizione una serie di funzioni che consentono sia la movimentazione dei farmaci del magazzino che la gestione degli ordini di approvvigionamento.
Il lato client dell'applicativo è installato su due postazioni ubicate nel Servizio Farmaceutico al terzo piano della Casa di Cura.
Gli ordini da Reparto pervengono al Servizio Farmaceutico in Forma Cartacea.

**Area Radiodiagnostica**

Il sottosistema dell'**Area Radiodiagnostica** è composto da tre applicativi:

- **Carestrim PACS**
- **Fenix RIS**
- **Vue PACS**

Gli applicativi **Carestrim PACS** e **Fenix RIS** sono installati su due server locali, dislocati presso il servizio di Radiodiagnostica ed interagiscono funzionalmente. Sui server sono installati i sistemi di sicurezza necessari sia a garantire una funzionalità costante che per garantire l'integrità e la sicurezza dei dati.

I sistemi interagiscono con le apparecchiature di radiodiagnostica (TAC, Ecografi, ecc) acquisendo automaticamente le immagini, risultato degli accertamenti diagnostici.
**Vue Pacs** mette a disposizione dei Medici Radiologi una serie di funzionalità che consentono la visualizzazione dei risultati su supporti video ad alta definizione e la redazione del referto medico. Tutte le attività inerenti la sicurezza, la privacy delle informazioni gestite e delle copie di sicurezza sono garantite dell'azienda fornitrice in collaborazione con il responsabile del Sistema Informativo Aziendale. Mensilmente viene eseguita una copia extra, conservata in server dedicato.
Le postazioni dei reparti e degli ambulatori, se abilitate, possono accedere alla banca dati del sottosistema e consultare in tempo reale i risultati degli esami delle prestazioni richieste ai pazienti degenti.
Il servizio di Radiodiagnostica acquisisce le richiesta di esami strumentali provenienti dai reparti di degenza, tramite le funzionalità messe a disposizione dall' applicazione Gestione Reparti.

**Area Sanitaria**

Il sottosistema dell'**Area Sanitaria** è composto da seguenti moduli applicativi:

- **Gestione Ricoveri**
- **Gestione Reparto**
- **Laboratorio Analisi**
- **CUP**

Il Sistema è installato su un Server locale dedicato su cui sono attivi tutti i servizi necessari atti a garantire un servizio continuativo, l'integrità e la riservatezza dei dati. Tutte le attività di backup sono avviate giornalmente in modo automatico e vengono conservate per sei giorni. Mensilmente viene eseguita una copia extra, conservata in server dedicato.
Sia le informazioni dei Ricoveri che delle Prestazioni erogate in regime di convenzione vengono riversate mensilmente sul SIS Regionale EDOTTO. Mensilmente tutte le Prestazioni erogate in regime di convenzione vengono riversate sul Sistema TS del MEF.

1. Il modulo **Gestione Ricoveri**, lato client, è installato su tre postazioni ubicate negli uffici Amministrativi e Direzione Sanitaria. Il modulo mette a disposizione una serie di funzionalità che consente la gestione di tutte le informazioni collegate ad un evento del ricovero dal momento dell'accettazione fino alla dimissione del paziente. Consente, agli operatori abilitati, la compilazione, la validazione della SDO e il calcolo dei DRG interfacciando, online, il software Grouper della 3M. Una serie di funzionalità permette di produrre report e statistiche necessarie all'ottimizzazione dell'attività dei diversi operatori della Casa di Cura.
   Il modulo consente inoltre di interfacciare in modalità off-line il sistema regionale **EDOTTO** per la trasmissione mensile delle SDO chiuse in un dato periodo di tempo e l'aggiornamento dell'anagrafe degli assistibili della ASL di Lecce. Produce, inoltre, i file delle giornate di degenza, consunte per reparto, in determinato periodo di tempo, da inviare all'Ufficio Convenzioni della ASL di Lecce per la liquidazione mensile dell'attività svolta dalla Casa di Cura in regime di ricovero ordinario.

2. Il modulo **Gestione Reparto**, lato client, è installato su tutte le postazioni presenti nei reparti di degenza. E' perfettamente integrato con tutti i moduli del sottosistema sanitario e, con una serie di funzionalità, consente la gestione di un estratto della cartella clinica. In particolare, consente al personale Medico, all'atto della dimissione del paziente, di compilare la SDO, di prescrivere accertamenti radiodiagnostici, esami di laboratorio, consulenze mediche sia interne che esterne e la prescrizione della terapia farmacologica. Tutti i referti degli accertamenti richiesti, una volta firmati, sono consultabili on line e fanno parte integrante del record ricovero. Per quanto riguarda la radiodiagnostica, al momento, consente al personale della Radiologia di visualizzare il foglio di lavoro giornaliero e di programmare la gestione delle attività del Servizio.

3. Il modulo **Laboratorio Analisi**, lato client, è installato su una postazione presente nel servizio di Patologia Clinica. E' perfettamente integrato con il modulo Gestione Reparto e CUP. Una serie di funzionalità consente al personale del servizio di verificare il foglio di lavoro giornaliero per la pianificazione dell'attività e la registrazione dei risultati degli esami eseguiti. La firma del referto, rende disponibile on line i risultati degli esami al reparto richiedente. Il referto cartaceo viene stampato e firmato dal medico responsabile prima dell'invio al reparto richiedente.

4. Il modulo **CUP**, lato client, installato su quattro postazioni ubicate negli uffici Amministrativi e Prenotazione, è perfettamente integrato con tutti i moduli del sottosistema Sanitario ed è collegato in modalità off-line con il sottosistema Contabilità per la trasmissione delle fatture emesse in un dato periodo di tempo.

Il modulo mette a disposizione una serie di funzionalità che consente la gestione di tutte le agende dei medici interni, la prenotazione delle prestazioni sia in regime di convenzione che come attività di libera di professione o richieste per pazienti ricoverati. Giornalmente l'operatore può consultare il foglio di lavoro delle prenotazioni, apportando le eventuali modifiche, registrare l'avvenuta esecuzione dell'esame, completando tutti i dati necessari per il flusso informativo con gli enti istituzionali, ed infine, ove necessario, emettere la fattura di incasso.
Consente la produzione di report e statistiche necessarie al controllo e ottimizzazione dell'attività delle singole unità operative. I Medici erogatori delle prestazioni sanitarie, possono registrare il referto nel sistema utilizzando la funzione di refertazione messa a disposizione dal modulo.

Dal 2020 può acquisire automaticamente le prenotazioni registrate nel CUP della ASL di Lecce in modalità off line. Funzionalità ad hoc consentono gestire i flussi informativi con i sistemi informativi istituzionali producendo i file dell'attività svolta nel mese da inviare al SIS Regionale EDOTTO e al Sistema TS del MEF.

### *7.3 - Sistema di comunicazione interna ed esterna*

La Direzione si pone l'obiettivo di sviluppare un Sistema di Comunicazione Interna ed Esterna al fine di contribuire a creare, nelle risorse professionali dell'Azienda, un senso di appartenenza e di attenzione che si traducono in una maggiore efficienza ed efficacia dell'organizzazione nel suo complesso. Per questo si intende coinvolgere tutti i dipendenti e collaboratori negli obiettivi generali e progetti strategici dell'Azienda, al fine di sviluppare uno spirito di coesione, rafforzare la motivazione e consentire a tutto il personale di identificarsi nell'azienda.

La comunicazione interna va in due direzioni

- **Top-down** – informazioni dalla Dirigenza Amministrativa e Sanitaria verso l'insieme degli Operatori con utilizzo di tutti i sistemi e applicazioni disponibili ed organizzando riunioni periodiche ed eventi che rendano possibile l'incontro diretto tra Dirigenti e collaboratori al fine di diffondere le informazioni e di condividere gli obiettivi tra tutti i soggetti che agiscono all'interno dell'Azienda.
- **Bottom-Up** – comunicazione inversa dagli Operatori verso i vertici aziendali. Viene ottenuta tramite l'utilizzo di questionari e/o colloqui individuali per ascoltare eventuali richieste al fine di ottenere un coinvolgimento personale di tutti e l'individuazione di ulteriori bisogni informativi all'interno dell'Azienda.

La Direzione, pertanto, sfruttando la potenzialità delle moderne tecnologie, intende avviare un processo di completa digitalizzazione dei documenti e rendere disponibile l'informazione ai diversi livelli in tempo reale e nelle massime condizioni di sicurezza e riservatezza.
Tutte le comunicazioni tra le diverse U.O. della struttura sono documentate e registrate nella banca dati aziendale e gli operatori abilitati possono prenderne visione in tempo reale.

Pertanto l'attività di rilevazione dei dati e di tutte le informazioni prodotte nella attività correnti dalle singole U.O., necessarie per alimentare il S.I.S. Aziendale, viene eseguita secondo le direttive impartite dalla Direzione e conformi alle richieste degli Enti esterni predisposti al controllo ed alla verifica di qualità delle attività erogate dalla struttura sanitaria.
Le Procedure relative ai principali procedimenti quali la modalità di raccolta delle informazioni, la loro diffusione ed utilizzo, l'integrazione di tutte le informazioni prodotte e rilevate dalle diverse U.O. della struttura, vengono definite e standardizzate al fine di ottenere un comportamento analogo di tutti gli operatori interessati e di avere una rilevazione delle informazioni standard utile per alimentare la banca dati del S.I.S. aziendale.

### *7.4 - Responsabile delle procedure*

La Casa di Cura ha già implementato un Sistema Informativo, con la nomina di apposito Responsabile, finalizzato alla raccolta, gestione, elaborazione, archiviazione e trasmissione dei dati di struttura, processo ed esito con gli obiettivi di:

- gestire, predisporre ed inviare alla Regione e/o ai competenti Ministeri gli specifici flussi informativi richiesti ovvero previsti da norme e regolamenti;
- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi dell'Azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza, con particolare riferimento alla elaborazione dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per le attività di verifica e miglioramento della qualità.

Al Sistema Informativo aziendale è preposto un Responsabile con il compito di provvedere anche allo sviluppo di nuove funzionalità ed adeguamento normativo, nonché alla raccolta e verifica della qualità e diffusione dei dati. La stessa figura, d'accordo con i dirigenti della struttura sanitaria, definisce i profili dei diversi operatori che accedono al S.I.S. al fine di garantire una adeguata sicurezza e protezione dei dati nel rispetto delle normative vigenti. E' compito del Responsabile applicativo interagire con gli enti esterni, predisposti alla verifica e controllo dell'attività della struttura sanitaria, al fine di garantire la rapida e corretta produzione dei flussi nel rispetto delle normative in atto.
Il Responsabile applicativo verifica periodicamente il corretto funzionamento dei flussi informativi interni al fine di rendere disponibile in tempo reale un'informazione corretta ai diversi servizi e rendere gli stessi più efficienti garantendo un servizio qualitativamente elevato all'utenza. Qualsiasi modifica dei flussi informativi interni viene proposta e concordata con la dirigenza amministrativa e sanitaria della Casa di Cura.
L'eventuale interazione del S.I.S. con i sistemi informativi di altri Enti istituzionali è garantita dalla presenza del Responsabile Applicativo che adatterà il software con le specifiche di comunicazione dettate dall'Ente.
Il Responsabile del Sistema Informativo e delle Procedure cura, inoltre, l'avvio a regime anche di ulteriori moduli applicativi complemento del il S.I.S., sia dal punto di vista sanitario che amministrativo.

### *7.5 - Programma di sviluppo*

Come delineato nel Piano Strategico per il triennio 2020-2022, la Casa di Cura intende realizzare un programma di digitalizzazione completa di tutta la Struttura Sanitaria e dei processi gestionali e produttivi.
Come si può agevolmente rilevare il Sistema Informativo implementato consente pienamente:

a) La tracciatura di tutti i dati e la trasmissione delle informazioni attraverso il Sottosistema "AREA SANITARIA" e, in particolare attraverso i Moduli Applicativi di:

   - GESTIONE RICOVERI: che consente la gestione di tutte le informazioni collegate ad un evento ricovero dal momento dell'accettazione a quello della dimissione del paziente, con possibilità di interfacciare in modalità off-line il sistema regionale EDOTTO per la trasmissione delle SDO;
   - GESTIONE REPARTO: con una serie di funzionalità che consentono, tra l'altro, la gestione di un estratto della cartella clinica con possibilità, per il personale medico, all'atto della dimissione del paziente, di compilare la SDO, di prescrivere accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, consulenze e terapia farmacologica;
   - LABORATORIO ANALISI: perfettamente integrato con gli altri moduli applicativi, che consente, attraverso una serie di funzionalità, la pianificazione dell'attiivtà e la registrazione degli esami eseguiti.

b) Il sistema delineato, come si evince dalla "Mappa Interazione funzionale", consente, in virtù della integrazione dei suoi sottosistemi (in particolare, Area Risorse Finanziarie ed Area Sanitaria) di supportare efficacemente tutte le attività di Pianificazione e Controllo della Casa di Cura;

c) Come già evidenziato, ed attraverso i medesimi strumenti illustrati ai precedenti punti a) e b), il Sistema consente pienamente di onorare il debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS), e di interloquire, per le altre circostanze, con il Ministero dell'Economia e Finanze;

d) La sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati è garantita, attraverso specifiche funzionalità, direttamente dal Responsabile delle procedure al quale, tra l'altro, è affidato anche il compito, di concerto con i Dirigenti della Struttura Sanitaria, di definire e profili dei diversi operatori che accedono al Sistema Informativo al fine di garantire un'adeguata sicurezza e protezione dei dati;

e) Attraverso il Modulo CVP (integrato con gli altri Moduli), nell'ambito del Sottosistema Area Sanitaria, viene consentita con una serie di funzionalità, la gestione delle agende di tutti i medici e la prenotazione delle prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriale, cos' assicurando trasparenza e aggiornamento sistematico delle liste di attesa;

f) Le funzionalità di cui al precedente punto e) consentono, altresì, informazioni tempestive e trasparenti sulle prestazioni sanitarie.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

***EVIDENZA 1.5.4*** ***Definizione delle modalità di partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione***

A garanzia della partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione, ed in conformità a quanto statuito al punto A.01.06.04 del Reg. Reg. 3/2005 e s.m.i., la Direzione ha stabilito che:

Annualmente ogni struttura organizzativa e professionale effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale, adottando le metodologie proprie della VRQ (verifica e revisione della qualità) e MCQ (miglioramento continuo della qualità) e favorendo attività periodiche di Audit clinico, come strumento per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori. Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero ed all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC).

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

***EVIDENZA 1.5.1*** ***Presenza di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione degli esiti (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) e della qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che include:***
***a. la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo;***
***b. relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti). Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinica, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita (DM 70 Allegato 1 – 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)***

Il D. M. 70/2015, che regolamenta la definizione degli standards qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, muove dalla necessità di pervenire ad un sostanziale ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare per la parte concernente l'assistenza ospedaliera, promuovendo, tra l'altro, l'impletamentazione del governo clinico, la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione.
Nel contempo, viene fermamente ribadito il principio che tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona umana. A tali principi sono orientate le statuizioni regolamentari del citato D.M. 70/2015 anche per quanto riguarda gli standard generali di qualità delle strutture ospedaliere e, nello specifico, gli "Standard per i presidi ospedalieri di base e di I livello" ai quali, per la sua configurazione, va equiparata questa Casa di Cura. Tale ultimo standard implica, in particolare, la presenza di sistemi e di attività:

a) Gestione del rischio clinico;
b) Medicina basata sulle Evidenze e Valutazione delle Tecnologie Sanitarie;
c) Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche;
d) Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente;
e) Formazione continua del personale.

I sopraindicati sistemi interni ed attività sono parti integranti del programma, e dell'insieme delle procedure poste in essere dalla Casa di Cura, per la valutazione degli Esisti e della qualità delle prestazioni erogate all'interno delle articolazioni organizzative che sono costituite, per quanto riguarda attività assistenziali in regime di ricovero, dalle Unità Operative di: 1) Terapia Intensiva per Gravi cerebro lesioni Acquisite; 2) Neuroriabilitazione cod. 75; 3) Psichiatria.
Per le descritte attività si producono le seguenti "Evidenze":

**A) Gestione del Rischio Clinico:**

- E' attivato Registro per la segnalazione degli eventi avversi gestito dalla Direzione Sanitaria;
- E' pienamente attivata, nel quadro delle misure preventive, la procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232. A cura della Direzione Sanitaria sono state puntualmente impartite le connesse istruzioni operative a tutti i Dirigenti Medici ed Operatori Sanitari di Reparto. Da ultimo, è stata ulteriormente potenziata la procedura attraverso adeguato e consentito sistema di videosorveglianza con sistemi digitalizzati di allarme visivo e sonoro, nel massimo rispetto e tutela della privacy personale dei pazienti ricoverati;
- E' messa a punto apposita procedura di identificazione del paziente all'atto dell'accettazione nella struttura sanitaria con contestuale acquisizione dei documenti di identità di cui vengono acquisiti estremi e copie per le registrazioni in cartella clinica;
- E' implementato e attivato un Protocollo di Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere che prevede:

    - l'individuazione degli operatori sanitari responsabili;
    - l'adozione di protocolli tecnici di sorveglianza e controllo;

- la documentazione del piano di controllo e sorveglianza con rapporti periodici;
- la formulazione e rilevazione di indicatori specifici.

- E' garantita la sorveglianza microbiologica, e adottate procedure a garanzia dell'adeguatezza e dell'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, di profilassi antibiotica e per l'igiene personale;
- Speciali percorsi formativi nella materia vengono sviluppati in sede di realizzazione dei generali programmi di formazione del personale.

Specifiche "Evidenze" delle attività di Gestione del Rischio Clinico sono i sottoelencati protocolli operativi o procedure già adottati presso la Casa di Cura:

1) Protocollo operativo prevenzione delle cadute
2) Procedura per il controllo del rischio biologico
3) Elenco indicatori
4) Procedura chiusura contenitore porta-aghi
5) Igiene e protezione individuale
6) Utilizzo di detergenti e prodotti di sanificazione
7) Manipolazione prodotto disinfezione R.O.T.
8) Utilizzo prodotti sterilizza. rifiuti sanitari potenzialmente infet
9) Utilizzo sterilizzante chimico per dispositivi medici
10) Vaccinazione operatori
11) Profilassi post-esposizione a rischio biologico
12) Prevenzione e controllo legionellosi
13) Utilizzo soluzione lavaocchi
14) Movimentazione e stoccaggio materiali vari
15) Scheda rischio biologico stanze degenza, ambulatori
16) Scheda rischio biologico uffici
17) Registro prevenzione della diffusione di malattie infettive
18) Procedura impianto distribuzione gas medicali
19) Procedura impianto rilevazione incendi

Tutti gli allegati elencati sono acclusi al Manuale di Accreditamento e pienamente disponibili e consultabili.

**B) Medicina basata sulle Evidenze e Valutazione delle Tecnologie Sanitarie**

Tutta l'attività di assistenza sanitaria svolta dalla Struttura viene erogata sulla base di ben definiti protocolli diagnostico-terapeutici e di Linee Guida validate da Società Scientifiche ed Organismi di riconosciuta autorità a livello nazionale ed internazionale.

"Evidenze" in tal senso sono costituite dalle sottoelencate "Linee Guida" e "Protocolli Operativi" già implementati presso la Casa di Cura.

**PER L'ASSISTENZA IN REGIME DI DEGENZA**:

1. Piano di indirizzo per la Riabilitazione Gruppo di lavoro sulla Riabilitazione – Ministero della Salute

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1546_allegato.pdf

2. Commissione tecnico-scientifica "Stato vegetativo e stato di minima coscienza" (Dicembre 2005)
https://www.aduc.it/generale/files/allegati/cure_stato_vegetativo.pdf

3. Gruppo di lavoro "Stato vegetativo e di minima coscienza" – Ministero della Salute (Dicembre 2009)
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1378_allegato.pdf

4. Libro bianco sugli Stati Vegetativi e di Minima Coscienza
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1377_allegato.pdf

5. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. Raccomandazioni e Sintesi (luglio 2016)
http://www.iso-stroke.it/wp-content/uploads/2017/02/LIBRO-SPREAD-VIII-ED-13-09-16.pdf

6. Protocollo di minima ictus cerebrale
http://www.simferweb.net/sezioni/5%20Sezione%20Gravi%20Cerebrolesioni/2007-11-21_legendaPMIC.pdf

7. SIMFER "Protocollo di valutazione riabilitativa di minima della persona con grave cerebrolesioni acquisita"
http://www.simferweb.net/varie_sito_simfer_allegati/varie/lineeGuida/GCLA/protocollo_ttc_2007_COMPLETO_def%20_3_p.pdf

8. Consensus Conference 2010: Buona Pratica Clinica nella Riabilitazione Ospedaliera delle persone con Gravi Cerebrolesioni Acquisite
http://www.consensusconferencegca.com/assets/files/Documento%20Gruppo%206-Metodologia%20generale.pdf

9. Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni – Conferenza Stato – Regioni (Aprile 2002)
http://archivio.statoregioni.it/DettaglioDocGOV_print1959.html?iddoc=15963

10. Linee guida nazionali "Trattato del trauma cranico minore e severo" (2006) http://www.sinch.it/documenti/uploads/sinc-1536913419_trattamento-del-trauma-cranico-minore-e-severo.pdf

11. Linee guida per la valutazione ed il trattamento iniziale dei pazienti con trauma maggiore (Maggio 2017)
https://www.evidence.it/lettura_pdf.php?id_articolo=517

12. Linea Guida sulla Gestione Integrata del Trauma Maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva, sviluppata dall'ISS su mandato del Ministero della Salute (2019)
https://snlg.iss.it/?p=2533

13. NICE "Linee guida per la gestione delle gravi lesioni cerebrali traumatiche nei bambini" (2020)
https://blogpinali.wordpress.com/2020/01/08/linee-guida-per-la-gestione-delle-gravi-lesioni-cerebrali-traumatiche-nei-bambini/

14. American Academy of Neurology "Practice Parameter: Antiepileptic drug prophylaxis in severe traumatic brain injuri"
https://n.neurology.org/content/60/1/10.short

15. NICE "Gestione dell'ictus ischemico acuto" (2020)
https://blogpinali.wordpress.com/2020/02/15/gestione-dellictus-ischemico-acuto/

16. American Academy of Neurology "Practice parameters. Assessment and management of patients in the persistent vegetative state"
http://vegetatic.ru/files/1.pdf

17. American Academy of Neurology "Prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation" 2010
https://www.Practice_Parameter_Prediction_of_outcome_in_comatose_survivors_after_cardiopulmonary_resuscitation_an_evidence-based_review_Report_of_the_Quality_Standards_Subcommittee_of_the_American_Academy_of_Neur

18. Nuove Linee Guida ISO-SPREAD: forte raccomandazione all'uso di ASA in prevenzione primaria
http://www.onmedicine.it/articolo.php?id=11&nr=32017&t=foc

19. Documento d'indirizzo "L'uso delle carte di rischio coronarico" – PNLG (Febbraio 2002)
http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/documenti/Linee%20Guida/6.rischio%20coronarico.pdf

20. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione malattie cardiovascolari – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Dicembre 2005)
http://www.aspag.it/index.php/rischio-clinico-linee-guida/item/download/700

21. Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (Luglio – Agosto 2017)
https://www.giornaledicardiologia.it/r.php?v=2729&a=27821&l=331623&f=allegati/02729_2017_07/fulltext/04%20Linee_guida_CVD%20(547-612).pdf

22. Parere ufficiale del SIAARTI riguardo all'istituzione di speciali unità di accoglienza permanente (SUAP) per l'assistenza dei pazienti cerebrolesi cronici (Maggio 2010)
http://www.siaarti.it/News/parere-ufficiale-istituzione-di-speciali-unit%C3%A0-di-accoglienza-permanente-suap.aspx

23. Linee guida per la diagnosi e la terapia della broncopneumopatia cronica ostruttiva negli adulti (Novembre 2019)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2019/12/BPCO-negli-adulti.pdf

24. Il percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite e dei loro familiari alla luce dell'approccio delle capability.
http://www.assca.it/wp-content/uploads/2017/09/il-percorso-riabilitativo-delle-persone-con-gravi-cerebrolesioni-acquisite-e-dei-loro-familiari-alla-luce-dellapproccio-delle-capability-di-amartya-sen.pdf

25. Le buone pratiche di riabilitazione per le persone in stato vegetativo e di minima coscienza
http://www.gliamicidieleonora.it/wp-content/uploads/2017/09/Quaderno-10.pdf

26. Linee guida, buone pratiche ed evidenze scientifiche in medicina fisica e riabilitativa
http://www.formazionesostenibile.it/2018/RomeRehabilitation/linee_guida_volume2. pdf

27. AIFI – Buone pratiche in Fisioterapia
https://aifi.net/buone-pratiche-in-fisioterapia/

28. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia – SIGN (Giugno 2010)
https://www.sign.ac.uk/assets/sign118.pdf

29. Evidence Based Speech Therapy "La presa in carico del paziente con disartria post-stroke in fase di ospedalizzazione" 2007
http://www.evidencebasednursing.it/nuovo/Pubblicazioni/revisioni/fisioterapisti/presa_in_carico_paziente_disartria_post_stroke.pdf

30. Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in Foniatria e Logopedia – Consensus Conference (Gennaio 2007)
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/lgdisfagia.pdf

31. Linee guida sulla gestione logopedica del paziente afasico adulto – Federazione Logopedisti Italiani (Edizione 2009)
https://www.fli.it/downloads/linee_guida_afasia.pdf

32. Guideline "Management of patients with stroke: identification and management of dyshagia" (Giugno 2010)
https://www.Management+of+patients+with+stroke:+identification+and+management+of+dysphagia&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwj6mqaXzI_oAhWD16QKHaxfAtEQkeECKAB6BAgMECw

33. Federazione Logopedisti Italiani "Linee guida ISS sul Parkinson: presentate alla comunità ora il via all'implementazione" (2013)
https://fli.it/tag/linee-guida-parkinson/

34. "Logopedia nella malattia di Parkinson". Linee guida dell'Associazione Olandese Logopedia
https://fli.it/tag/logopedia-e-parkinson/

35. Linee guida italiane "Assistenza alle persone con sindrome da emiplegia alternante ed ai loro familiari" – SNLG (Marzo 2011) http://old.iss.it/binary/lgmr4/cont/LG_emiplegia_completo.pdf

36. Linee Guida American Academy of Neurology "Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: drug, nutritional and respiratory terapie" 2009
https://n.neurology.org/content/73/15/1218.short

37. Parere ufficiale del SIAARTI in materia di fine vita, stati vegetativi, nutrizione ed idratazione – SIAARTI (Ottobre 2009)
http://blog.timeoutintensiva.it/varie/parere-ufficiale-della-siaarti-in-materia-di-fine-vita-stati-vegetativi-nutrizione-e-idratazione/

38. Linee guida "SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care" - SIAARTI (2003)
http://www.siaarti.it/SiteAssets/Ricerca/SIAARTI-guidelines-for-admission-to-and-discharge/linee_guida_file_13.pdf

39. Linee guida "Determinazione di morte con standard neurologico" – Centro Nazionale Trapianti (2016)
https://www.slideshare.net/trapianti_net/diagnosi-di-morte-con-criteri-neurologici-68130278

40. Recommendations for airway control and difficult air way management in thoracic anesthesia and lung separation procedures (Gennaio - Febbraio 2009) https://pdfs.semanticscholar.org/366a/25417da2bad65d254cdd06f6079549dbefd1.pdf?_ga=2.240547716.667883565.1583429545-943321762.1583429545

41. Linee guida "End-of-life care and the intensivist: SIAARTI recommendations on the management of the dying patient" – SIAARTI (2006)
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17235263

42. Linee guida SIAARTI "Recommendations for analgo-sedation in intensive care unit" - SIAARTI (Ottobre 2006)
http://www.siaarti.it/SiteAssets/Ricerca/Raccomandazioni%20SIAARTI%20per%20l%E2%80%99analgo%20sedazione%20in%20rianimazione/linee_guida_file_24.pdf

43. Linee guida ERC 2010 "Rianimazione cardio-polmonare"
https://www.ostetrichebrescia.it/downloads/Linee_Guida_ERC_2010_Sintesi_italiana.pdf

44. Linee guida "Etichettatura delle siringhe in anestesia e terapia intensiva" – SIAARTI
https://docplayer.it/19414798-Etichettatura-delle-siringhe-in-anestesia-e-terapia-intensiva.html

45. Linee guida "Gli interventi precoci nella schizofrenia" – SNLG (Dicembre 2009)
https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=8tlfvJnVdCkC&oi=fnd&pg=PA12&dq=Gli+interventi+precoci+nella+schizofrenia&ots=5jXLTiZz1i&sig=hgzCoK71qwgfEvwoXyeJyNtz274

46. NHS "Antisocial personality disorder" (Gennaio 2009)
https://psycnet.apa.org/record/1994-29737-001

47. Consensus Conference "Linee guida per la farmacoterapia della schizofrenia" (Aprile 2000)

https://air.unimi.it/handle/2434/145690

48. NICE: nuovi standard di qualità su psicosi e schizofrenia
http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/nice-nuovi-standard-di-qualit%C3%A0-su-psicosi-e-schizofrenia

49. Linee guida WFSBP per il trattamento della schizofrenia
https://www.wfsbp.org/educational-activities/wfsbp-treatment-guidelines-and-consensus-papers/

50. Ministero della Salute "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" (2014)
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf

51. La Sindrome Psicotica Attenuata (Attenuated Psychotic Syndrome – APS): dalla ricerca al dsm-5 (Febbraio 2018)
https://www.stateofmind.it/2018/02/sindrome-psicotica-attenuata/

52. Dal DSM IV-TR al DSM-5 evoluzione della diagnosi in Psichiatria
https://www.lumsa.it/sites/default/files/lezione%20piscopatologia%2017.pdf

53. MHGAP Linee guida "Interventi per disturbi mentali, neurologici e dovuti all'uso di sostanze in strutture sanitarie"
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2596_allegato.pdf

54. Psychiatryonline "Protocolli e Linee guida: una sfida per i Servizi di salute mentale" (2017)
http://www.psychiatryonline.it/node/6680

55. OMS "Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders" (2018)
http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=4377212.pdfi

56. OMS "Piano di Azione per la salute mentale 2013 – 2020"
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf

57. Linee guida europee per la diagnosi ed il trattamento dell'insonnia
http://www.sonnomed.it/2019/11/20/linee-guida-europee-per-la-diagnosi-e-il-trattamento- dellinsonnia/

58. Linee guida USPSTF "Screening per la depressione negli adulti" (2016)
http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2484345

59. NICE "Linee guida sulla gestione della depressione in gravidanza" (2009)
https://blogpinali.wordpress.com/2009/08/24/linee-guida-sulla-gestione-della-depressione- in-gravidanza/

60. Società Italiana di Farmacologia "Antipsicotici iniettabili a lunga durata d'azione nel trattamento della schizofrenia"

https://sif -website.s3.amazonaws.com/uploads/document/attachment/3/sif_position paper_antipsicotici_lai_lug15.pdf

61. Guideline "The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care" Scottish Intercollegiate Guidelines Network https://The+management+of+harmful+drinking+and+alcohol+dependence+in+primary+care&ots=hLge5JhQPY&sig=KddHoQ82ip_lGd-C8WqYuLZTjAA

62. Gruppo di lavoro SIP "Tossicodipendenze, comorbilità e "doppia diagnosi" (2013) https://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/03/Gruppo-di-lavoro-SIP.Dip_.pdf

63. Osservatorio sul gioco d'azzardo: linee guida su prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici/gioco-dazzardo/osservatorio-sul-gioco-dazzardo-linee-guida-prevenzione-cura-riabilitazione-rivolte-alle-persone-affette-dal-gioco-dazzardo-patologico/

64. L'American Psychiatric Association Guideline Guideline per il trattamento farmacologico dei pazienti con disturbo da uso di alcol https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615371969

65. NICE "Linee guida sulla valutazione e gestione del Disturbo Bipolare" (2017) https://blogpinali.wordpress.com/2017/11/12/nice-linee-guida-sulla-valutazione-e-gestione-del-disturbo-bipolare/

66. Guidelines "Bipolar Affective Disorder" Scottish Intercollegiate Guidelines Network https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/494246

67. Linee guida NICE 2017 per i disturbi dell'alimentazione (2017) https://www.stateofmind.it/2017/05/linee-guida-nice-alimentazione/

68. Marsipan: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa - Royal College of Psychiatrists (Ottobre 2010) https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/marsipan-management-of-really-sick-patients-with-anorexia-nervosa/931F219709E53FC00F7832DD9910F915

69. Guidelines "Non-pharmaceutical management of depression in adults" Scottish Intercollegiate Guidelines Network http://scholar.google.it/scholar?q=47.%09Guidelines+%E2%80%9CNon-pharmaceutical+management+of+depression+in+adults%E2%80%9D+Scottish+Intercollegiate+Guidelines+Network&hl=it&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart

70. Guideline "Anxiety disorders in patients with HIV/AIDS. Mental health care for people with HIV infection" – National Guideline Clearinghouse https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120903253981

71. Guideline "Detection of depression in the cognitively intact older adult" - National Guideline Clearinghouse
https://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2001-6-27-6/%7B1191c546-8306-4219-a73a-7871ffae3093%7D/detection-of-depression-in-the-cognitively-intact-older-adult-protocol

72. Guideline "Evidence-based practice guideline. Acute confusion/delirium" - National Guideline Clearinghouse
https://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2009-11-35-11/%7Bee931217-d1a8-4007-895c-ff47677da6c2%7D/acute-confusiondelirium-identification-assessment-treatment-and-prevention

73. Linee guida sulla diagnosi di demenza e di malattia di Alzheimer (Ufficialmente approvate dalla SIN)
https://www.evidence.it/demenze

74. SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza (2018)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2019/01/demenza.pdf

75. Ministero della Salute "La diagnostica per immagini – Linee guida nazionali di riferimento" (2004)
https://www.sirm.org/documenti/la-diagnostica-per-immagini-linee-guida-nazionali-di-riferimento-approvato-csr-2004/

76. Linee Guida SNLG "Impiego delle tecniche di imaging nelle demenze"
https://www.academia.edu/download/31511357/antropologia_cultura_e_demenza.pdf#page=38

77. Linee Guida "Impiego della diagnostica per immagini delle lesioni focali epatiche" (Settembre 2008)
http://www.pacinimedicina.it/wp-content/uploads/RivSIMG_2_2018.pdf#page=12

78. Società Italiana di Radiologia Medica "Linee Guida per l'Istituzione di Unità Territoriali di Diagnostica per Immagini presso le Strutture Sanitarie Pubbliche" (Ottobre 2011)
https://www.sirm.org/documenti/linee-guida-per-unita-territoriali/

79. Linee guida "Gestione delle ipertransaminasemie croniche asintomatiche non virus, non alcol correlate" – Consensus Conference (Giugno 2005)
http://www.pnlg.it/LG/01/LGIpertrans.pdf

80. Linee guida e raccomandazioni per le analisi di laboratorio nelle diagnosi e nella gestione del diabete mellito – Laboratory Medicine Practice Guideline
https://www.sibioc.it/bc/download/articolo/353

81. Linee guida sulla gestione del Diabete Mellito tipo 2 negli adulti (2016)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2017/09/diabete-tipo-2-adulti.pdf

82. Commissione Europea "Protezione dalle radiazioni 100 – Linee guida per la protezione del nascituro e del bambino irradiati a seguito dell'esposizione a scopo medico del genitore" https://ec.europa.eu/energy/sites/ener/files/documents/100_it.pdf

83. Linee guida "L'uso del vaccino anti epatite A in Italia" - PNLG (Maggio 2002) https://docplayer.it/6697725-L-uso-del-vaccino-anti-epatite-a-in-italia.html

84. Linee guida "Lo screening per infezione da virus dell'epatite C negli adulti in Italia" – Consensus Conference (Gennaio 2006) https://www.epatitec.info/strumenti-informativi/interviste-specialisti/screening-popolazione-epatite-c

85. Gruppo di Lavoro SIBioC: "Linee guida sul controllo di qualità interno" (2008) http://www.qcnet.com/Portals/54/documenti/LINEEGUIDAFINALE.pdf

86. SIBIOC Linee guida "Il trattamento delle dislipidemie nella prevenzione delle malattie cardiovascolari" (200) https://www.sibioc.it/link/qp3uGz4R1v9qNlYuUj96VK67teg9g8JjygBHlNZM2xQ//Trattamento%20delle%20dislipidemie%20nella%20prevenzione%20delle%20malattie%20cardiovascolari

87. Linee guida "Manuale metodologico: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica" – PNLG (Maggio 2002) https://www.radioterapiaitalia.it/wp-content/uploads/2018/04/MM_v1_apr-2018.pdf

88. Linee Guida per le misure di isolamento in ospedale, traduzione italiana Guideline Center For Disease Control Atlanta http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area1/Inf_Oss/LG_reg/Piemonte_Isolam_Osp_96.pdf

89. Linee Guida operative per la formazione continua degli assistenti sociali – Consiglio Nazionale dell'Ordine http://www.serviziosociale.com/comunicasit/download/finish/9-formazione-continua/45-lineeguidaformazionecontinua.html

90. Ministero della Salute "Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III" (2007) https://cnoas.org/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php? id=3346

91. EC "Guidance on risk assessment at work" https://cnoas.org/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download. php?id=3340

92. Linee guida "Coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità" – PNLG (Dicembre 2005) http://qualitarischioclinico.asppalermo.org/documenti/Linee%20Guida/10.partecipazione%20cittadini.pdf

93. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Ministero della salute Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, marzo 2004
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf

94. Raccomandazioni per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" – Ministero della Salute, agosto 2010
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1861

95. Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute "L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative" (2015)
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf

96. SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità Linee Guida per l'assistenza agli adulti nel fine vita (2016)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2018/05/assistenza-adulti-fine-vita.pdf

97. SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità Linee Guida per l'uso appropriato delle trasfusioni di sangue (Ottobre 2016)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2017/09/trasfusioni-sangue.pdf

98. SIAARTI "Sicurezza della gestione farmaci in Sala Operatoria, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore ed Emergenza" (2019)
http://www.siaarti.it/Ricerca/Sicurezza-della-gestione-farmaci-in-Sala-Operatoria-Terapia-Intensiva-Terapia-del-Dolore-e-Emergenza.aspx

99. Buone Pratiche Cliniche SIAARTI - Accessi Vascolari
http://www.siaarti.it/Ricerca/buone-pratiche-cliniche-SIAARTI-accessi-vascolari.aspx

100. Buone pratiche cliniche SIAARTI - Gestione e trattamento del Dolore acuto Post-operatorio
http://www.siaarti.it/Ricerca/dolore-acuto-post-operatorio.aspx

101. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=

102. SIAARTI Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesisti-Rianimatori
http://www.siaarti.it/Ricerca/il-passaggio-delle-consegne-nella-pratica-clinica-degli-anestesisti-rianimatori.aspx

103. LG NICE "Somministrazione endovenosa di liquidi nei pazienti adulti ospedalizzati" (2017)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2017/09/diabete-tipo-2-adulti.pdf

104. LG NICE "Uso appropriato delle trasfusioni di sangue" (2015)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2017/09/trasfusioni-sangue.pdf

105. LG NICE "Linee guida per il riconoscimento e gestione della sepsi in setting non invasivi" (2016)

https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2017/09/sepsi-riconoscimento.pdf

106. Linee guida ISPESL "Lo stress in ambiente di lavoro" (2002)
http://www.sonnomed.it/2019/11/20/linee-guida-europee-per-la-diagnosi-e-il-trattamento-dellinsonnia/

107. OMS "Bruciare un "fenomeno professionale": classificazione internazionale delle malattie"
https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

108. SNLG "Buone pratiche Covid 19"
https://snlg.iss.it/?cat=4

**PER L'ASSISTENZA IN REGIME AMBULATORIALE**

1. Ministero della Salute "Linee indirizzo salute mentale" (2008)
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf

2. Programma della Società Italiana di Psichiatria per gli anni 2018-2021
http://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/01/Programma_SIP2019-21.pdf

3. WHO "Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale" (2013)
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2447_allegato.pdf

4. SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità Linee Guida per la diagnosi ed il trattamento della malattia di Parkinson (2018)
https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2018/08/parkinson.pdf

5. Ministero della Salute "Piano nazionale delle demenze" (2019)
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4231&area=demenze&menu=vuoto

6. OMS Linee guida "Risck reduction of cognitive decline and dementia" (2019)
https://www.epicentro.iss.it/demenza/lg-oms-demenza-2019

7. American Academy of Neurology "Practice Parameter update: Evaluation and management of driving risk in dementia" (Aprile 2010)
http://Evaluation+and+management+of+driving+risk+in+dementia&hl=it&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart

8. SIN "Le cure palliative nel malato neurologico"(2018)
http://www.neuro.it/web/eventi/NEURO/documenti.cfm#

9. AISM "estratto barometro della sclerosi multipla" (2019)
https://www.aism.it/sites/default/files/Barometro_della_SM_2019estratto.pdf

10. Commissione del farmaco LICE "Utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti e originatori in epilessia" (2020)
https://www.lice.it/pdf/Documento_farmaci_equivalenti_3.3.2020.pdf

11. LICE "Sospensione dei farmaci antiepilettici" (2013)
https://www.lice.it/LICE_ita/lineeguida/pdf/LICE_sospensione_022014.pdf

12. LICE "La terapia dello stato epilettico" (2019)
https://www.lice.it/pdf/Position_Paper_%20ITA_vers_28-6-2019_2.pdf

13. LICE "Documento su metodiche neurofisiologiche in epilettologia" (2015)
https://www.lice.it/LICE_ita/lineeguida/pdf/MetodicheNeurofisiologicheEpilettologia.pdf

14. NICE "Linee guida internazionali sulla miastenia grave" (2016)
https://blogpinali.wordpress.com/2016/07/18/linee-guida-internazionali-sulla-miastenia-grave/

15. Salute mentale DM 24.01.2019 – Istituzione del tavolo tecnico
https://siep.it/salute-mentale-dm-24-01-2019-istituzione-del-tavolo-tecnico/

Tutti gli allegati elencati sono acclusi al Manuale di Accreditamento e pienamente disponibili e consultabili.

**C) Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche**

La Direzione ha predisposto, nell'ambito della Casa di Cura Villa Verde, condizioni organizzative adeguate per la promozione e il supporto di attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute nel Regolamento Regionale del 13 gennaio 2005, n. 3, come modificato ed integrato dal Regolamento Regionale n. 3 del 5 febbraio 2010, e della normativa sul tema emanata a livello locale e nazionale.
Il Sistema di gestione aziendale per la qualità di Villa Verde è progettato, mantenuto attivo e sottoposto a costante verifica e aggiornamento allo scopo di consentire all'azienda di progettare ed erogare servizi sanitari conformi ai requisiti definiti e in grado di fornire concrete risposte alle esigenze di salute dei pazienti della struttura ospedaliera. Tale sistema valorizza, documenta ed esplicita una esperienza pluriennale dell'azienda nel settore sanitario.
Il Sistema Aziendale per la Qualità di Villa Verde si ispira alla normativa internazionale di gestione per la qualità della Serie ISO 9001 nella sua più recente versione e garantisce agli utenti, agli enti finanziatori delle prestazioni e a tutti gli interlocutori istituzionali e sociali che i propri servizi sono progettati, erogati e controllati secondo metodologie pianificate e validate e che sono costantemente riesaminati per individuare e sviluppare possibilità di miglioramento.
La chiara definizione dei requisiti contrattuali con i clienti e l'esame di tutti i requisiti cogenti applicabili sono il presupposto indispensabile per la pianificazione e l'erogazione dei servizi sanitari, che sono sviluppati mediante impiego di personale adeguatamente formato e qualificato e con l'ausilio di soluzioni tecnologiche e infrastrutturali d'avanguardia.
Le regole del Sistema Aziendale per la Qualità di Villa Verde si applicano a tutti i processi correlati alla progettazione e realizzazione di servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, erogati in

regime di degenza o ambulatoriale; tali attività sono svolte nel rispetto di tutti i requisiti specificati dalla norma UNI EN ISO 9001:2000 Sistemi di gestione per la qualità – requisiti.
Per lo sviluppo di piani di miglioramento della qualità, la Direzione ha adottato un documento nel quale sono state delineate le politiche/strategie di qualità delle strutture organizzative presenti.
Il piano ha valenza triennale ed ha lo scopo principale di delineare una strategia di miglioramento complessivo dell'intera organizzazione. A tal scopo, nell'ambito del piano, sono stati definiti obiettivi di miglioramento, strategie, risorse e responsabilità necessarie per il conseguimento di reali risultati in termini di miglioramento della qualità del servizio prodotto/offerto.
Inoltre, a supporto di una costante attività di valutazione, la Direzione ha definito un sistema di indicatori in grado di misurare i miglioramenti realmente realizzati in tema di qualità.

Coerentemente a quanto sopra enunciato la Direzione ha approvato il seguente

**PIANO STRATEGICO TRIENNALE PER LA QUALITA'**

## 1. L'IMPEGNO DELLA DIREZIONE

La Direzione Strategica (nella persone dell'Organo Amministrativo, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) si è impegnata a promuovere, ad attuare e sostenere un processo di miglioramento continuo della Qualità dei servizi erogati dalla Casa di Cura Villa Verde srl, orientando tutte le attività ed i processi di competenza alla soddisfazione dei propri Cittadini/Utenti e delle altri parti interessate (Associazioni di Volontariato, Personale Dipendente, Visitatori, ecc..).
La Direzione ha dato evidenza del proprio impegno nello sviluppo e nel miglioramento del sistema di gestione per la qualità:

- comunicando a tutta l'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti relativi ai servizi e alle prestazioni sanitarie, nel rispetto del quadro legislativo di riferimento, della missione aziendale e dei reali fabbisogni espressi da tutte le parti interessate;
- stabilendo la politica per la qualità, coerentemente con l'impostazione strategica aziendale;
- individuando gli obiettivi per la qualità;
- verificando periodicamente la dinamica del sistema di gestione per la qualità al fine di individuare tempestivamente gli interventi correttivi, preventivi e migliorativi necessari a garantire efficacia ed efficienza del sistema ;
- garantendo la disponibilità delle risorse necessarie.

## 2. POLITICA PER LA QUALITA'

La Casa di Cura Villa Verde srl si vuole porre come punto di riferimento nel campo della diagnosi, cura ed assistenza nell'ambito dell'area provinciale di Lecce per le discipline di competenza.
L'Azienda intende, nell'ambito delle proprie competenze contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.
I principi fondamentali a cui si ispira l'Azienda nel suo operato sono: appropriatezza delle cure, equità e imparzialità, trasparenza, continuità, riservatezza, diritto di scelta e partecipazione del paziente, così

come sanciti dalla legge fondamentale dello Stato e dai codici deontologici formulati dalle più importanti Società Scientifiche.
L'Azienda:

- ✓ assume come impegno primario il raggiungimento della soddisfazione dei bisogni dell'utente/cittadino con il quale vuole costruire un rapporto di fiducia basato sulla trasparenza diffusa di ogni atto, sia amministrativo che sanitario;
- ✓ vuole costruire un rapporto di corretta collaborazione con il personale, con l'obiettivo di raggiungere la massima valorizzazione delle risorse professionali di ogni operatore e garantire la crescita tecnica e la formazione continua ad ogni livello;
- ✓ si impegna a definire e mantenere standard professionali di elevato valore tecnico professionale e promuovere l'adozione di tecnologie d'avanguardia testate e sicure;
- ✓ ispira i propri comportamenti all'etica professionale e si impegna a garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi;
- ✓ si fa obbligo di tutelare la dignità della persona e porre al centro di ogni comportamento l'attenzione al benessere e alla qualità della vita dei degenti e dei loro congiunti;
- ✓ ritiene indispensabile, come mezzo per la realizzazione di questi principi, l'attivazione di un sistema qualità diffuso a tutti i livelli organizzativi.

I programmi di valutazione e miglioramento delle attività della Casa di Cura, che comprendono incontri con il personale, approntamento di strumenti di monitoraggio e verifica su moduli prestampati, interventi formativi ed altro, sono attivati privilegiando in primo luogo i seguenti settori:

- **infezioni nosocomiali**, specialmente per quanto concerne il Reparto di Terapia Intensiva. A causa delle particolari condizioni immunitarie dei pazienti ivi ricoverati, si procederà al monitoraggio microbiologico ambientale settimanale, con rilevazioni da eseguirsi ogni lunedì a cura della Direzione Sanitaria;
- **buon uso del sangue**, ogni qualvolta si renda necessario ricorrere ad una trasfusione o ad atti terapeutici che richiedono l'impiego di emocomponenti ed emoderivati secondo un protocollo predisposto dalla Direzione Sanitaria;
- **razionale utilizzo del farmaci**, secondo u n protocollo condiviso coi i Caposala, predisposto dal Responsabile del Servizio Farmacia e sottoposto all'approvazione della Direzione Sanitaria;
- **monitoraggio degli eventi indesiderati**, in particolare di quelli eventi classificabili come "eventi sentinella" ovvero evenienze inattese che comprendono il rischio di danni fisico7psichici o di morte o eventi che comunque hanno rischiato di compromettere lo stato di salute del paziente. Gli eventi sentinella saranno prontamente riportati su un'apposita scheda predisposta dalla Direzione Sanitaria congiuntamente al Responsabile delle Attività di valutazione e miglioramento della qualità. Tale scheda conterrà informazioni sui dettagli dell'evento (cosa è successo), data e Reparto/Servizio in cui è avvenuto, processo o attività in cui si è verificato l'evento, fasi del processo coinvolte o che hanno contribuito all'evento, fattori umani rilevanti per l'evento, fattori legati al funzionamento della strumentazione elettromedicale, fattori ambientali controllabili, eventuali fattori esterni non controllabili dall'organizzazione dei processi. È sufficiente che un evento di questo tipo si verifichi una sola volta per rendere opportuna un'indagine rivolta ad accertare i fattori e le cause (in particolare quelle riferibili ai processi) che hanno contribuito al suo verificarsi e che potrebbero essere corretti per il futuro. Devono essere riportate nella scheda tutte quelle situazioni o eventi che hanno destato preoccupazione per la salute del paziente o incidenti evitati grazie a tempestivi interventi di correzione da parte degli operatori;
- **gestione del rischio**, mediante il coinvolgimento degli operatori nell'ambito di una specifica Unità di Valutazione del Rischio (U.V.R.) ai vari livelli dell'organizzazione e dei servizi della Casa di

Cura. In particolare, la Direzione Sanitaria, congiuntamente al Medico Competente specialista in Medicina del Lavoro ed al Responsabile delle Attività di valutazione e miglioramento della qualità, predisporrà un piano di prevenzione del rischio clinico (per i pazienti) e del rischio professionale (per gli operatori);

- **appropriatezza nell'uso delle risorse**, mediante il monitoraggio degli indicatori di utilizzo delle risorse e degli indicatori di processo e di esito, al fine di evitare danni economici diretti o indiretti derivanti dall'impiego delle risorse (gestione del rischio d'impresa);
- **prevenzione dei processi di cronicità delle patologie**, mediante l'implementazione di programmi di sorveglianza, valutazione clinica quotidiana e predisposizione di una scheda di registrazione clinica quotidiana per l'assistenza infermieristica da condividere con i dirigenti del Reparto o del Servizio;
- **integrazione dei servizi**, priorità particolarmente importante per la Casa di cura, in cui è richiesta una gestione multidisciplinare dei pazienti ricoverati e di coloro che accedono ai servizi ambulatoriali. A tal fine, la direzione predispone, congiuntamente al Responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità, degli incontri di audit clinico retrospettivo e prospettico con la partecipazione di tutto il personale dirigenziale e dei coordinatori delle altre professioni, a cadenza almeno mensile per i Reparti. Per quanto riguarda le prestazioni a livello ambulatoriale, inoltre, particolare priorità sarà attribuita ad interventi finalizzati alla valutazione ed al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni e dell'appropriatezza delle indagini.

Il Responsabile della unità per la valutazione, verifica e miglioramento continuo della qualità, congiuntamente ai componenti dell'Unità stessa, individuano con programmazione annuale i progetti di valutazione e verifica di qualità da effettuare all'interno della Casa di Cura, favorendo il coinvolgimento di tutto il personale. Detti progetti di valutazione e verifica della qualità dovranno svolgersi adottando le metodologie proprie della **V.R.Q.** (Verifica e revisione della qualità) e **M.C.Q.** (Miglioramento continuo della qualità) e favorendo attività periodiche di **Audit clinico**, come strumento per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori, nonché per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero ed all'utilizzo di tecnologie complesse. A tal proposito, il Responsabile delle attività di valutazione e miglioramento continuo della qualità fissa la periodicità degli incontri di audit clinico retrospettivo e prospettico da svolgersi con il personale dirigenziale di ciascun Reparto/Servizio ed anche con tutto il personale di Reparto riunito in seduta plenaria per discutere dell'andamento clinico di ciascun paziente e dei processi organizzativi (in particolare dell'integrazione multidisciplinare delle competenze), per la costruzione di manuali delle procedure di qualità del Reparto/Servizio e l'adozione di regolamenti interni e protocolli clinici basati sulle evidenze scientifiche internazionali.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee Guida e dei protocolli predisposti dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Le Linee Guida, i protocolli adottati ed i regolamenti interni predisposti dagli operatori devono essere utilizzati, in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa, per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità e per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Ogni Reparto o Servizio predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale contribuisce alla stesura di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. La linee guida e protocolli adottai devono esplicitare la periodicità, almeno triennale, e le modalità di revisione

ed aggiornamento. Il personale è coinvolto nell'applicazione delle linee guida attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati. Per la verifica sul grado di adesione alle linee guida e protocolli di assistenza sono predisposte apposite schede per la rilevazione degli indicatori di processo e di risultato, previsti per la valutazione di impatto, nonché questionari per la raccolta di informazioni ed opinioni da parte del personale coinvolto.

Per quanto concerne la documentazione delle attività di supporto della Casa di Cura sono predisposti documenti specifici relativi allo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, indicando in particolare: criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione); modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori; pulizia e sanificazione degli ambienti; modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti una attività sanitaria. Il personale sarà coinvolto nello sviluppo di tali documenti di servizio, che sono predisposti con particolare attenzione alla semplificazione delle procedure. Nell'area dei servizi amministrativi vengono altresì definite le procedure relative ai principali procedimenti, nelle quali siano esplicitate le norme di riferimento, le modalità di realizzazione, i tempi e le responsabilità.

Tutto il personale sarà chiamato a partecipare ad iniziative di formazione orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni, nell'ambito del Piano Formativo Aziendale.

La Direzione identifica nella sua politica della qualità quattro aree di azione prioritarie:

**Organizzazione**
- Generare trasparenza diffusa degli atti;
- ridurre i costi della non qualità, recuperare produttività;
- favorire il miglioramento della qualità della gestione sia in termini di efficienza che di efficacia;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- sviluppare le risorse umane in coerenza con il sistema organizzativo;
- migliorare in modo continuo il sistema della comunicazione interna ed esterna;
- gestire lo sviluppo delle strutture nel rispetto dei requisiti ambientali e della collettività.

**Rapporto con il cliente utente interno ed esterno**
- Sostenere una politica di umanizzazione della struttura ad ogni livello (sia riferito ai clienti/utenti, sia agli operatori esterni) mirando ad abbattere le differenze fra la qualità della vita esterna e quella interna alla Casa di Cura;
- orientare i comportamenti degli operatori all'attenzione continua alla persona;
- garantire la soddisfazione dei bisogni dell'utente/cliente sia interno che esterno sia esso singola persona che struttura organizzativa;
- garantire la continuità del servizio in ogni circostanza tanto nei servizi programmati che nelle urgenze;
- mantenere un dialogo costante con l'utente e le associazioni che lo rappresentano.

**Attività**
- Avere sotto controllo e migliorare in modo continuo e progressivo tutti i processi;

- definire standard professionali di elevato valore tecnico;
- prevenire ed eliminare le cause di errore e gli eventi a rischio;
- garantire l'appropriatezza e l'efficacia dei comportamenti;
- assicurare appropriati livelli di sicurezza per i clienti e gli operatori;
- stabilire un sistema di misurazione continua della qualità a livello di processo, struttura, esito, soddisfazione dell'utenza, costi;
- promuovere una pratica medica basata su criteri di efficacia ed appropriatezza e ispirato alle logiche dell' Evidence Based Medicine.

**Miglioramento ed Innovazione tecnologica**

- Garantire la formazione permanente del personale;
- sviluppare le competenze in rapporto ai bisogni;
- mantenere il livello della tecnologia al passo con le innovazioni documentate e approvate dalla comunità scientifica.

## 3 OBIETTIVI GENERALI

La Direzione individua alcuni obiettivi generali da perseguire nel triennio 2020 – 2022:

- miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- ottimizzazione delle risorse comuni;
- la verifica della correttezza e della appropriatezza dei ricoveri;
- la responsabilizzazione budgetaria di ciascuna articolazione organizzativa;
- miglioramento del sistema informativo;
- il miglioramento dei servizi di supporto;
- la riduzione delle condizioni complicanti l'attività di ricovero (es. infezioni ospedaliere) e piaghe da decubito.

## 4. OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNIO 2020 - 2022

La Direzione strategica individua come obiettivi specifici da conseguire nel triennio 2020 - 2022:

- l'eliminazione dei ricoveri impropri in degenza ordinaria;
- incremento della quota di utenti provenienti da altre Regioni dopo che sarà intervenuto l'accreditamento istituzionale con superamento dell'attuale regime "autorizzatorio";
- il migliore utilizzo degli impianti con la massimizzazione dell'occupazione media dei posti letto;
- l'eliminazione delle inefficienze dovute all'assenza di pazienti prenotati;
- la completa soddisfazione del fabbisogno sanitario, entro e non oltre i limiti dei tetti di spesa definiti dalla Regione;
- la qualificazione dei servizi tale da aumentare la capacità di attrazione dell'utenza per qualità delle prestazioni e dei servizi offerti;
- l'ottenimento dello status di accreditato, a seguito della rispondenza di tutti i requisiti imposti dal disposto normativo.

La Casa di Cura si riserva il diritto di apportare modifiche agli obiettivi suddetti a seguito della emanazione di nuovi Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

Negli intenti della Direzione sussiste, infatti, la volontà di conformarsi alle linee strategiche impartite sia a livello Nazionale che Regionale, per poter delineare un quadro strategico in linea con i trend dell'intero panorama sanitario.
La Direzione considera indispensabile il coordinamento strategico a più livelli poiché lo reputa come il solo mezzo atto a garantire una assistenza adeguata per la popolazione, vista, in questo senso, secondo un'ottica di sistema.

## 5. RISORSE ECONOMICHE

La Direzione della Casa di Cura Villa Verde si impegna a mettere a disposizione tutte le risorse economiche necessarie per la realizzazione degli obiettivi specifici del triennio 2020 – 2022.

## 6. STRUMENTI DI VERIFICA PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI

La Casa di Cura Villa Verde, al fine di rilevare i miglioramenti verificatesi nell'organizzazione, ha approntato un sistema di indicatori di qualità che, grazie al loro costante aggiornamento, forniscono un quadro realistico dell'andamento migliorativo in atto.

Il Sistema di indicatori è stato suddiviso in diversi microsistemi per poter meglio rappresentare i diversi aspetti della qualità.
La gestione di questi microsistemi è stata affidata alla responsabilità di soggetti diversi, i quali sono chiamati non solo ad aggiornare costantemente i database in oggetto ma anche, proprio in forza delle loro competenze specifiche, ad elaborare report e valutazioni di sintesi, che esprimano già di per sé eventuali possibili leve di miglioramento.

In questo modo si è cercato di ancorare il sistema di monitoraggio dei cambiamenti verificati in seno all'organizzazione, ad un sistema in grado di stimolare soluzioni per il miglioramento continuo e costante.

### SCHEDA DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO

| | |
|---|---|
| **Unità Operativa** | _____ |
| **Firma del Responsabile della Verifica** | _____ |
| **Verifica effettuata in data** | _____ |
| **Metodologia utilizzata** | **Osservazione diretta**<br>**Intervista al personale**<br>**Altro (Specificare)** _____ |

**Il Protocollo operativo risulta:**

☐ Totalmente adottato

☐ Parzialmente adottato (Motivazione) _____

_____

_____

_____

☐ Non adottato (Motivazione) _____

_____

_____

_____

Difficoltà rilevate nell'applicazione_____

_____

_____

_____

**N.B**. La scheda compilata integralmente deve essere trasmessa alla Direzione Sanitaria almeno una volta a quadrimestre.

## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DEGLI OPERATORI

PROTOCOLLO/PROCEDURA_____

| | | |
|---|---|---|
| Sei stato informato sul motivo per cui hai applicato il protocollo/la procedura? | SI | NO |
| Il protocollo/la procedura era necessario/a? | SI | NO |
| Hai scelto il materiale in funzione del protocollo/della procedura? | SI | NO |
| Prima di eseguire la tecnica, è stato possibile informare il paziente in merito allo scopo ed alla modalità di esecuzione di protocollo/della procedura? | SI | NO |
| Prima di effettuare la tecnica, ti sei lavato le mani? | SI | NO |
| Prima di eseguire il protocollo/la procedura, hai effettuato, se necessaria, l'igiene del paziente? | SI | NO |
| Hai utilizzato i guanti sterili e mantenuto la tecnica asettica? | SI | NO |
| Dopo aver concluso la tecnica, ti sei lavato le mani? | SI | NO |

| | | |
|---|---|---|
| Dopo esserti lavato le mani, hai registrato l'avvenuta esecuzione del protocollo/della procedura sulla documentazione infermieristica? | SI | NO |
| Fatta eccezione di complicanze, ritieni necessario eseguire nuovamente la tecnica _____ | SI | NO |

Motiva di seguito eventuali scelte alternative:
_____
_____
_____
_____
_____

**ED HA ALTRESÌ APPROVATO IL SEGUENTE ELENCO DI:**

1) Indicatori di Struttura – Domanda ed Accessibilità
2) Indicatori di Struttura – Gestionali Amministrativi
3) Indicatori di Risultato – Output
4) Indicatori di Esito – Outcome
5) Indicatori Ambulatoriali.

## 1. INDICATORI DI STRUTTURA – DOMANDA E ACCESSIBILITA'

$$\frac{\text{N° Posti Letto Totali}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O. di Neuroriabilitazione (cod. 75)}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O di Psichiatria}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° dimessi residenti A.S.L.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{N° dimessi extra A.S.L.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{N° dimessi} \geq 65 \text{ U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

## 2. INDICATORI DI STRUTTURA – GESTIONALI-AMMINISTRATIVI

$$\frac{\text{N° Medici}}{\text{N° posti letto totali}} \times 100$$

$$\frac{\text{N° Infermieri}}{\text{N° posti letto totali}} \times 100$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di Neuroriabilitazione (cod. 75)}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di Psichiatria}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

Costo medio Personale Medico per U.D.D. /anno

Costo medio Personale Infermieristico per U.D.D. /anno

$$\frac{\text{Costo medio Personale Medico per U.D.D.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo medio Personale Infermieristico}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo medio Altro Personale}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo farmaci ed emoderivati}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Servizio Lavanderia}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Servizio Cucina}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo “Medical Devices”}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Consulenze Mediche}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo Prestazioni esterne}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

**3. INDICATORI DI RISULTATO – OUTPUT**

N° Dimessi Totali /anno

Indice di occupazione per U.D.D. /anno

Indice di occupazione totale /anno

Indice di rotazione per U.D.D. /anno

Indice di rotazione totale /anno

Degenza media per U.D.D. / anno

Degenza media totale / anno

Presenza media giornaliera per U.D.D. / anno

Presenza media giornaliera totale / anno

Intervallo di turnover per U.D.D. / anno

Intervallo di turnover totale / anno

Peso medio D.R.G relativo per U.D.D. / anno

$$\frac{\text{\% D.R.G. con peso} \geq 1{,}2 \text{ per U.D.D.}}{\text{N° dimessi U.D.D.}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{\% D.R.G. con peso} \geq 1{,}2 \text{ per U.D.D.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

N° ore Totali Formazione ECM-accreditata / anno

$$\frac{\text{N° crediti ECM ottenuti}}{\text{N° crediti ECM obbligatori}} \text{ /anno}$$

N° ore Totali Formazione NON ECM-accreditata / anno

N° ore formazione ECM
_____ /anno
N° Operatori Totali ECM obbligati

N° ore formazione non ECM
_____ /anno
N° Operatori Totali non ECM obbligati

N° ore Totali Formazione Aziendale
_____ /anno
N° Operatori Totali Azienda

**1. INDICATORI DI ESITO – OUTCOME**

N° Totale deceduti
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° Totale deceduti per U.D.D.
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti > 1 ricovero
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti > 1 ricovero per U.D.D.
_____ /anno
N° Dimessi Totali per U.D.D.

N° pazienti deceduti entro 30 ore dal ricovero
_____ /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti deceduti entro 30 ore dal ricovero per U.D.D.
_____ /anno
N° Dimessi Totali per U.D.D.

N° segnalazione in sede SDO "Piaghe da decubito"
_____ x anno
N° Dimessi Totali

N° segnalazione in sede SDO "Infezione vie urinarie"
_____ x anno

N° Dimessi Totali
N° segnalazione di "reazioni avverse da farmaci e/o m.d.c."
x anno
N° Dimessi Totali

**5. INDICATORI AMBULATORIALI**

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurologia
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurofisiopatologia
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Psichiatria
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurologia in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Neurologia

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurofisiopatologia in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Neurofisiopatologia

N° Prestazioni ambulatoriali di Psichiatria in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Psichiatria

N° Prestazioni ambulatoriali di Radiodiagnostica in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Radiodiagnostica

N° Prestazioni ambulatoriali in regime "intramoenia"
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni TAC
x anno
N° Prestazioni totali di radiodiagnsotica

N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa < 30 gg
x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa 30/60 gg}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa > 60 gg}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

## PROGRAMMI DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA'

La Direzione ha dato evidenza del proprio impegno nello sviluppo e nel miglioramento del sistema di gestione per la qualità:

- comunicando a tutta l'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti relativi ai servizi e alle prestazioni sanitarie, nel rispetto del quadro legislativo di riferimento, della missione aziendale e dei reali fabbisogni espressi da tutte le parti interessate;
- stabilendo la politica per la qualità, coerentemente con l'impostazione strategica aziendale;
- individuando gli obiettivi per la qualità;
- verificando periodicamente la dinamica del sistema di gestione per la qualità al fine di individuare tempestivamente gli interventi correttivi, preventivi e migliorativi necessari a garantire efficacia ed efficienza del sistema;
- garantendo la disponibilità delle risorse necessarie.

La Casa di Cura Villa Verde srl si propone come punto di riferimento, per tutta la popolazione afferente, nel campo della diagnosi, terapia e assistenza riabilitativa nelle aree di propria offerta sanitaria.
L'Azienda intende, nell'ambito delle proprie competenze, contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.
I principi fondamentali a cui si ispira l'Azienda nel suo operato sono: appropriatezza delle cure, equità e imparzialità, trasparenza, continuità, riservatezza, diritto di scelta e partecipazione del paziente, così come sanciti dalla legge fondamentale dello Stato e dai codici deontologici formulati dalle più importanti Società Scientifiche.
L'Azienda:

- assume come impegno primario il raggiungimento della soddisfazione dei bisogni dell'utente/cittadino con il quale vuole costruire un rapporto di fiducia basato sulla trasparenza diffusa di ogni atto, sia amministrativo che sanitario;
- vuole costruire un rapporto di corretta collaborazione con il personale, con l'obiettivo di raggiungere la massima valorizzazione delle risorse professionali di ogni operatore e garantire la crescita tecnica e la formazione continua ad ogni livello:
- si impegna a definire e mantenere standard professionali di elevato valore tecnico professionale e promuovere l'adozione di tecnologie d'avanguardia testate e sicure;
- ispira i propri comportamenti all'etica professionale e si impegna a garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi;
- si fa obbligo di tutelare la dignità della persona e porre al centro di ogni comportamento l'attenzione al benessere e alla qualità della vita dei degenti e dei loro congiunti;

- ritiene indispensabile, come mezzo per la realizzazione di questi principi, l'attivazione di un sistema qualità diffuso a tutti i livelli organizzativi.

La Direzione identifica nella sua politica della qualità quattro aree concettuali di azione prioritaria:

1. Organizzazione
2. Attività procedurali
3. Rapporto con il cliente/utente interno ed esterno
4. Formazione e Innovazione tecnologica

Nell'ambito delle tre aree classiche della qualità (gestionale, percepita e tecnico-professionale) la Direzione individua alcune aree/obiettivo generali da perseguire nel triennio 2020 - 2022:

- ulteriore miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche attraverso la verifica della appropriatezza dei ricoveri;
- riduzione delle condizioni complicanti l'attività di ricovero (es. infezioni ospedaliere, piaghe da decubito, ecc);
- miglioramento nella gestione e condivisione delle risorse comuni, nel senso lato del significato di risorsa (tecnologica, organizzativa, umana, ecc);
- gestione del "rischio ospedaliero", nelle sue componenti: rischio generale, rischio occupazionale e rischio clinico;
- responsabilizzazione budgetaria di ciascuna articolazione organizzativa, anche nella logica della contabilità analitica per centri di costo;
- miglioramento del sistema informativo;
- miglioramento dei servizi di supporto

La Casa di Cura ha descritto il proprio Sistema Aziendale per la Qualità nel seguente

**MANUALE AZIENDALE – REGOLAMENTO INTERNO**

che contiene la politica per la qualità mettendo, altresì, a disposizione una serie di Procedure Generali, Procedure Operative ed Istruzioni Operative grazie alle quali è possibile attivare programmi di controllo, valutazione e miglioramento delle attività.

## 1. VILLA VERDE

La Casa di Cura "Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l. è strutturata su 53 posti letto come da programmazione regionale deliberata dalla Giunta Regionale con delibera n$^{ro}$ 2263 del 29 dicembre 2007.
La ripartizione dei posti letto è la seguente:

a) ***Terapia intensiva per gravi cerebrolesioni acquisite (T.I.G.C.A.)*** ***n$^{ro}$*** **15**

b) ***Neuroriabilitazione (Cod. 75)*** **……** ***n$^{ro}$*** **15**

c) ***Psichiatria*** **……** ***n$^{ro}$*** **23**

***Totale*** ***n$^{ro}$*** **53**

La Casa di Cura dispone, inoltre, dei seguenti Servizi Sanitari di supporto:

- ✓ Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche;
- ✓ Diagnostica per Immagini (Radiologia, T.A.C., Ecografia);
- ✓ Farmacia;
- ✓ Ambulatorio specialistico di Neurologia;
- ✓ Ambulatorio specialistico di Psichiatria;
- ✓ Ambulatorio specialistico di Neurofisiopatologia.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge Regionale n$^{ro}$ 8 del 20 maggio 2004 e s.m.i.;
- Regolamento Regionale n$^{ro}$ 3/2010 – Requisiti per autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;
- Sistema di Gestione per la Qualità UNI EN ISO 9001:2008;
- D. Lgs. 231/01 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica";
- D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- D. Lgs. 152/06 "Norme in materia ambientale";
- D. Lgs. 81/08 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

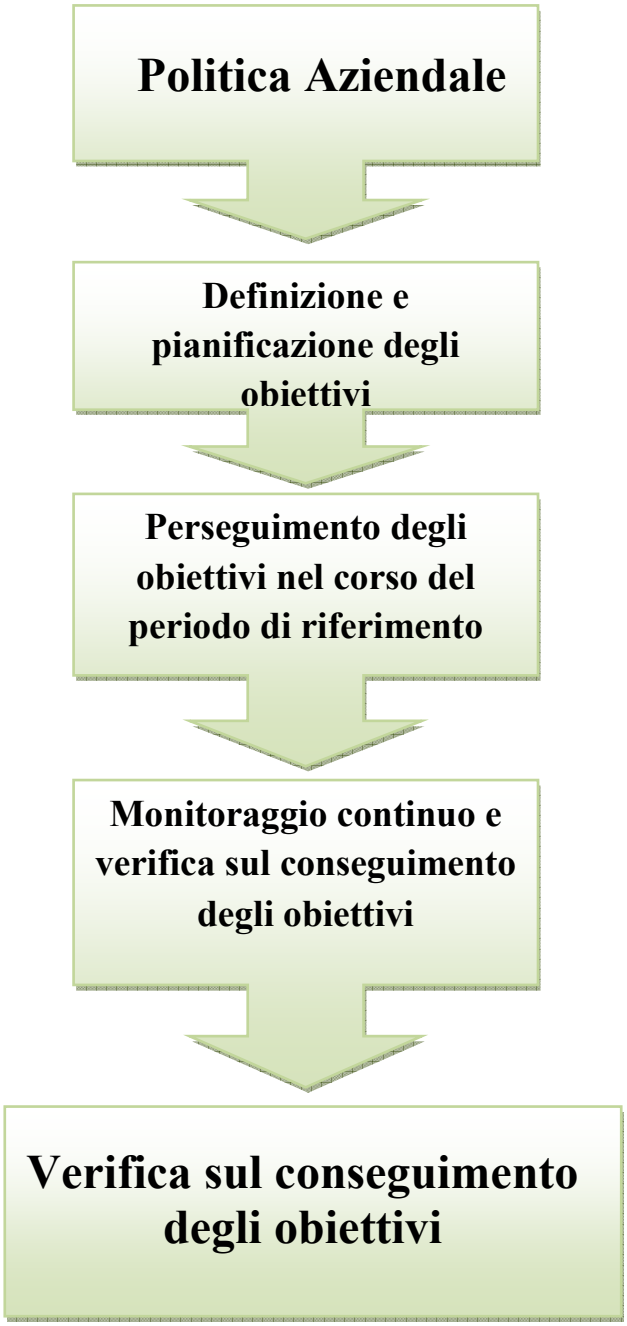
Il seguente regolamento si applica a tutti i processi correlati ai Servizi di diagnosi e cura e riabilitazione, erogati in regime di degenza o ambulatoriale.

## 4. PROCESSI AZIENDALI

Il processo principale della struttura è quello finalizzato alla produzione della prestazione sanitaria (diagnostica, terapeutica o riabilitativa), ed è reso possibile dall'attuazione dei vari processi di supporto che con i loro output forniscono gli elementi di input necessari per il processo principale.

## 5. PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'

La Direzione della Casa di Cura definisce annualmente e periodicamente gli obiettivi e le risorse necessarie per il loro raggiungimento. Tali obiettivi risultano funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici e della qualità.
Definiti gli indicatori, il raggiungimento viene valutato attraverso un monitoraggio continuo delle attività

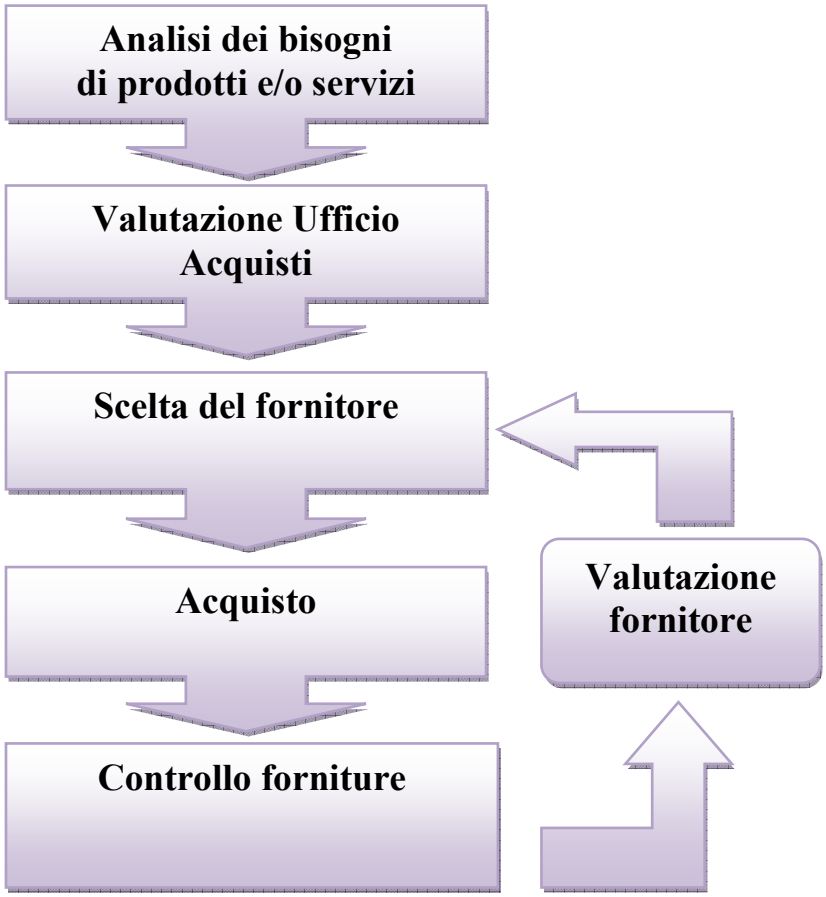


## 6. GESTIONE DELLE RISORSE

La Casa di Cura attribuisce la massima importanza alla gestione delle risorse attraverso un monitoraggio continuo dei bisogni e la conseguente acquisizione sulla base delle valutazioni economiche. In particolare viene attribuita un'importanza notevole alla formazione e allo sviluppo delle risorse umane che collaborano con Villa Verde.

## 7. APPROVVIGIONAMENTO

Villa Verde seleziona e valuta i fornitori, sorveglia le loro prestazioni ed effettua attività di acquisto di tutti i beni, attrezzature e servizi nell'ottica di garantire costantemente che gli approvvigionamenti siano coerenti con i requisiti di qualità garantiti agli utenti dei servizi sanitari.




## 8. PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI DI REALIZZAZIONE DEI SERVIZI

I principali processi clinici attuati all'interno di Villa Verde possono essere ricondotti all'interno di tre macro-categorie:

1. il processo di ricovero diretto;
2. il processo di ricovero ordinario con visita preventiva;
3. le prestazioni ambulatoriali per pazienti ricoverati e non.

Nel pianificare i processi di erogazione delle prestazioni sanitarie i Responsabili delle Unità Funzionali definiscono:

- i <u>requisiti di qualità</u> delle prestazioni (esplicitati in termini di indicatori);

- la documentazione esplicativa di come sono erogate le prestazioni (Percorsi Diagnostico Terapeutici, Procedure mediche e/o infermieristiche, istruzioni operative, adozione di linee guida medico-scientifiche, …);
- i momenti di verifica e controllo della corretta ed efficace erogazione del servizio (definiti all'interno dei Percorsi Diagnostico Terapeutici/Procedure o con riferimento a linee guida o altri documenti di origine esterna);
- le registrazioni necessarie a tenere sotto controllo il processo di realizzazione del servizio (tipicamente i fogli che compongono la cartella clinica).

### *8.1. Pianificazione dei processi di realizzazione dei servizi*

Il Sistema Aziendale Qualità della Casa di Cura Villa Verde è strutturato in modo tale da assicurare che i servizi erogati siano conformi ai requisiti specificati nella **Carta dei Servizi** e negli **Standards di prodotto** e soddisfino le aspettative dei clienti sulla base di un'organizzazione mirata alla prevenzione delle Non Conformità, al miglioramento continuo e alla costante verifica del raggiungimento degli Obiettivi di qualità.
Il Sistema Aziendale per la Qualità di Villa Verde pianifica e gestisce attività cliniche e di carattere tecnico-organizzativo finalizzate ad offrire al paziente che richiede prestazioni sanitarie un'assistenza (sia essa di ricovero o ambulatoriale) completa, appropriata, conforme ai requisiti di qualità esplicitati nella Carta dei Servizi e negli Standards di prodotto ed economicamente sostenibile.
I processi clinici all'interno della Casa di Cura sono attuati mediante l'azione integrata e sinergica di Unità Operative, Servizi clinici e sanitari, Direzione Sanitaria, Direzione Tecnica ed Amministrazione.

L'organizzazione dei processi clinici è attuata in coordinamento e sinergia con tutti gli altri processi di supporto necessari a consentire un'efficace ed efficiente gestione di quelli principali; questi processi sono descritti in procedure tra le quali:

- PG - 01: Gestione dei documenti di origine esterna
- PG - 02: Riesame di contratto
- PG - 03: Gestione attività ambulatoriale
- PG - 04: Approvvigionamento farmaci
- PG - 05: Carico e scarico stupefacenti
- PG - 06: Modalità di accesso dei libero-professionisti
- PG - 07: Documento programmatico sulla sicurezza dei dati (DPS 2010)
- PG - 08: Gestione documentazione sanitaria
- PG - 09: Gestione informazioni al paziente e consenso informato
- PG - 10: Gestione e trattamento delle non conformità
- PG - 11: Gestione azioni correttive e preventive
- PG - 12: Gestione isolamento paziente con malattia infettiva
- PG - 13: Gestione servizi alberghieri
- PG - 14: Gestione del processo di approvvigionamento
- PG - 15: Smaltimento rifiuti
- PG - 16: Sistema di comunicazione interna ed esterna

Contemporaneamente la Direzione della Struttura ha regolamentato altre attività mediante le quali mantiene sotto controllo sia il grado di attuazione dei processi di realizzazione dei servizi che il grado di soddisfazione dell'Utente, tra queste rientrano:

- ✓ la gestione dei documenti e dei dati (mediante implementazione di un Sistema informativo e di un Sistema di controllo di gestione);
- ✓ la gestione delle non conformità;
- ✓ la gestione delle azioni correttive e preventive;
- ✓ la gestione dei reclami e delle indagini conoscitive;
- ✓ le verifiche ispettive interne (audit).

La corretta e sistematica esecuzione di tutti questi processi permette di garantire al paziente lo standard assistenziale dichiarato nella Carta dei Servizi in accordo con la Politica per la Qualità della Casa di Cura Villa Verde s.r.l.

Nel pianificare i processi di erogazione delle prestazioni sanitarie i Responsabili definiscono:

- ❖ i <u>requisiti di qualità</u> delle prestazioni (esplicitati in termini di caratteristiche di qualità, indicatori e standard e riportati negli Standards di prodotto definiti da ogni Unità Operativa/Servizio clinico);
- ❖ la <u>documentazione</u> esplicativa di come sono erogate le prestazioni (Percorsi Diagnostico Terapeutici, Procedure mediche e/o infermieristiche, istruzioni operative, adozione di linee guida medico-scientifiche, …);
- ❖ i <u>momenti di verifica e controllo</u> della corretta ed efficace erogazione del servizio (definiti all'interno dei Percorsi Diagnostico Terapeutici/Procedure o con riferimento a linee guida o altri documenti di origine esterna);
- ❖ le <u>registrazioni</u> necessarie a tenere sotto controllo il processo di realizzazione del servizio (tipicamente la cartella clinica, i referti specialistici, i certificati e tutte le altre registrazioni di controllo del processo definite nel SAQ).

Nel caso delle attività ambulatoriali queste vengono svolte dai diversi servizi clinici che usufruiscono, oltre che del servizio di prenotazione e accettazione, delle prestazioni del servizio clinico stesso.

### *8.2. Processi relativi ai clienti*

La Casa di Cura Villa Verde opera all'interno del Servizio Sanitario Nazionale italiano essendo, allo stato, autorizzata e provvisoriamente accreditata con la Regione Puglia. Pertanto, nell'esercizio delle sue attività sanitarie, la Casa di Cura acquisisce e rispetta in primis i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie previsti a livello nazionale e regionale. La Direzione Generale, con il supporto della Direzione Sanitaria e dell'Amministrazione, è responsabile di garantire costantemente la conformità delle attività aziendali ai suddetti requisiti, di recepire e attuare gli adeguamenti imposti da successivi aggiornamenti e di mantenere i contatti con le autorità deputate al controllo del mantenimento dei requisiti.
La Casa di Cura Villa Verde, per l'erogazione delle sue prestazioni, stipula con i suoi clienti contratti che possono essere relativi a:

- ✓ prestazioni di diagnosi e cura in regime di ricovero;
- ✓ prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Questi contratti possono derivare da:

- ✓ accordi contrattuali con la A.S.L.;
- ✓ trattativa privata.

I clienti che, dopo l'autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale potranno rivolgersi a Villa Verde per acquistarne le prestazioni sanitarie sono tipicamente:

1. Aziende Sanitarie Locali della Regione Puglia o di altre Regioni italiane per conto dei loro assistiti;
2. Compagnie di assicurazioni, Mutue integrative, Associazioni di categoria o Aziende private;
3. Pazienti privati.

Per ognuna delle categorie di cui sopra la Direzione adotta modalità specifiche di esame delle esigenze del potenziale acquirente, di definizione dei termini contrattuali e di gestione delle loro modifiche (che possono manifestarsi qualora emerga la necessità di sottoporre un paziente a un Percorso Diagnostico Terapeutico diverso da quanto preventivato in relazione alla sua unicità e alle sue esigenze).

**Contratti con Aziende Sanitarie Locali**
In conformità agli indirizzi della programmazione sanitaria regionale, la Casa di Cura stipula con l'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio appositi accordi contrattuali per le prestazioni da erogare per conto del Servizio Sanitario Nazionale.
Il pagamento della prestazione sanitaria erogata all'assistito è effettuato sulla base della diagnosi di dimissione e secondo il sistema di remunerazione a prestazione (DRG) ovvero con diaria giornaliera secondo i tariffari definiti dalla Regione Puglia.
Nei vari accordi sono definite le documentazioni necessarie per il ricovero.

**Contratti con Assicurazioni, Mutue integrative, Associazioni di categoria o Aziende private**
La Casa di Cura può stipulare dei contratti con Assicurazioni, Mutue integrative, Associazioni di categoria o Aziende private sulla base dei quali, a fronte di tariffe stabilite dalle parti, la struttura si impegna ad erogare le prestazioni sanitarie richieste. L'attività di riesame avviene valutando le capacità della struttura di fare fronte alle richieste di prestazioni, anche alla luce degli accordi già stipulati con le Aziende Sanitarie Locali.

**Contratti con pazienti privati**
Nel caso in cui giungano richieste di prestazioni di ricovero a pagamento da parte di pazienti la Direzione predispone un preventivo, dopo eventuale consultazione del Responsabile U.O. e del Direttore Sanitario, e lo sottopone al richiedente; nel caso in cui il preventivo sia accettato il paziente accede ai servizi della struttura fruendo di un trattamento differenziato.
Per i pazienti paganti la necessità di prestazioni aggiuntive e/o diverse da quelle preventivate viene comunicata prima che queste siano erogate al fine di ottenere l'approvazione del paziente sul nuovo preventivo e la sua autorizzazione a procedere.
Il documento in cui sono definiti i servizi erogati dalla Struttura Ospedaliera, con le relative modalità di prenotazione e accesso da parte degli utenti, è la **Carta dei Servizi**; questo documento viene periodicamente rivisto in sede di Riesame di direzione per valutarne l'adeguatezza e l'esaustività, come previsto dall'apposita Procedura per il Riesame della direzione.

**Registrazioni**
Il Servizio Aziendale di Qualità di Villa Verde prevede, per il singolo cittadino-utente, pagante o che si presenti a fronte di uno dei contratti con aziende/istituzioni sia pubbliche che private descritti precedentemente:

- che la prenotazione del cittadino-utente attesti che sia stata valutata la fattibilità della richiesta;

- che al momento dell'accettazione l'operatore addetto registri il cittadino-utente solamente dopo aver verificato:
  1. la sua identità (e il conseguente rilascio del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L. n. 675/96);
  2. la presenza e la correttezza della documentazione necessaria (impegnativa del medico per il ricovero e/o specifica documentazione per l'applicazione del contratto di riferimento);
  3. che il cittadino-utente abbia compreso le condizioni previste dal contratto che regola la sua posizione.

L'attestazione dell'avvenuto riesame è documentata dall'inserimento del cittadino-utente nelle liste di prenotazione con l'attribuzione della data di ricovero, lo stesso procedimento è seguito per le prestazioni ambulatoriali.

### 8.3. Progettazione e sviluppo

**Generalità**
Tutte le attività di progettazione svolte nella realtà della Struttura Villa Verde sono finalizzate a definire modalità organizzative e operative utili a garantire la maggior qualità possibile del servizio ponendo al contempo gli Operatori nella condizione di esprimere al meglio le proprie potenzialità.
Fra tali attività di progettazione possono rientrare:
- ✓ la progettazione di nuove Unità Operative – nuovi Servizi da offrire all'Utenza;
- ✓ la progettazione di nuovi percorsi diagnostico terapeutici relativi a particolari patologie con un elevato grado di integrazione multidisciplinare;
- ✓ la progettazione di nuovi processi organizzativi;
- ✓ la riprogettazione significativa di unità operative, servizi, percorsi diagnostico terapeutici e processi organizzativi, già operativi nella struttura ospedaliera, al fine di migliorare la qualità del servizio alla luce delle più recenti innovazioni organizzative, scientifiche e tecnologiche.

L'avvio di un progetto è soggetto all'approvazione della Direzione coinvolgendo spesso attività di rilevante impatto organizzativo o comunque trasversali a più settori della struttura.
**Pianificazione della progettazione e individuazione delle interfacce organizzative e tecniche**
La metodologia di progettazione di Villa Verde prevede la costituzione di un Gruppi di Progetto di cui fanno parte professionalità cliniche, infermieristiche, tecniche o amministrative a seconda del settore cui il progetto è relativo; le attività dei Gruppi sono indirizzate da un Coordinatore, scelto sulla base della specifica competenza tecnica e delle caratteristiche personali, che ha la responsabilità di gestire le risorse messe a disposizione al fine di ottimizzarne l'impiego e massimizzarne l'efficacia.
L'attività di progettazione è documenta mediante una **Scheda progetto** che riporta gli obiettivi da conseguire, la pianificazione delle attività con le relative modalità di attuazione e valutazione e l'indicazione delle fasi di riesame, verifica e validazione. Sulla Scheda progetto sono anche identificati i Settori o le specifiche professionalità, sia interne che esterne alla Struttura, cui è richiesto di collaborare allo sviluppo del progetto.

**Input della progettazione e sviluppo**
Il Gruppo di progetto, al momento della definizione dei contenuti della Scheda progetto, identifica gli obiettivi da conseguire (che possono essere a breve, medio o lungo termine), ovvero le specifiche esigenze di carattere sanitario e/o organizzativo cui il progetto avviato si propone di dare risposta, e i relativi indicatori e standard sulla base dei quali è valutato il conseguimento o meno degli obiettivi.
Sono definiti in questa fase anche i dati di base, che possono includere la legislazione/normativa di

riferimento, i vincoli già presenti nella struttura, altri elementi di output prodotti da altri processi e che devono essere acquisiti o ancora i risultati di verifiche interne/esterne.

**Output della progettazione e sviluppo**
Gli output della progettazione, ovvero la struttura del progetto che dovrà poi essere implementato (la descrizione delle caratteristiche della nuova Unità Operativa/Servizio, del nuovo processo organizzativo o del nuovo percorso diagnostico terapeutico, …) sono espressi in maniera tale da poter essere verificati sulla base degli indicatori e degli standard per poter valutare se il Gruppo di Progetto ha saputo cogliere ed esprimere coerentemente le esigenze e trovare le soluzioni più adeguate e funzionali.
I risultati della progettazione evidenziano anche, se presenti, gli impatti organizzativi che la struttura subirà nel suo complesso dall'attivazione di quanto progettato (necessità di ridefinire le modalità di gestione di determinate attività o i collegamenti tra settori della Struttura Ospedaliera).

**Riesame della progettazione e sviluppo**
Tutti i membri del Gruppo di Progetto, secondo i tempi stabiliti nel Piano di progetto e comunque in corrispondenza della valutazione del conseguimento degli obiettivi, si riuniscono periodicamente, sotto la guida del Coordinatore, per effettuare il *Riesame del progetto*.
Nel corso di questa riunione di riesame, che viene poi verbalizzata, viene valutato il lavoro svolto fino a quel momento in termini di effettiva ed efficace attuazione di quanto previsto in sede di pianificazione nonché di rispetto delle scadenze previste dal calendario; viene poi valutato se quanto prodotto fino a quel momento soddisfa gli standard per gli indicatori definiti e vengono assunte le opportune decisioni in merito alle difformità emerse.

**Verifica della progettazione e sviluppo**
Le *Verifiche della progettazione* sono condotte in fasi definite nel Piano di progetto e sono finalizzate a valutare se quanto prodotto in quella specifica fase è coerente con il conseguimento degli obiettivi. Le verifiche prendono in considerazione la correttezza tecnica e la completezza delle attività progettuali esaminate e sono possibilmente svolte in fasi significative dello sviluppo del progetto al fine di eliminare alla radice eventuali errori o incongruenze e massimizzare l'efficacia del processo progettuale.
Le verifiche della progettazione possono essere eseguite anche da personale indipendente dalla specifica fase e comunque esperto della materia che viene verificata, ma sempre con la collaborazione del Responsabile della fase e sono comunque documentate.
Il proseguimento nella specifica fase del progetto è subordinato al positivo esito della verifica della progettazione.

**Validazione della progettazione e sviluppo**
La *Validazione della progettazione* è effettuata al termine della progettazione e nelle condizioni operative previste per lo svolgimento delle attività/servizi progettati. L'attività di validazione, che viene quindi effettuata dopo l'inizio dell'erogazione del servizio e comunque quando sono disponibili sufficienti dati ed evidenze per esprimere un giudizio completo, ha la finalità di attestare che quanto progettato è funzionale alle esigenze espresse o comunque identificate in sede di attivazione del progetto. Viene quindi valutato se la nuova Unità Operativa/Servizio o il nuovo percorso diagnostico terapeutico definito riscontra l'apprezzamento da parte degli utenti e si integra validamente nelle metodiche di lavoro della Struttura Ospedaliera.
La validazione della progettazione è documentata su specifica registrazione secondo quanto previsto

nell'apposita procedura.

**Modifiche alla progettazione e sviluppo**
Tutte le modifiche significative apportate al progetto, quali possono essere variazioni nelle fase o delle responsabilità assegnate, nuovi requisiti o variazioni degli stessi, cambiamenti apportati a seguito dell'esito di riesami e verifiche, sono documentati e approvati dal Coordinatore del Gruppo di progetto o da altra figura qualificata.

**Gestione della documentazione**
Tutta la documentazione relativa a un progetto sviluppato nella Struttura secondo la specifica procedura (pareri, relazioni, piani, registrazioni di riesame, verifica e validazione, ecc) è raccolta e custodita dal Coordinatore del Gruppo di Progetto in apposito Dossier di progetto; tale dossier, alla conclusione del progetto, è consegnato al RAQ che lo mette a disposizione degli interessati.

**8.4. Approvvigionamento**

La Casa di Cura Villa Verde seleziona e valuta i fornitori, sorveglia le loro prestazioni ed effettua attività di acquisto di tutti i beni, attrezzature e servizi nell'ottica di garantire costantemente che gli approvvigionamenti siano coerenti con i requisiti di qualità garantiti agli utenti dei servizi sanitari.
La Direzione di Villa Verde valuta le necessità di approvvigionamento e le caratteristiche tecnico-economiche dei prodotti/servizi.

**Materiali e servizi acquistati**
Villa Verde acquista prodotti e servizi che hanno diretta influenza sul percorso del paziente all'interno della Struttura e che possono essere raggruppati nelle seguenti categorie principali:

1. **Prodotti:**
   - apparecchiature elettromedicali e ricambi;
   - presidi sanitari medico-chirurgici, reagenti chimici, pellicole radiografiche;
   - prodotti vari;
   - farmaci;
   - sangue ed emoderivati.

2. **Servizi:**
   - servizio di approvvigionamento e di indagine di mercato su attrezzature biomediche, su presidi medico chirurgici, reagenti chimici, pellicole radiografiche;
   - prestazioni professionali di carattere medico, infermieristico, tecnico, fisico, ausiliario, amministrativo fornite da Società, Associazioni o da Liberi professionisti;
   - servizi di supporto (lavanderia, ristorazione, pulizie, smaltimento rifiuti, manutenzioni e tarature, ecc):
   - prestazioni strumentali e di laboratorio.

**Valutazione dei fornitori e attività di sorveglianza**
La Struttura acquista i prodotti e i servizi sopra elencati da fornitori qualificati; prima di rivolgersi a nuovi fornitori questi vengono sottoposti a un processo di qualifica, secondo specifica procedura.
I criteri utilizzati dalla Struttura per la qualifica dei propri fornitori sono i seguenti:

- ❖ esperienze di precedenti forniture;

- fornitore certificato ISO 9000 o disponibilità di procedure per la realizzazione del prodotto/servizio;
- fornitore sottoposto a Audit qualità;
- valutazione di prodotto/servizio;
- certificazioni di prodotto;
- esperienze rese note da altri utilizzatori;
- requisiti professionali: la selezione dei professionisti, medici e non, avviene sulla base del Curriculum Vitae del candidato e di eventuali specifici criteri aggiuntivi definiti secondo quanto previsto da norme di legge, da requisiti per l'accreditamento regionale e comunque indicati nelle relative Job description.

Per ogni categoria di fornitori sono state individuate figure responsabili della gestione del processo di qualifica che hanno la responsabilità di raccogliere i dati necessari al processo di qualifica. Solo se l'esito del processo di qualifica è positivo il fornitore viene inserito nell'**Elenco dei fornitori** dove sono riportate le informazioni anagrafiche e la tipologia di prodotti/servizi che è abilitato a fornire e il criterio di qualifica.
Gli elenchi dei fornitori sono redatti e aggiornati periodicamente sotto la responsabilità della Direzione Generale e inviati ai responsabili delle attività di approvvigionamento che se ne servono per la predisposizione degli ordini di acquisto.
Sui fornitori inseriti nell'elenco viene effettuata un'attività di sorveglianza mediante la sistematica raccolta dei dati di non conformità sulle forniture e sui fornitori e/o mediante attività di audit del loro sistema qualità (quando previsto dagli specifici accordi contrattuali); tale monitoraggio viene effettuato anche per i professionisti e i fornitori di prestazioni.
Tutte le non conformità relative ai fornitori sono raccolte ed elaborate; i risultati di tali attività sono discussi in fase di Riesame e utilizzati per decidere in merito al mantenimento o meno della qualifica. Quando una non conformità rilevata in fase di utilizzo del prodotto/servizio sia tale da compromettere l'attività sanitaria cui è sottoposto il paziente, la qualifica del fornitore viene immediatamente sospesa e questi, per poter essere nuovamente inserito nell'elenco, dovrà essere sottoposto a un nuovo processo di qualifica che consideri anche il superamento dei problemi precedentemente riscontrati.

**Gestione dei farmaci**
Vista la particolare criticità rappresentata dai farmaci la Direzione istituisce un apposito gruppo per la valutazione del farmaco al quale devono pervenire tutte le richieste di inserimento, sostituzione ed eliminazione di farmaci dal prontuario interno. Tale gruppo valuta le richieste pervenute con facoltà di accettarle o rifiutarle in via definitiva come previsto dalla specifica procedura (**Approvvigionamento dei farmaci)**.

**Gestione del sangue**
L'approvvigionamento delle sacche di sangue ed emoderivati eventualmente necessari per lo svolgimento dell'attività sanitaria di cura avviene tramite il Centro Trasfusionale presso il presidio Ospedaliero "Vito Fazzi" della A.S.L. di Lecce. E' stata predisposta una specifica procedura **(Gestione sangue ed emoderivati)** al fine di ottimizzare il processo e garantire l'assoluta conformità ai requisiti imposti dalla legislazione in materia.

**Dati di acquisto**
In specifica procedura (**Gestione degli approvvigionamenti)** sono definiti, per ogni tipologia di prodotto e servizio approvvigionato, i dati da riportare nei documenti di acquisto al fine di descrivere

chiaramente:

- **per i prodotti:** il prodotto ordinato, le sue caratteristiche, la quantità, l'eventuale documentazione richiesta, i tempi di consegna, il prezzo, le modalità di pagamento e consegna;
- **per i servizi:** le specifiche del servizio richiesto, i tempi e le modalità di erogazione del servizio, le tariffe e le modalità di pagamento.

In tale procedura sono altresì definite le responsabilità della definizione dell'ordine di acquisto e della verifica e approvazione dei documenti di acquisto prima dell'invio al fornitore.

**Verifica del prodotto acquistato**

La Casa di Cura ha definito nella procedura **Gestione degli approvvigionamenti** le modalità da seguire per la verifica del prodotto acquistato al momento del ricevimento e accettazione assegnando anche le necessarie responsabilità a personale competente; tali istruzioni prevedono anche i comportamenti da adottare in caso si rilevino non conformità nelle forniture.

Per particolari prodotti/servizi la Direzione, in accordo con il fornitore, può decidere di effettuare verifiche presso il fornitore.

## 8.5. Produzione

**Gestione e controllo dei processi di erogazione dei servizi**

I processi attuati in Villa Verde e che concorrono all'erogazione dei servizi sanitari (siano essi di carattere clinico o tecnico-organizzativo) sono descritti in documenti specifici (Percorsi Diagnostico Terapeutici, Procedure mediche, infermieristiche, tecniche o organizzative, Istruzioni Operative o Modelli) predisposti da gruppi di lavoro costituiti da rappresentati delle professionalità interessate al loro utilizzo. Tali documenti costituiscono il know how della struttura ed esplicitano un'esperienza consolidata negli anni nel campo della gestione e organizzazione dei servizi sanitari.

I **Percorsi Diagnostico Terapeutici** definiscono le modalità adottate nelle varie UO per il trattamento di patologie rilevanti per incidenza sul totale dei casi o particolarmente significative dal punto di vista tecnico-scientifico e rappresentano la "traduzione" nella realtà della Struttura delle raccomandazioni formulate dalle Società scientifiche mediante linee guida validate. I PDT costituiscono strumento di integrazione multidisciplinare delle competenze delle varie professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura (medici, infermieri, tecnici e terapisti) e riportano la sequenza delle fasi e attività, con esplicitazione dei momenti di verifica e registrazione, che i Professionisti seguono "mediamente" nel fornire assistenza sanitaria a un paziente che rientri nei criteri di inclusione definiti.

All'interno del PDT sono inoltre definiti i criteri in base ai quali si valuta la conclusione del percorso nonché le eventuali indicazioni per il follow up clinico.

Le **Procedure, Istruzioni Operative e Modelli** definiscono le modalità di effettuazione di processi e attività di carattere medico, infermieristico o tecnico-organizzativo attuate sia per garantire l'efficace ed efficiente organizzazione della Struttura che per creare le condizioni per l'attuazione dei PDT. Anche questi tipi di documenti sono costruiti con l'apporto di diverse professionalità (da quelle mediche e sanitarie in genere a quelle amministrative) e definiscono sequenze di fasi e attività con esplicitazione delle responsabilità, delle risorse necessarie e dei momenti e modalità di verifica e registrazione.

I processi attuati all'interno della Struttura sono impostati e gestiti per garantire la conformità delle attività ai requisiti della norma ISO 9001:2000 e sono ispirati a criteri di buona pratica clinica e di corretta gestione e organizzazione aziendale.

**Validazione dei processi di erogazione**
I processi di erogazione dei servizi sanitari attuati presso Villa Verde sono validati mediante metodiche specifiche per garantire che il processo di erogazione sia adeguatamente controllato; questa esigenza deriva dalla necessità di prevenire il più possibile non conformità nel corso dell'erogazione del servizio e assicurare puntualmente al paziente un'assistenza pianificata e controllata.

La validazione dei processi è attuata mediante:

- costruzione dei PDT/procedure sulla base delle raccomandazioni fornite da linee guida cui si rifanno i Professionisti che operano in Villa Verde;
- definizione di strumenti e metodiche di registrazione in grado di consentire di ricostruire momento per momento l'evoluzione del percorso del paziente (rilievi critici, diagnosi effettuate, somministrazione di terapia, prescrizione di esami, ecc);
- attuazione di percorsi di follow-up per garantire la necessaria continuità assistenziale al paziente e controllare l'efficacia delle modalità progettate nel conseguimento dei risultati clinici auspicati;
- definizione di criteri di riesame delle attività e di valutazione dei risultati intermedi all'interno dei PDT/procedure;
- controllo costante della sicurezza e della funzionalità delle apparecchiature biomediche e impiego esclusivamente di personale qualificato secondo requisiti stabiliti dalla legislazione e sottoposto a percorsi di aggiornamento professionale continuo;
- validazione delle prestazioni del Laboratorio Analisi, di Diagnostica per Immagini tramite validazione dei referti;
- validazione dei processi di sterilizzazione dei dispositivi medici utilizzati dai Professionisti per le attività cliniche.

**Identificazione e rintracciabilità**
Gli Operatori di Villa Verde adottano sistemi d'identificazione sia relativamente ai **Pazienti** che ai **Materiali** impiegati per l'erogazione del servizio; per questo sono definite attività, descritte in procedure, che permettono un'adeguata identificazione e, dove applicabili, una serie di documenti di registrazione necessari alla corretta applicazione delle disposizioni di legge e del Sistema Aziendale di Qualità.
I principali processi clinici si svolgono attraverso la successione di fasi importanti che possono essere così riassunte:

- ✓ accettazione;
- ✓ attività diagnostiche e terapeutiche;
- ✓ dimissione;
- ✓ archiviazione della documentazione sanitaria.

**a) Pazienti**
L'identificazione e la rintracciabilità durante il processo in Struttura si ottiene attraverso la corretta compilazione della **Cartella clinica**; questa accompagna costantemente il paziente dalla fase di accettazione fino alla dimissione e, successivamente, viene archiviata e conservata permettendo la rintracciabilità delle attività terapeutiche e diagnostiche cui il paziente è stato sottoposto.
L'identificazione del paziente avviene attraverso nome e cognome, dati anagrafici, numero cartella clinica, codice identificativo e dati sul ricovero attribuiti al momento dell'accettazione ricoveri e nome e cognome, dati anagrafici e codice identificativo per le prestazioni ambulatoriali.

Fin dall'accettazione amministrativa dei ricoveri vengono stampate etichette identificative che vengono applicate sul frontespizio della cartella clinica e sulle richieste di esami clinici, rendendo così sempre immediata e sicura la rintracciabilità.
Le provette di prelievo e altri contenitori di campioni biologici devono riportare l'etichetta identificativa per i pazienti ricoverati e il nome e il cognome del paziente scritti con penna indelebile per le prestazioni ambulatoriali; è responsabilità dell'Operatore che esegue il prelievo accertarsi dell'identità del paziente prima di eseguire il prelievo stesso.
La **Scheda di Dimissione Ospedaliera,** contenente il riepilogo della situazione clinica alla dimissione e riportante i dati del paziente, è riconducibile al numero di cartella clinica mediante un sistema di identificazione che le correla in maniera univoca.
Le prestazioni sanitarie eseguite sui pazienti sono registrate in apposita documentazione collocata all'interno della cartella clinica con indicazione di chi ha eseguito la prestazione e la data di esecuzione. L'identificazione e la rintracciabilità delle funzioni responsabili delle attività eseguite sono chiaramente individuabili nelle procedure di riferimento applicate.
Le attività di custodia della cartella clinica all'interno dell'UO di degenza e di archiviazione dopo la dimissione, nonché le modalità di rilascio di copie fotostatiche della stessa, avvengono secondo una specifica procedura definita dalla Direzione Sanitaria **(Gestione documentazione sanitaria)** e conforme anche agli obblighi derivanti dalla legislazione in materia..

**b) Materiali**
Questi sono identificati al momento dell'accettazione con i documenti contabili (fatture, DDT, ecc) e gestiti verificandone la corrispondenza con l'ordine di acquisto.
**c) Attrezzature**
Le attrezzature, in particolare quelle biomediche, sono inventariate mediante un codice univoco riportato sull'etichetta identificativa assegnata in fase di accettazione e/o collaudo. Tale codice è quindi riportato sulla documentazione cartacea e/o nei data base informatici che archiviano informazioni tecnico-amministrative relative alle attrezzature.
Al momento in cui le attrezzature cessano di funzionare viene regolarmente registrata e archiviata la loro cancellazione e disattivata la loro gestione nei data base.

**d) Sangue**
Le sacche di sangue sono identificate da etichette applicate dal Centro trasfusionale di riferimento; tali etichette sono poi riportate nella cartella clinica quando viene effettuata la trasfusione.
**e) Materiali sterili**
Durante il processo di sterilizzazione l'identificazione e la rintracciabilità del materiale sterilizzato avviene attraverso una codifica riportata su un'etichetta adesa sul materiale sterilizzato riportante: identificativo operatore, tipo di ciclo, n. ciclo, identificativo autoclave, data sterilizzazione, codice tipologia di materiale e data scadenza. Al termine del ciclo l'autoclave emette un rapporto che permette di verificare la corretta esecuzione del processo. Il processo utilizza il sistema delle doppia etichettatura riportandone una o in cartella clinica o su un apposito modulo di registrazione, in modo da avere sempre la rintracciabilità del ciclo di sterilizzazione.

**Proprietà del cliente**
La categoria "Proprietà del cliente", nella realtà di una struttura sanitaria qual è Villa Verde, comprende i seguenti elementi:

- referti di esami specialistici o immagini eseguiti presso altre strutture e tutta la documentazione che il paziente presenta al momento del ricovero;
- dati, informazioni e documenti personali forniti dai pazienti;
- campioni biologici destinati all'esecuzione di esami di laboratorio;
- presidi e farmaci portati dal cliente al momento del ricovero.

La Struttura, mediante le funzioni predisposte alla loro accettazione, verifica l'idoneità dei prodotti forniti dal cliente prima di utilizzarli all'interno del proprio processo sulla base dei criteri di seguito specificati.

1. **Documentazione:** tutta la documentazione sanitaria prodotta in strutture esterne a Villa Verde e fornita al momento del ricovero deve riportare l'anagrafica del paziente stesso; qualora non sia chiaramente riferibile al paziente la documentazione non può essere presa in considerazione. Tale documentazione viene trattenuta il tempo necessario e, all'occorrenza, fotocopiata e inserita in cartella clinica e poi restituita al paziente.

2. **Dati e informazioni:** per garantire la corretta raccolta di dati, anamnestici e non, relativi al paziente gli Operatori attuano modalità di comunicazione il più possibile dirette e semplici col paziente medesimo.
3. **Campioni biologici:** l'etichetta sul contenitore deve riportare l'anagrafica del paziente, in caso di assenza di una corretta identificazione del materiale fornito dal cliente all'atto dell'accettazione si provvede a un'immediata identificazione.

4. **Presidi e farmaci portati dal paziente al momento del ricovero**: questi presidi e farmaci, portati per la prosecuzione di terapie già in corso al momento del ricovero, sono preventivamente valutati dal Medico e, se ritenuti opportuni e coerenti con l'attuazione del percorso previsto, sono depositati presso il reparto dal Coordinatore Infermieristico, previa identificazione con il nominativo del paziente. Tali presidi e farmaci sono poi soggetti alle stesse regole di gestione previste per gli altri presidi e farmaci (con particolare riguardo alle modalità di conservazione e al controllo delle scadenze).

Ovviamente, è responsabilità del paziente attenersi alle indicazioni fornitegli in merito alle modalità di raccolta di campioni, seguire le terapie nei modi e nei tempi prescritti e fornire informazioni esaustive e attendibili in merito alla propria storia clinica, nonché comunicare al personale di Villa Verde ogni problema incontrato e ogni difformità di comportamento rispetto a quanto previsto durante l'assunzione della terapia o la raccolta dei campioni.
Qualora il prodotto fornito dal cliente venga danneggiato o reso inutilizzabile all'interno della Struttura il paziente viene informato e vengono attivati interventi correttivi quali la ripetizione dell'esame o la raccolta di un nuovo campione specificando al cliente i nuovi tempi di attesa. Tali situazioni vengono registrate e trattate come previsto dalle Procedure Generali "**Gestione e trattamento delle non conformità"** e "**Gestione azioni correttive e preventive"**.

**Conservazione e movimentazione**
Le attività di movimentazione, immagazzinamento, imballaggio, conservazione e consegna sono importanti per il processo di corretta erogazione del servizio; per tale motivo sono state valutate e gestite relativamente a:
1. paziente;
2. farmaci e presidi;
3. sangue ed emoderivati;

4. reagenti di laboratorio;
5. apparecchiature ed elettromedicali;
6. rifiuti.

Il servizio di ristorazione è garantito all'interno della Struttura assicurando la corretta conservazione/movimentazione degli alimenti e la corretta applicazione del sistema HACCP.

**a) Paziente**

La movimentazione del paziente nella Struttura avviene nel rispetto delle sue condizioni cliniche e in ottemperanza alle metodologie infermieristiche e alle indicazioni mediche.
Le modalità di trasporto dei pazienti sono indicate nelle procedure di attività dove sono altresì stabiliti: personale (per qualifica e numero) deputato al trasposto, attrezzature per il trasposto, attrezzature di supporto per l'eventuale monitoraggio dei parametri clinici. Sono altresì identificate le responsabilità di chi debba individuare le condizioni più opportune per il trasposto del paziente.
Inoltre occorre ricordare che l'attività di movimentazione si ripercuote anche sulla salute e sulla sicurezza dell'operatore, pertanto sono state predisposti documenti informativi che individuano le tecniche e le modalità più opportune per la movimentazione del paziente e in generale dei carichi.
Qualora il paziente debba essere trasferito in altra struttura il Medico che lo ha in cura avrà cura di indicare la necessità di un'autoambulanza e di quale personale e attrezzature specifiche necessiti.

**b) Farmaci e presidi**

La Struttura dispone di un Deposito di farmaci. Ogni movimentazione di farmaci avviene a cura degli addetti con la massima attenzione per le confezioni fragili (flebo o altri flaconi di vetro).
I farmaci depositati sono sistemati su appositi scaffali in ordine alfabetico e di data di scadenza. I farmaci termolabili sono conservati in frigoriferi o congelatori a temperatura controllata e registrata al fine di preservarne le caratteristiche.
Gli stupefacenti sono conservati invece presso la Struttura secondo le prescrizioni di legge in un armadio cassaforte e gestito da operatori cui sono assegnate le specifiche responsabilità.
Qualora i materiali vengano stoccati con l'imballaggio originale quest'ultimo deve risultare integro e deve riportare la data di scadenza e il tipo di farmaco contenuto.
Sia nel Deposito farmaceutico che presso i Reparti i farmaci devono essere conservati nella loro scatola al fine di conservare l'indicazione della data di scadenza. Il trasporto di farmaci, ordinati dal Coordinatore Infermieristico o dal Medico secondo specifica procedura, dal Deposito ai Reparti avviene con l'ausilio di mezzi di trasporto della Struttura.
In reparto viene verificata la correttezza delle modalità di stoccaggio e controllo di farmaci e presidi (inclusa la scadenza). La presenza di farmaci scaduti o conservati in maniera scorretta è considerata una non conformità e come tale viene gestita.
Inoltre gli armadi e i frigoriferi dei farmaci presenti nei Reparti vengono periodicamente controllati dal Coordinatore Infermieristico.

**c) Sangue ed Emoderivati**

La movimentazione di sangue ed emoderivati, da e per il Centro Trasfusionale, avviene a cura di personale individuato e nel rispetto delle modalità di conservazione imposte dalla normativa. Al loro arrivo in Casa di Cura le sacche sono immediatamente depositate dal Medico in frigoemoteca dove vengono conservate, distinte per gruppo e per tipologia di emoderivato, a temperatura controllata e registrata.

**d) Reagenti di laboratorio**
I reagenti di laboratorio sono immagazzinati direttamente presso il Laboratorio Analisi di Villa Verde ed utilizzati in ordine di scadenza. Qualora sia indicato sulla confezione che i reagenti devono essere conservati a specifiche temperature, questi vengono immagazzinati in frigoriferi che sono sottoposti a periodico controllo.

**e) Apparecchiature ed elettromedicali**
Quando un'apparecchiatura deve essere inviata a un'Azienda esterna per riparazione e/o manutenzione, è imballata in modo da evitare che venga danneggiata in seguito ad urti; sull'imballo sono applicate etichette opportune che indicano la fragilità e/o il verso nel quale il collo deve essere mantenuto durante il trasporto.

**f) Rifiuti**
Per evitare danni e inquinamenti a persone, cose e ambienti e nel rispetto della normativa vigente è stata predisposta apposita procedura **(Gestione e smaltimento rifiuti)** che descrive le varie fasi di movimentazione, immagazzinamento, imballaggio, conservazione e consegna dei rifiuti suddivisi secondo le seguenti categorie:
2. **rifiuti urbani non pericolosi:** raccolti dall'Azienda municipalizzata;
3. **rifiuti speciali pericolosi:** tali rifiuti, classificati come pericolosi per le caratteristiche dei materiali che li compongono, sono movimentati utilizzando gli opportuni dispositivi di protezione individuale in appositi contenitori che riportano la tipologia del rifiuto e la data di chiusura, e che sono trasportati presso il deposito esterno dove vengono ritirati da una ditta specializzata nello smaltimento dei rifiuti pericolosi;
4. **altri rifiuti raccolti in modo differenziato:** tali rifiuti, che possono essere pericolosi o riciclabili, sono movimentati, immagazzinati e conservati in modo da evitare danni per persone o cose, nel primo caso, e in modo da facilitarne il riciclo nel secondo. Tali rifiuti si possono classificare a seconda delle caratteristiche nel seguente modo:
   - aghi e taglienti vengono inseriti negli appositi contenitori rigidi e consegnati alla ditta per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi,
   - materiale contaminato da mercurio viene inserito in contenitori di plastica rigida e consegnato alla ditta per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi,
   - neon, lampade fluorescenti, incandescenza a vapori di mercurio al momento della sostituzione vengono imballati con cartoni protettivi, stoccati presso il deposito dei rifiuti speciali pericolosi e consegnati alla ditta per lo smaltimento,
   - toner per stampanti e macchine fotocopiatrici viene inserito in scatole di cartone e consegnato alla ditta per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi.

**8.6. Gestione dei dispositivi di monitoraggio e misurazione**

La Casa di Cura Villa Verde organizza e pianifica le attività per la gestione delle apparecchiature per prova, controllo e collaudo aventi diretta influenza sulla qualità del servizio sanitario erogato al paziente e sulla sicurezza degli operatori. Questa attività è svolta al fine di mantenere gli strumenti di misurazione in efficienza, opportunamente tarati e in condizioni ottimali per il funzionamento. L'attività stessa può essere svolta direttamente all'interno della Casa di Cura, ovvero commissionata all'esterno.
Le principali categorie di strumenti di misurazione cui si applicano tali metodiche sono:

- apparecchiature biomediche impiegate nei Reparti di degenza, Laboratorio Analisi, Ambulatori e Servizi Sanitari;
- in particolare: Diagnostica per Immagini, Laboratorio Analisi (controlli qualità interni ed esterni);
- sterilizzatrici dello strumentario;
- strumenti di misura in genere.

Tutte le apparecchiature per prova, controllo e collaudo sono inventariate (mediante assegnazione di un codice di identificazione) e inserite in un data base che viene aggiornato a ogni nuovo acquisto o messa fuori servizio. Su tali apparecchiature sono eseguiti interventi preventivi che si distinguono in: manutenzioni preventive, tarature e controlli rispetto a campioni di riferimento tarati.
Per ogni apparecchiatura viene compilata una scheda che descrive le informazioni necessarie a identificare l'apparecchiatura, le responsabilità della sua gestione nonché le esigenze in termini di manutenzioni preventive, controlli, verifiche di sicurezza e tarature. Sulla base delle informazioni contenute nelle Schede strumento viene elaborato annualmente un **Calendario degli interventi programmati e registrazione degli interventi eseguiti** per tutte le apparecchiature di misurazione impiegate in Villa Verde.
La frequenza degli interventi è stabilita in base alla criticità della misura, alla frequenza di impiego, alla precisione richiesta, alle indicazioni fornite dai manuali di utilizzo o dai fornitori e sulla base dell'esperienza degli utilizzatori.
Le procedure del Sistema Aziendale di Qualità di Villa Verde prevedono che ogni intervento di controllo, taratura e manutenzione preventiva o ogni intervento di manutenzione su chiamata da ditte esterne, sia attestato dal rilascio dei rapporti di lavoro che sono raccolti dal Responsabile dell'apparecchio, inseriti nel data base e archiviati. La documentazione attestante l'esecuzione delle verifica di sicurezza elettriche, previste dalla normativa in vigore, e le tarature è raccolta e archiviata presso la Direzione.
Nel caso di tarature e/o controlli viene richiesta la documentazione che attesti la riferibilità delle misure ottenute a campioni riconosciuti nazionali o internazionali.
L'operatore di Villa Verde che segue l'attività del tecnico controfirma il rapporto di lavoro rilasciato per attestarne l'effettiva esecuzione.

**Taratura e controllo rispetto a un campione di riferimento**
Per le apparecchiature soggette a taratura o a controllo a fronte di un campione di riferimento è definito un adeguato intervallo di accettabilità delle misure che è indicato sulla Scheda.
Le tarature e i controlli possono essere eseguiti da personale interno o da tecnici esterni secondo quanto indicato dalla Scheda. Nel caso di interventi eseguiti da personale interno questi vengono svolti in conformità ad appropriate istruzioni o manuali d'uso; nel caso di interventi eseguiti da operatori esterni si richiede al fornitore apposita documentazione che garantisca la riferibilità delle misure ai campioni di riferimento.
Lo stato di taratura/controllo è evidenziato sull'apparecchiatura tramite applicazione di un'etichetta che riporta il codice dell'apparecchiatura stessa, la data di esecuzione della taratura/controllo e la data prevista per l'intervento successivo.
Nella specifica procedura di **Controllo delle apparecchiature** sono altresì previste le responsabilità per la valutazione della validità dei risultati di precedenti misure effettuate qualora i risultati di taratura/controllo risultassero al di fuori dei limiti di accettabilità definiti.

**Manutenzione**
Le modalità e la frequenza delle manutenzioni sono indicate in specifici documenti (istruzioni, manuali, contratti, …). Anche per questo tipo di intervento preventivo la tipologia delle manutenzioni, la loro frequenza e le responsabilità d'esecuzione (interne o esterne) sono state individuate sulla base di quanto raccomandato dal produttore (manuali d'uso) e delle indicazioni date dai fornitori e dagli utilizzatori.
Tali interventi sono pianificati come previsto nella procedura e vengono definite altresì le modalità adottate di gestione dei guasti al fine di identificare lo strumento come guasto e di impedirne l'utilizzo; le attività di riparazione eseguite a seguito di un guasto sono registrate.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

***EVIDENZA 1.5.2*** ***Assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi***

Al punto 6.3 del Capitolo del Manuale per l'Accreditamento, relativo alla Gestione, Valutazione e Miglioramento della Qualità, la Direzione ha disciplinato la struttura organizzativa dell'Ufficio di Qualità – Gruppo Valutazione e Miglioramento della Qualità, istituendo per il triennio 2020-2022 il gruppo degli operatori che costituiranno per lo stesso periodo il preindicato Ufficio Qualità che è preposto alla gestione del programma di verifica e miglioramento della qualità, nonché al suo monitoraggio e controllo.

**Ufficio Qualità – Gruppo VMQ - COMPOSIZIONE**

E' istituito per il triennio 2020 – 2022 il gruppo degli operatori che costituiranno per lo stesso periodo l'Ufficio Qualità, preposto alla gestione del programma di verifica e miglioramento della qualità (VMQ).

Il team avrà cura di monitorare il programma VMQ (triennale e annuale).

***Unità per la valutazione della qualità – Componenti***

Responsabile dell'Unità – Direttore Sanitario della Casa di Cura

*Componenti*:
- Responsabile del Servizio di Ingegneria Clinica;
- Responsabile Ufficio Statistica/DRG della Direzione Sanitaria;
- Coordinatore Servizi Infermieristici;
- Coordinatore Servizio Assistenza Sociale

L'Ufficio Qualità, come detto, garantirà la gestione del piano strategico triennale per la VMQ, prevedendo la verifica degli obiettivi triennali ed annuali. In particolare:
- lo Staff che fa capo alla Direzione Sanitaria seguirà più specificatamente gli aspetti relativi ai requisiti organizzativi e più in generale tecnico-sanitari
- il Servizio di Ingegneria Clinica seguirà più specificatamente gli aspetti relativi ai requisiti strutturali e tecnologici.

L'Ufficio garantirà la gestione del Piano Strategico Triennale per la VMQ prevedendo la verifica degli obiettivi triennali ed annuali. In particolare:
- lo Staff che fa capo alla Direzione Sanitaria seguirà più specificatamente gli aspetti relativi ai requisiti organizzativi e più in generale tecnico-sanitari;
- il Servizio di Ingegneria Clinica seguirà più specificatamente gli aspetti relativi ai requisiti strutturali e tecnologici.

Tutta l'attività di valutazione e verifica sarà ovviamente svolta sulla base delle previsioni ed obiettivi, nonché dei connessi indicatori contenuti nei Programmi triennale ed annuale di miglioramento della Qualità.

E' in facoltà dell'Ufficio qualità – nell'esercizio della responsabilità affidata allo stesso di valutazione delle prestazioni e servizi – avvalersi anche, ove ritenuto utile e necessario, di specifici e mirati pareri tecnici ad opera di altri professionisti interni all'Azienda.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

***EVIDENZA 1.5.3*** ***Definizione di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti (quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, mortality & morbidity review) (DM 70 Allegato 1 - 5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)***

La Direzione dell'Azienda ha compiutamente definito il quadro di riferimento, scientificamente validato, in termini di Linee Guida, procedure e Protocolli Operativi in base ai quali erogare prestazioni sanitarie e servizi in condizioni di sicurezza, appropriatezza, efficacia ed efficienza, fissando altresì specifici indicatori per le relative verifiche. Ha inoltre presidiato l'erogazione dei servizi assistenziali con misure atte a garantire pienamente i diritti relativi alla tutela della dignità della persona, della propria privacy, della informazione, della partecipazione e della umanizzazione delle cure.

Esiste pertanto – a disposizione dell'Ufficio per la Valutazione e Miglioramento della qualità – tutta la strumentazione tecnica necessaria per una corretta misurazione delle performances di struttura, ed anche individuali, in sede di rapporti di audit clinico, di misurazione di aderenza alle Linee Guida, Procedure e Protocolli Operativi definiti, verifiche specifiche, ecc.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

***EVIDENZA 1.6.3*** ***Modalità di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)***

Come già indicato nell'"Evidenza 1.5.1" il processo principale della Struttura è quello finalizzato alla produzione della prestazione sanitaria (diagnostica, terapeutica e riabilitativa), ed è reso possibile dall'attuazione dei vari processi di supporto che con i loro "output" forniscono gli elementi di input necessari per il processo principale. Soltanto, quindi, un ordinato svolgimento, ed una armoniosa sinergia di tutti i processi, consentono una efficace pianificazione e svolgimento dei principali processi clinici attuati all'interno di Villa Verde, che possono sostanzialmente ricondursi al processo di ricovero (diretto, oppure ordinario con visita preventiva) ed a quello di prestazione ambulatoriale (per paziente ricoverato e non). L'organizzazione dei processi clinici è infatti attuata in coordinamento e sinergia con tutti gli altri processi di supporto necessari a consentire un'efficace ed efficiente gestione di quelli principali; tali ultimi processi in specifiche procedure, tra le quali quelle indicate al punto 8.1 del Manuale Aziendale – Regolamento Interno meglio esplicitato nella "Evidenza 1.5.1".

E' il Sistema Aziendale di Qualità della Casa di Cura attraverso il suo team di verifica e controllo, che è chiamato ad assicurare che i servizi erogati siano conformi ai requisiti specificati nella Carta dei Servizi e negli "standards di prodotto" e soddisfino le aspettative degli utenti sulla base di una organizzazione mirata alla prevenzione delle "non conformità", al miglioramento continuo ed alla costante verifica del raggiungimento degli obiettivi di qualità, per poter offrire prestazioni sanitarie ed una assistenza completa, appropriata, conforme ai requisiti esplicitati nella Carta dei Servizi.

In team, in particolare, verifica e controlla quanto definito dai Responsabili delle Unità Funzionali in sede di pianificazione dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, e cioè:

a) i requisiti di qualità delle prestazioni (esplicitati in termini di indicatori);
b) la documentazione esplicativa di come sono erogate le prestazioni stesse (Percorsi diagnostico-terapeutici, Procedure Mediche e/o Infermieristiche, istruzioni operative, linee guida, ecc.);
c) momenti di verifica e controllo della corretta ed efficace erogazione del servizio.

Tutti i processi sopra descritti vanno continuamente monitorati e sottoposti ad analisi per verificarne la congruità e la totale rispondenza allo scopo di erogare prestazioni corrette, efficaci e di qualità.

Pertanto, il Direttore Sanitario – che è il Responsabile dell'Ufficio Verifica Qualità – convoca annualmente un "Tavolo di Lavoro", con la partecipazione di tutti gli altri componenti del team, di tutti i Responsabili delle Unità Funzionali, e della Direzione Ammnistrativa, per sottoporre a verifica tutti i processi implementati, con lo scopo di individuare eventuali fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi di qualunque tipo che possano offuscare i requisiti di assoluta qualità che devono caratterizzare le prestazioni sanitarie.

Nel caso di individuazione di qualsivoglia criticità, il Tavolo di Lavoro stesso indicherà i necessari ed opportuni correttivi che verranno prontamente adottati dalla Direzione.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

***EVIDENZA 1.6.1*** ***Procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento***

Nella parte del MANUALE relativa ai Diritti dei Cittadini, Informazione all'Utenza e Carta dei Servizi Pubblici Sanitari, la Direzione ha proceduto (punto 8.3) all'esplicitazione dei servizi disponibili e delle modalità di relativo accesso predisponendo, tra l'altro, all'interno della Direzione Sanitaria, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, con il compito – oltre a quello principale di fornire informazioni all'utenza – di gestire i reclami, segnalazioni e suggerimenti. Ed inoltre, la Carta dei Servizi, che contiene tutte le informazioni necessarie in merito all'organizzazione interna della Struttura, alle modalità operative di erogazione delle prestazioni, di inserimento nelle liste d'attesa, delle procedure relative all'accesso, di consegna dei referti anche ai fini della tutela dei dati personali, ecc. ecc., contiene anche espresse e precise modalità per la presentazione di eventuali reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti e delle associazioni rappresentative di tutela e di volontariato.

Già queste misure, unitamente ad altri strumenti codificati e messi a disposizione quali, ad esempio, il Modulo di Verifica degli Obiettivi di qualità, nonché le verifiche dei Questionari di soddisfazione dell'utenza sia in area di degenza che ambulatoriale danno tempestiva contezza delle eventuali reali possibilità di insorgenza del rischio di disservizi e consente l'immediato esperimento di azioni correttive.

A ciò si aggiunga che il Servizio di Ingegneria Clinica e quello di Manutenzione della Struttura e degli Impianti esercitano costante vigilanza, con verifiche preventive, che conferiscono un alto grado di affidabilità in ordine al buon funzionamento di tutti i Servizi della Struttura.

## CRITERIO: 1 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

## REQUISITO: 1.6 Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

***EVIDENZA 1.6.2*** ***Procedure di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini***

Come già esplicitato in altra "Evidenza", la Direzione persegue l'obiettivo di un efficace Sistema di Comunicazione Interna ed Esterna al fine di sviluppare negli operatori un senso di appartenenza e di attenzione che si traducono in una maggiore efficienza ed efficacia dell'organizzazione nel suo complesso, e quindi anche nella prevenzione di possibili disservizi.

La comunicazione è sia di tipo top-down che bottom-up con lo scopo di ottenere quell'indispensabile "Incontro" tra Dirigenti e Collaboratori, essenziale per la realizzazione degli obiettivi strategici dell'Azienda.

CASA DI CURA ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATA
**"VILLA VERDE - Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l.**
*Terapia Intensiva Gravi Cerebrolesioni Acquisite – Neuroriabilitazione (cod. 75) – Psichiatria*
**Lecce**

# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 2

## PRESTAZIONI E SERVIZI

*Via Monteroni 222 - Telefono 0832 224111 - Fax 0832 224141 - E-mail: villa.verde@libero.it - PEC: villa.verde@pec.it - C.F. e Partita IVA 01983380757*

# CRITERIO: 2

# PRESTAZIONI E SERVIZI

## REQUISITO: 2.1
## Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

***EVIDENZA: 2.1.1*** ***L'organizzazione ha definito la Carta dei Servizi e le modalità di diffusione della stessa***

## REQUISITO: 2.2
## Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

***EVIDENZA 2.2.1*** ***Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti***

***EVIDENZA 2.2.2*** ***Presenza di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri).***
***Con particolare riguardo a:***
- ***a) valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici;***
- ***b) lo stato nutrizionale e funzionale;***
- ***c) la valutazione del dolore;***
- ***d) le modalità e gli strumenti per la promozione della salute.***

***EVIDENZA: 2.2.3*** ***Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti.***

***EVIDENZA: 2.2.4*** ***Definizione delle modalità di tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria compresa la riconciliazione.***

***EVIDENZA: 2.2.5*** ***Definizione delle modalità di gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno dei processi di cura.***

## REQUISITO: 2.3
## Continuità assistenziale

***EVIDENZA: 2.3.1*** ***Formalizzazione di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up).***

***EVIDENZA: 2.3.2*** ***Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per***

***tutta la durata della degenza.***

***EVIDENZA: 2.3.3*** ***Definizione dei collegamenti funzionali fra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza.***

***EVIDENZA: 2.3.4*** ***Definizione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegne, i trasferimenti ed i processi di dimissione.***

***EVIDENZA: 2.3.5*** ***Definizione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti. La procedura definisce le modalità di diffusione della stessa a tutti gli operatori coinvolti nel percorso del paziente.***

***EVIDENZA: 2.3.6*** ***L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:***

***a) Programmi di dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase acuta (DM 70 Allegato 1-10 continuità ospedale territorio);***

***b) Protocolli e procedure per il trasporto sicuro del paziente(DM 70 Allegato 1-10 continuità ospedale territorio).***

## REQUISITO: 2.4
## Il monitoraggio e la valutazione

***EVIDENZA: 2.4.1*** ***L'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione delle performance cliniche (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) In tutte le fasi del percorso assistenziale, dichiarando l'evidenza a supporto di ogni indicatore (cfr anche 1.5.1 e (D) 1.5.1)***

***EVIDENZA: 2.4.2*** ***L'organizzazione ha pianificato le modalità e la periodicità per l'esecuzione degli audit clinici.***

***EVIDENZA: 2.4.3*** ***Esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia.***

## REQUISITO: 2.5
## La modalità di gestione della documentazione sanitaria.

***EVIDENZA: 2.5.1*** ***Formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitar che definisce:***

***a) i requisiti e le modalità di***
- ***redazione***
- ***aggiornamento***
- ***conservazione***
- ***verifica della documentazione sanitaria e modalità di controllo***

***b) i tempi di accesso alla documentazione sanitaria***

***c) una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, n***

***rispetto ed in ottemperanza alla legislazione e normativa vigente i materia***

***d) procedure la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta del documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità nel rispet ed in ottemperanza alla legislazione e normativa vigente in materia.***

***EVIDENZA: 2.5.2*** ***Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenend conto delle problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di alt tecnologie (Transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimen di setting assistenziali.***

# CRITERIO: 2 PRESTAZIONI E SERVIZI

## REQUISITO: 2.1 Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

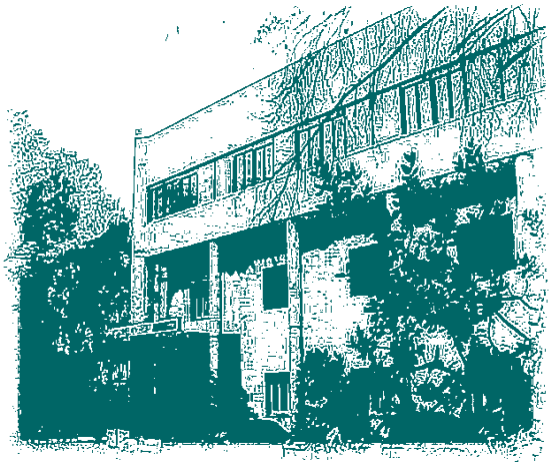
***EVIDENZA: 2.1.1*** ***L'organizzazione ha definito la Carta dei Servizi e le modalità di diffusione della stessa***

La Casa di Cura ha già definito ed approvato la Carta dei Servizi, ampiamente diffusa sia con la pubblicazione sul sito web aziendale che con la sua disponibilità a favore degli utenti e familiari negli ambienti operativi della Struttura.

La Carta approvata è completa ed illustra tutti i profili, dal contesto territoriale, alla configurazione, esplicitando missione, obiettivi, principi fondamentali, diritti e doveri dell'utenza. Fornisce dettagliate informazioni sulle attività sanitarie, sia ambulatoriali che di degenza, sui campi di azione, sulla sicurezza, sulla gestione del rischio clinico, sui meccanismi di tutela e verifica e, in generale, su tutto quanto possa interessare l'utenza nel rapporto con la Casa di Cura per la fruizione delle prestazioni sanitarie.

# Casa di Cura "Villa Verde - Prof. Dott. G. Verrienti"s.r.l.

*Carta dei Servizi*



**Via Monteroni 222**
**73100 LECCE**

**Telefono.: 0832 224111**
**Fax: 0832 224141**
**E-mail:**
**villa.verde@libero.it**
**villa.verde@pec.it**

Si ringraziano Dipendenti, Collaboratori e quanti, quotidianamente, con il proprio impegno contribuiscono ad attuare i nostri programmi.

# SOMMARIO




| | |
|---|---|
| *Premessa* | 5 |
| **Sezione Prima**<br>**Presentazione della Casa di Cura e principi** | 7 |
| 1. Il contesto territoriale | 8 |
| 2. La struttura | 9 |
| 3. Risorse umane | 11 |
| 4. Per contattarci | 11 |
| 5. Passato, presente ……. futuro | 12 |
| 6. Missione ed obiettivi | 14 |
| 7. Principi fondamentali | 15 |
| 8. Indicazioni di comportamento per l'utenza | 17 |
| 8.1 Doveri dell'utenza | 17 |
| 8.2 Diritti dell'utenza | 19 |
| **Sezione seconda**<br>**Informazioni sui servizi forniti** | 22 |
| **1. Servizi Generali** | 23 |
| 1.1 Reception e Centralino | 23 |
| 1.2 Ufficio Prenotazioni | 25 |
| 1.3 Uffici Amministrativi | 27 |
| 1.4 Servizi Integrativi | 29 |
| 1.4.1 Servizio Pasti | 29 |
| 1.4.2 Servizio Religioso | 29 |
| 1.4.3 Servizio giornali, riviste e ricariche telefoniche | 30 |
| 1.4.4 Deposito Valori | 30 |
| 1.4.5 Telefono | 30 |
| 1.4.6 Acconciatore | 30 |
| 1.4.7 Punti ristoro | 31 |
| 1.4.8 Servizio pulizie locali e stanze di degenza | 31 |
| 1.4.9 Trasporto | 31 |
| **2. Attività ambulatoriale** | 32 |
| 2.1 Tipologia delle prestazioni | 32 |
| 2.2 Modalità di accesso | 34 |
| 2.3 Ritiro referti | 35 |
| **3. Attività di degenza** | 36 |
| 3.1 Tipologia dei ricoveri | 36 |
| 3.1.1 Ricovero nell'Unità Operativa di Psichiatria | 36 |
| 3.1.2 Ricovero nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite | 38 |
| 3.2 Consenso informato | 40 |
| 3.3 Cosa portare per il ricovero | 41 |
| 3.4 Orario di visita ai degenti | 42 |
| 3.5 Attività assistenziali durante il ricovero | 44 |
| 3.6 La dimissione | 51 |
| 3.7 Rilascio della documentazione clinica | 52 |
| 3.8 Servizi comuni ai Reparti di degenza | 53 |
| 3.8.1 Laboratorio Analisi | 53 |
| 3.8.2 Servizio di Radiologia | 53 |
| 3.8.3 Servizio di Elettroneurofisiopatologia | 54 |
| 3.8.4 Servizio Farmaceutico | 54 |
| 3.8.5 Sperimentazione clinica | 54 |
| 3.8.6 Ospedale senza dolore | 55 |
| 3.8.7 Camera mortuaria | 55 |
| **Sezione terza**<br>**Standard di qualità e programmi** | 56 |
| **1. Campi d'azione, obiettivi ed indicatori** | 57 |
| **2. Sicurezza antincendio** | 63 |
| **3. Gestione del rischio clinico** | 64 |
| **Sezione Quarta**<br>**Meccanismi di tutela e verifica** | 66 |
| **1. Indagini sulla soddisfazione degli utenti** | 67 |
| **2. Segnalazioni e reclami** | 67 |
| **Allegati** | 69 |

# Premessa

*Egregio Signore, Gentile Signora,*

*nel salutarLa cordialmente, La invitiamo a consultare con attenzione la Carta dei Servizi della Casa di Cura.*

*Il documento non vuole rappresentare un formale adempimento normativo contenente notizie di massima, derivanti esclusivamente da un obbligo legislativo, così come previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995. La sua adozione, bensì, Le offre l'opportunità di avere a disposizione uno strumento dal duplice obiettivo: illustrativo e divulgativo dei servizi e delle prestazioni offerti dalla Casa di Cura, e, prioritariamente, di controllo e verifica della qualità degli stessi.*

*Attraverso la Carta dei Servizi, la Casa di Cura si propone di avviare un dialogo con Lei, in qualità di cittadino/utente, coinvolgendoLa in un processo innovativo volto a promuove l'informazione e la partecipazione da parte Sua.*

*Il nostro intento, infatti, è quello di fornire indicazioni quanto mai chiare ed esaustive, che L'aiutino non solo ad orientarsi e a rendere più agevole il Suo soggiorno nella nostra struttura, ma Le illustrino anche i Suoi diritti e doveri, i comportamenti da osservare e le modalità in cui si svolgono le varie attività assistenziali.*



*Certi della Sua preziosa collaborazione, La invitiamo a voler segnalare eventuali valutazioni, critiche, proposte che riterremo preziose al fine dell'ottimizzazione della qualità del servizio, nell'ottica di una politica di innovazione e miglioramento continui.*

*Ringraziando Lei ed il Suo Medico per la fiducia accordataci, Le assicuriamo l'impegno da parte di tutti gli Operatori e la nostra piena disponibilità.*

*Vogliamo, da ultimo, informarLa che il presente documento viene sottoposto a verifiche almeno una volta l'anno e a revisioni ogniqualvolta se ne ravvisi la necessità, approvate dagli organi di gestione della Casa di Cura. Le notizie contenute in questo opuscolo sono aggiornate a settembre 2010 ed al momento in cui ci legge potrebbero aver subito delle variazioni, non esiti, pertanto, a contattarci ai numeri di seguito indicati per ricevere i ragguagli di cui necessita.*

*Con l'augurio di una permanenza serena*

*La Direzione*

Sezione Prima

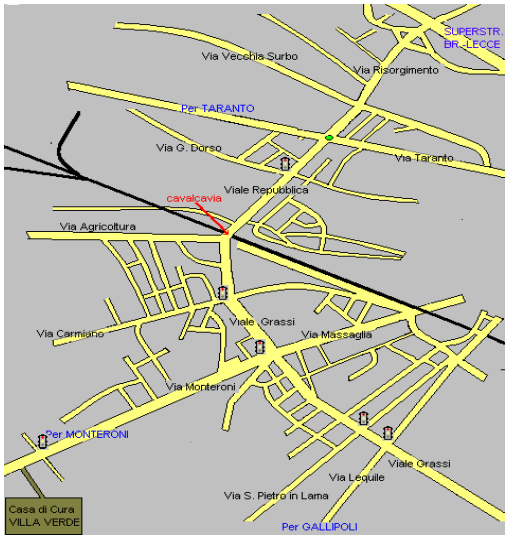
# PRESENTAZIONE DELLA CASA DI CURA E PRINCIPI



## 1. Il contesto territoriale

La Casa di Cura sorge a Lecce, in Via Monteroni 222. E' facilmente raggiungibile con mezzi pubblici e privati percorrendo la via che da Lecce conduce a Monteroni.

**Autobus**: linea n. 27 (fermata di fronte all'ingresso della Casa di Cura) che collega, tra l'altro, la struttura direttamente con la Stazione Ferroviaria di Lecce.




**Auto**: Arrivando a Lecce dalla Superstrada da Brindisi occorre seguire le indicazioni per la Tangenziale Ovest – Gallipoli e procedere fino allo svincolo Monteroni – Arnesano. Alla rotatoria proseguire in direzione Lecce, a meno di 1 Km, a desta, si trova l'ingresso della Casa di Cura.
Arrivando da Taranto (Via Campi) occorre seguire le indicazioni per Gallipoli. Una volta oltrepassato il cavalcavia di Viale della Repubblica, al secondo semaforo occorre svoltare a destra e percorrere via Monteroni per circa 800 metri prima di trovare, alla propria sinistra,

l'ingresso della Casa di Cura.
Per chi proviene da Sud è consigliabile immettersi sulla Tangenziale Ovest, svincolo Monteroni – Arnesano. Alla rotatoria proseguire in direzione Lecce, a meno di 1 Km, a destra, si trova l'ingresso della Casa di Cura.

## 2. La struttura

La struttura, il cui nucleo originario risale al 1958, è situata in un vasto parco di circa tre ettari con ampi parcheggi ed un giardino interno attrezzato per lo svago degli ospiti.

L'immobile è strutturato su tre piani, più seminterrato, ed è così organizzato:

**Seminterrato**

Locali tecnologici
Box per trattamenti fisioterapici

**Piano Terra**

Accettazione

Ufficio Prenotazioni
Amministrazione
Direzione Sanitaria
Studi Medici
Archivio Cartelle Cliniche
Poliambulatori
Sale di attesa
Ascensori per utenti e montalettighe
Distributori bevande
Palestra
Piscina
Cucina
Laboratorio Analisi
Servizio di Diagnostica per Immagini

**Primo Piano**

Unità Operativa di Psichiatria
Spogliatoi Personale
Distributori bevande

**Secondo Piano**

Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite
Unità Operativa di Neuroriabilitazione (cod. 75)
Spogliatoi Personale
Distributori bevande

**Terzo Piano**

Farmacia
Magazzini di approvvigionamento

La struttura sanitaria è gestita dalla società a respon-

sabilità limitata denominata "Casa di Cura Villa Verde-Prof. Dott. G. Verrienti" con capitale sociale interamente detenuto da componenti della Famiglia Verrienti.

L'Amministrazione è curata da un Consiglio di Amministrazione composto dal Presidente del Consiglio di Amministrazione e da due Consiglieri Delegati di cui uno con funzioni di Vice Presidente.

Il controllo interno è esercitato da apposito Collegio Sindacale secondo le vigenti norme del codice civile.

Le funzioni igienico-organizzative sono svolte da un Dirigente Medico Direttore Sanitario munito di tutti i requisiti di legge.

Il ruolo di Coordinatore Sanitario Generale è assicurato dal Dott. Pasquale Verrienti, Medico Responsabile.

## 3. Risorse Umane

Tutto il personale operante a qualsiasi titolo nella Casa di Cura è specializzato, ognuno per le proprie specifiche competenze, secondo le previsioni del relativo profilo professionale. L'organico è costituito da medici specialisti, biologi, psicologi, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti, tecnici (di laboratorio analisi, di neurofisiopatologia, di radiologia), animatori, personale tecnico addetto all'assistenza, addetti al centralino, addetti alla ristorazione, ausiliari.

## 4. Per contattarci

La Casa di Cura è contattabile nelle modalità appresso indicate.



⇒ Scrivendo a:

**Casa di Cura "Villa Verde" Via Monteroni 222 - 73100 Lecce**

⇒ Telefonando ai numeri:

**0832 224111—0832 224141** (Centralino e fax)

**0832 224152** (Ufficio prenotazioni)

⇒ Attraverso e-mail all'indirizzo di posta elettronica:

@ info@villaverde.lecce.it

all'indirizzo di posta certificata:

@ villa.verde@pec.it

Tutte le informazioni sono, inoltre, disponibili sul sito web:

www.villaverde.lecce.it

## 5. Passato, presente …….

La Casa di Cura "Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti" ha iniziato la propria attività nel 1958 grazie all'opera dell'Illustre neuropsichiatra Prof. Dott. Giovanni Verrienti che l'ha diretta fino al 1992, epoca in cui la gestione sanitaria ed amministrativa sono state assunte rispettivamente dal figlio Pasquale e dalla figlia Chiara.

Il nucleo iniziale ad indirizzo prettamente neuropsichiatrico, per il trattamento di esperienze acute, era dotato di 50 posti letto, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Negli anni ha rappresentato un punto di

riferimento per l'utenza e per la formazione di giovani neuropsichiatri non solo in ambito provinciale ma per l'intera regione.

Nel processo clinico, diagnostico e terapeutico la Clinica si è impegnata quotidianamente con persone, spazi, tempi e tecnologie, allo scopo di restituire i pazienti alla famiglia ed al territorio dopo aver riacquisito in modo sufficientemente accettabile una dimensione corporea, spaziale e temporale. Ed è proprio in tale contesto che, nel tempo, la Casa di Cura ha ampliato i propri ambiti operativi aprendo ad attività ambulatoriali, per consentire così di usufruire di una continuità terapeutica anche dopo il ricovero.

Su impulso della famiglia Verrienti, nel 1998 la Casa di Cura si è arricchita di un Reparto di Alta Specialità di Neuroriabilitazione e Terapia Intensiva, dotato di 15 posti letto, autorizzati dalla Regione Puglia (autorizzazione n. 652 del 01.12.1997), volto all'assistenza di soggetti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite. Anche in questa dimensione il progetto terapeutico viene avviato per restituire al soggetto quella dimensione integrata che fa dell'individuo una persona unica ed irripetibile, in un contesto in cui il trauma rappresenta solo una tappa di un percorso di vita.

## …….. futuro

Nel frattempo la Casa di Cura è stata totalmente ridi-



segnata. Sono stati eseguiti lavori di radicale ristrutturazione, adeguando a norma tutti gli ambienti, gli impianti ed i servizi.

Gli atti di programmazione regionale hanno riconfigurato la dotazione dei posti letto stabilendo la seguente nuova organizzazione delle Unità di Degenza previste per la Casa di Cura:

✓Unità Operativa di Psichiatria, dotata di 23 posti letto;
✓Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite, dotata di 15 posti letto;
✓Unità Operativa di Neuroriabilitazione (codice 75), dotata di 15 posti letto.

## 6. Missione ed obiettivi

La Casa di Cura è una struttura privata associata istituzionalmente accreditata.

I fini istituzionali sono quelli di fornire prestazioni sanitarie sia ambulatoriali (in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale o in libera professione), che in regime di ricovero per la diagnosi e la cura di malattie psichiatriche, neurologiche e l'alta specialità per neuroriabilitazione di gravi cerebrolesioni acquisite con annessa Terapia Intensiva.

L'obiettivo primario che ispira l'agire di tutti gli operatori della Casa di Cura è costituito dalla *centralità del paziente*. Tutte le risorse interne (strutturali, tecnologiche e professionali) sono impegnate per la soluzione dei problemi di salute degli utenti, garantendo loro una informazione corretta sull'organizzazione e sull'accesso

ai servizi, sulle prestazioni diagnostiche, sugli interventi terapeutici e riabilitativi necessari. I servizi sanitari sono erogati tenendo in particolare considerazione i bisogni clinici e psicologici, mediante l'adozione di tutte le tecniche terapeutiche, farmacologiche, strumentali e psicologiche più aggiornate.

La Direzione nelle proprie strategie gestionali ed operative si ispira a criteri di efficienza ed efficacia in vista dell'ottimizzazione delle risorse, attraverso un regolare adeguamento tecnologico e strutturale, un continuo aggiornamento professionale del personale che opera all'interno della Casa di Cura, tenendo in debita considerazione le esigenze e le richieste del territorio.

## 7. Principi Fondamentali

In particolare, tutta l'azione della Casa di Cura nell'erogazione dei servizi si ispira ai principi sanciti nel D.P.C.M. del maggio 1995:

### ❖ Eguaglianza

Ogni cittadino che si rivolge alla Casa di Cura, a salvaguardia della sua dignità personale, ha diritto di ricevere le cure mediche più idonee ed in nessun caso possono essere esercitate nei suoi confronti azioni discriminatorie imputabili a sesso, età, razza, credo politico o religioso, condizione sociale.

### ❖ Imparzialità

Professionalità, obiettività, imparzialità e giustizia sono alla base dell'agire degli operatori: a tutti gli utenti devono essere garantite le medesime condizioni di accesso e di fruizione dei servizi.



### ❖ Continuità

L'erogazione dei servizi deve avvenire senza interruzione con continuità e regolarità, secondo quanto sancito dalla legge e quanto stabilito dal Contratto Collettivo Nazionale di categoria. Un'eventuale sospensione temporanea di taluni servizi, motivata da imprescindibili esigenze, verrà attuata cercando di contenere per quanto possibile i disagi arrecati all'utenza, dandone preventiva comunicazione agli organi competenti ed indirizzando l'utenza verso altre strutture in grado di fornire la medesima prestazione.

### ❖ Diritto di scelta

In conformità alla normativa vigente, nell'ambito della propria organizzazione, la Casa di Cura tutela il diritto di scelta del cittadino in ogni fase del suo percorso terapeutico, sia per ciò che concerne la possibilità di scegliere il sanitario a cui rivolgersi per l'esecuzione della prestazione, sia per ciò che attiene la facoltà di adesione alle scelte terapeutiche proposte.

### ❖ Partecipazione

L'utente, secondo le modalità previste dalla legge, ha diritto a ricevere un'informazione precisa ed esauriente. Attraverso gli strumenti messi a sua disposizione può esprimere il proprio giudizio sulla qualità delle prestazioni e può formulare reclami, suggerimenti al fine di rendere il servizio più consono alle esigenze di quanti si

rivolgono alla struttura. Tali segnalazioni possono pervenire in forma diretta o attraverso l'ausilio di Associazioni di Volontariato o di Tutela dei Diritti del Cittadino.

### ❖ Efficienza ed efficacia

La Casa di Cura con l'adozione di strumenti di pianificazione e controllo gestionale vigila sulla capacità dei propri collaboratori di agire affinché servizi e prestazioni siano forniti attraverso un uso ottimale delle risorse, secondo i più aggiornati standards di qualità. Il personale è, infatti, consapevole che l'adozione di misure appropriate e personalizzate a soddisfare in modo tempestivo i bisogni del cliente, evitando sprechi, produce risultati in termini non solo di gradimento dell'utenza, ma anche di gratificazione personale.

## 8. Indicazioni di comportamento per l'utenza

Il rispetto di elementari norme di comportamento consente al personale di svolgere la propria attività in un clima di collaborazione e rispetto reciproco con l'utenza.

### 8.1 Doveri dell'utenza

☞ Il cittadino accedendo alla Casa di Cura è tenuto ad assumere un comportamento corretto, improntato all'osservanza delle norme di civile convivenza, nel rispetto delle persone ricoverate e del Personale che presta la propria opera.



☞ Il cittadino è invitato al rispetto dei locali della Casa di Cura nonché degli arredi e delle attrezzature che ivi si trovano.

☞ Il cittadino deve rispettare scrupolosamente gli orari di visita ai degenti per non ostacolare le attività assistenziali e terapeutiche e per favorire la tranquillità dei degenti. E' sconsigliata la presenza di più di due visitatori per paziente.

☞ Il permesso di visita al di fuori dell'orario stabilito, motivato da particolari esigenze, dovrà essere autorizzato dai sanitari del Reparto e potrà essere concesso ad un solo familiare.

☞ Per motivi di sicurezza ed igienico-sanitari non è consentito l'accesso ai Reparti ai minori di 12 anni di età.

☞ E' fatto divieto di fumare al di fuori dei locali appositamente adibiti. L'osservanza di tale disposizione è sancita tra l'altro dalla legge n. 3 del 16.01.2003 che stabilisce le relative sanzioni in caso di inadempienza.

☞ All'interno della Casa di Cura è, inoltre, sconsigliato l'uso dei cellulari al fine di evitare possibili interferenze con apparecchiature elettromedicali.

☞ E' consigliabile che il degente durante il ricovero non detenga oggetti di valore o denaro; la Casa di Cura non risponde dell'eventuale perdita o sottrazione.

☞ L'utente ricoverato non può allontanarsi dal proprio Reparto senza averne dato preventivamente comunicazione al personale in servizio. In casi di estrema necessità, ai pazienti degenti solo se accompagnati da un familiare, il sanitario potrà concedere brevi permessi per lasciare la Casa di Cura .

☞ Per motivi di carattere igienico-sanitario è vietato introdurre in Reparto cibi, bevande, farmaci o oggetti che possano essere di nocumento. Il personale in servizio è autorizzato a vigilare sul rispetto di tali indicazioni.

☞ L'utente che accede alla Casa di Cura per eseguire una prestazione sanitaria è invitato a rispettare l'orario indicatogli al momento della prenotazione.

☞ E' dovere dell'utente comunicare all'ufficio preposto la propria intenzione di rinunciare all'esecuzione di una prestazione sanitaria, o l'eventuale ritardo, agevolando in tal modo altri utenti in attesa. La Casa di Cura non garantisce l'esecuzione della prestazione al l'utente che si presenti in ritardo senza averne dato comunicazione.

## 8.2 Diritti dell'utenza

☞ Nel rispetto della dignità personale, il paziente ha diritto a ricevere le cure più appropriate in relazione al proprio stato di salute.

☞ L'utente ha diritto di ricevere informazioni corrette sulle caratteristiche della struttura, sulle prestazioni e sui servizi da questa erogati e sulle modalità di erogazione.

☞ L'utente ha diritto alla riservatezza sia durante l'esecuzione di una prestazione sanitaria, che durante il periodo di degenza.

☞ L'utente ha diritto a che la prestazione venga erogata in ambienti sicuri e puliti, nei tempi stabiliti evitando ritardi rispetto all'orario indicato all'atto della



prenotazione.

☞ L'utente ha diritto ad essere informato in maniera chiara e comprensibile, dal sanitario che lo ha in cura, sulla patologia da cui è affetto, sul decorso, sulla prognosi, sull'opportunità di eseguire determinati esami o terapie farmacologiche, sulle possibili scelte alternative anche se non eseguibili presso la Casa di Cura, sugli eventuali rischi o disagi che potrebbero derivarne, in modo da fornire un'adesione consapevole al trattamento, salvo i casi d'urgenza. Qualora il Medico ravvisi l'inopportunità di un'informazione diretta o il paziente non sia in grado di autodeterminarsi, le notizie saranno fornite ai familiari o agli esercenti la tutela.

☞ L'utente ha diritto ad essere trattato in maniera professionale da parte del Personale che gli si rivolgerà in maniera rispettosa, dandogli del Lei ed individuandolo con il proprio nome e cognome.

☞ L'utente ha diritto ad identificare facilmente il Personale con cui si relaziona, grazie al cartellino identificativo che ogni operatore espone sul proprio abito da lavoro. La categoria di appartenenza del personale addetto all'assistenza è, inoltre, riconoscibile dal colore della divisa:

Personale Medico - camice bianco
Infermiere Professionale Reparto di Psichiatria - divisa verde;
Infermiere Professionale Reparti di TIGCA e Neuroriabilitazione cod. 75 - divisa verde;
Fisioterapisti e Logopedisti - divisa azzurra;
Personale O.T.A. - divisa celeste .

☞ L'utente ha diritto a che venga tutelata la segretez-

za dei dati da lui forniti sia nell'espletamento delle pratiche amministrative sia durante gli accertamenti sanitari e la degenza.

☞ L'utente ha diritto a che non vengano diffuse ad altri, se non su sua espressa volontà, notizie inerenti il proprio stato di salute e a che non vengano consegnati referti o altra documentazione sanitaria a soggetti privi di delega. Il Personale non è autorizzato a fornire informazioni telefoniche sulle condizioni di salute di un paziente ricoverato.

☞ L'utente ha diritto a ricevere un referto della prestazione sanitaria eseguita o, al momento della dimissione, un cartellino o una relazione contenente una sintesi di quanto effettuato durante il ricovero e le indicazioni da seguire a domicilio.

☞ L'utente ha diritto di accesso alla documentazione sanitaria che lo riguarda ed in tale iter ha diritto alla semplificazione amministrativa, avvalendosi anche della possibilità di esibire autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive.

Sezione Seconda

# INFORMAZIONI SUI SERVIZI

☞ L'utente ha diritto di proporre suggerimenti o reclami, in carta semplice o avvalendosi dell'apposita modulistica, alla Direzione Sanitaria che li esaminerà ed informerà sull'esito degli stessi. Segnalazioni verbali possono essere esposte personalmente alla Direzione Sanitaria.

**Orario feriali: 07.00 – 21.00**
**Orario festivi: 08.00 – 21.00**

# 1. Servizi generali

## 1.1 Reception e Centralino

L'accettazione è situata al piano terra, all'ingresso della Casa di Cura, con annessa sala d'attesa e servizi igienici.

Numero telefonico a cui risponde l'operatore:
**0832 224111**, inoltro fax in automatico.

In linea con la politica attuata dalla Casa di Cura in tema di servizi al cittadino, l'accoglienza rappresenta un valore aggiunto, in considerazione del fatto che partico-

lare attenzione viene rivolta al primo approccio con l'utente sia dal punto di vista della comunicazione che del supporto fornitogli.

Nell'ambito dell'organizzazione della Casa di Cura, il servizio di accettazione esplica un duplice ed impor-

**Orario di apertura al pubblico:**
**dal lunedì al venerdì**
**dalle ore 9.30 alle ore 12.30**

tante ruolo:

- Front office: in tale postazione avviene il primo contatto, personale o telefonico, con l'utenza. Obiettivo principale dell'addetto al servizio è l'individuazione dei bisogni del cittadino che accede alla Casa di Cura e la risposta alle sue esigenze, che deve essere fornita con estrema chiarezza e cortesia.
- Back office: tale postazione rappresenta l'anello di congiunzione tra i vari servizi, gli ambulatori, i reparti di degenza e gli uffici amministrativi.

Le modalità operative del personale addetto, la qualità del servizio e quant'altro contribuisce a soddisfare le esigenze dell'utente o ad ottimizzare l'organizzazione interna della struttura vengono stabilite direttamente dalla Direzione.

Al momento dell'arrivo nella Casa di Cura, l'addetto all'accettazione, identificabile dal cartellino sulla divi-

sa, provvede a:

- individuare la tipologia di prestazioni richieste dall'utente;
- consegnare all'utente un numero, identificativo della tipologia di prestazione da eseguire;
- fornire le giuste indicazioni per raggiungere la sala d'attesa pertinente gli ambulatori, i reparti di degenza o gli uffici amministrativi;
- ottimizzare i tempi, coordinando l'afflusso nei diversi locali al fine di evitare attese ingiustificate;
- comunicare all'utente eventuali imprevisti che dovessero comportare ritardi o rinvii.

Inoltre, l'operatore addetto al servizio accettazione provvede anche a gestire il traffico telefonico e a smistare le chiamate in entrata ed in uscita. Può verificarsi che in situazioni di intenso traffico telefonico, l'attesa si protragga a lungo, in tale circostanza verrà consigliato di lasciare un numero a cui essere richiamati.

Presso tale postazione è possibile inoltrare la richiesta di copia cartella clinica.

Tutte le operazioni di trattamento dei dati personali avvengono nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.

## 1.2 Ufficio Prenotazioni

L'Ufficio Prenotazioni è situato nell'area della reception.

Numero telefonico: **0832 224152;**

e-mail: **ufficioprenotazioni@villaverde.lecce.it**

La prenotazione oltre che telefonicamente può essere



effettuata recandosi personalmente presso l'ufficio.

Gli addetti all'ufficio prenotazioni, identificabili dal cartellino sulla divisa, provvedono a:

- fornire informazioni dettagliate su:
  - prestazioni specialistiche eseguibili presso la Casa di Cura;
  - nominativi degli specialisti che eseguono la visita o la prestazione sanitaria;
  - 

**Mattino: dal lunedì al venerdì**
**dalle ore 9.00 alle ore 13.00**
**Pomeriggio: lunedì, mercoledì, venerdì**
**dalle ore 16.30 alle ore 19.30**
**Contatti: 0832 224107**

**Mattino: dal lunedì al venerdì**
**dalle ore 9.00 alle ore 13.00**
**sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.00**
**Pomeriggio: tutti i giorni, escluso il sabato,**
**dalle ore 16.30 alle ore 19.30**
**Contatti: 0832 224102**

Presso detto ufficio è possibile:

- ricevere informazioni su esenzioni o tariffe per prestazioni eseguibili non in convenzione;
- effettuare, ove previsto, il pagamento del ticket relativo ad una visita ambulatoriale o prestazione sanitaria resa in regime di convenzione con il S.S.N.;
- effettuare il pagamento di tariffe per prestazioni sanitarie a pagamento;
- effettuare il pagamento di copia di cartella clinica;
- effettuare la richiesta di copia di radiogrammi e provvedere al relativo pagamento;
- ricevere informazioni sull'iter burocratico inerente i ricoveri.

Il pagamento, presso detto ufficio, può avvenire oltre che a mezzo di denaro contante anche attraverso terminale P.O.S. con carte di credito o tessera bancomat.

In caso di particolari urgenti necessità, i pazienti ricoverati possono rivolgersi agli uffici amministrativi per usufruire del servizio telefax o fotocopie, nonché per ricevere telefax o comunicazioni postali.

## 1.4 Servizi integrativi

### 1.4.1 Servizio Pasti

Il servizio, consono al sistema di analisi dei rischi e controllo dei punti critici sulla produzione alimentare (H.A.C.C.P.), prevede la preparazione dei pasti in sede. Il personale, appositamente formato attraverso corsi sulle norme igieniche e sulla prevenzione delle contaminazioni alimentari, si attiene alle indicazioni dei medici dei Reparti e della Direzione Sanitaria. Tutto ciò consente un immediato controllo sulla qualità dei prodotti ed è garanzia per il mantenimento delle qualità organolettiche e nutrizionali dei cibi preparati. Per garantire la massima igiene, i pasti vengono distribuiti in vassoi termici. Il menù varia a seconda delle stagioni, con rotazione mensile.

In presenza di particolari patologie o in considerazione delle condizioni fisiche dei degenti vengono predisposte diete personalizzate.

La distribuzione dei pasti per colazione, pranzo e cena avviene in orari articolati sulla base delle prioritarie esigenze di cura e di riposo degli ospiti ricoverati.

Nel caso sia programmata l'esecuzione di esami che prevedono il digiuno del paziente, il Caposala provvede a darne comunicazione.

### 1.4.2 Servizio Religioso

Le funzioni religiose, in rito cattolico, vengono celebrate nella Cappella della Casa di Cura tutte le domeniche ed i giorni festivi alle ore 10.00.

Su espressa richiesta, il sacerdote che collabora con la Casa di Cura può celebrare funzioni al di fuori dell'orario istituzionale e fornire assistenza religiosa ai degenti che lo desiderino.

E' disponibile presso la Casa di Cura apposita Sala multiconfessionale per le pratiche religiose di altri culti.

### 1.4.3 Servizio giornali, riviste e ricariche telefoniche

All'interno della Casa di Cura è organizzato un servizio giornaliero di recapito giornali, riviste e ricariche telefoniche.

### 1.4.4 Deposito Valori

La Casa di Cura non risponde della custodia di somme di denaro o oggetti di valore in possesso dei pazienti ricoverati e consiglia, pertanto, di ridurli al minimo indispensabile. Qualora ciò non fosse possibile, in casi di particolare necessità, il paziente potrà, a richiesta e previa la compilazione di un'apposita scheda, usufruire della cassaforte della Casa di Cura.

### 1.4.5 Telefono

E' assicurata, all'interno della Casa di Cura, la possibilità di fruire del servizio telefonico per chiamate verso l'esterno.

### 1.4.6 Acconciatore

L'acconciatore è a disposizione dei degenti tre giorni a settimana. A richiesta, inoltrata al Caposala del Reparto, è possibile usufruire



del servizio parrucchiere.

### 1.4.7 Punti ristoro

Nella Casa di Cura, ad ogni piano di degenza, nella sala d'attesa degli ambulatori ed all'ingresso posteriore, sono collocati distributori automatici di bevande calde, acqua, gelati e snack, gestiti da ditte esterne, responsabili del servizio.

### 1.4.8 Servizio pulizie locali e stanze di degenza

Le pulizie dei locali della Casa di Cura, degli ambienti di degenza e degli arredi sono affidate a ditta esterna. Il personale preposto provvede due volte al giorno alla pulizia degli ambienti attenendosi a specifiche istruzioni operative, che prevedono tra l'altro l'utilizzo di materiali monouso, la sanificazione degli ambienti secondo protocolli validati.

Lo smaltimento dei rifiuti, regolato da apposite istruzioni operative, prevede la raccolta differenziata dei materiali, anche in base al pregresso utilizzo.

### 1.4.9 Trasporto

Il trasporto per l'accesso alla Casa di Cura e per il ritorno al domicilio, o verso la struttura eventualmente individuata per il proseguo delle cure, è a carico del paziente o della A.S.L. competente per residenza anagrafica che ne dispone il trasferimento.

Nell'ipotesi che, durante il periodo di degenza, si renda necessario il trasferimen-

to d'urgenza verso un'altra Struttura, o si ravvisi la necessità di eseguire una consulenza o un'indagine strumentale non eseguibile presso la Casa di Cura, il relativo trasporto del paziente viene effettuato senza oneri a suo carico.

| Esame | Durata |
|---|---|
| Elettromiografia arti superiori o inferiori | 30 minuti |
| Elettromiografia quattro arti | 1 ora |
| Elettromiografia e test per spasmofilia | 30 minuti |
| Elettromiografia e test per miastenia[1] | 1 ½ |
| Protocollo per sclerosi laterale amiotrofica | 2 ore |
| Elettromiografia del perineo | 30 minuti |
| Elettroneurogramma (senza EMG) | 30 minuti |
| Potenziali evocati somatosensoriali arti superiori o inferiori | 30 minuti |
| Potenziali evocati somatosensoriali quattro arti | 1 ora |
| Potenziali evocati motori arti superiori o inferiori | 30 minuti |
| Potenziali evocati motori quattro arti | 1 ora |



| Esame | Durata |
|---|---|
| P 300 | 1 ora |
| N 20 | 1 ora |
| Potenziali evocati acustici [2] | 30 minuti |
| Potenziali evocati pudendi o sacrali | 1 ½ |
| Potenziali evocati visivi (non in convenzione) | 1 ora |
| Elettroretinogramma (non in convenzione) | 1 ora |
| Elettroencefalogramma standard | 45 minuti |
| Elettroencefalogramma in sonno | 2 ore |
| Visita neurologica | 30 minuti |
| Visita psichiatrica | 30 minuti |

## 2. Attività ambulatoriale

### 2.1 Tipologia delle prestazioni

Negli ambulatori della Casa di Cura, situati al piano terra, è possibile eseguire visite e prestazioni sanitarie inerenti le branche di neurologia e psichiatria.

In particolare è possibile eseguire le prestazioni specialistiche riportate nella tabella successiva, contente anche indicativamente i tempi di esecuzione.

**NOTE:**

(1) I pazienti che assumono farmaci per miastenia, su eventuale indicazione medica, devono interrompere il trattamento nei giorni precedenti l'esecuzione dell'esame.

(2) Potenziali evocati acustici: BAER o BAEP, Potenziali evocati del troncoencefalo, Potenziali evocati del tronco.

N. B.: Nei casi di pazienti che abbiano effettuato trapianto cardiaco, che siano in trattamento farmacologico con anticoagulanti, questo deve essere fatto presente al medico che esegue l'esame.

Sono allo studio le possibilità di offrire un servizio di Terapia Fisica Ambulatoriale, reso dal personale in regime di attività intramoenia, comprendente cicli di rieducazione funzionale ed un Servizio interno di Diagnostica per Immagini presso il quale, a richiesta, possono essere effettuate prestazioni in regime libero-professionale.



veri nelle seguenti Unità Operative:

- Psichiatria
- Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite
- Neuroriabilitazione (cod. 75).

Per ciascuna tipologia è previsto un iter di prenotazione ed accettazione diversificato.

### 3.1.1 Ricovero nell'Unità Operativa di Psichiatria

Il Reparto, situato al primo piano della Casa di Cura, dispone di una divisione maschile ed una femminile. Tutte le camere, a due letti o singole, sono dotate di servizi annessi e di impianto di climatizzazione. Ogni camera di degenza è direttamente collegata con la postazione degli infermieri, mediante impianto acustico.

Il ricovero presso questa Unità Operativa è a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il ricovero è volontario, programmato e si accede su proposta formulata dal Medico di Medicina Generale o da Specialista del Servizio di Igiene Mentale di appartenenza.

All'atto della richiesta che può essere effettuata sia telefonicamente, rivolgendosi al numero **0832 224111,** che di persona, il nominativo viene registrato nell'apposito registro di attesa, distinto per Reparto (Uomini e Donne), per il quale viene rispettato il criterio della cronologia della domanda. I

### 2.2 Modalità di accesso

Tutte le prestazioni sanitarie vengono erogate previa prenotazione da effettuarsi telefonicamente o di persona presso l'ufficio preposto. Occorre, pertanto, munirsi della prescrizione del proprio Medico di Medicina Generale o della documentazione specifica nel caso che si tratti di prestazione eseguita per conto di un ente assicurativo o previdenziale.

Nella Casa di Cura non è previsto un Servizio di Pronto Soccorso per visite e prestazioni specialistiche in via di urgenza.

All'atto della prenotazione, oltre alla tipologia della prestazione, verranno richiesti:

- nome e cognome
- data e luogo di nascita
- indirizzo
- recapito telefonico

Prima dell'esecuzione di una prestazione sanitaria, a seguito dell'informativa ricevuta dal sanitario, l'utente sottoscrive il proprio consenso all'esecuzione ed al trattamento dei dati personali.

◆ Prestazioni in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale

La prestazione è erogata previa esibizione della prescrizione del Medico di Medicina Generale e previo il pagamento del ticket, ove dovuto, come per legge.

◆ Prestazioni non in convenzione

L'onere di tale prestazione è a totale carico del cittadino e la prestazione viene



eseguita previa esibizione della fattura rilasciata dagli uffici amministrativi.

◆ Prestazioni effettuate in regime di attività libero professionale

Al fine di snellire le liste di attesa, troppo lunghe a causa della rilevante richiesta da parte dell'utenza, la Casa di Cura ha avviato, così come previsto dal vigente C.C.N.L. del personale dipendente, l'attività professionale intramoenia per gli specialisti che ne facciano richiesta.

Tali prestazioni specialistiche sono a totale carico dell'utente e prevedono la possibilità di scegliere il professionista con cui effettuarle. E' sufficiente esibire la ricevuta dell'avvenuto pagamento.

### 2.3 Ritiro referti

Di norma, i referti vengono rilasciati al termine della prestazione con tempi che prevedono un'attesa di circa 10 minuti. Negli altri casi i referti vengono rilasciati, nell'apposita cartellina, previa esibizione dell'avvenuto pagamento o comunicazione della data in cui è stata effettuata la prestazione, se esente ticket. Possono essere rilasciati anche a persona diversa dall'interessato, munita di delega.

## 3. Attività di degenza

### 3.1 Tipologia dei ricoveri

Presso la Casa di Cura è possibile, al momento, effettuare rico-

tempi di attesa possono variare in funzione della disponibilità di posto letto in ogni singola divisione.

Le liste di attesa, sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria, sono gestite e custodite esclusivamente dal personale medico a cui l'interessato può rivolgersi per avere notizie sui tempi di attesa.

Il ricovero in urgenza è condizionato dalla disponibilità di posto letto oltre che dal parere del medico accettante.

Il giorno e l'ora stabiliti per il ricovero verranno comunicati all'utente, che dovrà presentarsi all'accettazione munito di:

- Richiesta di ricovero redatta su modulario regionale dal Medico di famiglia o dallo Specialista su carta intestata del Servizio di Igiene Mentale;
- Tessera sanitaria;
- Documento di identità valido.

E' consigliabile portare con sé eventuale documentazione clinica e diagnostica recente, nonché eventuale elenco dei farmaci che si assumono.

### 3.1.2 Ricovero nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebroslesioni Acquisite



Il Reparto, situato al secondo piano della Casa di Cura, è dotato di 15 posti letto destinati ad accogliere pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite di varia origine (traumatica, vascolare, infettiva, ecc).

Le stanze sono dotate di impianto di climatizzazione, televisione. Ogni posto è dotato di letto attrezzato per accogliere pazienti con grave disabilità, impianto di erogazione di gas medicali e del vuoto. I servizi sono attrezzati per pazienti con disabilità.

Il Reparto è dotato di una palestra attrezzata.

L'onere della degenza è a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Le modalità di accesso a tale reparto sono disciplinate da specifiche disposizioni regionali secondo le quali la proposta di ricovero, formulata attraverso un'apposita scheda informativa, viene inoltrata unicamente dai sanitari delle Divisioni Rianimazione o dalle Terapie Intensive di Reparti di Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Neurologia.

Il nominativo viene registrato nell'apposito registro di attesa per il quale viene rispettato il criterio della cronologia della domanda. I tempi di attesa possono variare in funzione delle condizioni cliniche, dell'età del pa-

ziente. La lista di attesa, sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria, è gestita e custodita esclusivamente dal personale medico a cui ci si può rivolgere per ottenere notizie sui tempi di attesa.

Al momento del ricovero, disposto dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di provenienza, trattandosi di pazienti impossibilitati a farlo personalmente, i familiari dovranno esibire all'ufficio amministrativo preposto la seguente documentazione del paziente:

- Tessera sanitaria
- Documento di identità valido

### 3.1.3 Ricovero nell'Unità Operativa di Neuroriabilitazione cod. 75

Il Reparto, situato al secondo piano della Casa di Cura, è dotato di 15 posti letto destinati ad accogliere pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite di varia origine (traumatica, vascolare, infettiva, ecc).

Le stanze sono dotate di impianto di climatizzazione, televisione. Ogni posto è dotato di letto attrezzato per accogliere pazienti con grave disabilità, impianto di erogazione di gas medicali e del vuoto.

Al piano è presente una palestra attrezzata.

L'onere della degenza è a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il ricovero è effettuato previa proposta redatta da Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa.

Il nominativo del paziente viene registrato nell'apposito registro di attesa per il quale viene rispettato il criterio della cronologia della domanda. I tempi di attesa

possono variare in funzione delle condizioni cliniche, dell'età del paziente. La lista di attesa, sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria, è gestita e custodita esclusivamente

### 3.2 Consenso informato e privacy

Il medico, all'accettazione, dopo aver fornito un'esauriente informativa e dopo essersi accertato che questa sia stata compresa dal paziente, chiede di sottoscrivere il consenso, sia per ciò che attiene i trattamenti sanitari che per il trattamento dei dati personali a fini sanitari ed amministrativi.

Per le persone sotto tutela (minori, persone momentaneamente non in grado, persone interdette) il consenso verrà sottoscritto dagli esercenti la tutela.

Per l'esecuzione di particolari procedure diagnostiche o terapeutiche, nel corso della degenza, potrà essere richiesta dal sanitario, previa informazione, la sottoscrizione di una specifica autorizzazione.

Tutti i consensi vengono conservati nella cartella clinica, di cui fanno parte integrante.

Solo il medico può fornire al paziente ed alle persone da lui autorizzate notizie sulle condizioni di salute, sull'iter diagnostico o terapeutico.

Non possono essere richieste informazioni telefoni-

che.

Durante il ricovero, il paziente, in qualsiasi momento, potrà revocare il proprio consenso.

Le informazioni inerenti lo stato di salute degli utenti ricoverati sono riservate e vincolate al segreto professionale. La privacy viene tutelata prestando attenzione a che:

- la raccolta anamnestica, l'esame obiettivo ed ogni colloquio avvengano in appositi locali in cui venga gar-

**Mattino:**
**giovedì e festivi dalle ore 9,30 alle ore 11,30**

**Pomeriggio:**
**tutti i giorni dalle ore 16,30 alle ore 18,30**

antita la riservatezza;
- la lavagna su cui sono registrati i nominativi dei degenti sia posta in luogo non accessibile ad esterni;
- le cartelle cliniche, in reparto, siano custodite in un carrello chiuso;
- l'accesso alla documentazione sanitaria sia consentito solo al personale autorizzato.

### 3.3 Cosa portare per il ricovero

- Unità Operativa di Psichiatria

Per il soggiorno in Casa di Cura si consiglia di portare esclusivamente gli effetti personali necessari all'igiene della persona ed abbigliamento da giorno, essendo i



degenti impegnati in attività ricreative anche al di fuori del reparto.

Si raccomanda di non tenere con sé oggetti di valore e di trattenere con sé solo il denaro strettamente neces-

**U. O. di Terapia Intensiva**
**per Gravi Cerebrolesioni Acquisite**

**Mattino:**
**tutti i giorni dalle ore 12,00 alle ore 13,00**
**(un solo familiare per degente)**

**Pomeriggio:**
**tutti i giorni dalle ore 18,00 alle ore 19,30**
**(due familiari per degente, alternativamente).**

sario. In situazioni particolari, questi potranno essere

**U. O. di Neuroriabilitazione cod. 75**

**Mattino:**

**(due familiari per degente)**

**tutti i giorni dalle ore 12,00 alle ore 13,00**

**Pomeriggio:**
**tutti i giorni dalle ore 18,00 alle ore 19,30**

consegnati al Caposala che provvederà affinché vengano custoditi.

- Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebroslesioni Acquisite e Neuroriabilitazione cod. 75

Data la tipologia dei pazienti, si consiglia di rivolgersi al Caposala che darà le opportune indicazioni per ogni singola esigenza.

### 3.4 Orario di visita ai degenti

- Unità Operativa di Psichiatria

E' consentito l'ingresso ai visitatori, salvo diverso parere del medico, nei seguenti orari:

Permessi eccezionali potranno essere concessi in particolari circostanze dai medici di reparto, anche al fine di consentire assistenza al paziente non autosufficiente o per garantire una maggiore compliance terapeutica.

L'ospite può sostare con i visitatori nei locali adibiti e, quando il tempo lo consente, potrà recarsi in giardino.

Solo per brevi periodi e per motivate esigenze, il degente potrà allontanarsi dalla Casa di Cura, accompagnato da un familiare, dopo aver ottenuto il permesso da parte del sanitario e dopo la sottoscrizione dell'apposito



modulo.

Il rientro, comunque, non potrà avvenire oltre le ore 21,00. Qualora il degente non dovesse rientrare e non dovesse dare comunicazione alcuna, verrà considerato dimesso dalla struttura nell'orario di uscita.

- Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebroslesioni Acquisite e Neuroriabilitazione cod. 75

E' consentito l'ingresso ai visitatori, salvo diverso parere del medico, nei seguenti orari:

Nei Reparti della Casa di Cura

- non è consentito l'accesso in Reparto ai minori di anni 12;
- si raccomanda di non portare dall'esterno cibi, bevande o farmaci senza il consenso del medico;
- per la tranquillità dei degenti, è opportuno che le visite siano brevi e che i visitatori non siano più di due. I visitatori, inoltre, sono invitati a rispettare la quiete del reparto, a non sedersi sui letti, a non fumare all'interno dei locali della Casa di Cura, a non trattenersi in reparto oltre l'orario stabilito;
- l'accesso del Medico di Medicina Generale del paziente, come sancito dal D.P.R. 314/90, è consentito in ciascuna delle fasi caratterizzanti il ricovero, previo accordo con i sanitari del reparto che potranno a loro volta far riferimento a lui per l'acquisizione di notizie in suo possesso;
- durante l'orario di visita i medici presenti sono a disposizione per colloqui con i parenti.

### 3.5 Attività assistenziali durante il ricovero

- Unità Operativa di Psichiatria

Nel Reparto opera un'èquipe multidisciplinare composta da medici specialisti in neuropsichiatria, personale infermieristico e di assistenza, psicologo, assistente sociale, animatori.

Nell'attività di reparto, almeno un medico specialista è presente nell'arco della giornata in ciascuna divisione. Turni di guardia garantiscono la presenza di un medico nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Due volte a settimana, di prassi martedì e venerdì, viene effettuato il giro visita dell'intera èquipe con il Medico Responsabile.

Il momento del primo contatto all'atto dell'ammissione, in psichiatria, rappresenta uno dei momenti fondamentali della presa in carico del paziente. In considerazione di ciò, è prassi che lo specialista che accoglie il paziente all'accettazione coincida con il sanitario che lo accompagna nell'iter diagnostico/terapeutico che caratterizza il ricovero. Conseguentemente, tale figura assume la responsabilità degli interventi diagnostici e terapeutici, che vengono svolti da lui direttamente o, su sua indicazione, dal personale preposto.

Una volta effettuato l'inquadramento diagnostico, il



sanitario avvia l'intervento psicofarmacologico che ritiene più appropriato, alla luce anche dell'esame obiettivo generale delle condizioni fisiche, mirato alla risoluzione dell'episodio critico ed alla stabilizzazione della condizione clinica. I protocolli adottati, oltre alla prescrizione di terapia farmacologica e colloqui, prevedono il coinvolgimento degli altri membri dell'èquipe.

- Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Neuroriabilitazione cod. 75

Nei Reparti opera un team multidisciplinare, composto da medici specialisti (neurologi, rianimatori, cardiologo), personale infermieristico e di assistenza, fisioterapisti, logoterapisti, psicologo ed assistente sociale che collaborano, ognuno per le proprie competenze, al progetto riabilitativo.

E' ormai ampiamente dimostrata l'importanza della tempestività dell'intervento riabilitativo. Un intervento precoce permette di realizzare il contenimento delle disabilità che i soggetti affetti da gravi cerebrolesioni rischiano se non gestiti in maniera precoce ed appropria-

ta.

L'assistenza medica specialistica è garantita dai neurologi, presenti nell'arco delle 12 ore, e dagli anestesisti/rianimatori sempre presenti nell'arco delle 24 ore.

Nelle prime fasi della degenza viene stilato il piano riabilitativo individuale, che si differenzia in considerazione di variabili quali la patologia all'origine del danno, la gravità, ecc. Tale ipotesi valutativa iniziale, nel corso della degenza, con l'apporto di tutti i professionisti, viene periodicamente verificata e rivalutata.

Il piano di trattamento riabilitativo prende in considerazione varie aree di intervento:

- respiratoria, allo scopo di raggiungere lo svezzamento del paziente dall'eventuale ventilazione meccanica e dalla tracheostomia;
- cutanea, allo scopo di prevenire o guarire, laddove presenti, le piaghe cutanee;
- dell'alimentazione, allo scopo di favorire il ripristino dell'alimentazione per bocca;
- della coscienza e della relazione con l'ambiente, volta a valutare, anche con l'ausilio di indagini strumentali e neuropsicologiche, lo stato di vigilanza e le capacità del paziente;
- motoria, volta al recupero, dapprima attraverso programmi di fisiochinesiterapia passiva poi attiva, dell'autonomia funzionale;
- della comunicazione verbale, volta, attraverso l'apporto logoterapico, al recupero della comunicazione verbale o, comunque, ad instaurare, con l'adozione di gesti convenzionali, una comunicazione non verbale.



### Gruppo formativo/informativo con i familiari

Tutti i martedì pomeriggio dalle ore 17,00 alle ore 18,00, ha luogo un incontro tra alcuni membri dell'èquipe (medico neurologo responsabile, medico anestesista responsabile, fisioterapista coordinatore, psicologo, assistente sociale) con quanti tra i familiari intendano partecipare.

Scopo degli incontri è affrontate e discutere tematiche di carattere generale inerenti la conoscenza delle patologie in questione e le loro complicanze; l'approccio al paziente e la sua gestione nell'ambito dell'organizzazione di Reparto; eventuali problematiche insorte nel rapporto con le figure professionali o fra i parenti stessi. Una delle finalità, infatti, di tale iniziativa è la costituzione di un gruppo coeso, che sia in grado di fronteggiare e sostenere i membri che dovessero presentare difficoltà o cedimenti psicologici durante il percorso.

In tutti i Reparti, l'assistenza infermieristica viene assicurata nell'arco delle 24 ore da personale qualificato, coordinato dal rispettivo caposala a cui l'utente può rivolgersi per problematiche di carattere organizzativo oltre che assistenziale.

Le prestazioni eroga-

te dal personale sono di tipo tecnico e relazionale, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni in relazione allo stato di salute di ogni singolo paziente. In conseguenza di ciò, la complessità e la frequenza degli interventi possono variare.

In ogni caso, comunque, il personale si impegna a:

- identificare i bisogni assistenziali;
- pianificare un'assistenza di tipo personalizzata;
- attuare gli interventi e valutare la loro efficacia;
- collaborare con il personale medico garantendo l'esecuzione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche.

## Servizio di Psicologia

La figura dello psicologo, presente in tutti i reparti, garantisce per i pazienti ricoverati una valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica delle condizioni di disagio psicologico, interventi di supporto psicologico attraverso colloqui di sostegno.

Al contempo vengono attuati colloqui di supporto ai familiari e ai care-givers che vivono in particolari situazioni un forte impatto psicologico ed emotivo.

Tale servizio opera, inoltre, attraverso specifiche convenzioni, con varie sedi universitarie per la formazione di psicologi tirocinanti.

## Servizio di Assistenza Sociale

Le assistenti sociali, in servizio tutte le mattine e due pomeriggi a settimana, partecipano all'accoglienza del paziente e dei familiari per illustrare le regole della Struttura, gli orari e le modalità di accesso.

Svolgono un'azione di intermediazione e sostegno laddove emergano difficoltà relazionali tra il paziente ed il suo nucleo familiare; forniscono chiarimenti e supporto sia al paziente che ai suoi familiari nei rapporti con gli enti e le strutture territoriali, favorendo la collaborazione nel caso di richieste di inserimento in strutture protette, case alloggio, comunità riabilitative; reperiscono e promuovo contatti con la rete sociale per il reinserimento del soggetto al rientro nel proprio ambiente di vita.

## Servizio di Fisioterapia e Logoterapia

Le attività riabilitative fisioterapiche prevedono l'adozione di tecniche manuali e strumentali, volte al recupero della disabilità attraverso la realizzazione del piano riabilitativo formulato al momento del ricovero e sottoposto a revisione periodica in relazione al raggiungi-

mento o meno degli obiettivi.

L'intervento del logoterapista è finalizzato al monitoraggio della responsività del paziente, delle sue capacità residue o emergenti delle forme di comunicazione possibili e della relazione in genere (riabilitazione di afasia, disartria, disfonia), alla ripresa della nutrizione fisiologica (riabilitazione della disfagia)

### Attività ricreative

Per i pazienti degenti nell'Unità Operativa di Psichiatria, nell'arco della giornata, compatibilmente con gli orari dedicati all'attività assistenziale, vengono svolte da personale specializzato attività ricreative che forniscono all'èquipe la possibilità di osservare i degenti in contesti relazionali diversi. Tale attività si pone l'obiettivo di fornire ai pazienti strumenti adatti a migliorare la libera espressione per relazionarsi con gli altri e vivere l'esperienza di una comunicazione più autentica. A tal fine gli incontri prevedono laboratori manuali con l'esecuzione di lavori di manipolazione con creta, cartapesta, pittura, attività motorie ed espressive, giardinaggio, cineforum.

Tutto il personale della Casa di Cura, ciascuno per il proprio ruolo, è impegnato



nell'assistenza all'utenza e nella soddisfazione delle sue richieste. Tutto ciò rientra nei compiti istituzionali di ogni singola figura professionale. Non sono, pertanto, ammissibili regalie di alcun genere agli operatori. Comportamenti diversi dovranno essere segnalati alla Direzione Sanitaria per i dovuti provvedimenti.

## 3.6 La dimissione

- Unità Operativa di Psichiatria

Durante il giro visita, viene programmata la dimissione e qualora il degente non sia in grado di farlo autonomamente, il personale provvede ad avvertire i familiari.

Il paziente può richiedere di essere dimesso volontariamente, anche contro il parere dei sanitari. In tale circostanza firmerà in cartella una dichiarazione che attesti questa decisione.

Nell'ipotesi in cui il paziente non intenda proseguire volontariamente il ricovero, ma il sanitario reputi che le sue condizioni cliniche non consentano una gestione a domicilio, verrà coinvolto il Servizio di Igiene Mentale che valuterà se dar luogo a

Trattamento Sanitario Obbligatorio con le procedure di legge.

All'atto della dimissione viene consegnato al paziente un cartellino di dimissione contenete la diagnosi, l'iter diagnostico e terapeutico effettuato durante il ricovero e le indicazioni terapeutiche cui attenersi a domicilio.

- Unità Operativa di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Neuroriabilitazione cod. 75

La dimissione, programmata, è comunicata per tempo al paziente o ai suoi familiari per consentire loro di organizzare il rientro al proprio domicilio o di individuare, in accordo con il distretto della A..S.L. di appartenenza, una struttura idonea al prosieguo delle cure. Il paziente, o un suo familiare, può richiedere di essere dimesso volontariamente, anche contro il parere dei sanitari. In tale circostanza firmerà in cartella una dichiarazione che attesti questa decisione.

All'atto della dimissione viene consegnata una relazione sanitaria contente la diagnosi di dimissione, l'iter diagnostico e terapeutico effettuato durante il ricovero e le indicazioni terapeutiche cui attenersi.

## 3.7 Rilascio della documentazione clinica

Su richiesta dell'interessato, o degli aventi diritto, la Direzione Sanitaria può rilasciare un certificato che ne attesti la degenza.

Chi ne avesse necessità, a dimissione avvenuta, può richiedere all'accettazione, a sue spese, copia della cartella, che potrà anche essere spedita a domicilio qualora l'interessato non possa farlo di persona o tramite suo



delegato. La richiesta verrà soddisfatta entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta.. Tale termine verrà prorogato di ulteriori 15 giorni per comprovati impedimenti.

Nel caso in cui il paziente dimesso abbia urgente bisogno, per motivati problemi sanitari, di ottenere copia degli esami contenuti in cartella, potrà farne richiesta alla Direzione Sanitaria che provvederà alla fotocopiatura delle parti richieste.

Copia di radiogrammi può essere richiesta, a pagamento, presso gli uffici amministrativi e verrà consegnata entro due giorni lavorativi. Detti esami possono, in alternativa, essere consegnati in visione, previo versamento di una cauzione, che verrà restituita all'atto della riconsegna degli esami.

## 3.8 Servizi comuni ai Reparti di degenza

### 3.8.1 Laboratorio Analisi

La Casa di Cura è dotata di un laboratorio di analisi

Sezione Terza

# STANDARD DI QUALITA' E PROGRAMMI

chi

mico-cliniche e microbiologia ad uso esclusivo dei pazienti ricoverati per l'effettuazione di tutti i principali esami necessari.

### 3.8.2 Servizio di Radiologia

L'area di diagnostica per immagini, aperta anche al pubblico per prestazioni specialistiche a pagamento, dispone di attrezzature in grado di eseguire indagini radiografiche tradizionali, ecografie, ecocolordoppler e T.A.C.

### 3.8.3 Servizio di Elettroneurofisiopatologia

In sinergia con i sanitari dei Reparti, il servizio offre un apporto strumentale alla valutazione clinica delle patologie neurologiche attraverso l'esecuzione di elettroencefalogrammi, elettromiografie, potenziali evocati..

### 3.8.4 Servizio Farmaceutico

Interno alla Casa di Cura, gestisce e garantisce la fornitura di farmaci e presidi ai pazienti ricoverati, disponendo di appositi locali ed attrezzature a norma per l'idonea conservazione.

### 3.8..5 Sperimentazione clinica

La Casa di Cura è impegnata in un'intensa attività di ricerca nel settore della sperimentazione clinica, strettamente connessa all'attività assistenziale. Tutte le attività di sperimentazione clinica svolte in clinica hanno l'approvazione del Ministero della Salute.



### 3.8.6 Ospedale senza dolore

Il progetto, in via sperimentale, vede coinvolti, in special modo i medici anestesisti rianimatori, in un programma di sensibilizzazione di tutto il personale addetto all'assistenza volto a valutare il fenomeno del dolore, attraverso una misurazione sistematica al fine di predisporre idonee trattamenti.

### 3.8.7 Camera mortuaria

Situata in locali posti sul retro della struttura, ospita, qualora i familiari lo desiderino, la salma del paziente defunto, mettendo a disposizione, sempre a richiesta, il sacerdote che collabora con la Casa di Cura.

| Informazione all'utenza | |
|---|---|
| **INDICATORI DI QUALITA'** | **STANDARD DI QUALITA'** |
| **Facilità ad ottenere informazioni** | *Presenza quotidiana di un addetto al centralino preposto a fornire informazioni di carattere generale* |
| **Informazioni sulle prestazioni** | *All'ingresso e nelle sale d'attesa è distribuita la Carta dei Servizi* |
| **Identificazione degli operatori** | *Ogni operatore è facilmente identificabile dal cartellino esposto sulla divisa.* |
| **Riservatezza sulle informazioni che riguardano la salute dei pazienti** | *E' assicurata dalle procedure relative alla tutela della privacy previste dalla legge.* |

| Rispetto della dignità della persona | |
|---|---|
| **INDICATORI DI QUALITA'** | **STANDARD DI QUALITA'** |
| **Frequenza della pulizia degli ambienti di degenza e dei servizi** | *Almeno due volte al giorno* |
| **Comfort nelle stanze di degenza** | *Impianto di climatizzazione, servizi igienici, dispositivo di chiamata, luce individuale, guardaroba personale* |

| Accesso ai servizi | |
|---|---|
| **INDICATORI DI QUALITA'** | **STANDARD DI QUALITA'** |
| **Facilità di accesso** | *Assenza di barriere architettoniche e facilità di individuazione degli ambulatori e dei servizi* |
| **Semplicità di procedura di prenotazione e pagamento ticket** | *Possibilità di prenotare anche telefonicamente e possibilità di effettuare le due operazioni presso la stessa postazione* |
| **Informazioni durante il ricovero** | *Disponibilità da parte dei Sanitari a fornire informazioni dettagliate sullo stato di salute, sul decorso della malattia, sulle terapie praticate. Informativa e richiesta di consenso prima di ogni trattamento.* |
| **Documentazione alla dimissione** | *Alla dimissione viene consegnata al paziente documentazione a firma del sanitario di reparto contenente informazioni sul ricovero, sulle terapie e le indagini effettuate e prescrizioni cui attenersi.* |
| **Indagine sulla soddisfazione dell'utenza** | *Predisposizione di un questionario, consegnato durante la permanenza, per esprimere il livello di gradimento* |

| Rispetto del tempo dell'utente | |
|---|---|
| **INDICATORI DI QUALITA'** | **STANDARD DI QUALITA'** |
| **Giorni che intercorrono mediamente tra la prenotazione ed il ricovero nel Reparto di Psichiatria** | *3 giorni* |
| **Giorni che intercorrono mediamente tra la prenotazione ed il ricovero nel Reparto di T.I.G.C.A. e Neuroriabilitazione cod. 75** | *15 giorni* |
| **Giorni necessari per ricevere copia cartella clinica, dalla data della richiesta** | *15 giorni lavorativi* |
| **Tempi di attesa per visite specialistiche psichiatriche** | *3 giorni* |
| **Tempi di attesa per prestazioni elettroneurofisiologiche** | *15/60 giorni* |
| **Tempi di attesa per l'espletamento della visita rispetto all'orario della prenotazione** | *Dall'orario di arrivo all'espletamento della visita, trascorrono mediamente 10 minuti.* |
| **Tempi di consegna dei referti** | *Per le prestazioni ambulatoriali, in assenza di impedimenti di carattere amministrativo, il referto viene consegnato al termine della prestazione* |

| Professionalità e tecnologie | |
|---|---|
| **INDICATORI DI QUALITA'** | **STANDARD DI QUALITA'** |
| **Dotazione organica e qualifica del personale per l'attività di Alta Specialità** | *In conformità ai requisiti previsti dalla normativa vigente* |
| **Selezione del personale** | *Superamento di selezione attraverso colloquio e valutazione pratica durante periodo di affiancamento* |
| **Aggiornamento del personale** | *Requisiti minimi previsti dalla formazione ECM* |
| **Sicurezza della struttura** | *Controlli periodici su edificio, attrezzature ed impianti tecnologici.* |
| **Sicurezza** | *Presenza nelle 24 ore di personale addestrato componente la squadra di emergenza* |

## 2. Sicurezza antincendio

Il personale della Casa di Cura, come previsto dal D. Lgs. 81/08 in materia di sicurezza sul lavoro, è addestrato ad intervenire per controllare gli incendi e tutelare la sicurezza dell'utenza, mettendo in atto il piano di emergenza e di evacuazione predisposto in caso di necessità.

Negli ambienti della Casa di Cura sono esposte le norme antincendio da adottare all'occorrenza.

Tutti i locali sono dotati di un sistema antincendio con rilevatori di fumo.

I percorsi di emergenza sono interrotti da porte taglia fuoco.

Estintori ed idranti sono segnalati da appostiti cartelli indicatori.

Le uscite di emergenza sono segnalate da luci di emergenza.

In caso di situazioni a rischio (incendio, fumo, interruzione di energia elettrica, terremoti, ecc.) occorre osservare i comportamenti e le raccomandazioni esposte nei locali della Casa di Cura ed in particolare:

- ✓ evitare ogni condizione di panico;
- ✓ avvertire il personale, se non vi è già un allarme in atto;
- ✓ affidarsi ed attenersi scrupolosamente alle direttive impartite dal personale;
- ✓ non utilizzare gli ascensori e scendere per le scale:

Sezione Quarta

# MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA

## 3. Gestione del rischio clinico

Nell'ambito dei propri servizi, la Casa di Cura è attiva nel processo di identificazione delle condizioni di pericolo in cui possono incorrere gli operatori della sanità quando operano nei confronti degli utenti.

La Gestione del Rischio Clinico risulta, quindi, di fondamentale importanza nella prevenzione degli incidenti. L'orientamento della Casa di Cura si basa sul monitoraggio costante degli "eventi sentinella" nei percorsi di cura, il cui verificarsi è indice del malfunzionamento del sistema con ripercussioni sulla salute degli utenti e, conseguentemente, sull'immagine della struttura. l'opportunità di segnalare eventuali proprie opinioni o disservizi occorsi durante la permanenza nella struttura.

Tali segnalazioni possono essere effettuate di persona o per iscritto agli indirizzi indicati nelle pagine precedenti, utilizzando l'apposito modulo (allegato) o in carta libera.

La Direzione si impegna a fornire una risposta immediata alle segnalazioni di rapida soluzione; negli altri casi verrà avviata un'indagine interna, al termine della



quale verrà, comunque, dato esito per iscritto.

A tale scopo, si invita l'utenza a non inviare segnalazioni o reclami in forma anonima.

L'utenza è invitata a segnalare:

- ✓ ogni disservizio, ascrivibile a mancanza di efficacia/efficienza, che abbia limitato o impedito la fruibilità di un servizio;
- ✓ ogni violazione di leggi o regolamenti che disciplinano la fruizione di un servizio sanitario (norme sull'accreditamento, carta dei servizi, doveri e comportamenti del personale, principi deontologici ed etici inerenti l'esercizio delle professioni sanitarie).

In particolare, l'attività si concretizza:

- ✓ nell'identificare i rischi di incidenti che possono provocare danni ai pazienti;
- ✓ nell'effettuare un'analisi ed una valutazione dei rischi con l'obiettivo di identificare gli ambiti di maggiore criticità e la tipologia di errori che si verificano con maggiore frequenza;
- ✓ nell'adottare opportunamente le più adeguate misure di prevenzione.

# Modulo

## Reclami Suggerimenti

Io Sottoscritto/a, _____, residente a _____

in Via _____, telefono _____

in qualità di:

❑ ospite ❑ familiare ❑ visitatore ❑ altro

segnalo quanto segue

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Autorizzo, con la sottoscrizione del presente modulo, la Casa di Cura "Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l., ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo GDPR 2016/679 del 27.04.2016, al trattamento dei dati personali da me forniti.

Data _____ _____
(Firma leggibile)

Da inviare a mezzo posta all'indirizzo di Via Monteroni 222 - 73100 Lecce o tramite fax al numero 0832 351920 o via e-

Casa di Cura
**"Villa Verde - Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l**
Via Monteroni 222
73100 Lecce
Telefono 0832 224111
Fax 0832 224141
E-mail info@villaverde.lecce.it
Pec: villa.verde@pec.it

# CRITERIO: 2 PRESTAZIONI E SERVIZI

## REQUISITO: 2.2 Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

***EVIDENZA: 2.2.1*** ***Formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti***

***EVIDENZA: 2.2.2*** ***Presenza di protocolli e/o linee guida per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri).***
***Con particolare riguardo a:***

***a) valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici;***
***b) lo stato nutrizionale e funzionale;***
***c) la valutazione del dolore;***
***d) le modalità e gli strumenti per la promozione della salute.***

***EVIDENZA: 2.2.3*** ***Definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti.***

***EVIDENZA: 2.2.4*** ***Definizione delle modalità di tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria compresa la riconciliazione.***

***EVIDENZA: 2.2.5*** ***Definizione delle modalità di gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno dei processi di cura.***

La peculiarità della configurazione della Struttura e delle prestazioni erogate implicano anche particolari modalità per l'eleggibilità dei pazienti. La Casa di Cura non è sede di pronto Soccorso e di accettazione sanitaria in emergenza-urgenza.

Eccetto i casi ricovero nella disciplina di Psichiatria – che possono essere prescritti sia dai Servizi del Dipartimento di tutela della Salute Mentale delle competenze Azienda Sanitaria Locale che dallo Specialista territoriale o dal Medico di Medicina Generale, e che avvengono sempre secondo lo schema consueto: Evento visita specialistica ed indicazione al ricovero → Prenotazione → Accettazione → Ricovero → Percorso diagnostico terapeutico → Dimissione – i ricoveri nelle Unità Operative del Dipartimento di Terapia Intensiva per G.C.A. e di Neuroriabilitazione cod. 75, avvengono di norma mediante trasferimento dai pazienti dai Reparti di Rianimazione (dopo la stabilizzazione dei parametri vitali), o da altri Reparti ad alta specializzazione (Neurochirurgia, Stroke Unit, Neurologia), dei presidi ospedalieri operanti sul territorio pe rla prosecuzione delle necessarie cure intensivistiche e pe ril tempestivo avvio di precoci trattamenti riabilitativi per le cerebrolesioni in atto. Può accadere in qualche caso che un ricovero nella U.O. di Neuroriabilitazione cod. 75 avvenga non mediante trasferimento da Reparti di un Presidio Ospedaliero, ma su richiesta di Servizi Sanitari Territoriali. Quando ciò avviene, il ricovero viene effettuato – conformemente alle Linee Guida emanate dalla regione in materia di appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione – su prescrizione di Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione operante presso Servizio Pubblico della ASL competente.

In tutti i casi vengono seguiti specifici e consolidati protocolli operativi per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia, a cominciare dall'accettazione del ricovero, nel corso della quale vengono adeguatamente valutati tutti i fattori più significativi, sia di ordine fisico, psicologico, sociale od economico, nonché lo stato nutrizionale e funzionale e la valutazione del dolore.

A ricovero avvenuto, in tutti i casi, conformemente ai protocolli operativi in atto, il paziente viene preso in carico dal medico specialista di reparto, che ne cura l'intero percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale, sempre in un **contesto** di cooperazione con gli altri operatori sanitari in un **contesto** di collegiale corresponsabilizzazione e di lavoro d'équipe con approccio multidisciplinare. All'interno della cartella clinica e della documentazione sanitaria attinente al paziente interessato, viene sempre tracciata, in ogni caso, la presa in carico del paziente, contestualmente al trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico medesima nell'ambito del processo di cura.

# CRITERIO: 2 PRESTAZIONI E SERVIZI

## REQUISITO: 2.3 Continuità assistenziale

***EVIDENZA: 2.3.1*** ***Formalizzazione di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up).***

***EVIDENZA: 2.3.2*** ***Definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza.***

***EVIDENZA: 2.3.3*** ***Definizione dei collegamenti funzionali fra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza.***

***EVIDENZA: 2.3.4*** ***Definizione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegne, i trasferimenti ed i processi di dimissione.***

***EVIDENZA: 2.3.5*** ***Definizione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti. La procedura definisce le modalità di diffusione della stessa a tutti gli operatori coinvolti nel percorso del paziente.***

***EVIDENZA: 2.3.6*** ***L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:***

***a) Programmi di dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase acuta (DM 70 Allegato 1-10 continuità ospedale territorio);***

***b) Protocolli e procedure per il trasporto sicuro del paziente(DM 70 Allegato 1-10 continuità ospedale territorio).***

La Casa di Cura opera da sempre secondo protocolli che assumono come valore strategico, e quindi come obiettivo da perseguire, la continuità assistenziale dei processi di cura nell'ambito del più complesso processo di integrazione con i servizi delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, degli Enti e Strutture Equiparati, e delle altre Strutture Private Accreditate. Vengono pertanto mantenuti costanti rapporti di collaborazione con i centri ospedalieri del territorio che, all'occorrenza, vengono allertati mediante utilizzo del Sistema Territoriale di Emergenza-Urgenza (118), atteso che Villa Verde non è sede di Pronto Soccorso né di Punto di Primo Intervento. Per altro verso, in special modo per i ricoveri nel Dipartimento per le Gravi Cerebrolesioni, vengono mantenuti i collegamenti con le Unità Operative esterne (Rianimazioni, Neurochirurgie, Neurologie) che hanno inviato i pazienti al fine di gestire al meglio le eventuali complicanze connesse alle patologie d'origine, e così ottimizzare il percorso terapeutico-assistenziale del paziente interessato.

I protocolli definiscono anche le modalità di trasferimenti interni (ad es. da Terapia Intensiva per G.C.A. a Neuroriabilitazione codice 75) per assicurare la continuità assistenziale del paziente in un ottica di appropriatezza nella ricerca del setting assistenziale più adeguato.

Continuità assistenziale si persegue anche, nel quadro di una procedura di dimissione protetta del paziente, attraverso cooperazione con le famiglie e con le strutture territoriali del S.S.R. (Distretti Socio Sanitari – PUA), per ricercare la soluzione ottimale di setting assistenziale necessario (riabilitazione estensiva, RSA, Hospice, ADI) per la prosecuzione dei trattamenti (non più intensivistici) eventualmente ancora necessari per il completamento del percorso assistenziale del paziente. Nel caso di dimissione con rientro al proprio domicilio, provvede direttamente la Casa di Cura con trasporto sicuro mediante utilizzo di attrezzata ambulanza appositamente incaricata.

Nella "Evidenza" concernente la struttura organizzativa della Casa di Cura, sono chiaramente definiti i ruoli e le responsabilità nella gestione di un ricovero, compresa l'opera di supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza, e l'insieme dei collegamenti funzionali tra i servizi interni con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza.

Parimenti sono definite le procedure per consentire che tutta ala documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti. Tali procedure sono diffuse attraverso gli ordinari canali di comunicazione interna.
Strumento fondamentale per lo scambio delle suddette informazioni è la "Cartella Clinica" che, nell'ambito delle procedure interne di "Villa Verde" è, in via generale così disciplinata:

CARTELLA CLINICA

**Modalità di compilazione e refertazione**

La Cartella Clinica, integrata di Cartella Infermieristica ed eventualmente di Cartella Riabilitativa, contiene essenzialmente:

1) foglio di anamnesi

2) esame obiettivo
3) diario clinico
4) grafico per il monitoraggio dei parametri vitali
5) referti di esami diagnostici e specialistici
6) foglio unico di terapia farmacologia
7) verbale operatorio per eventuali atti di chirurgia ambulatoriale
8) documentazione di carattere anestesiologico-rianimatorio
9) piani assistenziali, terapeutici e riabilitativi
10) documentazione dei professionisti non medici
11) documentazione relativa alla trasfusione del sangue e di emoderivati
12) documenti sanitari di proprietà del paziente in fotocopia
13) consenso informato (per ciascuna prestazione che lo richiede)
14) informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito
15) diagnosi e terapia
16) data, ora ed unità operativa di dimissione
17) lettera di dimissione
18) scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
19) formula di consenso per il trattamento dei dati personali.

La Cartella Clinica è conservata in U.D.D. per tutta la durata della permanenza del degente, con le necessarie cure atte a garantire:

- l'integrità
- la protezione e la non manomissione
- il non danneggiamento
- la rintracciabilità
- la tutela della riservatezza
- l'accessibilità agli aventi diritto
- l'aggiornamento compilativo quotidiano.

Nel caso in cui il documento debba accompagnare il paziente al di fuori dell'Unità Operativa di Degenza per visite, esami diagnostici o altro, è responsabilità dell'operatore accompagnatore garantire la riservatezza, la corretta manipolazione e la conservazione della Cartella Clinica che non deve, in nessun caso, essere affidata al ricoverato o a terze persone non autorizzate al trattamento dei dati personali del degente.

**Documentazione**
Il **diario clinico** deve contenere la descrizione degli eventi clinici (e non) con l'indicazione della data, dell'ora e della firma dell'operatore. Gli atti clinici devono essere riportati contestualmente al loro verificarsi.
Il diario deve riportare almeno una registrazione al giorno. Il compilatore deve sempre essere identificabile. Per gli atti che configurano responsabilità multiple, ognuno degli operatori deve apporre la propria firma.
Il **foglio unico di terapia** deve contenere i dati relativi alla terapia prescritta e all'avvenuta somministrazione, come di seguito specificato:

- descrizione della terapia, nome commerciale o del principio attivo del farmaco, dose, modalità di somministrazione, identificazione del medico prescrittore e di chi somministra la terapia;
- mancata somministrazione della terapia, giustificazione della non avvenuta somministrazione;
- eventi avversi;
- prescrizioni nutrizionali. Diete, nutrizione entrale/parenterale, apporto calorico, modalità di somministrazione, durata, identificazione del prescrittore e dell'esecutore.

Il **grafico** deve contenere i dati relativi all'andamento dei parametri vitali e di altre condizioni associate alla persona assistita (temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, peso, diuresi, alvo, evacuazioni, ecc.).
Le **richieste di consulenza** e le richieste di **prestazioni diagnostiche** devono essere registrate e motivate sul diario clinico. I pareri formulati dal consulente devono essere firmati in modo da permettere la identificazione del medico stesso, così come i referti di prestazione diagnostico-terapeutiche.
Le **procedure invasive** (ove consentite ed effettivamente praticate) devono essere registrate sul diario. Devono contenere le indicazioni dell'orario, dei farmaci o presidi utilizzati ed il risultato della procedura. La registrazione deve essere firmata in modo leggibile dall'operatore che ha effettuato la procedura, anche se di altra Unità Operativa di degenza.
Tale registrazione, per particolari procedure interventistiche, viene effettuata su apposito diario che, oltre ai dati identificativi del paziente, deve riportare i seguenti elementi:

- numero della Procedura
- Unità Operativa di Degenza di ricovero del paziente
- indicazione della data e dell'ora di inizio e di termine della procedura
- indicazione del nome del primo operatore e di quanti hanno partecipato alla procedura
- denominazione e descrizione sufficientemente particolareggiata della procedura eseguita, con riferimento agli esiti registrati
- eventuale tipo di anestesia utilizzata e nome del sanitario che l'ha eseguita
- sottoscrizione degli operatori.

La **documentazione anestesiologica,** nei casi di praticata procedura invasiva e di praticato intervento anestesiologico**,** è composta dai seguenti elementi clinici:
- valutazione preanestesiologica, contenente anamnesi, esame obiettivo, classe di rischio.
- scheda anestesiologica, contenente il tipo di anestesia e del supporto respiratorio, la registrazione delle procedure invasive e dei parametri vitali monitorati, dalla fase di preinduzione alla fase di risveglio e fino al momento del ritorno del paziente nella propria Unità Operativa di Degenza, la descrizione dei farmaci utilizzati e la segnalazione delle eventuali complicanze;
- Valutazione finale, contenente le indicazioni delle condizioni del paziente, il tipo di sorveglianza necessaria, la segnalazione degli accessi vascolari e dei mezzi invasivi presenti, la terapia in corso e programmata, gli esami di controllo necessari, l'orario del termine della prestazione e del trasferimento in reparto (**Valutazione Anestesiologica: Allegato A.01.02.06.1d**).

**Informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito che comprendono:**

- consenso informato per le procedure diagnostico terapeutiche invasive che comportino un rischio (anche minimo) per il degente. Le più frequenti metodiche soggette al consenso informato sono le seguenti:
    a) procedure invasive diagnostiche o terapeutiche
    b) atti medici e chirurgici
    c) prestazioni implicanti l'utilizzo di mezzi di contrasto
    d) RMN e trattamenti con radiazioni ionizzanti
    e) terapia medica con elevata incidenza di reazioni avverse
    f) pratiche anestesiologiche
    g) trasfusione di sangue ed emoderivati

La Casa di Cura, anche per tutte le procedure per le quali non è espressamente previsto consenso per iscritto, adotta specifica modulistica sottoposta alla attenzione informativa dell'assistito (o suo rappresentante) ed alla relativa firma di consenso.

**Espressioni di assenso e dissenso dell'assistito:**
a) decisione di autodimissione contro il parere dei sanitari
b) indicazione delle persone cui fornire indicazioni sanitarie e diniego di rendere nota la propria presenza all'interno della Unità Operativa di Degenza (Regolamento sulla Privacy).

**Cartellino/Lettera di dimissione:**
redatti su carta intestata dell'U.D.D. dal medico e consegnati all'assistito al momento della dimissione. Il testo deve fornire tutte le indicazioni relative all'iter diagnostico-terapeutico ed al proseguimento delle cure.

**SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera):**
deve essere redatta nel più breve tempo possibile dopo la dimissione dell'assistito e secondo quanto previsto dalla normativa vigente nazionale e regionale.

**Raccomandazioni**
Nella compilazione dei documenti descritti devono essere accuratamente osservate le seguenti indicazioni:

- la Cartella Clinica deve essere compilata con grafia chiaramente leggibile e comprensibile da tutti gli operatori che utilizzano il documento;
- l'esposizione del testo deve essere diretta e non dare adito a diverse interpretazioni;
- tutta la modulistica e gli allegati devono essere compilati in ogni loro parte;
- le registrazioni devono essere annotate con penne a sfera nera e con inchiostro indelebile per garantire una fotocopiatura nitida; non possono essere utilizzate penne di altro colore o matite;
- vanno evitate le abbreviazioni se non quelle esplicitamente descritte all'interno della Cartella Clinica;
- le correzioni di errori materiali o di omissione commessi all'atto della stesura, devono essere compiute con un tratto di penna sulla parte da correggere e devono permettere la lettura della parte cancellata;

- non possono essere usati correttori (vernici o coprenti);
- le correzioni devono essere firmate in modo tale da permettere l'identificazione dell'operatore che le ha effettuate. Non sono consentite cancellature con gomma;
- per errori ed omissioni rilevati in epoca successiva all'atto della stesura, è necessario apporre un'annotazione che ne dia esplicitamente atto, accompagnata dalla data di stesura e dalla firma dell'estensore.

Gli operatori appartenenti ai profili professionali sanitari non medici (Infermieri, Tecnici di Unità Operativa di Degenza e Servizi, Fisioterapisti, etc.) devono documentare i piani assistenziali, le attività diagnostico-terapeutiche e riabilitative con la specificazione della data, dell'ora e la firma dell'operatore. La documentazione prodotta (che può essere documentata all'interno di specifica cartella) è parte integrante della Cartella Clinica e deve essere chiaramente individuabile ed archiviata insieme ad essa.
La richiesta di permesso per assenza di alcune ore di un degente, ove ciò sia possibile e consentito, deve essere registrata su apposito modulo attestante orario di uscita, orario di rientro, data della giornata di permesso.
L'istanza, autorizzata da un responsabile di Unità Operativa di Degenza, deve essere firmata dal degente stesso o suo delegato e deve essere conservata in cartella.
La compilazione del diario clinico e di tutte le parti della Cartella Clinica termina alla dimissione del degente.
La chiusura della Cartella Clinica deve essere effettuata nel più breve tempo possibile, compatibilmente col tempo necessario per raccogliere i referti non ancora pervenuti e comporta l'ordinamento cronologico della documentazione.
Le fasi di chiusura delle Cartella Clinica prevedono:
- compilazione dei dati di chiusura del ricovero (data, ora, modalità di dimissione);
- stesura del cartellino/lettera di dimissione;
- compilazione della SDO nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le necessità di completamento dell'iter clinico;
- verifica della completezza della documentazione allegata (devono essere presenti tutti i referti e gli allegati prodotti durante il ricovero – restituzione al dimesso dei documenti sanitari di sua proprietà che, se giudicati utili, possono essere fotocopiati e trattenuti in cartella);
- la dimissione volontaria del paziente contro il parere dei sanitari, deve essere segnalata sul diario clinico e in appositi spazi della Cartella Clinica con controfirma del paziente o del suo rappresentante. Inoltre, sull'apposito campo della SDO *(modalità di dimissione)* va segnalata la voce *volontaria*;
- il Responsabile della Unità Operativa di Degenza, prima di consegnare la cartella alla Direzione Sanitaria per la sua archiviazione, deve esaminarla ed apporre il timbro e la propria firma per attestarne la completezza.

Nel rispetto delle norme generali sopra descritte, vengono poi strutturate e compilate le specifiche Cartelle Cliniche di reparto, e documenti connessi, come appresso indicato:

**Allegati**

**A.01.02.06.1a** **Cartella Clinica di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite**
**A.01.02.06.1b** **Cartella Clinica di Neuroriabilitazione (cod. 75)**

| | |
|---|---|
| **A.01.02.06.1c** | **Cartella Clinica di Psichiatria** |
| **A.01.02.06.1d** | **Scheda Anestesiologica** |
| **A.01.02.06.1e** | **Relazione dimissione di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite** |
| **A.01.02.06.1f** | **Relazione dimissione di Neuroriabilitazione (cod. 75)** |
| **A.01.02.06.1g** | **Relazione dimissione di Psichiatria** |

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| *REDAZIONE* | | | *VERIFICA* | | | *APPROVAZIONE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

N. Cart. _____

Casa di Cura **V I L L A V E R D E**
Prof. Dott. Giovanni VERRIENTI srl
Via Monteroni 222 – Tel. e fax 0832 224111 – 0832 224141
73100 LECCE
Codice fiscale e P.I. 01983380757

**U.O. di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite**

# *CARTELLA CLINICA*

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome e nome ……

nat _ a …….. il ……

residente a …… in ……

recapiti telefonici…….. / ……../ ……

ricoverato il …….. proveniente da ……

DIAGNOSI DI INGRESSO ……
……
……
……

DIAGNOSI DI DIMISSIONE ……..……
……
……
……

ANAMNESI
***(crociare la voce corrispondente)***

□ Alcolici □ Fumo □ Diabete Mellito □ Ipertensione □ BPCO □ Infarto Miocardio □ Altro
Allergie a……

Uso abituale di ……
INTERVENTI CHIRURGICI ……..
……..……
…….....
…….....

PRECEDENTI RICOVERI ……..……..
……..……
…….....

APPARATO CARDIOVASCOLARE

P. A. …….. F.C. ……. CVC in ……...

Pacemaker ……...

E.O. Cardiovascolare ……...
……..……
…….....
…….....
……..……
…….....
…….....
……..

APPARATO RESPIRATORIO

Respiro spontaneo □ con F.R. ……..…….
Respirazione meccanica □ con ……..
……..……

pa $O_2$ / $F_1O_2$ ……..…

pa $CO_2$ ……..…….. pH ……..

Tracheostomia □

Secrezioni bronchiali ……..……..……

Esame obiettivo ….…….....
…….....
……..
…….....
…….....
……..……
…….....
…….....

…….....

ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

…….....

DECUBITI

1ª Sede …… grado …….. estensione ……

2ª Sede …… grado …….. estensione ……

3ª Sede …… grado …….. estensione ……

4ª Sede …… grado …….. estensione ……

**PIAGHE DA DECUBITO**

**Stadiazione EPUAP (European Pressure Ulcer AdiVisory panel)**

I° GRADO: eritema che non scompare alla digitopressione

II° GRADO: lesione interessante epidermide, derma o entrambi (vescicola, abrasione, cratere di scarsa profondità)

III° GADO: lesione necrotica interessante il tessuto sottocutaneo, senza oltrepassare la fascia muscolare

IV° GRADO: lesione necrotica interessante il tessuto muscolare, osseo, entrambi

NUTRIZIONE

PEG □ (dal ……..)

Sondino N.G. □

Addome ……

Alvo ……

Condizioni di nutrizione ……

Nutrizione enterale □ ……...

Nutrizione parenterale □ ……..

ALTRO

Disidratazione □ Edemi □ Ipertermia □ Anemia □

Presenza di protesi □ ……

……

Positività per malattie virali trasmissibili SI NO

Catetere vescicale □ …….. Accesso venoso □ ……

Altro …….

SOSTITUZIONE (S) O RIMOZIONE (R) DI PRESIDI NEL CORSO DELLA DEGENZA

□ CANNULA TRACHEOSTOMICA ……

□ SONDINO N.G. ……

□ PEG ……..

□ C. VESCICALE ……

□ CAT. VEN. CENTRALE …….

□ ALTRO …….

Firma del Medico ……..

***VALUTAZIONE NEURO RIABILITATIVA ALL'INGRESSO compilata da ……..***

Occupazione ……..
Stato civile …….
Situazione abitativa (domicilio, struttura protetta, etc.) ……..
Problematiche socio-assistenziali……
Data dell'evento……
Eziologia ( traumatica, anossica, emorragica, ischemica, infettiva, altro) ……

Circostanze del trauma ( incidente stradale, incidente domestico, incidente sul lavoro, incidente sportivo, aggressione, altro, non noto ) ……..
Co-Morbilità (malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, dismetaboliche/endocrine, neoplastiche, psichiatriche, infettive, neurologiche, altre)……
Danni traumatici associati ( scheletrico, massiccio facciale, melico, toraco-addominale, SN periferico, altro ) ……
CGS ( il peggiore punteggio delle prime 24 h. e dopo le manovre rianimatorie) …….

Valutazione del danno cerebrale primario ( scegliere il quadro neuroradiologico peggiore nei primi 7 gg. Post-evento acuto)
- diffuso
- focale :
  - emisferico (dx o sn o bilaterale ?)
  - Fossa cranica posteriore
  - Tronco

- emorragia subaracnoidea presente ….. assente …….
Intervento neurochirurgico NO SI ……

Altri interventi chirurgici ……..

DATA DELL' ATTUALE VALUTAZIONE ……

a- VALUTAZIONE COMPLICANZE IN ATTO
- infettive ( escluse respiratorie)
- respiratorie
- cardiovascolari ( incluso tromboflebiti)
- cutanee da decubito
- retrazioni muscolo-tendinee
- P.O.A.
- Ulteriori danni cerebrali
- Idrocefalo/ipertensione endocranica
- Atrofia
- Epilessia
- Crisi neurovegetative
- Altro …….

## ANAMNESI FARMACOLOGICA E TERAPIA IN ATTO

……
……
……
……
……
……
……
……

## PROBLEMI ATTIVI, ATTUALI O URGENTI

……
……
……
……
……
……
……
……

## PIANO DI LAVORO INIZIALE

**(Specificare esami diagnostici urgenti, consulenze specialistiche, decisioni terapeutiche)**

……
……
……
……
……
……

## ESAME NEUROLOGICO ALL'INGRESSO

**Sensorio:** □ Integro □ Torpido □ Coma_____

**Stato affettivo ed umorale:** □ Eutimico □ Ansioso □ Depresso □ Ostile □ Euforico □ Apatico

**Linguaggio:** □ Disartria □ Afasia □ Asimbolia □ Aprassia □ Parola spontanea □ Parola ripetuta
□ Comprensione □ Denominazione oggetti □ Lettura □ Scrittura disegno e calcolo

**Memoria** _____

**Segni meningei:** □ S. Kerning □ S. Brudzinsky □ S. Lasègue □ rigor nucale □ rigor bulbonico

**Dominanza emisferica** _____

**Atteggiamento del capo, del tronco e degli arti:** _____
_____

**Stazione eretta** □ Non consentita □ Libera □ Con ausilio _____

**Deambulazione di tipo:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ Autonoma | □ Con ausilio | □ Con aiuto | □ Impossibile |
| □ Normale | □ Falciante | □ Steppante | □ Atassica |
| □ Atassospastica | □ Anserina | □Paretospastica | □Parkinsoniana |
| □ Con zoppia | | | |

**Valutazione della marcia** _____
_____
_____

**APPARATO NEURO MUSCOLARE:**

□ Atrofia _____

□ Ipotrofia _____

□ Iperofia _____

**TONO MUSCOLARE:**

□ Ipertono extrapiramidale _____

□ Ipertono piramidale _____

□ Ipotono_____

□ Spasmo _____

**FORZA MUSCOLARE:**

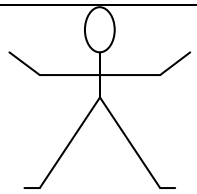
Mingazzini I _____

Mingazzini II _____

**Patterns e sincinesie patologiche** _____

_____

**Motilità volontaria:** □ flaccida (periferica) □ spastica (piramidale) □ rigida (extrapiramidale)

| | | |
|---|---|---|
| □ **paralisi** | □ emiplegia |  |
| ++ | □ paraplegia | |
| □ **paresi** | □ diplegia | |
| + | □ monoplegia | **(++ o +)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SENSIBILITA':** | □ oggettiva | □ soggettiva | □ integra |

| | | |
|---|---|---|
| □ ipo-anestesia | □ iper-anestesia | □ termodolorifica |

| **Sensibilità superficiale:** | | □ **Sensibilità profonda:** | |
|---|---|---|---|
| | □ tattile<br>□ dolorifica<br>□ termica<br>□ localizzazione tattile<br>□ discriminazione tattile<br>□ elettrica cutanea | | □ senso di pressione<br>□ dolororifica profonda<br>□ riconoscimento dei pesi<br>□ senso di posizione e di movimento<br>□ vibratoria |

**RIFLESSI:** □ superficiali □ profondi osteotendinei (ROT)

| **Riflessi patologici:** | **Riflessi corticali:** |
|---|---|
| □ piramidali | □ glabellare |
| □ riflessi di difesa | □ palmomentoniero |
| □ riflessi di afferamento | □ grugno |
| □ riflessi di opposizione | □ grasping reflex |

**Note:** _____

**NERVI CRANICI**

| NERVI | DX | SX | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| I Nervo Olfattorio | □ | □ | Epitelio Olfattorio | Epitelio olfattivo | Anosmia (Tum della doccia olfattiva) |
| II Nervo Ottico | □ | □ | Strato gangliare della retina | Cellule bipolari della retina, coni e bastoncelli | Acuità visiva, cecità |
| III Nervo Oculomotore | □ | □ | Ganglio Ciliare; Parasimpatico e Simpatico cervicale | Muscolo costrittore delle pupille e muscolo ciliari dell'occhio | Miosi; Midriasi; Isocoria; Anisocoria; riflesso alla luce, all'accomodazione ed alla convergenza |
| | □ | □ | Orbita | Retto superiore, inferiore, interno; obliquo inferiore, sollevatore delle palpebre | Strabismo; Diplopia; Nistagmo |
| IV Nervo Trocleare | □ | □ | Orbita | Muscolo obliquo superiore | Strabismo; Diplopia; Nistagmo |
| VI Nervo Abducente | □ | □ | Sotto il ponte, nell'orbita | Muscolo retto laterale | Strabismo; Diplopia; Nistagmo |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| V Nervo Trigemino | ☐ | ☐ | Sensitivo (riflessi trigeminali, Masseterino e corneo congiuntivale e nasale) | Muscoli della masticazione; faccia, naso e bocca | |
| | ☐ | ☐ | Motorio | Masticazione e mandibola | |
| VII Nervo Facciale | ☐ | ☐ | Nucleo del facciale | Muscoli dell'espressione | |
| | ☐ | ☐ | Nucleo salivatorio superiore | Corda del timpano, ganglio sottomascellare, ghiandole del naso, palato e lacrimale | |
| | | | | Ghiandole sottomascellari e sottolinguali | |
| | | | Ganglio genicolato, corda del timpano | Papille gustative anteriori | |
| VIII Nervo Cocleare | ☐ | ☐ | Udito, Organo di Corti | | Equilibrio, nistagmo e vertigine |
| Nervo Vestibolare | ☐ | ☐ | Canali semicircolari | | |
| IX Nervo Glosso-faringeo | ☐ | ☐ | Nucleo ambiguo | Muscolo costrittore superiore e stilofaringeo | |
| | ☐ | ☐ | Nucleo salivatorio inferiore | Ghiandola parotide | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio petroso | Papilla gustativa circumvallata | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio superiore | Tuba di Eustachio | |
| X Nervo Vago | ☐ | ☐ | Nucleo ambiguo | Muscoli faringei e laringei | |
| | ☐ | ☐ | Nucleo motore dorsale | Visceri del torace e dell'addome | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio nodoso | Visceri del torace e dell'addome | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio giugulare | Padiglione auricolare | |
| XI Nervo Accessorio | ☐ | ☐ | Nucleo dell'Accessorio | Muscolo sternocleidomastoideo e trapezio | |

**Scala di valutazione cognitiva di Rancho Los Amigos ***
**(L.C.F. - Levels of Cognitive Functioning)**

| |
|---|
| 1) Nessuna risposta:<br>il paziente non risponde ai comandi verbali, a stimoli uditivi o visivi di varia intensità. |
| 2) **Risposta generalizzata**:<br>il paziente risponde in maniera limitata, inconsistente, afinalistica, spesso solo in seguito a stimolazioni dolorose. |
| 3) **Risposta localizzata**:<br>il paziente reagisce in modo significativo; può rispondere a comandi verbali semplici, può manifestare reazioni di orientamento a stimolazioni visive e a presentazione di oggetti. |
| 4) **Risposta confusa, agitata:**<br>il paziente presenta iperattività, disorientamento, comportamento aggressivo.<br>E' incapace di provvedere alla cura di sé; è inconsapevole degli eventi circostanti. L'attenzione è fluttuante e non selettiva. Lo stato di agitazione appare correlato alla confusione interna. |
| 5) **Comportamento confuso, inappropriato:**<br>il paziente non è agitato, appare vigile, risponde agli ordini verbali.<br>E' facilmente distraibile, non riesce a concentrarsi sui compiti da eseguire; presenta risposte esagerate agli stimoli esterni ed un linguaggio inappropriato; non è in grado di imparare nuove informazioni. |
| 6) **Comportamento confuso, appropriato:**<br>il paziente manifesta un comportamento più adeguato; necessita di stimolazioni per iniziare attività. Può riapprendere precedenti abilità, come le attività della vita quotidiana; presenta seri problemi mnestici. Inizia ad avere consapevolezza di sé e degli altri. |
| 7) **Comportamento automatico, appropriato:**<br>il paziente appare adeguato nelle risposte, orientato, esegue in modo stereotipato le attività quotidiane. La confusione è minima o assente, i ricordi superficiali. Aumenta la consapevolezza di sé e l'interazione con l'ambiente circostante. E' privo di introspezione, ha ridotte capacità di giudizio e nel risolvere i problemi; manca di una realistica pianificazione del futuro. |
| 8) **Comportamento significativo, appropriato:**<br>il paziente è vigile, orientato; ricorda ed integra gli eventi passati; impara nuove attività e può continuarle senza il controllo di altre persone. Indipendente in casa e nelle abilità della vita quotidiana, è in grado di guidare l'auto.<br>Persiste la mancanza di resistenza a situazioni di stress, e vi sono ridotte capacità di giudizio, di ragionamento astratto. Alcune funzioni sociali sono ridotte. |
| * Professional Staff Association, Rancho Los Amigos Hospital, Inc. Downey, California. |

**Scala di valutazione della disabilità di Rappaport (D.R.S.)**

**1) Alterabilità e stato di vigilanza**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apertura occhi | Spontanea | 0 | 0 |
| | Su comando | 1 | 1 |
| | Su stimolo doloroso | 2 | 2 |
| | Nessuna | 3 | 3 |
| Migliore risposta verbale | Orientato-conversa | 0 | 0 |
| | Confuso | 1 | 1 |
| | Inappropriato | 2 | 2 |
| | Incomprensibile | 3 | 3 |
| | Nessuna | 4 | 4 |
| Migliore risposta motoria | Esegue un comando | 0 | 0 |
| | Localizza il dolore | 1 | 1 |
| | Flessione-allontanamento | 2 | 2 |
| | Risposta in decorticazione | 3 | 3 |
| | Risposta in decerebrazione | 4 | 4 |
| | Nessuna risposta | 5 | 5 |

**2) Capacità cognitive per la cura di sé**

| | | Nutrirsi | | Andare al bagno | | Cura di sé | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacità completa | 0 | | | | | | |
| Capacità parziale | 1 | | | | | | |
| Capacità minima | 2 | | | | | | |
| Nessuna capacità | 3 | | | | | | |

**3) Livello funzionale**

| | | |
|---|---|---|
| Completamente indipendente | 0 | 0 |
| Indipendente in ambiente particolare | 1 | 1 |
| Dipendenza lieve | 2 | 2 |
| Dipendenza moderata | 3 | 3 |
| Dipendenza marcata | 4 | 4 |
| Dipendenza completa | 5 | 5 |

**4) Possibilità occupazionale**

| | | |
|---|---|---|
| Nessuna limitazione | 0 | 0 |
| Capace di svolgere solo certe attività lavorative, non protette | 1 | 1 |
| Lavoro protetto, non competitivo | 2 | 2 |
| Non capace di svolgere alcuna attività lavorativa | 3 | 3 |

**Categorie di disabilità**

Livello di disabilità complessiva Punteggio

| | |
|---|---|
| Nessuna disabilità | 0 |
| Disabilità lieve | 1 |
| Disabilità parziale | 2-3 |
| Disabilità moderata | 4-6 |
| Disabilità moderatamente severa | 7-11 |
| Disabilità severa | 12-16 |
| Disabilità estremamente severa | 17-21 |
| Stato vegetativo | 22-24 |
| Stato vegetativo grave | 25-29 |
| Morte | 30 |

GLASGOW OUTCOME SCALE Extended (GOS-E)

1- morte

2- stato vegetativo

3- disabilità grave, completamente dipendente dagli altri

4- disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività

5- disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance

6- disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti

7- buon recupero con deficit fisici o mentali minori

8- buon recupero

**ESAME OBETTIVO GENERALE**

**ASPETTO GENERALE**: condizioni generali …..…… stato di nutrizione ……
Decubito …….…… Collaborante □ no □ si
**CUTE E MUCOSE VISIBILI**: …….
Piaghe……...……..……edemi……..……
lingua .. ……
**LINFOGHIANDOLE**: □ cervicali □ sopraclaveari □ ascellari □ inguinali □ altre sedi ……
**CAPO E COLLO**: …….……
**OCCHI**: □ globi oculari …….. □ esoftalmo □ enoftalmo □ pupille □ isocoriche □ anisocoriche
**APPARATO CARDIO-VASCOLARE**:
**CATETERE VENOSO CENTRALE:** □ no □ si □ giugulare □ succlavio □ femorale
**ITTO**: □ normale □ ampio □ sostenuto □ iperdinamico □ bozza precordiale ……
**AIA CARDIACA**: …… …… **FREMITI**: ……
**RITMO**: □ regolare □ irregolare …….……
**TONI CARDIACI**: ……**TONI AGGIUNTI**: ……
**SOFFI**: …….
**SFREGAMENTI PERICARDICI**: ……...
**POLSI ARTERIOSI PERIFERICI**: …….**SOFFI CAROTIDEI** ……
**GIUGULARI**: □ non stasi venosa □ stasi venosa □ 45° □ 90° □ reflusso epato-giugulare positivo
**APPARATO RESPIRATORIO**:
**TRACHEOSTOMIA:** □ no □ si □ ventilazione maccanica □ continua □ intermittente
**CARATTERE DEL RESPIRO**: □ eupnoico □ disponoico □ aspro
**RITMO RESPIRATORIO**: □ regolare □ irregolare □ periodico
**PARETE TORACICA**: □ simmetrica □ asimmetrica espansibilità: ……
**PERCUSSIONE**: □ normale □ basi □ mobili □ ipomobili □ dx □ sn □ ipofonesi □ dx □ sn □ iperfonesi □ dx □ sn
**AUSCULTAZIONE**: □ MV normale □ diminuito □ dx □ sn □ aumentato □ dx □ sn
□ rantoli …….…□ sibili ……..…….□ ronchi …
**PALPAZIONE**: FVT □ normal □ aumentato □ dx □ sn □ diminuito □ dx □ s □ assente □ dx □ sn
**APPARATO DIGERENTE**:
**S.N.G.** □ si □ no **PEG** □ si □ no
**ADDOME**: forma: □ piana □ globosa ……. □ trattabile □ indolente □ dolente □ cicatrici …….....
□ ascite □ ernia □ evidente circolo venoso superficiale …….……..……
**FEGATO**: palpabile □ no □ si ……..…….
dolorabilità □ no □ si
consistenza □ normale □ aumentata □ diminuita superficie □ liscia □ nodulare
margine □ regolare □ irregolare □ tagliente Murphy □ si □ no
**MILZA**: palpabile □ no □ si ...……..…… dolorabilità □ no □ si ….……...
**APPARATO URO-GENITALE**:
Catetere vescicale: □ no □ si
Punti ureterali □ sup □ inf …… ……dolent □ no □ si ……
Manovra del Giordano □ neg □ pos □ dx □ sn ……
**STATO DI COSCIENZA**: □ vigile □ soporoso □ confusionale □ comatoso
……..…….

Data: _____ Il Medico: _____

## ***PIANO DI TRATTAMENTO RIABILIATIVO***

*AREE DI BISOGNO ed i conseguenti obiettivi DI INTERVENTO RIABILITATIVO*

1) AREA RESPIRATORIA

BISOGNI:

- Incapacità ad utilizzare le normali vie aeree escludendo la tracheostomia.
- Dipendenza dal ventilatore meccanico.
- Inadeguata ventilazione.
- Aumento delle secrezioni bronchiali.
- Incapacità di liberare le vie aeree dai secreti bronchiali.
- Alterazioni del pattern respiratorio.

OBIETTIVI E TRATTAMENTO

- Svezzare completamente il paziente dalla ventilazione meccanica.

Trattamento: ventilazione meccanica in PSV con decrescente pressione di supporto, alternare PSV con CPAP e ventilazione spontanea per tempi progressivamente crescenti, ginnastica respiratoria.

- Svezzare il soggetto dalla tracheostomia.

Trattamento: chiusura della tracheostomia per tempi progressivamente crescenti, individuazione mediante tracheo-broncoscopia di eventuali problemi locali ( tracheomalacia, granulomi, tracheostenosi), eventuale sostituzione della cannula tracheostomica con minitrack, rimozione definitiva del tracheostoma.

- Liberare le vie aeree dai secreti bronchiali in eccesso.

Trattamento: uso di fluidificanti ed umidificanti, drenaggio posturale, clapping, vibrazioni, tosse assistita, aspirazione, ripetutamente nella giornata.

- Migliorare la motilità toracica ed i pattern respiratori.

Trattamento: kinesiterapia respiratoria sotto monitoraggio clinico, emogasanalitico e saturimetrico.

2) AREA CARDIO-CIRCOLATORIA E CUTANEA

BISOGNI

- Scarso adattamento cardiocircolatorio ai cambi posturali.
- Rallentamento cardiocircolatorio con rischio di flebotrombosi e di alterazioni del trofismo osseo e cutaneo di piaghe da decubito, edemi distali.
- Piaghe da decubito già presenti( specificare sede, estensione e grado ).
- Disturbi neurovegetativi ( aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, sudorazione, ipertono).

OBIETTIVI E TRATTAMENTO

- Ristabilire la capacità di adeguamento della pressione arteriosa alle variazioni di postura.

Trattamento: cambi posturali frequenti , progressivo e precoce raggiungimento della postura seduta e della stazione eretta su piano da statica.

- Prevenire danni cutanei, alterazioni del trofismo osteo- articolo- muscolare, flebotrombosi.

Trattamento: cambi posturali ogni due ore, uso di presidi antidecubito, massaggio cutaneo, mobilizzazione passiva ripetuta durante la giornata, posizionamento segmentario antiedemigeno.

- Guarigione delle piaghe cutanee presenti, raggiungimento di una condizione adeguata di trofismo generale, correzione dei dismetabolismi e dei deficit circolatori locali e generali.

Trattamento : medicazione quotidiana in asepsi.

- Favorire la riorganizzazione dell'elaborazione di informazioni vestibolari e propriocettive, ridurre l'ipertono adrenergico.

Trattamento: verticalizzazione progressiva, allineamento posturale, mobilizzazione passiva, cambi posturali, trattamento farmacologico dell'ipertono adrenergico.

3) AREA DELLA ALIMENTAZIONE, DELLA MOTRICITA' ORALE, DELLA DEGLUTIZIONE.

BISOGNI

- Incapacità ad alimentarsi per via orale per alterazione della motricità orale, per disfagia.
- Rischio di inalazione ed ab ingestis.
- Fabbisogno energetico aumentato.
- Condizioni di trofismo scadenti.

OBIETTIVI E TRATTAMENTO

- Ripristino dell'alimentazione per os con progressivo svezzamento della nutrizione enterale per sondino nasogastrico o PEG, mettendo in atto tutte le procedure necessarie per ridurre il rischio di inalazione.

Trattamento: igiene del cavo orale, stimolazioni interne al cavo orale con tamponi e abbassalingua, stimolazioni esterne mediante manipolazione e stiramento dei muscoli facio-cervicali, somministrazione protetta di alimenti di consistenza semiliquida di gusto contrastante previa impostazione di una corretta postura di capo, collo e tronco ( valutare ogni volta il rischio di inalazione: tosse, aspirazione dal tracheostoma di materiale alimentare eventualmente colorato con blu di metilene, riscontro con broncoscopio di materiale alimentare ristagnante nelle vallecula e nel recesso piriforme).

- Migliorare o preservare le condizioni trofiche.

Trattamento: apporto nutrizionale adeguato alle necessità metaboliche.

4) AREA DELLA COSCIENZA DI SE' E DELLA RELAZIONE CON L'AMBIENTE

BISOGNI

- Alterazione della vigilanza.
- Alterazioni dell'attenzione (selettiva, sostenuta, capacità di spostare l'attenzione).
- Alterazione o apparente assenza di contenuti di coscienza, alterazione della capacità di esprimerli.
- Alterazione della memoria (globale, di fissazione, rievocazione, verbale, visiva).
- Alterazione dell'orientamento spazio-temporale.
- Disturbo delle funzioni esecutive (pianificazione, organizzazione, problem solving).
- Alterazione della somatognosia e della consapevolezza della propria corporeità rispetto all'ambiente esterno.
- Alterazioni della sfera affettiva , inadeguatezza delle manifestazioni emotive, alterazioni comportamentali (rallentamento psicomotorio, apatia, abulia, agitazione, aggressività, disinibizione, ipersessualità etc.)

OBIETTIVI E TRATTAMENTO

- Aumento dei tempi di vigilanza e della capacità attentiva.

Trattamento: stimolazioni plurimodali per molte ore al giorno, regolazione sensoriale, precoce interruzione dell'allettamento, farmacoterapia .

- Favorire il ripristino di contenuti di coscienza e la loro strutturazione.

Trattamento: musicoterapia e stimolazioni sinestesiche, interazione "regolata " con i familiari.

- Individuare la presenza di non evidenti contenuti di coscienza mediante osservazione clinica ed indagini strumentali (reattività EEG, Potenziali evocati evento correlati) e favorire il recupero del contatto con l'ambiente esterno.

Trattamento: organizzare un codice di comunicazione con il paziente (gestuale, mimico etc.).

- Favorire la riduzione dei disturbi mnesici, recuperare la capacità di collocarsi nello spazio e nel tempo,

Trattamento: attività psicomotorie volte ad esercitare la memoria di fissazione, rievocazione guidata di eventi ed esperienze precedenti all'evento morboso, frequenti informazioni sulle coordinate spazio- temporali attuali, pregresse e future, scansione regolata nel tempo di tutte le attività coinvolgenti il paziente, esplorazione visiva e tattile dell'ambiente circostante.

- Reintegrazione della somatognosia anche in relazione all'ambiente esterno

Trattamento: stimolazione tattile verbalizzata sulle varie parti del corpo, esplorazione manuale guidata, attività allo specchio etc.

- Modulazione dei disturbi della sfera affettiva comportamentale ed emotiva

Trattamento: maternage, psicoterapia, trattamenti farmacologici, approccio cognitivo-comportamentale.

- Migliorare la capacità di pianificazione, organizzazione, problem solving.

Trattamento : attività guidate di codificazione, comparazione selettiva, generazione di percorsi ideativi, pianificazione.

5) AREA MOTORIA

BISOGNI:

- Compromissione/ assenza di controllo motorio volontario (specificare sede e caratteristiche).
- Presenza di sindrome di Kluver-Bucy (movimenti ripetitivi e stereotipati, ipersessualità e manipolazioni dei genitali, automatismi orali, presenza di riflessi primitivi), rallentamento psicomotorio, acinesia, aprassia ideomotoria.
- Presenza di schemi motori e posturali patologici.
- Anomalie del tono e dei riflessi.
- Incapacità a mantenere posture.
- Presenza e/o rischio di retrazioni miofasciali, presenza e/o rischio di blocchi articolari.
- Incapacità a svolgere gli atti della vita quotidiana.

OBIETTIVI E TRATTAMENTO

- Mantenimento e/o recupero dell'escursione articolare, prevenzione e/o trattamento di retrazioni miofasciali.

Trattamento: mobilizzazione segmentaria, allungamento della muscolatura, casting progressivo con tutori in gesso, resine o materiali termoplastici modellati sul pz., farmaci miorilassanti, infiltrazione con tossina botulinica.

- Normalizzazione del tono muscolare.

Trattamento : per la riduzione dell'ipertono, uso di posture inibenti, mobilizzazione passiva, trattamento fisico con freddo, elettrostimolazione degli antagonisti per l'inibizione reciproca degli agonisti, infiltrazione con tossina botulinica, somministrazione di farmaci miorilassanti; per la riduzione dell'ipotonia, posture antigravitarie, attività di raddrizzamento del capo e del tronco.

- Mantenimento di posture corrette

Trattamento: valutazione delle posture e scelte e regolazione degli ausili (letto, sedia a rotelle, inclinazione schienale, uso di poggiatesta, tavolino, imbragature etc., ), pluriquotidiano passaggio e mantenimento della stazione seduta con crescente partecipazione attiva del pz. al controllo posturale,
verticalizzazione del pz. su piano da statica, fra parallele, senza ausili con assistenza, con crescente partecipazione attiva ad autonomia.

- Recupero del movimento finalizzato e selettivo.

Trattamento: individuazione della postura facilitante la prestazione richiesta,
controllo e riproduzione dell'attività comparsa, finalizzazione del movimento.

- Riduzione dei tempi di risposta, incremento dell'iniziativa motoria.

Trattamento: ripetizione di movimenti acquisiti in contesti diversi, inserimento di elementi e difficoltà nuove, ricerca di motivazioni al movimento (con attività emotivamente importanti, con rinforzi e gratificazioni, con il raggiungimento di traguardi ).

- Riduzione dell'agitazione motoria e della motilità stereotipata.

Trattamento: individuazione delle condizioni favorenti uno stato di rilassamento, maternage.

- Recupero di un certo grado di autonomia nelle attività di vita quotidiana.

Trattamento: ergoterapia, terapia occupazionale.

6) AREA DELLA COMUNICAZIONE

BISOGNI:

- Assenza o alterazione della comunicazione gestuale, mimica, verbale.
- Alterazione della comprensione.

OBIETTIVI E TRATTAMENTO

- Favorire la comprensione del messaggio verbale.

Trattamento: fornire al malato messaggi semplici, chiari, rilevanti in modo breve ed ordinato, evitare domande aperte o a scelta multipla, accompagnamento verbale delle attività.

- Individuare e fornire una possibile modalità di risposta.

Trattamento: logoterapia, introduzione della possibilità di scelta affermativa o negativa, scelta di gesti convenzionali per la comunicazione, rinforzo positivo dei messaggi gestuali,mimici o verbali del pz..

7) AREA DEL CONTROLLO SFINTERICO

BISOGNI:

- Incontinenza, ritenzione, dissinergia sfinterica, elevato residuo postminzionale, infezioni delle vie urinarie etc.

OBIETTIVI E TRATTAMENTO

- Assicurare un adeguato svuotamento vescicale e rettale, minimizzare il ristagno, prevenire infezioni, prevenire la formazioni di fecalomi .

Trattamento: valutazione urodinamica, intervento farmacologico, passaggio dal cateterismo a permanenza al cateterismo intermittente, rimozione del catetere e ripristino della minzione

spontanea per via naturale, training per il controllo volontario dello svuotamento vescicale ed intestinale, uso di diete adeguate allo specifico problema.

Il tempo stimato per il raggiungimento parziale o completo della maggior parte degli obiettivi è valutato in tre mesi dall'ingresso in reparto.
Durante la degenza il paziente viene sottoposto a verifiche settimanale degli obiettivi previsti. In tali verifiche vengono isolati gli obiettivi raggiunti, i bisogni ancora presenti, gli obiettivi non ancora raggiunti, e fra questi quelli ancora raggiungibili e quelli ragionevolmente non più raggiungibili onde poter eventualmente correggere, e comunicare, la previsione di recupero formulata all'ingresso.

**VALUTAZIONE SUCCESSIVA**

DATA DELLA VALUTAZIONE ……..

a- VALUTAZIONE COMPLICANZE IN ATTO
- □ infettive (escluse respiratorie)
- □ respiratorie
- □ cardiovascolari (incluso tromboflebiti)
- □ cutanee da decubito
- □ retrazioni muscolo-tendinee
- □ P.O.A.
- □ ulteriori danni cerebrali
- □ idrocefalo/ipertensione endocranica
- □ atrofia
- □ epilessia
- □ crisi neurovegetative
- □ altro ……..

b- VALUTAZIONE STATO DI COSCIENZA (C.G.S.)

c- MENOMAZIONE COGNITIVA (L.C.F.)

d- MENOMAZIONE MOTORIA
- □ emiplegia,
- □ doppia emiplegia,
- □ tetraplegia,
- □ atassia,
- □ distonia,
- □ movimenti involontari es. tremori, atetosi, mioclonia…
- □ spasticità
- □ ipertono extrapiramidale
- □ bradicinesia
- □ -nessuna menomazione

e- VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA'
- □ G.O.S. (Glasgow Outcome scale)
- □ D.R.S. (Disability Rating Scale )

**(più sezioni)**

# DIARIO CLINICO

1) Compilare giornalmente e firmare

| DATA | | Firma |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FOGLIO UNICO DI TERAPIA N. ……

| | Data | Firma infermiere | Data | Firma infermiere | Data | Firma infermiere | Data | Firma infermiere |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **h 8** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **h 12** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **h 16** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **h 20** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **h 24** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **h 4** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Terapia Est.** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Infusioni** | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

## CONSULENZE

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

**ESAMI STRUMENTALI**

| DATA | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**Scheda alimentazione**

N. Prog. _____ Data _____

Cognome e nome : _____

DIETA: _____

COLAZIONE :

| | OS | PEG | SNG |
|---|---|---|---|
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |

PRANZO :

| | OS | PEG | SNG |
|---|---|---|---|
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |

CENA :

| | OS | PEG | SNG |
|---|---|---|---|
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |
| _____ | ☐ | ☐ | ☐ |

Kcal: _____

Consegne:

_____

_____

_____

_____

| **DATA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Azotemia** | | | | | | | | |
| Glicemia | | | | | | | | |
| Colesterolo | | | | | | | | |
| Trigliceridi | | | | | | | | |
| Sideremia | | | | | | | | |
| **Uricemia** | | | | | | | | |
| **Creatinina** | | | | | | | | |
| Bilirubina Tot. | | | | | | | | |
| gGT | | | | | | | | |
| GOT | | | | | | | | |
| GPT | | | | | | | | |
| Fosfatasi Alc. | | | | | | | | |
| LDH | | | | | | | | |
| CPK | | | | | | | | |
| **P.C.R.** | | | | | | | | |
| Na/Cl | / | / | / | / | / | / | / | / |
| K | | | | | | | | |
| Ca/Mg | / | / | / | / | / | / | / | / |
| PT | | | | | | | | |
| PTT | | | | | | | | |
| Fibrinogeno | | | | | | | | |
| **VES** | | | | | | | | |
| Prot. Tot. | | | | | | | | |
| Albumina | | | | | | | | |
| OSMO. P. | | | | | | | | |
| **GL. BIANCHI $10^3$** | | | | | | | | |
| **NEUTROFILI %** | | | | | | | | |
| Linfociti % | | | | | | | | |
| Monociti % | | | | | | | | |
| Eosinofili % | | | | | | | | |
| Cl. Rossi $10^6$ | | | | | | | | |
| Hb | | | | | | | | |
| HCT | | | | | | | | |
| Piastrine $10^3$ | | | | | | | | |
| URINE ps | | | | | | | | |
| PH | | | | | | | | |
| Proteine | | | | | | | | |
| HB | | | | | | | | |
| Nitriti | | | | | | | | |
| Sedimento | | | | | | | | |
| Urinocolt. | | | | | | | | |
| - Sens. | | | | | | | | |
| - Sens | | | | | | | | |

## SCHEDA PT - INR

Monitoraggio Pazienti in Terapia Anticoagulante orale

| | |
|---|---|
| Paziente: | Età: |
| Reparto: | Diagnosi: |

| Data | Giorno | PT | INR | Terapia Giornaliera |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Note: _____

_____

Il Medico _____

## CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto/a……..……nato/a il …….……. a ……..…….……
☐ ricoverato/a presso questa Casa di Cura
☐ in qualità di ……. del Sig./Sig.ra …….. ricoverato/a presso questa Casa di Cura

in vista dell'intervento programmato dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di anestesia a cui verrò/à sottoposto e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali. Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è sicura; tuttavia tale pratica come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.
Tali complicanze possono assai raramente risultare fatali.
Dichiaro di essere a conoscenza che le condizioni generali espongono alle seguenti complicanze aggiuntive:……..……
……....
Accetto che il Medico Anestesista modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario. Dichiaro inoltre di aver dato il consenso alla eventuale trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati e di essere consapevole dei rischi connessi a tali trasfusioni. Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.
Osservazioni: …….……

Data ……

Firma del Paziente……
Firma Genitore/Tutore …….
Firma del Familiare ……..
Firma del Medico……..

**CONSENSO INFORMATO ALL'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO STRUMENTALE**

Lecce, ……..…….

E' per il Sig./Sig.ra …….

Il/la sottoscritto/a dichiara d'essere stato informato/a, esaurientemente, al fine della diagnosi e/o terapia, della necessità di eseguire gli esami appresso indicati, anche in relazione all'eventuale uso di mezzi di contrasto e/o tecniche e metodiche invasive a fini diagnostico-terapeutici:

□ Esofagogastroduodenoscopia
□ Rettosigmoidoscopia
□ T.A.C. con mdc
□ R.M.N. con mdc
□ Emogasanalisi
□ Incannulamento vena centrale
□ Gastrostomia endoscopica percutanea
□ Altro ……..……

Informato/a, inoltre, sugli svantaggi che deriverebbero dalla mancata esecuzione dell'esame, dichiaro di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi, espostemi in modo chiaro e per me comprensibile, nonché delle possibili complicanze che da queste possono derivare, anche qualora vengano espletate con perizia, prudenza e diligenza; acconsento quindi all'attuazione delle procedure che mi sono state prospettate:

---

Il Paziente (*) Firma del Medico

…… ……..…….

N.B. (*) – Consenso del Familiare nel caso di minore e/o congiunto non vigile ovvero impossibilitato a collaborare:

Grado di parentela:…….

Firma del Familiare

……..……

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE
(ai sensi della L.230/95)

Il/la sottoscritt __ Sig./Sig.ra _____, ricoverat __ presso questa Casa di Cura, dichiara essere stat__ dettagliatamente e comprensibilmente informato dal Dott. _____ sulla necessità di impiego del farmaco _____. Egli/ella è stat __ informato dei possibili rischi connessi alla contemporanea assunzione di alcuni cibi, bevande e farmaci. Egli/Ella è stato anche informat __ che l'impiego del farmaco proposto è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Acconsento quindi all'assunzione della terapia che mi è stata prospettata.

Lecce, _____

Firma del Medico

_____ ____

Firma del Paziente

_____ __

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

**Sottoscrizione dimissione volontaria**

Io sottoscritt _ _____, reso edotto dai sanitari sui rischi connessi con la dimissione volontaria, chiedo di essere dimess_ contro il parere dei sanitari.

Lecce, _____

Firma del /della paziente

……..

Firma del congiunto avente titolo o tutore

……..

Firma del Medico

……..

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

***Note***

…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….
…….

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

N. Cart. _____

Casa di Cura **V I L L A V E R D E**
Prof. Dott. Giovanni VERRIENTI srl
Via Monteroni 222 – Tel. e fax 0832 224111 – 0832 224141
73100 LECCE
Codice fiscale e P.I. 01983380757

## U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa (Neuroriabilitazione Cod. 75)

# *CARTELLA CLINICA*

**Cognome e nome** _____

**Data e luogo di nascita** _____/____/_____ _____(_____)

**Residente a** _____(_____)

**in** _____

**RICOVERO**

**Data** _____/____/_____ **ora** _____ **Proveniente da** _____

**Diagnosi all'accettazione** _____

_____

_____

**DIMISSIONE**

**Data** _____/____/_____ **ora** _____

**Diagnosi** _____

_____

_____

_____

## ANAMNESI FISIOLOGICA

**Scolarità:** □ Nessuna □ Scuola Elementare □ Scuola Media Inferiore

□ Scuola Media Superiore □ Laurea Triennale □ Laurea

**Servizio Militare:** □ SI □ NO, specificare motivo ……

……

**Stato civile:** ……..

**Stato lavorativo:** □ Professione …….. □

□ Disoccupato □ Pensionato

**Fattori di rischio:** □NO □SI, indicare quali …….

……

**Menarca** anni …….… Ultima mestruazione …… Menopausa ……

Mestruazioni regolari □ SI □NO Dismenorrea □ SI □ NO

**Uso di contraccettivi ormonali** □ SI □ NO

**Gravidanze** n° ..... di cui a termine ……

nati morti …….. prematuri …….

n° figli ♀ …….. ♂……. in salute □ SI □NO, specificare …….

**Peso** Kg ……..… □ Stazionario

□ in aumento (Kg … … in mesi … ……) □ in diminuzione (Kg … … in mesi … ……)

**Eventuali protesi**: □NO □SI, indicare quali ……

**Presenza di tracheostomia:** □NO □Si, sostituita in data …….

**Presenza di ventilatore meccanico** □NO □SI

**Alimentazione**: □ per os □ SNG □ PEG

varia/completa □ SI □ NO; vegetariana □ SI □ NO

**Caffè** □ SI □ NO n° tazzine/die …….

**Alcolici** □ SI □ NO Vino: ……. Bicchieri/die; da …… anni; continuativi □ SI □ NO

Birra ……. Bicchieri/die; da …… anni; continuativi □ SI □ NO

Superalcolici ……. Bicchieri/die; da …… anni; continuativi □ SI □ NO

**Fumo** □ SI □ NO n° die …… dall'età di …… anni

Ex fumatore □ SI □ NO dall'età di ……

**Uso stupefacenti** □ SI □ NO Tipo …….. per via …….

con frequenza ……..……. da ……..

**Alvo:** □ regolare □ stipsi □ diarrea □ alterno

**Diuresi:** □ normale □ poliuria □ oliguria □ nicturia □ stranguria □ disuria

**Ritmo sono/veglia:** □ normale □ insonnia □ ipersonnia □ russamento □ ipnoinduttori

**Allergie** □NO □Si, indicare quali ……..

……

……

**Altro** ……..……

……

……..……..

## ANAMNESI FAMILIARE

Patologia cardiovascolare ……

Ipertensione arteriosa …….

Diabete ……

Patologia reumatica ……

Patologia gastroenterica …….

Epatopatie ……

Calcolosi della colecisti ……..

Pneumopatie ……

Endocrinopatie ……

Dislipidemie ……

Obesità ……

Patologie psichiatriche ……

Malattie neurologiche ……

Patologie renali ……

Malattie muscolari ……..

Neoplasie ……..

Altre patologie ……

…….

……..

…….

## INTERVENTI CHIRURGICI

……

……

……

……

……

## MOTIVO DEL RICOVERO E NOTE D'INGRESSO

**Breve anamnesi ed esame obiettivo all'ingresso**

**Fonte:** □ Paziente □ Familiare □ Medico Curante □ Precedente ricovero □ Altro …….

Familiare o altro referente _____Tel. _____

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Firma del Medico .....

## ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Firma del Medico .....

## ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Firma del Medico .....

## ANAMNESI FARMACOLOGICA E TERAPIA IN ATTO

……
……
……
……
……
……
……
……

## PROBLEMI ATTIVI, ATTUALI O URGENTI

……
……
……
……
……
……
……
……

## PIANO DI LAVORO INIZIALE

**(Specificare esami diagnostici urgenti, consulenze specialistiche, decisioni terapeutiche)**

……
……
……
……
……
……

## ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO

Altezza cm …….…… Peso Kg …….

Aspetto: …… Decubito: ……..

Idratazione: …….. Nutrizione: ……

Sanguificazione …… Edemi declivi: ……..

**CUTE MUCOSE ANNESSI APPARTO LINFOGHIANDOLARE**

Colore: □ roseo □ pallido □ cianotico □ itterico □ittero sclerale

Trofismo …….. Sudorazione ……..

Unghie …… Eruzioni cutanee ……..

Sistema Pilifero ……

Manifestazioni emorragiche ……

Presenza di piaghe:

sede …… grado …….

sede …… grado …….

sede …… grado …….

Linfonodi (sede, consistenza, mobilità) ……...

……

Mammelle …….

**CAPO**

Forma ……. Mobilità ……. Punti dolenti ……

Occhio: congiuntive ……. Sclere ……. Pupille ……..

Padiglioni auricolari e meato uditivo ……

Naso ……

Rima orale e labbra ……..

Lingua ……

Dentatura ……..

Faringe ……..

Ghiandole salivari …….

## COLLO

Forma ……. Punti dolenti ……

Mobilità attiva e passiva …….……..

Carotidi …….……

Giugulari ……

Tiroide ……. ……..……..

……

## COLLONNA VERTEBRALE

Cifosi …… Lordosi ……. Scoliosi ……..

Dolore alla palpazione/percussione ……

Mobilità attiva/passiva …….

……

## TORACE

Forma ……..…… Simmetria …… Espansibilità ……

Frequenza del respiro ……./min Dispnea ……..… Ortpnea …….. Polipnea ……

Punti dolenti ……

FVT ……...

Altri reperti palpatori ……

Percussione ……

Ascultazione ……..

## APPARATO CARDIOVASCOLARE

FC …… Ritmo …….

Lesioni trofiche …….

……

……

## ARTI E ARTICOLAZIONI

Dita a bacchetta di tamburo □ SI □ NO Cianosi estremità □ SI □ NO

Ulcere…….. Varici ……..…

Articolazioni ……..

**ADDOME**

Forma ……

Reticoli venosi …….. Ernie …….

Trattabile …….. Dolente …….

Sede …….…….

Masse …….……. Ascite …….……

Peristalsi …….…… Soffi vascolari ……..……..

Manovra di Blumberg ……...

Altro ……..

**FEGATO**

Diametro longitudinale cm ……

Margine inferiore debordante dall'arcata costale su ……..

Caratteristiche del margine ……...

Consistenza ……...

Manovra di Murphy …….

**MILZA**

Polo superiore in …… spazio intercostale sull'ascellare media

Polo inferiore: □ non palpabile □ palpabile a cm ……. Dall'arcata costale

Margine anteriore debordante dall'ascellare anteriore …….. cm.

**APPARATO URO-GENITALE**

Manovra di Giordano …… Punti dolenti ……

Soffi vascolari ……

Genitali ……..

Esplorazione rettale …….. Emorroidi esterne ……

Altro ……

## ESAME NEUROLOGICO ALL'INGRESSO

**Sensorio:** □ Integro □ Torpido □ Coma_____

**Stato affettivo ed umorale:** □ Eutimico □ Ansioso □ Depresso □ Ostile □ Euforico □ Apatico

**Linguaggio:** □ Disartria □ Afasia □ Asimbolia □ Aprassia □ Parola spontanea □ Parola ripetuta
□ Comprensione □ Denominazione oggetti □ Lettura □ Scrittura disegno e calcolo

**Memoria** _____

**Segni meningei:** □ S. Kerning □ S. Brudzinsky □ S. Lasègue □ rigor nucale □ rigor bulbonico

**Dominanza emisferica** _____

**Atteggiamento del capo, del tronco e degli arti:** _____
_____

**Stazione eretta** □ Non consentita □ Libera □ Con ausilio _____

**Deambulazione di tipo:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ Autonoma | □ Con ausilio | □ Con aiuto | □ Impossibile |
| □ Normale | □ Falciante | □ Steppante | □ Atassica |
| □ Atassospastica | □ Anserina | □Paretospastica | □Parkinsoniana |
| □ Con zoppia | | | |

**Valutazione della marcia** _____
_____
_____

**APPARATO NEURO MUSCOLARE:**

□ Atrofia _____

□ Ipotrofia _____

□ Iperofia _____

**TONO MUSCOLARE:**

□ Ipertono extrapiramidale _____

□ Ipertono piramidale _____

□ Ipotono_____

□ Spasmo _____

**FORZA MUSCOLARE:**

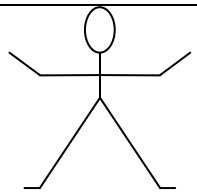
Mingazzini I _____

Mingazzini II _____

**Patterns e sincinesie patologiche** _____

_____

**Motilità volontaria:** □ flaccida (periferica) □ spastica (piramidale) □ rigida (extrapiramidale)

| | | |
|---|---|---|
| □ **paralisi** ++ | □ emiplegia<br>□ paraplegia |  <br>**(++ o +)** |
| □ **paresi** + | □ diplegia<br>□ monoplegia | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SENSIBILITA':** | □ oggettiva | □ soggettiva | □ integra |

| | | |
|---|---|---|
| □ ipo-anestesia | □ iper-anestesia | □ termodolorifica |

| **Sensibilità superficiale:** | | □ **Sensibilità profonda:** | |
|---|---|---|---|
| | □ tattile<br>□ dolorifica<br>□ termica<br>□ localizzazione tattile<br>□ discriminazione tattile<br>□ elettrica cutanea | | □ senso di pressione<br>□ dolororifica profonda<br>□ riconoscimento dei pesi<br>□ senso di posizione e di movimento<br>□ vibratoria |

**RIFLESSI:** □ superficiali □ profondi osteotendinei (ROT)

| **Riflessi patologici:** | **Riflessi corticali:** |
|---|---|
| □ piramidali | □ glabellare |
| □ riflessi di difesa | □ palmomentoniero |
| □ riflessi di afferamento | □ grugno |
| □ riflessi di opposizione | □ grasping reflex |

**Note:** _____

**NERVI CRANICI**

| NERVI | DX | SX | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| I Nervo Olfattorio | □ | □ | Epitelio Olfattorio | Epitelio olfattivo | Anosmia (Tum della doccia olfattiva) |
| II Nervo Ottico | □ | □ | Strato gangliare della retina | Cellule bipolari della retina, coni e bastoncelli | Acuità visiva, cecità |
| III Nervo Oculomotore | □ | □ | Ganglio Ciliare; Parasimpatico e Simpatico cervicale | Muscolo costrittore delle pupille e muscolo ciliari dell'occhio | Miosi; Midriasi; Isocoria; Anisocoria; riflesso alla luce, all'accomodazione ed alla convergenza |
| | □ | □ | Orbita | Retto superiore, inferiore, interno; obliquo inferiore, sollevatore delle palpebre | Strabismo; Diplopia; Nistagmo |
| IV Nervo Trocleare | □ | □ | Orbita | Muscolo obliquo superiore | Strabismo; Diplopia; Nistagmo |
| VI Nervo Abducente | □ | □ | Sotto il ponte, nell'orbita | Muscolo retto laterale | Strabismo; Diplopia; Nistagmo |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| V Nervo Trigemino | ☐ | ☐ | Sensitivo (riflessi trigeminali, Masseterino e corneo congiuntivale e nasale) | Muscoli della masticazione; faccia, naso e bocca | |
| | ☐ | ☐ | Motorio | Masticazione e mandibola | |
| VII Nervo Facciale | ☐ | ☐ | Nucleo del facciale | Muscoli dell'espressione | |
| | ☐ | ☐ | Nucleo salivatorio superiore | Corda del timpano, ganglio sottomascellare, ghiandole del naso, palato e lacrimale | |
| | | | | Ghiandole sottomascellari e sottolinguali | |
| | | | Ganglio genicolato, corda del timpano | Papille gustative anteriori | |
| VIII Nervo Cocleare | ☐ | ☐ | Udito, Organo di Corti | | Equilibrio, nistagmo e vertigine |
| Nervo Vestibolare | ☐ | ☐ | Canali semicircolari | | |
| IX Nervo Glosso-faringeo | ☐ | ☐ | Nucleo ambiguo | Muscolo costrittore superiore e stilofaringeo | |
| | ☐ | ☐ | Nucleo salivatorio inferiore | Ghiandola parotide | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio petroso | Papilla gustativa circumvallata | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio superiore | Tuba di Eustachio | |
| X Nervo Vago | ☐ | ☐ | Nucleo ambiguo | Muscoli faringei e laringei | |
| | ☐ | ☐ | Nucleo motore dorsale | Visceri del torace e dell'addome | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio nodoso | Visceri del torace e dell'addome | |
| | ☐ | ☐ | Ganglio giugulare | Padiglione auricolare | |
| XI Nervo Accessorio | ☐ | ☐ | Nucleo dell'Accessorio | Muscolo sternocleidomastoideo e trapezio | |
| XII Nervo Ipoglosso | ☐ | ☐ | Nucleo dell'Ipoglosso | Movimento della lingua | |

## Scala di valutazione cognitiva di Rancho Los Amigos *
## (L.C.F. - Levels of Cognitive Functioning)

1) Nessuna risposta:
il paziente non risponde ai comandi verbali, a stimoli uditivi o visivi di varia intensità.

2) **Risposta generalizzata**:
il paziente risponde in maniera limitata, inconsistente, afinalistica, spesso solo in seguito a stimolazioni dolorose.

3) **Risposta localizzata**:
il paziente reagisce in modo significativo; può rispondere a comandi verbali semplici, può manifestare reazioni di orientamento a stimolazioni visive e a presentazione di oggetti.

4) **Risposta confusa, agitata:**
il paziente presenta iperattività, disorientamento, comportamento aggressivo.
E' incapace di provvedere alla cura di sé; è inconsapevole degli eventi circostanti. L'attenzione è fluttuante e non selettiva. Lo stato di agitazione appare correlato alla confusione interna.

5) **Comportamento confuso, inappropriato:**
il paziente non è agitato, appare vigile, risponde agli ordini verbali.
E' facilmente distraibile, non riesce a concentrarsi sui compiti da eseguire; presenta risposte esagerate agli stimoli esterni ed un linguaggio inappropriato; non è in grado di imparare nuove informazioni.

6) **Comportamento confuso, appropriato:**
il paziente manifesta un comportamento più adeguato; necessita di stimolazioni per iniziare attività. Può riapprendere precedenti abilità, come le attività della vita quotidiana; presenta seri problemi mnestici. Inizia ad avere consapevolezza di sé e degli altri.

7) **Comportamento automatico, appropriato:**
il paziente appare adeguato nelle risposte, orientato, esegue in modo stereotipato le attività quotidiane. La confusione è minima o assente, i ricordi superficiali. Aumenta la consapevolezza di sé e l'interazione con l'ambiente circostante. E' privo di introspezione, ha ridotte capacità di giudizio e nel risolvere i problemi; manca di una realistica pianificazione del futuro.

8) **Comportamento significativo, appropriato:**
il paziente è vigile, orientato; ricorda ed integra gli eventi passati; impara nuove attività e può continuarle senza il controllo di altre persone. Indipendente in casa e nelle abilità della vita quotidiana, è in grado di guidare l'auto.
Persiste la mancanza di resistenza a situazioni di stress, e vi sono ridotte capacità di giudizio, di ragionamento astratto. Alcune funzioni sociali sono ridotte.

* Professional Staff Association, Rancho Los Amigos Hospital, Inc. Downey, California.

**Scala di valutazione della disabilità di Rappaport (D.R.S.)**

**1) Alterabilità e stato di vigilanza**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apertura occhi | Spontanea | 0 | 0 |
| | Su comando | 1 | 1 |
| | Su stimolo doloroso | 2 | 2 |
| | Nessuna | 3 | 3 |
| Migliore risposta verbale | Orientato-conversa | 0 | 0 |
| | Confuso | 1 | 1 |
| | Inappropriato | 2 | 2 |
| | Incomprensibile | 3 | 3 |
| | Nessuna | 4 | 4 |
| Migliore risposta motoria | Esegue un comando | 0 | 0 |
| | Localizza il dolore | 1 | 1 |
| | Flessione-allontanamento | 2 | 2 |
| | Risposta in decorticazione | 3 | 3 |
| | Risposta in decerebrazione | 4 | 4 |
| | Nessuna risposta | 5 | 5 |

| **2) Capacità cognitive per la cura di sé** | | Nutrirsi | | Andare al bagno | | Cura di sé | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacità completa | 0 | | | | | | |
| Capacità parziale | 1 | | | | | | |
| Capacità minima | 2 | | | | | | |
| Nessuna capacità | 3 | | | | | | |

**3) Livello funzionale**

| | | |
|---|---|---|
| Completamente indipendente | 0 | 0 |
| Indipendente in ambiente particolare | 1 | 1 |
| Dipendenza lieve | 2 | 2 |
| Dipendenza moderata | 3 | 3 |
| Dipendenza marcata | 4 | 4 |
| Dipendenza completa | 5 | 5 |

**4) Possibilità occupazionale**

| | | |
|---|---|---|
| Nessuna limitazione | 0 | 0 |
| Capace di svolgere solo certe attività lavorative, non protette | 1 | 1 |
| Lavoro protetto, non competitivo | 2 | 2 |
| Non capace di svolgere alcuna attività lavorativa | 3 | 3 |

**Categorie di disabilità**

| Livello di disabilità complessiva | Punteggio |
|---|---|
| Nessuna disabilità | 0 |
| Disabilità lieve | 1 |
| Disabilità parziale | 2-3 |
| Disabilità moderata | 4-6 |
| Disabilità moderatamente severa | 7-11 |
| Disabilità severa | 12-16 |
| Disabilità estremamente severa | 17-21 |
| Stato vegetativo | 22-24 |
| Stato vegetativo grave | 25-29 |
| Morte | 30 |

GLASGOW OUTCOME SCALE Extended (GOS-E)

1- morte

2- stato vegetativo

3- disabilità grave, completamente dipendente dagli altri

4- disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività

5- disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance

6- disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti

7- buon recupero con deficit fisici o mentali minori

8- buon recupero

**(più sezioni)**

# DIARIO CLINICO

1) Compilare giornalmente e firmare

| DATA | | Firma |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## CONSULENZE

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

**ESAMI STRUMENTALI**

| DATA | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| **DATA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Azotemia** | | | | | | | | |
| Glicemia | | | | | | | | |
| Colesterolo | | | | | | | | |
| Trigliceridi | | | | | | | | |
| Sideremia | | | | | | | | |
| **Uricemia** | | | | | | | | |
| **Creatinina** | | | | | | | | |
| Bilirubina Tot. | | | | | | | | |
| gGT | | | | | | | | |
| GOT | | | | | | | | |
| GPT | | | | | | | | |
| Fosfatasi Alc. | | | | | | | | |
| LDH | | | | | | | | |
| CPK | | | | | | | | |
| **P.C.R.** | | | | | | | | |
| Na/Cl | / | / | / | / | / | / | / | / |
| K | | | | | | | | |
| Ca/Mg | / | / | / | / | / | / | / | / |
| PT | | | | | | | | |
| PTT | | | | | | | | |
| Fibrinogeno | | | | | | | | |
| **VES** | | | | | | | | |
| Prot. Tot. | | | | | | | | |
| Albumina | | | | | | | | |
| OSMO. P. | | | | | | | | |
| **GL. BIANCHI $10^3$** | | | | | | | | |
| **NEUTROFILI %** | | | | | | | | |
| Linfociti % | | | | | | | | |
| Monociti % | | | | | | | | |
| Eosinofili % | | | | | | | | |
| Cl. Rossi $10^6$ | | | | | | | | |
| Hb | | | | | | | | |
| HCT | | | | | | | | |
| Piastrine $10^3$ | | | | | | | | |
| URINE ps | | | | | | | | |
| PH | | | | | | | | |
| Proteine | | | | | | | | |
| HB | | | | | | | | |
| Nitriti | | | | | | | | |
| Sedimento | | | | | | | | |
| Urinocolt. | | | | | | | | |
| - Sens. | | | | | | | | |
| - Sens | | | | | | | | |

## SCHEDA PT - INR

Monitoraggio Pazienti in Terapia Anticoagulante orale

| | |
|---|---|
| Paziente: | Età: |
| Reparto: | Diagnosi: |

| Data | Giorno | PT | INR | Terapia Giornaliera |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Note: _____

_____

Il Medico _____

**CASA DI CURA "VILLA VERDE "**
**Prof. Dott. G. Verrienti s.r.l.**
**SERVIZIO DI CARDIOLOGIA**

**Paziente** _____ **anni** _____

**U. O. di** _____ **Data** _____

**Tracciato**

**FIRMA** _____

**Referto**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**Visita specialistica cardiologica**

_____

_____

_____

_____

**Paziente**_____ **Cartella N.** _____

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Data** | | | | | | | | | | | |
| **Terapia** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **Peso** | | | | | | | | | | | |
| **T°** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **P.A.** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **Polso** | | | | | | | | | | | |
| **Urine** | | | | | | | | | | | |
| **Alvo** | | | | | | | | | | | |
| **Altri esami** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

**PROMEMORIA: »: Proseguo terapia in corso []: Terapia occasionale #: Sospensione farmaco**

**ALVO + stitico ++ normale +++ diarrea ++++ incontinente URINE + scarse ++ regolare +++ poliuria ++++ incontinente**

**CONSENSO INFORMATO ALL'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO STRUMENTALE**

ai sensi della Legge 230/95

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____il _____, nella mia piena capacità di intendere e di volere, dichiaro di essere stato informato esaurientemente in merito agli accertamenti clinici e/o strumentali a cui dovrò essere sottoposto/a, anche in relazione all'eventuale uso di mezzi di contrasto e/o tecniche e metodiche invasive a fini diagnostico-terapeutici. Informato/a sugli svantaggi che deriverebbero dalla mancata esecuzione dell'esame, dichiaro di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e delle metodiche da attuarsi, espostemi in modo chiaro e per me comprensibile, nonché delle possibili complicanze che da queste possono derivare anche qualora vengano espletate con perizia, prudenza e diligenza; acconsento quindi all'attuazione delle procedure che mi sono state prospettate:

---

Alla sig.ra _____ è stato richiesto se ragionevolmente può escludere di essere in stato di gravidanza. La Sig.ra ha escluso tale eventualità.

Lecce, _____

Firma del Paziente

_____

Firma del Medico

_____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE
(ai sensi della L.230/95)

Il/la sottoscritt __ Sig./Sig.ra _____, ricoverat __ presso questa Casa di Cura, dichiara essere stat__ dettagliatamente e comprensibilmente informato dal Dott. _____ sulla necessità di impiego del farmaco _____ . Egli/ella è stat __ informato dei possibili rischi connessi alla contemporanea assunzione di alcuni cibi, bevande e farmaci. Egli/Ella è stato anche informat __ che l'impiego del farmaco proposto è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Acconsento quindi all'assunzione della terapia che mi è stata prospettata.

Lecce, _____

Firma del Medico Firma del Paziente

_____ _____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

Lecce, _____

**Richiesta di permesso**

Io sottoscritto/a _____, ricoverato/a presso questa Casa di Cura, chiedo di poter usufruire di un breve permesso, per motivi strettamente personali e per il tempo necessario.

In fede

_____

Il Medico di Reparto _____

Ora di uscita _____ Ora di rientro_____

Affidato/a a _____

(Nome, Cognome, grado di parentela)

Consapevole di quanto richiesto mi assumo ogni responsabilità relativa a tale richiesta.

Firma

_____

Estremi documento identità del familiare _____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

Sottoscrizione dimissione volontaria

Io sottoscritt _ _____, reso edotto dai sanitari sui rischi connessi con la dimissione volontaria, chiedo di essere dimess_ contro il parere dei sanitari.

Lecce, _____

Firma del /della paziente

……..

Firma del congiunto avente titolo o tutore

……..

Firma del Medico

……..

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

N. Cart. _____

Casa di Cura **V I L L A V E R D E**
Prof. Dott. Giovanni VERRIENTI srl
Via Monteroni 222 – Tel. e fax 0832 224111 – 0832 224141
73100 LECCE
Codice fiscale e P.I. 01983380757

## U.O. di Psichiatria

# *CARTELLA CLINICA*

**Cognome e nome** _____

**Data e luogo di nascita** _____/____/_____ _____(_____)

**Residente a** _____(_____)

**in** _____

**Stato civile** _____

**Stato occupazionale** _____

**RICOVERO**

**Data** _____/____/_____ **ora** _____ **Proveniente da** _____

**Diagnosi all'accettazione** _____

_____

_____

**DIMISSIONE**

**Data** _____/____/_____ **ora** _____

**Diagnosi** _____

_____

_____

**ANAMNESI**

**ESAME NEUROLOGICO** **DATA** _____

**Stazione eretta:** _____

**Romberg:** _____

**Andatura:** _____

**Linguaggio:** _____

**Mov. patologici:** _____

**Segni meningei:** _____

**Fundus oculi:** _____

**NN. CRANICI:**

---

---

**ARTI SUPERIORI:**

**Forza:** _____

**Mingazzini:** _____

**Tono:** _____

**Trofismo M.:** _____

**R.O.T.:** _____

**Trommer:** _____ **Hoffmann:** _____

**ARTI INFERIORI:**

**Forza:** _____

**Mingazzini:** _____ **Barrè:** _____

**Tono:** _____

**Trofismo M.:** _____

**R.O.T.:** _____

**RIFLESSI SUPERFICIALI:**

**Addominali:** _____

**Cutaneoplantari:** _____

**Cremasterici:** _____

**PROVE CEREBELLARI:**

**SENSIBILITA':**

---

---

# ESAME OBIETTIVO GENERALE

ASPETTO GENERALE: condizioni generali …..…….…… stato di nutrizione ……...……
decubito …….…… …. Collaborante □ no □ si
CUTE E MUCOSE VISIBILI: ……..… piaghe ……...……..
edemi……lingua .. ……
LINFOGHIANDOLE: □ cervicali □ sopraclaveari □ ascellari □ inguinali □ altre sedi ……
CAPO E COLLO: ……..……
OCCHI: □ globi oculari …….. □ esoftalmo □ enoftalmo □ pupille □ isocoriche □ anisocoriche

APPARATO CARDIO-VASCOLARE:
CATETERE VENOSO CENTRALE: □ no □ si □ giugulare □ succlavio □ femorale
ITTO: □ normale □ ampio □ sostenuto □ iperdinamico □ bozza precordiale ……...
AIA CARDIACA: …… …… FREMITI: …….
RITMO: □ regolare □ irregolare …….…….
TONI CARDIACI: …….…TONI AGGIUNTI: ……
SOFFI: …….……..
SFREGAMENTI PERICARDICI: ……..…….
POLSI ARTERIOSI PERIFERICI: ……SOFFI CAROTIDEI ……
GIUGULARI: □ non stasi venosa □ stasi venosa □ 45° □ 90° □ reflusso epato-giugulare positivo

APPARATO RESPIRATORIO:
TRACHEOSTOMIA: □ no □ si □ ventilazione maccanica □ continua □ intermittente
CARATTERE DEL RESPIRO: □ eupnoico □ disponoico □ aspro
RITMO RESPIRATORIO: □ regolare □ irregolare □ periodico
PARETE TORACICA: □ simmetrica □ asimmetrica espansibilità: …….
PERCUSSIONE: □ normale □ basi □ mobili □ ipomobili □ dx □ sn □ ipofonesi □ dx □ sn □ iperfonesi □ dx □ sn
AUSCULTAZIONE: □ MV normale □ diminuito □ dx □ sn □ aumentato □ dx □ sn
□ rantoli ……..……..…□ sibili ……..…….
□ ronchi …….……
PALPAZIONE: FVT □ normale □ aumentato □ dx □ sn □ diminuito □ dx □ sn □ assente □ dx □ sn

APPARATO DIGERENTE:
S.N.G. □ si □ no PEG □ si □ no
ADDOME: forma: □ piana □ globosa ……. □ trattabile □ indolente □ dolente □ cicatrici …….....…
□ ascite □ ernia □ evidente circolo venoso superficiale ……..……..……

FEGATO: palpabile □ no □ si ……..…….
dolorabilità □ no □ si
consistenza □ normale □ aumentata □ diminuita superficie □ liscia □ nodulare
margine □ regolare □ irregolare □ tagliente Murphy □ si □ no
MILZA: palpabile □ no □ si ...……..……...… dolorabilità □ no □ si ….……...

APPARATO URO-GENITALE:
Catetere vescicale: □ no □ si
Punti ureterali □ sup □ inf …… ……dolenti □ no □ si ……
Manovra del Giordano □ neg □ pos □ dx □ sn …….…

STATO DI COSCIENZA: □ vigile □ soporoso □ confusionale □ comatoso ……..…….

Data: _____ Il Medico: _____

**ELENCO ESAMI PSICODIAGNOSTICI EFFETTUATI**
(cfr. Allegati)

| DATA | DIARIO CLINICO (più sezioni) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Casa di Cura **"V I L L A V E R D E" U.O. di Psichiatria**

**Paziente**_____ **Cartella N.** _____

| **Data** | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Terapia** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **Peso** | | | | | | | | | | | |
| **T°** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **P.A.** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **Polso** | | | | | | | | | | | |
| **Urine** | | | | | | | | | | | |
| **Alvo** | | | | | | | | | | | |
| **Altri esami** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

**PROMEMORIA: »: Proseguo terapia in corso []: Terapia occasionale #: Sospensione farmaco**
**ALVO + stitico ++ normale +++ diarrea ++++ incontinente URINE + scarse ++ regolare +++ poliuria ++++ incontinente**

**(MODULO ALLEGATO IN CARTELLA)**


Casa di Cura **V I L L A  V E R D E**
Prof. Dott. Giovanni VERRIENTI srl
Via Monteroni 222 – Tel. e fax 0832 351920
73100 LECCE
Codice fiscale e P.I. 01983380757


# U.O. di Psichiatria

***SERVIZIO DI CARDIOLOGIA***
***Dr. Nicola Caputo***

***ELETTROMIOGRAFIA***
***E***
***VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA***

**Sig.r/Sig.ra** _____

**Anni** _____ **Data** _____/ _____/ _____

**Eventuale terapia cardiologia in corso:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**Referto Elettrocardiografico del: _____/ _____/ _____**

_____

_____

_____

_____

_____

**P.A. : _____**

**Visita Specialistica Cardiologia del: _____/ _____/ _____**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**Il Cardiologo**

_____

| **DATA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Azotemia** | | | | | | | | |
| Glicemia | | | | | | | | |
| Colesterolo | | | | | | | | |
| Trigliceridi | | | | | | | | |
| Sideremia | | | | | | | | |
| **Uricemia** | | | | | | | | |
| **Creatinina** | | | | | | | | |
| Bilirubina Tot. | | | | | | | | |
| gGT | | | | | | | | |
| GOT | | | | | | | | |
| GPT | | | | | | | | |
| Fosfatasi Alc. | | | | | | | | |
| LDH | | | | | | | | |
| CPK | | | | | | | | |
| **P.C.R.** | | | | | | | | |
| Na/Cl | / | / | / | / | / | / | / | / |
| K | | | | | | | | |
| Ca/Mg | / | / | / | / | / | / | / | / |
| PT | | | | | | | | |
| PTT | | | | | | | | |
| Fibrinogeno | | | | | | | | |
| **VES** | | | | | | | | |
| Prot. Tot. | | | | | | | | |
| Albumina | | | | | | | | |
| OSMO. P. | | | | | | | | |
| **GL. BIANCHI $10^3$** | | | | | | | | |
| **NEUTROFILI %** | | | | | | | | |
| Linfociti % | | | | | | | | |
| Monociti % | | | | | | | | |
| Eosinofili % | | | | | | | | |
| Cl. Rossi $10^6$ | | | | | | | | |
| Hb | | | | | | | | |
| HCT | | | | | | | | |
| Piastrine $10^3$ | | | | | | | | |
| URINE ps | | | | | | | | |
| PH | | | | | | | | |
| Proteine | | | | | | | | |
| HB | | | | | | | | |
| Nitriti | | | | | | | | |
| Sedimento | | | | | | | | |
| Urinocolt. | | | | | | | | |
| - Sens. | | | | | | | | |
| - Sens | | | | | | | | |

## SCHEDA PT - INR

Monitoraggio Pazienti in Terapia Anticoagulante orale

| | |
|---|---|
| Paziente: | Età: |
| Reparto: | Diagnosi: |

| Data | Giorno | PT | INR | Terapia Giornaliera |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Note:

_____

_____

Lecce, _____ Il Medico _____

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE
(ai sensi della L.230/95)

Il/la sottoscritt __ Sig./Sig.ra _____, ricoverat __ presso questa Casa di Cura, dichiara essere stat__ dettagliatamente e comprensibilmente informato dal Dott. _____ sulla necessità di impiego del farmaco _____ . Egli/ella è stat __ informato dei possibili rischi connessi alla contemporanea assunzione di alcuni cibi, bevande e farmaci. Egli/Ella è stato anche informat __ che l'impiego del farmaco proposto è noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Acconsento quindi all'assunzione della terapia che mi è stata prospettata.

Lecce, _____

Firma del Medico _____

Firma del Paziente _____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

**CONSENSO INFORMATO ALL'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO STRUMENTALE**

ai sensi della Legge 230/95

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____il _____, nella mia piena capacità di intendere e di volere, dichiaro di essere stato informato esaurientemente in merito agli accertamenti clinici e/o strumentali a cui dovrò essere sottoposto/a, anche in relazione all'eventuale uso di mezzi di contrasto e/o tecniche e metodiche invasive a fini diagnostico-terapeutici. Informato/a sugli svantaggi che deriverebbero dalla mancata esecuzione dell'esame, dichiaro di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e delle metodiche da attuarsi, espostemi in modo chiaro e per me comprensibile, nonché delle possibili complicanze che da queste possono derivare anche qualora vengano espletate con perizia, prudenza e diligenza; acconsento quindi all'attuazione
delle procedure che mi sono state prospettate:

---

Alla sig.ra _____ è stato richiesto se ragionevolmente può escludere di essere in stato di gravidanza. La Sig.ra ha escluso tale eventualità.

Lecce, _____

Firma del Paziente

_____

Firma del Medico

_____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

**Modulo di avvenuta informazione al paziente da parte dei medici sulla terapia elettroconvulsivante**

Io sottoscritto, dott. ..... dichiaro di aver informato il paziente sig. ..... della necessità di una terapia elettroconvulsivante, da me ritenuta, in questo caso, la terapia di scelta. Dichiaro altresì di averlo reso edotto delle modalità di esecuzione, della necessità di un'anestesia, dei rischi eventuali e dei possibili effetti secondari. Il paziente ha compreso tutte le informazioni e appare capace di fornire un consenso informato valido.

Lecce, .....

Firma

.....

**Modulo di consenso per la terapia elettroconvulsivante**

Io sottoscritto ..... dichiaro di autorizzare i medici del reparto a somministrarmi la terapia elettroconvulsivante, secondo le modalità che essi ritengono più opportune. Sono stato informato dal mio medico dell'esistenza di forme alternative di trattamento per la mia malattia (ad esempio psicofarmaci e psicoterapia) e mi rendo conto che, in questo caso, i miei medici considerano la terapia elettroconvulsivante il trattamento di scelta. Ho compreso la descrizione del trattamento e i suoi possibili rischi ed effetti secondari. Accetto volontariamente il trattamento e so che si tratta di una serie di applicazioni. So che, comunque, posso revocare il consenso in qualsiasi momento.

Lecce, .....

Firma

.....

**Richiesta di permesso**

Io sottoscritto/a _____, ricoverato/a presso questa Casa di Cura, chiedo di poter usufruire di un breve permesso, per motivi strettamente personali e per il tempo necessario.

In fede

_____

Il Medico di Reparto _____

Ora di uscita _____ Ora di rientro_____

Affidato/a a _____

(Nome, Cognome, grado di parentela)

Consapevole di quanto richiesto mi assumo ogni responsabilità relativa a tale richiesta.

Firma

_____

Estremi documento identità del familiare _____

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

**Sottoscrizione dimissione volontaria**

Io sottoscritt _ _____, reso edotto dai sanitari sui rischi

connessi con la dimissione volontaria, chiedo di essere dimess_ contro il parere dei sanitari.

Lecce, _____

Firma del /della paziente

……..

Firma del congiunto avente titolo o tutore

……..

Firma del Medico

……..

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

**(Foglio da allegare in cartella)**

**PROPOSTA T.S.O.**

Si certifica che il sig./la sig.ra _____, nat __ il _____ a _____, ricoverat __ volontariamente presso questa Casa di Cura dal _____perché affett __ da _____, giusta autorizzazione del _____, al momento attuale rifiuta il proseguimento del ricovero volontario e la terapia. Date le condizioni psicopatologiche, caratterizzate da _____

_____,

e non sussistendo la possibilità di un trattamento domiciliare, si propone il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei presidi ospedalieri preposti a tal fine, secondo le norme vigenti in materia.

Lecce, _____

In fede

_____

## CRITERIO: 2 PRESTAZIONI E SERVIZI

## REQUISITO: 2.4 Il monitoraggio e la valutazione

***EVIDENZA: 2.4.1*** ***L'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione delle performance cliniche (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) In tutte le fasi del percorso assistenziale, dichiarando l'evidenza a supporto di ogni indicatore (cfr anche 1.5.1 e (D) 1.5.1)***

***EVIDENZA: 2.4.2*** ***L'organizzazione ha pianificato le modalità e la periodicità per l'esecuzione degli audit clinici.***

***EVIDENZA: 2.4.3*** ***Esistenza di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia.***

La Direzione selezionerà gli indicatori chiave per la valutazione delle performance cliniche in tutte le fasi del percorso assistenziale, e pianificherà le modalità e la periodicità per l'esecuzione degli "audit clinici", non trascurando la formalizzazione di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.

## CRITERIO: 2 PRESTAZIONI E SERVIZI

## REQUISITO: 2.5 La modalità di gestione della documentazione sanitaria.

***EVIDENZA: 2.5.1*** ***Formalizzazione di un protocollo relativo alla documentazione sanitar che definisce:***

***a) i requisiti e le modalità di***
- ***redazione***
- ***aggiornamento***
- ***conservazione***
- ***verifica della documentazione sanitaria e modalità di controllo***

***b) i tempi di accesso alla documentazione sanitaria***

***c) una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, n rispetto ed in ottemperanza alla legislazione e normativa vigente materia***

***d) procedure la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta del documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità nel rispet ed in ottemperanza alla legislazione e normativa vigente in materia.***

***EVIDENZA: 2.5.2*** ***Procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenen conto delle problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di alt tecnologie (Transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimen di setting assistenziali.***

Esistono protocolli operativi, e sono formalizzate specifiche procedure:

a) per la gestione della documentazione sanitaria che definisce requisiti e modalità di redazione, aggiornamento, conservazione, verifica, modalità di controllo e tempi di accesso;
b) per la gestione delle informazioni al paziente e consenso informato, che definisce una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione ed alla normativa vigente in materia, nonché la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la sua integrità.

## A- PROCEDURA GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

### 1. INTRODUZIONE

La cartella clinica, secondo la definizione fornita dal vocabolario della lingua italiana Treccani del 1994 è "*l'incartamento o documentazione riguardante la malattia di una persona ricoverata in una clinica o in un ospedale, e contenente i dati relativi all'esame clinico, alle ricerche diagnostiche espletate, alla diagnosi formulata, alle cure istituite e all'evoluzione della malattia durante il periodo di degenza*". La cartella clinica, sia essa cartacea che informatizzata, costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero (Ministero della Sanità, 1992).

La cartella clinica intesa come abitudine ad annotare sistematicamente appunti scritti sulla malattia dei pazienti per meglio ricordare i particolari del decorso clinico pare risalga al 1500. Nel corso dei secoli tale strumento ha subito un'evoluzione in rapporto all'evolversi della medicina clinica. La moderna cartella clinica non si limita a riportare unicamente le annotazioni del solo medico ma è divenuta strumento di registrazione dell'intera équipe e si compone di un numerose sezioni, costituendo al contempo uno strumento di rilevazione dei costi nelle strategie di gestione amministrativo-contabile di una struttura sanitaria.

Nonostante rivesta una finalità così importante ai fini della tutela della salute, il legislatore nella nostra disciplina giuridica non si è preoccupato di fornire una definizione unica di cartella clinica, né in merito alle modalità di redazione e compilazione né in riferimento al suo contenuto. Di contro, nel corso degli anni, la giurisprudenza, a seguito delle numerose vicende giudiziarie che hanno coinvolto personale sanitario, ha posto in evidenza l'importanza di tale documento, fornendo indicazioni sul suo contenuto, sulla sua funzione e sui limiti.

Prima della riforma ospedaliera (D.P.R. n. 128 del 27.03.1969), unico elemento normativo era costituito dal R.D. n. 1631 del 30.09.1938 (Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario negli ospedali), laddove nell'art. 24 precisava "*il primario cura, sotto la propria responsabilità, la regolare tenuta della cartella clinica e dei registri nosologici*", demandando al primario ogni valutazione circa gli aspetti inerenti la tenuta della cartella clinica.

## 2. OGGETTO E SCOPO

### *2.1 Oggetto*

Il presente Regolamento è stato redatto in considerazione della L. n. 241 del 7.08.1990 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e delle modificazioni a questa introdotte dalla L. n. 15 dell'11 febbraio 2005; del D.P.R. n. 352 del 27.06.1992 (Regolamento per la disciplina delle modalità di esercizio e dei casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi) e del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Oggetto del presente Regolamento è

1) definire i requisiti minimi della cartella clinica;
2) definire le responsabilità e le modalità di compilazione, gestione, archiviazione, rilascio delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria (*) relativa ai pazienti, in conformità a quanto previsto dalle norme di settore e nel rispetto della normativa vigente in materia di segreto d'ufficio e professionale, nonché di tutela della privacy rispetto al trattamento dei dati personali e di semplificazione amministrativa;
3) migliorare la leggibilità della cartella al fine di garantire la trasparenza e la chiarezza delle azioni inerenti l'iter diagnostico-terapeutico del paziente per consentire ai diversi operatori sanitari l'adozione di decisioni corrette e tempestive; per consentire l'ottimizzazione della qualità dell'assistenza attraverso attività di controlli di qualità, audit clinico e risk management;
4) permettere, essendo la cartella clinica un documento pubblico di fede privilegiata, l'esercizio di diritti e la tutela di legittimi interessi della persona assistita, della struttura e dei professionisti che vi operano.

(*) Nel presente regolamento, sono considerati documenti sanitari e conseguentemente sono oggetto della disciplina i seguenti documenti:

1. cartelle cliniche;
2. schede di accettazione/dimissione ospedaliere;
3. radiogrammi;
4. referti diagnostici ed analitici e copie;
5. certificazioni sanitarie riguardanti pazienti ricoverati presso la Casa di Cura;
6. certificazioni relative a pazienti trattati ambulatorialmente;
7. esiti degli accertamenti di carattere sanitario compiuti dagli organi ispettivi del servizio di igiene pubblica, ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro;
8. ogni altro tipo di documentazione che contenga riferimenti o anamnesi, referti, diagnosi, lesioni, patologie o qualsiasi altro elemento idoneo a rilevare lo stato di salute di un individuo.

### *2.2 Scopo*

Scopo del Regolamento consiste nel definire criteri chiari che disciplinino ed uniformino la procedura di registrazione, tenuta, archiviazione e rilascio della documentazione sanitaria, con particolare riguardo alla copia delle cartelle cliniche (con relativo tariffario) e dei referti diagnostici.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale procedura trova applicazione in tutte le Unità Operative della Casa di Cura che hanno rapporti diretti con l'attività di ricovero dei pazienti, nei Servizi Ambulatoriali di Neurologia e Psichiatria, nel Servizio Ambulatoriale di Neurofisiopatologia, nel Servizio di Radiologia, nel Laboratorio Analisi e negli Uffici addetti al rilascio, alla consultazione e all'archiviazione della documentazione sanitaria.

## 4. RIFERIMENTI NORMATIVI

### *4.1 Normativa ISO 9000*

Norme e capitoli di riferimento:
ISO 9001 (ed. 12/94) – Sistemi Qualità – Modello per l'assicurazione della Qualità nella progettazione, sviluppo, fabbricazione, installazione ed assistenza;
ISO 9004 –1 (ed. 12/94) – Gestione per la qualità ed elementi del Sistema Qualità – Guida generale;
ISO 8402 (ed. 10/95) – Gestione per la qualità ed assicurazione qualità - Termini e definizioni;
UNI EN 29004-2 (ed. 10/95) – Elementi di gestione per qualità e del sistema qualità – Guida per i servizi.

### *4.2 Normativa Nazionale*

D. Lgs. n. 277 del 15.08.1991 – Costituzione della Scheda Ospedaliera di Accettazione/Dimissione;
D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;
D.Lgs. n. 517 del 7.12.1993 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;
Decreto 14 febbraio 1997 - Determinazione delle modalità affinché i documenti radiologici e di medicina nucleare e i resoconti esistenti siano resi tempestivamente disponibili per successive esigenze mediche, ai sensi dell'art. 111, comma 10, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230;
D.Lgs. n. 229 del 19.06.1999 - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale;
L. n. 59 del 15.03.1997, art.15, comma 2;
D.P.R. n. 318 del 28.07.1999 – Regolamento recante norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali, a norma dell'art. 15, comma 2, della L. 31.12.1996, n. 675;
D.P.R. n. 513 del 10.11.1997 - Regolamento contenente i criteri e le modalità di applicazione dell'art.15, comma 2, della L. 59/97, in materia di formazione, archiviazione e trasmissione di documenti con strumenti informatici e telematici;
D.P.C.M. 8.02.1999 - Regole tecniche per la formazione, la trasmissione, la conservazione, la duplicazione, la riproduzione e la validazione, anche temporale, dei documenti informatici, ex art. 3, comma 1, del D.P.R. 513/97.
Deliberazione A.I.P.A. 23.11.2000 - Regole tecniche in materia di formazione e conservazione di documenti informatici delle pubbliche amministrazioni, ex art.18, comma 3, del DPR 513/97;

### *4.3 Normativa sulla compilazione*

Codice di deontologia medica del 3 ottobre 1998, art 9 (Segreto professionale - *Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza.La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento della persona o di altri.*

*Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):*
*a) - la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;*
*b) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;*
*c)- l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.*
*La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.*
*Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione.*
*La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.*
Codice di deontologia medica del 3 ottobre 1998, art.11 (Comunicazione e diffusione di dati - *Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale. Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti. Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.*
Codice di Deontologia medica del 3.10.1998, art. 23 (Cartella clinica – *La cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate*);
Codice di Deontologia infermieristica del 1999;
D.M. n. 739 del 14 settembre 1994 - Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere;
L. n. 42 del 26.02.1999 - Disposizioni in materia di professione sanitarie. Tale documento normativo sancisce la definizione della figura dell'infermiere quale professione sanitaria, detentrice di un ruolo specifico per la tutela della salute della persona; sancisce, inoltre, l'abolizione del mansionario (D.P.R. 225/74). In quanto professione sanitaria, anche se non espresso esplicitamente nella legge, l'infermiere ha l'obbligo di documentare i bisogni della persona cui presta assistenza, la quantità e la qualità di detta assistenza, di documentare i bisogni della persona a cui si è fornita l'assistenza, i suoi problemi, la quantità e qualità di questa assistenza fornita con i risultati ottenuti. L. n. 251 del 10.08.2000, art. 1, comma 1 - Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza;
D.P.R. n. 128 del 27.03.1969 – Regolamento applicativo della L. n. 132/68 concernente ordinamento e competenze del personale ospedaliero;
D.M. Sanità 5.08.1977 - Requisiti delle Case di Cura Private;
Codice Civile:
Art. 2699 "E'un atto pubblico";
Art. 2700 "E'un atto di fede privilegiata poiché quanto riportato in esso fa fede fino a querela di falso";
Codice Penale;

Art. 326 "Il personale è tenuto al segreto di ufficio";
Art. 328 "Rifiuto di atti d'ufficio";
Art. 357 "Nozione di pubblico ufficiale";
Art. 358 "Incaricato di pubblico servizio";
Art. 476 "Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici".[Quando il compilatore è persona diversa da quella a cui competeva (cartella contraffatta) o quando contiene modifiche successive alla sua stesura definitiva ( cartella alterata)];
Art. 479 "Falsità ideologica".[Quando l'atto, pur essendo formalmente corretto, contiene affermazioni non corrispondenti al vero];
Art. 622 "Violazione del segreto professionale" [Nel caso del sanitario è "in aggiunta" e "non in sostituzione" all'art.326 ].

***4.4 Normativa sulla riservatezza***
L. n. 675 del 31.12.19996 – Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali;
L. n. 676 del 31.12.19996 – Delega al Governo in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali;
D.L.vo n.196 del 30.06.2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

***4.5 Normativa sulla conservazione, microfilmatura e circolazione***
Codice di Deontologia medica del 3 ottobre 1998, art. 10 (Documentazione e tutela dei dati - *Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici. Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino. Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse. Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono*);
Codice Civile:
Art.830 - [Relativamente alla proprietà, la cartella clinica - sotto il profilo oggettivo - deve ritenersi un documento finalizzato all'esercizio di un pubblico servizio e quindi un bene patrimoniale indisponibile];
D.P.R. n. 1409 del 30.09.1963 – Norme relative all'ordinamento e al personale degli Archivi di Stato, in cui sono comprese norme sulla fotoriproduzione di documenti;
L. n. 15 del 4.01.1968 – Norme sulla documentazione amministrativa e sulla legalizzazione e autenticazione delle firme;
D.P.R. n. 128 del 27.03.1969 – Regolamento applicativo della L. n. 132/68 concernente ordinamento e competenze del personale ospedaliero;
D.P.R. n. 225 del 14.03.1974 (ex mansionario);
D.P.C.M. del 11.09.74 – Norme per la fotoriproduzione sostitutiva dei documenti di archivio e di altri atti delle pubbliche amministrazioni;
D.M. Beni Culturali del 29.03.79 – Approvazione delle caratteristiche della pellicola destinata alla fotoriproduzione sostitutiva dei documenti d'archivio e di altri atti delle pubbliche amministrazioni;
Circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19.12.1986 riguardante il periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura;

D.Lgs. n. 39 del 12.02.1993 – In merito alla costituzione dell'Autorità per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione;
L. n. 537 del 24.12.1993, art. 2, comma 15 – Interventi correttivi di finanza pubblica (in merito alla conservazione dei documenti su disco ottico);
D.P.R. n. 344 del 18 aprile 1994 – Regolamento recante disciplina del procedimento di costituzione e rinnovo delle commissioni di sorveglianza sugli archivi;
D.P.C.M. n. 694 del 6.12.1996 – Regolamento recante norme per la riproduzione sostitutiva dei documenti di archivio e di altri atti dei privati;
Legge n. 127 del 15.05.1997 – Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo ("Legge Bassanini");
D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

### *4.6 Normativa sul consenso informato*

Costituzione Italiana:
Artt. 2, 13, 32;
Codice di Deontologia medica del 3.10.1998, artt. 30,31,32,33,34,35;
Codice Civile:
Art. 5 "Atti di disposizione del proprio corpo";
Art. 316 "Esercizio della potestà dei genitori";
Art. 317 "Impedimento di uno dei due genitori";
Art. 330 "Decadenza della potestà sui figli";
Art. 333 "Condotta del genitore pregiudizievole ai figli";
Codice Penale:
Art. 50 "Consenso dell'avente diritto";
Art. 54 "Stato di necessità";
L. n. 833 del 23.12.78 - Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
D. Lgs. n.196 del 30.06.2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

## 5. RESPONSABILITA'

Il responsabile della diffusione e dell'applicazione della presente procedura è il Direttore Sanitario.
Spetta, invece, al Medico Responsabile dell'U.O. vigilare sulla regolare compilazione delle cartelle cliniche e dei registri nosologici, fino al momento della consegna all'archivio centrale.
Il Caposala è responsabile della conservazione delle cartelle cliniche in Reparto.
Il Coordinatore infermieristico è responsabile della regolare compilazione, tenuta e conservazione della cartella infermieristica.
Il Direttore Sanitario è responsabile della custodia della documentazione sanitaria dal momento in cui questa perviene all'archivio centrale. Spetta al Direttore Sanitario, inoltre, individuare con apposito ordine di servizio, le persone incaricate ad accedere all'archivio e ad effettuare le operazione di pertinenza.

## 6. DEFINIZIONE DI CARTELLA CLINICA

### *6.1 La Cartella Clinica*

La cartella clinica, sia essa cartacea che informatizzata, costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad

un paziente e ad un singolo episodio di ricovero (Ministero della Sanità, 1992). Costituisce, pertanto, il mezzo più fedele in grado di documentare il decorso clinico di ogni degente, delle decisioni assunte nei suoi confronti, degli interventi effettuati e quindi del comportamento della struttura sanitaria. Costituisce un mezzo di comunicazione tra la struttura di degenza ed il territorio (Medico di Base, AU.S.L., enti previdenziali ed assicurativi, ecc) ed uno strumento scientifico e didattico per lo studio e la formazione professionale. Inoltre, con l'introduzione del DRG come sistema remunerativo, è divenuta strumento per la corretta valorizzazione dell'attività sanitaria anche da un punto di vista economico.

### *6.2 Funzione della Cartella Clinica*

La Cartella Clinica, della cui regolarità risponde il Responsabile dell'Unità Operativa che ha in carico il paziente, deve essere redatta su prospetti messi a disposizione o riconosciuti validi dalla Casa di Cura e le relative annotazioni debbono essere trascritte, rispettando la sequenza cronologica, contestualmente agli eventi segnalati.
La Cartella clinica ha inizio al momento del ricovero dell'assistito presso la struttura, lo segue durante il percorso clinico, si conclude con la formulazione della diagnosi di dimissione e deve essere firmata dal Responsabile dell'Unità Operativa che ha avuto in carico il paziente o da un suo collaboratore a ciò appositamente delegato.
Oltre alla funzione sanitaria di raccolta di notizie riguardanti il paziente, possiamo individuare anche una funzione giuridica della cartella clinica in quanto atto pubblico poiché:

- redatta da un pubblico ufficiale o da un pubblico dipendente incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni;
- trattasi di un documento originale che costituisce la fonte prima ed autonoma di quanto in essa contenuta;
- i fatti e le attestazioni di scienza che in essa figurano hanno rilevanza giuridica perché produttivi del diritto del paziente di essere assistito e dello Stato di assisterlo.

### *6.3 Formato della Cartella Clinica*

La cartella clinica in forma cartacea deve essere costituita da un modello approvato dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Amministrativa, stabilito essere in formato A4. Laddove vi sia la necessità di inserire fogli singoli, gli stessi devono:

1) essere numerati;
2) devono contenere il numero della cartella ed i dati del paziente;
3) devono contenere il titolo del documento (ad esempio esame obiettivo, esame neurologico, grafica terapia, ecc).

### *6.4 Requisiti di contenuto della Cartella Clinica*

Le informazioni contenute nella cartella clinica e la documentazione acclusa devono soddisfare i criteri di:

- ***rintracciabilita***', possibilità di individuare il professionista che ha richiesto o eseguito una determinata prestazione durante le fasi del ricovero. Pertanto, per ogni atto, il documento deve contenere la data e la firma (nome e cognome) leggibile dell'autore. Per qualsiasi azione che non rientri nella normale routine deve essere registrata anche l'ora in cui essa si è verificata. Quando si fa riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, questi devono essere citati;

- ***chiarezza***, il testo deve essere redatto con grafia chiara che consenta una facile lettura e l'esposizione deve essere facilmente comprensibile a tutti coloro che hanno accesso alla cartella, in modo da evitare eventuali diverse interpretazioni. Il ricorso a sigle è consentito solo se viene riportata una legenda.
- ***veridicità***, tutti i dati e gli eventi devono essere registrati in cartella contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione, devono essere veritieri e corrispondenti ai dati oggettivi riscontrati. E' vietato l'utilizzo di correttore (bianchetto) e non è consentito effettuare cancellazioni con la gomma. In caso di errori, si deve tracciare una riga su ciò che è stato scritto in modo che risulti comunque leggibile. Per errori o eventuali omissioni riscontrati successivamente, occorre effettuare un'annotazione con data e firma di chi la effettua;
- ***accuratezza***, devono essere stabilite le procedure tese a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro registrazioni. Ad esempio quelle atte a verificare la corrispondenza tra le terapie prescritte e le terapie somministrate, tra gli esami richiesti e gli esami eseguiti o repertati, rilevazione e trascrizione dei parametri vitali, controlli di qualità sui dati di laboratorio;
- ***pertinenza***, le notizie contenute nella cartella clinica devono essere correlate con le esigenze informative stabilite dalle funzioni attribuite alla cartella sia dalle condizioni cliniche dell'assistito;
- ***completezza***, ogni cartella identifica in modo univoco un ricovero, deve essere verificata l'effettiva presenza di tutte le sezioni previste nella cartella clinica, sia elementi essenziali che allegati e dei dati obbligatori.

### *6.5 Struttura della Cartella clinica*

La definizione di struttura della cartella clinica dovrebbe attivare le procedure atte a controllarne la completezza sia durante il ricovero che dopo la dimissione.
Elementi costitutivi essenziali sono:

- richiesta di ricovero programmato da parte del medico curante (medico di medicina generale o specialista o di altra struttura inviante con relazione sanitaria;
- copia di un documento di identità dell'assistito e della tessera sanitaria;
- frontespizio (scheda anagrafica);
- informativa data al paziente (o al legale rappresentante in caso di minore o incapace) sulle proposte terapeutiche e diagnostiche, su eventuali rischi e benefici. Detto modulo deve essere firmato dal medico che fornisce l'informativa e dall'assistito, che potrà anche eventualmente manifestare il proprio dissenso alla proposta curativa. modulo di consenso informato, in caso di minore, soggetto interdetto o incapace, il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici deve essere espresso dal legale rappresentante, tutore;
- anamnesi (familiare, patologica remota, patologica prossima, farmaci assunti a domicilio) della quale deve essere indicata la fonte;
- esame obiettivo generale all'ingresso;
- esame obiettivo specialistico all'ingresso;
- ipotesi diagnostiche-terapeutiche e problemi (primo giorno diario clinico);
- diario clinico (aggiornato quotidianamente);
- documentazione infermieristica (aggiornata quotidianamente);
- referti di esami laboratoristici, strumentali con eventuale consenso informato del degente all'esecuzione di particolari esami laboratoristici (HIV), prestazioni radiologiche con mezzo di contrasto o procedure invasive (impianto PEG);

- eventuali consulenze specialistiche effettuate;
- grafica parametri (aggiornata quotidianamente);
- foglio di terapie (registrazione quotidiana);
- eventuale scheda trasfusionale, anestesiologica, ognuna accompagnata dal relativo consenso informato del degente o del suo curatore;
- copia dei referti inviati all'Autorità Giudiziaria;
- copia denuncia di malattia infettiva/notifica infezioni ospedaliere;
- eventuali comunicazioni inviate al Tribunale dei Minori;
- eventuali comunicazioni del Giudice di sorveglianza nel caso di pazienti provenienti dagli Istituiti Carcerari;
- eventuale trasferimento in regime di T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio);
- copia lettera di dimissione (con data, diagnosi alla dimissione, decorso clinico terapia somministrata, terapia in atto e da proseguire alla dimissione, firma);
- copia del riscontro diagnostico in caso di decesso del paziente (registrazione elettrocardiografica);
- scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Ciò premesso al fine di consentire un'articolazione logico-cronologica della cartella clinica nelle diverse fasi:

a) apertura del ricovero,
b) processo di cura;
c) chiusura del ricovero;
d) documentazione allegata.

a.1. Apertura del ricovero

- Dati identificativi della cartella clinica

La cartella clinica va identificata con:
- denominazione e codice della Struttura di ammissione, codice dell'Unità Operativa:
- numero della cartella clinica
- Dati identificativi della persona assistita
- Dati aggiuntivi (eventuale recapito del Medico di Base o di persone referenti)

Si tratta di dati utili per la compilazione del tracciato del record regionale per la rilevazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

a.2. Inquadramento iniziale della persona assistita.
Documento importante di questa fase è la proposta di ricovero che può essere redatta da:
- medico di medicina generale,
- medico specialista convenzionato,
- medico ospedaliero.

Quando il paziente viene trasferito da altro ospedale deve essere accompagnato una relazione che descriva le condizioni cliniche salienti ed espliciti i motivi che hanno determinato il trasferimento in atto.

a.3. Inquadramento clinico
In questa fase devono essere riportati:
- la <u>motivazione al ricovero</u> che deve essere riferita in cartella clinica in modo chiaro e dettagliato chiaro, con particolare riferimento a sintomi, condizioni, diagnosi o sospetto diagnostico, ed altri

elementi che hanno determinato il ricovero). Il problema clinico (diagnostico, terapeutico, assistenziale) connesso con l'attivazione dell'episodio di ricovero orienta le fasi successive dell'inquadramento clinico;
- l'anamnesi (familiare, prossima e remota) può essere breve, estesa, completa e deve essere raccolta entro 36 ore dall'ingresso del paziente, ad eccezione di casi motivati. Deve contenere il nome di chi la raccoglie, la fonte delle informazioni e la data. Devono essere facilmente identificate le problematiche attuali di malattia ed eventuali fattori di rischio del paziente.
- l'esame obiettivo deve essere orientato alla valutazione clinica di sistemi ed apparati correlati ai problemi del paziente per identificarne i segni ed i sintomi; devono essere riportate anche condizioni particolari quali la presenza di catetere vescicale, catetere venoso centrale, tracheotomia, sondino naso-gastrico, lesioni cutanee, ecc.
- sulla scorta di anamnesi ed esame obiettivo, il sanitario procede a formulare e redigere sul diario clinico le ipotesi diagnostiche e terapeutiche, l'elenco dei problemi attivi che dovrebbero originare gli atti clinici successivi.
- il processo di cura è costituito da due momenti: la pianificazione del processo di cura (sulla base delle ipotesi diagnostiche e dei problemi rilevanti vengono individuate le procedure diagnostiche terapeutiche assistenziali e riabilitative appropriate ed il decorso del ricovero.

b.1. Processo di cura
Nella pianificazione del processo di cura e di assistenza devono essere specificate:
a) le procedure diagnostiche che devono indicare il medico prescrittore, il tipo di esame prescritto, la data di richiesta esame, la data e l'ora di prenotazione, la data di esecuzione, la data di arrivo dei referti nell'unità operativa;
b) le procedure terapeutiche e assistenziali che devono indicare il medico prescrittore, la data di prescrizione, le procedure terapeutiche/assistenziali, la data e l'ora di esecuzione.

b.2. Decorso del ricovero.
La documentazione inerente il decorso del ricovero è costituita dalle seguenti sezioni:
- Diario clinico, le registrazioni in esso effettuate devono essere effettuate quotidianamente, contestualmente agli eventi, in maniera sintetica ma significativa dello stato del paziente con l'obiettivo di verificare l'effettuazione e l'adeguatezza del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Deve essere annotata ogni variazione delle condizioni cliniche del paziente ed eventuali, motivate, variazioni rispetto al programma di cura (ad esempio mancata somministrazione: giustificazione della non avvenuta somministrazione). Il diario clinico deve contenere la data, l'ora (nel caso di registrazioni riferite alla stessa giornata) e la firma leggibile del sanitario; ogni successiva alterazione si configura come falsità.
- Foglio di terapia, raccoglie i dati sulla terapia prescritta e somministrata al paziente per ogni giorno di degenza in un foglio specifico, allegato alla cartella clinica. Il foglio riporta i dati del paziente; deve contenere l'indicazione del farmaco, la formulazione, la dose, la durata, le modalità di somministrazione della terapia (orale, i.m., endovenosa, infusione continua, transdermica, aerosolterapia), la registrazione della mancata somministrazione, di un eventuale rifiuto da parte del paziente, la descrizione di un eventuale evento avverso. Il sanitario deve registrare possibili variazioni o sospensioni. Le registrazioni vanno sempre datate e firmate in modo chiaro e leggibile dal Medico.
- Prescrizioni nutrizionali, in questa sezione vengono raccolti i dati dell'eventuale dieta speciale ed entrale/parenterale, delle possibili modificazioni e dell'avvenuta somministrazione (tipo, formulazione, apporto calorico, modalità di somministrazione, durata, medico prescrittore, esecutore);

- Rilevazione parametri vitali, in questa sezione, grafica, sono riportati i dati relativi all'andamento dei parametri vitali e di altre condizioni associate alla persona assistita (per esempio: temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, bilancio idrico, gestione drenaggi, CV, CVC, CVP, peso, diuresi, scariche alviche, frequenza respiratoria, ecc.);
- Referti/consulenze, le relazioni cliniche, relative ad esami ematochimici e a prestazioni strumentali (referti), in originale, devono essere conservate in ordine cronologico nella cartella clinica, preferibilmente ordinate per tipologia di esame.

La relazione della visita di consulenza viene registrata nel diario clinico, firmata dal medico che l'ha effettuata. A tal proposito, è previsto l'uso di apposita modulistica che prevede l'indicazione del sanitario di reparto che richiede la consulenza, la data della richiesta, il quesito clinico, le modalità di erogazione della richiesta (urgenza, in elezione), condizioni del paziente (allettato, trasportabile).

Il referto, formulato in modo chiaro e completo, deve contenere i dati identificativi dell'U.O erogante, i dati del paziente, l'identificazione dell'U.O. richiedente, il tipo di esame eseguito con modalità di esecuzione, la data di esecuzione, la data di refertazione se diversa, le conclusioni diagnostiche ed eventuali suggerimenti, nome dei professionisti che hanno collaborato all'esecuzione, firma.

- Documentazione anestesiologica, se necessaria nel processo di cura, questa sezione comprende:

1) valutazione e di esplicitazione del rischio secondo i criteri della classificazione dell'American Society of Anestesiology (ASA);
2) valutazione anestesiologica

Oltre ai dati relativi all'Unità Operativa, all'esame per cui è richiesta l'anestesia, ai dati del paziente e del medico esecutore, devono essere indicati il tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modificazioni successive, la tipologia di supporto respiratorio con i relativi parametri, la registrazione delle procedure invasive, la registrazione dei parametri vitali dalla fase di preinduzione al risveglio, l'ora di inizio e di fine della procedura, la segnalazione di eventuali complicanze. Con riferimento alla dichiarazione di volontà del paziente, deve essere allegata l'informativa rilasciata dall'anestesista ed il modulo del consenso informato.

- Schede di valutazione dei rischi, che riguardano la prevenzione delle infezioni ospedaliere, la prevenzione delle cadute accidentali, la prevenzione delle piaghe da decubito. Nella documentazione inerente il paziente deve essere segnalata la presenza di una o più di dette problematiche ed i provvedimenti intrapresi.
- Cartella infermieristica, questa è parte integrante della cartella clinica. In essa devono essere raccolti i dati anagrafici, anamnestici, i bisogni assistenziali infermieristici, la pianificazione delle attività infermieristiche, le attività diagnostico terapeutiche praticate, la valutazione finale in termini di soddisfacimento dei bisogni infermieristici e dell'utilizzo di presidi e materiali.
- Documentazione di altri professionisti sanitari, comprendente, ove richiesto, scheda del progetto riabilitativo da parte di fisioterapisti e logoterapisti, relazione assistente sociale, relazione e documentazione psicologica.

c.1. Chiusura del ricovero

- Valutazione finale, comprende l'epicrisi con la descrizione dei problemi affrontati durante la degenza e delle problematiche eventualmente ancora presenti, la diagnosi e lo stato della persona all'atto della dimissione.
- Lettera di dimissione, deve riportare al Medico di Base informazioni circa il motivo del ricovero, l'iter diagnostico e terapeutico, l'evoluzione del quadro clinico, le condizioni al momento della dimissione e le indicazioni terapeutiche e/o riabilitative con i consigli sui successivi controlli ed eventuali esami da eseguire a domicilio.

- Scheda di dimissione Ospedaliera (S.D.O.), deve essere compilata ad opera del sanitario che ha effettuato la dimissione e deve essere conservata in cartella, di cui fa parte integrante.
- Chiusura della cartella clinica, deve riportare l'ora e la data in cui è avvenuta la dimissione, deve avvenire nel più breve tempo possibile, compatibilmente con i tempi necessari affinché pervengano all'Unità Operativa i referti di tutti gli esami eseguiti durante il ricovero e non ancora giunti al momento della dimissione, e che venga compilata la S.D.O. La chiusura della cartella clinica prevede che non debbano essere apportate nel diario clinico annotazioni successive alla data di dimissione. Eventuale documentazione sanitaria pervenuta successivamente alla chiusura della cartella, viene trasmessa in archivio ed allegata alla cartella dopo che il Responsabile dell'U.O. ne ha preso visione.

## 7. CONTROLLI INTERNI

Il Responsabile dell'Unità Operativa provvede ad esaminare la cartella per verificarne la completezza prima che venga archiviata, ed appone proprio timbro e firma. Alla Direzione Sanitaria compete verifica il contenuto minimo standard della cartella e che in essa siano contenute le informazioni essenziale quali diagnosi, codici nosologici, firme dei sanitari. La cartella viene, quindi, controfirmata dal Direttore Sanitario. La cartella mancante della firma del Responsabile dell'U.O. è da considerarsi un atto incompleto.

## 8. TUTELA DELLA PRIVACY E DIRITTO ALL'ANONIMATO

La legge n. 675/96 ed il D. Lgs. 196/03 stabiliscono che gli elementi contenuti nella documentazione sanitaria siano considerati dati personali sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute, inerenti le abitudini sessuali, ecc.). Tale tipologia di dati può essere trattata solo a seguito di consenso scritto del titolare ed in modo conforme alle prescrizioni del Garante per la protezione dei dati personali. La tutela della riservatezza dei dati deve essere garantita in ogni tappa del percorso della documentazione sanitaria dalla raccolta all'archiviazione
L'art. 95 della Legge n. 685 del 22.1.2.1975 sancisce che il paziente possa avvalersi della facoltà che i propri dati vengano raccolti consentendogli l'anonimato. Tale ricorso prevede che nella sezione anagrafica della cartella vengano indicate soltanto le iniziali del nome e del cognome, l'anno di nascita e la provincia di residenza. Le generalità complete dovranno essere inserite in una busta chiusa sulla quale verrà riportato il numero della cartella. La busta dovrà essere custodita dal Direttore Sanitario. Il diritto all'anonimato è stato successivamente ripreso dall'art. 29 della legge 162/90 (i tossicodipendenti possono a richiesta "beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle USL nonché con i medici, gli assistenti sociali tutto il personale dipendente) e dall'art. 120 del D.P.R. 309/90. La possibilità di conservare l'anonimato è concessa anche alle puerpere ai sensi del R.D. n. 2316 del 24.12.1934.

## 9. CUSTODIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La Casa di Cura deve predisporre ed attuare l'attivazione di procedure di custodia che assicurino la corretta gestione della documentazione clinica per garantirne l'integrità (impedire manomissione, danneggiamento o smarrimento) sia l'accessibilità esclusivamente agli aventi diritto.
La custodia è sancita dalle normative inerenti il trattamento dei dati sensibili (D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003). Si applicano, inoltre, alla custodia le misure minime di sicurezza stabilite dal D. Lgs. n.

318/99. La divulgazione non consentita del contenuto della cartella clinica può comportare conseguenze di ordine penale per la violazione del segreto professionale o del segreto d'ufficio.
Per il periodo di permanenza della cartella nell'Unità Operativa, il Medico Responsabile può individuare un suo delegato che vigili sulla custodia della documentazione fino alla consegna alla Direzione Sanitaria.

### *9.1 Smarrimento della cartella clinica o di parti di essa*

Lo smarrimento della cartella clinica o di parti della stessa deve essere denunciato dal responsabile della conservazione all'Autorità Giudiziaria e segnalato in forma scritta alla Direzione Sanitaria.
Tali denunce e segnalazioni devono essere effettuata dal Medico Responsabile dell'Unità Operativa e/o dal Caposala se lo smarrimento si verifica prima dell'invio in archivio, dal Direttore Sanitario dell'archivio se si è verificato dopo l'archiviazione.
La Direzione Sanitaria con la collaborazione dell'Unità Operativa di degenza dove è avvenuto il ricovero provvederà ad effettuare un'istruttoria finalizzata ad accertare la natura della documentazione smarrita, la possibilità di rintracciarla, di ottenerne copie (ad esempio referti diagnostici) e la possibilità di ricostruirne il contenuto.
Tale istruttoria sarà conservata in archivio al posto della documentazione smarrita.

## 10. ARCHIVIAZIONE

La cartella clinica deve pervenire in archivio entro e non oltre 7 giorni dalla data di dimissione, salvo i casi in cui sia necessario più tempo per acquisire documentazione necessaria al completamento della cartella. Il Direttore Sanitario è responsabile della custodia della cartella clinica dal momento in cui questa perviene all'archivio della struttura.
La cartella clinica si configura quale bene patrimoniale indisponibile e pertanto è sottratta alla proprietà privata. Deve essere conservata per un tempo illimitato poiché rappresenta atto pubblico indispensabile a fornire certezza dei fatti in essa descritti, oltre che ad essere fonte per ricerche di carattere epidemiologico, sociale e storico sanitario. In caso di cessazione dell'attività della struttura, le cartelle devono essere depositate presso il servizio medico legale della A.U.S.L. territorialmente competente.
Radiogrammi, immagini ecografiche possono essere conservati in un archivio separato dalle cartelle cliniche, posto sempre sotto la responsabilità del Direttore Sanitario. La durata della loro conservazione è anche in questo caso illimitata. E' prevista la possibilità della microfilmatura.

## 11. PROCEDURA PER IL RILASCIO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

### *11.1 Aventi diritto al rilascio di documentazione sanitaria*

Gli aventi diritto cui è riservato il diritto a richiedere il rilascio della documentazione sanitaria sono:

a. <u>intestatario della documentazione</u>, maggiorenne o minore emancipato, previa verifica dell'identità personale che potrà eventualmente indicare per scritto al momento della richiesta una persona delegata al ritiro;
b. <u>terzi</u>, previa identificazione personale, muniti di delega da parte dell'intestatario della documentazione e copia di un documento d'identità del sottoscrittore;
c. <u>particolari soggetti non intestatari della documentazione</u>:
   - gli esercenti la potestà genitoriale o il tutore quando l'intestatario non abbia raggiunto la maggiore età o non risulti emancipato. E' necessario allegare alla richiesta, stato di famiglia

o sentenza dell'autorità giudiziaria, consenso del genitore eventualmente assente o in alternativa è possibile redigere autocertificazione;

- genitore affidatario, nel caso di minore in affidamento;
- genitori adottivi, nel caso di minore adottato. Si dovrà porre particolare attenzione che la documentazione non riporti la paternità o maternità originaria salvo specifica autorizzazione dell'autorità giudiziaria;
- erede o coeredi nell'ipotesi di decesso. Sono eredi legittimi, il coniuge, i figli legittimi, i figli naturali, gli eredi testamentari. In mancanza di questi gli ascendenti. Copia di documentazione di un defunto minorenne può essere richiesta dai genitori. La richiesta dovrà essere presentata allegando dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà oppure una autocertificazione attestante la qualifica di legittimo successore e la relazione di parentela esistente con il defunto ed assenso da parte degli altri coeredi. Gli eredi non hanno diritto al rilascio qualora il paziente abbia manifestato, con atto scritto, la volontà di tutelare ultra mortem il segreto sulle notizie contenute nella documentazione sanitaria;
- tutore, nel caso di interdetto per grave infermità di mente o curatore, nel caso di inabilitato per infermità di mente, o non capace di sottoscrivere (sordomutismo o cecità). Lo stato di interdizione o di inabilitazione devono essere verificati dalla copia della sentenza, da cui risulteranno anche le motivazioni e le indicazioni del tutore o del curatore;
- amministratore di sostegno, previa esibizione di un documento probatorio (copia decreto di nomina del Giudice tutelare).
- soggetti, la cui richiesta può essere accolta, in tutto o in parte, solo sé è documentata dalla necessità 1) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile; 2) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un diritto o libertà fondamentale inviolabile (D. Lgs. n. 196/2003, art. 93);
- Autorità Giudiziaria. Nell'ipotesi in cui, con notifica scritta di apposito decreto, l'Autorità Giudiziaria dichiari necessaria l'acquisizione della documentazione in originale una copia autenticata dovrà essere creata contestualmente alla consegna. All'atto della consegna l'ufficiale di Polizia Giudiziaria incaricato dovrà redigere verbale contenere la descrizione della documentazione sequestrata. Il decreto di consegna ed il relativo verbale devono essere custoditi in Direzione Sanitaria ed una copia inviata all'Archivio;
- Consulente Tecnico d'Ufficio, previa esibizione di copia dell'atto di nomina;
- legale dell'avente diritto alla documentazione, che dichiari per iscritto di agire in nome e per conto dello stesso;
- medico di Medicina Generale dell'intestatario della documentazione, che si qualifichi quale soggetto "titolare" ai sensi dell'art. 1 della Legge 675/96 con lo scopo di utilizzo a fini diagnostici e terapeutici;
- Aziende Sanitarie Pubbliche, Ospedali o altre strutture sanitarie pubbliche e private, attraverso richiesta formalizzata da parte di soggetti che si qualifichino quali "titolari" o "responsabili" ai sensi rispettivamente degli Artt. 1 e 8 della Legge 675/1996, con lo scopo di utilizzo ai fini diagnostici e terapeutici;
- I.N.A.I.L., dietro richiesta formale, in caso di infortunio o malattia professionale;
- I.N.P.S., dietro richiesta formale in caso competano all'Ente spese per spedalità;
- patronati che esibiscano atto di delega dell'interessato;

- personale sanitario della Casa di Cura, a scopo di ricerca scientifica e statistica, sempre che sia mantenuto l'anonimato dei pazienti in eventuali pubblicazioni;
- personale sanitario non dipendente della Casa di Cura (tirocinanti, frequentatori) può accedere all'Archivio cartelle cliniche, con il controllo diretto del personale addetto, previo richiesta motivata scritta, sotto la responsabilità del Medico Responsabile dell'Unità Operativa cui sono affidati ed a seguito di autorizzazione formale del Direttore Sanitario, a scopo di ricerca scientifica e statistica, sempre con l'osservanza delle norme vigenti in materia di tutela della riservatezza dei soggetti interessati;
- nell'ipotesi di costituzione in giudizio della Casa di Cura, la Compagnia Assicurativa, cui è stato conferito mandato speciale per la rappresentanza e difesa della struttura, per quanto riguarda la responsabilità civile, può richiedere la copia della cartella clinica; in questo caso, su autorizzazione del Direttore Sanitario, il legale della Compagnia Assicurativa potrà acquisire tutta la documentazione sanitaria necessaria ai fini in questione.
- per tutti gli eventuali ulteriori casi non contemplati nel presente regolamento, si rimanda ogni decisione alla discrezionalità del Direttore Sanitario della Casa di Cura, sentito il parere del Medico Responsabile dell'Unità Operativa.

### *11.2 Modalità di richiesta della documentazione sanitaria*

La richiesta di documentazione sanitaria va inoltrata unicamente alla Direzione Sanitaria della Casa di Cura.
La sottoscrizione della richiesta di rilascio della documentazione sanitaria viene effettuata attraverso la compilazione di modelli a tal fine predisposti ed allegati al presente Regolamento, alla presenza del dipendente addetto e previa esibizione di un documento d'identità.
Può essere inoltrata, in carta libera, anche per posta o a mezzo fax, purché risulti allegata la fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.
Al momento della richiesta devono essere indicata la modalità di ritiro della documentazione. La richiesta di rilascio verrà archiviata unitamente alla documentazione.

### *11.3 Modalità di rilascio della documentazione sanitaria*

Il rilascio della documentazione sanitaria avviene previo accertamento che il richiedente ne abbia diritto. Il rilascio di copia della Cartella Clinica, dei referti clinici e di altra documentazione sanitaria deve essere effettuato in busta chiusa e con modalità che garantiscano il rispetto delle disposizioni in materia di riservatezza previste dalla citata Legge n. 675/1996, e successivo D. Lgs. n. 196/2003.
La cartella clinica viene rilasciata in copia autenticata, nel termine massimo di 30 giorni dalla richiesta. Nel caso in cui, al momento della richiesta, la cartella non risultasse archiviata al fine di procedere al completamento della stessa con la documentazione relativa a particolari e complesse indagini diagnostiche, il termine precedentemente indicato è differito di ulteriori 15 giorni.
Al fine di impedire la possibile sostituzione o sottrazione di pagine interne alla copia viene apposto su ogni pagina timbro della Casa di Cura e sul retro dell'ultima pagina il timbro predisposto dalla Direzione Sanitaria "per copia conforme", integrato di data e di numero delle pagine.
Il certificato di degenza è rilasciato nella stessa giornata della richiesta.
Il duplicato dei radiogrammi verrà rilasciato entro 4 giorni dalla richiesta. In casi particolari, quando il richiedente dimostri la necessità di acquisire con immediatezza i radiogrammi originali, questi potranno essere concessi in visione. L'avente diritto redigerà e firmerà una dichiarazione contenente l'elenco dei radiogrammi ricevuti, l'impegno alla restituzione in tempi brevi e verserà una somma, stabilita a seconda del numero e della tipologia dei radiogrammi, a titolo cauzionale che verrà restituita contestualmente alla

riconsegna dei radiogrammi. Tale dichiarazione va conservata a cura degli Uffici Amministrativi della Casa di Cura , una copia deve essere inviata all'Archivio radiologico.
Nel caso il richiedente non provveda al ritiro della documentazione entro sei mesi dalla richiesta, questa potrà essere distrutta e l'avente diritto dovrà effettuare una nuova richiesta.
Nel caso di pazienti trattati in regime ambulatoriale, il rilascio della documentazione iconografica radiologica nonché i tracciati, i referti consegnati all'interessato contestualmente alla prestazione specialistica, dovranno essere accompagnati dall'indicazione "Materiale unico da conservare con cura e da presentare in occasione di successivi controlli sanitari".

### *11.4 Tariffe e modalità di pagamento della documentazione sanitaria*

Le copie della documentazione sanitaria, semplice o autenticata, sono rilasciate previo pagamento di un costo fisso, sostenuto dall'Amministrazione della Casa di Cura e da questa determinato come indicato nell'apposito modulo di richiesta.
Il costo dei certificati sanitari è determinato dall'Amministrazione.
Le copie dichiarate conformi all'originale sono esentate dall'imposta di bollo, ai sensi dell'art. 7, comma 5° della Legge n. 405 del 29.12.1990. Sono, inoltre, escluse dal campo di applicazione dell'I.V.A. ai sensi di quanto stabilito dalla circolare dell'Agenzia delle entrate n. 75/E del 2.8.2001.

## 12. MODALITA' DI RETTIFICA O INTEGRAZIONE DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'intestatario della documentazione sanitaria e gli aventi diritto possono presentare richiesta di rettifica o integrazione dei dati in essa contenuti; la stessa facoltà è concessa a sanitari o uffici della Casa di Cura che ne abbiano necessità.
La Direzione Sanitaria in merito ha stabilito che:

- nessuna cancellatura o abrasione può essere effettuata sul documento;
- il dato errato deve essere circoscritto in un riquadro e accanto o a fondo pagina deve essere riportata la dicitura: "dato errato. Leggasi ……";
- se trattasi di rettifiche anagrafiche devono essere riportati gli estremi del documento da cui è stato possibile desumere i dati corretti;
- chi effettua la modifica deve apporre firma leggibile;
- nei casi in cui i dati da rettificare siano più d'uno o sia necessario effettuare un'integrazione della documentazione occorre redigere apposito verbale nel quale verrà indicata la data di riscontro degli errori, le pagine che li contengono, la loro tipologia, le rettifiche, la firma del Direttore Sanitario;
- nell'ipotesi sia già stata rilasciata copia della documentazione all'avente diritto, la Direzione Sanitaria provvederà a contattarlo ed informarlo delle modifiche, rilasciando ove richiesto una copia con spese a carico.

## 13. VALUTAZIONE DI CONFORMITA' DELLA CARTELLA CLINICA

La Direzione Sanitaria stabilisce ed le procedure di controllo sulla corretta tenuta e conservazione della cartella clinica; è buona prassi sottoporre a verifica in modo random almeno il 10% delle cartelle cliniche. Ogni singolo operatore deve essere responsabilizzato nell'applicazione delle procedure per la gestione della documentazione sanitaria, comprendendo gli obblighi di legge, tale impegno rappresenta un indice di qualità professionale del processo clinico-assistenziale.

La procedura di valutazione si può avvalere di appositi strumenti quali una griglia di valutazione della cartella clinica che prevede che i vari elementi della cartella stessa vengano valutati secondo criteri prestabiliti:

a) presente, l'elemento preso in considerazione è presente;
b) non presente, viene rilevata l'assenza dell'elemento considerato;
c) non completo, gli elementi della cartella clinica non rispondono totalmente ai requisiti proposti;
d) non leggibile, ogni parola o numero deve essere leggibile senza difficoltà e non dare adito ad interpretazione in base al testo. Si indica "non leggibile" quando nel testo sono presenti parole, sigle e/o numeri non leggibili e/o non comprensibili;
e) redattore non identificato, per soddisfare il requisito di rintracciabilità di chi ha svolto l'atto, gli elementi della cartella clinica contrassegnati nella griglia da un asterisco richiedono l'identificazione del redattore tramite la sua firma leggibile o identificabile mediante la apposizione di timbro; la mancanza di tale identificabilità va registrata come "redattore non identificato".

L'analisi verrà effettuata da un gruppo di lavoro multiprofessionale per il miglioramento della qualità. Laddove venissero rilevate delle difformità alla presente procedura occorrerà provvedere ad attuare le azioni necessarie al fine di promuovere comportamenti atti a prevenirne il ripetersi.

La verifica della qualità della cartella clinica, che è considerata conforme quando soddisfa tutti i requisiti dell'accettabilità ed almeno il 50% della qualità, si basa sui seguenti punti:

- tempestività della trasmissione: tempo intercorso tra la dimissione del paziente e la consegna della cartella clinica in Direzione Sanitaria (= < 10gg.);
- completezza della trasmissione: percentuale di cartelle cliniche arrivate in Direzione Sanitaria nel tempo previsto sul totale dei dimessi;
- completezza della documentazione: presenza di tutti gli elementi e dati obbligatori;
- chiarezza: leggibilità e chiarezza espositiva;
- identificazione e rintracciabilità: possibilità di risalire a chi ha richiesto o eseguito una data prestazione;
- accuratezza: corrispondenza tra quanto prescritto e quanto effettuato in termini di accertamenti diagnostico/terapeutici.

## 14. MODIFICHE

Dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento sono abrogati i precedenti Regolamenti sul rilascio della documentazione sanitaria, nonché tutte le altre disposizioni aziendali incompatibili con quelle contenute nel presente Regolamento.
Il presente Regolamento è suscettibile di modifiche e/o integrazioni qualora dovessero intervenire nuove e diverse disposizioni normative a regolare la materia.

**Allegati**

**PG – 08/Doc.01 Requisiti di Accettabilità della cartella clinica**
**PG – 08/Doc.02 Modulo richiesta copia cartella clinica**
**PG – 08/Doc.03 Modulo richiesta copia cartella clinica soggetto diverso dall'interessato**

| Requisiti di Accettabilità della cartella clinica<br>N. _____ Unità Operativa di _____ | **Presente** | **Non presente** | **Non completo** | **Non leggibile** | **Redattore non identificato** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sezione A - APERTURA RICOVERO** | | | | | |
| ***Modulo 1 – Accettazione amministrativa*** | | | | | |
| Dati di identificazione della cartella clinica | | | | | |
| Dati di identificazione della persona assistita | | | | | |
| ***Modulo 2 – Inquadramento sanitario iniziale della persona assistita*** | | | | | |
| Documento di proposta-prescrizione di ricovero e sche di accesso in ospedale | | | | | |
| Inquadramento clinico della persona assistita: | | | | | |
| motivo del ricovero | | | | | |
| anamnesi | | | | | |
| esame obiettivo | | | | | |
| ipotesi diagnostico-clinica e problemi attivi | | | | | |
| pianificazione processo cura | | | | | |
| pianificazione del processo assistenziale | | | | | |
| programma riabilitativo | | | | | |
| **Sezione B – DECORSO DEL RICOVERO** | | | | | |
| ***Modulo 3 – Diario*** | | | | | |
| Diario clinico | | | | | |
| Diario assistenziale | | | | | |
| Foglio unico di terapia farmacologia | | | | | |
| Referti | | | | | |
| Prescrizioni nutrizionali | | | | | |
| Informazione/Consensi | | | | | |
| **Sezione C – CHIUSURA DEL RICOVERO** | | | | | |
| Lettera/cartellino di dimissione | | | | | |
| Valutazione assistenziale rispetto agli obiettivi/scheda sintesi e collegamento | | | | | |
| Scheda di dimissione ospedaliera | | | | | |

Io sottoscritt_ _____, nat_ il _____ residente in _____ C.A.P. _____ alla Via_____ C.F.:_____, Tel. _____chiedo alla Direzione Sanitaria di questa Casa di Cura che mi venga rilasciata, a mie spese, copia della cartella clinica relativa:

- ☐ all'ultimo ricovero fruito presso questa Casa di Cura dal _____ al _____
- ☐ a tutti i ricoveri fruiti presso questa Casa di Cura
- ☐ a N. _____ ricoveri _____

<u>Per quanto attiene alla consegna:</u>

- ☐ provvederò personalmente al ritiro
- ☐ delego il/la Sig./Sig.ra _____ (che al momento del ritiro esibirà valido documento d'identità)
- ☐ chiedo che la copia venga spedita per posta, a mezzo raccomandata, al mio domicilio o all'indirizzo appresso indicato _____

Io sottoscritt_ ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsento a che i miei dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

_____ _____

(data) (Firma del paziente)

Documento _____ (allegare preferibilmente copia del documento)

**In caso di paziente minorenne** _____

(Firma del paziente)

Firme dei genitori

_____ _____

Documento _____ (allegare preferibilmente copia del documento)

**Per quanti impossibilitati a firmare**

Le dichiarazioni sono state rese verbalmente, dinanzi all'operatore incaricato, dal paziente che dichiara di

- ☐ non saper firmare
- ☐ non poter firmare per il seguente motivo _____

La presente istanza è stata sottoscritta in presenza dell'addetto della Casa di Cura

Firma dell'addetto _____

**ANNOTAZIONI**

La cartella può essere fotocopiata
La cartella non può essere fotocopiata per il seguente motivo_____
Firma del Direttore Sanitario _____

Ha pagato € _____Fattura n. _____ Firma dell'addetto _____

La copia della cartella è stata:

- ☐ consegnata all'interessat _
in data _____ _____
(Firma per ricevuta)
- ☐ consegnata al delegato
in data _____ _____
(Firma per ricevuta)
- ☐ spedita per posta
in data _____ _____
(Firma per ricevuta)

Firma dell'addetto _____

**NOTA BENE**

1) La copia della cartella clinica non potrà essere rilasciata prima della dimissione dell'interessat _ da questa Casa di Cura; la richiesta verrà soddisfatta entro il più breve tempo possibile e comunque entro 30 giorni dal ricevimento della presente richiesta. Tale termine verrà prorogato di ulteriori 15 giorni per comprovati impedimenti
2) La copia della cartella clinica potrà essere ritirata nei seguenti orari:
- Mattina (escluso i festivi) dalle ore 09.00 alle ore 12.30
- Pomeriggio (martedì e giovedì, escluso i festivi) dalle ore 16.30 alle ore 19.00
3) L'Amministrazione ha fissato il costo delle cartelle cliniche come appresso indicato, incrementato – ove richiesto – delle spese di spedizione in base al volume delle cartelle cliniche:

| | |
|---|---|
| Singolo ricovero fino a 20 fogli € 10,00 | Fino a 70 fogli € 17,00 |
| Fino a 150 fogli € 30,00 | Fino a 250 fogli € 50,00 |
| Oltre 250 fogli € 70,00 | |

**Intestatario della Cartella**

Nome _____ Cognome _____nat_ il _____
_____ (Prov.) _____ residente
_____ (Prov.) _____ in V
_____ CAP _____ Telefono _____

**Qualora questa Casa di Cura accerti che l'interessato, anche se deceduto, abbia precedentemente espresso, in forma scritta, diniego a che vengano fornite a terzi notizie e/o documentazione sanitaria inerente il proprio stato di salute, richiesta da parte di altri soggetti non potrà essere evasa.**

**Richiedente**

Io sottoscritt_ _____nat_
_____ a _____ (Prov.) _____ residente
_____ (Prov.) _____ in V
_____ CAP _____ Telefono _____

- ☐ essendo l'intestatari _ della cartella non in grado di esprimere la propria volontà;
- ☐ essendo l'intestatari _ della cartella decedut _,

consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti o in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARO DI ESSERE**

- ☐ genitore esercente la patria potestà, non trovandomi nella condizione di insussistenza della preclusione della potestà, di cui al comma dell'art. 155 del C.C., ed essendo, inoltre, in possesso dell'assenso di altri aventi diritto a richiedere ta documentazione sanitaria;
- ☐ tutore (*);
- ☐ curatore (*);
- ☐ amministratore di sostegno (*);
- ☐ erede legittimo del paziente, deceduto in data _____, agente in nome e per conto degli altri coere dei quali ho ottenuto l'assenso (**).

gare provvedimento di nomina da parte del giudice Tutelare del Tribunale;
gare dichiarazione sostitutiva di atto notorio contenente le generalità dei coeredi ed il grado di parentela con il defunto.

**DICHIARO**

di non trovarmi in una delle condizioni sopra menzionate e che tale richiesta è giustificata dalla documenta necessità di:

- ☐ far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto de personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile;
- ☐ tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di ran pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un diritto o libertà fondamentale inviolabil

**CHIEDO**

alla Direzione Sanitaria di questa Casa di Cura che mi venga rilasciata, a mie spese, copia della cartella clinica relativa:

- ☐ all'ultimo ricovero fruito presso questa Casa di Cura dal _____ al _____
- ☐ a tutti i ricoveri fruiti presso questa Casa di Cura
- ☐ a N. _____ ricoveri _____

o attiene alla consegna:

- ☐ provvederò personalmente al ritiro
- ☐ delego il/la Sig./Sig.ra _____ (che al momento del ritiro esib valido documento d'identità)

☐ chiedo che la copia venga spedita per posta, a mezzo raccomandata, al mio domicilio o all'indirizzo appresso indica
_____

Io sottoscritt _ ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsento a che i miei dati siano tratt o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

_____ _____
(data) (Firma)

Documento _____ (allegare preferibilmente copia del documento)

**Per quanti impossibilitati a firmare**

Le dichiarazioni sono state rese verbalmente, dinanzi all'operatore incaricato, dal richiedente che dichiara di

☐ non saper firmare

☐ non poter firmare per il seguente motivo _____

La presente istanza è stata sottoscritta in presenza dell'addetto della Casa di Cura

Firma dell'addetto _____

**ANNOTAZIONI**

La cartella può essere fotocopiata

La cartella non può essere fotocopiata per il seguente motivo_____

Firma del Direttore Sanitario _____

☐ Ha pagato € _____ Fattura n. _____ Firma dell'addetto _____

La copia della cartella è stata:

☐ consegnata al richiedente
in data _____ _____
(Firma per ricevuta)

☐ consegnata al delegato
in data _____ _____
(Firma per ricevuta)

☐ spedita per posta
in data _____ _____
(Firma per ricevuta)

Firma dell'addetto _____

## NOTA BENE

1) La copia della cartella clinica non potrà essere rilasciata prima della dimissione dell'interessat _ da questa Casa di Cura; la richiesta verrà soddisfatta entro il più breve tempo possibile e comunque entro 30 giorni dal ricevimento della presente richiesta. Tale termine verrà prorogato di ulteriori 15 giorni per comprovati impedimenti

2) La copia della cartella clinica potrà essere ritirata nei seguenti orari:

- Mattina (escluso i festivi) dalle ore 09.00 alle ore 12.30
- Pomeriggio (martedì e giovedì, escluso i festivi) dalle ore 16.30 alle ore 19.00

3) L'Amministrazione ha fissato il costo delle cartelle cliniche come appresso indicato, incrementato – ove richiesto – delle spese di spedizione in base al volume delle cartelle cliniche:

| | |
|---|---|
| Singolo ricovero fino a 20 fogli € 7,00 | Fino a 70 fogli € 17,00 |
| Fino a 150 fogli € 30,00 | Fino a 250 fogli € 50,00 |
| Oltre 250 fogli € 70,00 | |

## B- PROCEDURA GESTIONE INFORMAZIONE AL PAZIENTE E CONSENSO INFORMATO

### 1. OGGETTO E SCOPO

Scopo della presente procedura consiste nel definire criteri chiari che disciplinino ed uniformino la gestione delle informative da rendere al paziente e la conseguente acquisizione del consenso informato in particolare riferito sia al "Trattamento Sanitario" sia al "trattamento dei dati personali" la cui gestione è funzionalmente connessa al'erogazione dell'assistenza sanitaria.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura di cui al punto uno trova applicazione in tutte le Unità Operative della Casa di Cura, nei Servizi Ambulatoriali di Neurologia, Psichiatria e Neurofisiopatologia, che hanno rapporti diretti con l'utenza.

### 3. RIFERIMENTI NORMATIVI

***3.1 Normativa sul consenso informato***

Costituzione Italiana:
Artt. 2, 13, 32;
Codice di Deontologia medica del 18.05.2014, artt. 33,34,35, 36, 37, 38, 39;
Codice Civile:
Art. 5 "Atti di disposizione del proprio corpo";
Art. 316 "Esercizio della potestà dei genitori";
Art. 317 "Impedimento di uno dei due genitori";
Art. 330 "Decadenza della potestà sui figli";
Art. 333 "Condotta del genitore pregiudizievole ai figli";
Codice Penale:
Art. 50 "Consenso dell'avente diritto";
Art. 54 "Stato di necessità";
L. n. 833 del 23.12.78 - Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
D. Lgs. n.196 del 30.06.2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali.
Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR – General Data Protection Regulation)
D. Lgs n. 101 del 10.08.2018 (Disposizioni per l'adeguamento della Normativa Nazionale alle disposizioni del regolamento UE 2016/679)

### 4. RESPONSABILITA'

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il Direttore Sanitario per gli aspetti connessi al "consenso informato al trattamento sanitario" , ed il DPO (Data Protector Officer) per gli aspetti connessi al "consenso informato al trattamento dei dati personali".. Spetta, invece, ai singoli Responsabili delle U.O. e dei Servizi vigilare sulla corretta e regolare applicazione.

## 5. INFORMAZIONE

### *5.1 A CHI SPETTA FORNIRE INFORMAZIONE*

**a) Consenso Informato al Trattamento Sanitario**

Il Codice di deontologia medica, all'art. 33, recita: "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate".
Per il professionista sanitario l'informativa costituisce un dovere deontologico e contrattuale e dalla sua omissione possono derivare responsabilità professionali e disciplinari. Ogni operatore sanitario, non solo il medico, ha il dovere di fornire informazione circa le procedure di pertinenza, a prescindere dall'ottenimento del consenso da parte dell'assistito.

**b) Consenso Informato Al Trattamento Dei Dati Personali**

L'Articolo 13 del GDPR 2016/679 individua nel "Titolare", persona giuridica legalmente rappresentata, il soggetto su cui incombe l'obbligo di fornire l'informativa contenente gli elementi indicati della citata norma e di acquisizione del relativo consenso. L'applicazione pratica della procedura di cui al presente punto, fermo restando la "Titolarità", è demandata, per le ragioni di competenza a:

- Responsabili del trattamento
- Designati o autorizzati al trattamento
- DPO (Data Protector Officer)

Per il titolare del trattamento l'informativa "*de qua*", e l'acquisizione del relativo consenso da parte dell'interessato, rappresenta un obbligo funzionale e prodromico alla stessa erogazione della prestazione sanitaria, quantomeno in relazione al consenso per il quale il quadro normativo ne determina la "obbligatorietà", essendovi tipologie di trattamento il cui consenso è caratterizzato da "facoltatività".

### *5.2 DESTINATARI DELL'INFORMATIVA*

**a) Trattamento Sanitario**

L'informazione va resa alla persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, a cui si riferisce la prestazione sanitaria. Il paziente, infatti, è (in linea teorica e fatte salve particolari situazioni eccezionali "in deroga") l'unico destinatario dell'informativa. In caso di paziente che non abbia raggiunto la maggiore età, fatta eccezione per i casi di minore emancipato (sedicenne che abbia contratto matrimonio), i destinatari sono individuati nei genitori (naturali o adottivi) o, nei casi previsti, nella figura del tutore; anche in caso di paziente di minore età lo stesso dovrà essere adeguatamente informato e messo nelle condizioni di esprimere un parere.
Nei casi, invece, di paziente di minore età per il quale si manifesti l'impossibilità di contattare il tutore o gli esercenti la potestà genitoriale, come anche nel caso in cui vi sia parere discordante tra questi ultimi, o concorde nell'assumere una decisione che al medico appaia comunque contraria all'interesse dell'assistito, occorre richiedere l'intervento del Giudice Tutelare.

In ordine all'informativa relativa ai pazienti interdetti l'informazione deve essere fornita oltre che al tutore, cui spetta ogni decisione, anche al soggetto in quanto la sua collaborazione al processo terapeutico è fondamentale.
Anche nel T.S.O. (Legge 833/78) sono previste iniziative finalizzate a fornire informazione ed acquisire la partecipazione del soggetto. Il T.S.O. è, infatti, subordinato ad alcune condizioni quali la non accettazione delle cure da parte del paziente, la rispondenza ad una reale necessità intesa come salvaguardia della salute pubblica o dell'incolumità del paziente, mancanza di alternative terapeutiche, osservanza del rispetto della persona favorendo, quando possibile, il convincimento a curarsi.

**b) Trattamento Dati Personali**

Anche in ordine all'informativa relativa al trattamento dei dati personali la stessa va resa alla persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, cui i dati personali da "trattare" si riferiscono. Tale soggetto resta sempre il destinatario "principale" dell'informativa da rendere sempreché conservi la capacità di intendere e di volere, poiché in caso contrario, i soggetti sussidiariamente individuati quali destinatari sono nell'ordine preferenziale:

- Chi esercita legalmente la podestà
- Un prossimo congiunto
- Un familiare
- Un convivente

O in loro assenza

- Un Responsabile della Struttura sanitaria presso cui dimora l'interessato.

***5.3 Come fornire l'informativa***

**a) Trattamento Sanitario**

Peculiarità dell'informazione sono la completezza e la veridicità; il colloquio deve essere svolto nel massimo riserbo, all'insegna della più ampia disponibilità e serenità. Occorre, infatti, soddisfare anche l'esigenza informativa che proviene dal paziente, che spesso, nella situazione di ricovero, è preda di paure e dubbi su cosa lo aspetta ma al tempo stesso titubante nell'esprimerli in quanto, a volte, si trova di fronte operatori mal disposti ad ascoltare e a dirimere le sue incertezze.
Chi è preposto a fornire informazione deve essere in grado di comprendere la personalità del paziente, la sua situazione e regolare conseguentemente il proprio atteggiamento ed il proprio linguaggio, avendo particolare riguardo ad accertare che l'interlocutore abbia ben compreso quanto gli è stato detto. L'informazione, dunque, deve essere resa in forma scevra da tecnicismi; deve tener conto della situazione psicologica del soggetto, del suo livello culturale, della sua età; deve contenere la reale motivazione delle ragioni che hanno orientato la scelta verso un determinato trattamento e non in altra direzione, centrando l'attenzione soprattutto su indagini diagnostiche o interventi terapeutici che comportano un rischio prevedibile. Anche una malattia grave o una prognosi infausta non esonerano il medico dal fornire informazione.
Nel caso di pazienti psichiatrici, le modalità comunicative ed emozionali con cui viene proposto un trattamento, assumono una rilevanza maggiore che in altri settori della medicina. La dipendenza o la oppositività terapeutica sono più intense nel rapporto psichiatrico e condizionano maggiormente la libertà di scelta del paziente. Tutto ciò comporta per lo psichiatra una maggiore responsabilità etica oltre che più strettamente medico legale.

**b) Trattamento Dati Personali**

I contenuti dell'Informativa Privacy sono individuati negli artt. 13 e 14 del GDPR, dai quali si evince che l'informativa deve sempre indicare:

1. I dati di contatto del DPO
2. La base giuridica del trattamento (e qual è il suo interesse nel caso sia questo la base giuridica del Trattamento)
3. Se trasferisce i dati personali in Paesi terzi e attraverso quali strumenti.

Il titolare deve specificare il periodo di conservazione dei dati o i criteri seguiti per stabilire tale periodo di conservazione, ed il diritto di presentare un reclamo all'autorità di controllo; se il trattamento comporta processi decisionali automatizzati.
Se i dati non sono raccolti direttamente presso l'interessato, l'informativa deve essere fornita entro un termine ragionevole, che non sia superiore ad un mese dalla raccolta, oppure al momento della registrazione dei dati.
Vengono poi individuate le caratteristiche che l'informativa che, di conseguenza, deve avere forma concisa, trasparente, intellegibile per l'interessato e facilmente accessibile, essere scritta in un linguaggio chiaro e semplice.
L'informativa deve essere resa per iscritto, anche facoltativamente in formato elettronico, ed oralmente in casi eccezionali.
In ordine ad un eventuale esonero dall'informativa il Regolamento stabilisce che spetta al titolare del trattamento valutare se, in caso di dati personali raccolti da fonti diverse dall'interessato, la prestazione dell'informativa agli interessati comporti uno sforzo sproporzionato.
L'informativa deve essere fornita all'interessato prima di effettuare la raccolta dei dati se raccolti direttamente presso l'interessato; se i dati non sono raccolti direttamente presso l'interessato, invece, l'informativa deve anche comprendere le categorie dei dati personali oggetto di trattamento.
Il titolare deve specificare la sua identità "giuridica" e l'identità del suo rappresentante sul territorio italiano, le finalità del trattamento, i diritti degli interessati, l'identità ed i dati di contatto del responsabile del trattamento e quali sono i destinatari dei dati.

## 6. CONSENSO

**a) Consenso al Trattamento Sanitario (in generale)**

Il consenso informato è la manifestazione di volontà che il paziente, previamente informato in modo esauriente dal medico su modalità di esecuzione, benefici, rischi di un determinato trattamento sanitario, esprime a riguardo, in maniera libera e non mediata dai familiari. Tale atto rende partecipe e responsabilizza il paziente sulle motivazioni e sulla validità delle scelte terapeutiche effettuate dal sanitario, secondo scienza e coscienza, configurandosi come diritto del cittadino nella sua veste di paziente.
Diritto sancito dagli artt. 13 e 32 della Costituzione nei quali, rispettivamente, si afferma che "*la libertà personale è inviolabile*" e che "*nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*". Il paziente pur avendo diritto alla salute non è obbligato a curarsi.

Il consenso deve scaturire da un rapporto reale tra medico e paziente in cui il sanitario è tenuto a ricevere un'adesione partecipata. Non si tratta si un atto burocratico formale ma di un atto che diventa condizione necessaria per trasformare un atto normalmente illecito, quale la violazione dell'integrità psicofisica, in un atto lecito, fonte di responsabilità.
In considerazione di ciò:

- ad eccezione dei casi previsti per legge di trattamenti sanitari obbligatori, ogni atto medico chirurgico deve contemplare la preventiva manifestazione di volontà del soggetto. Se il paziente è capace di intendere e di volere, il consenso non è presumibile neanche on condizioni di necessità;
- il consenso espresso per un determinato trattamento non autorizza il medico all'esecuzione di uno diverso, salvo nei casi sia documentata una situazione di urgenza, non preventivabile, che abbia determinato un serio rischio per l'incolumità del paziente;
- in caso il paziente non sia capace di intendere e di volere, il consenso deve essere espresso dal legale rappresentante;
- la volontà dei familiari di persona capace di intendere e volere non ha alcun valore giuridico;
- nell'ipotesi di un rifiuto ad un trattamento sanitario, il medico è tenuto al rispetto della volontà del paziente, riportandolo nella documentazione sanitaria. Spetta, comunque, al sanitario valutare la validità del rifiuto in rapporto alle reali capacità di intendere e volere del soggetto;
- lo stato di necessità, limitatamente alle cure indispensabili a mantenere in vita il soggetto, può giustificare l'intervento medico in assenza di consenso

**b) Consenso al Trattamento dei Dati Personali (in generale)**

Uno dei settori su cui l'entrata in vigore del GDPR ha inciso in maniera più significativa è quello del trattamento dei dati relativi alla salute; la normativa da ultimo emanata distingue la regolamentazione del trattamento "necessario" dal trattamento "accessorio" rispetto all'erogazione della prestazione sanitaria.
Sempre la nuova normativa, ponendo come elemento centrale del trattamento dei dati personali la relativa "base giuridica", sembra elidere quella che pareva essere invece la centralità del "consenso" nel precedente quadro normativo; il consenso veniva riconosciuto quale presupposto legittimante e condizione di liceità del trattamento. La regola generale era quella secondo cui i dati personali potevano o essere trattati solo con il consenso dell'interessato. Le altre ipotesi di legittimità del trattamento si configuravano come deroghe alla "regola del consenso" giustificate dalla straordinarietà di talune situazioni.
Attualmente, a seguito dell'evoluzione normativa, l'art. 6 del GDPR nel disciplinare la liceità del trattamento elenca diverse basi giuridiche. In questa elencazione il consenso dell'interessato figura solo come una delle possibilità alternative su cui il trattamento può essere fondato e si pone su un piano paritario rispetto agli altri presupposti legittimanti. Scompare il rapporto regola (consenso) – eccezione (casi eccezionali), ma si individuano una serie di presupposti parimenti legittimanti.
Questo comporta che il titolare del trattamento dovrà individuare la relativa base giuridica più idonea scegliendo, a seconda del caso specifico, una delle sei alternative previste dall'art. 6 del GDPR.
Il venir meno della centralità del consenso risulta evidente nel trattamento delle "categorie particolari" di dati personali. L'art. 9 del GDPR pone un divieto generale di trattare queste categorie di dati. Tale divieto viene derogato allorquando sussista almeno una delle dieci condizioni elencate nello stesso articolo. Ed anche qui il consenso figura solo come una delle possibili condizioni ponendosi sullo stesso piano delle alternative previste.

Nel quadro del Codice Privacy, non ancora adeguato al GDPR, i dati sanitari potevano essere trattati, salvo poche ipotesi marginali, solo con il consenso dell'interessato. Dall'intero quadro normativo emergeva che non esistevano casi in cui il trattamento di dati sanitari per finalità di cura dell'interessato potesse prescindere dal consenso (preventivo o successivo o ancora rilasciato da un terzo, ma sempre necessario). In linea teorica il consenso sarebbe stato necessario anche in caso di prestazione sanitaria necessaria alla tutela della vita e dell'incolumità fisica dell'interessato. Anche il questi casi, in assenza di consenso, il medico avrebbe potuto rifiutare la prestazione sanitaria, in caso contrario, e paradossalmente, il medico sarebbe potuto essere chiamato a rispondere per trattamento illecito di "dati sensibili".
Il GDPR ha introdotto una nuova impostazione per la gestione del trattamento dei dati sanitari. Si introduce per la prima volta la definizione di "dati relativi alla salute", introducendo, come già detto, anche cinque basi giuridiche alternative al consenso, tutte astrattamente idonee a costituire la condizione di liceità per il trattamento dei dati relativi alla salute. Con riferimento al consenso al trattamento dei dati personali per l'esecuzione di una prestazione sanitaria, è evidente che tale consenso non può che essere necessario in quanto un professionista sanitario non potrebbe mai trattare, sul piano sanitario, un paziente senza trattare anche i suoi dati personali. Tuttavia, parlare di "consenso obbligatorio" è un evidente ossimoro in quanto, come si dirà di seguito, il consenso per essere effettivo deve essere sempre libero. Per queste ragioni, in linea teorica, non potendo essere il consenso funzionale alla cura sanitaria davvero libero potrebbe dimostrare una certa inidoneità ad assurgere a base giuridica del trattamento dei dati personali in ambito sanitario. Su questo aspetto, il Garante della protezione dei dati personali, recependo anche quanto disposto dal D. Lgs 101 del 10 agosto 2018 (adeguamento della Normativa nazionale al GDPR), con provvedimento n. 9091942 – chiarimenti sull'applicazione della disciplina per il trattamento dei dati relativi alla salute in ambito sanitario - ha confermato in maniera esplicita che il professionista sanitario (sia come libero professionista sia come operante in una struttura sanitaria) non sarebbe, in linea di massima, tenuto ad acquisire il consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute quando tale trattamento è "necessario" al proseguimento delle finalità di cura. Il Garante, infatti, conferma che il generale divieto di trattare categorie particolari di dati personali posto dall'art. 9 del GDPR viene meno in presenza di una delle condizioni della stessa norma indicate, anche in virtù del generale segreto professionale a cui gli operatori soggiacciono. Il consenso resta, invece, comunque necessario per tutti i trattamenti di dati che, seppure "*lato sensu*" collegati alla prestazioni sanitaria, non risultano tuttavia necessari ai fini della cura del paziente.
Poiché, però, tali impostazioni fanno sorgere gravi problemi interpretativi nell'attività di trattamento dei dati dei pazienti da parte del personale amministrativo della Casa di Cura, ed in attesa di ulteriori chiarimenti interpretativi, la Casa di Cura "Villa Verde" ha comunque implementato la procedura di acquisizione del consenso (concorrente con le altre basi giuridiche) <u>come regola generale e fortemente incentivata</u>, lasciando le ipotesi di mancata acquisizione del consenso alle sole e residuali ipotesi di impossibilità nel persuadere l'interessato all'opportunità dell'eventuale rilascio del consenso (fosse anche solo per una certificata maggiore consapevolezza del contenuto dell'informativa da rendere in ogni caso).

### *6.1 Prerogative del consenso*

**a) Trattamento Sanitario**

- **In linea generale**

Per essere ritenuto valido il consenso

a) deve essere ottenuto preliminarmente all'atto terapeutico;
b) deve essere personale, reso dal diretto interessato; trattandosi di diritto personale non può essere prestato da familiari, i quali – se il paziente lo consente – possono solo essere informati sulle sue condizioni di salute;
c) deve essere libero ovvero non viziato da errore, dolo o violenza (paziente che abbia tratto dall'informativa una visione differente dei fatti al punto che, se avesse compreso le notizie fornite, non avrebbe dato il consenso; condotta dolosa del medico che con artifici e raggiri convinca il paziente a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario);
c) il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, salvo i casi in cui – ad esempio – l'interruzione improvvisa del trattamento possa causa gravi rischi al paziente;
c) destinatario del consenso è il medico che effettua la prestazione. Il consenso reso ad un sanitario senza particolari limitazioni è considerato valido a rendere lecito l'intervento anche di un altro medico, dotato però dello stesso grado di capacità o di specializzazione. Se il paziente precisa che il consenso viene prestato a condizione che il trattamento sia effettuato da un medico in particolare, questo sarà ritenuto valido solo per quest'ultimo;
d) il medico dovrà informare in maniera chiara il paziente circa:

- ✓ la condizione patologica in atto;
- ✓ e scelte programmate tanto ai fini diagnostici che terapeutici;
- ✓ i rischi connessi all'attuazione dei mezzi diagnostici-terapeutici prescelti, prospettando, ove possibile, le possibili alternative;
- ✓ i risultati prevedibili di ciascuna scelta;
- ✓ gli effetti collaterali, le menomazioni e le mutilazioni inevitabili;
- ✓ le percentuali di rischio connesse, in particolare in relazione alla sopravvivenza

e) il consenso dovrebbe sempre essere espresso in forma scritta, in modo anche che possa essere dimostrata la sussistenza. Copia deve essere inserita in cartella.
La forma scritta e obbligatoria per:

- ✓ terapia con emoderivati e plasmaderivati (D.M. 15.1.91 art. 19; D.M. 1.9.95, art. 4);
- ✓ espianto di organi (L. 458/67, art.2 per donazione rene da vivente; L. 91/99 per consenso al prelievo di organi in seguito a morte cardiaca o a morte cerebrale);
- ✓ sperimentazione clinica (D. Lgs. 230/95, art. 108; D.M. 15.7.1997).

- **Il Consenso in Psichiatria**

La validità del consenso al trattamento da parte del paziente psichiatrico richiede che vengano soddisfate alcune condizioni circa la "capacità" in merito alla decisione di accettare o rifiutare un trattamento:

- < capacità di comprendere le informazioni essenziali;
- < capacità di elaborare razionalmente le informazioni;
- < capacità di valutare la situazione e le possibili conseguenze di una scelta;
- < capacità di comunicare una scelta.

Particolare importanza, nell'ambito del consenso del paziente psichiatrico, assume il cosiddetto "privilegio terapeutico" con il quale si intende la facoltà del medico di omettere di fornire alcune informazioni in determinate circostanza, a condizione che ciò sia a vantaggio per il paziente. A volte il paziente, in conseguenza delle sue condizioni psicopatologiche tende a sopravvalutare i rischi o a sottovalutare i benefici di un trattamento, il ricorso al privilegio terapeutico può facilitare il consenso ad un trattamento ritenuto necessario ed urgente.
Il privilegio terapeutico non può essere esercitato nelle proposte di partecipazione a progetti di ricerca.

Nel paziente psichiatrico, a causa della natura della terapia che spesso si protrae nel tempo, il consenso espresso in un determinato momento dovrebbe essere riproposto al paziente in caso di modifiche rilevanti della terapia.
La validità del consenso può essere condizionata dallo stato psicopatologico attuale e va rapportata alla presenza/assenza o presenza parziale di consapevolezza di malattia. La coscienza di una sofferenza imputabile ad una condizione riconosciuta come patologica e il desiderio di esserne liberato può far considerare valido il consenso.
Per alcune categorie di disturbi, le alterazioni della coscienza in genere (delirium, disturbi dissociativi) e la schizofrenia, è probabile che i manifestino condizioni che compromettano la libertà decisionale in riferimento al trattamento. Qualunque alterazione della coscienza altera la validità del consenso. Le condizioni di "ottundimento" o di "obnubilazione", che non rientrano nei casi precedentemente citati, devono essere valutate in rapporto alla gravità.
Una condizione psicotica o un ridotto insight possono alterare potenzialmente le capacità decisionali e conseguentemente la valutazione deve essere rapportata alle condizioni cliniche specifiche. Devono essere presi in considerazione l'intensità e l'invasività dei sintomi psicotici, le modalità di coinvolgimento della proposta di trattamento nel vissuto delirante, il livello della capacità di critica e di giudizio al di fuori dei vissuti psicotici specifici.
Nella circostanza di una condizione psicotica attiva, il consenso può essere circoscritto. Il 3° comma dell'art. 29 del Codice di Deontologia Medica, infatti, prevede che "*le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico possono essere circoscritte a quelli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire ed accettare, evitando superflue precisazioni di dati inerenti aspetti scientifici*".
Abitualmente si ritiene che il paziente depresso sia in grado di fornire un valido assenso al trattamento in quanto consapevole del suo stato di malattia, in assenza di sintomi psicotici, di disturbi della coscienza di alterazioni cognitive. La condizione depressiva tuttavia, modifica la visione del mondo, induce passività, rinuncia e desiderio di morte. L'accettazione di un trattamento, quindi, potrebbe esprimere una rinuncia passiva piuttosto che una scelta consapevole. La validità del consenso va valutata in considerazione delle caratteristiche qualitative e quantitative del dello stato psicopatologico.
In alcuni disturbi, come disturbo di panico ed ipocondria, a causa ad esempio del manifestarsi di una farmacofobia, risulta difficile ottenere il consenso e può venire meno il rapporto medico-paziente.
Esistono poi disturbi psichiatrici con caratteristiche di tipo evolutivo (Morbo di Alzheimer) per le quali può essere riconosciuta una validità iniziale del consenso che può però venir meno in fasi successive caratterizzate da maggiore gravità sintomatologica. In questi casi occorre ricorrere all'intervento del giudice tutelare per la nomina di un tutore e nel caso di aggravamento rapido si può invocare lo stato di necessità.

**b) Trattamento dei Dati Personali**

L'art. 4 n. 11 del GDPR definisce il consenso dell'interessato come *"qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata ed inequivocabile dell'interessato"*, inoltre, il consenso si caratterizza, tra le altre cose, per essere "libero", ovvero per presupporre una scelta ed un controllo effettivi da parte dell'interessato.
Il considerando 42 precisa che il consenso non può essere considerato liberamente espresso, e quindi valido, se l'interessato non può operare una scelta effettivamente libera o se non può rifiutare di prestare il proprio consenso senza subire pregiudizi.

L'art. 7 del GDPR aggiunge che nel valutare se il consenso è stato liberamente prestato si deve considerare in particolare se la prestazione richiesta sia un'esigenza irrinunciabile dell'assistito o se dalla sua mancanza possa derivare eccessivo nocumento.
Questo significa che se dal rifiuto del consenso possono derivare conseguenze significativamente negative per l'interessato quali, in particolare, l'impossibilità di usufruire del servizio o di ricevere la prestazione richiesta, è evidente che il soggetto che ha interesse o bisogno di ricevere una determinata prestazione non gode affatto di una libertà di scelta.
Ne deriva che il consenso non è libero e, quindi, non può essere considerato valido come base giuridica del trattamento.
Valga tuttavia quanto detto in precedenza sul piano pratico, in particolare la Casa di Cura, pur consapevole di poter trattare i dati personali fondando il trattamento su alte basi giuridiche legittimanti, pone una particolare rilevanza al rilascio del consenso, sia in ragione del fatto che il trattamento involge operazioni anche da parte del personale amministrativo e non solo sanitario, sia per il fatto che il rilascio del consenso offre maggiori garanzie in ordine alla consapevolezza e conoscenza da parte dell'interessato dell'informazione in ogni caso da rendere.

### *6.3 Casi di consenso impossibile nel Trattamento Sanitario*

Nei casi in cui le condizioni del paziente non consentono di ricevere alcuna informazione né di prestare un consenso valido (pazienti in coma o incapaci di intendere e volere temporaneamente a causa della malattia ma non interdetti o inabilitati giudizialmente), il sanitario deve decidere secondo scienza e coscienza e valutare di volta in volta l'effettiva necessità del trattamento nonché la possibilità di scelte alternative, in considerazione dei benefici attesi, dei rischi del trattamento o del non trattamento. Può essere presa in considerazione, anche se non è vincolante, l'eventuale pregressa espressione di volontà del paziente e deve, comunque, sempre essere ricercata la condivisione delle scelte da parte dei familiari più stretti. Qualora costoro siano in opposizione o in contrasto fra loro, appare opportuno rivolgersi all'Autorità giudiziaria competente, fatto salvo lo stato di necessità che consente di prescindere dalla prestazione del consenso. Lo stato di necessità impone al medico di eseguire sul paziente ogni trattamento sanitario utile e necessario, in modo tempestivo ed adeguato, secondo la migliore scienza ed esperienza medica.
Laddove non sussista lo stato di necessità, è opportuno far richiedere ai familiari la nomina di un legale rappresentante del paziente che presti il consenso informato alle cure ovvero il dissenso che il paziente avrebbe espresso qualora fosse stato in grado.

### *6.4 Mancanza di consenso nel Trattamento Sanitario*

Nel caso in cui il paziente non possa prestare un consenso valido, il sanitario dovrà assumersi ogni responsabilità. Qualora decidesse di intervenire non potrà essere ritenuto punibile se sarà provato lo stato di necessità (art. 54 C.P.) e abbia, dunque, agito in considerazione della necessità di salvare il paziente, a condizione che il pericolo non sia stato da lui causato volontariamente e non sia evitabile in altro modo e l'intervento sia proporzionale al pericolo.

### *6.5 Dissenso nel Trattamento Sanitario*

Il medico potrebbe trovarsi di fronte all'espressione di dissenso espresso dal paziente e di dissenso espresso dal rappresentante legale. In tale ambito, in assenza di una normativa che lo regolamenti, l'unico dettame valido appare essere l'art. 32 della Costituzione. Norma costituzionale che appare ambigua laddove dal un lato potrebbe consentire comportamenti suicidiari, dall'altro sostiene che il bene salute ha una rilevanza personale, prevedendo limitazioni solo in particolari casi previsti dalla

legge (T.S.O.). In considerazione di ciò, in presenza di un dissenso di un paziente di grado di intendere e volere, il medico dovrebbe astenersi dal porre in atto qualsiasi intervento. Se il medico interviene senza il preventivo consenso, è in ogni caso responsabile di lesioni personali ovvero, in caso di esito fatale, di omicidio preterintenzionale. Nella situazione di rifiuto espresso dal legale rappresentante, il medico dovrebbe rivolgersi all'autorità giudiziaria, rappresentando le necessità del paziente ed il rifiuto espresso dal suo legale rappresentante, sempre che non intervengano motivi d'urgenza che non ne diano il tempo.

**Allegati**

| | |
| --- | --- |
| **PG – 09/Doc.01** | **Informativa ex artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679** |
| **PG – 09/Doc.03** | **Informativa genitori per pazienti minori di età** |
| **PG – 09/Doc.04** | **Autocertificazione per genitori di pazienti minori di età** |
| **PG – 09/Doc.05** | **Dichiarazione consenso informato** |
| **PG – 09/Doc.06** | **Dichiarazione di consenso informato pazienti non in grado di esprimere volontarietà** |
| **PG – 09/Doc.07** | **Consenso informato alla trasfusione** |
| **PG – 09/Doc.08** | **Consenso informato accertamento diagnostico** |
| **PG – 09/Doc.09** | **Dichiarazione di rifiuto procedura diagnostica o terapeutica** |

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL REG. UE2016/679**
**(GDPR – GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)**

Gentile paziente,
secondo il Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

* * *

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le comunichiamo che i dati personali saranno da Lei forniti per usufruire dei servizi offerti da Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. o per consultare il sito web aziendale **www.villaverde.lecce.it**.

* * *

**1. OGGETTO DEI TRATTAMENTI**

Il Titolare tratta o può trattare:

a) i suoi dati personali (in particolare, nome, cognome, codice fiscale, , e-mail, numero telefonico – in seguito, "dati personali" o anche "dati") da lei comunicati;
b) i suoi dati personali rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9 GDPR, in particolare quelli in grado di rivelare la sua origine razziale o etnica, i dati genetici e biometrici, nonché quelli relativi alla sua salute.

Non vengono, invece, trattati dati relativi a condanne penali e reati (art. 10 GDPR).

* * *

**2. FINALITÀ DEI TRATTAMENTI.**

I dati personali forniti saranno oggetto di trattamenti relativi:

a) alle prestazioni sanitarie (prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) che ci richiede;
b) all'assistenza socio-sanitaria;
c) alle attività legate alla fornitura di beni o servizi all'utente per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili e protesi);
d) agli adempimenti di legge previsti da norme civilistiche, fiscali e contabili;
e) all'attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
f) all'attività di segreteria ed amministrativa;
g) alla gestione dei rapporti con gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
h) allo studio e ricerca medico-scientifica;
i) alla elaborazione di statistiche in forma anonima e aggregata;
j) alla verifica del livello di soddisfazione delle prestazioni ricevute;
k) alla promozione della nostra Struttura e dei servizi da noi erogati.

* * *

**3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO DI RISPONDERE**

La informiamo che, tenuto conto delle finalità del trattamento come sopra illustrate, i suoi dati personali sono trattati:

A) senza il suo consenso espresso le finalità di cui alle lettere a), b), c), d), e) innanzi espresse in quanto connesse alle prestazioni sanitarie richieste a Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. (art. 6, lett. b GDPR); Il conferimento dei dati per dette finalità è, pertanto, obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità da parte di Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. di dar corso ai servizi sanitari richiesti.

B) Solo previo suo specifico e distinto consenso (art. 7 GDPR), per le finalità di cui alle lettere f), g), h), i), j) e k); se decide di non prestare il consenso al trattamento dei dati per una o tutte le dette finalità, non comprometterà gli altri trattamenti ed i servizi richiesti saranno comunque resi.

**4. CONSENSO DEI MINORI E DEGLI INCAPACI.**

In caso di minori o di persone incapaci di prestare il proprio consenso, questo è espresso dai genitori esercenti la potestà ovvero da un tutore.

* * *

**5. MODALITÀ DI ESECUZIONE DEI TRATTAMENTI.**

Il trattamento sarà effettuato con strumenti sia manuali che informatici e telematici, con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità per cui i trattamenti son effettuati e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

* * *

**6. DURATA DEI TRATTAMENTI.**

I dati personali saranno trattati lungo tutto il periodo in cui verranno eseguite le prestazioni richieste e, successivamente, per il tempo previsto dalla normativa di riferimento applicabile al settore sanitario. Nel caso manchi, in riferimento a taluni dati, l'indicazione di un tempo massimo di durata dei relativi trattamenti, questi non potranno protrarsi oltre 10 anni a partire dalla cessazione delle prestazioni eseguite nei confronti dell'interessato.

* * *

**7. COMUNICAZIONI E CONOSCIBILITÀ DEI SUOI DATI.**

La informiamo che i suoi dati saranno comunicati e/o resi comunque conoscibili anche mediante accesso:

a) a soggetti interni alla nostra Struttura per fini connessi alla gestione dell'erogazione dei servizi sanitari;
b) a consulenti esterni o società di consulenza per fini di contabilità;
c) a soggetti terzi che abbiano rapporti contrattuali o che operino per conto dell'Azienda, previa designazione di costoro quali responsabili del trattamento;
d) a tutti i soggetti pubblici per i quali sussiste o sussisterà in capo al titolare un obbligo di comunicazione dei dati stessi;
e) alle aziende sanitarie locali, alle autorità di pubblica sicurezza e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria.

* * *

**8. I SUOI DIRITTI.**

In relazione ai dati che ci conferisce, Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di accesso agli stessi;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi in qualunque momento al loro trattamento;
- alla portabilità dei dati;
- di revocare il consenso, ove previsto;
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso:

**a)** l'invio di una e-mail all'indirizzo **info@villaverde.lecce.it**;
**b)** l'invio di una richiesta scritta indirizzata a Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. con sede legale in Lecce, Via Monteroni, n.222, 73100 – Lecce (LE).

* * *

**9. DATI DI CONTATTO.**

Il Titolare del trattamento dati è il Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. con sede legale in Via Monteroni, n.222,73100 – Lecce(LE), raggiungibile all'indirizzo: **info@villaverde.lecce.it**.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) è l'Avv. Riccardo Monteduro con ufficio (per le funzioni) in Via Monteroni, n.222, 73100 – Lecce (LE), raggiungibile all'indirizzo mail **avvocatoriccardomonteduro@gmail.com** o alla pec **monteduro.riccardo@ordavvle.legalmail.it**

**IL TITOLARE**

**Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l.**

* * *

**MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a,_____
nato a _____ (____) il_____ e
residente a_____(____) , alla
via_____,
tel_____, cell._____, e-mail_____,

☐ per sé medesimo,
oppure
☐ in qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno (specificare la veste)_____
_____ del sig._____
nato a_____ il_____ e
residente in_____ (___), alla via_____,

**DICHIARA**

1. Di aver ricevuto ed aver compreso l'informativa resa dal Titolare ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. UE 2016/679;
2. Di prestare il proprio consenso ai trattamenti dei dati personali rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9(dati in grado di rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, ovvero dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), secondo le finalità indicate nell'informativa;
3. Che in relazione ai trattamenti dei dati personali effettuati dal Titolare, innanzi esplicitati e concernenti:

I. Lo **studio e la ricerca medico-scientifica** (par. 2, lett. h);

☐ **Presta il consenso** ☐ **Nega il consenso**

II. L'elaborazione di **statistiche** in forma anonima e aggregata (par. 2, lett. i);

☐ **Presta il consenso** ☐ **Nega il consenso**

III. La **verifica del livello di soddisfazione** delle prestazioni ricevute(par. 2, lett.j);

☐ **Presta il consenso** ☐ **Nega il consenso**

IV. La **promozione** della Struttura e dei servizi da essa erogati (par. 2, lett k)

☐ **Presta il consenso** ☐ **Nega il consenso**

Luogo _____ Data _____

Firma _____

## INFORMATIVA AI GENITORI PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER PAZIENTI MINORI DI ETÁ

Secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, C.C.) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà.
Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 C.C.). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

### CODICE CIVILE

### Art. 155 Provvedimenti riguardo ai figli

Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice.
Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; … omissis.

### Art. 316 Esercizio della potestà dei genitori

Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o alla emancipazione. La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei. Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per il figlio, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322).
Il giudice, sentiti i genitori ed il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio.

**Art. 317 Impedimento di uno dei genitori**

Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.
La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

**Autocertificazione per genitori di pazienti minori di età**

Dichiarazione sostitutiva dell' atto di notorietà
(art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritt _ _____ nat _ a _____ il _____ residente a _____ in Via _____ consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

D I C H I A R O

1) di essere genitore, esercente la potestà genitoriale, del minore _____ nat_ a _____ il _____ residente a _____ in Via_____;
2) di essere stat _ informat _ delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile);
che il mio stato civile è il seguente:

❏ coniugato/a; ❏ vedovo/a ❏ separato/a,
❏ divorziato/a, in situazione di:
❏ affidamento congiunto ❏ genitore affidatario ❏ genitore non affidatario

3) che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:
❏ lontananza ❏ impedimento

4) che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

❏ che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

5) altro: _____
_____

Letto, confermato e sottoscritto

Lecce, _____ Il/la dichiarante _____

(Art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ed è stata presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

Lecce, _____ Firma del dipendente addetto _____

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____e residente a _____ (___) in Via_____, previa prenotazione effettuata in data _____ , chiede di essere ricoverat __ presso questa Casa di Cura. Autorizza i sanitari a praticare i trattamenti medici, nonché gli accertamenti clinici, strumentali e laboratoristici (compresi HIV, markers epatite, esami tossicologici) che saranno ritenuti necessari a fini diagnostici, sia all'atto del ricovero che nel corso della degenza.

Si impegna ad osservare i regolamenti interni della Casa di Cura ivi compreso il divieto di introdurre e detenere medicinali, alimenti, bevande e oggetti che possano essere di nocumento a se stess __ o ad altri ricoverati, per cui autorizza il personale addetto ad accertarne l'eventuale possesso al momento del ricovero o in altro momento qualora se ne ravvisasse la necessità. Prende atto che la Casa di Cura non può rispondere dell'eventuale perdita o sottrazione di denaro e di oggetti di valore che non siano stati consegnati al Capo Sala all'atto del ricovero.

Il/la sottoscritto/a è stato informato/a altresì che il D.lgs. 196/2003 prevede il diritto alla protezione dei dati personali. Il trattamento di tali dati si svolgerà nel rispetto dei miei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della mia dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei miei dati personali.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso la lettera informativa fornitami dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), vale a dire, tra l'altro, "i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Il/la sottoscritto/a dichiara, pertanto, di essere stat __ informat __ che i dati forniti forniti al momento del ricovero sono obbligatori per la corretta compilazione della Cartella Clinica e serviranno sia per rilevare l'attuale stato di salute sia per fini amministrativi e saranno conservati negli archivi della Casa di Cura. I dati anagrafici, la diagnosi di dimissione con la relativa SDO e quant'altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alla AUSL, all'Autorità di Pubblica Sicurezza e, dietro specifica richiesta all'Autorità Giudiziaria o ad altri Enti destinatari per legge e regolamenti. In
base alle disposizioni di legge vigenti, qualora i dati di cui trattasi dovessero necessitare per fini di ricerca scientifica o statistica, gli stessi saranno trasmessi in modo anonimo.

Il/la sottoscritto/a chiede che nelle prescrizioni cartacee di medicinali soggetti a prescrizione ripetibile non a carico, anche parziale del Servizio Sanitario Nazionale

☐ siano ☐ non siano indicate le proprie generalità, salvo diversa indicazione.

Il/la sottoscritto/a, informato/a che in nessun caso verranno fornite a terzi informazioni sullo stato di salute per telefono, ma solo di persona previo consenso, consente che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute e che la propria documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche, etc ... ) possa essere affidata all'occorrenza:

☐ solo al sottoscritto/a ☐ a tutti i parenti di 1° grado

☐ al coniuge ☐ alle seguenti persone.....

Il sottoscritto/a dichiara di essere stat_ informat _ che durante la degenza, solo per eccezionali inderogabili esigenze, potranno essere concessi permessi da usufruire unicamente su autorizzazione del Medico di Reparto che provvederà al rilascio ove non sussistano controindicazioni cliniche ed io venga sempre comunque accompagnat _ da un familiare.
Il/la sottoscritto/a

☐ per proprio conto ☐ esercitando la potestà genitoriale sul minore _____

☐ presta il proprio consenso ☐ nega il proprio consenso

**Firma leggibile del paziente/genitore** _____

Firma dell'altro genitore _____ (In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente esonerando da ogni responsabilità la struttura ed i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione, accollandosene gli oneri).

**Firma del Medico che riceve la dichiarazione di consenso** _____

Io sottoscritto, _____, familiare del paziente innanzi nominato, mi impegno a collaborare con il Personale della Casa di Cura per il rispetto delle norme innanzi citate.

Lecce, _____ _____
(Firma del familiare)

**Dichiarazione consenso informato pazienti non in grado di esprimere volontarietà**

**Dati identificativi del paziente**

Cognome e Nome _____, nat ___ a _____ (____), il _____, residente a _____ (____) in Via _____ ricoverato il _____.

**Dati di un familiare di I° grado, ovvero congiunto, convivente, qualora il paziente sia temporaneamente incapace di esprimere la propria volontà**

Cognome e Nome _____, nat ___ a _____ (____), il _____, residente a _____(____), in Via _____

Telefono _____

**Dati dei genitori in caso di minore**

Cognome e Nome _____, nat ___ a _____ (____), il _____, residente a _____ (____), in Via _____

Telefono _____

Cognome e Nome_____, nat ___ a _____ (____), il _____, residente a _____ (____), in Via _____

Telefono _____

N.B.: nel caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

**Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)**

Cognome e Nome_____, nat ___ a _____ (____), il _____, residente a _____ (____), in Via _____

Telefono _____

N.B.: allegare la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante.

**Dati del Medico che fornisce l'informativa e riceve il consenso**

Io sottoscritt ___ Dott./Dott.ssa _____dichiaro di aver fornito l'informativa sul consenso, secondo quanto previsto dalla relativa procedura aziendale.

Lecce, _____ Timbro e firma del medico: _____

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritt __ _____ dichiaro:

- ✓ di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente attraverso l'informativa fornitami ed il colloquio con il Medico;
- ✓ di prendere atto che il consenso sarà ritenuto valido **per ogni prestazione** eseguita durante il ricovero;
- ✓ di manifestare il consenso al trattamento dei dati personali;
- ✓ di essere a conoscenza della possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento;
- ✓ di richiedere che le informazioni circa ❑ il mio stato di salute ❑ lo stato di salute del mio congiunto, oltre che a me, vengano fornite anche a:

Cognome e Nome_____, nat ___ a _____ (____), il _____, residente a _____ (____), in Via _____

Telefono _____

✓ di (barrare la scelta) ❑ **accettare/non accettare** ❑ liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza quanto comunicatomi.

Lecce, _____ Firma _____

Io sottoscritt ___ _____ dichiaro

in data _____ di **voler revocare** il consenso.

Firma _____

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritt_ _____, nat ___ a _____ (_____) il _____ consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

**D I C H I A R O**

- ♦ di essere un familiare di I° grado del paziente sopra indicato;
- ♦ di essere un congiunto del paziente sopra indicato;
- ♦ di essere convivente del paziente sopra indicato;
- ♦ di essere legale rappresentante del paziente sopra indicato.

Lecce, _____ Firma _____

**CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE**
(Art. 4 – Decreto 1 settembre 1995)

Io sottoscritto/a_____ nato/a

a_____ (_____) il _____/_____/_____

☐ ricoverato/a presso questa Casa di Cura sono stato informato dal

☐ in qualità di _____ del Sig./Sig.ra _____
ricoverato/a presso questa Casa di Cura sono stato informato dal

Dott._____che per le condizioni cliniche potrebbe essere necessario procedere a trasfusioni di sangue omologo/emocomponenti, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, ecc.).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott,_____
sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivare se non mi sottoponessi alla trasfusione.

Quindi:

**acconsento** ☐ **non acconsento** ☐

a sottopormi presso codesta struttura al trattamento trasfusionale necessario per tutto il decorso della mia malattia.

Data _____ Firma_____

**N.B.** Se il paziente è un minore, il consenso deve essere rilasciato da entrambi i genitori o dall'eventuale tutore. In caso di disaccordo tra i genitori, il consenso va richiesto al giudice tutelare. (Decreto 1 settembre 1995 – art. 4 – comma 2).

**CONSENSO INFORMATO ALL'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO STRUMENTALE**

Lecce, ……..…….

E' per il Sig./Sig.ra …….

Il/la sottoscritto/a dichiara d'essere stato informato/a, esaurientemente, al fine della diagnosi e/o terapia, della necessità di eseguire gli esami appresso indicati, anche in relazione all'eventuale uso di mezzi di contrasto e/o tecniche e metodiche invasive a fini diagnostico-terapeutici:

□ Esofagogastroduodenoscopia
□ Rettosigmoidoscopia
□ T.A.C. con mdc
□ R.M.N. con mdc
□ Emogasanalisi
□ Incannulamento vena centrale
□ Gastrostomia endoscopica percutanea
□ Altro ……..……

Informato/a, inoltre, sugli svantaggi che deriverebbero dalla mancata esecuzione dell'esame, dichiaro di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi, espostemi in modo chiaro e per me comprensibile, nonché delle possibili complicanze che da queste possono derivare, anche qualora vengano espletate con perizia, prudenza e diligenza; acconsento quindi all'attuazione delle procedure che mi sono state prospettate:

_____

_____

Il Paziente (*) Firma del Medico

…… ……..…….……

N.B. (*) – Consenso del Familiare nel caso di minore e/o congiunto non vigile ovvero impossibilitato a collaborare:

Grado di parentela: …….…….

Firma del Familiare

……

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica.

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI PROCEDURA DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA**

Lecce, _____

Io sottoscritt_, _____, ricoverato presso questa Casa di Cura, dichiaro di aver rifiutato _____ che mi era stat___ propost___ dal Dott. _____.

Sono stato chiaramente informat_ delle finalità e delle modalità di esecuzione di quanto propostomi nonché dei rischi cui vado incontro non sottoponendomi alla procedura/terapia sopra indicata e sono consapevole di non poter attribuire alcuna responsabilità ai Medici e al Personale di Reparto.

Osservazioni

_____

_____

Firma del paziente _____

Firma di chi rifiuta per il paziente specificando a quale titolo ne è autorizzato

_____

Firma del medico che ha informato e ricevuto il rifiuto

_____

CASA DI CURA ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATA
**"VILLA VERDE - Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l.**
*Terapia Intensiva Gravi Cerebrolesioni Acquisite – Neuroriabilitazione (cod. 75) – Psichiatria*
**Lecce**

# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 3

## ASPETTI STRUTTURALI

*Via Monteroni 222 - Telefono 0832 224111 - Fax 0832 224141 - E-mail: villa.verde@libero.it - PEC: villa.verde@pec.it - C.F. e Partita IVA 01983380757*

# CRITERIO: 3

# ASPETTI STRUTTURALI

## REQUISITO: 3.1
## L'idoneità all'uso delle strutture

| | |
|---|---|
| *EVIDENZA: 3.1.1* | ***Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione.*** |
| *EVIDENZA: 3.1.2* | ***Presenza e formalizzazione di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture.*** |
| *EVIDENZA: 3.1.3 e 3.1.4* | ***3.1.3 Presenza e formalizzazione di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi a incidenti e altri eventi e supporto della pianificazione della riduzione dei rischi***<br>***3.1.4 Presenza di piani per la formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro*** |

## REQUISITO: 3.2
## Gestione e manutenzione delle attrezzature

| | |
|---|---|
| *EVIDENZA: 3.2.3* | ***L'organizzazione ha formalizzato un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali (DM 70 Allegato 1 - 6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali, 6.3) che includa:***<br>***a. le modalità di comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi;*** |
| *EVIDENZA: 3.2.1* | ***b. un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse*** |
| *EVIDENZA: 3.2.2* | ***c. un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;*** |
| *EVIDENZA: 3.2.5* | ***d. programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore.*** |

**CRITERIO: 3 ASPETTI STRUTTURALI**

**REQUISITO: 3.1 L'idoneità all'uso delle strutture**

***EVIDENZA: 3.1.1*** ***Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione.***

## 1. Descrizione del ciclo produttivo

La Casa di Cura pone la massima attenzione al funzionamento in sicurezza all'uso degli impianti e degli edifici, con specifico riferimento alle diverse attività sanitarie e non sanitarie svolte nel sito produttivo.
L'attenzione pertanto si concentra su strutture, impianti, attrezzature e ciclo produttivo, al fine di garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione.
In particolare si ritiene riepilogare i cicli lavorativi attivati:

Attivita' amministrativa
Attivita' di ausiliariato
Attivita' di cucina
Attivita' di assistenza sanitaria (O.S.S.)
Attivita' infermieristica
Attivita' medica
Attivita' di riabilitazione fisica
Attivita' di psicoriabilitazione
Farmacia
Diagnostica per immagini
Diagnostica di laboratorio
Attivita' manutentive

## 2. Attivita' manutentiva di strutture, impianti e attrezzature

La Casa di Cura ha l'obiettivo di curare la manutenzione delle strutture edilizie, degli impianti tecnologici e delle apparecchiature in genere, comprese quelle elettromedicali.
Ha pertanto attivato contratti di manutenzione ordinaria e straordinaria (su chiamata) sugli impianti e sulle attrezzature elettromedicali di media-alta tecnologia, con interventi a chiamata per la bassa tecnologia, al fine di garantirne il regolare funzionamento.
In genere la manutenzione è di tipo ordinario e straordinario.
Per quella ordinaria si segue un programma di manutenzione con tempistica predefinita, mentre per la straordinaria si interviene con l'evidenza di un'anomalia di funzionamento degli impianti e/o apparecchiature. Tale evidenza può provenire o dallo stesso manutentore o da una segnalazione del personale dipendente.
Nel dettaglio il piano di manutenzione definisce le condizioni tecniche per l'esecuzione dei lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria di interventi edili e impiantistici (termico, climatizzazione e condizionamento, idrico-fognante, elettrico, aree verdi, gas medicinali e antincendio, attrezzature in genere) occorrenti per la conservazione, ripristino, piccola ristrutturazione del fabbricato o parte di esso sito in Lecce alla via Monteroni, 222.

A) MANUTENZIONE ORDINARIA COMPLETA

A1) MANUTENZIONE PERIODICA

La manutenzione ordinaria completa della struttura, degli impianti e delle attrezzature in genere (comprese le apparecchiature elettromedicali) comprende tutti gli interventi che dovranno essere eseguiti per garantire il funzionamento in perfetta efficienza, continuità, affidabilità e sicurezza dell'edificio per tutto il periodo previsto.
Gli stessi interventi saranno a carattere:

- preventivo, al fine di assicurare la massima continuità di esercizio;
- di adeguamento a fronte di adempimenti previsti a norma di legge;
- di ripristino della funzionalità nel caso di avaria o malfunzionamento;

Comprenderanno le eventuali necessarie sostituzioni di parti di ricambio e di consumo (nessuna esclusa), e possono essere riassunti come segue:

- verificare le prestazioni degli elementi strutturali, impiantistici e architettonici del fabbricato
- verificare il regolare funzionamento degli impianti e delle attrezzature
- procedere alla riparazione o alla sostituzione di qualsiasi componente soggetto a normale usura dovuta all'esercizio qualora le condizioni lo richiedano.

Presso la sede operativa, verrà predisposto apposito registro ove saranno riportati tutti gli interventi effettuati sulla base del presente programma e tutte le richieste di intervento su chiamata ed i relativi orari d'inoltro.
In occasione di ogni intervento dovrà essere compilato un apposito rapporto (in relazione al tipo di attività svolta) in cui dovranno essere riportate tutte le operazioni di manutenzione eseguite, le ragioni per le quali alcune di esse non fossero state effettuate ed il risultato delle verifiche svolte.

A2) INTERVENTI SU CHIAMATA

I manutentori dovranno garantire l'intervento del proprio personale, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno festivi compresi, anche per più impianti o parti di fabbricato contemporaneamente in avaria nel più breve tempo possibile e comunque entro e non oltre i 60 minuti, qualsiasi ne sia stata la causa.

B) INTERVENTI SPECIFICI SU ORDINAZIONE

I manutentori dovranno garantire, al di fuori delle prestazioni descritte al precedente sub A), tutti quegli interventi di manutenzione straordinaria da realizzarsi con contratto aperto che si dovessero rendere necessari al miglioramento delle funzionalità, alle mutate esigenze.

## 3. Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio degli interventi di ristrutturazioni e sostituzione di apparecchiature in genere

La necessità di interventi di ristrutturazione di impianti e parti di fabbricato, o di sostituzione di apparecchiature, attrezzature e/o di arredi avviene secondo due modalità principali:

- Segnalazione da parte di dipendenti della Casa di Cura;

- Nel corso della riunione periodica di cui all'art. 36 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i. che si tiene con cadenza almeno annuale nella quale sono esaminate diverse problematiche legate alle attività svolte e all'uso di attrezzature, impianti e strutture in genere, possono essere evidenziate alcune necessità di migliorare il ciclo produttivo, garantendo maggiore sicurezza nel lavoro, con modifiche che possono avere carattere temporaneo o permanente.

Quando emerge la necessità di effettuare degli interventi di ristrutturazione edilizia e/o impiantistica per obsolescenza di parti di edificio o di acquisto di nuove attrezzature elettromedicali e di tipo diverso, si attivano riunioni tematiche con i diversi stakeholder aziendali, valutando i seguenti elementi:

- In caso di accertata necessità dell'intervento/acquisto si effettua una valutazione preliminare sulla base di considerazioni di carattere qualitativo/quantitativo-economico anche con riferimento all'efficacia ed efficienza che la sua attuazione determinerebbe;
- Nel caso di intervento/acquisto che comporta una ricaduta in termini di sicurezza sul lavoro sia per operatori che pazienti/visitatori, si procede con urgenza al fine di ridurre i rischi rilevati ripristinando le normali condizioni lavorative;
- Nei casi ordinari, si valuta la priorità dell'intervento/acquisto in relazione alla necessità più o meno urgente di migliorare il ciclo produttivo, valutando la possibilità finanziaria e verificando le possibili ricadute in termini economici sul bilancio aziendale.

**Allegati:**
**- Gestione delle risorse strutturali**
**A.01.04.01.2 Programma dei controlli**
**A.01.04.01.3 Modulo di richiesta intervento per riparazione impianti e struttura**
**A.01.04.01.4 Elenco ditte manutentrici**

**- Gestione delle risorse tecnologiche**
**A.01.05.02.1 Modello di richiesta preventivo per l'acquisto di apparecchiature elettromedicali**
**A.01.05.02.2 Procedura Messa in funzione app. elettromedicali**
**A.01.05.03.1 Modello di scheda di inventario per apparecchiatura elettromedicale**
**A.01.05.04.1 Programma di manutenzione**
**A.01.05.04.2 Modulo richiesta intervento per riparazione AEM**
**A.01.05.04.3 Scheda MP generica AEM**
**A.01.05.04.4 Scheda MP-Aerosol**
**A.01.05.04.5 Scheda MP-Analizzatore cardiostimolatori o neuromuscolare**
**A.01.05.04.6 Scheda MP-Apparecchio per potenziali evocati**
**A.01.05.04.7 Scheda MP-Analizzatore ossigeno**
**A.01.05.04.8 Scheda MP-Aspiratore medico chirurgico**
**A.01.05.04.9 Scheda MP-Autoclave**
**A.01.05.04.10 Scheda MP-Centrifuga**
**A.01.05.04.11 Scheda MP-Complesso Radiogeno**
**A.01.05.04.12 Scheda MP-Consolle di Comando per apparecchio radiologico**

| | |
|---|---|
| **A.01.05.04.13** | **Scheda MP-Elettrocardiografo** |
| **A.01.05.04.14** | **Scheda MP-Gruppo Radiologico** |
| **A.01.05.04.15** | **Scheda MP-Monitor per ventilazione** |
| **A.01.05.04.16** | **Scheda MP-Portatile per Radiografia** |
| **A.01.05.04.17** | **Scheda MP-Elettroencefalografo** |
| **A.01.05.04.18** | **Scheda MP-Tavolo di Comando per apparecchio radiologico** |
| **A.01.05.04.19** | **Scheda MP-Ecotomografo** |
| **A.01.05.04.20** | **Scheda MP-Trasduttori per Ecotomografo** |
| **A.01.05.04.21** | **Scheda MP-Defibrillatore** |
| **A.01.05.06.1** | **Piano formativo aziendale** |
| **A.01.05.06.2** | **Modello programma formazione AEM** |
| **A.01.05.06.3** | **Modello convocazione formazione uso sicuro AEM** |
| **A.01.05.06.4** | **Verbale addestram.-formaz. apparecchiature** |
| **A.01.05.06.5** | **Modello rilevazione presenze per formazione uso sicuro AEM** |
| **A.01.03.03.1** | **Scheda personale del dipendente** |
| **A.01.05.07.1** | **Nomina di responsabile dell'uso apparecchiature biomediche** |
| **A.01.05.08.1** | **Regolamento organizzativo SPP** |
| **A.01.05.08.2** | **Modello SGSL** |
| **A.01.05.08.3** | **Modello di nomina RSPP** |
| **A.01.05.08.4** | **Dichiarazione attestante che la struttura possiede i requisiti relativi alla salute e sicurezza dei posti di lavoro e di aver ottemperato agli obblighi ed adempimenti previsti dalla normativa in vigore** |

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

CASA DI CURA
VILLA VERDE
Prof. Dott. G. Verrienti s.r.l.
Sede Amministrativa e Legale:
Via Monteroni, 222
73100 LECCE
Tel./fax 0832 224111 – 0832 224141
C.F.e P.I.: 01983380757

# PIANO DI MANUTENZIONE

# PROGRAMMA DI MANUTENZIONE

## PROGRAMMA DEI CONTROLLI

**OGGETTO:** Manutenzione delle Opere Edili – Impianti – Presidi antincendio

**IL TECNICO**
Ing. Claudio FORTE

# 01 - Immobile via Monteroni, 222 - Lecce

## 01.01 - OE-Pareti esterne

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.01.01** | **Murature intonacate** | | |
| 01.01.01.C01 | Controllo: Controllo facciata<br>*Controllo della facciata e delle parti a vista. Controllo di eventuali anomalie.*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alveolizzazione; 2) Cavillature superficiali; 3) Crosta; 4) Decolorazione; 5) Deposito superficiale; 6) Disgregazione; 7) Distacco; 8) Efflorescenze; 9) Erosione superficiale; 10) Esfoliazione; 11) Macchie e graffiti; 12) Mancanza; 13) Patina biologica; 14) Polverizzazione; 15) Presenza di vegetazione; 16) Rigonfiamento; 17) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Muratore.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.01.01.C02 | Controllo: Controllo zone esposte<br>*Controllare mediante metodi non distruttivi (colpi di martello sull'intonaco) le zone esposte all'intemperie al fine di localizzare eventuali distacchi e/o altre anomalie.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza agli agenti aggressivi; 4) Resistenza agli attacchi biologici; 5) Resistenza agli urti; 6) Resistenza ai carichi sospesi; 7) Resistenza meccanica per murature in laterizio intonacate; 8) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Disgregazione; 2) Distacco; 3) Erosione superficiale; 4) Fessurazioni; 5) Mancanza; 6) Polverizzazione; 7) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Intonacatore, Muratore.* | Controllo | ogni 6 mesi |

## 01.02 - OE-Pareti interne

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.02.01** | **Tramezzi in laterizio** | | |
| 01.02.01.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo del grado di usura delle parti in vista e di eventuali anomalie (distacchi, fessurazioni, rotture, rigonfiamenti, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture; 2) Resistenza agli urti; 3) Resistenza meccanica per tramezzi in laterizio.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Decolorazione; 2) Disgregazione; 3) Distacco; 4) Efflorescenze; 5) Erosione superficiale; 6) Esfoliazione; 7) Fessurazioni; 8) Macchie e graffiti; 9) Mancanza; 10) Penetrazione di umidità; 11) Polverizzazione; 12) Rigonfiamento; 13) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Muratore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

## 01.03 - OE-Rivestimenti interni

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.03.01** | **Intonaco** | | |
| 01.03.01.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di conservazione delle finiture e verifica del grado di usura delle parti in vista. Controllare l'uniformità dell'aspetto cromatico delle superfici. Riscontro di eventuali anomalie (bolle, screpolature, depositi, efflorescenze, microfessurazioni, ecc.) e/o difetti di esecuzione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Decolorazione; 2) Deposito superficiale; 3) Efflorescenze; 4) Macchie e graffiti.*<br>Ditte specializzate: *Pittore, Muratore.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.03.02** | **Rivestimenti e prodotti ceramici** | | |
| 01.03.02.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di conservazione delle finiture e verifica del grado di usura o di erosione delle parti in vista ed in particolare dei giunti. Controllare l'uniformità dell'aspetto cromatico delle superfici. Riscontro di eventuali anomalie (depositi, macchie, graffiti, efflorescenze, microfessurazioni, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Decolorazione; 2) Deposito superficiale; 3) Efflorescenze; 4) Macchie e graffiti.*<br>Ditte specializzate: *Muratore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.03.03** | **Tinteggiature e decorazioni** | | |
| 01.03.03.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di conservazione delle finiture e verifica del grado di usura delle parti in vista. Controllare l'uniformità dell'aspetto cromatico delle superfici. Riscontro di eventuali anomalie (macchie, disgregazioni superficiali, rigonfiamenti, distacco, ecc.) e/o difetti di esecuzione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Assenza di emissioni di sostanze nocive; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza agli agenti aggressivi; 4) Resistenza agli attacchi biologici.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Bolle d'aria; 2) Decolorazione; 3) Deposito superficiale; 4) Disgregazione; 5) Distacco; 6) Erosione superficiale; 7) Fessurazioni; 8) Macchie e graffiti; 9) Mancanza; 10) Penetrazione di umidità; 11) Polverizzazione; 12) Rigonfiamento.*<br>Ditte specializzate: *Pittore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

## 01.04 - OE-Pavimentazioni interne

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.04.01** | **Rivestimenti ceramici** | | |
| 01.04.01.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di conservazione delle finiture e verifica del grado di usura, di erosione e di brillantezza delle parti in vista ed in particolare dei giunti. Controllare l'uniformità dell'aspetto cromatico delle superfici e verifica della planarità generale. Riscontro di eventuali anomalie (depositi, macchie, graffiti, abrasioni, efflorescenze, microfessurazioni, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Degrado sigillante; 3) Deposito superficiale; 4) Disgregazione; 5) Distacco; 6) Erosione superficiale; 7) Fessurazioni; 8) Macchie e graffiti; 9) Mancanza; 10) Perdita di elementi; 11) Scheggiature; 12) Sollevamento e distacco dal supporto.*<br>Ditte specializzate: *Pavimentista (Ceramiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.04.02** | **Rivestimenti resilienti** | | |
| 01.04.02.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di conservazione delle finiture e verifica del grado di usura, delle parti in vista. Controllare l'uniformità dell'aspetto cromatico delle superfici. Riscontro di eventuali anomalie (lesioni, bolle, distacchi, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) Regolarità delle finiture; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Bolle; 3) Degrado sigillante; 4) Deposito superficiale; 5) Disgregazione; 6) Distacco; 7) Erosione superficiale; 8) Fessurazioni; 9) Macchie; 10) Mancanza; 11) Perdita di elementi.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

## 01.05 - OE-Infissi interni

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.05.01** | **Porte** | | |
| 01.05.01.C02 | Controllo: Controllo guide di scorrimento<br>*Controllo della loro funzionalità e dell'assenza di depositi nei binari di scorrimento (per porte scorrevoli).*<br>Requisiti da verificare: *1) Pulibilità; 2) Riparabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione; 2) Deposito superficiale; 3) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.05.01.C03 | Controllo: Controllo maniglia<br>*Controllo del corretto funzionamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) Riparabilità; 2) Sostituibilità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.05.01.C05 | Controllo: Controllo vetri<br>*Controllo uniformità dei vetri e delle sigillature vetro-telaio. Controllare la presenza di depositi o sporco. Verifica di assenza di anomalie e/o difetti (rottura, depositi, macchie, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Oscurabilità; 2) Pulibilità; 3) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deposito superficiale; 2) Frantumazione; 3) Fratturazione; 4) Perdita di lucentezza; 5) Perdita di trasparenza.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.05.01.C01 | Controllo: Controllo delle serrature_ | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *Controllo della loro funzionalità.*<br>Requisiti da verificare: *1) Riparabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | | |
| 01.05.01.C04 | Controllo: Controllo parti in vista<br>*Controllo delle parti in vista, delle finiture e dello strato di protezione superficiale (qualora il tipo di rivestimento lo preveda). Controllo dei fissaggi del telaio al controtelaio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Pulibilità; 3) Regolarità delle finiture.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Bolla; 3) Corrosione; 4) Deformazione; 5) Deposito superficiale; 6) Distacco; 7) Fessurazione; 8) Frantumazione; 9) Fratturazione; 10) Incrostazione; 11) Infracidamento; 12) Lesione; 13) Macchie; 14) Non ortogonalità; 15) Patina; 16) Perdita di lucentezza; 17) Perdita di materiale; 18) Perdita di trasparenza; 19) Scagliatura, screpolatura; 20) Scollaggi della pellicola.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.05.02** | **Porte antipanico** | | |
| 01.05.02.C01 | Controllo: Controllo certificazioni<br>*Controllare le certificazioni di omologazione, la scheda tecnica del fornitore o altra documentazione da conservare in apposito archivio.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | quando occorre |
| 01.05.02.C02 | Controllo: Controllo controbocchette<br>*Verificare il posizionamento delle controbocchette a pavimento rispetto al filo del pavimento, assicurandosi che l'altezza superiore non sia maggiore di 15 mm. Verificare inoltre l'assenza di polvere e sporcizia.*<br>Requisiti da verificare: *1) Pulibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deposito superficiale.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Aggiornamento | ogni mese |
| 01.05.02.C03 | Controllo: Controllo degli spazi<br>*Controllare che non vi siano ostacoli in prossimità degli spazi interessati dalle porte antipanico o in prossimità di esse.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.05.02.C05 | Controllo: Controllo maniglione<br>*Controllo del corretto funzionamento dei maniglioni e degli elementi di manovra che regolano lo sblocco delle ante.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza agli urti per porte antipanico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni mese |
| 01.05.02.C07 | Controllo: Controllo ubicazione porte<br>*Controllare l'individuazione delle porte antipanico rispetto ai progetti ed ai piani di evacuazione e di sicurezza.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.05.02.C08 | Controllo: Controllo vetri<br>*Controllo uniformità dei vetri e delle sigillature vetro-telaio. Controllare la presenza di depositi o sporco. Verifica di assenza di anomalie e/o difetti (rottura, depositi, macchie, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Oscurabilità; 2) Pulibilità; 3) Sostituibilità per porte antipanico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deposito superficiale; 2) Frantumazione; 3) Fratturazione; 4) Perdita di lucentezza; 5) Perdita di trasparenza.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.05.02.C04 | Controllo: Controllo delle serrature<br>*Controllo della loro funzionalità.*<br>Requisiti da verificare: *1) Riparabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.05.02.C06 | Controllo: Controllo parti in vista<br>*Controllo delle parti in vista, delle finiture e dello strato di protezione superficiale (qualora il tipo di rivestimento lo preveda). Controllo dei fissaggi del telaio al controtelaio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza agli urti per porte antipanico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Bolla; 3) Corrosione; 4) Deformazione; 5) Deposito superficiale; 6) Distacco; 7) Fessurazione; 8) Frantumazione; 9) Fratturazione; 10) Incrostazione; 11) Infracidamento; 12) Lesione; 13) Macchie; 14) Non ortogonalità; 15) Patina; 16) Perdita di lucentezza; 17) Perdita di materiale; 18) Perdita di trasparenza; 19) Scagliatura, screpolatura; 20) Scollaggi della pellicola.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Ditte specializzate: *Serramentista.* | | |
| **01.05.03** | **Porte tagliafuoco** | | |
| 01.05.03.C01 | Controllo: Controllo certificazioni<br>*Controllare le certificazioni di omologazione, la scheda tecnica del fornitore o altra documentazione da conservare in apposito archivio.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | quando occorre |
| 01.05.03.C02 | Controllo: Controllo controbocchette<br>*Verificare il posizionamento delle controbocchette a pavimento rispetto al filo del pavimento, assicurandosi che l'altezza superiore non sia maggiore di 15 mm. Verificare inoltre l'assenza di polvere e sporcizia.*<br>Requisiti da verificare: *1) Pulibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deposito superficiale.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni mese |
| 01.05.03.C03 | Controllo: Controllo degli spazi<br>*Controllare che non vi siano ostacoli in prossimità degli spazi interessati dalle porte antipanico o in prossimità di esse.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.05.03.C05 | Controllo: Controllo maniglione<br>*Controllo del corretto funzionamento dei maniglioni e degli elementi di manovra che regolano lo sblocco delle ante.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza agli urti per porte tagliafuoco.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni mese |
| 01.05.03.C07 | Controllo: Controllo ubicazione porte<br>*Controllare l'individuazione delle porte antipanico rispetto ai progetti ed ai piani di evacuazione e di sicurezza.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.05.03.C08 | Controllo: Controllo vetri<br>*Controllo uniformità dei vetri e delle sigillature vetro-telaio. Controllare la presenza di depositi o sporco. Verifica di assenza di anomalie e/o difetti (rottura, depositi, macchie, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Oscurabilità; 2) Pulibilità; 3) Sostituibilità per porte tagliafuoco.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deposito superficiale; 2) Frantumazione; 3) Fratturazione; 4) Perdita di lucentezza; 5) Perdita di trasparenza.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.05.03.C04 | Controllo: Controllo delle serrature<br>*Controllo della loro funzionalità.*<br>Requisiti da verificare: *1) Riparabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.05.03.C06 | Controllo: Controllo parti in vista<br>*Controllo delle parti in vista, delle finiture e dello strato di protezione superficiale (qualora il tipo di rivestimento lo preveda). Controllo dei fissaggi del telaio al controtelaio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza al fuoco per porte tagliafuoco; 2) Resistenza agli urti per porte tagliafuoco.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Bolla; 3) Corrosione; 4) Deformazione; 5) Deposito superficiale; 6) Distacco; 7) Fessurazione; 8) Frantumazione; 9) Fratturazione; 10) Incrostazione; 11) Lesione; 12) Macchie; 13) Non ortogonalità; 14) Patina; 15) Perdita di lucentezza; 16) Scagliatura, screpolatura; 17) Scollaggi della pellicola.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

## 01.06 - OE-Controsoffitti

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.06.01** | **Controsoffitti antincendio** | | |
| 01.06.01.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di complanarità degli elementi dei controsoffitti e del grado di usura delle parti in vista. Controllo dell'integrità dei giunti tra gli elementi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Bolla; 3) Corrosione; 4) Deformazione; 5) Deposito superficiale; 6) Distacco; 7) Fessurazione; 8) Fratturazione; 9) Incrostazione; 10) Lesione;* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *11) Macchie; 12) Non planarità; 13) Perdita di lucentezza; 14) Perdita di materiale; 15) Scagliatura, screpolatura; 16) Scollaggi della pellicola.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | | |

# 01.07 - OE-Infissi esterni

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.07.01** | **Serramenti in alluminio** | | |
| 01.07.01.C07 | Controllo: Controllo persiane<br>*Controllo dello stato di conservazione e comunque del grado di usura delle parti in vista. Controllo delle cerniere e dei fissaggi alla parete.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza all'acqua; 4) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.07.01.C12 | Controllo: Controllo vetri<br>*Controllo uniformità dei vetri e delle sigillature vetro-telaio. Controllare la presenza di depositi o sporco. Verifica di assenza di anomalie e/o difetti (rottura, depositi, macchie, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento acustico; 2) Isolamento termico; 3) Permeabilità all'aria; 4) Pulibilità; 5) Resistenza agli urti; 6) Resistenza al vento; 7) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Condensa superficiale; 2) Deposito superficiale; 3) Frantumazione; 4) Macchie; 5) Perdita trasparenza.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.07.01.C01 | Controllo: Controllo frangisole<br>*Controllo della funzionalità degli organi di manovra e delle parti in vista.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del fattore solare; 2) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Non ortogonalità; 2) Degrado degli organi di manovra; 3) Rottura degli organi di manovra.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni anno |
| 01.07.01.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo delle finiture e dello strato di protezione superficiale, controllo dei giochi e planarità delle parti.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Regolarità delle finiture; 3) Pulibilità; 4) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Bolla; 3) Corrosione; 4) Deformazione; 5) Deposito superficiale; 6) Frantumazione; 7) Macchie; 8) Non ortogonalità; 9) Perdita di materiale; 10) Perdita trasparenza.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.07.01.C03 | Controllo: Controllo guarnizioni di tenuta<br>*Controllo dell'efficacia delle guarnizioni. Controllo dell'adesione delle guarnizioni ai profili di contatto dei telai. Controllo del corretto inserimento nelle proprie sedi delle guarnizioni. Controllo dell'elasticità delle guarnizioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento acustico; 2) Isolamento termico; 3) Permeabilità all'aria; 4) Regolarità delle finiture; 5) Resistenza agli urti; 6) Resistenza al vento; 7) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione; 2) Degrado delle guarnizioni; 3) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.07.01.C04 | Controllo: Controllo guide di scorrimento<br>*Controllo della funzionalità delle guide di scorrimento.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Pulibilità; 3) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione; 2) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.07.01.C05 | Controllo: Controllo organi di movimentazione<br>*Controllo dell'efficacia delle cerniere e della perfetta chiusura dell'anta col telaio fisso. Controllo degli organi di serraggio con finestra aperta e controllo dei movimenti delle aste di chiusure.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Regolarità delle finiture; 3) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione; 2) Degrado degli organi di manovra; 3) Non ortogonalità; 4) Rottura degli organi di manovra.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.07.01.C06 | Controllo: Controllo maniglia | Controllo a vista | ogni anno |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *Controllo del corretto funzionamento della maniglia.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza a manovre false e violente.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Degrado degli organi di manovra; 2) Rottura degli organi di manovra.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista.* | | |
| 01.07.01.C08 | Controllo: Controllo persiane avvolgibili in plastica<br>*Controllo funzionalità degli organi di manovra e delle parti in vista.*<br>Requisiti da verificare: *1) Pulibilità; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza a manovre false e violente.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Deformazione; 3) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.07.01.C09 | Controllo: Controllo serrature<br>*Controllo della loro funzionalità.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza a manovre false e violente.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.07.01.C10 | Controllo: Controllo telai fissi<br>*Controllo delle asole di drenaggio e del sistema di drenaggio. Controllo dell'ortogonalità dei telai. Controllo del fissaggio del telaio al vano ed al controtelaio al muro e dei blocchetti di regolazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Regolarità delle finiture; 3) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Condensa superficiale; 2) Deformazione; 3) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.07.01.C11 | Controllo: Controllo telai mobili<br>*Controllo dell'ortogonalità dell'anta e dei cavallotti di unione dei profilati dell'anta.*<br>Requisiti da verificare: *1) Permeabilità all'aria; 2) Regolarità delle finiture; 3) Tenuta all'acqua.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Condensa superficiale; 2) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Serramentista (Metalli e materie plastiche).* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

# 01.08 - OE-Coperture piane

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.08.01** | **Comignoli e terminali** | | |
| 01.08.01.C01 | Controllo: Controllo dello stato<br>*Controllo dei terminali (camini, sfiati, aeratori, terminali di camini per lo sfiato), e della tenuta dei giunti fra gli elementi di copertura. Si dovrà inoltre provvedere al controllo degli elementi di fissaggio e di eventuali connessioni. Controllare la eventuale presenza di nidi o altri depositi in prossimità delle estremità dei comignoli.*<br>Requisiti da verificare: *1) Impermeabilità ai liquidi; 2) Resistenza al vento; 3) Resistenza all'acqua; 4) Resistenza meccanica per comignoli e terminali.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Accumulo e depositi; 2) Deposito superficiale; 3) Difetti di ancoraggio; 4) Dislocazione di elementi; 5) Distacco; 6) Fessurazioni, microfessurazioni; 7) Penetrazione e ristagni d'acqua; 8) Presenza di nidi; 9) Presenza di vegetazione; 10) Rottura; 11) Scollamenti tra membrane, sfaldature.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.08.02** | **Parapetti ed elementi di coronamento** | | |
| 01.08.02.C01 | Controllo: Controllo dello stato<br>*Controllo dei parapetti ed elementi di coronamento con particolare attenzione alla loro integrità e stabilità. Controllare periodicamente l'integrità delle superfici dei rivestimenti attraverso valutazioni visive mirate a riscontrare anomalie evidenti.*<br>Requisiti da verificare: *1) Impermeabilità ai liquidi; 2) Resistenza al vento; 3) Resistenza all'acqua; 4) Resistenza meccanica per parapetti ed elementi di coronamento.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Decolorazione; 3) Deformazione; 4) Deposito superficiale; 5) Disgregazione; 6) Distacco; 7) Efflorescenze; 8) Erosione superficiale; 9) Fessurazioni, microfessurazioni; 10) Mancanza; 11) Patina biologica; 12) Penetrazione di umidità; 13) Presenza di vegetazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.08.03** | **Strato di continuità** | | |
| 01.08.03.C01 | Controllo: Controllo dello stato<br>*Controllare le condizioni della superficie del manto ponendo particolare attenzione alla presenza di eventuali ristagni di acqua e di vegetazione sopra la tenuta.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza al fuoco; 2) Resistenza al vento; 3) Resistenza all'acqua; 4)* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione; 2) Deliminazione e scagliatura; 3) Deposito superficiale; 4) Disgregazione; 5) Dislocazione di elementi; 6) Distacco; 7) Errori di pendenza; 8) Fessurazioni, microfessurazioni; 9) Mancanza elementi; 10) Penetrazione e ristagni d'acqua; 11) Presenza di vegetazione; 12) Rottura.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | | |
| **01.08.04** | **Strato di protezione in pitture protettive** | | |
| 01.08.04.C01 | Controllo: Controllo del manto<br>*Controllare le condizioni dello strato di protezione in pitture protettive ponendo particolare attenzione in corrispondenza dei canali di gronda e delle linee di compluvio. Verifica dell'assenza di eventuali anomalie. Controllare la tenuta della guaina, ove ispezionabile, in corrispondenza di lucernari, botole, pluviali, in genere, e nei punti di discontinuità della guaina. Controllo delle giunzioni, dei risvolti, di eventuali scollamenti di giunti e fissaggi.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 2) Impermeabilità ai liquidi per strato di protezione in pitture protettive; 3) Isolamento termico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Disgregazione; 2) Fessurazioni, microfessurazioni; 3) Imbibizione; 4) Penetrazione e ristagni d'acqua; 5) Presenza di abrasioni, bolle, rigonfiamenti, incisioni superficiali; 6) Rottura; 7) Scollamenti tra membrane, sfaldature.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.08.05** | **Strato di tenuta con membrane bituminose** | | |
| 01.08.05.C01 | Controllo: Controllo impermeabilizzazione<br>*Controllare la tenuta della guaina, ove ispezionabile, in corrispondenza di lucernari, botole, pluviali, in genere, e nei punti di discontinuità della guaina. Controllare l'assenza di anomalie (fessurazioni, bolle, scorrimenti, distacchi, ecc.) Controllo delle giunzioni, dei risvolti, di eventuali scollamenti di giunti e fissaggi. Controllare l'assenza di depositi e ristagni d'acqua.*<br>Requisiti da verificare: *1) Impermeabilità ai liquidi per strato di tenuta con membrane bituminose; 2) Resistenza agli agenti aggressivi per strato di tenuta con membrane bituminose; 3) Resistenza all'acqua; 4) Resistenza all'irraggiamento solare per strato di tenuta con membrane bituminose.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazioni superficiali; 2) Deformazione; 3) Disgregazione; 4) Distacco; 5) Distacco dei risvolti; 6) Fessurazioni, microfessurazioni; 7) Imbibizione; 8) Incrinature; 9) Infragilimento e porosizzazione della membrana; 10) Penetrazione e ristagni d'acqua; 11) Presenza di abrasioni, bolle, rigonfiamenti, incisioni superficiali; 12) Rottura; 13) Scollamenti tra membrane, sfaldature; 14) Sollevamenti.*<br>Ditte specializzate: *Impermeabilizzatore, Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

## 01.09 - OE-Solai

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.09.01** | **Solai in c.a. e laterizio** | | |
| 01.09.01.C01 | Controllo: Controllo strutture<br>*Controllo delle parti in vista finalizzato alla ricerca di anomalie che possano anticipare l'insorgenza di fenomeni di dissesto e/o cedimenti strutturali (fessurazioni, lesioni, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della freccia massima; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Avvallamenti o pendenze anomale dei pavimenti; 2) Disgregazione; 3) Distacco; 4) Esposizione dei ferri di armatura; 5) Fessurazioni; 6) Lesioni; 7) Mancanza; 8) Penetrazione di umidità.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

## 01.10 - OE-Pavimentazioni esterne

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.10.01** | **Rivestimenti cementizi-bituminosi** | | |
| 01.10.01.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di conservazione delle finiture e verifica del grado di usura o di erosione delle parti in vista ed in particolare dei giunti. Controllare l'uniformità dell'aspetto cromatico delle superfici. Riscontro di eventuali anomalie (depositi, macchie, graffiti, presenza di vegetazione, efflorescenze, microfessurazioni, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture; 2) Resistenza agli agenti aggressivi; 3) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Degrado sigillante; 3) Deposito superficiale; 4) Disgregazione; 5) Distacco; 6) Erosione superficiale; 7) Fessurazioni; 8) Macchie e graffiti; 9) Mancanza; 10) Perdita di elementi; 11) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.10.02** | **Rivestimenti ceramici** | | |
| 01.10.02.C01 | Controllo: Controllo generale delle parti a vista<br>*Controllo dello stato di conservazione delle finiture e verifica del grado di usura, di erosione e di brillantezza delle parti in vista ed in particolare dei giunti. Controllare l'uniformità dell'aspetto cromatico delle superfici e verifica della planarità generale. Riscontro di eventuali anomalie (depositi, macchie, graffiti, abrasioni, efflorescenze, microfessurazioni, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza agli agenti aggressivi; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Degrado sigillante; 3) Deposito superficiale; 4) Disgregazione; 5) Distacco; 6) Erosione superficiale; 7) Fessurazioni; 8) Macchie e graffiti; 9) Mancanza; 10) Perdita di elementi; 11) Scheggiature; 12) Sollevamento e distacco dal supporto.*<br>Ditte specializzate: *Pavimentista.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

## 01.11 - OE-Scale e rampe

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.11.01** | **Strutture in acciaio** | | |
| 01.11.01.C01 | Controllo: Controllo balaustre e corrimano<br>*Controllo periodico delle condizioni estetiche delle superfici delle balaustre e dei corrimano (macchie, sporco, abrasioni, ecc.). Verifica della loro stabilità e del corretto serraggio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza all'usura; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Deformazione; 3) Lesioni.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.11.01.C02 | Controllo: Controllo strutture<br>*Controllo periodico delle parti in vista finalizzato alla ricerca di anomalie (fenomeni di disgregazioni, scaglionature, fessurazioni, distacchi, esposizione dei ferri d'armatura, processi di carbonatazione del cls, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Deformazione; 3) Lesioni.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.11.01.C03 | Controllo: Controllo rivestimenti pedate e alzate<br>*Controllo periodico delle condizioni estetiche delle superfici dei rivestimenti costituenti pedate ed alzate. Verifica di eventuale presenza di macchie, sporco, efflorescenze, abrasioni, ecc..*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza all'usura; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Deformazione; 3) Lesioni.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.11.02** | **Strutture in c.a.** | | |
| 01.11.02.C01 | Controllo: Controllo balaustre e corrimano<br>*Controllo periodico delle condizioni estetiche delle superfici delle balaustre e dei corrimano (macchie, sporco, abrasioni, ecc.). Verifica della loro stabilità e del corretto serraggio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza all'usura; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alveolizzazione; 2) Cavillature superficiali; 3) Decolorazione; 4) Deposito superficiale; 5) Disgregazione; 6) Distacco; 7) Efflorescenze; 8) Erosione superficiale; 9) Esfoliazione; 10) Esposizione dei ferri di armatura; 11) Fessurazioni; 12) Penetrazione di umidità; 13) Macchie e graffiti; 14) Mancanza; 15) Patina biologica; 16) Polverizzazione; 17) Presenza di vegetazione; 18) Rigonfiamento; 19) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Muratore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.11.02.C02 | Controllo: Controllo strutture<br>*Controllo periodico delle parti in vista finalizzato alla ricerca di anomalie (fenomeni di disgregazioni, scaglionature, fessurazioni, distacchi, esposizione dei ferri d'armatura, processi di carbonatazione del cls, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza agli agenti aggressivi; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alveolizzazione; 2) Cavillature superficiali; 3) Decolorazione; 4) Deposito superficiale; 5) Disgregazione; 6) Distacco; 7) Efflorescenze; 8) Erosione superficiale; 9) Esfoliazione; 10) Esposizione dei ferri di armatura; 11) Fessurazioni; 12) Penetrazione di umidità; 13) Macchie e graffiti; 14) Mancanza; 15) Patina biologica; 16) Polverizzazione; 17) Presenza di vegetazione; 18) Rigonfiamento; 19) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.11.02.C03 | Controllo: Controllo rivestimenti pedate e alzate<br>*Controllo periodico delle condizioni estetiche delle superfici dei rivestimenti costituenti pedate ed alzate. Verifica di eventuale presenza di macchie, sporco, efflorescenze, abrasioni, ecc..* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Requisiti da verificare: *1) Resistenza all'usura; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alveolizzazione; 2) Cavillature superficiali; 3) Decolorazione; 4) Deposito superficiale; 5) Disgregazione; 6) Distacco; 7) Efflorescenze; 8) Erosione superficiale; 9) Esfoliazione; 10) Esposizione dei ferri di armatura; 11) Fessurazioni; 12) Penetrazione di umidità; 13) Macchie e graffiti; 14) Mancanza; 15) Patina biologica; 16) Polverizzazione; 17) Presenza di vegetazione; 18) Rigonfiamento; 19) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Muratore.* | | |

## 01.12 - OE-Recinzioni e cancelli

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.12.01** | **Cancelli in ferro** | | |
| 01.12.01.C02 | Controllo: Controllo organi apertura-chiusura<br>*Controllo periodico degli organi di apertura e chiusura con verifica delle fasi di movimentazioni e di perfetta aderenza delle parti fisse con quelle mobili. Controllo dei dispositivi di arresto e/o fermo del cancello al cessare dell'alimentazione del motore. Controllo dell'arresto automatico del gruppo di azionamento nelle posizioni finali di apertura-chiusura. Verifica dell'efficienza d'integrazione con gli automatismi a distanza.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza a manovre false e violente.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Non ortogonalità.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Aggiornamento | ogni 4 mesi |
| 01.12.01.C01 | Controllo: Controllo elementi a vista<br>*Controllo periodico del grado di finitura e di integrità degli elementi in vista. Ricerca di eventuali anomalie e/o causa di usura.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Deformazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Aggiornamento | ogni anno |
| **01.12.02** | **Recinzioni in elementi prefabbricati** | | |
| 01.12.02.C01 | Controllo: Controllo elementi a vista<br>*Controllo periodico del grado di finitura e di integrità degli elementi in vista. Ricerca di eventuali anomalie causa di usura.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Fessurazioni; 2) Erosione superficiale; 3) Distacco.*<br>Ditte specializzate: *Muratore.* | Aggiornamento | ogni 3 anni |

## 01.13 - OE-Strade

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.13.01** | **Canalette** | | |
| 01.13.01.C01 | Controllo: Controllo canalizzazioni<br>*Controllo dello stato di usura e di pulizia delle canalizzazioni, dei collettori e degli altri elementi ispezionabili. Controllo strumentale (endoscopia) delle parti non ispezionabili.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di pendenza; 2) Mancanza deflusso acque meteoriche; 3) Presenza di vegetazione; 4) Rottura.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 3 mesi |
| **01.13.02** | **Carreggiata** | | |
| 01.13.02.C01 | Controllo: Controllo carreggiata<br>*Controllo dello stato generale. Verifica dell'assenza di eventuali buche e/o altre anomalie (cedimenti, sollevamenti, difetti di pendenza, fessurazioni, ecc.). Controllo dello stato dei giunti. Controllo dell'integrità della striscia di segnaletica di margine verso la banchina.*<br>Requisiti da verificare: *1) Accessibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Buche; 2) Cedimenti; 3) Sollevamento; 4) Usura manto stradale.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni mese |
| **01.13.03** | **Cunette** | | |
| 01.13.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo visivo dello stato e verifica dell'assenza di depositi e fogliame atti ad impedire il normale deflusso delle acque meteoriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di pendenza; 2) Mancanza deflusso acque meteoriche; 3) Presenza di vegetazione; 4) Rottura.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 3 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.13.04** | **Marciapiede** | | |
| 01.13.04.C01 | Controllo: Controllo pavimentazione<br>*Controllo dello stato generale al fine di verifica l'assenza di eventuali buche e/o altre anomalie (mancanza di elementi, sollevamenti, difetti di pendenza, fessurazioni, presenza di vegetazione, ecc.) che possono rappresentare pericolo per la sicurezza ed incolumità delle persone. Controllo dello stato dei bordi e dei materiali lapidei stradali. Controllo dello stato di pulizia e verificare l'assenza di depositi e di eventuali ostacoli.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Buche; 2) Deposito; 3) Distacco; 4) Mancanza; 5) Presenza di vegetazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni mese |
| **01.13.05** | **Pavimentazione stradale in bitumi** | | |
| 01.13.05.C01 | Controllo: Controllo manto stradale<br>*Controllo dello stato generale. Verifica dell'assenza di eventuali anomalie della pavimentazione (buche, cedimenti, sollevamenti, difetti di pendenza, fessurazioni, ecc.).*<br>Requisiti da verificare: *1) Accettabilità della classe.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Buche; 2) Difetti di pendenza; 3) Distacco; 4) Fessurazioni; 5) Sollevamento; 6) Usura manto stradale.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 3 mesi |

## 01.14 - OEC-Parcheggi

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.14.01** | **Delimitazioni** | | |
| 01.14.01.C01 | Controllo: Controllo dello stato<br>*Controllare periodicamente le condizioni e l'integrità delle delimitazioni. Controllare l'aspetto cromatico ed in particolare la consistenza dei colori corrispondenti alle diverse simbologie.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Usura.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 6 mesi |
| **01.14.02** | **Segnaletica** | | |
| 01.14.02.C01 | Controllo: Controllo dello stato<br>*Controllare periodicamente le condizioni e l'integrità dei simboli. Controllare l'aspetto cromatico ed in particolare la consistenza dei colori corrispondenti alle diverse simbologie. Controllare l'efficienza della segnaletica ed in particolare la visibilità in condizioni diverse (diurne, notturne, con luce artificiale, con nebbia, ecc.). Controllare la disposizione dei segnali in funzione della logica e disciplina di circolazione dell'utenza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Usura .*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 6 mesi |

## 01.15 - OE-Segnaletica stradale verticale

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.15.01** | **Cartelli segnaletici** | | |
| 01.15.01.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare l'assenza di eventuali anomalie. Controllare l'aspetto cromatico ed in particolare la consistenza dei colori corrispondenti alle diverse simbologie. Controllare l'efficienza della segnaletica ed in particolare la visibilità in condizioni diverse (diurne, notturne, con luce artificiale, con nebbia, ecc.). Controllare la disposizione dei segnali in funzione della logica e disciplina di circolazione dell'utenza anche in funzione dei piani di traffico stradale.*<br>Requisiti da verificare: *1) Percettibilità; 2) Rinfrangenza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione Cromatica; 2) Corrosione; 3) Usura .*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 3 mesi |
| **01.15.02** | **Sostegni, supporti e accessori vari** | | |
| 01.15.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare l'assenza di eventuali anomalie. In particolare verificare la corretta stabilità dei supporti a cartelli e/o pannelli segnaletici.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Instabilità dei supporti; 2) Mancanza.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 6 mesi |

# 01.16 - OE-Aree a verde

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.16.01** | **Alberi** | | |
| 01.16.01.C02 | Controllo: Controllo malattie<br>*Controllo periodico delle piante al fine di rilevare eventuali attacchi di malattie o parassiti dannosi alla loro salute. Identificazione dei parassiti e delle malattie a carico delle piante per pianificare i successivi interventi e/o trattamenti antiparassitari. Il controllo va eseguito da personale esperto (botanico, agronomo, ecc.).* | Aggiornamento | ogni settimana |
| 01.16.01.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo periodico delle piante al fine di rilevarne quelle appassite e deperite.*<br>Requisiti da verificare: *1) Integrazione degli spazi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Crescita confusa; 2) Presenza di insetti.*<br>Ditte specializzate: *Giardiniere, Specializzati vari.* | Aggiornamento | ogni 6 mesi |
| **01.16.02** | **Arbusti e cespugli** | | |
| 01.16.02.C02 | Controllo: Controllo malattie<br>*Controllo periodico delle piante al fine di rilevare eventuali attacchi di malattie o parassiti dannosi alla loro salute. Identificazione dei parassiti e delle malattie a carico delle piante per pianificare i successivi interventi e/o trattamenti antiparassitari. Il controllo va eseguito da personale esperto (botanico, agronomo, ecc.).*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Malattie a carico delle piante; 2) Presenza di insetti.*<br>Ditte specializzate: *Giardiniere, Specializzati vari.* | Aggiornamento | ogni settimana |
| 01.16.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo periodico delle piante al fine di rilevarne quelle appassite e deperite.*<br>Requisiti da verificare: *1) Integrazione degli spazi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Crescita confusa.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari, Giardiniere.* | Aggiornamento | ogni 6 mesi |
| **01.16.03** | **Siepi** | | |
| 01.16.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo periodico delle piante al fine di rilevarne quelle appassite e deperite.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Crescita confusa; 2) Malattie a carico delle piante.*<br>Ditte specializzate: *Giardiniere.* | Controllo | ogni settimana |
| 01.16.03.C02 | Controllo: Controllo malattie<br>*Controllo periodico delle siepi al fine di rilevare eventuali attacchi di malattie o parassiti dannosi alla loro salute. Identificazione dei parassiti e delle malattie a carico delle piante per pianificare i successivi interventi e/o trattamenti antiparassitari. Il controllo va eseguito da personale esperto (botanico, agronomo, ecc.).*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Malattie a carico delle piante.*<br>Ditte specializzate: *Giardiniere, Specializzati vari.* | Controllo | ogni 6 mesi |
| **01.16.04** | **Ammendanti, correttivi e fitofarmaci** | | |
| 01.16.04.C01 | Controllo: Controllo prodotto<br>*Controllo delle indicazioni riportate circa la composizione del prodotto, la provenienza, la classe di tossicità, la data di confezionamento e di scadenza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione della composizione.*<br>Ditte specializzate: *Giardiniere, Specializzati vari.* | Controllo | quando occorre |
| **01.16.05** | **Elettrovalvole** | | |
| 01.16.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Eseguire un controllo generale delle valvole verificando il buon funzionamento delle guarnizioni, delle cerniere e delle molle.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Anomalie delle molle; 3) Difetti delle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Giardiniere.* | Aggiornamento | ogni mese |
| **01.16.06** | **Fertilizzanti** | | |
| 01.16.06.C01 | Controllo: Controllo prodotto<br>*Controllo delle indicazioni riportate circa la composizione del prodotto, le date di confezionamento e di scadenza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Inefficacia della composizione.* | Controllo | quando occorre |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Ditte specializzate: *Giardiniere, Specializzati vari.* | | |
| **01.16.07** | **Irrigatori statici** | | |
| 01.16.07.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la corretta posizione degli irrigatori controllando che non vi siano ostacoli che impediscono il getto dell'acqua. Verificare la tenuta delle valvole e la funzionalità delle molle.*<br>Requisiti da verificare: *1)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Ostruzioni; 2) Difetti di connessione; 3) Anomalie delle molle; 4) Anomalie delle guarnizioni; 5) Difetti delle frizioni; 6) Difetti delle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Giardiniere.* | Aggiornamento | ogni mese |
| **01.16.08** | **Programmatori elettromeccanici** | | |
| 01.16.08.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità con particolare attenzione allo stato degli interblocchi elettrici con prova delle manovre di apertura e chiusura.*<br>Requisiti da verificare: *1)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie del trasformatore; 2) Difetti agli interruttori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.16.08.C02 | Controllo: Verifica interruttori<br>*Verificare l'efficienza degli interruttori.*<br>Requisiti da verificare: *1)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti agli interruttori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista, Giardiniere.* | Ispezione a vista | ogni mese |
| **01.16.09** | **Rubinetti** | | |
| 01.16.09.C01 | Controllo: Verifica rubinetti<br>*Verifica e sistemazione dell'insieme dei rubinetti.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza a manovre e sforzi d'uso; 2)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 2) Alterazione del rivestimento; 3) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.16.10** | **Tubi in polietilene** | | |
| 01.16.10.C01 | Controllo: Controllo generale tubazioni<br>*Verificare le caratteristiche principali delle tubazioni con particolare riguardo a:*<br>*-tenuta delle congiunzioni a flangia; -giunti per verificare la presenza di lesioni o di sconnessioni; -la stabilità de sostegni dei tubi; -presenza di acqua di condensa; -coibentazione dei tubi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazioni cromatiche; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 3) Errori di pendenza; 4) Deformazione.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |

# 01.17 - OI-Impianto elettrico

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.17.01** | **Canalizzazioni in PVC** | | |
| 01.17.01.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità dei contenitori a vista, dei coperchi delle cassette e delle scatole di passaggio. Verificare inoltre la presenza delle targhette nelle morsetterie.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrico; 2) Resistenza meccanica; 3) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti agli interruttori; 2) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.17.02** | **Contattore** | | |
| 01.17.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che i fili siano ben serrati dalle viti e che i cavi siano ben sistemati nel coperchio passacavi. Nel caso di eccessivo rumore smontare il contattore e verificare lo stato di pulizia delle superfici dell'elettromagnete e della bobina.*<br>Requisiti da verificare: *1) Limitazione dei rischi di intervento.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie della bobina; 2) Anomalie del circuito magnetico; 3) Anomalie della molla; 4) Anomalie delle viti serrafili; 5) Difetti dei passacavo; 6) Anomalie dell'elettromagnete; 7) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.17.02.C02 | Controllo: Verifica tensione<br>*Misurare la tensione ai morsetti di arrivo utilizzando un voltmetro.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie dell'elettromagnete.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione strumentale | ogni anno |
| **01.17.03** | **Fusibili** | | |
| 01.17.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la corretta posizione ed il tipo di fusibile installato. Controllare che le connessioni siano efficienti e pulite.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di funzionamento; 2) Depositi vari; 3) Umidità.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.17.04** | **Gruppi di continuità** | | |
| 01.17.04.C01 | Controllo: Controllo generale inverter<br>*Verificare lo stato di funzionamento del quadro di parallelo invertitori misurando alcuni parametri quali le tensioni, le correnti e le frequenze di uscita dall'inverter. Effettuare le misurazioni della potenza in uscita su inverter-rete.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione strumentale | ogni 2 mesi |
| 01.17.04.C02 | Controllo: Verifica batterie<br>*Verificare l'efficienza delle batterie del gruppo di continuità mediante misura della tensione con la batteria quasi scarica; verificare i livelli del liquido e lo stato dei morsetti.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo | ogni 2 mesi |
| **01.17.05** | **Gruppi elettrogeni** | | |
| 01.17.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità dei gruppi elettrogeni, con particolare attenzione al livello dell'acqua, alla tensione delle cinghie, al sistema automatico di rabbocco dell'olio. Controllo della tensione della batteria di avviamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 3) Attitudine a limitare i rischi di incendio; 4) Impermeabilità ai liquidi; 5) Isolamento elettrico; 6) Limitazione dei rischi di intervento; 7) Montabilità/Smontabilità; 8) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Difetti agli interruttori; 3) Difetti di taratura; 4) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista, Meccanico.* | Controllo a vista | ogni 2 mesi |
| 01.17.05.C02 | Controllo: Controllo generale alternatore<br>*Simulare una mancanza di rete per verificare l'avviamento automatico dell'alternatore; durante questa operazione rilevare una serie di dati (tensione di uscita, corrente di uscita ecc.) e confrontarli con quelli prescritti dal costruttore.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione strumentale | ogni 2 mesi |
| 01.17.05.C03 | Controllo: Verifica apparecchiature ausiliare del gruppo<br>*Verificare l'efficienza delle lampade di segnalazione, delle spie di segnalazione, dello stato dei contatti fissi. Verificare il corretto funzionamento della pompa di alimentazione del combustibile.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo | ogni 2 mesi |
| **01.17.06** | **Interruttori** | | |
| 01.17.06.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la corretta pressione di serraggio delle viti e delle placchette, e dei coperchi delle cassette. Verificare che ci sia un buon livello di isolamento e di protezione (livello minimo di protezione da assicurare è IP54) onde evitare corto circuiti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 2) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 3) Comodità di uso e manovra; 4) Impermeabilità ai liquidi; 5) Isolamento elettrico; 6) Limitazione dei rischi di intervento; 7) Montabilità/Smontabilità; 8) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Difetti agli interruttori; 3) Difetti di taratura; 4) Disconnessione dell'alimentazione; 5) Surriscaldamento; 6) Anomalie degli sganciatori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.17.07** | **Motori** | | |
| 01.17.07.C01 | Controllo: Controllo della tensione<br>*Effettuare una verifica dei valori della tensione di alimentazione per evitare sovraccarichi.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Aumento della temperatura; 2) Sovraccarico.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione strumentale | ogni 6 mesi |
| 01.17.07.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che il motore giri correttamente e che il livello del rumore prodotto non sia eccessivo. Controllare che non si verifichino giochi o cigolii.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie del rotore; 2) Difetti di marcia; 3) Difetti di serraggio; 4) Difetti dello statore; 5) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.17.08** | **Prese e spine** | | |
| 01.17.08.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la corretta pressione di serraggio delle viti e delle placchette, e dei coperchi delle cassette. Verificare che ci sia un buon livello di isolamento e di protezione (livello minimo di protezione da assicurare è IP54) onde evitare corto circuiti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 2) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 3) Comodità di uso e manovra; 4) Impermeabilità ai liquidi; 5) Isolamento elettrico; 6) Limitazione dei rischi di intervento; 7) Montabilità/Smontabilità; 8) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Difetti agli interruttori; 3) Difetti di taratura; 4) Disconnessione dell'alimentazione; 5) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.17.09** | **Quadri di bassa tensione** | | |
| 01.17.09.C01 | Controllo: Controllo centralina di rifasamento<br>*Verificare il corretto funzionamento della centralina di rifasamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie dell'impianto di rifasamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 2 mesi |
| 01.17.09.C03 | Controllo: Verifica messa a terra<br>*Verificare l'efficienza dell'impianto di messa a terra dei quadri.*<br>Requisiti da verificare: *1) Limitazione dei rischi di intervento; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie dei contattori; 2) Anomalie dei magnetotermici.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo | ogni 2 mesi |
| 01.17.09.C02 | Controllo: Verifica dei condensatori<br>*Verificare l'integrità dei condensatori di rifasamento e dei contattori.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie dell'impianto di rifasamento; 2) Anomalie dei contattori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| 01.17.09.C04 | Controllo: Verifica protezioni<br>*Verificare il corretto funzionamento dei fusibili, degli interruttori automatici e dei relè termici.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie dei fusibili; 2) Anomalie dei magnetotermici; 3) Anomalie dei relè.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.17.10** | **Quadri di media tensione** | | |
| 01.17.10.C03 | Controllo: Verifica batterie<br>*Verificare il corretto funzionamento del carica batteria di alimentazione secondaria.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie delle batterie.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni settimana |
| 01.17.10.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità con particolare attenzione allo stato degli interblocchi elettrici con prova delle manovre di apertura e chiusura. Verificare la corretta pressione di serraggio delle lame dei sezionatori e delle bobine dei circuiti di sgancio degli interruttori di manovra sezionatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 2) (Attitudine al)* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *controllo delle dispersioni elettriche; 3) Attitudine a limitare i rischi di incendio; 4) Impermeabilità ai liquidi; 5) Isolamento elettrico; 6) Limitazione dei rischi di intervento; 7) Montabilità/Smontabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Difetti agli interruttori; 3) Difetti di taratura; 4) Disconnessione dell'alimentazione; 5) Anomalie delle batterie; 6) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | | |
| 01.17.10.C02 | Controllo: Verifica apparecchiature di taratura e controllo<br>*Verificare l'efficienza delle lampade di segnalazione, delle spie di segnalazione dei sezionatori di linea.*<br>Requisiti da verificare: *1) Limitazione dei rischi di intervento; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura; 2) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.17.10.C04 | Controllo: Verifica delle bobine<br>*Verificare l'integrità delle bobine dei circuiti di sgancio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti degli organi di manovra; 2) Difetti agli interruttori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni anno |
| 01.17.10.C05 | Controllo: Verifica interruttori<br>*Verificare l'efficienza degli isolatori di poli degli interruttori a volume d'olio ridotto. Verificare il regolare funzionamento dei motori, dei relè, dei blocchi a chiave, dei circuiti ausiliari; controllare il livello dell'olio degli interruttori a volume d'olio ridotto e la pressione del gas ad interruttore a freddo.*<br>Requisiti da verificare: *1) Impermeabilità ai liquidi; 2) Isolamento elettrico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti agli interruttori; 2) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.17.11** | **Relè a sonde** | | |
| 01.17.11.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare il corretto serraggio dei fili nei rispettivi serrafili e la corretta posizione della sonda. Controllare che tutti i dispositivi di regolazione e comando siano funzionanti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie del collegamento; 2) Anomalie delle sonde; 3) Anomalie dei dispositivi di comando; 4) Corto circuito; 5) Difetti di regolazione; 6) Difetti di serraggio; 7) Mancanza dell'alimentazione; 8) Sbalzi della temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.17.12** | **Relè termici** | | |
| 01.17.12.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare il corretto serraggio dei fili nei rispettivi serrafili. Controllare che tutti i dispositivi di regolazione e comando siano funzionanti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie dei dispositivi di comando; 2) Difetti di regolazione; 3) Difetti di serraggio.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.17.13** | **Sezionatore** | | |
| 01.17.13.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la funzionalità dei dispositivi di manovra dei sezionatori. Verificare che ci sia un buon livello di isolamento e di protezione (livello minimo di protezione da assicurare è IP54) onde evitare corto circuiti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 2) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 3) Comodità di uso e manovra; 4) Impermeabilità ai liquidi; 5) Isolamento elettrico; 6) Limitazione dei rischi di intervento; 7) Montabilità/Smontabilità; 8) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Difetti ai dispositivi di manovra; 3) Difetti di taratura; 4) Surriscaldamento; 5) Anomalie degli sganciatori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.17.14** | **Trasformatori in liquido isolante** | | |
| 01.17.14.C01 | Controllo: Controllo avvolgimenti<br>*Verificare l'isolamento degli avvolgimenti tra di loro e contro massa misurando i valori caratteristici.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle scariche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie degli isolatori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione | ogni anno |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.17.14.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale del trasformatore ed in particolare: -gli isolatori; -le sonde termiche; -i termoregolatori. Verificare inoltre lo stato della vernice di protezione e che non ci siano perdite di olio.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle scariche; 2) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 3) Protezione termica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie degli isolatori; 2) Anomalie delle sonde termiche; 3) Anomalie dello strato protettivo; 4) Anomalie dei termoregolatori; 5) Difetti delle connessioni; 6) Vibrazioni; 7) Perdite di olio.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni anno |
| 01.17.14.C03 | Controllo: Controllo vasca olio<br>*Verificare che la vasca di raccolta dell'olio sia efficiente e controllare che il tubo di collegamento tra la vasca e il pozzetto non sia intasato.*<br>Requisiti da verificare: *1) Protezione termica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdite di olio.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione | ogni anno |
| **01.17.15** | **Trasformatori a secco** | | |
| 01.17.15.C01 | Controllo: Controllo avvolgimenti<br>*Verificare l'isolamento degli avvolgimenti tra di loro e contro massa misurando i valori caratteristici.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie degli isolatori.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione | ogni anno |
| 01.17.15.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale del trasformatore ed in particolare: -gli isolatori; -le sonde termiche; -i termoregolatori. Verificare inoltre lo stato della vernice di protezione e che non ci siano depositi di polvere e di umidità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie degli isolatori; 2) Anomalie delle sonde termiche; 3) Anomalie dello strato protettivo; 4) Anomalie dei termoregolatori; 5) Difetti delle connessioni; 6) Vibrazioni; 7) Depositi di polvere; 8) Umidità.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni anno |
| **01.17.16** | **Canali in lamiera.** | | |
| 01.17.16.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità dei canali e degli eventuali contenitori a vista, dei coperchi delle cassette e delle scatole di passaggio. Verificare inoltre la presenza delle targhette nelle morsetterie.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Incrostazione; 2) Deformazione; 3) Corrosione; 4) Fessurazione; 5) Fratturazione; 6) Non planarità; 7) Deposito superficiale.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni settimana |

## 01.18 - OI-Impianto di messa a terra

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.18.01** | **Conduttori di protezione** | | |
| 01.18.01.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare con controlli a campione che i conduttori di protezione arrivino fino al nodo equipotenziale.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di connessione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione strumentale | ogni mese |
| **01.18.02** | **Sistema di dispersione** | | |
| 01.18.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che i componenti (quali connessioni, pozzetti, capicorda, ecc.) del sistema di dispersione siano in buone condizioni e non ci sia presenza di corrosione di detti elementi. Verificare inoltre la presenza dei cartelli indicatori degli schemi elettrici.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosioni.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.18.03** | **Sistema di equipotenzializzazione** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.18.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che i componenti (quali conduttori, ecc.) siano in buone condizioni. Verificare inoltre che siano in buone condizioni i serraggi dei bulloni.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Difetti di serraggio.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |

# 01.19 - OI-Impianto di illuminazione

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.19.01** | **Diffusori** | | |
| 01.19.01.C01 | Controllo: Verifica generale<br>*Verificare la corretta posizione e l'integrità superficiale del diffusore.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deposito superficiale; 2) Difetti di tenuta; 3) Rotture.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Verifica | ogni 3 mesi |
| **01.19.02** | **Lampade a ioduri metallici** | | |
| 01.19.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità delle lampadine.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso; 2) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 4) Accessibilità; 5) Assenza di emissioni di sostanze nocive; 6) Comodità di uso e manovra; 7) Efficienza luminosa; 8) Identificabilità; 9) Impermeabilità ai liquidi; 10) Isolamento elettrico; 11) Limitazione dei rischi di intervento; 12) Regolabilità; 13) Resistenza meccanica; 14) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Abbassamento livello di illuminazione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.19.03** | **Lampade ad incandescenza** | | |
| 01.19.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità delle lampadine*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso; 2) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 4) Accessibilità; 5) Comodità di uso e manovra; 6) Efficienza luminosa; 7) Identificabilità; 8) Impermeabilità ai liquidi; 9) Isolamento elettrico; 10) Limitazione dei rischi di intervento; 11) Montabilità/Smontabilità; 12) Regolabilità; 13) Resistenza meccanica; 14) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Abbassamento livello di illuminazione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.19.04** | **Lampade alogene** | | |
| 01.19.04.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità delle lampadine.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso; 2) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 4) Accessibilità; 5) Assenza di emissioni di sostanze nocive; 6) Comodità di uso e manovra; 7) Efficienza luminosa; 8) Identificabilità; 9) Impermeabilità ai liquidi; 10) Isolamento elettrico; 11) Limitazione dei rischi di intervento; 12) Montabilità/Smontabilità; 13) Regolabilità; 14) Resistenza meccanica; 15) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Abbassamento livello di illuminazione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.19.05** | **Lampade fluorescenti** | | |
| 01.19.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità delle lampadine.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso; 2) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 4) Accessibilità; 5) Comodità di uso e manovra; 6) Efficienza luminosa; 7) Identificabilità; 8) Impermeabilità ai liquidi; 9) Isolamento elettrico; 10) Limitazione dei rischi di intervento; 11) Montabilità/Smontabilità; 12) Regolabilità; 13) Resistenza meccanica; 14) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Abbassamento livello di illuminazione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.19.06** | **Testaletto** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.19.06.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità delle lampade, delle prese e degli interruttori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso; 2) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di isolamento.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.19.07** | **Lampioni singoli** | | |
| 01.19.07.C01 | Controllo: Controllo corpi illuminanti<br>*Verificare l'efficienza dei reattori, starter, condensatori, lampade ed altri accessori.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di messa a terra; 2) Difetti di stabilità.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione | ogni 3 mesi |
| 01.19.07.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dell'integrità dei pali verificando lo stato di tenuta del rivestimento, delle connessioni e dell'ancoraggio a terra.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di messa a terra; 2) Difetti di serraggio; 3) Difetti di stabilità; 4) Decolorazione; 5) Patina biologica; 6) Deposito superficiale.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 3 mesi |
| **01.19.08** | **Pali per l'illuminazione** | | |
| 01.19.08.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità dei pali per l'illuminazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Montabilità/Smontabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazione cromatica; 2) Anomalie del rivestimento; 3) Deposito superficiale; 4) Difetti di stabilità; 5) Infracidamento; 6) Patina biologica.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 2 anni |
| **01.19.09** | **Riflettori** | | |
| 01.19.09.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare la corretta posizione dei riflettori e l'integrità delle lampadine. Verificare la pulizia della superficie dei riflettori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del flusso luminoso; 2) (Attitudine al) controllo della condensazione interstiziale; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 4) Accessibilità; 5) Assenza di emissioni di sostanze nocive; 6) Comodità di uso e manovra; 7) Efficienza luminosa; 8) Identificabilità; 9) Impermeabilità ai liquidi; 10) Isolamento elettrico; 11) Limitazione dei rischi di intervento; 12) Montabilità/Smontabilità; 13) Regolabilità; 14) Resistenza meccanica; 15) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Abbassamento livello di illuminazione; 2) Depositi superficiali; 3) Difetti di ancoraggio.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |

# 01.20 - OI-Impianto di protezione contro le scariche atmosferiche

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.20.01** | **Calate** | | |
| 01.20.01.C01 | Controllo: Controllo degli ancoraggi delle calate<br>*Verificare che i componenti del sistema delle calate siano ben agganciati tra di loro, che i bulloni siano serrati e che vi siano gli anelli di collegamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di ancoraggio.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 2 anni |
| 01.20.01.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che i componenti del sistema delle calate siano in buone condizioni e che siano stati disposti ad interasse medio di 25 m.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 2 anni |
| **01.20.02** | **Sistema di dispersione** | | |
| 01.20.02.C01 | *lettricista* | Ispezione | ogni 2 anni |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Controllo: Controllo della tensione di passo<br>*Verificare che i componenti del sistema siano in buone condizioni e che pertanto siano rispettati i valori della tensione di passo.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | strumentale | |
| 01.20.02.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che i componenti del sistema delle calate siano in buone condizioni. Verificare che siano indicati i valori di resistività del terreno.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione a vista | ogni 2 anni |

## 01.21 - OI-Impianto telefonico e citofonico

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.21.01** | **Alimentatori** | | |
| 01.21.01.C01 | Controllo: Controllo alimentazione<br>*Verificare gli alimentatori effettuando delle misurazioni della tensione in ingresso e in uscita. Verificare che gli accumulatori siano funzionanti, siano carichi e non ci siano problemi di isolamento elettrico.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrostatico; 2) Resistenza a cali di tensione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione; 2) Difetti di tenuta dei morsetti; 3) Perdita di carica accumulatori.*<br>Ditte specializzate: *Telefonista.* | Ispezione strumentale | ogni 6 mesi |
| **01.21.02** | **Apparecchi telefonici** | | |
| 01.21.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare la funzionalità degli apparecchi telefonici.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione; 2) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Telefonista.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.21.03** | **Centrale telefonica** | | |
| 01.21.03.C01 | Controllo: Controllo alimentazione<br>*Verificare la stazione di energia effettuando delle misurazioni della tensione in ingresso e in uscita. Verificare che gli accumulatori siano funzionanti, siano carichi e non ci siano problemi di isolamento elettrico.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrostatico; 2) Resistenza a cali di tensione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione; 2) Difetti di tenuta dei morsetti; 3) Perdita di carica accumulatori.*<br>Ditte specializzate: *Telefonista.* | Ispezione strumentale | ogni 6 mesi |
| 01.21.03.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare la funzionalità della centrale e la capacità di carica degli accumulatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra; 2) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione; 2) Perdita di carica accumulatori.*<br>Ditte specializzate: *Telefonista.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.21.04** | **Pulsantiere** | | |
| 01.21.04.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare la funzionalità degli apparecchi telefonici.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione; 2) Incrostazioni; 3) Difetti dei cavi; 4) Difetti di tenuta dei morsetti; 5) Difetti dei pulsanti.*<br>Ditte specializzate: *Telefonista.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |

## 01.22 - OI-Impianto di gas medicinali

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.22.01** | **Centrale aria compressa** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.22.01.C01 | Ditte specializzate: *Manutentore gas medicinali.* | Ispezione a vista | ogni 15 giorni |
| 01.22.01.C02 | Controllo: Controlli strumentali<br>*Verifica a campione del grado di purezza dell'aria mediante analisi di laboratorio dell'aria prelevata all'uscita dall'impianto e agli erogatori nell'edificio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Purezza dei gas.*<br>Ditte specializzate: *Analisti di laboratorio.* | Ispezione strumentale | ogni 2 mesi |
| **01.22.02** | **Centrale aspirazione endocavitaria** | | |
| 01.22.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo della pressione del vuoto in rete, pulizia dei filtri, controllo della pressione differenziale delle catene filtranti.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Manutentore gas medicinali.* | Ispezione a vista | ogni 15 giorni |
| **01.22.03** | **Centrale ossigeno** | | |
| 01.22.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo valvole di sicurezza, prova inversione rampe, controllo di corretto collegamento delle bombole alle rampe e dei pressostati.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Pressione anomala.*<br>Ditte specializzate: *Manutentore gas medicinali.* | Ispezione a vista | ogni 15 giorni |
| **01.22.04** | **Centrale protossido d'azoto** | | |
| 01.22.04.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo valvole di sicurezza, prova inversione rampe, controllo di corretto collegamento delle bombole alle rampe e dei pressostati.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Pressione anomala.*<br>Ditte specializzate: *Manutentore gas medicinali.* | Ispezione a vista | ogni 15 giorni |
| **01.22.05** | **Quadri di riduzione, tubazioni e prese** | | |
| 01.22.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo visivo dello stato generale delle tubazioni, dei quadri di riduzione di 2° stadio e delle prese erogatrici.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdite localizzate.*<br>Ditte specializzate: *Manutentore gas medicinali.* | Ispezione a vista | ogni 2 mesi |
| 01.22.05.C02 | Controllo: Prova di funzionamento<br>*Prova di funzionamento dei quadri di riduzione di 2° stadio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Manutentore gas medicinali.* | Prova | ogni 2 mesi |
| 01.22.05.C03 | Controllo: Verifica tenuta<br>*Veifica della tenuta delle tubazioni, dei quadri di riduzione di 2° stadio e delle prese erogatrici.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdite localizzate.*<br>Ditte specializzate: *Manutentore gas medicinali.* | Verifica | ogni 2 mesi |

## 01.23 - OI-Impianto di sicurezza e antincendio

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.23.01** | **Apparecchiatura di alimentazione** | | |
| 01.23.01.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare le connessioni dei vari elementi collegati alla apparecchiatura di alimentazione. Verificare la funzionalità delle spie luminose del pannello e dei fusibili di protezione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrico; 2) Isolamento elettromagnetico; 3) Resistenza alla corrosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdita dell'alimentazione; 2) Perdite di tensione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 7 giorni |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.23.02** | **Cassetta a rottura del vetro** | | |
| 01.23.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che i componenti della cassetta quali il vetro di protezione e il martelletto (ove previsto) per la rottura del vetro siano in buone condizioni. Verificare che le viti siano ben serrate.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra; 2) Efficienza; 3) Di funzionamento.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di funzionamento.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.23.03** | **Centrale di controllo e segnalazione** | | |
| 01.23.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare le connessioni dei vari elementi collegati alla centrale. Verificare inoltre la carica della batteria ausiliaria e la funzionalità delle spie luminose del pannello.*<br>Requisiti da verificare: *1) Accessibilità segnalazioni; 2) Efficienza; 3) Isolamento elettromagnetico; 4) Isolamento elettrostatico; 5) Resistenza a cali di tensione; 6) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti del pannello di segnalazione; 2) Perdita di carica della batteria; 3) Perdite di tensione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 7 giorni |
| **01.23.04** | **Contatti magnetici** | | |
| 01.23.04.C01 | Controllo: Controllo dispositivi<br>*Verificare la corretta posizione dei contatti magnetici sulle porte e/o sulle finestre e che non ci siano fenomeni di corrosione. Verificare che il magnete coincida perfettamente sull'interruttore.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di posizionamento; 2) Difetti del magnete; 3) Corrosione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.23.05** | **Diffusione sonora** | | |
| 01.23.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare l'efficienza dei dispositivi di diffusione sonora contro l'apertura e l'asportazione. Verificare l'efficienza dello stato di carica della batteria di alimentazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità d'uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta morsetti; 2) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.23.06** | **Estintori a polvere** | | |
| 01.23.06.C01 | Controllo: Controllo carica<br>*Verificare che l'indicatore di pressione sia all'interno del campo verde.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdita di carico.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.23.06.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e della corretta collocazione degli estintori. Verificare inoltre che non vi siano ostacoli che ne impediscano il corretto funzionamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra; 2) Efficienza.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.23.06.C03 | Controllo: Controllo tenuta valvole<br>*Controllare che i dispositivi di sicurezza siano funzionanti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Comodità di uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alle valvole di sicurezza.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Registrazione | ogni 6 mesi |
| **01.23.07** | **Estintori ad anidride carbonica** | | |
| 01.23.07.C01 | Controllo: Controllo carica<br>*Verifica che l'indicatore di pressione sia all'interno del campo verde.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdita di carico.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.23.07.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e della corretta collocazione degli estintori. Verificare inoltre che non vi siano ostacoli che ne impediscano il corretto funzionamento.* | Controllo a vista | ogni mese |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra; 2) Efficienza.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | | |
| 01.23.07.C03 | Controllo: Controllo tenuta valvole<br>*Controllare che i dispositivi di sicurezza siano funzionanti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Comodità di uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alle valvole di sicurezza.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Registrazione | ogni 6 mesi |
| **01.23.08** | **Estintori carrellati a polvere chimica** | | |
| 01.23.08.C02 | Controllo: Controllo carrelli<br>*Controllare che non vi siano ostacoli allo spostamento dei carrelli. Verificare lo stato di conservazione della vernice di protezione dei carrelli.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie carrelli.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio.* | Ispezione a vista | ogni 2 settimane |
| 01.23.08.C01 | Controllo: Controllo carica<br>*Verificare che l'indicatore di pressione sia all'interno del campo verde.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della gittata; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdita di carico.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.23.08.C03 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la corretta collocazione degli estintori e degli accessori (lancia, tubo). Verificare inoltre che non vi siano ostacoli che ne impediscano il corretto funzionamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra; 2) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Difetti dei rivestimenti; 3) Perdita di carico.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.23.08.C04 | Controllo: Controllo tenuta valvole<br>*Controllare che i dispositivi di sicurezza siano funzionanti.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Comodità di uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alle valvole di sicurezza.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Registrazione | ogni 6 mesi |
| **01.23.09** | **Evacuatori di fumo e di calore (EFC)** | | |
| 01.23.09.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e della corretta collocazione degli evacuatori. Verificare inoltre che non vi siano ostacoli che ne impediscano il corretto funzionamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deposito superficiale; 2) Difetti ai meccanismi di leveraggio; 3) Difetti di ancoraggio; 4) Penetrazione e ristagni d'acqua.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio, Specializzati vari.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.23.10** | **Idranti a colonna soprasuolo** | | |
| 01.23.10.C01 | Controllo: Controllo generale idranti<br>*Controllare lo stato generale degli idranti verificando l'integrità delle flange,che i tappi siano ben serrati, che i dispositivi di manovra siano facilmente utilizzabili. Verificare lo stato delle guarnizioni di tenuta e della verniciatura.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Funzionalità d'uso.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti attacchi; 2) Difetti di tenuta; 3) Difetti dispositivi di manovra; 4) Rottura tappi.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.23.11** | **Lampade autoalimentate** | | |
| 01.23.11.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllo dello stato generale e dell'integrità delle lampade. Verificare il corretto funzionamento delle spie di segnalazione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Abbassamento livello di illuminazione.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.23.11.C03 | Controllo: Controllo pittogrammi<br>*Verificare il corretto posizionamento dei pittogrammi e che gli stessi siano facilemnte leggibili.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Mancanza pittogrammi.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni mese |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.23.11.C02 | Controllo: Verifica batterie<br>*Controllare lo stato delle batterie verificando il corretto caricamento delle stesse.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti batteria.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Ispezione | ogni 3 mesi |
| **01.23.12** | **Pannello degli allarmi** | | |
| 01.23.12.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare le connessioni del pannello allarme alla centrale. Verificare inoltre la carica della batteria ausiliaria e la funzionalità delle spie luminose del pannello.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di segnalazione; 2) Perdita di carica della batteria; 3) Perdite di tensione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 2 settimane |
| **01.23.13** | **Rivelatori di fumo** | | |
| 01.23.13.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che l'indicatore di funzionamento sia efficiente. Verificare che l'emittente, il ricevente e la fascia infrarossa siano funzionanti.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettrico; 2) ; 3) Resistenza alla corrosione; 4) Resistenza alla vibrazione; 5) ; 6) Resistenza meccanica; 7) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.23.14** | **Rivelatori di gas** | | |
| 01.23.14.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che l'indicatore di funzionamento sia efficiente. Verificare che l'emittente, il ricevente e la fascia infrarossa siano funzionanti.*<br>Requisiti da verificare: *1) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Anomalie led luminosi.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.23.15** | **Sirene** | | |
| 01.23.15.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare l'efficienza dei dispositivi di diffusione sonora contro l'apertura e l'asportazione. Verificare l'efficienza dello stato di carica della batteria di alimentazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità d'uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta morsetti; 2) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Tecnico antincendio.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.23.16** | **Tubazioni in acciaio zincato** | | |
| 01.23.16.C01 | Controllo: Controllo a tenuta<br>*Verificare l'integrità delle tubazioni ed in particolare la tenuta dei raccordi tra tronchi di tubo e tra tubi ed apparecchi utilizzatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione delle tubazioni di adduzione; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico, Tecnico antincendio.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.23.16.C02 | Controllo: Controllo coibentazione<br>*Verificare l'integrità delle coibentazioni controllandone lo spessore con eventuale ripristino.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico, Tecnico antincendio.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.23.16.C03 | Controllo: Controllo della manovrabilità valvole<br>*Effettuare la manovra di tutti gli organi di intercettazione controllando che siano ben funzionanti e che non si blocchino.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 2) Difetti di funzionamento delle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico, Tecnico antincendio.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.23.16.C04 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale e l'integrità ed in particolare controllare lo stato dei dilatatori, se presenti, e dei giunti elastici. Controllare la perfetta tenuta delle flange, la stabilità dei sostegni e degli eventuali giunti fissi, nonché l'assenza di inflessioni nelle tubazioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione delle tubazioni di adduzione; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico, Tecnico antincendio.* | | |
| 01.23.16.C05 | Controllo: Controllo tenuta valvole<br>*Controllare e regolare il serraggio dei premistoppa sugli steli ed eventualmente sostituire gli organi di tenuta.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di funzionamento delle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico. Tecnico antincendio.* | Registrazione | ogni 12 mesi |
| **01.23.17** | **Unità di controllo** | | |
| 01.23.17.C01 | Controllo: Controllo batteria<br>*Verificare l'efficienza della batteria eseguendo la scarica completa della stessa con successiva ricarica.*<br>Requisiti da verificare: *1) Isolamento elettromagnetico.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie batteria.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Prova | ogni 6 mesi |

# 01.24 - OI-Impianto di distribuzione acqua fredda e calda

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.24.01** | **Apparecchi sanitari e rubinetteria** | | |
| 01.24.01.C03 | Controllo: Verifica dei flessibili<br>*Verifica della tenuta ed eventuale sostituzione dei flessibili di alimentazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai flessibili; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 3) Difetti alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Revisione | quando occorre |
| 01.24.01.C01 | Controllo: Verifica ancoraggio<br>*Verifica e sistemazione dell'ancoraggio dei sanitari e delle cassette a muro con eventuale sigillatura con silicone.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza a manovre e sforzi d'uso; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Cedimenti; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.01.C02 | Controllo: Verifica degli scarichi dei vasi<br>*Verifica della funzionalità di tutti gli scarichi ed eventuale sistemazione dei dispositivi non perfettamente funzionanti con sostituzione delle parti non riparabili.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.01.C04 | Controllo: Verifica di tenuta degli scarichi<br>*Verifica della tenuta di tutti gli scarichi effettuando delle sigillature o sostituendo le guarnizioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.01.C05 | Controllo: Verifica sedile coprivaso<br>*Verifica, fissaggio, sistemazione ed eventuale sostituzione dei sedili coprivaso con altri simili e della stessa qualità.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.24.02** | **Autoclave** | | |
| 01.24.02.C01 | Controllo: Controllo gruppo di riempimento<br>*Verificare il corretto funzionamento del galleggiante, della valvola di alimentazione e del tubo di troppo pieno.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.24.02.C02 | Controllo: Controllo quadri elettrici<br>*Controllare lo stato degli interblocchi elettrici effettuando delle manovre di apertura e chiusura. Verificare la corretta pressione di serraggio delle lame dei sezionatori e delle bobine dei circuiti di sgancio degli interruttori di manovra sezionatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Corrosione; 3) Difetti agli interruttori; 4) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 5) Difetti alle valvole; 6) Difetti di taratura; 7) Disconnessione dell'alimentazione; 8) Incrostazioni; 9) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.24.02.C03 | Controllo: Controllo manovrabilità delle valvole<br>*Effettuare una manovra di prova di tutti gli organi di intercettazione per evitare che si blocchino.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 2) Difetti alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.24.02.C04 | Controllo: Controllo tenuta<br>*Verificare l'integrità delle tubazioni con particolare attenzione ai raccordi tra tronchi di tubo e tra tubi ed apparecchi utilizzatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.24.02.C05 | Controllo: Controllo tenuta valvole<br>*Regolazione del serraggio dei premistoppa sugli steli ed eventuale sostituzione degli organi di tenuta.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo | ogni anno |
| 01.24.02.C06 | Controllo: Controllo valvole<br>*Controllare lo stato degli eventuali dilatatori e giunti elastici. Verificare la tenuta delle congiunzioni a flangia, la stabilità dei sostegni e degli eventuali giunti fissi, e l'assenza di inflessioni nelle tubazioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Corrosione; 3) Difetti agli interruttori; 4) Difetti alle valvole; 5) Difetti di taratura; 6) Disconnessione dell'alimentazione; 7) Incrostazioni; 8) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni anno |
| **01.24.03** | **Bidet** | | |
| 01.24.03.C01 | Controllo: Verifica ancoraggio<br>*Verifica e sistemazione dell'ancoraggio del bidet con eventuale sigillatura con silicone.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.03.C02 | Controllo: Verifica dei flessibili<br>*Verifica della tenuta ed eventuale sostituzione dei flessibili di alimentazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria; 2) Interruzione del fluido di alimentazione.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Revisione | ogni mese |
| 01.24.03.C03 | Controllo: Verifica rubinetteria<br>*Eseguire un controllo della rubinetteria effettuando una serie di apertura e chiusura.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza a manovre e sforzi d'uso.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | ogni mese |
| **01.24.04** | **Cassette di scarico a zaino** | | |
| 01.24.04.C01 | Controllo: Verifica dei flessibili<br>*Verifica della tenuta ed eventuale sostituzione dei flessibili di alimentazione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai flessibili; 2) Difetti dei comandi.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Revisione | quando occorre |
| 01.24.04.C02 | Controllo: Verifica rubinetteria | Controllo a vista | ogni mese |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *Eseguire un controllo della rubinetteria effettuando una serie di apertura e chiusura.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti dei comandi.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | | |
| **01.24.05** | **Collettori solari** | | |
| 01.24.05.C03 | Controllo: Controllo generale pannelli<br>*Verificare lo stato dei pannelli in seguito ad eventi meteorici eccezionali quali temporali, grandinate, ecc.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Efficienza; 4) Resistenza al vento; 5) Resistenza alla corrosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di fissaggio; 2) Difetti di serraggio morsetti; 3) Difetti di tenuta; 4) Incrostazioni; 5) Infiltrazioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | quando occorre |
| 01.24.05.C01 | Controllo: Controllo apparato elettrico<br>*Controllare lo stato di serraggio dei morsetti e la funzionalità delle resistenze elettriche della parte elettrica dei pannelli.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di serraggio morsetti.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.24.05.C02 | Controllo: Controllo fissaggi<br>*Controllare i sistemi di tenuta e di fissaggio dei pannelli sul tetto.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza al vento.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di serraggio morsetti.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.24.05.C04 | Controllo: Controllo valvole<br>*Controllare i sistemi di sicurezza, il funzionamento delle valvole di scarico e della pompa.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.24.06** | **Lavamani sospesi** | | |
| 01.24.06.C02 | Controllo: Verifica dei flessibili<br>*Verifica della tenuta ed eventuale sostituzione dei flessibili di alimentazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai flessibili; 2) Difetti alla rubinetteria.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Revisione | quando occorre |
| 01.24.06.C01 | Controllo: Verifica ancoraggio<br>*Controllare l'efficienza dell'ancoraggio dei lavamani sospesi alla parete.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra; 2) Raccordabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Cedimenti.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.06.C03 | Controllo: Verifica rubinetteria<br>*Eseguire un controllo della rubinetteria effettuando una serie di apertura e chiusura.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.24.07** | **Lavaocchi e docce di emergenza** | | |
| 01.24.07.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Eseguire un controllo della rubinetteria effettuando una serie di apertura e chiusura. Verificare la corretta posizione dei dispositivi di comando.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità d'uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.24.08** | **Miscelatori meccanici** | | |
| 01.24.08.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Effettuare un controllo della funzionalità del miscelatore eseguendo una serie di aperture e chiusure. Verificare l'integrità dei dischi metallici di dilatazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdite; 2) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.24.09** | **Piatto doccia** | | |
| 01.24.09.C01 | Controllo: Verifica ancoraggio<br>*Verifica e sistemazione dell'ancoraggio del piatto doccia.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.09.C02 | Controllo: Verifica rubinetteria<br>*Eseguire un controllo della rubinetteria effettuando una serie di aperture e chiusure.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.24.10** | **Scambiatore di calore** | | |
| 01.24.10.C01 | Controllo: Controllo generale scambiatori<br>*Verificare la tenuta all'acqua con l'eliminazione delle eventuali perdite. Controllare lo stato di protezione esterna eliminando, se presente, lo strato di ruggine.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della tenuta; 4) Attitudine a limitare le temperature superficiali; 5) Resistenza agli agenti aggressivi chimici; 6) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione e ruggine; 2) Difetti di tenuta; 3) Difetti di regolazione; 4) Incrostazioni; 5) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| 01.24.10.C02 | Controllo: Controllo temperatura<br>*Controllare i valori del termostato e del sistema di regolazione della temperatura dell'acqua di mandata.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione strumentale | ogni 6 mesi |
| **01.24.11** | **Serbatoi di accumulo** | | |
| 01.24.11.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare lo stato generale e l'integrità dei serbatoi e provvedere alla eliminazione di eventuali perdite ripristinando le guarnizioni del passo d'uomo.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Potabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione; 2) Perdita di carico.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.24.11.C02 | Controllo: Controllo gruppo di riempimento<br>*Controllare il corretto funzionamento del galleggiante, della valvola di alimentazione e verificare che il tubo di troppo pieno sia libero da ostruzioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.24.12** | **Tubazioni in rame** | | |
| 01.24.12.C01 | Controllo: Controllo generale tubazioni<br>*Verificare le caratteristiche principali delle tubazioni con particolare riguardo a:*<br>*-tenuta delle congiunzioni a flangia; -giunti per verificare la presenza di lesioni o di sconnessioni; -la stabilità de sostegni dei tubi; -vibrazioni; -presenza di acqua di condensa; -serrande e meccanismi di comando; -coibentazione dei tubi.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) (Attitudine al) controllo dell'aggressività dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di coibentazione; 2) Difetti di regolazione e controllo; 3) Difetti di tenuta; 4) Incrostazioni; 5) Deformazione.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.24.13** | **Tubazioni multistrato** | | |
| 01.24.13.C01 | Controllo: Controllo tenuta strati<br>*Controllare l'aderenza dei vari strati di materiale che costituiscono la tubazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza allo scollamento.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Errori di pendenza; 2) Distacchi.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Registrazione | ogni anno |
| 01.24.13.C02 | Controllo: Controllo tubazioni<br>*Verificare l'integrità delle tubazioni con particolare attenzione ai raccordi tra tronchi di tubo e tra tubi ed apparecchi utilizzatori.* | Controllo a vista | ogni anno |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | | |
| **01.24.14** | **Tubi in acciaio zincato** | | |
| 01.24.14.C01 | Controllo: Controllo coibentazione<br>*Verificare l'integrità delle coibentazioni con eventuale ripristino.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.24.14.C02 | Controllo: Controllo manovrabilità delle valvole<br>*Eseguire una manovra di prova di tutti gli organi di intercettazione per evitare che si blocchino.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 2) Difetti alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.24.14.C03 | Controllo: Controllo tenuta<br>*Verificare l'integrità delle tubazioni con particolare attenzione ai raccordi tra tronchi di tubo e tra tubi ed apparecchi utilizzatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni anno |
| 01.24.14.C04 | Controllo: Controllo tenuta valvole<br>*Regolazione del serraggio dei premistoppa sugli steli ed eventuale sostituzione degli organi di tenuta.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Registrazione | ogni anno |
| **01.24.15** | **Vasca da bagno** | | |
| 01.24.15.C01 | Controllo: Verifica ancoraggio<br>*Verifica e sistemazione dell'ancoraggio della vasca da bagno.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.15.C02 | Controllo: Verifica rubinetteria<br>*Eseguire un controllo della rubinetteria effettuando una serie di aperture e chiusure.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alla rubinetteria; 2) Scheggiature.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Revisione | ogni mese |
| **01.24.16** | **Vasi igienici a sedile** | | |
| 01.24.16.C03 | Controllo: Verifica dei flessibili<br>*Verifica della tenuta ed eventuale sostituzione dei flessibili di alimentazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti dei flessibili.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Revisione | quando occorre |
| 01.24.16.C01 | Controllo: Verifica ancoraggio<br>*Verifica e sistemazione dell'ancoraggio dei sanitari e delle cassette a muro, ed eventuale loro sigillatura con silicone.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti degli ancoraggi.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.16.C02 | Controllo: Verifica degli scarichi<br>*Verifica della funzionalità di tutti gli scarichi ed eventuale sistemazione dei dispositivi non perfettamente funzionanti con sostituzione delle parti non riparabili.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Ostruzioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.24.16.C04 | Controllo: Verifica di tenuta degli scarichi<br>*Verifica della tenuta di tutti gli scarichi ed eventuale ripristino delle sigillature o sostituzione delle guarnizioni.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti degli ancoraggi.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.24.16.C05 | Controllo: Verifica sedile coprivaso<br>*Verifica, fissaggio, sistemazione ed eventuale sostituzione dei sedili coprivaso con altri simili e della stessa qualità.*<br>Requisiti da verificare: *1) Comodità di uso e manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Rottura del sedile.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni mese |
| **01.24.17** | **Ventilatori d'estrazione** | | |
| 01.24.17.C02 | Controllo: Controllo motore<br>*Controllo dell'allineamento motore-ventilatore; verificare il corretto serraggio dei bulloni. Verificare inoltre la presenza di giochi anomali, e verificare lo stato di tensione delle cinghie.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della velocità dell'aria ambiente.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Rumorosità; 2) Difetti di serraggio.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | Controllo a vista | ogni 3 mesi |
| 01.24.17.C01 | Controllo: Controllo assorbimento<br>*Eseguire un controllo ed il rilievo delle intensità assorbite dal motore.*<br>Requisiti da verificare: *1) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corto circuiti; 2) Surriscaldamento.*<br>Ditte specializzate: *Elettricista.* | TEST - Controlli con apparecchiature | ogni anno |

# 01.25 - OI-Impianto di smaltimento acque reflue

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.25.01** | **Collettori** | | |
| 01.25.01.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale e l'integrità con particolare attenzione allo stato della tenuta dei condotti orizzontali a vista.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Pulibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Accumulo di grasso; 2) Corrosione; 3) Erosione; 4) Incrostazioni; 5) Intasamento; 6) Odori sgradevoli; 7) Sedimentazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione | ogni 12 mesi |
| **01.25.02** | **Pozzetti di scarico** | | |
| 01.25.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale e l'integrità della griglia e della piastra di copertura dei pozzetti, della base di appoggio e delle pareti laterali.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti delle griglie; 2) Intasamento.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione | ogni 12 mesi |
| **01.25.03** | **Stazioni di sollevamento** | | |
| 01.25.03.C01 | Controllo: Controllo generale delle pompe<br>*Verificare lo stato di funzionalità della pompa accertando che non ci sia stazionamento di aria e che la pompa ruoti nel senso giusto.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdite di carico; 2) Perdite di olio; 3) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| 01.25.03.C02 | Controllo: Controllo organi di tenuta<br>*Verificare tutti gli organi di tenuta per accertarsi che non vi siano perdite eccessive e che il premitraccia non lasci passare l'acqua.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Controllo | ogni 6 mesi |
| 01.25.03.C03 | Controllo: Controllo prevalenza<br>*Effettuare un controllo della prevalenza applicando dei manometri sulla tubazione di mandata e su quella di aspirazione al fine di verificare la compatibilità dei valori registrati con quelli di collaudo.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di funzionamento delle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Misurazioni | ogni 2 anni |
| **01.25.04** | **Tubazioni** | | |
| 01.25.04.C01 | Controllo: Controllo della manovrabilità valvole<br>*Effettuare una manovra di tutti gli organi di intercettazione per evitare che si blocchino* | Controllo | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | | |
| 01.25.04.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato degli eventuali dilatatori e giunti elastici, la tenuta delle congiunzioni a flangia, la stabilità dei sostegni e degli eventuali giunti fissi. Verificare inoltre l'assenza di odori sgradevoli e di inflessioni nelle tubazioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.25.04.C03 | Controllo: Controllo tenuta<br>*Verificare l'integrità delle tubazioni con particolare attenzione ai raccordi tra tronchi di tubo.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| **01.25.05** | **Vasche di accumulo** | | |
| 01.25.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che non ci siano ostruzione dei dispositivi di regolazione del flusso ed eventuali sedimenti di materiale di risulta. Verificare inoltre l'integrità delle pareti e l'assenza di corrosione e di degrado.*<br>Requisiti da verificare: *1) Assenza della emissione di odori sgradevoli.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Accumulo di grasso; 2) Incrostazioni; 3) Odori sgradevoli; 4) Penetrazione di radici; 5) Sedimentazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione | ogni 6 mesi |

# 01.26 - OI-Impianto di smaltimento acque meteoriche

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.26.01** | **Canali di gronda e pluviali in lamiera metallica** | | |
| 01.26.01.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare le condizioni e la funzionalità dei canali di gronda e delle pluviali. Controllare la funzionalità delle pluviali, delle griglie parafoglie e di eventuali depositi e detriti di foglie ed altre ostruzioni che possono compromettere il corretto deflusso delle acque meteoriche. Controllare gli elementi di fissaggio ed eventuali connessioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture; 2) Resistenza al vento.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazioni cromatiche; 2) Deformazione; 3) Deposito superficiale; 4) Difetti di ancoraggio, di raccordo, di sovrapposizione, di assemblaggio; 5) Distacco; 6) Errori di pendenza; 7) Fessurazioni, microfessurazioni; 8) Presenza di vegetazione.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.26.02** | **Canali di gronda e pluviali in PVC non plastificato** | | |
| 01.26.02.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare le condizioni e la funzionalità dei canali di gronda e delle pluviali. Controllare la funzionalità delle pluviali, delle griglie parafoglie e di eventuali depositi e detriti di foglie ed altre ostruzioni che possono compromettere il corretto deflusso delle acque meteoriche. Controllare gli elementi di fissaggio ed eventuali connessioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Regolarità delle finiture; 3) Resistenza al vento; 4) Resistenza alle temperature e a sbalzi di temperatura; 5) Resistenza meccanica; 6) Tenuta del colore.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazioni cromatiche; 2) Deformazione; 3) Deposito superficiale; 4) Difetti di ancoraggio, di raccordo, di sovrapposizione, di assemblaggio.; 5) Distacco; 6) Errori di pendenza; 7) Fessurazioni, microfessurazioni; 8) Presenza di vegetazione.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.26.03** | **Collettori di scarico** | | |
| 01.26.03.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale e l'integrità con particolare attenzione allo stato della tenuta dei condotti orizzontali a vista.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Accumulo di grasso; 2) Corrosione; 3) Erosione; 4) Odori sgradevoli; 5) Penetrazione di radici; 6) Sedimentazione.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.26.04** | **Pozzetti e caditoie** | | |
| 01.26.04.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale e l'integrità della griglia e della piastra di copertura dei pozzetti, della base di appoggio e delle pareti laterali.*<br>Requisiti da verificare: *1) Assenza della emissione di odori sgradevoli; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Pulibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti dei chiusini; 2) Intasamento.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione | ogni 12 mesi |
| **01.26.05** | **Scossaline in alluminio** | | |
| 01.26.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare gli elementi di fissaggio ed eventuali connessioni. Verificare che non ci siano in atto fenomeni di deformazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Regolarità delle finiture; 2) Resistenza alle temperature e a sbalzi di temperatura; 3) Tenuta del colore.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Alterazioni cromatiche; 2) Deformazione; 3) Deposito superficiale; 4) Difetti di ancoraggio, di raccordo, di sovrapposizione, di assemblaggio.; 5) Distacco; 6) Fessurazioni, microfessurazioni; 7) Presenza di vegetazione.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.26.06** | **Supporti per canali di gronda** | | |
| 01.26.06.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare le condizioni e la funzionalità dei supporti dei canali di gronda verificando il fissaggio ed eventuali connessioni. Verificare che non ci siano fenomeni di corrosione in atto.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Deformazione; 2) Difetti di montaggio; 3) Fessurazioni, microfessurazioni; 4) Corrosione; 5) Difetti di serraggio.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |

# 01.27 - OI-Impianto di climatizzazione

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.27.01** | **Alimentazione ed adduzione** | | |
| 01.27.01.C02 | Controllo: Controllo ed eliminazione acqua<br>*Controllo ed eliminazione d'acqua presente in prossimità dei serbatoi. L'eventuale acqua di sedimentazione deve essere asportata attraverso l'apposita valvola di spurgo o, in sua mancanza, mediante l'aspirazione con tubazione zavorrata.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Revisione | quando occorre |
| 01.27.01.C01 | Controllo: Controllo accessori dei serbatoi<br>*Controllare i seguenti accessori dei serbatoi del gasolio:*<br>*- guarnizione di tenuta del passo d'uomo, filtro di fondo, valvola di fondo, reticella rompifiamma del tubo di sfiato, limitatore di riempimento della tubazione di carico;*<br>*- il serpentino di preriscaldamento, della tenuta all'acqua del pozzetto del passo d'uomo e del suo drenaggio e della tenuta dei vari attacchi sul coperchio del passo d'uomo.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi o alle connessioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.27.01.C03 | Controllo: Controllo tenuta delle valvole<br>*Verifica dell'efficienza della valvola automatica di intercettazione e della valvola di chiusura rapida.*<br>Requisiti da verificare: *1) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.01.C04 | Controllo: Controllo tenuta tubazioni<br>*Verifica della perfetta tenuta delle tubazioni di alimentazione del bruciatore e di ritorno ai serbatoi di combustibile gassoso.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione tubazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.27.02** | **Caldaia dell'impianto di climatizzazione** | | |
| | *fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.* | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.27.02.C05 | Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione a vista | ogni mese |
| 01.27.02.C06 | Controllo: Controllo tenuta dei generatori<br>*Verificare la funzionalità e la tenuta delle guarnizioni nei generatori pressurizzati.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) Attitudine a limitare i rischi di esplosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Pressione insufficiente.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Controllo a vista | ogni mese |
| 01.27.02.C09 | Controllo: Controllo termostati, pressostati e valvole di sicurezza<br>*Verificare la funzionalità e la corretta taratura dei termostati e dei pressostati di blocco installati sui generatori. Verificare inoltre che le valvole di sicurezza siano funzionanti sia ad impianto spento che funzionante.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Affidabilità; 3) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 4) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai termostati ed alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione | ogni mese |
| 01.27.02.C11 | Controllo: Taratura regolazione dei gruppi termici<br>*Regolazione e taratura degli apparati di regolazione automatica individuando il relativo diagramma di esercizio al fine di mantenere, negli ambienti riscaldati, i valori stabiliti dalla normativa.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 4) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Registrazione | ogni mese |
| 01.27.02.C04 | Controllo: Controllo temperatura acqua dell'impianto<br>*Verificare che la temperatura dell'acqua dei vari circuiti dell'impianto corrisponda al diagramma di carico.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Registrazione | ogni 6 mesi |
| 01.27.02.C10 | Controllo: Misura dei rendimenti<br>*Verificare che i valori dei rendimenti di combustione corrispondano a quelli imposti dalle norme vigenti (UNI10389). I valori delle misurazioni vanno registrati nel libretto di centrale dove andranno conservate anche le registrazioni delle apparecchiature di controllo.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 4) Affidabilità; 5) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Pressione insufficiente.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione strumentale | ogni 6 mesi |
| 01.27.02.C02 | Controllo: Controllo coibentazione e verniciatura<br>*Verificare lo stato del materiale coibente con eventuale ripristino nonché verificare lo stato della vernice di protezione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.02.C03 | Controllo: Controllo pompa del bruciatore<br>*Controllo della pompa del bruciatore, verificando la pressione di alimentazione e quella di aspirazione del combustibile a bruciatore funzionante.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Affidabilità; 3) Attitudine a limitare i rischi di esplosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti delle pompe; 2) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |
| 01.27.02.C07 | Controllo: Controllo tenuta delle elettrovalvole dei bruciatori<br>*Verificare la tenuta delle elettrovalvole dei bruciatori controllando che non fuoriesca combustibile dall'ugello durante la fase di prelavaggio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Affidabilità; 2) Comodità di uso e manovra; 3) Efficienza; 4) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai termostati ed alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.02.C08 | Controllo: Controllo tenuta dell'elettropompe<br>*Controllare la tenuta delle elettropompe dei bruciatori. Controllare che l'accensione avvenga senza difficoltà, che la combustione avvenga regolarmente, che non ci siano perdite di combustibile e che interponendo un ostacolo davanti al controllo di fiamma il bruciatore vada in blocco nel tempo prestabilito. Verificare inoltre che le elettrovalvole, in caso di blocco, non consentano il passaggio* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *di combustibile.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) (Attitudine al) controllo della combustione; 3) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 4) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 5) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 6) Affidabilità; 7) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 8) Attitudine a limitare le temperature superficiali; 9) Comodità di uso e manovra; 10) Reazione al fuoco; 11) Resistenza agli agenti aggressivi chimici; 12) Resistenza al vento; 13) Resistenza meccanica; 14) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai termostati ed alle valvole; 2) Difetti delle pompe; 3) Difetti di regolazione; 4) Difetti di ventilazione; 5) Perdite tubazioni gas; 6) Pressione insufficiente; 7) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | | |
| 01.27.02.C12 | Controllo: Verifica apparecchiature della caldaia<br>*Verificare la funzionalità degli organi e delle apparecchiature della caldaia dei gruppi termici, secondo le specifiche del costruttore; in particolare verificare le condizioni di funzionamento dei bruciatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) Attitudine a limitare i rischi di esplosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione; 2) Pressione insufficiente.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.02.C13 | Controllo: Verifica generale aperture ventilazione<br>*Verifica generale delle aperture di ventilazione e dei canali di scarico dei gruppi termici con potenza < 35 kW. Verificare che le aperture di ventilazione non siano ostruite e che le dimensioni siano conformi a quanto disposto dalle norme UNI. Verificare l'efficienza dei dispositivi di smaltimento dei prodotti della combustione e la loro rispondenza alla normativa vigente.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) Affidabilità; 3) Attitudine a limitare i rischi di esplosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di ventilazione.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.02.C01 | Controllo: Analisi acqua dell'impianto<br>*Verificare i valori delle principali caratteristiche dell'acqua, quali durezza ed acidità, onde evitare incrostazioni o corrosioni dei gruppi termici.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione strumentale | ogni 3 anni |
| **01.27.03** | **Pompe di calore (per macchine frigo)** | | |
| 01.27.03.C01 | Controllo: Controllo generale pompa di calore<br>*Verificare, ad inizio stagione, lo stato della pompa, che l'aria sia spurgata e che il senso di rotazione sia corretto. Verificare tutti gli organi di tenuta per accertarsi che non vi siano perdite eccessive e che il premitraccia non lasci passare l'acqua.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Affidabilità; 3) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdite di carico.*<br>Ditte specializzate: *Frigorista.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.03.C02 | Controllo: Controllo prevalenza pompa di calore<br>*Verificare che i valori della pressione di mandata e di aspirazione siano conformi ai valori di collaudo effettuando una serie di misurazioni strumentali.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdite di carico.*<br>Ditte specializzate: *Frigorista.* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |
| **01.27.04** | **Canali in pannelli prefabbricati** | | |
| 01.27.04.C01 | Controllo: Controllo generale canali<br>*Verificare le caratteristiche principali delle canalizzazioni con particolare riguardo a:*<br>*-tenuta dell'aria (le fughe sono visibili con parti annerite in prossimità delle fughe); -giunti per verificare la presenza di lesioni o di sconnessioni; -la stabilità dei sostegni dei canali; -vibrazioni; -presenza di acqua di condensa; -griglie di ripresa e transito aria esterna; -serrande e meccanismi di comando; -coibentazione dei canali.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Sostituibilità; 3) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie delle coibentazioni; 2) Difetti di regolazione e controllo; 3) Difetti di tenuta; 4) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni anno |
| 01.27.04.C02 | Controllo: Controllo strumentale canali<br>*Controllare l'interno dei canali con apparecchiature speciali quali endoscopio, telecamere per la verifica dello stato di pulizia ed igiene.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Sostituibilità; 3)* | Ispezione strumentale | ogni 2 anni |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | | |
| **01.27.05** | **Cassette distribuzione aria** | | |
| 01.27.05.C01 | Controllo: Controllo generale cassette<br>*Verificare le caratteristiche principali delle cassette di distribuzione dell'aria e dei relativi canali con particolare riguardo a:*<br>*-tenuta dell'aria (le fughe sono visibili con parti annerite in prossimità delle fughe); -giunti per verificare la presenza di lesioni o di sconnessioni; -la stabilità dei sostegni dei canali; -vibrazioni; -presenza di acqua di condensa; -griglie di ripresa e transito aria esterna; -serrande e meccanismi di comando; -coibentazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie delle coibentazioni; 2) Difetti di regolazione e controllo; 3) Difetti di tenuta; 4) Incrostazioni; 5) Difetti di tenuta giunti.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 3 anni |
| **01.27.06** | **Centrali di trattamento aria (U.T.A.)** | | |
| 01.27.06.C02 | Controllo: Controllo generale U.T.A.<br>*Verificare l'efficienza dei filtri e delle celle filtranti a perdere valutando lo spessore dello stato filtrante. Se la riduzione di spessore supera il 20% dello spessore integro allora si deve sostituire il filtro.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 4) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 5) Attitudine a limitare le temperature superficiali; 6) Comodità di uso e manovra; 7) Reazione al fuoco; 8) Resistenza agli agenti aggressivi chimici; 9) Resistenza al vento; 10) Resistenza meccanica; 11) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 15 giorni |
| 01.27.06.C10 | Controllo: Taratura apparecchiature di sicurezza<br>*Verificare, ed eventualmente tarare, il regolare funzionamento delle principali apparecchiature di controllo e sicurezza, quali pressostato olio, termostato antigelo, etc.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) (Attitudine al) controllo della combustione; 3) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 4) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 5) Affidabilità; 6) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 7) Comodità di uso e manovra; 8) Resistenza agli agenti aggressivi chimici; 9) Resistenza meccanica; 10) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Registrazione | ogni mese |
| 01.27.06.C07 | Controllo: Controllo umidificatori ad acqua<br>*Effettuare un controllo generale degli umidificatori ad acqua dell'U.T.A.; in particolare, verificare la funzionalità del galleggiante, del filtro dell'acqua, della valvola di intercettazione a solenoide, degli apparati di tenuta della pompa.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura; 2) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| 01.27.06.C08 | Controllo: Controllo umidificatore a vapore<br>*Effettuare un controllo generale degli umidificatori a vapore delle macchine U.T.A.; in particolare, verificare la funzionalità e l'efficienza del cilindro o della vaschetta vapore, della valvola di intercettazione a solenoide.*<br>Requisiti da verificare: *1) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| 01.27.06.C09 | Controllo: Taratura apparecchiature di regolazione<br>*Verificare che negli ambienti climatizzati vengano mantenuti i valori di umidità e temperatura prestabiliti, regolando le apparecchiature di controllo e regolazione.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 4) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 5) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Registrazione | ogni 3 mesi |
| 01.27.06.C03 | Controllo: Controllo motoventilatori<br>*Eseguire una serie di verifiche e controlli generali su alcuni elementi dei motoventilatori quali girante, cuscinetti, trasmissione. Verificare, in particolare, che i cuscinetti non producano rumore, che le pulegge siano allineate e lo stato di usura della cinghia di trasmissione.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Comodità di uso e* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *manovra.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Incrostazioni; 2) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | | |
| 01.27.06.C01 | Controllo: Controllo carpenteria sezione ventilante<br>*Verificare lo stato generale della carpenteria accertando che:*<br>*- non ci siano vibrazioni;*<br>*- che lo strato coibente e di materiale fonoassorbente siano sufficienti a garantire livelli di isolamento acustico non inferiori a quelli imposti dalla normativa vigente;*<br>*- che i bulloni siano ben serrati;*<br>*- che lo strato di vernice protettiva sia efficiente.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) Affidabilità; 3) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni anno |
| 01.27.06.C04 | Controllo: Controllo sezioni di scambio<br>*Verificare che nelle sezioni di scambio termico delle U.T.A., la differenza tra la temperatura di ingresso e quella di uscita non superi il valore stabilito dal costruttore.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |
| 01.27.06.C05 | Controllo: Controllo sezione ventilante<br>*Verificare il corretto funzionamento degli elementi della sezione ventilante; in particolare:*<br>*- pulegge e cinghie (controllare l'allineamento delle pulegge, se esistenti, e controllare la tesatura e lo stato di usura delle cinghie);*<br>*- cuscinetti (controllare la rumorosità e la temperatura);*<br>*- molle ammortizzatori (controllare che le molle siano ben salde alla base del gruppo motoventilante, che siano flessibili e che non subiscano vibrazioni eccessive).*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Perdita di tensione delle cinghie; 2) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.06.C06 | Controllo: Controllo ugelli umidificatore<br>*Verificare l'efficienza della rete degli ugelli di distribuzione dell'umidificatore dell'U.T.A..*<br>Requisiti da verificare: *1) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.27.07** | **Estrattori d'aria** | | |
| 01.27.07.C01 | Controllo: Controllo cuscinetti<br>*Controllo dello stato di usura dei cuscinetti.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Usura dei cuscinetti.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| 01.27.07.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare il corretto funzionamento degli estrattori controllando che la girante ruoti liberamente e che le pulegge sia allineate.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Usura dei cuscinetti; 2) Disallineamento delle pulegge; 3) Usura della cinghia.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.27.08** | **Filtri a pannello (filtri a setaccio)** | | |
| 01.27.08.C01 | Controllo: Controllo pressione nei filtri<br>*Controllare la pressione a valle e a monte dei filtri.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Perdita di carico; 3) Difetti di montaggio.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | ogni 3 mesi |
| 01.27.08.C02 | Controllo: Controllo stato dei filtri<br>*Effettuare un controllo generale dello stato dei filtri, verificando che non vi siano perdite di materiale. Verificare che i filtri siano ben agganciati sui telai di supporto e che le guarnizioni siano efficienti.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Perdita di carico; 3) Difetti di montaggio; 4) Difetti dei controtelai; 5) Corrosione dei telai; 6) Difetti alle guarnizioni; 7) Essiccamento di sostanze* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *viscose; 8) Difetti delle reti metalliche.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | | |
| 01.27.08.C03 | Controllo: Controllo tenuta dei filtri<br>*Effettuare un controllo generale della tenuta dei filtri, verificando che non vi siano perdite o fughe di sostanze. Controllare che le sostanze viscose adesive siano efficienti.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Perdita di carico; 3) Essiccamento di sostanze viscose; 4) Difetti alle guarnizioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.27.09** | **Filtri assoluti HEPA e ULPA** | | |
| 01.27.09.C01 | Controllo: Controllo pressione nei filtri<br>*Controllare la pressione a valle e a monte dei filtri*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Perdita di carico.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Ispezione strumentale | ogni 3 mesi |
| 01.27.09.C02 | Controllo: Controllo stato dei filtri<br>*Effettuare un controllo generale dello stato dei filtri, verificando che non vi siano perdite di materiale. Verificare che i filtri siano ben agganciati sui telai di supporto, che i separatori siano ben montati e che le guarnizioni siano efficienti. Nei filtri sistemati a cassone verificare che sia presente l'involucro di plastica che impedisce il contatto tra l'operatore e il filtro.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Difetti di tenuta; 3) Perdita di carico; 4) Difetti di montaggio; 5) Difetti dei controtelai; 6) Corrosione dei telai; 7) Difetti alle guarnizioni.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| 01.27.09.C03 | Controllo: Controllo tenuta dei filtri<br>*Effettuare un controllo generale della tenuta dei filtri, verificando che non vi siano perdite o fughe di sostanze.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Difetti di tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.27.10** | **Filtri compositi** | | |
| 01.27.10.C01 | Controllo: Controllo pressione nei filtri<br>*Controllare la pressione a valle e a monte dei filtri.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Perdita di carico; 3) Difetti di montaggio.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | ogni 3 mesi |
| 01.27.10.C02 | Controllo: Controllo stato dei filtri<br>*Effettuare un controllo generale dello stato dei filtri, verificando che non vi siano perdite di materiale. Verificare che i filtri siano ben agganciati sui telai di supporto e che le guarnizioni siano efficienti.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Perdita di carico; 3) Difetti di montaggio; 4) Difetti dei controtelai; 5) Corrosione dei telai; 6) Difetti alle guarnizioni; 7) Essiccamento delle sostanze viscose; 8) Difetti dei ventilatori.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| 01.27.10.C03 | Controllo: Controllo ventilatori<br>*Verificare che il ventilatore ruoti liberamente, che non sia prodotto rumore eccessivo e che il commutatore di velocità sia efficiente.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti dei ventilatori; 2) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.27.11** | **Filtri fini a tasche flosce** | | |
| 01.27.11.C01 | Controllo: Controllo pressione nei filtri<br>*Controllare la pressione a valle e a monte dei filtri*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Perdita di carico.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | ogni 3 mesi |
| 01.27.11.C02 | Controllo: Controllo stato dei filtri<br>*Effettuare un controllo generale dello stato dei filtri, verificando che non vi siano perdite di* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *materiale. Verificare che i filtri siano ben agganciati sui telai di supporto e che le guarnizioni siano efficienti.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Difetti di tenuta; 3) Perdita di carico; 4) Depositi di materiale; 5) Difetti di montaggio; 6) Difetti dei controtelai; 7) Corrosione dei telai; 8) Difetti alle guarnizioni.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | | |
| 01.27.11.C03 | Controllo: Controllo tenuta dei filtri<br>*Effettuare un controllo generale della tenuta dei filtri, verificando che non vi siano perdite o fughe di sostanze.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) ; 3) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Difetti di tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| **01.27.12** | **Recuperatori di calore** | | |
| 01.27.12.C02 | Controllo: Verifica della temperatura<br>*Verificare che i valori della temperatura del fluido in entrata e in uscita siano quelli di esercizio.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | quando occorre |
| 01.27.12.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato degli scambiatori con particolare allo scambio acqua/acqua.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Depositi di materiale; 2) Sbalzi di temperatura; 3) Anomalie del termostato; 4) Difetti di tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.27.13** | **Serrande tagliafuoco** | | |
| 01.27.13.C01 | Controllo: Controllo DAS<br>*Verificare che i DAS (dispositivi di azionamento di sicurezza) siano ben serrati e che siano funzionanti. Effettuare una prova manuale di apertura e chiusura di detti dispositivi.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti dei DAS.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Prova | ogni anno |
| 01.27.13.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato generale delle serrande accertando che siano nella corretta posizione di progetto e che non ci siano fenomeni di corrosione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti dei DAS; 2) Corrosione; 3) Difetti di serraggio.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Ispezione a vista | ogni anno |
| **01.27.14** | **Strato coibente** | | |
| 01.27.14.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato di tenuta del coibente delle tubazioni in occasione dei fermi degli impianti o ad inizio stagione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie del coibente; 2) Difetti di tenuta; 3) Mancanze.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.27.15** | **Tubi in acciaio** | | |
| 01.27.15.C01 | Controllo: Controllo generale tubazioni<br>*Verificare le caratteristiche principali delle tubazioni con particolare riguardo a:*<br>*- tenuta delle congiunzioni a flangia;*<br>*- giunti per verificare la presenza di lesioni o di sconnessioni;*<br>*- la stabilità de sostegni dei tubi;*<br>*- vibrazioni;*<br>*- presenza di acqua di condensa;*<br>*- serrande e meccanismi di comando;*<br>*- coibentazione dei tubi.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo dell'aggressività dei fluidi; 3) Resistenza alle temperature e a sbalzi di temperature; 4) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di coibentazione; 2) Difetti di regolazione e controllo; 3) Difetti di tenuta; 4) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termotecnico.* | Ispezione a vista | ogni anno |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **01.27.16** | **Tubi in rame** | | |
| 01.27.16.C01 | Controllo: Controllo generale tubazioni<br>*Verificare le caratteristiche principali delle tubazioni con particolare riguardo a:*<br>*-tenuta delle congiunzioni a flangia; -giunti per verificare la presenza di lesioni o di sconnessioni; -la stabilità de sostegni dei tubi; -vibrazioni; -presenza di acqua di condensa; -serrande e meccanismi di comando; -coibentazione dei tubi.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo dell'aggressività dei fluidi; 3) Resistenza alle temperature e a sbalzi di temperature; 4) Sostituibilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di coibentazione; 2) Difetti di regolazione e controllo; 3) Difetti di tenuta; 4) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termotecnico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.27.17** | **Umidificatori a vapore autonomi** | | |
| 01.27.17.C03 | Controllo: Controllo temperatura<br>*Verificare i valori della temperatura nel caso di umidificatori alimentati ad acqua surriscaldata.*<br>Requisiti da verificare: *1) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di temperatura.* | Ispezione strumentale | ogni settimana |
| 01.27.17.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Controllare il livello ed il galleggiante della vaschetta di accumulo acqua di umidificazione. Verificare la funzionalità del serpentino scaldante.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) .*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti del serpentino; 2) Mancanza di acqua; 3) Difetti delle valvole; 4) Anomalie della rampa di diffusione; 5) Difetti del galleggiante; 6) Depositi di calcare; 7) Anomalie del dispositivo di spurgo.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | Ispezione a vista | ogni 3 mesi |
| 01.27.17.C02 | Controllo: Controllo pompa del bruciatore<br>*Controllo della pompa del bruciatore, da eseguirsi verificando la pressione di alimentazione e quella di aspirazione del combustibile a bruciatore funzionante.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti delle valvole; 2) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Aggiornamento | ogni 12 mesi |
| **01.27.18** | **Ventilconvettori e termovettori** | | |
| 01.27.18.C03 | Controllo: Controllo tenuta acqua dei ventilconvettori<br>*Controllo e verifica della tenuta all'acqua dei ventilconvettori. In particolare, verificare che le valvole ed i rubinetti non consentano perdite di acqua (in caso contrario far spurgare l'acqua in eccesso).*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Fughe di fluidi nei circuiti.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| 01.27.18.C01 | Controllo: Controllo generale dei ventilconvettori<br>*Verificare lo stato degli elettroventilatori con particolare riferimento al controllo della rumorosità dei cuscinetti e del senso di rotazione dei motori degli elettroventilatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di funzionamento dei motori elettrici; 2) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.27.18.C02 | Controllo: Controllo dispositivi dei ventilconvettori<br>*Effettuare un controllo generale dei dispositivi di comando dei ventilconvettori; in particolare verificare:*<br>*-il corretto funzionamento dei dispositivi di comando quali termostato, interruttore, commutatore di velocità; -l'integrità delle batterie di scambio, delle griglie di ripresa e di mandata.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di filtraggio; 2) Difetti di taratura dei sistemi di regolazione; 3) Difetti di tenuta; 4) Fughe di fluidi nei circuiti.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |

# 01.28 - OI-Impianto di riscaldamento

| Codice | Elementi Manutenibili / Controlli | Tipologia | Frequenza |
|---|---|---|---|
| **01.28.01** | **Bruciatori** | | |
| 01.28.01.C05 | Controllo: Verifica della taratura<br>*Verificare la pressione del gas, i sistemi di regolazione, gli elettrodi ed i termostati.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo* | Registrazione | ogni mese |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni di calore.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | | |
| 01.28.01.C01 | Controllo: Controllo elettropompe<br>*Verificare la funzionalità delle elettropompe controllando che la combustione avvenga senza difficoltà e senza perdite di combustibile. Verificare inoltre che le elettrovalvole, in caso di blocco, non consentano il passaggio di combustibile.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) (Attitudine al) controllo della combustione; 3) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 4) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 5) (Attitudine al) controllo della tenuta; 6) (Attitudine al) controllo della velocità dell'aria ambiente; 7) (Attitudine al) controllo delle dispersioni di calore; 8) (Attitudine al) controllo delle dispersioni elettriche; 9) (Attitudine al) controllo dell'umidità dell'aria ambiente; 10) Affidabilità; 11) Attitudine a limitare i rischi di incendio; 12) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 13) Comodità di uso e manovra; 14) Efficienza; 15) Resistenza agli agenti aggressivi chimici; 16) Resistenza al fuoco.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.28.01.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la funzionalità degli accessori dei bruciatori quali ventilatore, griglia di aspirazione, elettrodi di accensione, dei fusibili.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo del rumore prodotto; 2) (Attitudine al) controllo della combustione; 3) (Attitudine al) controllo della pressione di erogazione; 4) (Attitudine al) controllo della tenuta; 5) Attitudine a limitare i rischi di incendio; 6) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 7) Resistenza al fuoco.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti dei filtri; 2) Difetti di regolazione; 3) Difetti di tenuta; 4) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.28.01.C03 | Controllo: Controllo pompa del bruciatore<br>*Controllo della pompa verificando la pressione di alimentazione e quella di aspirazione del combustibile a bruciatore funzionante.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Affidabilità; 4) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 5) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |
| 01.28.01.C04 | Controllo: Controllo tenuta elettrovalvole<br>*Verificare la tenuta delle elettrovalvole controllando che non fuoriesca combustibile dall'ugello durante la fase di prelavaggio.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Affidabilità; 3) Comodità di uso e manovra; 4) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| **01.28.02** | **Caldaia a pavimento** | | |
| 01.28.02.C04 | Controllo: Controllo termostati, pressostati, valvole<br>*Verificare la funzionalità e la corretta taratura dei termostati e dei pressostati di blocco installati sui generatori. Verificare inoltre che le valvole di sicurezza siano funzionanti sia ad impianto spento che funzionante.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Affidabilità; 4) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 5) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai termostati ed alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione a vista | ogni mese |
| 01.28.02.C02 | Controllo: Controllo pompa del bruciatore<br>*Controllo della pompa del bruciatore, da eseguirsi verificando la pressione di alimentazione e quella di aspirazione del combustibile a bruciatore funzionante.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Affidabilità; 4) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 5) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti delle pompe; 2) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |
| 01.28.02.C03 | Controllo: Controllo tenuta elettropompe dei bruciatori<br>*Controllare che l'accensione avvenga senza difficoltà, che la combustione avvenga regolarmente, che non ci siano perdite di combustibile e che interponendo un ostacolo davanti al controllo di fiamma il bruciatore vada in blocco nel tempo prestabilito. Verificare inoltre che le elettrovalvole, in caso di blocco, non consentano il passaggio di combustibile.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 4) Affidabilità; 5) Attitudine a limitare i rischi di esplosione; 6) Efficienza.* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai termostati ed alle valvole; 2) Difetti delle pompe; 3) Difetti di regolazione; 4) Difetti di ventilazione; 5) Perdite alle tubazioni gas; 6) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | | |
| 01.28.02.C01 | Controllo: Analisi acqua dell'impianto<br>*Verificare i valori delle principali caratteristiche dell'acqua, quali durezza ed acidità, onde evitare incrostazioni o corrosioni dei gruppi termici.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie. Analisti di laboratorio.* | Ispezione strumentale | ogni 3 anni |
| **01.28.03** | **Camini** | | |
| 01.28.03.C02 | Controllo: Controllo tiraggio<br>*Verificare che la evacuazione dei fumi della combustione avvenga liberamente mediante misurazioni della capacità di tiraggio dell'impianto. Verificare che tali valori siano conformi ai valori di collaudo.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Sicurezza d'uso; 3) Stabilità chimico reattiva.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie del rivestimento; 2) Difetti di tenuta fumi; 3) Difetti di tiraggio.*<br>Ditte specializzate: *Fuochista.* | Ispezione strumentale | ogni 12 mesi |
| 01.28.03.C01 | Controllo: Controllo della tenuta<br>*Eseguire delle misurazioni "in situ" per verificare la tenuta dei fumi delle canne fumarie e dei comignoli. Tale verifica risulta soddisfacente se la differenza di anidride carbonica misurata all'uscita del generatore e quella misurata alla base ed alla sommità del camino rientra nei parametri previsti dalla normativa vigente.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica; 2) Sicurezza d'uso.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie del rivestimento; 2) Fessurazioni, microfessurazioni; 3) Difetti di ancoraggio; 4) Difetti dell'isolamento; 5) Difetti di tenuta fumi; 6) Difetti di tiraggio.*<br>Ditte specializzate: *Fuochista.* | Ispezione strumentale | ogni 2 anni |
| **01.28.04** | **Centrale termica** | | |
| 01.28.04.C03 | Controllo: Controllo temperatura acqua in caldaia<br>*Verificare che la temperatura dell'acqua di mandata e di ritorno.*<br>*In particolare controllare che la temperatura dell'acqua di mandata corrisponda al valore impostato secondo il diagramma di esercizio*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni di calore.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione a vista | ogni mese |
| 01.28.04.C06 | Controllo: Taratura delle regolazioni<br>*Regolazione e taratura degli apparati di regolazione automatica individuando il relativo diagramma di esercizio al fine di mantenere, negli ambienti riscaldati, i valori stabiliti dalla normativa.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 4) (Attitudine al) controllo della tenuta; 5) (Attitudine al) controllo delle dispersioni di calore; 6) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Registrazione | ogni mese |
| 01.28.04.C02 | Controllo: Controllo temperatura acqua dell'impianto<br>*Verificare che la temperatura dell'acqua dei vari circuiti corrisponda al diagramma di carico.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni di calore.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Misurazioni | ogni 6 mesi |
| 01.28.04.C05 | Controllo: Misura dei rendimenti<br>*Verificare che i valori dei rendimenti di combustione corrispondano a quelli imposti dalle norme vigenti. I valori delle misurazioni vanno registrati nel libretto di centrale dove andranno conservate anche le registrazioni delle apparecchiature di controllo.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 4) (Attitudine al) controllo della tenuta; 5) Affidabilità; 6) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di tenuta; 2) Difetti di regolazione.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione strumentale | ogni 6 mesi |
| 01.28.04.C04 | Controllo: Controllo temperatura negli ambienti<br>*Effettuare una verifica, nei locali scelti a campione, della temperatura ambiente per verificare che siano rispettati i valori imposti dalle norme di legge e quelli del diagramma di esercizio.* | TEST - Controlli con apparecchiature | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della velocità dell'aria ambiente; 3) (Attitudine al) controllo delle dispersioni di calore; 4) (Attitudine al) controllo dell'umidità dell'aria ambiente.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | | |
| 01.28.04.C01 | Controllo: Analisi acqua dell'impianto<br>*Verificare i valori delle principali caratteristiche dell'acqua, quali durezza ed acidità, onde evitare incrostazioni o corrosioni dei gruppi termici.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.*<br>Ditte specializzate: *Analisti di laboratorio.* | Ispezione strumentale | ogni 2 anni |
| **01.28.05** | **Circolatore d'aria** | | |
| 01.28.05.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che il circolatore ruoti liberamente, che i vetri siano interi e che non ci siano rumori durante il funzionamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie dei serraggi; 2) Cavitazioni; 3) Difetti di tenuta; 4) Rotture dei vetri; 5) Rumorosità.*<br>Ditte specializzate: *Lattoniere-canalista.* | Ispezione a vista | ogni settimana |
| **01.28.06** | **Coibente** | | |
| 01.28.06.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato di tenuta del coibente delle tubazioni in occasione dei fermi degli impianti o ad inizio stagione.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie coibente; 2) Difetti di tenuta; 3) Mancanze.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.28.07** | **Contatori gas** | | |
| 01.28.07.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare che i dispositivi indicatori dei consumi girino regolarmente e che non ci siano perdite del fluido soprattutto in prossimità degli attacchi tubazioni-contatore. Controllare che non ci siano fenomeni di corrosione in atto e che lo strato di protezione sia a tenuta.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie degli elementi di controllo; 2) Anomalie del rivestimento; 3) Corrosione; 4) Difetti dispositivi di regolazione; 5) Difetti dei tamburelli; 6) Mancanza di lubrificazione; 7) Perdite di fluido; 8) Rotture vetri.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Controllo a vista | ogni 3 mesi |
| **01.28.08** | **Dispositivi di controllo e regolazione** | | |
| 01.28.08.C01 | Controllo: Controllo generale valvole<br>*Verificare che la valvola servocomandata funzioni correttamente. Verificare che non ci siano segni di degrado intorno agli organi di tenuta delle valvole.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Affidabilità; 4) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura; 2) Incrostazioni; 3) Perdite di acqua; 4) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Conduttore caldaie.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| **01.28.09** | **Radiatori** | | |
| 01.28.09.C01 | Controllo: Controllo generale dei radiatori<br>*Prima dell'avvio dell'impianto verificare la tenuta all'acqua con l'eliminazione delle eventuali perdite, verificare lo stato di protezione esterna eliminando, se presente, lo stato di ruggine.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi; 3) (Attitudine al) controllo della tenuta; 4) Assenza dell'emissione di sostanze nocive; 5) ; 6) Comodità di uso e manovra; 7) Resistenza agli agenti aggressivi chimici; 8) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione e ruggine; 2) Difetti di regolazione; 3) Difetti di tenuta; 4) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |
| 01.28.09.C02 | Controllo: Controllo scambio termico dei radiatori<br>*Controllare che la temperatura (superficiale di progetto) sia regolare su tutta la superficie degli elementi radianti. In caso contrario eliminare le sacche di aria presenti all'interno dei corpi scaldanti aprendo l'apposita valvola di spurgo.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della temperatura dei fluidi.* | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | | |
| **01.28.10** | **Recuperatori di energia** | | |
| 01.28.10.C02 | Controllo: Verifica della temperatura<br>*Verificare che i valori della temperatura del fluido in entrata e in uscita siano quelli di esercizio.*<br>Requisiti da verificare: *1)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | quando occorre |
| 01.28.10.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato degli scambiatori con particolare riguardo allo scambio acqua/acqua.*<br>Requisiti da verificare: *1)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Depositi di materiale; 2) Sbalzi di temperatura; 3) Anomalie del termostato; 4) Difetti di tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.28.11** | **Scaldacqua solari** | | |
| 01.28.11.C02 | Controllo: Controllo generale pannelli<br>*Verificare lo stato dei pannelli in seguito ad eventi meteorici eccezionali quali temporali, grandinate, ecc.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Resistenza alla corrosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di fissaggio; 2) Difetti di serraggio morsetti; 3) Difetti di tenuta; 4) Incrostazioni; 5) Infiltrazioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Ispezione a vista | quando occorre |
| 01.28.11.C01 | Controllo: Controllo fissaggi<br>*Controllare i sistemi di tenuta e di fissaggio dei pannelli sul tetto.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza alla corrosione.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di serraggio morsetti.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| 01.28.11.C03 | Controllo: Controllo valvole<br>*Controllare i sistemi di sicurezza, il funzionamento delle valvole di scarico e della pompa.*<br>Requisiti da verificare: *1) ; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.28.12** | **Scambiatori di calore** | | |
| 01.28.12.C02 | Controllo: Verifica della temperatura<br>*Verificare che i valori della temperatura del fluido in entrata e in uscita siano quelli di esercizio.*<br>Requisiti da verificare: *1)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione strumentale | quando occorre |
| 01.28.12.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato degli scambiatori con particolare allo scambio acqua/acqua. Controllare inoltre che il premistoppa sia funzionante e che le valvole siano ben serrate.*<br>Requisiti da verificare: *1)* .<br>Anomalie riscontrabili: *1) Depositi di materiale; 2) Sbalzi di temperatura; 3) Anomalie del termostato; 4) Difetti di tenuta; 5) Anomalie del premistoppa; 6) Anomalie delle valvole; 7) Difetti di serraggio.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| 01.28.12.C03 | Controllo: Verifica strumentale<br>*Eseguire un controllo strumentale di tutti i dispositivi degli scambiatori.*<br>Requisiti da verificare: *1) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie del premistoppa; 2) Anomalie del termostato; 3) Anomalie delle valvole; 4) Depositi di materiale; 5) Difetti di serraggio; 6) Difetti di tenuta; 7) Fughe di vapore; 8) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Ispezione | ogni 10 anni |
| **01.28.13** | **Scaricatori di condensa** | | |
| 01.28.13.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Effettuare un controllo generale delle valvole e che non ci siano perdite di acqua sugli attacchi. Verificare, inoltre, che non ci siano segni di degrado intorno agli organi di tenuta delle valvole. Verificare che i premistoppa non lascino passino fluido in caso di chiusura del sistema.*<br>Requisiti da verificare: *1)* . | Ispezione a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Anomalie riscontrabili: *1) Difetti di taratura; 2) Incrostazioni; 3) Perdite di acqua; 4) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Specializzati vari.* | | |
| **01.28.14** | **Serbatoi di accumulo** | | |
| 01.28.14.C02 | Controllo: Controllo presenza acque<br>*Controllo ed eliminazione dell'acqua eventualmente presente in prossimità dei serbatoi. L'eventuale acqua di sedimentazione deve essere asportata attraverso l'apposita valvola di spurgo o utilizzando specifiche pompe sommergibili.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi con le tubazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | quando occorre |
| 01.28.14.C01 | Controllo: Controllo accessori<br>*Controllare i vari accessori dei serbatoi, quali la guarnizione di tenuta del passo d'uomo e del suo drenaggio, il filtro e la valvola di fondo, la reticella rompifiamma del tubo di sfiato, il limitatore di riempimento della tubazione di carico, il serpentino di preriscaldamento.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della combustione; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti ai raccordi con le tubazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.28.14.C03 | Controllo: Controllo tenuta tubazioni<br>*Controllo della perfetta tenuta delle tubazioni di alimentazione e di ritorno dai serbatoi di combustibile gassoso.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Efficienza.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione tubazioni di adduzione.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.28.14.C04 | Controllo: Controllo tenuta valvole<br>*Verifica dell'efficienza della valvola automatica di intercettazione e della valvola di chiusura rapida.*<br>Requisiti da verificare: *1) Affidabilità.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| **01.28.15** | **Servocomandi** | | |
| 01.28.15.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare la funzionalità dei servocomandi effettuando una serie di manovre di apertura e chiusura.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza a manovre e sforzi d'uso.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie degli interruttori di fine corsa; 2) Anomalie dei potenziometri; 3) Difetti delle molle; 4) Difetti di serraggio; 5) Difetti di tenuta; 6) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Termoidraulico.* | Controllo a vista | ogni 6 mesi |
| **01.28.16** | **Termostati** | | |
| 01.28.16.C01 | Controllo: Controllo generale<br>*Effettuare un controllo dello stato del termostato verificando che le manopole funzionino correttamente. Controllare lo stato della carica della batteria.*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Anomalie delle batterie; 2) Difetti di regolazione; 3) Difetti di funzionamento; 4) Sbalzi di temperatura.*<br>Ditte specializzate: *Tecnici di livello superiore.* | Ispezione a vista | ogni 6 mesi |
| **01.28.17** | **Tubazioni in rame** | | |
| 01.28.17.C01 | Controllo: Controllo coibentazione<br>*Verifica dell'integrità delle coibentazioni ed eventuale ripristino*<br>Requisiti da verificare: *1) Resistenza meccanica.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |
| 01.28.17.C02 | Controllo: Controllo generale<br>*Verificare lo stato di tenuta degli eventuali dilatatori e dei giunti elastici, delle congiunzioni a flangia. Verificare la stabilità dei sostegni e degli eventuali giunti fissi e controllare che non vi siano inflessioni nelle tubazioni.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della portata dei fluidi; 2) (Attitudine al) controllo della tenuta; 3) (Attitudine al) controllo dell'aggressività dei fluidi; 4) ; 5) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Corrosione; 2) Difetti ai raccordi o alle connessioni; 3) Difetti alle valvole; 4) Incrostazioni.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01.28.17.C03 | Controllo: Controllo manovrabilità delle valvole<br>*Controllare che tutti gli organi di intercettazione siano funzionanti e controllare che non si blocchino.*<br>Requisiti da verificare: *1) (Attitudine al) controllo della tenuta; 2) Resistenza meccanica.*<br>Anomalie riscontrabili: *1) Difetti alle valvole.*<br>Ditte specializzate: *Idraulico.* | Controllo | ogni 12 mesi |
| 01.28.17.C04 | | Controllo a vista | ogni 12 mesi |

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

CASA DI CURA
VILLA VERDE
Prof. Dott. G. Verrienti s.r.l.
Sede Amministrativa e Legale:
Via Monteroni, 222
73100 LECCE
Tel./fax 0832 224111 – 0832 224141
C.F.e P.I.: 01983380757

# REGOLAMENTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE SUI LUOGHI DI LAVORO

# DEFINIZIONE DELLA POLITICA AZIENDALE DELLA PREVENZIONE E DELLA SICUREZZA

La politica aziendale in materia di prevenzione e protezione sui luoghi di lavoro deve avere carattere sistematico con un'articolazione di provvedimenti da adottare in via programmatica e, successivamente, in presenza di accadimenti attribuibili a concrete situazioni di rischio.
E' indubbio che una gerarchia di responsabilità deve procedere dalle posizioni dei dirigenti verso operatori con ben definite competenze o incarichi.
Poiché l'azione di prevenzione è strettamente collegata ad un'efficace periodicità dei controlli, è necessario che le linee organizzative generali stabiliscano tempi e modalità di riscontri collegabili alla tempestività di interventi riparatori e risolutivi.
Ai fini di un'impostazione organizzativa agile e sollecita nel processo di adeguamento alle variabili legislative e di direzione interna, risulterà opportuno procedere a raggruppamenti di funzioni sanitarie e amministrative riconducibili alle necessità logiche dell'attività di prevenzione per un'informazione rispondente in termini di adeguatezza.
Sotto quest'ultimo aspetto seminari formativi e convegni informativi, nonché riunioni periodiche relazionate offriranno ricorrenti occasioni di scambio di idee e di esperienze maturate nell'esercizio delle specificità della funzione della prevenzione.
In conclusione devono essere definite le modalità attraverso le quali le iniziative di prevenzione escano dalla episodicità caratteristica del passato per entrare in una logica che inserisca la prevenzione nel processo di produzione aziendale dei servizi.

# 1. DEFINIZIONE DEI RUOLI E DELLE RESPONSABILITÀ

## IL DATORE DI LAVORO

Come definito all'art.2 c.1. lett. b) del decreto 81/2008 il Datore di Lavoro è stato identificato nella persona del Presidente del Consiglio di Amministrazione (in seguito PCdA).
Egli riassume in sé le funzioni di titolare del rapporto di lavoro e del potere di spesa.
Sul PCdA, pertanto, ricadono le responsabilità degli adempimenti previsti dal decreto. In particolare, questa figura manageriale è responsabile dell'istituzione di un'adeguata organizzazione per l'attuazione della prevenzione; egli risponde personalmente dei risultati.
Il PCdA è coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo che formano la Direzione Aziendale.
Fatto salvo il principio che taluni adempimenti sono tassativamente previsti come non delegabili, il Datore di Lavoro può delegarne altri, specifici, a Dirigenti.
I criteri essenziali per la validità della delega in materia di sicurezza, così come definiti dalla giurisprudenza in materia, sono:
• delimitazione dell'oggetto della delega;
• autonomia completa ed incondizionata, anche economica, del delegato rispetto al delegante in merito all'oggetto della delega;
• forma esplicita;
• capacità tecnico professionale del delegato;
• necessità effettiva in ordine alle dimensioni e all'organizzazione della Azienda.

## I DIRIGENTI

Per quanto riguarda le misure di tutela della salute dei lavoratori, i Dirigenti rivestono funzioni proprie, che sono indicate di seguito.
Responsabilità diverse ed articolate fanno capo a Dirigenti con diversi ruoli, tenendo conto degli effettivi poteri direzionali, gestionali e di spesa.
Oltre ad avere responsabilità diretta del personale ad essi subordinato (secondo le attribuzioni anzidette), rivestono funzioni peculiari in materia di sicurezza, nell'ambito delle quali danno attuazione, ciascuno per le proprie attribuzioni, alle decisioni del PCdA;
In particolare:

Il Servizio Tecnico (ST) è preposto a:

- attuare gli interventi strutturali ed impiantistici programmati, provvedendo, con la collaborazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), affinché i locali di lavoro, gli impianti e le attrezzature siano adeguati alle norme di igiene e sicurezza del lavoro, alle linee guida per l'edilizia ospedaliera, alle norme tecniche specifiche in particolare quelle indirizzate al superamento delle barriere architettoniche;
- sovrintendere alla manutenzione degli immobili e degli impianti;
- gestire gli adempimenti relativi ai lavori di costruzione in appalto di propria competenza curando l'applicazione del D. Lgs. 81/2008;
- applicare, in collegamento con SPP, le misure tecniche di prevenzione incendi e ad attivare i piani per l'emergenza;

- tenere aggiornato, in collaborazione con SPP, il rilievo degli immobili con relative destinazioni d'uso;
- curare la gestione tecnica delle apparecchiature elettromedicali e il loro inventario. Trasmette ai Dirigenti o preposti i manuali tecnici ricevuti dal produttore e segnalare la necessità di addestramento specificamente richiesto per l'utilizzo di attrezzature.
- provvede a segnalare le spese urgenti all'Ufficio Economato legate a problematiche di sicurezza.

Il Servizio Economato:

- è responsabile dell'acquisto di macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale conformi ai requisiti di sicurezza secondo le indicazioni degli uffici competenti.
- analogamente gestisce gli adempimenti relativi ai servizi e alle forniture in appalto, in particolare curando l'applicazione del D.Lgs 81/2008;
- acquisisce le schede di sicurezza dei prodotti chimici acquistati e ne assicura la distribuzione agli utilizzatori finali.
- provvede a spese urgenti legate a problematiche di sicurezza con fondo economale

L'Ufficio Personale:

- fornisce, su delega del Datore di lavoro al Medico Competente ed al SPP le informazioni relative a tutto il personale (assunzioni, pensionamenti, trasferimenti, volontari, ecc. ) per i provvedimenti che ne conseguono, comunicando periodicamente le variazioni intervenute;
- fornisce al Medico Competente e al SPP tutte le richieste provenienti da enti esterni (INAIL, Organi di vigilanza, ecc.), relative alla sicurezza e salute del personale.

L'Ufficio Ragioneria:

- è preposta alla verifica delle disponibilità finanziarie per l'attuazione degli interventi mirati all'eliminazione di rischi potenzialmente dannosi per la salute dei lavoratori;
- programma la spesa per la dotazione strumentale, l'aggiornamento e il funzionamento in genere del SPP.

Direzione Medica e Amministrativa:

Svolgono funzioni di organizzazione e coordinamento di adempimenti relativi alle misure di prevenzione da adottare non sostituendosi ai compiti dei Dirigenti di U.O., Servizi, ecc… afferenti alla struttura da loro diretta.

In particolare:

- promuovono l'attenzione alle esigenze di tutela della salute dei lavoratori,
- coordinano i programmi di intervento assicurando omogeneità di risposta a problemi analoghi in unità organizzative diverse;
- assumono direttamente responsabilità dirigenziali in relazione a risorse di utilizzo comune tra più unità operative;
- rappresentano in modo unitario al C.d.A. le necessità espresse dalle singole unità operative.
- comunicano preventivamente al SPP ogni variazione nelle attività svolte, o degli agenti biologici, sostanze chimiche, attrezzature utilizzate, che siano suscettibili di incrementare o comunque variare il livello di rischio, nonché ogni variazione planimetrica dei locali al fine

di consentire l'aggiornamento dei rilievi architettonici, da concordare preventivamente con SPP e AGT;

Primari e Responsabili di U.O. Sanitarie

Le responsabilità dei dirigenti riguardano la sorveglianza della corretta attuazione delle misure di prevenzione disposte dal Consiglio di Amministrazione in relazione al rapporto gerarchico e professionale che si instaura nelle singole unità operative.

In particolare i dirigenti devono assolvere ai seguenti compiti:

- collaborare con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPP) alla individuazione e valutazione dei rischi presenti nelle strutture da loro dirette.
- comunicare preventivamente al SPP ogni variazione nelle attività svolte, o degli agenti biologici, sostanze chimiche, attrezzature utilizzate, che siano suscettibili di incrementare o comunque variare il livello di rischio;
- nella scelta delle attrezzature e delle tecniche di lavoro, tener presente la salute e sicurezza dei lavoratori, consultandosi preventivamente con SPP, se utile, e seguendo le procedure indicate per i nuovi acquisti;
- utilizzare i locali di lavoro affidati, in conformità alla idoneità d'uso per gli stessi segnalata;
- predisporre, coadiuvati se necessario dal Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, procedure di lavoro sicuro, che vengono portate a conoscenza degli operatori;
- informare i lavoratori sui rischi connessi alle attività specifiche dei luoghi di lavoro posti sotto la loro responsabilità;
- provvedere affinché i lavoratori abbiano a disposizione i mezzi di protezione necessari;
- sorvegliare affinché vengano osservate, da parte dei singoli lavoratori, le norme e le disposizioni in materia di sicurezza e di uso dei dispositivi di protezione, individuale e collettiva, nonché dell'uso della segnaletica di avvertimento e di sicurezza;
- assegnare ai lavoratori mansioni compatibili con l'idoneità certificata dal Medico Competente;
- prendere le appropriate misure affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone o alle lavorazioni che espongono a un rischio grave e specifico, limitandone il numero al minimo indispensabile;
- proporre per la designazione i lavoratori incaricati della prevenzione incendi, dell'evacuazione dei lavoratori e di pronto soccorso;
- collaborare all'adozione dei provvedimenti atti ad evitare che le misure tecniche adottate possano causare danni per la salute della popolazione o per l'ambiente esterno;
- chiedere alla direzione Sanitaria e/o Amministrativa della struttura la rimozione con urgenza di situazioni di;
- segnalare al SPP, tramite la direzione sanitaria di struttura, gli incidenti che hanno indotto condizioni di pericolo per i lavoratori.

## PREPOSTI

Sono coloro che, individuati nell'atto aziendale, sovrintendono alle attività cui è addetto un determinato gruppo di lavoratori (siano essi della "dirigenza" o del "comparto" nelle definizioni contrattuali).

In particolare:

- collaborano alla informazione dei dipendenti sui fattori di rischio e sulle norme di prevenzione;
- vigilano sull'osservanza delle procedure di lavoro sicure e sull'uso dei dispositivi di protezione individuale;
- segnalano al dirigente disfunzioni e carenze.

## LAVORATORI

Il D. Lgs. 81/2008 rafforza, rispetto alle normative precedenti, l'assunzione di responsabilità da parte del lavoratore, "*conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro"*.
I lavoratori:

- osservano le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
- utilizzano correttamente i macchinari, le apparecchiature, gli utensili, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e le altre attrezzature di lavoro, nonché i dispositivi di sicurezza;
- utilizzano in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
- segnalano immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze delle attrezzature e dei dispositivi di protezione, nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui vengono a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle loro competenze e possibilità, per eliminare o ridurre tali deficienze o pericoli, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- non rimuovono o modificano senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- non compiono di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- si sottopongono ai controlli sanitari previsti nei loro confronti;
- contribuiscono, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dall'autorità competente o comunque necessari per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori durante il lavoro.

Emerge con tutta evidenza che ad ogni soggetto investito da responsabilità devono essere forniti strumenti di conoscenza attinenti la tutela della salute nel luogo di lavoro e il ruolo loro affidato.

## RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)

In considerazione delle dimensioni aziendali, sentite preventivamente le organizzazioni sindacali, è prevista la nomina di n°1 Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.
A sostegno del ruolo del RLS, tenendo anche conto della Deliberazione di G.R. Puglia n° 590 del 17/4/2008 "Sostegno alla rete Regionale dei RLS" con cui si approva un protocollo di intesa tra Regione e organizzazione sindacali per l'avvio di azioni sinergiche nelle aziende per il potenziamento dell'attività dei RLS e la costituzione dell'anagrafe dei RLS, si prevede l'attivazione di collegamenti con altre strutture sanitarie regionali per la definizione di eventuali protocolli comuni di lavoro.

# 2. L'ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE

Il D. Lgs. 81/2008 ha previsto obbligatoriamente l'istituzione di alcuni organismi:

- art. 31 Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) in staff al Presidente del Consiglio di Amministrazione;
- art.25 Medico Competente in staff al Presidente del Consiglio di Amministrazione;
- art. 47 Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) eletto o designato nell'ambito delle OO.SS. nei cui confronti deve essere assolto il debito formativo di cui all'art. 50 comma 1 lett. g D. Lgs. 81/2008 e relative norme attuative.
- artt. 18 comma 1) lett. b) Lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di gestione delle emergenze (prevenzione incendi ed evacuazione, pronto soccorso) individuati con le delibere relative;
- Altri "consulenti" del Datore di Lavoro - il Medico Autorizzato per la radioprotezione dei lavoratori esposti classificati in Categoria A e B e dell'attività degli Esperti Qualificati incaricati della sorveglianza fisica per la protezione dei lavoratori dal rischio derivante da radiazioni ionizzanti e non.
- Tutte le figure previste da normative specifiche particolari (esempio gestione amianto, gestione risonanza magnetica, esperto laser, radiazioni non ionizzanti in genere, ecc.).

Oltre a queste figure ed ai relativi momenti istituzionali di incontro (riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi di cui all'art. 35 del D. Lgs. 81/2008) sembra opportuno sperimentare anche altri momenti di raccordo tra strutture di Line e strutture di Staff.

Per questo fine è opportuno istituire una struttura di coordinamento per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori composta da

- Presidente del Consiglio di Amministrazione della Casa di Cura (datore di lavoro) ;
- Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (componente fisso);
- Medico competente (componente fisso );
- Medico Autorizzato, Esperto Qualificato, Consulenti Aziendali del rischio specifico;
- Responsabili degli uffici amministrativi;
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)
- Direttori di struttura o Unità Operativa;

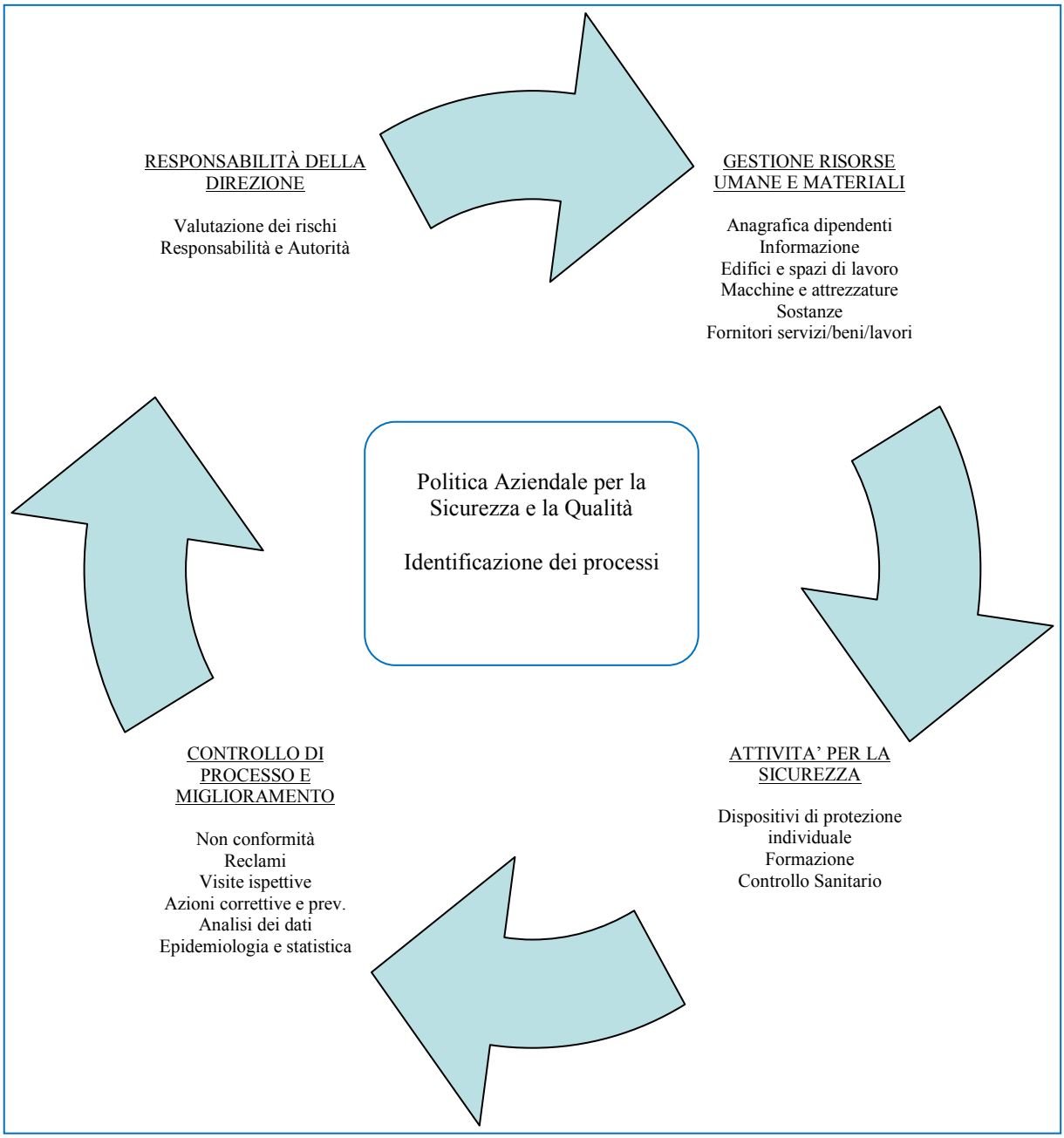
Il Datore di Lavoro presiede le riunioni in cui vengono definite le strategie di prevenzione, le priorità e gli impegni di spesa.

Le riunioni operative ed attuative delle strategie aziendali coinvolgono soltanto i componenti direttamente interessati alle tematiche da trattare. L'RSPP funge da coordinatore di queste riunioni.

Nel complesso per il sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (S.G.S.L.), come previsto all'art.30 c. 5 D.Lgs 81/2008, si farà riferimento alla norma OHSAS 18001: 2007. In particolare il modello di organizzazione e gestione prevede un sistema di controllo e di riesame dei risultati, anche sulla base di mutamenti organizzativi intervenuti.

L'intero funzionamento del sistema si può graficamente sintetizzare come segue:

**SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO S.G.S.L.**



## GESTIONE DEI PUNTI CRITICI

Un aspetto chiave per garantire continuità alla prevenzione appare la certezza (e pertanto la gestione) di alcuni processi essenziali per il contenimento del rischio e la promozione della salute, e pertanto dei relativi FLUSSI INFORMATIVI e DECISIONALI.
Infatti la complessità della struttura e le trasformazioni continue cui va incontro, sul piano degli immobili, degli impianti, delle attrezzature di lavoro, delle dotazioni organiche, degli eventi, rischiano di rendere superata nel breve volgere di tempo una valutazione estemporanea dei rischi, e di vanificare ogni tentativo non strutturato di coordinamento degli interventi.
Si rende necessario controllare ciò che può avere rilevanza nell'insorgenza di nuovi rischi, o nel variare l'entità dell'esposizione:

- Progettazione di nuovi luoghi di lavoro ed adeguamento di quelli esistenti, per garantire che strutture e impianti siano idonei secondo le norme, le regole tecniche, l'ergonomia e il comfort;
- Nuovi appalti, per il rispetto degli obblighi specificamente previsti tra appaltatore e appaltante;
- Acquisti:
  - di macchine, di apparecchiature elettromedicali e scientifiche in genere, sia per assicurare che siano accompagnate da adeguate certificazioni del costruttore, sia per aggiornare la valutazione dei rischi, sia per gli obblighi relativi alla formazione del personale,
  - di beni economali di tipologie rilevanti per i rischi, o con le quali può essere conseguito un miglioramento degli aspetti ergonomici (attrezzature di lavoro, arredi, autoveicoli, ecc. )
  - di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), tenendo conto della protezione necessaria, della sicurezza d'uso, di esigenze particolari di tutela (ipersensibilità, ecc.)
  - di sostanze e prodotti chimici vari, per le finalità di valutazione, formazione, per l'acquisizione di schede tecniche, ecc..
- Procedure di manutenzione, per assicurare il contenimento dei rischi, per certificare interventi se necessario, per gli obblighi relativi alla formazione del personali.
- Interventi di manutenzione straordinaria di impianti, per l'aggiornamento dei rischi, la formazione del personale ecc.
- Utilizzo di sostanze chimiche e consumo di farmaci antitumorali, per aggiornare la valutazione di rischio.
- Tecniche di smaltimento rifiuti pericolosi, che possano costituire fonte di rischio per operatori dipendenti e ditte operanti in appalto.
- Sorveglianza sanitaria relativa ad assunzioni e mobilità del personale tra luoghi di lavoro a rischio diverso, ai fini delle visite di idoneità e per attivare la specifica formazione.
- Eventi infortunistici, ai fini di rilevazione epidemiologica, di certificazione, di attuazione della profilassi, e di indagine interna mirata alle cause.
- Incidenti, ai fini di indagine sulle cause e di prevenzione di ulteriori eventi.
- Malattie professionali e "cause di servizio", come momenti di verifica di eventuali malfunzionamenti del sistema prevenzione.
- Gestione delle emergenze di qualsiasi ordine e tipo.
- Aggiornamento del piano formativo aziendale.
- Valutazione e gestione dei rischi trasversali (mobbing, word-related stress, burn-out, lavoro a turni).

- Definizione di un sistema di gestione della sicurezza integrato: analisi dei processi e definizione delle aree a multipla responsabilità e relazioni fra responsabilità funzionali diverse e monitoraggio dei piani degli interventi di prevenzione.

## CONSIDERAZIONI FINALI

La peculiarità della struttura operativa aziendale richiede alcune precisazioni sui soggetti cui devono essere rivolte le misure di tutela previste dalle normative.
Il Decreto Legislativo 81/2008, all'art.1, comma 1, stabilisce che le disposizioni in esso contenute costituiscono attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, per il riassetto e la riforma delle norme vigenti in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro.
Agli effetti del decreto, per "lavoratore" si intende la persona che presta il proprio lavoro nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro".
Elemento chiave è dunque "l'esistenza di una prestazione svolta in regime di subordinazione, secondo i canoni previsti dal codice civile, ossia di una prestazione svolta in una situazione di soggezione al potere gerarchico, direttivo e disciplinare di un datore di lavoro e dei collaboratori di questo da cui gerarchicamente dipende il lavoratore" (circ. Min. Lav. n.172, 20/12/96).
Tale definizione è applicabile in senso stretto a tutti i lavoratori dipendenti della ASL (senza che ciò incida sugli ambiti di autonomia professionale e sulle responsabilità individuali professionali).
Al lavoratore è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione; il volontario, come definito dalla legge 1° agosto 1991, n. 266;
Il D. Lgs. 81/2008 risulta dunque applicabile anche ad altri soggetti operanti nell'ambito dell'Azienda:
- studenti delle scuole tecnico sanitarie
- studenti in tirocinio
- altre tipologie di soggetti esterni operanti nell'azienda

Inoltre, ai fini del D. Lgs. 81/2008, si ritiene equiparabile al rapporto di lavoro dipendente anche quello che si instaura tra Casa di Cura e le seguenti categorie di soggetti:
- specialisti ambulatoriali (medici e biologi)
- medici operanti nell'ambito della convenzione per la medicina dei servizi
- universitari
- volontari autorizzati
- lavoratori utilizzati tramite "progetti socialmente utili"
- obiettori di coscienza.

Analogamente, personale dipendente (o equiparato) di altre Strutture Sanitarie, che operi in regime di convenzione presso i servizi della nostra Azienda, per tale quota di prestazione d'opera deve

intendersi equiparato ai lavoratori dipendenti della Casa di Cura. Sussistono gli obblighi di coordinamento tra Datori di Lavoro per quanto attiene le misure di prevenzione e di sorveglianza sanitaria secondo quanto previsto dall'art. 26 D. Lgs. 81/2008.
Volontari: l'inserimento di singoli volontari deve essere governato da specifica regolamentazione che configura un rapporto gerarchico e direttivo, parificabile a quello dei lavoratori dipendenti.
Diverso è se tali volontari sono organizzati da Enti e Associazioni, come ad esempio si può verificare nel contesto dei servizi sociali, e ad essi viene affidata con specifica convenzione la gestione di un servizio o quantomeno affidata una specifica tipologia di prestazione. Il "debito di sicurezza" si sposta infatti sui conduttori di tali Enti ed associazioni per quanto riguarda la conduzione della prestazione (il datore di lavoro è il responsabile dell'Ente). Resta fermo l'obbligo di coordinamento tra Datori di Lavoro ai sensi del dell'art.26 D. Lgs. 81/2008.

# 3. STRUMENTI DELLA SICUREZZA

## SOFTWARE

Per la gestione del complesso sistema della sicurezza sarà utilizzato un software aziendale su server per la gestione e la registrazione di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla sicurezza sul lavoro alle quali i vari soggetti interessati a diversi livelli di responsabilità potranno accedere, previo rilascio di apposito nome utente e password da qualsiasi postazione di lavoro collegata con la rete interna aziendale. Il sistema di funzionamento si basa su un'applicazione web per gli utenti e una per gli amministratori di sistema, con un database contenente tutti i dati, compatibile con quanto previsto dagli artt. 53 e 54 del D.Lgs. 81/08 in riferimento alla gestione della documentazione tecnico amministrativa.
I principali vantaggi offerti dall'uso di un software centralizzato per un Sistema di gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (S.G.S.L.) sono individuabili in:

- Aumento del livello di sicurezza aziendale
- Pieno rispetto della legislazione e degli accordi applicabili alla SSL
- Chiarezza nella definizione dei compiti e delle responsabilità
- Miglior rapporto con gli Organi di Controllo
- Miglior rapporto con i dipendenti
- Maggiore coinvolgimento del personale e delle figure aziendali coinvolte
- Maggior controllo e garanzia del lavoro dei consulenti esterni
- Ottimizzazione dei flussi informativi
- Miglioramento del sistema di prevenzione
- Riduzione dei costi diretti e indiretti legati agli infortuni
- Potenti strumenti di pianificazione e monitoraggio delle attività
- Validi strumenti di analisi (statistica degli infortuni e statistica delle non conformità)
- Pieno controllo sulle manutenzioni di macchine, immobili, strumenti
- Avere la possibilità di integrare il sistema informativo con un Sistema di Qualità in conformità con ISO 9001:2000 (Vision 2000)

## BACHECA DELLA SICUREZZA

Si può prevede l'attivazione di una BACHECA DELLA SICUREZZA dotata di spazi riservati in cui è possibile annotare in modo anonimo o nominativo:

- le carenze da sanare e le misure da adottare in azienda
- le disposizioni dei preposti alla sicurezza (RLS e RSPP)
- le procedure di emergenza e di evacuazione
- i nominativi e i riferimenti delle persone designate per il miglioramento e al controllo
- ecc.

Difatti l'art.20 c.2 lett.e D. Lgs. 81/2008 detta gli obblighi dei lavoratori e dispone che gli stessi lavoratori devono *"... segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza,"...omissis..."dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza*".
In particolare i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, nonché gli Addetti all'antincendio, alle emergenze sanitarie, agli impianti e alle verifiche delle attrezzature di lavoro, assumono di fatto, nei limiti delle loro competenze, la funzione di ISPETTORI INTERNI DELL'AZIENDA dovendo essi stessi rilevare le situazioni di pericolo esistenti e riportarle sulla BACHECA DELLA SICUREZZA, chiedendone contestualmente e ufficialmente per iscritto (con la segnalazione), l'immediata sanatoria effettiva.
In tal modo, in occasione di visite ispettive, si può documentare e provare agli organi di vigilanza

l'attenzione e la cura prestata alla prevenzione e sicurezza sul lavoro.

## FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Di concerto con il servizio di Formazione Aziendale e in attuazione degli artt.36 e 37 del D. Lgs. 81/2008 relativamente agli obblighi di formazione, informazione e addestramento, si prevede l'avvio di corsi di formazione e attività di informazione sui rischi rilevabili sul posto di lavoro oltre che in aula anche su una piattaforma di e-learning per la fruizione a distanza on-line da parte dei dipendenti aziendali. Per poter usufruire di tale opportunità è sufficiente che il dipendente disponga di un personal computer con connessione ad Internet tipo ADSL da utilizzare da casa in qualsiasi momento o dal posto di lavoro in determinate fasce orarie, previa registrazione del dipendente sul portale dell'Azienda.
Il servizio nasce per rispondere alle esigenze di aggiornamento continuo e di Formazione a Distanza (FAD) del dipendente aziendale e consente la fruizione dei corsi programmati dal servizio di prevenzione e protezione con metodologia e-Learning. Facendo leva sulla piattaforma tecnologica offerta da internet, l'e-Learning permette di ridurre i tempi e i costi di diffusione delle conoscenze, di migliorare l'accesso alle informazioni e di monitorare il processo formativo.
Eliminando le barriere dello spazio e del tempo, l'e-Learning è la migliore risposta alle problematiche di accesso alla conoscenza e di formazione continuativa imposte dal D.Lgs 81/2008.
In questo modo sarà realizzato un "catalogo" dei corsi di formazione sui diversi rischi aziendali ai quali ogni dipendente aziendale potrà avere accesso gratuitamente e potrà essere monitorato e assistito da un tutor con adeguate professionalità che fornirà anche risposte a domande specifiche sul corso seguito.
Proseguirà inoltre l'attività di informazione aziendale con la Redazione del "Manuale di Informazione ad uso dei lavoratori" per le strutture distrettuali, in collaborazione con l'ufficio del Medico Competente. Proseguirà inoltre una costante informazione sui rischi aziendali al personale neo-assunto.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
Ing. Claudio Forte

**CRITERIO: 3 ASPETTI STRUTTURALI**

**REQUISITO: 3.1 L'idoneità all'uso delle strutture**

***EVIDENZA: 3.1.2 Presenza e formalizzazione di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture.***

## 1. Definizione della politica aziendale della prevenzione e della sicurezza

La politica aziendale in materia di prevenzione e protezione sui luoghi di lavoro deve avere carattere sistematico con un'articolazione di provvedimenti da adottare in via programmatica e, successivamente, in presenza di accadimenti attribuibili a concrete situazioni di rischio. E' indubbio che una gerarchia di responsabilità deve procedere dalle posizioni dei dirigenti verso operatori con ben definite competenze o incarichi. Poiché l'azione di prevenzione è strettamente collegata ad un'efficace periodicità dei controlli, è necessario che le linee organizzative generali stabiliscano tempi e modalità di riscontri collegabili alla tempestività di interventi riparatori e risolutivi.
Ai fini di un'impostazione organizzativa agile e sollecita nel processo di adeguamento alle variabili legislative e di direzione interna, risulterà opportuno procedere a raggruppamenti di funzioni sanitarie e amministrative riconducibili alle necessità logiche dell'attività di prevenzione per un'informazione rispondente in termini di adeguatezza. Sotto quest'ultimo aspetto seminari formativi e convegni informativi, nonché riunioni periodiche relazionate offriranno ricorrenti occasioni di scambio di idee e di esperienze maturate nell'esercizio delle specificità della funzione della prevenzione.
In conclusione devono essere definite le modalità attraverso le quali le iniziative di prevenzione escano dalla episodicità caratteristica del passato per entrare in una logica che inserisca la prevenzione nel processo di produzione aziendale dei servizi.

## 2. Rilevazione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture

In ottemperanza al Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro di cui al D.Lgs 81/2008 e s.m.i. la Casa di Cura, per il tramite del Servizio di Prevenzione e Protezione, ha attivato un sistema di rilevazione dei rischi lavorativi, ambientali e delle infrastrutture mirato a:

- identificare ogni singolo fattore di rischio tramite ricerca e riconoscimento, appropriati sopralluoghi ispettivi e tecnico-analitici di strutture edilizie e impianti, verifica di uso di sostanza/e potenzialmente pericolosa/e, attrezzature utilizzate, cicli produttivi;
- con specifico riferimento alla sostanza/e potenzialmente pericolosa/e, ove identificata/e ai fini della possibile tossicità per ambiente e utenti della struttura sanitaria, si effettua la relativa caratterizzazione, identificazione del percorso di utilizzo e collocazione ultima nell'ambiente a fine ciclo.
- valutazione del rischio di esposizione ambientale della Casa di Cura con ricerca, determinazione e quantificazione o stima, attraverso sopralluoghi ispettivi, tecnico-analitici e/o statistici mirati alla prevenzione della contaminazione di matrici ambientali (aria, acqua, terreno, ecc.), eventualmente determinabili da fattori endogeni di rischio ambientale;
- valutazione dell'esposizione e del rischio sanitario per la popolazione sulla base delle indagini e dei sopralluoghi di cui sopra e degli effetti probabilistici sulla popolazione in termini di eventi avversi.

Le risultanze di tale valutazione, anche sulla base di incontri e delle considerazioni emergenti nel corso della riunione periodica di cui all'art. 35 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i., sono riportate nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) predisposto dal Datore di Lavoro in collaborazione col Servizio di Prevenzione e Protezione, nel quale sono previste anche le eventuali misure preventive da attuare.

## 3. Programma di gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture

L'attuazione del programma di gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture avviene mediante l'applicazione di un MODELLO ORGANIZZATIVO DI SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO (S.G.S.L.)
Redatto in conformità alla norma OHSAS 18001: 2007, il suo scopo è quello di spiegare le modalità con cui la Casa di Cura intenda gestire la salute e la sicurezza sul lavoro (SSL) come parte integrante della gestione generale dell'azienda, attraverso la predisposizione volontaria di un adeguato Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS), che integri obiettivi e politiche per la salute e sicurezza nella progettazione e gestione dell'organizzazione del lavoro. Adottando questo Sistema di Gestione della Sicurezza, la Casa di Cura si propone di:

- ridurre progressivamente i costi complessivi della SSL, compresi quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie correlate al lavoro, minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi (utenti, visitatori, fornitori, ecc.);
- aumentare la propria efficienza e le proprie prestazioni;
- contribuire a migliorare i livelli di salute e sicurezza sul lavoro;
- migliorare la propria immagine interna ed esterna.

Il Sistema di Gestione della Sicurezza definisce le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.
Fermo restando il rispetto delle norme di legge, il Sistema di Gestione della Sicurezza che la Casa di Cura prevede:

- il monitoraggio effettuato preferibilmente con personale interno;
- può essere soggetto a certificazione da parte terza;
- consente l'adattamento all'evoluzione di leggi, regolamenti e norme di buona tecnica;
- coinvolge i lavoratori e i loro rappresentanti nel sistema di gestione.

Tale sistema si applica alle attività svolte dalla Casa di Cura nella propria sede e per tutte quelle collegate con l'attività produttiva ma svolte anche all'esterno della stessa struttura.
Contiene una descrizione delle attività aziendali, comprendente l'articolazione organizzativa e funzionale per ogni ciclo lavorativo.

**Allegati:**

| | |
|---|---|
| **A.01.05.08.1** | **Regolamento organizzativo SPP** |
| **A.01.05.08.2** | **Modello SGSL** |
| **A.01.05.08.3** | **Modello di nomina RSPP** |
| **A.01.05.08.4** | **Dichiarazione attestante che la struttura possiede i requisiti relativi alla salute e sicurezza dei posti di lavoro e di aver ottemperato agli obblighi ed adempimenti previsti dalla normativa in vigore** |

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

CASA DI CURA
VILLA VERDE
Prof. Dott. G. Verrienti s.r.l.
Sede Amministrativa e Legale:
Via Monteroni, 222
73100 LECCE
Tel./fax 0832 224111 – 0832 224141
C.F.e P.I.: 01983380757

# MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'APPLICAZIONE DI UN MODELLO DI SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO (S.G.S.L.)

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo del presente manuale, redatto in conformità alla norma OHSAS 18001: 2007, è quello di spiegare le modalità con cui la Casa di Cura intenda gestire la salute e la sicurezza sul lavoro (SSL) come parte integrante della gestione generale dell'azienda, attraverso la predisposizione volontaria di un adeguato Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS), che integri obiettivi e politiche per la salute e sicurezza nella progettazione e gestione dell'organizzazione del lavoro.
Adottando questo Sistema di Gestione della Sicurezza, la Casa di cura si propone di:
- ridurre progressivamente i costi complessivi della SSL, compresi quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie correlate al lavoro, minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi (utenti, visitatori, fornitori, ecc.);
- aumentare la propria efficienza e le proprie prestazioni;
- contribuire a migliorare i livelli di salute e sicurezza sul lavoro;
- migliorare la propria immagine interna ed esterna.

Il Sistema di Gestione della Sicurezza definisce le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.
Fermo restando il rispetto delle norme di legge, il Sistema di Gestione della Sicurezza che la Casa di Cura adotta:
- prevede il monitoraggio effettuato preferibilmente con personale interno;
- può essere soggetto a certificazione da parte terza;
- consente l'adattamento all'evoluzione di leggi, regolamenti e norme di buona tecnica;
- coinvolge i lavoratori e i loro rappresentanti nel sistema di gestione.

Tale sistema si applica alle attività svolte dalla Casa di Cura nella propria sede. Contiene una descrizione delle attività aziendali, comprendente l'articolazione organizzativa e funzionale, nonché la distribuzione o dislocazione sul territorio.

## 2. TESTI DI RIFERIMENTO

- Linee guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) – UNI Settembre 2001;
- Guida operativa delle Linee Guida UNI – INAIL Ottobre 2003;
- OHSAS 18001:2007.

## 3. TERMINI E DEFINIZIONI

Nell'ambito del presente manuale vengono utilizzati i termini e le definizioni contenuti nella normativa di legge o tecnica in vigore, che si riportano per agevolare la consultazione del documento:

- **Appaltatore**: è il soggetto che si obbliga nei confronti del committente a fornire un'opera e/o una prestazione con mezzi propri
- **ASPP**: Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione
- **Attrezzatura di lavoro**: qualsiasi macchina, apparecchio, utensile od impianto destinato ad essere usato durante il lavoro.

- **Datore di lavoro** (DdL): il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'organizzazione dell'impresa, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa ovvero dell'unità produttiva, quale definita ai sensi della lettera i), in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa.
- Nella Casa di Cura la figura del Datore di Lavoro è ricoperta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione
- **Dirigente**: persona che, in ragione della competenza professionale e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa;
- **DPI**: Dispositivi di Protezione Individuale
- **Incidente**: evento dovuto a causa fortuita che ha la potenzialità di condurre ad un infortunio o di provocare danni alle cose (NOTA: un incidente senza infortunio, malattia, danno o altre perdite è anche indicato con il termine "nearmiss")
- **Infortunio**: evento dovuto a causa fortuita che produca lesioni corporali obiettivamente riscontrabili, in occasione di lavoro
- **Lavoratore**: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione; il volontario, come definito dalla legge 1° agosto 1991, n. 266; i volontari del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile; il volontario che effettua il servizio civile; il lavoratore di cui al decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468, e successive
- **Luogo di lavoro**: i luoghi destinati a contenere posti di lavoro, ubicati all'interno dell'azienda ovvero dell'unità produttiva, nonché ogni altro luogo nell'area della medesima azienda ovvero unità produttiva comunque accessibile per il lavoro.
- **Malattia professionale**: evento morboso contratto a causa e nell'esercizio delle lavorazioni svolte
- **Medico competente (MC)**: medico in possesso di uno dei titoli sotto riportati, che collabora alla valutazione dei rischi ed è incaricato della sorveglianza sanitaria:
- specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro o in clinica del lavoro;

- autorizzazione di cui all'art. 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277.
- **Miglioramento continuo**: il processo di valorizzazione del Sistema di Gestione della Sicurezza per ottenere miglioramenti complessivi nelle prestazioni di Sicurezza, in linea con la politica di Sicurezza dell'Azienda. (N.B.: il processo non ha bisogno di aver luogo in tutte le aree di attività contemporaneamente)
- **Non conformità (NC)**: qualsiasi deviazione dagli standards di lavoro, prassi, procedure, regolamenti, prestazioni e sistema di gestione che potrebbe direttamente o indirettamente condurre a infortuni o malattie, danni alla proprietà, danno all'ambiente o una combinazione di questi
- **Obiettivi**: risultati, in termini di prestazioni di SSL, che una organizzazione stabilisce di raggiungere (N.B.: quando è possibile gli obiettivi devono essere quantificati)
- **Parti interessate**: individuo o gruppo interessato o influenzato dalle prestazioni di Sicurezza di un'Azienda
- **Pericolo**: una fonte o una situazione potenzialmente capace di produrre danni in termini di infortuni o malattia, danni materiali o ambientali, o una combinazione di questi
- **Posto di lavoro**: postazioni, fisse o variabili, in cui il lavoratore espleta la sua mansione
- **Preposto:** persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa
- **Prestazione**: risultati misurabili del Sistema di Gestione della Sicurezza relativo al controllo dei rischi dell'Azienda, basati sulla sua politica di sicurezza e sui relativi obiettivi (N.B.: la misurazione della prestazione include la misurazione della gestione delle attività e dei risultati relativi alla sicurezza)
- **Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)**: persona, ovvero persone, eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro
- **Requisiti legali**: norme di legge e/o regolamenti di livello comunitario, statale, locale, ed ogni impegno assunto volontariamente applicabile all'organizzazione in materia di SSL
- **Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP)**: persona designata dal datore di lavoro in possesso di attitudini e capacità adeguate per coordinare il servizio di prevenzione e protezione dai rischi
- **Responsabile del SGS (RSGS)**: soggetto incaricato dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, dotato di adeguata capacità ed autorità all'interno dell'azienda, a cui è affidato in tutto o in parte il compito, indipendentemente da ulteriori responsabilità aziendali, di coordinare e verificare che il SGS sia realizzato in conformità ai testi di riferimento
- **Rischio**: combinazione della probabilità e della(e) conseguenza(e) che un certo evento pericoloso abbia luogo
- **Servizio di prevenzione e protezione dai rischi (SPP)**: insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori
- **Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGS)**: parte del sistema complessivo di gestione che facilita la gestione dei rischi associati con l'attività dell'Azienda. Questo include la struttura organizzativa e le attività di pianificazione, le responsabilità, le prassi, le

procedure, i processi e le risorse per lo sviluppo, l'attuazione, il conseguimento, la revisione e il mantenimento della politica della Sicurezza dell'Azienda

- **Sicurezza e Salute sul Lavoro (SSL)**: i fattori e le condizioni che coinvolgono il benessere dei dipendenti, lavoratori a tempo determinato, personale esterno, visitatori e ogni altra persona nel luogo di lavoro
- **Terzi**: soggetti diversi dal datore di lavoro, dai dirigenti, dai preposti e dai lavoratori, che possono, a qualsiasi titolo, trovarsi all'interno dei luoghi di lavoro o che possono essere influenzati o influenzare le attività lavorative e/o le condizioni di prevenzione
- **Unità produttiva**: stabilimento o struttura finalizzata alla produzione di beni o servizi, dotata di autonomia finanziaria e tecnico-funzionale)
- **Valutazione del rischio (VDR)**: valutazione globale della probabilità e della gravità di possibili lesioni o danni alla salute in una situazione pericolosa per scegliere le adeguate misure di sicurezza. (UNI EN 292-1:1992)
- **Verifica**: un esame sistematico allo scopo di determinare se le attività ed i relativi risultati sono conformi alle disposizioni pianificate, e se queste disposizioni sono state attuate efficacemente e se sono idonee al raggiungimento della politica e degli obiettivi dell'Azienda

Termini di uso specialistico possono essere utilizzati e definiti in singole parti del SGSL.

## 4. ELEMENTI DEL SISTEMA DI GESTIONE

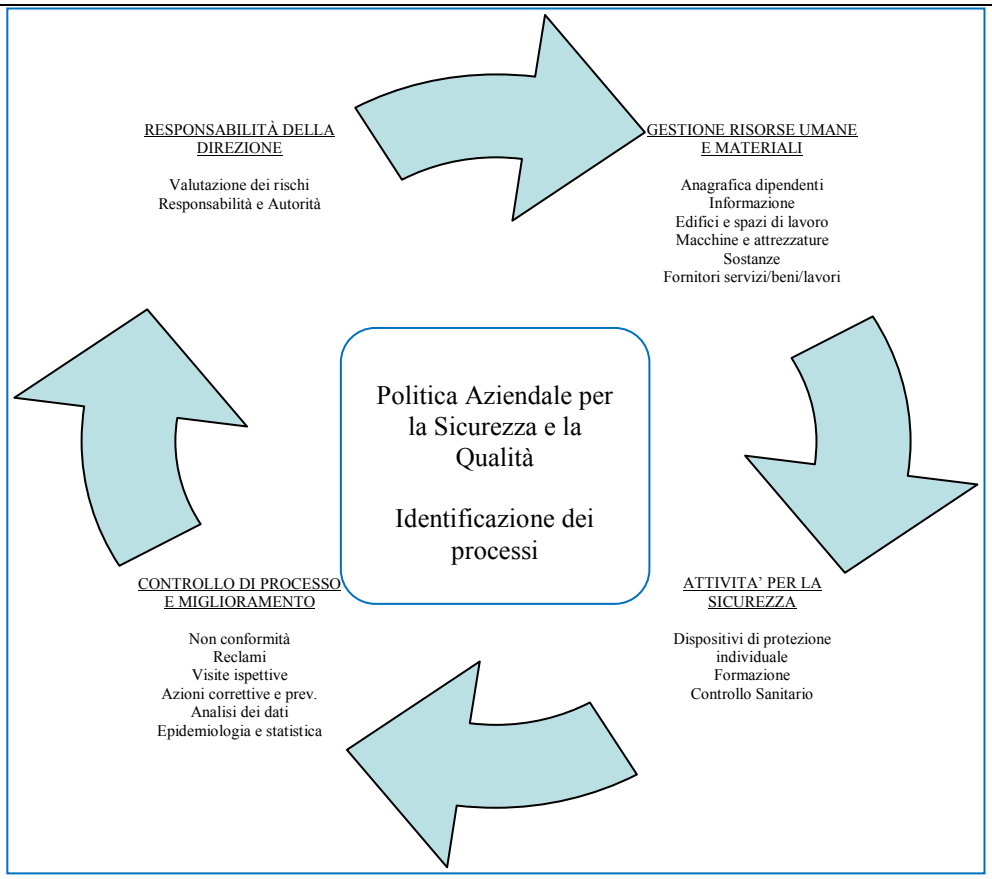



Figura 1 - Elementi per il successo di un Sistema di Gestione della Sicurezza

## 4.1. REQUISITI GENERALI

La Casa di Cura ha definito e mantiene un'attività di gestione per il controllo dei rischi della salute e della sicurezza dei lavoratori, i cui requisiti sono esposti nel paragrafo precedente (v. Figura 1).

## 4.2. POLITICA PER LA SALUTE E LA SICUREZZA

La politica del Sistema costituisce un riferimento fondamentale ed essenziale per tutti i partecipanti alla vita aziendale e per tutti coloro che, esterni all'Azienda, hanno con essa rapporti.
La politica esprime la missione aziendale per quanto concerne la salute e la sicurezza nell'ambiente di lavoro, da cui derivano obiettivi e programmi di miglioramento continuo.
L'Alta Direzione, in collaborazione con RSPP, RLS e Medico Competente, ha predisposto e formalizzato un documento che esprime l'impegno dell'azienda nel salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori, partendo dalle leggi vigenti applicabili, dai rischi connessi all'attività lavorativa, dagli infortuni verificatisi, allo scopo di promuovere e diffondere la cultura della sicurezza e di tutelare la salute di tutto il personale presente, monitorando continuamente il Sistema per vedere se procede in linea con gli obiettivi prefissati.
Tale documento è stato steso in modo adeguato alla realtà e alle necessità dell'azienda, con la possibilità di essere modificato durante ogni riesame del sistema.
L'Alta Direzione rende noto questo documento e lo diffonde a tutti i soggetti dell'Azienda impegnandosi affinché:
1. fin dalla fase di definizione di nuove attività, o nella revisione di quelle esistenti, gli aspetti della sicurezza siano considerati contenuti essenziali;
2. tutti i lavoratori siano formati, informati e sensibilizzati per svolgere i loro compiti in sicurezza e per assumere le loro responsabilità in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro;
3. tutta la struttura aziendale partecipi, secondo le proprie attribuzioni e competenze, al raggiungimento degli obiettivi di sicurezza assegnati affinché:
- siano rispettate tutte le leggi e regolamenti vigenti, formulate procedure e ci si attenga agli obiettivi aziendali individuati;
- i luoghi di lavoro, i metodi operativi e gli aspetti organizzativi siano realizzati in modo da salvaguardare la salute dei lavoratori, i beni aziendali, i terzi, la comunità con cui la Casa di Cura opera;
- l'informazione sui rischi aziendali sia diffusa a tutti i lavoratori e la formazione degli stessi sia effettuata ed aggiornata con specifico riferimento alla mansione svolta;
- si faccia fronte con rapidità, efficacia e diligenza a necessità emergenti nel corso delle attività lavorative;
- siano promosse la cooperazione tra le varie risorse aziendali e la collaborazione con gli enti esterni preposti;
- siano gestite le proprie attività anche con l'obiettivo di prevenire incidenti, infortuni e malattie professionali.

## 4.3. PIANIFICAZIONE

### 4.3.1. PIANIFICAZIONE PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI E LA VALUTAZIONE E IL CONTROLLO DEI RISCHI

La Casa di Cura ha stabilito una procedura (SGSL-PT 01 "Valutazione dei rischi") per l'identificazione e la valutazione continua dei rischi e per l'attuazione delle misure necessarie al controllo di:
- attività abituali e non;
- attività di tutto il personale avente accesso al luogo di lavoro;
- strutture ed impianti presenti sul luogo di lavoro, forniti dalla Casa di Cura stessa o da esterni.

La Casa di Cura si assicura che i risultati di tali valutazioni e gli effetti di tali controlli siano in conformità con quanto stabilito dalla propria politica. La Casa di Cura documenta e mantiene aggiornate queste informazioni tramite la stesura e la revisione del Documento di Valutazione dei Rischi.
La metodologia adottata dalla Casa di Cura per identificare i pericoli e valutare i rischi:
- risulta attiva piuttosto che reattiva;
- provvede alla classificazione dei rischi e all'identificazione di quelli da eliminare o tenere sotto controllo;
- risulta coerente con l'esperienza in atto e le capacità delle misure di controllo dei rischi utilizzate;
- fornisce un input per determinare azioni correttive e/o preventive e interventi di prevenzione e protezione;
- provvede al monitoraggio delle azioni richieste per garantirne efficacia e tempestività.

#### 4.3.2. PRESCRIZIONI LEGALI ED ALTRE
La Casa di Cura identifica i requisiti di legge o altro in materia di salute e sicurezza dei lavoratori e li tiene aggiornati, secondo quanto previsto nella procedura SGSL-PG 03 "Gestione della documentazione".

#### 4.3.3. OBIETTIVI
La Casa di Cura definisce e mantiene documentati gli obiettivi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, che vengono definiti all'interno del riesame del sistema (SGSL-PG 05 "Riesame e miglioramento del sistema"), nel documento SGSL-DS 07 "Obiettivi SGS".

#### 4.3.4. PROGRAMMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO
La Casa di Cura definisce nel SGSL-DS 07 "Obiettivi SGS" la tempistica per il raggiungimento dei propri obiettivi, la responsabilità e l'autorità designata per il raggiungimento e le risorse stanziate.
Durante il Riesame del Sistema viene esaminato il grado di raggiungimento degli obiettivi ed eventualmente vengono modificate le scadenze previste e vengono fissati i nuovi obiettivi, in un'ottica di miglioramento continuo.

### 4.4. ATTUAZIONE ED ESECUZIONE

#### 4.4.1. STRUTTURA E RESPONSABILITA'
I ruoli, le responsabilità e l'autorità del personale addetto alla gestione, all'esecuzione e alla verifica delle attività che hanno ripercussioni sui rischi sono riassunte in SGSL-PG 01 "Struttura ed organizzazione del Sistema". La responsabilità ultima per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro spetta al Presidente del Consiglio di Amministrazione.
La realizzazione del sistema di gestione richiede che il Presidente del Consiglio di Amministrazione individui un soggetto cui affidare il compito di assicurare che il sistema di gestione sia realizzato e

mantenuto in funzione efficacemente. Questo soggetto si aggiunge al RSPP ed opera in stretta collaborazione con questi, esaminando i vari argomenti con una visione più orientata "al sistema" rispetto a quella del RSPP.
Il Presidente del Consiglio di Amministrazione valuta periodicamente l'opportunità:

- di individuare soggetti distinti per ciascuno ruolo, o
- di affidare al RSPP (che deve obbligatoriamente essere designato) anche il ruolo di Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza (RSGS), o
- di ricoprire direttamente questo ruolo.

Il Responsabile del Sistema ha ruoli, responsabilità e autorità ben definite per:
a) assicurarsi che i requisiti del Sistema di Gestione della Sicurezza siano stabiliti, attuati e mantenuti in linea con le normative di riferimento;
b) assicurarsi che le relazioni sulle prestazioni del Sistema di Gestione della Sicurezza vengano sottoposte alla Direzione per la revisione e per essere utilizzate come base per definire un miglioramento del sistema di gestione della sicurezza.
La Direzione della Casa di Cura si impegna nel fornire le risorse essenziali alla implementazione, controllo e miglioramento del Sistema.

**4.4.2. FORMAZIONE, INFORMAZIONE E COMPETENZA**
Il personale della Casa di Cura possiede le competenze adatte per lo svolgimento dei compiti che possono avere un impatto sulla Sicurezza nell'ambiente di lavoro. Le competenze sono definite in termini di istruzione, formazione e/o esperienza idonea.
La Casa di Cura ha stabilito una procedura (SGSL-PG 02 "Flussi comunicativi, formativi e relazionali") per garantire che tutti i lavoratori siano consapevoli:

- dell'importanza della conformità alla politica e alle procedure di Sicurezza, ed ai requisiti del sistema di gestione della sicurezza;
- delle conseguenze, reali o potenziali, delle loro attività lavorative e dei benefici di un miglioramento della loro prestazione individuale sulla Sicurezza;
- dei loro ruoli e responsabilità nel raggiungimento della conformità alla politica e alle procedure di Sicurezza, ed ai requisiti del sistema di gestione della sicurezza, inclusi i requisiti di preparazione e di risposta all'emergenza;
- le conseguenze potenziali di una deviazione dalle procedure operative specifiche.

Le procedure di formazione del personale tengono conto dei diversi livelli di responsabilità, abilità, istruzione e rischio.

**4.4.3. CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE**
La Casa di Cura ha stabilito una procedura per accertarsi che la pertinente informazione in materia di Sicurezza sia fornita/ricevuta a/dal personale e a/da altre parti interessate (SGSL-PG 02 "Flussi comunicativi, formativi e relazionali").
Le disposizioni di consultazione e di coinvolgimento del personale sono documentate e divulgate alle parti interessate.
I dipendenti, attraverso i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, sono:

- coinvolti nello sviluppo e nel riesame delle politiche e delle procedure di gestione dei rischi;
- consultati quando si verificano cambiamenti che possono avere un impatto sulla Sicurezza del luogo di lavoro.

**4.4.4. DOCUMENTAZIONE**

La Casa di Cura (definita nel prosieguo anche "Azienda"), tramite la procedura SGSL-PG 03 "Gestione documentazione" stabilisce e mantiene documentate informazioni:
a) che descrivano gli elementi chiave del SGS e della loro interazione;
b) che forniscano indicazioni sulla documentazione di salute e sicurezza sul lavoro.

**4.4.5. CONTROLLO DI DOCUMENTI E DATI**
Attraverso la procedura SGSL-PG 03 "Gestione documentazione" la Casa di Cura mantiene sotto controllo tutti i documenti e i dati richiesti dal SGS per garantire che:
- possano essere localizzati;
- siano periodicamente riesaminati e se necessario rivisti, e che la loro adeguatezza venga approvata da personale autorizzato;
- versioni correnti dei documenti e dei dati pertinenti siano disponibili in tutti i luoghi di lavoro dove vengono svolte le operazioni essenziali per un funzionamento efficace del sistema di gestione della sicurezza;
- vecchi documenti e dati siano ritirati immediatamente da tutti i punti di emissione e di uso, o comunque non sia possibile un loro uso involontario;
- i documenti ed i dati archiviati e conservati per scopi legali o di consultazione, o per entrambi i motivi, siano identificati in modo adeguato.

Il registro della documentazione (SGSL-DS 03) è tenuto aggiornato dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza.

**4.4.6. CONTROLLO OPERATIVO**
L'Azienda individua, tramite il Documento di Valutazione dei Rischi, le operazioni e le attività, associate ai rischi identificati, che richiedono determinate misure di controllo.
L'Azienda pianifica queste attività, inclusa la manutenzione, per assicurare che vengano effettuate sotto specifiche condizioni:
a) stabilendo e mantenendo procedure documentate per far fronte a situazioni dove la loro assenza potrebbe portare a deviazioni dalla politica e dagli obiettivi di Sicurezza;
b) stipulando criteri operativi nelle procedure (ad es. SGSL-PT 04 "Manutenzione delle attrezzature e dei veicoli");
c) stabilendo e mantenendo procedure relative ai rischi identificati delle attrezzature e dei servizi appaltati dall'Azienda, attraverso le procedure SGSL-PT 04 "Manutenzione delle attrezzature e dei veicoli" e SGSL-PT 05 "Gestione appalti";
d) stabilendo e mantenendo procedure relative alla progettazione dell'ambiente di lavoro, dei processi, delle installazioni, dei macchinari, delle procedure operative e dell'organizzazione del lavoro, inclusa la loro adattabilità alle capacità umane, per eliminare o ridurre i rischi alla fonte.

**4.4.7. PREPARAZIONE ALLE EMERGENZE E RISPOSTA**
L'Azienda stabilisce e mantiene i piani e le procedure per individuare la potenzialità di incidenti e di situazioni d'emergenza, e le relative risposte, e per prevenire e limitare i possibili casi di malattia e di infortunio associati ad essi.
L'Azienda riesamina i suoi piani e le sue procedure di preparazione e di risposta all'emergenza; in particolare dopo l'insorgenza di incidenti o il verificarsi di situazioni d'emergenza.
Quando è possibile, l'Azienda verifica queste procedure periodicamente.

**4.5. CONTROLLO E AZIONE CORRETTIVA**

**4.5.1. MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI**

Attraverso il Riesame del Sistema (SGSL-PG 05 "Riesame e miglioramento del Sistema") l'Azienda valuta periodicamente le prestazioni di Sicurezza. In particolare:

1. effettua il monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di Sicurezza dell'Azienda;
2. verifica la conformità al programma di gestione della Sicurezza, ai criteri operativi e ai requisiti legislativi e normativi applicabili;
3. controlla l'andamento degli infortuni, delle malattie professionali, degli incidenti e di altre lacune nella prestazione di Sicurezza;
4. archivia i risultati del monitoraggio per facilitare le analisi delle successive azioni correttive e preventive.

**4.5.2. INFORTUNI, INCIDENTI, NON CONFORMITA', AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE**

L'Azienda ha stabilito una procedura (SGSL-PG 07 "Gestione infortuni, incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi") per definire le responsabilità e le autorità per:

a) il trattamento e l'indagine relativi a:
- infortuni;
- incidenti;
- non conformità;

b) definire azioni correttive;
c) definire azioni preventive;
d) verificare l'efficacia delle azioni correttive e preventive adottate.

Tutte le eventuali azioni correttive e preventive introdotte per eliminare le cause delle non conformità, effettive o potenziali, devono essere adeguate all'entità dei problemi e proporzionate ai rischi riscontrati.

L'Azienda documenta qualsiasi cambiamento, derivante dalle azioni correttive e preventive.

**4.5.3. DOCUMENTAZIONE E RISPETTIVA GESTIONE**

L'Azienda ha stabilito nella procedura SGSL-PG 03 "Gestione della documentazione" le regole per l'individuazione, il mantenimento e la disponibilità dei documenti e delle registrazioni di Sicurezza, come pure i risultati delle attività di verifica e di riesame.

I documenti di Sicurezza devono essere leggibili, identificabili, rintracciabili per le attività interessate. Questi documenti di Sicurezza vengono conservati e mantenuti in modo da essere immediatamente reperibili e protetti contro qualsiasi danno, deterioramento o perdita. Il loro periodo di conservazione è stabilito e documentato (SGSL-DS 03 "Registro della documentazione").

**4.5.4. AUDIT**

L'Azienda, attraverso la SGSL-PG 04 "Controlli e verifiche del sistema", stabilisce e mantiene un programma di verifica e le relative procedure per le verifiche periodiche del sistema di gestione della Sicurezza. Le verifiche sono volte a:

a) determinare se il sistema del gestione della Sicurezza:
- è conforme alle disposizioni previste per la gestione della Sicurezza, inclusi i requisiti delle normative di riferimento;
- è stato attuato e mantenuto in modo appropriato;
- è efficace nel raggiungere gli obiettivi e la politica di Sicurezza dell'Azienda;

b) riesaminare i risultati delle precedenti verifiche;

c) fornire alla Direzione informazioni sui risultati delle verifiche.
Il programma di verifica (SGSL-DS 04 "Piano di monitoraggio"), inclusi eventuali piani di programmazione, è basato sui risultati della valutazione dei rischi, e sui risultati di precedenti verifiche. La procedura SGSL-PG 04 "Controlli e verifiche del sistema" comprende l'entità, la frequenza, le metodologie e le competenze, come pure le responsabilità ed i requisiti per l'esecuzione delle verifiche e per la documentazione dei risultati.
Dove è possibile, le verifiche vengono condotte da personale indipendente da chi ha responsabilità diretta sulle attività esaminate.

## 4.6. RIESAME DELLA DIREZIONE

I requisiti di salute e sicurezza vengono riesaminati almeno una volta all'anno, in occasione del riesame del Sistema (SGSL-PG 05 "Riesame e miglioramento del Sistema") per garantire una continua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Il processo di revisione da parte della Direzione garantisce che siano raccolte le informazioni necessarie per permettere la revisione del SGS. Questa revisione deve essere documentata.
La revisione da parte della Direzione considera l'eventuale necessità di apportare modifiche alla politica, agli obiettivi e ad altri elementi del sistema di gestione della Sicurezza, alla luce dei risultati della verifica del sistema, delle circostanze modificate e dell'impegno per un miglioramento continuo.

**Allegati**

| | |
|---|---|
| **A.01.05.08.2a** | **SGSL-PG 01 Struttura ed organizzazione del sistema** |
| **A.01.05.08.2b** | **SGSL-PG 02 Flussi comunicativi, formativi e relazionali** |
| **A.01.05.08.2c** | **SGSL-PG 03 Gestione della documentazione** |
| **A.01.05.08.2d** | **SGSL-PG 04 Controlli e verifiche del sistema** |
| **A.01.05.08.2e** | **SGSL-PG 05 Riesame e miglioramento del sistema** |
| **A.01.05.08.2f** | **SGSL-PG 06 Sorveglianza sanitaria e inserimento di personale in mansioni a rischio** |
| **A.01.05.08.2g** | **SGSL-PG07 Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi** |
| **A.01.05.08.2h** | **SGSL-PT01 Valutazione dei rischi** |
| **A.01.05.08.2i** | **SGSL-PT02 Gestione dei DPI** |
| **A.01.05.08.2j** | **SGSL-PT03 Registrazione degli agenti chimici** |
| **A.01.05.08.2k** | **SGSL-PT04 Manutenzione delle attrezzature e dei veicoli** |
| **A.01.05.08.2l** | **SGSL-PT05 Gestione appalti** |
| **A.01.05.08.2m** | **SGSL-PT06 Gestione delle emergenze** |
| **A.01.05.08.2n** | **SGSL-DS01 La delega: caratteristiche ed esempio applicativo** |
| **A.01.05.08.2o** | **SGSL-DS02 Programma di formazione ed informazione aziendale** |
| **A.01.05.08.2p** | **SGSL-DS03 Registro della documentazione** |
| **A.01.05.08.2q** | **SGSL-DS04 Piano di monitoraggio** |
| **A.01.05.08.2r** | **SGSL-DS05 Check-list per audit** |
| **A.01.05.08.2s** | **SGSL-DS06 Rapporto di audit** |
| **A.01.05.08.2t** | **SGSL-DS07 Obiettivi del sistema di gestione delle sicurezze** |
| **A.01.05.08.2u** | **SGSL-DS08 Segnalazione di infortunio** |
| **A.01.05.08.2v** | **SGSL-IO:01 Gestione infortuni biologici e rischio HIV e virus epatitici** |

| | |
|---|---|
| **A.01.05.08.2w** | **SGSL-DS09 Piano di attuazione interventi** |
| **A.01.05.08.2x** | **SGSL-DS10 Modelli di prontuario DPI** |
| **A.01.05.08.2y** | **SGSL-DS11 Verbale di consegna DPI** |
| **A.01.05.08.2z** | **SGSL-DS12 Segnalazione mancata manutenzione preventiva** |
| **A.01.05.08.2aa** | **SGSL-DS13 Richiesta manutenzione straordinaria veicolo aziendale** |
| **A.01.05.08.2ab** | **SGSL-DS14 Contenuti minimi e gestione cassette di Pronto Soccorso** |

## STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Modalità operative
    4.1 Struttura e gestione dell'organizzazione del Sistema
    4.2 Risorse necessarie per l'implementazione del sistema
5. Struttura e gestione dell'organizzazione aziendale
5.1 Definizioni delle figure e dei ruoli
    Datore di lavoro
    Dirigenti
    Preposti
    Lavoratori
5.2 Organizzazione della prevenzione
5.3.Livelli di responsabilità
    Dirigenti
    Preposti
    Lavoratori

## 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di:
- definire gli strumenti per l'organizzazione di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza in Azienda;
- individuare le figure, i ruoli e le responsabilità per l'implementazione del SGS;
- portare a conoscenza e coinvolgere tutte le funzioni aziendali nell'adozione del Sistema.

Questo in sintonia con l'obiettivo di promuovere e diffondere la cultura della sicurezza e la tutela della salute in Azienda, attraverso l'aumento della sensibilità nei confronti della percezione del rischio, e di garantire il monitoraggio continuo del Sistema.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i soggetti e i processi aziendali.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.

## 4. MODALITÀ OPERATIVE

**4.1 Struttura e gestione dell'organizzazione del Sistema**

La Casa di Cura decide di dotarsi di un SGS, strutturato secondo le "Linee Guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL)" UNI-INAIL.
La strutturazione del SGS è pensata in modo da dare attuazione a quanto esplicitato nella Politica della Salute e Sicurezza sul Lavoro, mediante la realizzazione degli obiettivi stabiliti dall'Azienda.
Il SGS è parte integrante del Sistema di gestione Generale dell'Azienda, è adeguato alle attività svolte dalla stessa, alla sua dimensione ed alla natura e dimensione dei rischi presenti; è inoltre orientato al miglioramento continuo secondo il metodo pianifica – esegui – verifica – agisci.
I ruoli, le responsabilità e le autorità, definiti ai capp. 5.1 e 5.3, vengono comunicati a tutti i livelli aziendali secondo le modalità previste dalla procedura SGSL-PG02 "Flussi Comunicativi, formativi e relazionali" che prevede un programma di formazione ed informazione progettato dall'Azienda.
La comunicazione ed il coinvolgimento, a tutti i livelli aziendali, in merito al SGS assicura che le persone coinvolte siano:

- responsabili per la salute e sicurezza propria, di coloro che coordinano e delle altre persone con cui lavorano;
- consapevoli delle proprie responsabilità per la salute e sicurezza delle persone che possono risentire delle attività che essi controllano, in particolar modo nel caso dell'attività sanitaria, in cui il lavoro è volto a garantire la salute degli utenti;
- consapevoli dell'influenza della loro attività sull'efficacia del SGS.

La struttura, le pratiche e le modalità operative per l'implementazione del sistema sono esplicitate nelle singole procedure e nella modulistica prevista dalle stesse, che costituiscono la documentazione del sistema.

**4.2 Risorse necessarie per l'implementazione del sistema**

In sintonia con l'obiettivo di coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali nel Sistema di gestione della sicurezza e nel miglioramento continuo dei livelli di sicurezza in Azienda, questa considera risorse umane impegnate tutti i soggetti aziendali, responsabili in funzione del ruolo esercitato secondo quanto definito al capp. 5.1 e 5.3.

L'Azienda individua una figura aziendale quale responsabile del Sistema, che sia in grado di mantenere un controllo globale sull'intero Sistema.

Il Datore di Lavoro, in collaborazione con dirigenti e preposti, assicura che il SGS sia:

• Adeguato per dare attuazione alla Politica aziendale relativa alla Sicurezza;
• Efficace per il raggiungimento degli obiettivi che si sono fissati;
• Realizzato in conformità alle procedure definite per renderlo operativo.

Il Datore di lavoro, inoltre, al fine di assicurare il funzionamento del SGS, mette a disposizione le risorse (umane, economiche, organizzative) necessarie per l'attuazione, il controllo ed il miglioramento del SGS stesso.

Tutta la modulistica prevista dalla presente procedura viene gestita secondo quanto indicato nella stessa e nella SGSL-PG03 "Gestione della documentazione".

## 5. STRUTTURA E GESTIONE DELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

**5.1 Definizioni delle figure e dei ruoli**

**Datore di lavoro**

Secondo quanto definito nell'art. 2, comma 1., lettera b) del D. Lgs. 81/2008, il datore di lavoro è "il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva, in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione […omissis…]"

Nell'ambito della Casa di Cura Villa Verde, il datore di lavoro è identificato nella persona del Presidente del Consiglio di Amministrazione.

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione è coadiuvato nella gestione della Casa di Cura dal Direttore Sanitario. Queste figure costituiscono l'Alta Direzione.

**Dirigenti**

Si definiscono Dirigenti, ai sensi del D. Lgs. 81/2008, "persone che, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attuano le direttive del Datore di Lavoro, organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa".

Nell'ambito della Casa di Cura Villa Verde la figura del Dirigente coincide con quella del Medico Responsabile dei reparti, con responsabilità diretta di personale esposto a rischi e con autonomia nei processi produttivi, anche relativamente alle risorse collegate. Le responsabilità del Dirigente riguardano la corretta attuazione delle misure di prevenzione disposte dall'alta direzione in

relazione al rapporto gerarchico e professionale che si instaura nelle singole unità operative. Ha in particolare i compiti previsti al paragrafo 5.3.
Al dirigente suddetto compete la responsabilità in ordine all'adozione delle misure generali e speciali di tutela di cui al D. Lgs. 81/2008, nell'ambito delle strutture e funzioni ad essi assegnate in gestione, nonché il compito di garantire che il sistema aziendale di gestione della sicurezza venga applicato e mantenuto adeguatamente. Per l'adempimento di detti compiti e funzioni al dirigente viene riconosciuta una adeguata autonomia e potere-dovere decisionale in merito alle funzioni di valutazione, informazione-formazione, organizzazione (disposizioni, procedure, divieti) e di verifica e controllo delle attività, al fine di assicurare una idonea prevenzione e protezione sul lavoro nelle strutture assegnate.

**Preposti**

Ai sensi del D. Lgs. 81/2008 il Preposto è "persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa".
Nell'ambito della Casa di Cura, i Preposti sono coloro che sorvegliano l'applicazione delle attività cui è addetto un determinato gruppo di lavoratori, siano essi della "Dirigenza" o del "Comparto", secondo le definizioni contrattuali.
In generale, il preposto sovrintende ad un settore, reparto, servizio, etc., con funzioni di immediata supervisione del lavoro e di diretto controllo sulle modalità esecutive della prestazione, coordinando conseguentemente uno o più lavoratori.
Il D. Lgs. 81/2008 (art. 37, comma 7) prevede altresì che "i preposti ricevano, a cura del datore di lavoro e in azienda, un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro."

**Lavoratori**

Secondo la normativa vigente, il lavoratore è la "persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione".
Ai fini del D. Lgs. 81/2008, nell'ambito delle strutture sanitarie si ritengono equiparabili ai lavoratori così definiti le seguenti categorie di soggetti:
- i soggetti beneficiari delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento;
- l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazione o ai laboratori in questione;
- il volontario, come definito dalla legge 1 Agosto 1991, n. 266 o che effettua il servizio civile (a seconda di specifici regolamenti aziendali e con distinzione tra volontari che intervengono nei processi produttivi e volontari che svolgono solo funzioni sociali);
- il lavoratore di cui al decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468 e ss.mm. (disciplina dei lavori socialmente utili).

Il D. Lgs. 81/2008 rafforza, rispetto alle normative precedenti, l'assunzione di responsabilità da parte del lavoratore, affermando che "ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle

sue azioni od omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro".

**5.2 Organizzazione della prevenzione**

Secondo il D. Lgs. 81/2008, e ai fini della corretta applicazione del Sistema di Gestione della Sicurezza, è prevista l'istituzione obbligatoria di:

- Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), in staff con Direzione Aziendale.

  Costituisce l'organo tecnico del Presidente del Consiglio di Amministrazione per l'attuazione delle politiche di sicurezza sul lavoro e provvede allo svolgimento dei compiti indicati nell'art. 33 del D. Lgs. n. 81/2008 e ai compiti e alle funzioni previste dal Sistema di Gestione della Sicurezza Aziendale. Tale servizio è costituito dall'insieme di persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori. Nel caso di strutture di ricovero e cura sia pubbliche che private con oltre 50 lavoratori, l'istituzione del Servizio di Prevenzione e Protezione all'interno dell'azienda, ovvero dell'unità produttiva, è comunque obbligatoria. Il Servizio di Prevenzione e Protezione è coordinato dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), persona in possesso di specifiche capacità e requisiti professionali, designata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, previa consultazione degli RLS, e interna all'azienda, nello specifico caso di strutture di ricovero e cura sia pubbliche che private con oltre 50 lavoratori.
- Medico Competente (MC): persona in possesso di titoli e requisiti formativi e professionali specifici, previsti dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008, che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi e nominata dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria.
- Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS): persone elette o designate per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della Salute e della Sicurezza durante il lavoro, preferibilmente organizzati in un Coordinamento Aziendale e dotati di una struttura e sede idonea. Agli RLS competono, oltre che le attribuzioni previste dal D. Lgs. 81/2008, anche gli ulteriori diritti e doveri risultanti dalla contrattazione collettiva nazionale e decentrata. I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, nell'esercizio delle loro funzioni e delle iniziative assunte, si ispirano al principio della collegialità, della cooperazione e della collaborazione con le altre componenti aziendali. Il Datore di Lavoro garantisce l'effettuazione della formazione specifica degli RLS, ai sensi D. Lgs. 81/2008.
  Nel caso specifico della Casa di Cura, in funzione della dimensione aziendale della stessa, si stabilisce la nomina di un RLS.
- Addetti Emergenze e Primo Soccorso (AE e APS): lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza. Sono persone designate dal datore di lavoro con delibera. Essi devono essere formati, essere in numero sufficiente e disporre di attrezzature adeguate, tenendo conto delle dimensioni e dei rischi specifici dell'azienda. Inoltre all'interno dell'Azienda devono essere identificate eventuali altre figure previste da normative specifiche particolari, al fine dell'attuazione delle misure di prevenzione.

**5.3 Livelli di responsabilità**

**Datore di Lavoro**

Riassume in sé le funzioni di titolare del rapporto di lavoro e del potere di spesa; pertanto, su di esso ricadono le responsabilità degli adempimenti previsti dal D. Lgs. 81/2008: è responsabile della istituzione di un'adeguata organizzazione per l'attuazione della prevenzione, rispondendo personalmente dei risultati.
Nello specifico, il Datore di lavoro, secondo quanto previsto dall'art. 17 del D. Lgs. 81/2008, ha la responsabilità, non delegabile:
a) della valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28;
b) della designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi.
Inoltre al Datore di Lavoro competono tutte le attività rivolte alla Sicurezza e Salute dei lavoratori, in funzione dei rischi legati all'attività lavorativa, dei mutamenti organizzativi e produttivi, delle condizioni di lavoro, della presenza di Dispositivi di Protezione Individuali, della necessità di formazione ed informazione dei lavoratori, del grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione, secondo l'art. 18 del D. Lgs. 81/2008. Per svolgere tali attività il Datore di Lavoro si avvale di figure professionali competenti (RSPP, MC, RLS ecc.).
Queste attività possono venire delegate ai dirigenti. I criteri essenziali della validità della delega di funzioni in materia di sicurezza da parte del datore di lavoro, così come definiti dalla giurisprudenza in materia, sono:
- forma scritta, esplicita ed in equivoca, recante data certa;
- capacità tecnico-professionale ed esperienza del delegato relativamente alla specifica natura delle funzioni delegate;
- autonomia completa ed incondizionata, relativamente ai poteri di organizzazione, gestione e controllo, oltre che autonomia economica, del delegato rispetto al delegante in merito all'oggetto della delega;
- accettazione formale e scritta da parte del delegato.
Alla delega deve essere data adeguata e tempestiva pubblicità, ed essa non esclude l'obbligo di vigilanza in capo al datore di lavoro, in ordine al corretto espletamento, da parte del delegato, delle funzioni trasferite.
Per quanto concerne l'implementazione del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro il Datore di Lavoro è responsabile:
- della Politica della Sicurezza (secondo quanto previsto nel manuale);
- del coordinamento tra i servizi responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione (SPP, MC, ST, servizi preposti ai processi critici per la Sicurezza);
- della verifica, almeno annuale, tramite il Riesame del Sistema, del raggiungimento degli obiettivi;
- del miglioramento continuo del SGS.

**Dirigenti**

- **Dirigente/i che ha responsabilità diretta di personale (Medico Responsabile)**

I compiti specifici sono:
- scegliere le attrezzature e le tecniche di lavoro, tenendo presente la salute e la sicurezza dei lavoratori, consultandosi preventivamente con SPP e, quindi, fissando procedure di lavoro sicuro;
- predisporre, coadiuvati se necessario dal SPP, procedure di lavoro sicuro da portare a conoscenza degli operatori;
- utilizzare i locali di lavoro affidati in conformità all'idoneità d'uso per gli stessi segnalata;
- collaborare con il SPP Aziendale all'individuazione e valutazione dei rischi presenti nelle strutture da loro dirette;

- comunicare preventivamente al SPP ogni variazione delle attività svolte, o degli agenti biologici, delle sostanze chimiche o delle attrezzature utilizzate che siano suscettibili di incrementare o comunque variare il livello di rischio;
- aggiornare le misure di prevenzione in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi che hanno rilevanza ai fini della salute e sicurezza del lavoro, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione;
- richiedere la collaborazione dei preposti per le attività della sicurezza sul lavoro e, più in generale, per le attività di tutela della salute dei lavoratori;
- informare, formare e addestrare, con la collaborazione dei preposti, i lavoratori sui rischi connessi alle attività specifiche dei luoghi di lavoro posti sotto la loro responsabilità;
- adottare le misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato ed inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
- informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- provvedere, coadiuvato dai preposti e sentito il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, ove presente, affinché i lavoratori abbiano a disposizione i mezzi di protezione necessari;
- richiedere che vengano osservate da parte dei singoli lavoratori, le norme e le disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro e di uso dei dispositivi di protezione individuale e collettiva messi a loro disposizione, nonché l'uso della segnaletica di avvertimento e di sicurezza;
- assegnare le mansioni ai lavoratori tenendo conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza, vigilando affinché i lavoratori per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti alla mansione lavorativa specifica senza il prescritto giudizio di idoneità, avvalendosi dei preposti e applicando le procedure specifiche (nel caso del comparto questo compito è affidato all'Ufficio Infermieristico);
- prendere le appropriate misure affinché soltanto i lavoratori che abbiano ricevuto adeguate istruzioni e specifico addestramento accedano alle zone o alle lavorazioni che espongono ad un rischio grave e specifico, limitandone il numero al minimo indispensabile;
- proporre per la designazione i lavoratori incaricati delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza, sentiti i preposti;
- collaborare all'adozione dei provvedimenti atti ad evitare che le misure tecniche adottate possano causare rischi per la salute della popolazione o deteriorare l'ambiente esterno, verificando periodicamente la perdurante assenza di rischio;
- segnalare al SPP gli incidenti che hanno indotto condizioni di pericolo per i lavoratori.

- **Dirigenti che sono incaricati di fornire servizi importanti per la salute e sicurezza dei lavoratori**

In relazione alle funzioni peculiari in materia di sicurezza i dirigenti incaricati a fornire servizi hanno i seguenti specifici compiti (nello specifico si vedano le procedure tecniche):
Il *Servizio Tecnico* è incaricato di*:*
- progettare gli ambienti di lavoro (nuovi edifici e ristrutturazioni), secondo le norme di igiene e sicurezza del lavoro;

- attuare gli interventi strutturali ed impiantistici secondo il programma approvato dalla Direzione Generale, provvedendo affinché i locali di lavoro, gli impianti e le attrezzature siano adeguati alle norme di igiene e sicurezza del lavoro, alle linee guida per l'edilizia sanitaria ed ospedaliera e alle norme tecniche specifiche;
- sovrintendere alla manutenzione degli immobili e degli impianti;
- gestire gli adempimenti relativi ai lavori di costruzione in appalto di propria competenza, curando l'applicazione dell'art.26 del D.Lgs. 81/2008 e in conformità alle disposizioni di cui al Titolo IV dello stesso decreto;
- applicare, in collegamento con il SPP, le misure tecniche di prevenzione incendi e attivare i piani per l'emergenza (*a seconda delle decisioni aziendal*i);
- collaborare, fornendo gli elementi tecnici per la valutazione dei rischi, con il SPP e/o con gli altri servizi competenti, all'individuazione ed alla valutazione dei fattori di rischio correlati all'esercizio delle strutture e degli impianti e all'individuazione delle relative misure di prevenzione e di protezione, definendo inoltre fattibilità e stima dei costi e dei tempi di esecuzione degli interventi (lavori) da eseguire per eliminare o ridurre i rischi, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 81/2008;
- produrre/raccogliere e custodire la certificazione di competenza prevista dalla legge relativa alla sicurezza di impianti e strutture e provvedere alla tenuta di tale documentazione; ove l'adeguatezza delle strutture e degli impianti sia attestata da documentazione specifica (certificato di conformità di impianti elettrici, di condizionamento, ascensori, CPI, abitabilità, ecc.), tale documentazione costituisce parte integrante del documento di valutazione dei rischi, secondo il D. Lgs. 81/2008;
- garantire la continuità e l'adeguatezza delle forniture di acqua, energia, gas e gas medicali, secondo le procedure aziendali; qualora uno di questi servizi sia in appalto a terzi, il Servizio Tecnico deve provvedere all'applicazione delle procedure aziendali previste, in attuazione all'art. 26 del D. Lgs. 81/2008.
- cura la gestione tecnica delle apparecchiature elettromedicali. Trasmette ai Dirigenti o Preposti i manuali tecnici ricevuti dal produttore ed evidenzia alla struttura aziendale le competenze per la formazione e al dirigente la necessità di addestramento specificamente richiesto per l'utilizzo di attrezzature;
- provvede, per gli impianti e le attrezzature sanitarie di sua competenza e in collaborazione con l'SPP, all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- assicura che le attrezzature sanitarie di sua competenza siano adeguate ai sensi del D. Lgs. 81/2008, sia al momento della fornitura e installazione, sia nel tempo, a seguito di interventi necessari di manutenzione ordinaria e/o straordinaria;
- provvede ai collaudi di accettazione delle attrezzature sanitarie, prima dell'entrata in esercizio delle stesse nelle varie Unità Operative, accertando che siano corredati delle certificazioni e marcature obbligatorie, nonché dei manuali d'uso e manutenzione;
- verifica che le attrezzature siano utilizzate per le destinazioni d'uso indicate dai produttori e che siano collegate agli impianti di alimentazione secondo le prescrizioni normative vigenti;
- procura e/o predispone tutta la documentazione prevista per legge, relativa alla sicurezza delle attrezzature, e provvede alla tenuta di detta certificazione nel fascicolo tecnico di ogni singola attrezzatura;
- mette a disposizione dei lavoratori, e tiene aggiornati, i manuali d'uso e i libretti di manutenzione delle attrezzature (libro macchina);

- nei casi in cui il Servizio di Ingegneria Clinica dia in appalto a terzi la fornitura del servizio di manutenzione delle attrezzature elettromedicali di competenza, provvede ad attivare la procedura aziendale prevista in attuazione delle prescrizioni di cui all'art. 26 del D. Lgs. 81/2008.

Il *Servizio economato e Personale*:
- è responsabile della procedura in ordine all'acquisto di macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale e collettivi conformi ai requisiti di sicurezza, secondo le indicazioni degli uffici/soggetti competenti;
- prevede l'obbligo, nei capitolati d'oneri, che le ditte appaltatrici adempiano a quanto previsto dall'art. 26 del D. Lgs. 81/2008 e, in seguito all'aggiudicazione, gestisce gli adempimenti relativi ai servizi in appalto di propria competenza, curando l'applicazione dell'art. 26 del D. Lgs. 81/2008., in collaborazione con l'SPP;
- a seconda degli incarichi di acquisto, acquisisce le schede di sicurezza dei prodotti chimici dallo stesso acquistati e ne assicura la distribuzione agli utilizzatori finali e al RSPP per la Valutazione dei Rischi;
- prevede l'obbligo, nei capitolati d'oneri, che le ditte concorrenti, nel formulare la propria offerta, tengano conto degli aspetti legati alla sicurezza ed alla salute degli operatori (destinatari dei beni e/o servizi), secondo quanto previsto dall'art 26 del D.Lgs. 81/2008, valutando l'offerta ricevuta e verificandone la rispondenza alla normativa in materia di sicurezza, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione e con le altre strutture Aziendali coinvolte;
- prevede l'obbligo, nei capitolati d'oneri, che le ditte aggiudicatarie provvedano affinché i beni e le attrezzature acquistate siano corredati delle certificazioni e marcature obbligatorie, nonché dei manuali d'uso e manutenzione e si accerta della presenza delle certificazioni e della consegna dei manuali d'uso e manutenzione;
- prevede, se necessario, nei contratti di acquisto di beni, la richiesta alle ditte fornitrici di moduli formativi per gli operatori sul corretto utilizzo dei beni forniti.
- fornisce, su delega del Datore di lavoro, al Medico Competente, al SPP, al Medico Autorizzato e all'esperto qualificato le informazioni relative a tutto il personale (assunzioni, pensionamenti, trasferimenti, tirocinanti, volontari, ecc.), per i provvedimenti che ne conseguono;
- fornisce i nominativi dei lavoratori assunti con normativa speciale, con l'indicazione della loro collocazione;
- collabora per l'applicazione della normativa speciale inerente le donne in gestazione e puerperio;
- collabora con MC e RSPP per la raccolta di informazioni richieste dall'INAIL in merito alle malattie professionali, all'eco-indennizzo, al riconoscimento dell'invalidità e di cause di servizio;
- è responsabile della tempestiva trasmissione all'INAIL delle denunce di infortunio;
- collabora per la gestione degli infortuni;
- collabora per la gestione delle denunce di malattie professionali;
- comunica all'INAIL le informazioni relative agli infortuni sul lavoro a fini assicurativi;
comunica inoltre all'INAIL, a fini statistici e informativi, i dati relativi agli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento, con le modalità che verranno ulteriormente definite in fase applicativa.

La *Farmacia:*
- a seconda degli incarichi di acquisto, acquisisce le schede di sicurezza dei prodotti chimici dallo stesso acquistati e ne assicura la distribuzione agli utilizzatori finali e al RSPP;

- partecipa all'acquisto dei DPI (guanti) di cui ha la gestione.

L'*Ufficio Formazione/Infermieristico*:
- raccoglie le richieste di corsi di formazione inerenti la sicurezza;
- programma i corsi in accordo con SPP e RLS;
- organizza, gestisce ed archivia i corsi;
- invia i dati della formazione al SPP.
- gestisce il personale sanitario del comparto con limitazione dell'idoneità e tutela delle lavoratrici madri in collaborazione con MC, ove non provveda il direttore di U.O.

**Preposti**
I compiti specifici sono:
- sovrintendere e vigilare sulla osservanza, da parte dei singoli lavoratori, dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di persistenza della inosservanza, informare i loro superiori diretti;
- segnalare ai dirigenti carenze o inefficienze del sistema di prevenzione aziendale;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta;
- collaborare all'informazione e alla formazione dei dipendenti sui fattori di rischio e sulle norme di prevenzione e all'addestramento sulle macchine o attrezzature;
- verificare affinché soltanto i lavoratori che abbiano ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;
- vigilare sull'osservanza delle procedure di lavoro sicure e sull'uso dei Dispositivi di protezione Individuali e Collettivi;
- curare i rapporti tra la struttura e il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio del Medico Competente e l'esperto qualificato/Medico Autorizzato, collaborando alla valutazione dei rischi e alla individuazione delle misure idonee ad eliminare ovvero a ridurre i rischi stessi;
- richiedere l'osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato ed inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
- informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- astenersi, salvo eccezioni debitamente motivate, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave ed immediato;
- frequentare appositi corsi di formazione previsti nei loro confronti.

**Lavoratori**
I lavoratori:
- osservano le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
- utilizzano correttamente le altre attrezzature di lavoro le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
- utilizzano in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

- segnalano immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze delle attrezzature e dei dispositivi di protezione, nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui vengono a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle loro competenze e possibilità, per eliminare o ridurre tali deficienze o pericoli, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- non rimuovono o modificano senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- non compiono di propria iniziativa operazioni o manovre che non siano di loro competenza ovvero che possano compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- si sottopongono ai controlli sanitari previsti nei loro confronti;
- contribuiscono, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento di tutti gli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.
- partecipano ai corsi di formazione previsti nei loro confronti.

## FLUSSI COMUNICATIVI, FORMATIVI E RELAZIONALI

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Documenti, normative di riferimento, termini e definizioni
5. Modalità operative
    - 5.1 Comunicazione interna
        - 5.1.1 Comunicazione in merito a compiti/responsabilità svolti in ambito di SGS
        - 5.1.2 Comunicazione in merito alla valutazione dei rischi
        - 5.1.3 Segnalazioni
        - 5.1.4 Riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi art. 35 D. Lgs. 81/08.
        - 5.1.5 Consultazione RLS
        - 5.1.6 Piani di emergenza
    - 5.2 Comunicazione esterna
    - 5.3 Informazione
    - 5.4 Formazione e addestramento
        - 5.4.1 Progettazione delle attività formative
        - 5.4.2 Formazione di figure specifiche

## 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di:
- Implementare la comunicazione interna in materia di sicurezza sul lavoro con l'obiettivo di rendere partecipi tutti i lavoratori a seconda del ruolo, nel SGS;
- Migliorare la comunicazione esterna in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro verso utenti, fornitori e collaboratori;
- Fornire criteri per la programmazione della formazione ed informazione dei lavoratori in Azienda.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i soggetti aziendali: datore di lavoro, dirigenti, preposti e lavoratori.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione fornisce le risorse per favorirne l'applicazione.

## 4. DOCUMENTI, NORMATIVE DI RIFERIMENTO, TERMINI E DEFINIZIONI

I Documenti di riferimento per la presente procedura sono:
• Linee guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) – UNI Settembre 2001;
• Guida operativa delle Linee Guida UNI – INAIL Ottobre 2003;
• D. Lgs. 81/2008.

**Definizioni:**

**Informazione**:complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro;
**Formazione:** processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi;
**Addestramento:** complesso delle attività dirette a fare apprendere ai lavoratori l'uso corretto di attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale, e le procedure di lavoro;

**Comunicazione interna**: mettere in comune conoscenze ed informazioni, attinenti alla sicurezza sul lavoro, tra i lavoratori dell'Azienda.
**Comunicazione esterna**: mettere in comune conoscenze ed informazioni, attinenti alla sicurezza sul lavoro, con tutti i soggetti esterni all'Azienda che con essa hanno una qualche integrazione.

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

### 5.1 Comunicazione interna

Tutte le informazioni, conoscenze, notizie, problematiche relative alla sicurezza sul lavoro devono essere oggetto di comunicazione tra i lavoratori a tutti i livelli, a seconda della necessità. In particolare la Direzione della Casa di Cura deve definire ed attuare efficaci modalità di comunicazione su politiche, obiettivi, programmi e risultati.

#### 5.1.1 Comunicazione in merito a compiti/responsabilità svolti in ambito di SGS

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, attraverso il RSPP, deve comunicare almeno ogni tre anni o ad ogni nuovo ingresso di Dirigenti/Preposti i loro compiti e responsabilità rispetto al SGS. Questa comunicazione deve essere documentata attraverso una nota firmata dai Dirigenti/ Preposti per accettazione.

#### 5.1.2 Comunicazione in merito alla valutazione dei rischi

Il principale flusso comunicativo inerente la salute e sicurezza dei lavoratori all'interno dell'Azienda consiste nella valutazione dei rischi. La valutazione dei rischi deve considerare tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress da lavoro, alle differenze di genere, all'età e alla provenienza da altri paesi.
La comunicazione deve avere ad oggetto:
• Relazioni di sopralluogo;
• Aggiornamento della valutazione dei rischi in occasione di modifiche del processo produttivo o dell'organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e della sicurezza dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione e della protezione o a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità;
• Piano degli interventi di prevenzione da adottare.
Le relazioni di sopralluogo, gli aggiornamenti della valutazione dei rischi e il piano di attuazione degli interventi devono essere oggetto di comunicazione tra MC/RSPP/RLS e Presidente del Consiglio di Amministrazione almeno una volta all'anno, in occasione della riunione prevista dall'art.35 del D. Lgs 81/2008.
Inoltre tali informazioni devono essere fornite periodicamente anche a Responsabili delle Strutture Aziendali (Ospedali, Distretti, Dipartimenti di Prevenzione) e dei Dipartimenti Tecnico-Logistici e Amministrativi.
Comunicazioni puntuali su questi aspetti potranno avvenire in risposta a richieste specifiche, provenienti da Dirigenti o Preposti.

Sicurezza
Tali comunicazioni vengono trasmesse secondo il seguente flusso comunicativo:

**RSPP** e/o **MC** effettuano i sopralluoghi secondo artt.25 e 33 del D. Lgs. 81/2008 e su richiesta di dirigenti e/o preposti

↓

**RSPP** e/o **MC** scrivono la **RELAZIONE** di sopralluogo

↓

Il RSPP aggiorna la Valutazione dei Rischi

↓

La comunicazione dei risultati di sopralluogo viene data a tutti i soggetti interessati e quindi:
- Datore di lavoro
- Responsabili di unità operative e/o responsabili di struttura se coinvolti
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

↓

Sulla base della relazione di sopralluogo il SPP con l'eventuale ausilio dei Servizi interessati (infermieristico, approvvigionamenti, tecnico, ..) definisce le misure necessarie di prevenzione

↓

Per l'attuazione di queste misure il Datore di Lavoro si avvale:

| | |
|---|---|
| *Per modifiche strutturali ed impiantistiche:* | Servizio Tecnico ed Ingegneria Clinica |
| *Per cambiamenti organizzativi e procedurali*: | Preposti e Dirigenti-Ufficio Formazione |
| *Per la sorveglianza sanitaria:* | Medico Competente |
| *Per problemi di igiene ospedaliera:* | Direzione Sanitaria |

↓

Comunicazione delle misure di sicurezza adottate
al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Tutte le informazioni e la documentazione aziendale inerente alla valutazione dei rischi e le misure di prevenzione relative, nonché quelle inerenti alle sostanze ed ai preparati pericolosi, alle macchine, agli impianti, alla organizzazione e agli ambienti di lavoro, agli infortuni ed alle malattie professionali devono essere trasmesse ai RLS.

**5.1.3 Segnalazioni**

I lavoratori segnalano immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze delle attrezzature e dei dispositivi di protezione, nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui vengono a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle loro competenze e possibilità, per eliminare o ridurre tali deficienze o pericoli, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

Per quanto riguarda invece i preposti, devono inoltre farsi carico di:

- segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta;
- sovrintendere e vigilare sulla osservanza, da parte dei singoli lavoratori, dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di persistenza della inosservanza, informare i loro superiori diretti.
- segnalare al Dirigente i lavoratori che in modo persistente non usano i mezzi di protezione o adottano comportamenti pericolosi in contrasto con le norme.

**5.1.4 Riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi art. 35 D. Lgs. 81/2008**

Almeno una volta all'anno il Presidente del Consiglio di Amministrazione, direttamente o tramite il SPP, indice una riunione cui partecipano:

• Presidente del Consiglio di Amministrazione o Suo rappresentante
• RSPP
• Medico Competente (*Servizio di Sorveglianza Sanitaria*)
• Medico Autorizzato
• Esperto Qualificato
• RLS
• eventuali altri servizi coinvolti in funzione di specifiche problematiche.

Nel corso della riunione si discute relativamente a:

• il Documento di valutazione dei Rischi;
• l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria;
• i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale;
• i programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute (vedi DS 02 "Programma di Formazione ed Informazione aziendale");
• eventuali altre problematiche relative alla sicurezza.

Nel corso della riunione possono essere individuati:

• codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali
• obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro.

La riunione ha luogo anche in occasione di eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio, compresa la programmazione e l'introduzione di nuove tecnologie che hanno riflessi sulla salute e sicurezza dei lavoratori.

Il verbale della riunione viene stilato dal Servizio di Prevenzione e Protezione e firmato da tutti i partecipanti per approvazione.

**5.1.5 Consultazione RLS**

Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza è consultato:
- tempestivamente e preventivamente, in ordine alla valutazione dei rischi, alla individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nella azienda o unità produttiva;
- in merito alla designazione del responsabile e degli addetti al servizio di prevenzione, alla attività di prevenzione incendi, al primo soccorso, alla evacuazione dei luoghi di lavoro e del medico competente;
- riguardo l'organizzazione della formazione.

Inoltre, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza:
- riceve le informazioni e la documentazione aziendale inerente alla valutazione dei rischi e le misure di prevenzione relative, nonché quelle inerenti alle sostanze ed ai preparati pericolosi, alle macchine, agli impianti, alla organizzazione e agli ambienti di lavoro, agli infortuni ed alle malattie professionali;
- partecipa alla riunione periodica
- fa proposte in merito alla attività di prevenzione;
- avverte il responsabile della azienda dei rischi individuati nel corso della sua attività;
- può fare ricorso alle autorità competenti qualora ritenga che le misure di prevenzione e protezione dai rischi adottate dal datore di lavoro o dai dirigenti e i mezzi impiegati per attuarle non siano idonei a garantire la sicurezza e la salute durante il lavoro.

In presenza di appalti i RLS del datore di lavoro committente e delle imprese appaltatrici, su loro richiesta, ricevono il documento unico di valutazione relativo ai rischi dovuti alle interferenze (DUVRI).

Le segnalazioni effettuate dagli RLS possono essere rivolte a:
- SPP;
- MC;
- Datore di Lavoro.

**5.1.6 Piani di emergenza**

L'Azienda si attiva per la creazione e la diffusione dei Piani di Emergenza Aziendali, così come descritto nella SGSL-PT 06 "Gestione delle Emergenze".

## 5.2 Comunicazione esterna

L'Azienda si attiva per informare le persone esterne (utenti, visitatori, volontari e altri soggetti) sugli eventuali rischi collegati alla loro presenza in sede. Uno strumento di comunicazione verso l'esterno è rappresentato dalla segnaletica di sicurezza.

L'Azienda gestisce con specifiche procedure i rapporti con fornitori, manutentori esterni e ditte in appalto all'azienda, per ridurre al minimo i rischi collegati alle interferenze tra lavorazioni. In particolare, per i lavori in appalto, si veda la procedura specifica (SGSL-PT 05 "Gestione appalti").

L'Azienda si impegna ad informare utenti e visitatori in merito ai Piani di Emergenza Aziendali, cosi come descritto nella SGSL-PT 06 "Gestione delle Emergenze".

## 5.3 Informazione

L'Azienda si fa carico dell'informazione dei lavoratori in relazione ai rischi generali dell'impresa, all'organizzazione aziendale della sicurezza (a carico del Datore di Lavoro) e alle figure preposte alla prevenzione in Azienda (nominativi di RSPP, RLS, MC e incaricati della gestione emergenze). Inoltre provvede affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:
a) sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia;
b) sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica;
c) sulle misure e le attività di protezione e prevenzione adottate.
L'attività di informazione prevede l'utilizzo di diversi strumenti:
- assemblea
- riunione
- comunicazione verbale
- opuscolo
- comunicazioni in busta paga
- comunicazioni in bacheca
- manifesti
- depliant illustrativi
- segnaletica di sicurezza.

L'informazione è rivolta a tutti i lavoratori dell'Azienda, come definito in SGSL-PG01 cap. 5.1. Tale informazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori, consentendo loro di acquisire le relative conoscenze. Laddove l'informazione riguardi i lavoratori immigrati, essa deve avvenire previa verifica della comprensione della lingua utilizzata nel percorso informativo.

## 5.4 Formazione e addestramento

L'Azienda si dota di un Programma annuale per la formazione dei lavoratori in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, tenuto conto delle normative vigenti in materia, delle dimensioni dell'Azienda, del numero dei lavoratori e delle loro conoscenze linguistiche, della tipologia dei rischi specifici, dell'introduzione di nuove tecnologie (sostanze pericolose, attrezzature, impianti, macchine ecc.) o di cambiamenti organizzativi, della Politica Aziendale per la Sicurezza e del miglioramento continuo.
Il Programma di formazione in materia di sicurezza è proposto dal Servizio di Prevenzione e Protezione sulla base dell'analisi dei bisogni formativi effettuata tenendo conto:
1. della valutazione dei rischi, in funzione delle diverse mansioni collegate ai rischi specifici e dell'individuazione delle figure maggiormente esposte;
2. del programma delle misure di prevenzione e protezione;
3. delle segnalazioni fatte dal Medico Competente;
4. dei bisogni connessi al cambio mansione, all'andamento degli infortuni ed incidenti e alle segnalazioni di comportamento pericoloso;
5. della documentazione per la sicurezza presente in Azienda (es.: procedure di lavoro sicuro, schede di sicurezza, manuali di uso e manutenzione, piani di emergenza);
6. di notizie su cambiamenti nelle leggi e norme tecniche per la sicurezza.

Il Programma di formazione (SGSL-DS 02) viene portato all'attenzione di tutti i partecipanti alla riunione periodica di Prevenzione.
I lavoratori devono ricevere una formazione sufficiente e adeguata in materia di salute e sicurezza, con particolare riferimento a:
- concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organi di vigilanza, controllo, assistenza;
- rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure di prevenzione e protezione caratteristici del settore o comparto di appartenenza dell' azienda.

La formazione è rivolta a tutti i lavoratori come indicato in SGSL-PG01 cap. 5.1.,con particolare attenzione ai lavoratori neo assunti, ai lavoratori cui viene cambiata la mansione, ai lavoratori "fragili" (portatori di handicap, in gravidanza, extra-comunitari). A conclusione dell'attività formativa ad ogni partecipante viene rilasciato "l'attestato di avvenuta formazione" e l'attività viene registrata su apposita modulistica.
Essa deve essere di facile comprensione e, nel caso di lavoratori immigrati, deve essere precedentemente verificata la lingua veicolare utilizzata.

**5.4.1 Progettazione delle attività formative**
La progettazione delle attività formative tiene conto dei bisogni e della definizione degli obiettivi, prevede la scelta di soggetti destinatari, dei contenuti della formazione, delle metodologie didattiche da utilizzare.
L'intervento formativo consiste nella trasmissione/consolidamento/aggiornamento di conoscenze e di pratiche di lavoro finalizzate all'attuazione della sicurezza in Azienda.
Le finalità della formazione risultano:
- acquisire una esatta conoscenza di tutti i rischi per la sicurezza e la salute e dei possibili infortuni/danni collegati, ciascuno per la parte che lo riguarda o come soggetto esposto a rischio oppure come soggetto responsabile (in funzione del ruolo e della mansione);
- eliminare o ridurre gli infortuni e le malattie professionali;
- rendere partecipi e responsabili i lavoratori della propria e altrui sicurezza, in particolar modo in relazione all'attività svolta;
- ottenere un cambiamento nei comportamenti.

Gli interventi formativi e, ove previsto, l'addestramento specifico devono essere effettuati al momento della costituzione del rapporto di lavoro o dell'inizio dell'utilizzazione qualora si tratti di somministrazione di lavoro, al momento del trasferimento o cambiamento di mansioni e al momento della introduzione di nuove attrezzature di lavoro o di nuove tecnologie, di nuove sostanze e preparati pericolosi.
L'addestramento deve essere effettuato da persona esperta e sul luogo di lavoro.
La formazione dei lavoratori deve essere progettata ed erogata con particolare attenzione agli obiettivi dei miglioramento continuo della Sicurezza in Azienda. La scelta dei contenuti, dei metodi, degli strumenti, dei tempi di realizzazione sarà strettamente correlata agli obiettivi formativi prefissati e ai destinatari.

**5.4.2 Formazione di figure specifiche**
Per la formazione e informazione dei soggetti addetti a compiti speciali l'Azienda fa riferimento a quanto stabilito dalla normativa:

Formazione RSPP: secondo D.M. 16/01/97 N. 27 e D. Lgs. 195/2003; Accordo Stato- Regioni 26 Gennaio 2006
Formazione ASPP: secondo D. Lgs. 195/2003; Accordo Stato-Regioni 26 Gennaio 2006
Formazione preposti: ricevono un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro. I contenuti della formazione devono riguardare i principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi, la definizione e l'individuazione dei fattori di rischio, la valutazione dei rischi e l'individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione (art.37 D. Lgs. 81/2008);
Formazione RLS.
I RLS ricevono una formazione particolare in materia di salute e sicurezza concernente i rischi specifici esistenti negli ambiti in cui esercitano la loro rappresentanza. Pur rinviando alla contrattazione collettiva per la definizione di modalità/durata/contenuti si definiscono:
- *la durata minima iniziale* di 32 ore, di cui 12 sui rischi specifici presenti in azienda e le misure di prevenzione adottate, con verifica dell'apprendimento;
- *l' aggiornamento minimo periodico* non inferiore alle 8 ore per ciascun anno di vigenza del mandato
- *i contenuti minimi devono riguardare*: *a)* principi giuridici comunitari e nazionali; *b)* legislazione generale e speciale in materia di salute e sicurezza sul lavoro; *c)* principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi; *d)* definizione e individuazione dei fattori di rischio; *e)* valutazione dei rischi; *f)* individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione; *g)* aspetti normativi dell'attività di rappresentanza dei lavoratori; h) nozioni di tecnica della comunicazione.
Formazione Addetti Emergenza: devono ricevere un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico secondo il D.M. 10/03/98 (16 ore per alto rischio incendio);
Formazione Addetti Primo Soccorso: secondo D.M. 388/2003.
In relazione alle attività svolte nelle strutture sanitarie si evidenzia la necessità di formazione specifica in merito a:
Radiazioni ionizzanti: D. Lgs. 230/1985

# GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Definizioni
5. Documentazione del Sistema di Gestione della Sicurezza
    5.1 Gestione della documentazione di SGS
    5.2 Iter della documentazione di SGS
        5.2.1. Emissione
        5.2.2. Distribuzione dei documenti
        5.2.3. Archiviazione, catalogazione, conservazione e accesso
        5.2.4. Gestione delle modifiche
        5.2.5. Edizioni superate
6. Documentazione di Salute e Sicurezza sul Lavoro
7. Registrazioni

## 1. SCOPO

Portare a conoscenza di Dirigenti, Preposti e Lavoratori le modalità di accesso e di gestione della documentazione inerente la sicurezza e salute in azienda.
Scopo della presente procedura è di fornire indicazioni in merito alla gestione della documentazione relativa alla sicurezza presente nella Casa di Cura ed individuare le modalità per l'aggiornamento legislativo in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutta la documentazione relativa alla sicurezza presente nella Casa di Cura, compresa la normativa cogente.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

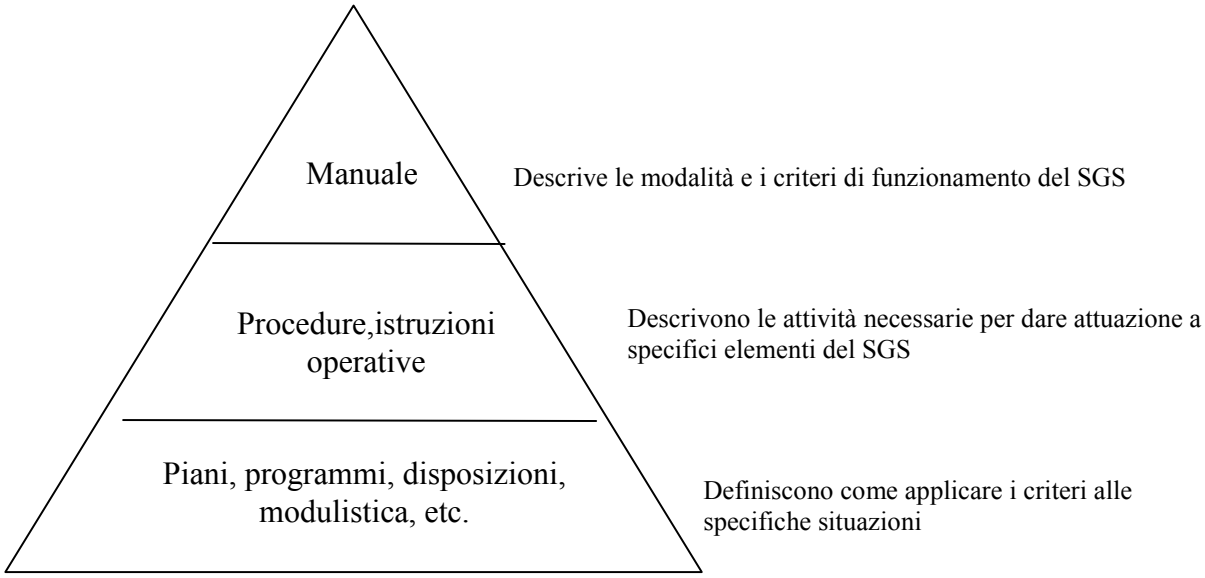
I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. DEFINIZIONI

**Documenti**: materiali con contenuto informativo, indipendentemente dal tipo di supporto utilizzato (cartaceo, magnetico, ottico, etc.). I documenti che devono essere gestiti secondo le regole dettate dalla presente procedura si distinguono in:

- Documenti del Sistema di Gestione della Sicurezza;
- Documenti relativi alla Salute e Sicurezza sul Lavoro.

La ***Documentazione del SGS*** è organizzata in tre livelli:




***Manuale:*** il manuale descrive il SGS e le modalità e i criteri con cui il sistema è realizzato, gestito e revisionato; descrive la politica, l'organizzazione, le responsabilità e le modalità con cui vengono prese le decisioni; permette di identificare, definire, realizzare e controllare tutte le attività che hanno influenza sulla salute e sicurezza sul lavoro.
Il manuale è redatto dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza ed approvato dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, così come le successive revisioni.
***Procedure:*** le procedure sviluppano in dettaglio i criteri stabiliti nelle relative sezioni del manuale. Il manuale riporta, in ciascuna sezione, i riferimenti alle procedure attinenti. Le procedure definiscono, per ogni attività (cosa), le responsabilità (chi), e le relative modalità di attuazione (come, dove, e quando). Dall'applicazione delle singole procedure (o delle sezioni del manuale) scaturiscono le documentazioni e le registrazioni che dimostrano l'attuazione del SGS. Le procedure sono identificate con la sigla SGSL-PG, nel caso di Procedure Gestionali, e con la sigla PT, nel caso di Procedure Tecniche; alla sigla segue il numero progressivo ed il numero della revisione. Le procedure sono emesse dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza ed approvate dal Presidente del Consiglio di Amministrazione. Un elenco completo e aggiornato è conservato dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza (SGSL-DS 03 "Registro della Documentazione").
***Istruzioni operative:*** Descrivono in dettaglio le modalità di corretta attuazione di attività o processi dell'azienda (ad esempio "Trasporto dei campioni biologici"). Le istruzioni operative di salute e sicurezza sul lavoro sono identificate con la sigla IO, il numero progressivo ed il numero della revisione. Un elenco completo e aggiornato è conservato dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza (SGSL-DS 03 "Registro della Documentazione").
***Modulistica:*** Sono documenti di registrazione richiamati dal manuale o dalle procedure, con cui si dà evidenza dell'applicazione del SGS (ad esempio piani di informazione e formazione del personale, ecc.). Un elenco completo e aggiornato è conservato dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza (SGSL-DS 03 "Registro della Documentazione"). I piani, i programmi, le

disposizioni e i moduli sono identificati dalla sigla DS e da un numero progressivo e riportano la data di emissione.

***Documentazione di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL)***

La documentazione aziendale risponde alle esigenze di conoscenza per sviluppare e mantenere un sistema di gestione efficiente, in modo semplice e snello; per quanto riguarda, in particolare, la documentazione di SSL, si deve organizzare almeno la gestione della seguente documentazione:

- leggi, regolamenti, norme antinfortunistiche attinenti l'attività dell'azienda;
- regolamenti e accordi aziendali;
- documentazione richiesta dalla normativa vigente in materia di SSL:
  - o Documento di Valutazione dei Rischi;
  - o relazioni di sopralluogo;
  - o relazioni di indagine ambientale;
  - o relazioni dell'Esperto Qualificato;
  - o relazioni sanitarie del Medico Competente;
  - o statistiche infortunistiche;
  - o Protocolli di Sorveglianza Sanitaria;
  - o verbali delle riunioni periodiche di prevenzione e protezione dai rischi (art. 35 del D. Lgs. 81/08);
  - o verbali di eventuali riunioni della Direzione sulla politica aziendale in tema di SSL;
  - o piani di formazione e addestramento (anche con esercitazioni antincendio);
  - o CPI;
  - o Piani di emergenza;
  - o Elenco degli Addetti alla Gestione delle Emergenze, antincendio e pronto soccorso.
- prescrizioni degli organi di vigilanza;
- manuali, istruzioni per l'uso di macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale (DPI) e collettivi (DPC) forniti dai costruttori;
- tutta la documentazione relativa ad apparecchiature ed impianti, soggetti a collaudi, verifiche e controlli (es.: dichiarazione di conformità di edifici/impianti;
- verbali delle verifiche periodiche obbligatorie: degli impianti elettrici, degli ascensori, degli apparecchi a pressione, ...);
- informazioni sui processi produttivi;
- schemi organizzativi;
- norme interne e procedure operative;
- tutta la documentazione relativa alla gestione dei rifiuti (formulari, registri di carico/scarico, autorizzazioni al trasporto e allo smaltimento, procedure, ...);
- certificazione di agibilità e destinazione d'uso delle strutture.

**Registrazioni**: documenti che rendono evidenza dell'effettiva esecuzione delle attività e dei processi.

## 5. DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA

### *5.1 Gestione della documentazione di SGS*

La documentazione è uno strumento organizzativo fondamentale che consente la gestione nel tempo delle conoscenze riguardanti le diverse realtà interne alla Casa di Cura, anche con l'obiettivo di contribuire ad implementare e a monitorare il Sistema di Gestione della Sicurezza.

La Casa di Cura deve raggiungere un giusto equilibrio tra la necessità di raccolta, fruibilità ed archiviazione del maggior numero possibile di dati e quella del loro aggiornamento.
L'elenco esaustivo della documentazione viene costantemente tenuto aggiornato dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza.
L'elenco riporta, per ogni documento del Sistema di Gestione:

- la denominazione e la codifica interna;
- l'indice e la data di revisione del documento;
- la periodicità di revisione;
- eventuali puntatori ed archivi informatici;
- le modalità di archiviazione;
- la lista e le modalità di distribuzione;
- la durata di conservazione.

L'elenco dei documenti è reso disponibile alle funzioni interessate, allo scopo di:

- fornire una visione d'insieme dei documenti in carico alla struttura organizzativa;
- consentire una verifica diretta sullo stato di validità dei documenti utilizzati.

Ogni documento in carico al Sistema di Gestione per la Sicurezza deve poter essere identificato in modo univoco.

## *5.2 Iter della documentazione di SGS*

### 5.2.1. Emissione

Per ciascun documento emesso deve essere definito il corrispondente iter di emissione.
Le fasi dell'iter di emissione, il cui espletamento viene attestato mediante firma sul documento delle funzioni responsabili, prevedono, generalmente, le attività di:

Redazione →l'elaborazione comprende la preparazione del documento
Verifica →la verifica consiste nella analisi del contenuto del documento per accertarne la correttezza, la completezza e la congruenza
Approvazione →l'approvazione consiste nel riscontro e nell'attestazione della validità del documento ai fini della sua specifica utilizzazione
Emissione →è l'atto mediante il quale un documento, una volta ottenuta l'approvazione prevista, viene destinato alla sua utilizzazione.

Le verifiche e le approvazioni devono essere effettuate da personale autorizzato.
In alcuni casi, per semplificare il flusso documentale, può essere previsto un iter di emissione semplificato: in tali casi la stessa funzione può svolgere contemporaneamente una o più delle attività descritte precedentemente.

### 5.2.2. Distribuzione dei documenti

La distribuzione può avvenire in forma controllata o in forma non controllata.
Modalità non controllata → Non è richiesta alcuna avvertenza in merito alla distribuzione
Modalità controllata → Un documento viene distribuito in firma controllata quando si ritiene di:

- documentare la trasmissione del documento tra funzione emittente e funzione ricevente
- garantire la funzione ricevente in merito al rilascio di eventuali successive revisioni/aggiornamenti del documento.

La lista di distribuzione di ciascun documento è riportata nell'elenco dei documenti. Le copie controllate sono identificate:

a. mediante apposizione sulla prima pagina del timbro "COPIA CONTROLLATA";
b. riportando nel piè di pagina della 1^ pagina del documento la scritta "COPIA CONTROLLATA".

**5.2.3. Archiviazione, catalogazione, conservazione e accesso**

L'archiviazione dei documenti viene effettuata nel rispetto delle indicazioni contenute nell'elenco dei documenti. Gli archivi devono essere organizzati in modo da assicurare la protezione e l'agevole rintracciabilità dei documenti.
Le modalità di catalogazione definiscono i criteri secondo i quali i documenti vengono archiviati. Le modalità di catalogazione dei documenti devono essere tali da:

- facilitare l'archiviazione dei documenti;
- favorire la ricerca, la consultazione e la rintracciabilità dei documenti stessi.

Ove necessario ai fini di un'immediata archiviazione/consultazione, le modalità di catalogazione possono essere:

- indicate nell'elenco dei documenti;
- illustrate nelle procedure;
- sintetizzate in un foglio guida o etichetta riportate sul dorso dei raccoglitori.

Il tempo di conservazione dei documenti superati è indicato nell'elenco dei documenti.
La Casa di Cura deve definire le modalità per la gestione della sicurezza e dell'accesso controllato dei documenti.

**5.2.4. Gestione delle modifiche**

Eventuali modifiche/aggiornamenti devono essere chiaramente evidenziate all'interno del documento.
L'eliminazione di eventuali parti del testo deve essere segnalata con carattere barrato del testo eliminato, per quanto è rilevante.
La modifica di un documento che porta ad una sua riemissione prende il nome di revisione e segue le stesse fasi illustrate per l'iter di emissione. Le modifiche apportate al documento devono essere verificate ed approvate dalle stesse funzioni che hanno eseguito la precedente verifica ed approvazione, in modo da assicurare la congruenza tra modifiche apportate e stesura originaria del documento.
Il documento modificato viene identificato da un indice e/o da una data di revisione (la nuova revisione deve essere riportata anche nell'elenco dei documenti SGSL-DS 03).

**5.2.5. Edizioni superate**

Le edizioni superate dei documenti devono essere:

- distrutte se le versioni aggiornate sostituiscono completamente le precedenti;
- opportunamente contrassegnate ed archiviate dalle funzioni interessate, se le nuove edizioni costituiscono una integrazione e/o una parziale modifica delle edizioni precedenti.

I documenti superati devono essere identificati mediante timbro o scritta "COPIA SUPERATA" per evitare un uso indesiderato degli stessi.

## 6. DOCUMENTAZIONE DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

*La Casa di Cura deve definire un sistema per la gestione controllata dei documenti inerenti la salute e sicurezza sul lavoro. Tale sistema deve prevedere:*
*- la definizione delle tipologie di documenti da tenere sotto controllo;*
*- la presa in carico del documento, nel caso di documentazione esterna che entri in azienda, o, nel caso di documentazione interna, quale sia la funzione responsabile della stesura, degli aggiornamenti e della tenuta e distribuzione del documento;*
*- le modalità di distribuzione del documento (a chi e come);*
*- le modalità di archiviazione;*
*- il tempo di conservazione dei documenti;*
*- l'aggiornamento dell'elenco dei documenti*

Tra la documentazione di SSL che la Casa di Cura deve gestire in modo controllato, rientrano:

- Leggi e regolamenti in tema di SSL: la raccolta è a cura del Servizio di Prevenzione e Protezione, che deve farsi carico delle revisioni periodiche (annuali o biennali) e, comunque, degli aggiornamenti in occasione di nuove emanazioni, attraverso l'utilizzo di una fonte informativa sistematica sulle nuove norme in ingresso, in materia di SSL.
- Piani di emergenza: devono essere redatti e aggiornati dal Servizio di Prevenzione e Protezione (direttamente, o indirettamente, avvalendosi di esperti in materia), che deve farsi carico anche dell'archiviazione, a tempo indeterminato.
- I Piani di Emergenza devono essere trasmessi e illustrati a tutte le strutture che abbiano squadre organizzate; devono esserne informati: il Responsabile della struttura, il Responsabile delle Emergenze della struttura considerata e il personale delle Squadre di Emergenza.
- Analisi statistica degli infortuni: deve essere elaborata e revisionata annualmente dal Servizio di Prevenzione e Protezione, che ne cura anche l'archiviazione, a tempo indeterminato. L'analisi statistica degli infortuni deve essere presentata, dall'RSPP, in occasione della riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi (art. 35 del D.Lgs 81/08) e trasmessa ai Responsabili di Unità Operativa, per quanto di competenza.
- Schede di sicurezza di agenti chimici: devono essere archiviate dall'SPP e dall'Unità Operativa che utilizza gli agenti chimici cui si riferiscono le schede di sicurezza, inviate dai fornitori. Annualmente, le schede di sicurezza devono essere aggiornate, relativamente ai contenuti e anche in riferimento agli agenti chimici adottati /dismessi (inserimento/eliminazione di nuove/vecchie schede dal "dossier sicurezza" dell'Unità Operativa).
- Documento di Valutazione dei Rischi: deve essere redatto, aggiornato e archiviato secondo quanto disposto nella procedura SGSL-PT 01 "Valutazione dei Rischi".
- Documenti su apparecchiature e impianti soggetti a collaudi/verifiche/controlli: le registrazioni di collaudi e verifiche di:
  - ✓ impianti di terra
  - ✓ ascensori
  - ✓ impianti di sollevamento
  - ✓ apparecchi a pressione
  - ✓ ...

devono essere conservate dal Servizio Tecnico, disponibili, a richiesta. Le verifiche devono essere effettuate secondo scadenze di legge e deve essere fornito all'SPP un report periodico sulle scadenze e sull'esito delle verifiche. Per le apparecchiature soggette ad omologazione e verifica periodica, i libretti e le targhette devono essere riconsegnati all'ente omologante, al momento della dismissione dell'apparecchio stesso.

- Documenti inerenti le apparecchiature elettromedicali: i libretti di istruzione devono essere tenuti dall'Ingegneria Clinica, che ne deve fornire copia all'Unità Operativa in cui l'apparecchiatura è stata inserita, per procedure di lavoro sicuro, e, se richiesto, all'SPP. I libretti di istruzione

devono essere conservati per tutta la vita della macchina, insieme alla dichiarazione di conformità della macchina e ai verbali di collaudo e manutenzione.

- Manuali di attrezzature e dichiarazioni di conformità delle macchine: devono essere conservati dalle Unità Operative che hanno in carico le attrezzature/macchine.
- Dichiarazioni di conformità: sono tenute dal Servizio Tecnico Patrimoniale.

## 7. REGISTRAZIONI

Il Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza ha la responsabilità di predisporre e mantenere costantemente aggiornato un elenco delle registrazioni.
La responsabilità per l'effettuazione delle registrazioni è definita all'interno delle procedure operative a cui la registrazione si riferisce.
Le modalità di archiviazione definiscono i criteri secondo cui le registrazioni vengono archiviate.
Le modalità di archiviazione devono essere tali da:

- facilitare l'archiviazione dei documenti;
- favorire la ricerca, la consultazione e la rintracciabilità dei documenti stessi

Il tempo di conservazione delle registrazioni dovrà essere coerente con i requisiti normativi e/o documenti prescrittivi aziendali, negli altri casi sarà l'Unità Operativa a definire le proprie necessità temporali.
La Casa di Cura deve definire le modalità per la gestione della sicurezza e dell'accesso controllato alle registrazioni.

## CONTROLLI E VERIFICHE DEL SISTEMA

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Definizioni
5. Modalità operative
    5.1 Caratteri generali
    5.2 Caratteristiche degli auditor
    5.3 Audit

## 1. SCOPO

Fornire le indicazioni in merito ai controlli e alle verifiche del Sistema di gestione della Sicurezza.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alla gestione dei controlli e alle verifiche del Sistema di gestione della Sicurezza.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. DEFINIZIONI

**Audit (o verifica ispettiva interna)**: processo sistematico, indipendente e documentato per verificare l'applicazione del sistema.
**Auditor**: persona che ha la competenza per effettuare un audit.

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

### 5.1 Caratteri generali

I controlli e le verifiche del Sistema vogliono misurare in modo affidabile e ripetibile il funzionamento del Sistema di Gestione della Sicurezza, in tutte le sue parti componenti; gli audit possono anche essere parziali, ovvero rivolti alla verifica solo di alcuni aspetti/ambiti del Sistema di gestione.
La verifica ispettiva deve essere svolta da personale competente, che assicuri obiettività ed imparzialità, indipendentemente dall'oggetto della verifica.
Al fine di verificare la gestione degli aspetti aziendali, le modalità di realizzazione di tale gestione ed il rispetto dell'obiettivo di miglioramento continuo, la Casa di Cura prevede due livelli di monitoraggio:
1. Monitoraggio di primo livello
Questo livello di monitoraggio prevede le verifiche del raggiungimento degli obiettivi relativi all'adozione delle misure di prevenzione e protezione e i progressi nell'attuazione di tali attività, da parte dei responsabili della realizzazione degli interventi stessi, individuati nel SGSl-DS 10 "Piano di attuazione degli interventi", secondo quanto previsto nella SGSL-PT 01 "Valutazione dei rischi".
Questo livello di monitoraggio è svolto generalmente da risorse interne alla struttura.

La pianificazione dei monitoraggi di primo livello è definita dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, che ne stabilisce la periodicità, in collaborazione con il Responsabile del Sistema e i responsabili della realizzazione degli interventi, individuati nel "Piano di attuazione degli interventi".
La registrazione relativa ai monitoraggi di primo livello consiste nel siglare le misure preventive e correttive attuate, sul Piano di attuazione degli interventi (SGSLDS 9); colonna "Avanzamento – Data") allegato al Documento di Valutazione dei Rischi. Detto Piano conterrà tutti gli interventi previsti a seguito di diversi livelli e specificità della valutazione, che possono essere oggetto di integrazione ed aggiornamenti della stessa (aggiornamento generale del Documento di Valutazione dei Rischi, valutazione rischio chimico, incendio, esplosione…).
2. Monitoraggio di secondo livello
Rappresenta il monitoraggio sulla funzionalità del sistema (verifica ispettiva interna) e ha lo scopo di:

- fornire informazioni sulla validità ed affidabilità del Sistema ed evidenziare la capacità della Casa di Cura di sviluppare la politica in materia di sicurezza e la capacità di migliorare il controllo dei rischi;
- far intraprendere le opportune azioni preventive e correttive evidenziate dalle attività oggetto del monitoraggio, e garantire che i progressi di attuazione di tali azioni correttive siano seguiti in base ai piani previsti;
- valutare l'efficacia complessiva dell'attuazione delle politiche del Sistema di Gestione della Sicurezza all'interno della Casa di Cura, con particolare riferimento a:

o Valutazione del grado di rispetto degli obiettivi previsti;
o Identificazione delle aree in cui questi standard sono inadeguati;
o Raccolta dati relativi agli incidenti, agli infortuni e alle malattie professionali, con l'analisi delle cause immediate e soggiacenti, nonché delle tendenze e delle caratteristiche comuni;
o Confronto con le prestazioni attuate e con i risultati raggiunti da altre Aziende.
Il monitoraggio di funzionalità dovrebbe consentire al vertice aziendale l'adozione delle decisioni strategiche di propria competenza, quali ad esempio l'adeguamento della politica.
Le azioni correttive e preventive che scaturiscono dal monitoraggio di 2° livello verranno poi riverificate in sede di riesame del sistema.
3. Controllo da parte di Dirigenti e Preposti:
Questo tipo di controllo non è da considerarsi un audit, ma risulta a tutti gli effetti, parte del monitoraggio del Sistema di Gestione, da cui possono scaturire segnalazioni di non conformità o suggerimenti di azioni preventive.

### 5.2 Caratteristiche degli auditor

Gli audit interni sono condotti da personale interno opportunamente qualificato, oppure da consulenti esterni cui viene conferito tale incarico.
Il personale interno che esegue gli audit deve essere indipendente delle Unità Operative oggetto di verifica e deve essere preventivamente qualificato ed addestrato allo scopo, tramite la frequentazione di un corso sulla conduzione degli audit.
Nella identificazione dei verificatori vengono tenuti in considerazione i seguenti fattori:

- livello di esperienza richiesto;
- necessità di esperienze specialistiche o esperienza tecnica;

- livello di formazione;
- disponibilità di tempo.

**5.3 Audit**

**Pianificazione dell'audit**

I provvedimenti tecnici organizzativi e procedurali di prevenzione e protezione realizzati dalla Casa di Cura, gli obiettivi del Sistema e il Sistema di Gestione stesso, devono essere sottoposti a monitoraggio pianificato.

Il Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza sviluppa il SGSL-DS 04 "Piano di monitoraggio", attraverso:

- la pianificazione temporale delle verifiche (frequenza);
- l'attribuzione di compiti e responsabilità dell'esecuzione dei monitoraggi;
- la descrizione delle metodologie da seguire;
- la predisposizione del modulo "Lista di riscontro e documentazione di registrazione della valutazione dell'Azienda, in materia di salute e sicurezza dei lavoratori (secondo OHSAS 18001:1999)" (SGSL-DS 05), in base agli aspetti dell'SGS o alle Unità Operative prese in esame;
- le modalità di segnalazione delle eventuali situazioni di non conformità.

La frequenza dei controlli pianificati e il livello di approfondimento delle verifiche programmate si basano sulla necessità di mantenere sotto controllo il livello di sicurezza e salute presente in azienda e previsto dagli obblighi della normativa vigente.

Gli audit vengono effettuati, in modo completo o parziale, sia a scadenze programmate che non programmate in caso di:

- variazioni prodotte nell'ambito del sistema di gestione;
- variazioni dei rischi presenti nei luoghi di lavoro sia relativi alla sicurezza che alla salute dei lavoratori;
- segnalazione di infortuni, incidenti, comportamenti pericolosi;
- segnalazioni da esterni quali: utenti, fornitori, Organo di vigilanza, Enti di controllo;
- necessità di riscontro su non conformità emerse durante precedenti verifiche;
- modifiche significative del sistema di gestione;
- richiesta esplicita della Direzione.

Almeno una volta all'anno i principali processi/aree del SGS sono sottoposti a verifica.

La Casa di Cura tratta le non conformità come specificato in SGSL-PG 07 "Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi".

Il programma di audit viene comunicato a tutti i soggetti interessati.

**Svolgimento dell'audit**

Gli auditor effettuano la verifica nei luoghi dove si realizzano i processi in esame, mediante:

- interviste con il personale;
- osservazione delle attività;
- riesame dei documenti.

Nell'ambito della verifica è valutato lo stato di applicazione del trattamento e/o delle azioni di miglioramento decise a fronte di non conformità minori e/o raccomandazioni, registrate negli audit precedenti.

Le evidenze raccolte durante la conduzione della verifica sono riportate nel SGSL-DS 05 "Lista di riscontro e documentazione di registrazione della valutazione dell'Azienda, in materia di salute e sicurezza dei lavoratori (secondo OHSAS 18001:1999)". Tale Modulo viene predisposto dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza al momento della pianificazione dell'audit, sulla base degli aspetti/settori indagati e delle funzioni soggette a verifica.
Il responsabile dell'Unità Operativa e/o i Preposti soggetti a verifica sono informati "in tempo reale" sull'andamento dell'audit: ciò consente di concordare una prima ipotesi sulle non conformità rilevate e sulle eventuali azioni correttive.
Al termine della verifica i risultati vengono riportati nel SGSL-DS 06 "Rapporto di audit" che comprende:

- una sintetica valutazione conclusiva;
- la richiesta di eventuali Azioni Correttive necessarie a sanare le carenze e rimuoverne le cause (comprensiva dei tempi di attuazione, che variano a seconda del tipo di non conformità).

L'auditor trasmette le registrazioni del rapporto di audit in originale al Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza, il quale ne dà copia al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, se diverso, e al Responsabile dell'Unità Operativa interessata.
Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, in collaborazione con il Medico Competente e il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza controllano che le azioni correttive/preventive, scaturite in seguito alle verifiche, vengano attuate secondo quanto stabilito (modalità, responsabilità e tempistica di attuazione) e che abbiano avuto un esito positivo in termini di efficacia, quindi segnalano la chiusura dell'Azione Correttiva al Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza e al Responsabile di Unità Operativa e/o relativi Preposti.
Questi hanno un ruolo di accertatori "sul campo" dell'attuazione, dell'efficacia e del mantenimento nel tempo delle azioni correttive/preventive definite, nelle attività svolte quotidianamente dagli stessi.

# RIESAME E MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Modalità operative
    4.1 Caratteri Generali
    4.2 Elementi in ingresso al riesame
    4.3 Elementi in uscita dal riesame

## 1. SCOPO

Fornire le indicazioni in merito alla gestione del riesame e del miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutto il Sistema di Gestione della Sicurezza.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. MODALITÀ OPERATIVE

### 4.1 Caratteri Generali

Al termine dei processi di monitoraggio e comunque, almeno una volta all'anno, il Presidente del Consiglio di Amministrazione in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio del Medico Competente, i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e le altre figure aziendali coinvolte nell'attuazione della sicurezza nella Casa di Cura, provvede alla valutazione dei risultati e al riesame del sistema per valutare se questo risulti conforme a quanto è stato pianificato, se il Sistema sia stato correttamente applicato, mantenuto attivo e risulti sempre idoneo al conseguimento degli obiettivi prefissati dalla Politica Aziendale.
Se lo ritiene opportuno, il Presidente del Consiglio di Amministrazione può effettuare riesami anche ad intervalli più brevi ed anche limitati a specifici aspetti. Il riesame può inoltre avvenire a seguito di possibili eventi o situazioni particolarmente significativi che lo rendano necessario.
Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, durante il riesame, valuta se il sistema è correttamente strutturato rispetto alla realtà della Casa di Cura e ai suoi aspetti significativi, ed in particolare:

- se la politica, gli obiettivi ed i traguardi sono commisurati ai rischi effettivi;
- se il Sistema è in grado di reagire e adattarsi prontamente ai cambiamenti del contesto interno ed esterno (nuove leggi, nuovi impianti…);
- se i risultati delle prestazioni corrispondono a quanto pianificato e se tali risultati sono mantenuti nel tempo, in modo sistematico ed affidabile.

Dal riesame, e tenendo sempre ben presente l'impegno al miglioramento e alla prevenzione, il Presidente del Consiglio di Amministrazione, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione, con il servizio del Medico Competente, con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e con le altre figure aziendali coinvolte nell'attuazione della sicurezza in Azienda,

determina l'eventuale necessità di apportare modifiche alla politica, agli obiettivi o ai diversi elementi del Sistema di Gestione della Sicurezza.
In ogni caso, almeno una volta all'anno il riesame di cui sopra deve corrispondere alle caratteristiche di cui all'art. 35 del D. Lgs. 81/08 (Riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi), quanto a figure coinvolte e ad ordine del giorno trattato.

**4.2 Elementi in ingresso al riesame**
Il riesame del Sistema viene effettuato tenendo conto almeno:
- delle statistiche sugli infortuni;
- dei risultati dei monitoraggi interni (audit) e dei riesami precedenti;
- delle segnalazioni di non conformità, incidenti o comportamenti pericolosi;
- delle azioni correttive e/o preventive intraprese;
- relazione sanitaria annuale del Medico Competente;
- dei verbali delle riunioni periodiche di prevenzione e protezione dai rischi;
- dei rapporti sulle emergenze (reali o simulate);
- dei rapporti emessi dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza;
- dei rapporti sull'efficacia del Sistema di Gestione della Sicurezza;
- dei rapporti sull'identificazione dei pericoli e sulla valutazione e controllo dei rischi;
- delle modifiche innescate da mutamenti legislativi e normativi.

**4.3 Elementi in uscita dal riesame**
Al termine della riunione di riesame, il Presidente del Consiglio di Amministrazione, in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio del Medico Competente e i Rappresentanti dei Lavoratoti per la Sicurezza:
- stabilisce i nuovi obiettivi e piani da inserire nel Documento di Valutazione dei Rischi;
- prende decisioni riguardo il miglioramento dell'efficacia del Sistema di Gestione e dei suoi processi;
- dispone azioni correttive ed attiva azioni preventive per il miglioramento continuo del servizio in relazione al Sistema di Gestione Sicurezza;
- assegna le competenze, le risorse, i tempi di attuazione e di verifica dell'efficacia.

Il riesame prevede anche la possibilità di compiere modifiche su:
- politica del Sistema;
- obiettivi e risorse;
- procedure esistenti ed altri elementi del Sistema qualora durante il riesame stesso emerga tale necessità;
- interventi e azioni correttive programmate nel Documento di Valutazione dei Rischi.

## SORVEGLIANZA SANITARIA E INSERIMENTO DI PERSONALE IN MANSIONI A RISCHIO

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Modalità operative
4.1 Caratteri generali
5. Procedure per assunzione, mobilità e cessazione
    5.1 Assunzione
    5.2 Assegnazione ad altra Unità Operativa
    5.3 Cessazioni

## 1. SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di avviare all'attività lavorativa soggetti di cui sia stata definita l'idoneità alla mansione e aggiornare la mappa del personale esposto a rischio, facilitando l'organizzazione delle visite periodiche. Inoltre ha lo scopo di garantire la salute e la sicurezza delle donne in gravidanza e dei lavoratori appartenenti a categorie protette.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i lavoratori della Casa di Cura.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di lavoro
Attuazione: *MC, SPP, Medico Autorizzato, Servizio Personale, Servizio Infermieristico e Dirigenza Medica*.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4.MODALITÀ OPERATIVE

**4.1 Caratteri generali**
La normativa vigente stabilisce l'obbligo di sottoporre a *sorveglianza sanitaria* il personale che opera in attività a rischio.
La sorveglianza sanitaria è effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle direttive europee, nonché dalle indicazioni fornite dalla Commissione Consultiva di cui all'art.6 del D. Lgs. 81/2008, che valida le buone prassi in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
La sorveglianza sanitaria è un elemento essenziale tra le misure di prevenzione da applicare ad ogni ambito di attività. Essa è attuata a cura del Medico Competente e, in caso di esposti a radiazioni ionizzanti di categoria A, del Medico Autorizzato.
Le funzioni di Medico Autorizzato e di Medico Competente sono coordinate per necessità di efficacia ed efficienza.
I protocolli sanitari sono definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati
La sorveglianza sanitaria comprende l'espletamento di visite mediche:
1. visite preventive
2. visite periodiche
3. visite mediche su richiesta del lavoratore se le stesse sono ritenute dal medico competente correlate ai rischi lavorativi
4. visita medica al cambio mansione lavorativa
5. visite mediche alla cessazione del rapporto di lavoro ove previsto

Non possono essere effettuate visite mediche: in fase pre-assuntiva, per accertare stati di gravidanza, e negli altri casi previsti dalla normativa vigente.
Le visite devono inoltre verificare l'assenza di condizioni di tossico dipendenza o alcol dipendenza.
Prima dell'inserimento in un'Unità Operativa in cui esiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria (elencate al paragrafo 5.2), il personale deve essere sottoposto ad un accertamento di idoneità alla mansione specifica. Le Unità Operative in cui esiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria sono individuate sulla base della presenza di rischi per cui tale sorveglianza è prevista dalla legge; tali rischi vengono riportati nell'Allegato 1 alla presente procedura. I diversi Uffici preposti all'assegnazione del personale a reparti e servizi, sono responsabili di comunicare assegnazioni e trasferimenti interni all'Ufficio del Medico Competente. Il Dirigente di Unità Operativa si accerta che il personale sia in possesso del giudizio di idoneità.
Con le visite periodiche si accerta che permanga lo stato di salute, con idoneità al lavoro specifico. Ove non diversamente stabilito, di norma la periodicità della visita è annuale. Il Medico Competente può stabilire una cadenza diversa, in funzione della valutazione dl rischio.
Le visite periodiche vengono organizzate dall'Ufficio del Medico Competente, il quale necessita della collaborazione del Caposervizio o Caposala dell'U.O. interessata e del Servizio Infermieristico per la verifica delle presenze, la gestione delle richieste di esami e l'organizzazione del calendario di visite.
Al di fuori delle cadenze, le visite possono essere richieste dal Lavoratore o dall'Azienda, con il consenso del lavoratore. I motivi possono essere i seguenti:
- rientro del lavoratore dopo assenze prolungate (indicativamente oltre due mesi)
- segnalazione motivata di presunta non idoneità del lavoratore da parte dei superiori
- richiesta del lavoratore per disturbi riferiti ai rischi professionali
- accertamenti su patologie di sospetta origine professionale.

Le visite conclusive vengono effettuate al termine del rapporto di lavoro, agli operatori esposti ad agenti chimici, cancerogeni e a radiazioni ionizzanti.
Data la peculiarità della struttura sanitaria, caratterizzata dal rischio di trasmissione di malattie non solo da paziente ad operatore, ma anche da operatore a paziente (come pure da paziente a paziente), l'Ufficio del Medico Competente collabora con la Direzione Sanitaria della Casa di Cura nella prevenzione e nel controllo anche della trasmissione da operatore a paziente.
Il medico competente sulla base delle risultanze delle visite mediche esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:
a) idoneità
b) idoneità parziale temporanea o permanente con prescrizioni o limitazioni,
c) inidoneità temporanea, precisando i limiti temporali di inidoneità
d) inidoneità permanente

**Alla cessazione** del rapporto di lavoro, il medico competente invia all'ISPESL le cartelle sanitarie e di rischio, **esclusivamente per via telematica**, nei casi previsti.
Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente invia per via telematica allo SPESAL i dati aggregati, sanitari e di rischio, dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria. Le informazioni da trasmettere sono elencate nell'allegato 3B al Decreto e comprendono i dati identificativi dell'azienda e del medico competente, i rischi a cui sono esposti i lavoratori, i protocolli di sorveglianza sanitaria, il n° di giorni di assenze, gli infortuni denunciati, le malattie professionali segnalate, la tipologia dei giudizi di idoneità.

## 5. PROCEDURE PER ASSUNZIONE, MOBILITÀ E CESSAZIONE

### 5.1 Assunzione

| Servizi | Attività |
|---|---|
| ***Servizio Personale*** | - comunica all'Ufficio del Medico Competente e al SPP la nuova assunzione, segnalando la qualifica e, ogni qualvolta possibile, la destinazione lavorativa. |
| ***Ufficio Infermieristico/ Dirigenza Medica/ Servizio Personale (a seconda delle competenze)*** | - sono tenuti a comunicare la destinazione lavorativa quando sia di loro competenza stabilire il reparto/servizio di assegnazione del personale in assunzione:<br>* all'Ufficio del Medico Competente<br>* al Medico Autorizzato, per i Reparti con radio esposti in categoria A |
| ***Medico Competente e Medico Autorizzato*** | - apre la "Cartella Sanitaria e di Rischio" se Medico Competente, oppure il "Documento Sanitario Personale" se Medico Autorizzato;<br>- effettua la visita preventiva e, se nota la destinazione verso reparti/servizi soggetti a rischio, provvede alla idoneità specifica<br>- informa il soggetto dei rischi specifici del reparto in cui sarà inserito, consegnando materiale informativo sui rischi;<br>- applica il protocollo per l'avvio delle vaccinazioni, quando necessarie;<br>- trasmette l'idoneità specifica a chi ha la competenza nell'assegnazione del personale;<br>- aggiorna la mappa del personale esposto a rischio;<br>- programma la sorveglianza sanitaria periodica. |
| ***Il Dirigente di Unità Operativa*** | - verifica l'espletamento dell'iter per l'idoneità, ricevendo e conservando copia della certificazione di idoneità;<br>- verifica l'informazione del soggetto sui rischi dell'Unità Operativa e lo forma alle corrette misure di prevenzione. |
| ***Servizio Personale*** | - consegna almeno semestralmente all'SPP i dati concordati relativi all'archivio del personale, su supporto informatico. |
| ***SPP*** | - programma i corsi di formazione per i nuovi assunti, comprensivi dell'addestramento di base antincendio con prova pratica di spegnimento. |

### 5.2 Assegnazione ad altra Unità Operativa

Di seguito si riporta la tabella delle Unità Operative per le quali, in caso di trasferimenti da un'Unità Operativa ad un'altra, è prevista la visita medica preventiva, in funzione dei rischi che richiedono sorveglianza sanitaria e delle mansioni che risultano esposte:

*Si richiede che la Casa di Cura elabori la propria tabella, sul modello della tabella di seguito riportata, identificando Unità Operative, rischi presenti e mansioni esposte. Scopo della Tabella è di ricordare alle strutture aziendali quali sono le Unità Operative per le quali è necessaria la visita preventiva, prima di assunzione o mobilità interna.*

| ***Unità Operative*** | **Rischio tabellato** | **Mansioni** |
|---|---|---|
| Fisio-neuro-riabilitazione | Rischio biologico;<br>Rischi chimici diversi;<br>Movimentazione carichi | Medici, Infermieri, Operatori Tecnici dell'Assistenza |
| Psichiatria | Rischio biologico;<br>Movimentazione carichi | Medici, Infermieri, Operatori Tecnici dell'Assistenza |
| Laboratorio Analisi chimico cliniche | Rischio biologico<br>Rischi chimici diversi;<br>Movimentazione | Tecnici di Laboratorio; Medici; Biologi |
| Farmacia | Rischi chimici diversi<br>Movimentazione carichi (solo OSS/OT) | Addetti al Laboratorio: Tecnici e Farmacisti |
| Servizi tecnici | Rumore (necessità di audiometria di ingresso); rischi chimici; rischi biologici in alcune manutenzioni | Operai, Tecnici |
| Radiologia | Esposizione a radiazioni ionizzanti | Radiologi; Tecnici; Infermieri |
| Lavoro d'Ufficio | VDT, solo per esposizione superiore a 20 ore/settimana | Operatori di varie qualifiche, se addetti all'uso di VDT oltre 20 h/settimana |
| Centro per terapie fisiche riabilitative | Radiazioni non ionizzanti;<br>Movimentazione carichi | Fisioterapisti; Massaggiatori; Infermieri |

Procedura da seguire in caso di trasferimento da una Unità Operativa ad un'altra:

| **Servizi** | **Attività** |
|---|---|
| ***Dirigenti / Preposti che hanno la responsabilità di trasferire personale delle diverse qualifiche da una Unità Operativa ad un'altra*** | - comunicano preventivamente il nominativo dell'operatore che sta per essere assegnato ad una Unità Operativa o per iniziare il tirocinio:<br>o al Servizio del Medico Competente per le mansioni indicate nella tabella soprariportata<br>o all'Esperto Qualificato nell'ipotesi di inserimento in reparti con rischio radiologico<br>o al Medico Autorizzato, nel caso di radioesposti, utilizzando la modulistica specifica<br>o al Servizio Personale, per l'aggiornamento dell'Anagrafe Aziendale |
| ***Servizio del Medico Competente / Medico Autorizzato*** | - informano il soggetto dei rischi specifici del nuovo reparto in cui sarà inserito, consegnando il materiale informativo sui rischi;<br>- attuano la specifica sorveglianza sanitaria preventiva e formulano il giudizio di idoneità specifica; |

| | |
|---|---|
| | - trasmettono l'idoneità specifica all'Unità Operativa destinataria;<br>- verificano lo stato vaccinale del soggetto;<br>- aggiornano la mappa del personale esposto a rischio;<br>- programmano la sorveglianza sanitaria periodica. |
| ***Il Dirigente dell'Unità Operativa assegnataria dell'operatore*** | - verifica l'espletamento dell'iter per l'idoneità, ricevendo e conservando copia della certificazione<br>- verifica l'informazione del soggetto sui rischi specifici dell'Unità Operativa e lo forma alle corrette misure di prevenzione. |
| ***Servizio Personale*** | - consegna periodicamente all'SPP i dati concordati relativi all'archivio del personale, su supporto informatico<br>- periodicamente comunica al SPP e al MC l'elenco delle cessazioni dei dipendenti e di soggetti diversi dai dipendenti (volontari, ecc. esclusi allievi di Corsi DUI e OTA), avvenuti a qualsiasi titolo. |
| ***SPP*** | - aggiorna la mappa del personale esposto a rischio. |
| ***Servizio del Medico Competente / Medico Autorizzato*** | - effettua la visita medica conclusiva<br>- aggiorna il registro degli esposti<br>- chiude la cartella clinica del personale esposto a rischio;<br>- nei casi previsti dalla normativa inoltra la cartella all' ISPESL, esclusivamente per via telematica. |
| ***Archivio Generale*** | - conserva la documentazione cartacea secondo le norme vigenti |

*Si raccomanda che la Casa di Cura definisca in modo chiaro ed esplicito quali siano le figure / i servizi responsabili delle azioni sopradescritte, in funzione delle reali responsabilità e compiti assolti all'interno della propria organizzazione aziendale.*

**Principali tipologie di rischio presenti nella Casa di Cura, per cui sia prevista sorveglianza sanitaria**

| Tipologia di Rischio | Riferimento normativo |
|---|---|
| Rischio biologico, articolato in:<br>Presenza | Ossia possibilità di essere esposti a microrganismi patogeni nell'assistenza al paziente: riguarda il personale sanitario di tutti i reparti e servizi, sia ospedalieri che del territorio. D. Lgs. 81/2008 |
| Uso | Ossia utilizzo deliberato dei microrganismi, per culture: ambito proprio delle attività di laboratorio microbiologico, per il quale è dettata una specifica<br>normativa. D.Lgs. 81/2008 |
| Movimentazione di carichi | Movimentazione sia di pazienti, sia di oggetti, che comporta pericolo di mal di schiena: interessa estesamente il personale infermieristico e di assistenza, e il personale addetto ai magazzini D. Lgs. 81/2008 |
| VDT (terminali e personal computer) | In caso di utilizzo continuativo, superiore a 20 ore la settimana, dedotte le pause dovute. D. Lgs. 81/2008 |
| Varie sostanze chimiche cancerogene e mutagene | Sono considerati cancerogeni gli agenti classificati<br>come tali dalle norme sull'etichettatura delle sostanze e dei preparati e quelli contenuti negli allegati al D. Lgs. 81/2008 (elenco di sostanze e di processi) |
| Chemioterapici antiblastici | Il riferimento è alle Linee Guida dell'ISPESL e al D. Lgs. 81/2008 |
| Sostanze e prodotti chimici/ reagenti diversi (formaldeide, glutaraldeide, derivati fenolo,derivati acido acetico, gas anestetici, ecc.) | D.Lgs 81/2008 |
| Antiparassitari | D. Lgs. 81/2008 |
| Fumi di saldatura | D.Lgs. 81/2008 |
| Rumore | D. Lgs 81/2008 Tit. VIII "Protezione da agenti fisici": la valutazione dei rischi identifica il personale esposto. |
| Campi elettromagnetici | D. Lgs. 81/2008, titolo VIII capo III |

| | |
|---|---|
| Radiazioni ionizzanti | La classificazione in categoria A o B è compito dell'Esperto Qualificato. Le visite per gli esposti in categoria A è effettuata dal Medico Autorizzato D. Lgs. 230/95 e 241/2000 |
| Lavoro notturno | D. Lgs. 66/2003 e Circolare Ministeriale 3 marzo 2005, n.8: riconoscono come lavoratore notturno qualsiasi lavoratore che svolga, durante il periodo notturno, almeno una parte del suo tempo di lavoro giornaliero, per un minimo di 80 giorni lavorativi all'anno. Per tale rischio sono previste limitazioni. |

## GESTIONE INFORTUNI, NON CONFORMITÀ, INCIDENTI E COMPORTAMENTI PERICOLOSI

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Definizioni
5. Modalità operative
   5.1 Segnalazione e registrazione degli infortuni, degli incidenti, degli stati non conformi, dei comportamenti pericolosi
   5.2 Trattamento degli infortuni, degli incidenti, degli stati non conformi, dei comportamenti pericolosi
   5.3 Chiusura di infortuni, incidenti, stati non conformi, comportamenti pericolosi

## 1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è di:
definire le modalità per la gestione di infortuni, incidenti e comportamenti pericolosi, allo scopo di attuare azioni preventive e correttive finalizzate ad annullare o ridurre al minimo la probabilità che gli stessi si ripetano;
definire le modalità con cui si gestiscono le azioni correttive e preventive attuate per eliminare le cause effettive o potenziali di rischio;
distribuire le competenze tra le singole Unità Operative.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Quanto definito nella presente procedura si applica a:
Verificarsi di infortuni, incidenti, comportamenti pericolosi;
Segnalazioni di situazioni di rischio per la salute e la sicurezza da parte degli RLS, dei lavoratori, dei preposti, del RSPP, del Medico Competente, degli Addetti Emergenza e Primo Soccorso, dell'organo di vigilanza ed enti di controllo, dei fornitori di beni e servizi.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. DEFINIZIONI

Per **infortunio** si intende un incidente che produce un danno all'integrità psicofisica di una persona.
Si definisce **incidente** un evento inaspettato ed indesiderato che può degradare una situazione ed in particolare provocare un danno a cose, impianti, attrezzature, strutture.
Si indica con il termine **comportamento pericoloso** un'azione che può esporre i dipendenti della Casa di Cura e/o eventuali altre persone presenti (utenti, visitatori, fornitori), ad un rischio di infortunio o di incidente.
Per **non conformità (NC),** nell'ambito del sistema di gestione della sicurezza, si intende il non soddisfacimento di requisiti specificati rispetto a:

- condizioni di sicurezza degli ambienti presso cui si opera
- condizioni di sicurezza ed efficienza di prodotti/attrezzature di lavoro/servizi acquistati o presi a noleggio
- attività operative svolte dai dipendenti della Casa di Cura

- procedure e Istruzioni del SGS
- Leggi e Regolamenti cogenti
- indicazioni/esigenze espressi da ed a fornitori e clienti, anche ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs. 81/2008

Per **azione correttiva** si deve intendere un'azione intrapresa al fine d'eliminare la causa di una non conformità già esistente, di un infortunio o un incidente verificatosi, di un comportamento pericoloso rilevato (tenuto sia da operatori della Casa di Cura che da altri operatori presenti nel sito).
Per **azione preventiva** deve intendersi invece un'azione intrapresa per tutelarsi da fenomeni negativi (es. infortuni, incidenti, comportamenti pericolosi) e migliorare la sicurezza dei lavoratori della Casa di Cura.

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

### 5.1 Segnalazione e registrazione degli infortuni, degli incidenti, degli stati non conformi, dei comportamenti pericolosi

**a) Infortunio**

Ogni infortunio deve essere gestito segnalato e registrato secondo le seguenti fasi:
**1.** attivazione della procedura di primo soccorso;
**2.** segnalazione da parte del lavoratore al preposto;
**3.** attivazione della procedura per l'analisi e la registrazione dell'evento, in particolare:
□il lavoratore infortunato si reca il prima possibile presso il Pronto Soccorso più vicino, dove viene redatto il primo certificato INAIL di infortunio;
□il primo certificato di infortunio deve arrivare entro 24 ore all'impiegato addetto alla gestione del Personale per il proseguimento dell'iter amministrativo;
□l'impiegato addetto alla gestione del Personale *registra* gli infortuni che comportano assenza dal lavoro di almeno 1 giorno *(D. Lgs. 81/2008). Periodicamente, con le modalità indicate da norme applicative, invia all'INAIL il resoconto informatico degli stessi.* Per infortuni con prognosi superiore ai 3 giorni, compila il modulo "Denuncia INAIL" e lo trasmette all'INAL entro 2 giorni, o entro 24 ore nel caso di infortunio mortale o con prognosi riservata *(DPR 1124/65, art. 53)*;
□l'Ufficio Personale invia al SPP copia del primo certificato di infortunio, compresi quelli a giorni zero;
□Il Modulo DS 08 "Rilevazione Infortuni" viene compilato dal Servizio di Prevenzione e Protezione, in collaborazione con il responsabile dell'infortunato e, se del caso, con il Medico Competente;
□il Medico Competente viene informato sugli infortuni ed incidenti con esposizione a rischio biologico o con contaminazione da agenti cancerogeni, e sulle relative valutazioni di rischio
□l'RSPP si fa carico delle Azioni correttive e preventive da adottare e della verifica in occasione del Riesame annuale.
Il caso specifico degli Infortuni Biologici a rischio HIV ed epatiti viene illustrato nella Istruzione Operativa IO 01 "Gestione infortuni biologici a rischio HIV e virus epatitici".

*La Casa di Cura dovrebbe predisporre delle proprie specifiche istruzioni operative per gli infortuni biologici legati ad altri rischi (meningite, tubercolosi, scabbia, pediculosi…).*

**b) Non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi**

In relazione agli incidenti, la Casa di Cura ha l'obbligo di segnalare all'organo di vigilanza:

- ✓ gli incidenti relativi all'utilizzo di agenti biologici art. 277 D .Lgs. 81/2008: ("*Se si verificano incidenti che possono provocare la dispersione nell'ambiente di un agente biologico appartenente ai gruppi 2, 3 o 4, ....omissis... il datore di lavoro informa al più presto l'organo di vigilanza territorialmente competente, nonché i lavoratori ed il rappresentante per la sicurezza, dell'evento, delle cause che lo hanno determinato e delle misure che intende adottare, o che ha già adottato, per porre rimedio alla situazione creatasi*")
- ✓ gli eventi incidentali connessi ad agenti chimici, per superamento dei limiti di esposizione, o incendi ed esplosioni art. 225 D.Lgs.81/2008 ("*8. Il datore di lavoro informa i lavoratori del superamento dei valori limite di esposizione professionale, delle cause dell'evento e delle misure di prevenzione e protezione adottate e ne da' comunicazione, senza indugio, all'organo di vigilanza*")
- ✓ gli incidenti avvenuti con sostanze cancerogene, agenti mutageni o con chemioterapici antiblastici ex art.240 D. Lgs. 81/08 ("*Qualora si verifichino eventi non prevedibili o incidenti che possono comportare un'esposizione anomala dei lavoratori ad agenti cancerogeni o mutageni, ...omissis ....il datore di lavoro comunica senza indugio all'organo di vigilanza il verificarsi degli eventi di cui al comma 1 indicando analiticamente le misure adottate per ridurre al minimo le conseguenze dannose o pericolose").*

Tali eventi, cosi come gli incendi e i principi di incendio pertanto vengono trattati come una non conformità e segnalati.

*L'utilizzo della procedura e dei relativi modelli permette una gestione documentale riconosciuta ed accettata dall'organo di vigilanza.*
*L'applicazione agli eventi "incendio e principio di incendio" sottolinea l'importanza di questa tipologia di eventi nell'ambito della struttura sanitaria. Per un organico sistema di gestione della sicurezza, il sistema di controllo viene gradualmente applicato anche nei confronti di altre tipologie di incidenti e in occasione di comportamenti pericolosi dei lavoratori (ad es. il mancato uso di DPI) che richiedano l'adozione di Azioni preventive e correttive, per finalità di sicurezza. Tuttavia, l'azienda decide nel proprio programma di attuazione degli obiettivi, l'opportuna estensione della metodologia proposta.*
*Altre possibili fonti di segnalazione di incidente/non conformità/comportamento pericoloso sono costituite da:*
*- segnalazioni degli RLS;*
*- segnalazione di Dirigenti e Preposti;*
*- segnalazioni degli auditor, in occasione delle verifiche ispettive interne del Sistema.*

Dal punto di vista operativo, in caso di incidente, non conformità o comportamento pericoloso che comportino rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori o degli utenti o dei visitatori presenti, i lavoratori coinvolti e i testimoni riferiscono al capo sala o al responsabile del servizio le cause oggettive, contribuendo all'individuazione delle azioni correttive. In questi casi l'evento deve essere documentato su idoneo strumento a cura del caposala/capo reparto/preposto utilizzando il modulo "Segnalazione non conformità, incidente, comportamento pericoloso".
In ogni caso, il destinatario della segnalazione è l'RSPP.

## 5.2 Trattamento degli infortuni, degli incidenti, degli stati non conformi, dei comportamenti pericolosi

Il trattamento o risoluzione di infortuni, incidenti, comportamenti pericolosi segnalati prevede l'accertamento, l'analisi e la successiva rimozione delle cause dell'evento segnalato, con l'attuazione delle necessarie azioni correttive/preventive.
Gli infortuni vengono esaminati sul momento dell'accadimento per la gestione, ed al momento del riesame del sistema per l'ulteriore analisi e verifica delle soluzioni adottate.
Sulla base dei certificati degli infortuni ricevuti, il Servizio di Prevenzione e Protezione si adopera per:
- Effettuare indagini tempestive sulle cause degli infortuni rilevanti**;**
- Individuare provvedimenti particolari di prevenzione (tecnici, organizzativi, procedurali, formativi);
- Informatizzare ed elaborare dati;
- Effettuare un esame delle statistiche con la Direzione e i Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza;
- Compilare statistiche periodiche di reparto o servizio, da inoltrare ai relativi preposti;
- Collaborare con la Farmacia e la Direzione Sanitaria per gli incidenti avvenuti con dispositivi medici.

Per quanto riguarda incidenti, non conformità e comportamenti pericolosi, i moduli "Segnalazione non conformità, incidente, comportamento pericoloso", ricevuti dall'RSPP, vengono analizzati dall'RSPP e dal Responsabile del Sistema, che provvedono a definirne la gestione (azioni correttive adottate e/o da adottare, responsabile dell'attuazione, tempi di attuazione).
Le azioni correttive/preventive, vengono comunicate al Presidente del Consiglio di Amministrazione e attuate a cura della funzione aziendale individuata.
È importante che vengano definite le azioni da attuare per evitare il ripetersi dell'evento, siano chiaramente definiti i tempi di attuazione, ed individuati i soggetti incaricati dell'attuazione e della verifica.
Nell'analisi dell'evento sono da considerare le seguenti possibili cause:
- procedure ed istruzioni di lavoro insufficienti;
- personale non sufficientemente informato, formato,addestrato;
- carenza di coordinamento/comunicazione con i lavoratori e/o i fornitori;
- carenze tecniche o manutentive di impianti, strutture, attrezzature messe a disposizione degli operatori;
- imprudenza, disattenzione degli operatori;
- carenza nell'attività di vigilanza e controllo da parte di Dirigenti, Preposti, Lavoratori;
- dispositivi di protezione individuale non adeguati o non efficaci;
- situazioni ambientali a rischio;
- altre cause contingenti.

Le azioni correttive/preventive da adottare possono essere:
- aggiornare/adeguare procedure ed istruzioni di lavoro;
- adeguare l'informazione, la formazione e l'addestramento del personale;
- migliorare la comunicazione interna ed il coordinamento con i fornitori esterni di beni o servizi;
- prevedere il richiamo formale e/o provvedimento disciplinare degli operatori interessati, ove necessario;
- aggiornare la valutazione dei rischi;

migliorare/sostituire/manutenere le attrezzature ed i dispositivi di protezione individuale/collettiva;
adottare misure tecniche necessarie su ambienti, strutture, macchine e impianti;
estendere le misure di sicurezza identificate ad altre situazioni di rischio analoghe, presenti in azienda.
Nell'intervallo di tempo che intercorre tra il momento di rilevazione dell'evento e l'attuazione dell'azione correttiva/preventiva si mettono in atto se necessario interventi d'urgenza per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.
In particolare, nel caso di infortuni/incidenti che richiedono interventi di profilassi d'urgenza, il Dirigente e/o Preposto dell'Unità Operativa in cui si verifichi l'infortunio/incidente si attivano per l'attuazione di misure diagnostico/terapeutiche e di profilassi specifiche.
L'attuazione e l'efficacia delle azioni correttive è verificata durante il Riesame del Sistema.

**5.3 Chiusura di infortuni, incidenti, stati non conformi, comportamenti pericolosi**
Il Responsabile del Sistema chiude il procedimento aperto in seguito al verificarsi di un infortunio e le segnalazioni di non conformità, incidente, comportamento pericoloso dopo aver verificato l'attuazione e l'efficacia delle azioni correttive definite, al fine di evitare il ripetersi dell'evento.
Copia del modulo di segnalazione ("Segnalazione non conformità, incidente, comportamento pericoloso") viene inviata al Responsabile dell'Unità Operativa in cui sia occorso l'evento, per la conservazione in apposito archivio ("Storico degli incidenti di Reparto").

# VALUTAZIONE DEI RISCHI

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Definizioni
5. Modalità operative
    5.1. Richiami normativi
    5.2. Iter per la valutazione dei rischi
    5.3. Contenuti del Documento di Valutazione dei Rischi
    5.4. Attuazione delle misure di prevenzione

## 1. SCOPO

Fornire le linee guida operative per redigere e aggiornare il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) in sintonia con il Sistema di Gestione della Sicurezza negli ambienti di lavoro adottato dalla Casa di Cura.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività svolte all'interno della Casa di Cura, secondo quanto indicato all'art. 28 e 29 del D. Lgs. 81/2008.
La valutazione del rischio incendio e la valutazione del rischio Primo Soccorso seguono specifici indirizzi normativi, così come la valutazione dei rischio da radiazioni ionizzanti, effettuata dall'Esperto Qualificato secondo quanto previsto dal D.L. 241/2000.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. DEFINIZIONI

PERICOLO: proprietà o qualità intrinseca di una determinata "entità " (sostanza, attrezzo, macchina, procedura di lavoro, ecc.) potenzialmente in grado di causare danni.
SITUAZIONE PERICOLOSA: qualsiasi situazione in cui una persona e' esposta ad uno o più pericoli.
RISCHIO: combinazione di probabilità e di gravità di possibili lesioni o danni alla salute, in una situazione pericolosa.
VALUTAZIONE DEL RISCHIO: valutazione globale che tiene conto della probabilità, o frequenza del verificarsi dell'evento dannoso (infortunio, intossicazione, malattia professionale, ecc.), e dell'entità delle conseguenze (o danno) che può essere causato dall'evento dannoso (es. ferita leggera, trauma grave, lesioni permanenti, morte).
PREVENZIONE: tutte le azioni che possono essere messe in atto allo scopo di evitare o ridurre la probabilità che si verifichi un evento dannoso.
PROTEZIONE: l'insieme delle azioni messe in atto, sia a livello collettivo che individuale, volte ad eliminare o ridurre la gravità delle conseguenze (danno) di un evento non desiderato.

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

**5.1 Richiami normativi**

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, in relazione alla natura dell'attività della Casa di Cura, valuta tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e degli agenti impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro.

Nella valutazione dei rischi, il Presidente del Consiglio di Amministrazione deve considerare anche la particolare condizione delle Lavoratrici Madri, secondo quanto previsto nel Testo Unico D. Lgs. 151/2001.

All'esito della valutazione, il Presidente del Consiglio di Amministrazione elabora un documento, che deve avere data certa e contenere:

a) una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa;

b) l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei DPI adottati, conseguente alla valutazione di cui alla lettera a);

c) il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza

d) L'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;

e) L'indicazione del nominativo del responsabile del servizio di Prevenzione e Protezione, del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza o di quello territoriale e del Medico Competente che ha partecipato alla valutazione del rischio;

f) L'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione ed addestramento.

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione effettua la valutazione dei rischi ed elabora il documento in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e con il Medico Competente, nei casi in cui sia necessaria la sorveglianza sanitaria, previa consultazione dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

La valutazione dei rischi e il documento sono rielaborati in occasione di modifiche del processo produttivo o dell'organizzazione del lavoro significative ai fini della sicurezza e della salute dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione e della protezione o a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità.

**5.2 Iter per la valutazione dei rischi**

Pianificazione della valutazione dei rischi

↓

Effettuazione della valutazione del rischio

↓

Redazione/revisione del Documento di Valutazione dei rischi

↓

Stesura dei Piani di intervento per la Sicurezza

**Pianificazione della valutazione dei rischi**
La pianificazione della valutazione dei rischi consiste in una fase preliminare, che prevede:
- raccolta della documentazione;
- predisposizione del layout del luogo di lavoro, con identificazione delle Unità Operative, degli impianti e delle attrezzature;
- acquisizione dell'elenco del personale, con la specifica della mansione svolta e dell'Unità Operativa di appartenenza;
- identificazione dei compiti e delle responsabilità;
- predisposizione di un elenco di impianti, macchine e attrezzature, eventualmente suddiviso per reparti e/o per edifici;
- raccolta della storia infortunistica dell'Azienda, negli ultimi 5 anni;
- predisposizione di un elenco dei Dispositivi di Protezione Individuali in uso presso l'Azienda, suddivisi per Unità Operativa;
- definizione delle modalità più idonee per il coinvolgimento di coloro che operano in Azienda;
- identificazione dell'elenco di tutti i possibili fattori di rischio, sulla base della letteratura e dei dati raccolti, anche mediante il coinvolgimento del personale.

Segue, quindi, una fase di analisi e valutazione di tutti i rischi che consiste in:
- verifica della conformità della Casa di Cura, in riferimento alla legislazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- individuazione dei livelli di pericoli/rischi nelle diverse Unità Operative;
- individuazione dei livelli di pericoli/rischi presenti, sulla base delle singole attività svolte dagli operatori, in funzione delle mansioni loro assegnate.

Quanto sopra, viene elaborato sulla base della documentazione raccolta e di sopralluoghi effettuati nelle singole Unità Operative, secondo un calendario pianificato dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e da questi inviato al Medico Competente, ai preposti delle Unità Operative interessate e ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, tramite una lettera di comunicazione.
I sopralluoghi, pianificati nelle singole unità operative identificate, vengono effettuati da addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione e da Medici Competenti e sono volti a:
• valutare le condizioni operative;
• individuare e stimare i rischi specifici presenti;
• individuare le misure di prevenzione da attuare (di tipo tecnico, organizzativo o procedurale).

**Effettuazione della valutazione del rischio**
Al termine della fase precedente, si effettua la stima di ogni rischio, utilizzando una scala che definisce l'*entità del rischio* sulla base di criteri espliciti.
In conseguenza alle considerazioni ed alle verifiche e approfondimenti effettuati, vengono definite le misure di prevenzione e protezione da adottare, ritenute le più idonee in base alla situazione.

Quindi, in base all'entità stimata dei rischi vengono definite le caratteristiche generali e le priorità di intervento per l'attuazione di dette misure.
Operativamente, a seguito del sopralluogo si procede alla stesura della relazione di sopralluogo che verrà successivamente inserita nel Documento di valutazione dei Rischi.
Il RSPP evidenzia al Presidente del Consiglio di Amministrazione l'esigenza di condurre indagini particolari, anche strumentali, al fine di misurare l'entità di rischi specifici, quali ad esempio:
• indagini strumentali di agenti fisici (rumore, microclima, campi elettromagnetici, ecc.)
• indagini strumentali di agenti chimici (gas anestetici, antiblastici, ecc.).
Per le indagini strumentali ci si può avvalere della collaborazione di ditte esterne qualificate.
Il RSPP raccoglie e valuta tutti i rapporti e le indagini condotte quali:
• segnalazioni di dirigenti, preposti, lavoratori, RLS
• relazioni sanitarie del Medico Competente
• rapporti del Servizio Tecnico
• rapporti di enti di controllo esterni
• relazioni delle indagini strumentali.
Al fine di condurre una valutazione completa ed approfondita, è necessario anche identificare i lavoratori che risultino esposti ai rischi individuati.
Tale individuazione sarà riferita in primo luogo alle mansioni dei lavoratori, come gruppi omogenei, e successivamente all'individuo, collegando il nominativo alla mansione, in funzione degli adempimenti, in merito alla sorveglianza sanitaria e alla programmazione della formazione ed informazione.
Particolare attenzione verrà posta alla identificazione di gruppi di lavoratori deboli e/o di lavoratrici madri.
La stima dell'entità delle esposizioni, in funzione del tipo di rischio al quale ci si riferisce, può implicare una valutazione della frequenza e della durata delle operazioni effettuate dal lavoratore, che comportino rischi per la salute e la sicurezza. In altre situazioni, l'entità dell'esposizione al rischio può essere determinata mediante calcoli e/o misure di igiene industriale o ambientale od utilizzando criteri di valutazione specifici e dettagliati.
La stima dell'esposizione risulta necessariamente soggetta ad aggiornamento ogniqualvolta vengano introdotte nuove procedure di lavoro o modificate altre condizioni logistiche o ambientali, in modo tale da poter prevedere una variazione dell'esposizione dei lavoratori.

**Redazione/revisione del Documento di Valutazione dei Rischi**
Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione redige il Documento di Valutazione dei Rischi come specificato nel paragrafo 5.3.
La revisione del DVR (intero o di singole *sezioni*) deve essere prevista nei casi di variazioni delle modalità di lavoro, quando queste comportino modifiche agli elementi considerati per la valutazione dei rischi.
Anche tutti i documenti allegati al Documento di Valutazione dei Rischi saranno tenuti aggiornati in base alle loro caratteristiche, necessità od obbligatorietà legislative.

**Stesura dei Piani di intervento**
Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, sulla scorta delle priorità emerse nel Documento di Valutazione dei Rischi, stende i Piani di intervento per la Sicurezza attraverso l'individuazione delle

procedure per l'attuazione delle misure da realizzare nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere. (vd. DS 9 "Piano di attuazione degli interventi").
Questa fase consiste in:
- definizione delle misure di prevenzione e protezione (tecniche, organizzative, procedurali per eliminare o ridurre l'esposizione e/o il numero degli esposti) da mettere in atto in conseguenza alla valutazione eseguita;
- verifica dell'applicabilità delle misure di prevenzione e protezione definite;
- stesura di un programma per l'applicazione delle misure di prevenzione e protezione definite, con l'indicazione dei tempi previsti per la realizzazione delle stesse;
- implementazione delle procedure da mettere in atto per l'attuazione delle misure da realizzare;
- definizione delle figure responsabili della realizzazione degli interventi di prevenzione e protezione definiti, siano essi dei servizi interni della Casa di Cura (Servizio tecnico, Economato, Formazione, Farmacia, Servizio di Prevenzione e Protezione), sia di Unità Operativa, in particolare per quanto attiene alle procedure di lavoro sicuro.

**5.3 Contenuti del Documento di Valutazione dei Rischi**
Il Documento di Valutazione dei Rischi deve contenere:
1. Dati generali identificativi della Casa di Cura
2. Descrizione dell'attività e schema del ciclo lavorativo
3. Individuazione delle fonti di pericolo per la Sicurezza e la salute dei Lavoratori
4. Specificazione dei criteri e dei metodi per la valutazione del rischio
5. Valutazione di tutti i rischi
6. Indicazione delle misure di prevenzione e protezione attuate e dei DPI adottati
7. Programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza
8. Individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere
9. Tempi di attuazione in riferimento alle misure di prevenzione e protezione individuate.
10. Indicazione del nominativo del RSPP, dei RLS e del Medico Competente che ha partecipato alla valutazione del rischio
11. Individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione ed addestramento.
12. Criteri di gestione e revisione del Documento di Valutazione dei Rischi
Nell'ottica del miglioramento continuo e pensando alle fasi di riesame e miglioramento del Sistema di Gestione, quindi ai necessari aggiornamenti del DVR, lo stesso viene composto in *sezioni* indipendenti (per Unità Operativa e, all'interno, per rischio), ognuna corrispondente ad una emissione del documento stesso, ma revisionabile singolarmente.

**5.4 Attuazione delle misure di prevenzione e protezione**
Il Presidente del Consiglio di Amministrazione redige i programmi d'intervento necessari e le relative procedure, tenendo conto delle priorità emerse dal DVR e stabilendo i tempi di attuazione.
Il DVR e i Piani d'intervento devono essere oggetto dell'informazione aziendale, non solo alle figure previste dall'art. 35 del D. Lgs 81/08, ma anche ai responsabili delle strutture operative aziendali, secondo la procedura SGSL-PG 02 "Flussi comunicativi, formativi e relazionali".

# GESTIONE DEI DPI

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Modalità operative
    - 4.1 Definizioni
    - 4.2 Scelta e adozione dei DPI
    - 4.3 Formazione specifica e addestramento all'uso
    - 4.4 Consegna e gestione
    - 4.5 Verifica sull'utilizzo e sull'appropriatezza (tecnica ed ergonomica)
    - 4.6 Pulizia e manutenzione

## 1. SCOPO

Definire le modalità per la scelta e l'acquisto, la distribuzione e l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI).

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i DPI che vengono adottati dai lavoratori, che operano presso l'Azienda, quando i rischi non possono essere evitati o significativamente ridotti da misure tecniche collettive.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. MODALITÀ OPERATIVE

### 4.1 Definizioni

Si intende per Dispositivo di Protezione Individuale (**D.P.I.**) qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la salute e la sicurezza durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo.
Non sono dispositivi di protezione individuale:
a) gli indumenti di lavoro ordinari e le uniformi non specificamente destinati a proteggere la sicurezza e la salute del lavoratore;
b) le attrezzature dei servizi di soccorso e di salvataggio;
c) le attrezzature di protezione individuale delle forze armate di polizia e del servizio di mantenimento dell'ordine pubblico
d) le attrezzature di protezione proprie dei mezzi di trasporto stradali
e) i materiali sportivi quando sono utilizzati a tale scopo
f) i materiali per l'autodifesa o per la dissuasione
g) gli apparecchi portatili per individuare o segnalare rischi e fattori nocivi.
I Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.) devono essere conformi alle norme di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1992, n. 475, integrate dal D. Lgs. n.10/1997.
I D.P.I. devono essere impiegati quando i rischi non possono essere evitati o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro.

**4.2 Scelta e adozione dei DPI**

I dispositivi di protezione sono scelti ed adottati a seguito ed in conformità con la valutazione dei rischi e in base al programma delle misure di Prevenzione e Protezione e adeguati ai rischi effettivi.
A seguito di indagini ambientali, di indagini fonometriche, di informazioni da letteratura tecnica, ma anche di segnalazione dei lavoratori, fornitori, fabbricanti di DPI, il Presidente del Consiglio di Amministrazione, in collaborazione con il RSPP e consultando il Medico Competente ed il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza individua le tipologie di DPI più idonee e valuta le caratteristiche dei DPI disponibili sul mercato, scegliendo quelli che soddisfano sia le specifiche esigenze di natura protettiva, sia gli aspetti ergonomici e di accettabilità da parte degli utilizzatori. Per tale valutazione è necessario acquisire le schede tecniche dei dispositivi dal fornitore degli stessi. I DPI scelti, vengono acquistati dal *Servizio Approvvigionamenti* che ha anche il compito di segnalare eventuali necessità di aggiornamenti.
Il SPP predispone, aggiorna e diffonde un *catalogo/prontuario dei DPI*, tenendo conto:
- dell'entità dei rischi da cui proteggere i lavoratori;
- della frequenza dell'esposizione a rischio
- dei rischi indotti dai DPI;
- del rapporto col paziente;
- del comfort;
- delle garanzie tecniche;
- delle prestazioni dei DPI
- delle esigenze di acquisto (prezzi, fornitura, ecc.);

*Il SPP, l'Ufficio Economato, la Farmacia e la Direzione Sanitaria d*efiniscono, ciascuno per la propria competenza ma in collaborazione, i requisiti di alcuni DPI (guanti ad uso medico, mascherine chirurgiche ed altri) per i quali risulta necessaria una valutazione sotto diversi profili.
Le specifiche vengono usate in fase di acquisto e poi verificate anche dal SPP o dal Medico Competente.
Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, in collaborazione con il *RSPP/Economato*, si adopera affinché i DPI siano stoccati in spazi idonei.

**4.3 Formazione specifica e addestramento all'uso**

La formazione e l'addestramento specifici all'uso sono obbligatori (in particolare per i DPI di 3^ categoria e per i dispositivi di protezione dell'udito):
- al momento dell'inserimento dell'operatore in reparto;
- al momento della consegna di nuovi DPI.

Le modalità secondo cui sono realizzate la formazione e l'addestramento degli operatori sono specificate nella PG 02 Flussi comunicativi, formativi e relazionali.

**4.4 Consegna e gestione**

Il datore di lavoro effettua l'analisi dei rischi che non possono essere evitati con altri mezzi.
In conseguenza di ciò il RSPP:

- Individua le caratteristiche dei DPI affinché siano adeguati ai rischi e non espongano il lavoratore a rischio da DPI.
- Aggiorna la scelta ogni qual volta cambi la valutazione dei rischi.

I DPI adottati per le diverse mansioni e reparti e le loro caratteristiche vengono riportati nel prontuario, e vengono consegnati ai singoli lavoratori dai Dirigenti o Preposti, addetti a tale

incarico. Al momento della consegna il lavoratore firma il modulo DS 12 "Scheda di consegna dei DPI", controfirmato dall'addetto alla consegna.
Per i DPI per cui il costruttore ha specificato la data di scadenza, l'addetto incaricato alla consegna, prima di procedere, verifica la data di scadenza del DPI, in modo da non fornire ai lavoratori dispositivi non più efficaci in quanto scaduti.

**4.5 Verifica sull'utilizzo e sull'appropriatezza (tecnica ed ergonomica)**
Il datore di lavoro attraverso il dirigente e il preposto:
- Vigila sull'utilizzo dei DPI nell'unità operativa, secondo le attività a rischio;
- Provvede affinché siano utilizzati soltanto per gli usi previsti
- Fornisce istruzioni comprensibili ai lavoratori
- Conserva catalogo nel DOSSIER;
- formula osservazioni all'SPP;
- ordina DPI secondo catalogo.

Inoltre, controlli sull'utilizzo dei DPI sono effettuati anche in occasione di: sopralluoghi di RSPP, Medico Competente, RLS, analisi dell'andamento infortunistico.
Il mancato o scorretto utilizzo dei DPI deve essere segnalato secondo quanto riportato nella PG 07 "Gestione infortuni, non conformità, incidenti e comportamenti pericolosi".

**4.6 Pulizia e manutenzione**
Tutti i soggetti aziendali, compresi gli utilizzatori, assicurano il mantenimento nel tempo delle caratteristiche specifiche dei DPI, attraverso la pulizia la manutenzione le riparazioni o la sostituzione secondo l istruzioni fornite dal fabbricante.
In particolare, gli indumenti indossati che svolgono la funzione di DPI, utilizzati per proteggere il lavoratore da rischi per la salute e sicurezza (indumenti fluorescenti, contro caldo e freddo, che evitano il contatto con sostanze corrosive, nocive, tossiche, agenti biologici, ecc.) e che non sono monouso, sono puliti periodicamente, con periodicità definita, in luogo e modo ben definito, tenendo conto dei rischi che gli indumenti sporchi possono apportare. La definizione di soggetti incaricati, modalità, periodicità, ecc. potrebbe essere contenuta in un regolamento aziendale da affiancare al catalogo e da diffondere con lo stesso.

## REGISTRAZIONE DEGLI AGENTI CHIMICI

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Richiamo normativo
5. Modalità operative
    5.1 Censimento dello stato attuale
    5.2 Aggiornamento e gestione

## 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di stabilire le modalità di controllo dell'introduzione e della presenza degli agenti chimici pericolosi assicurando che:
- venga correttamente individuata ed aggiornata la presenza in azienda di agenti chimici pericolosi;
- venga effettuata la valutazione dei rischi derivanti dalla presenza di agenti chimici pericolosi;
- vengano attivati idonei interventi di sorveglianza sanitaria, in relazione a prodotti pericolosi e cancerogeni.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti gli agenti chimici, le sostanze e i preparati pericolosi utilizzati in Azienda. Essa si applica nei confronti di tutti i soggetti aziendali coinvolti nelle attività di acquisto e utilizzo degli agenti chimici pericolosi e nei confronti del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Servizio del Medico Competente, che si occupano, rispettivamente, della valutazione dei rischi e della sorveglianza sanitaria conseguenti all'utilizzo di tali sostanze.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. RICHIAMO NORMATIVO

In base ai D. Lgs. 52/97 e D. Lgs. 285/98, le sostanze e i preparati vengono classificati come pericolosi o non pericolosi, per l'uomo o per l'ambiente.
Vengono qui presi in considerazione i prodotti classificati pericolosi per l'uomo e quelli per i quali è previsto un valore limite di esposizione, secondo D. Lgs. 25/02.
Si tratta di sostanze e prodotti di laboratorio, reagenti per sviluppo lastre, prodotti per trattamento rifiuti, detergenti, prodotti usati per la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti e gas anestetici.
I recipienti delle sostanze e dei prodotti chimici pericolosi devono rispondere alla normativa sulle *etichettature* (sia i recipienti originali, sia quelli di travaso).
Le "*schede dei dati di sicurezza*" forniscono informazioni sui rischi e consigli di prudenza per l'uso.
Il Datore di Lavoro deve *valutare i rischi* derivanti dall'inserimento di sostanze nell'ambiente di lavoro e dal loro utilizzo.
Gli *ambienti di lavoro* ove le sostanze chimiche vengono utilizzate devono rispondere alle normative di Igiene del Lavoro (D. Lgs. 81/2008); devono essere apprestate le *misure preventive necessarie* (tecniche, organizzative, procedurali).

Il Dirigente è tenuto a collaborare alla valutazione; a non introdurre negli ambienti di lavoro, a qualsiasi titolo, anche sperimentale, prodotti pericolosi o sospetti di esserlo; è responsabile di un utilizzo corretto (stesura di procedure di lavoro sicuro; sorveglianza sulla loro applicazione).
I lavoratori devono essere informati sui rischi, rispettare le procedure di lavoro e, se previsto, devono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria.

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

Si stabiliscono le regole affinché:
1 - ogni Unità Operativa abbia un documento scritto ("Registro degli agenti pericolosi"), indicante le sostanze e i prodotti chimici pericolosi in uso, con le relative schede di sicurezza, conservato in un "Dossier Prevenzione", da tenere aggiornato nel tempo. Si esclude la registrazione dei chemioterapici antiblastici, per la quale si rimanda al Provvedimento 5 Agosto 1999 ;
2 - il Servizio di Prevenzione e Protezione sia costantemente aggiornato in merito, per procedere alla valutazione dei rischi e individuare le misure di prevenzione;
3 - in relazione a prodotti pericolosi e cancerogeni, il servizio del Medico Competente sia in grado di attivare l'intervento preventivo idoneo (adeguamento del protocollo di sorveglianza sanitaria ordinaria e straordinaria).
Inoltre, si specificano le responsabilità del Servizio di Farmacia e del Servizio Approvvigionamenti, relativamente al loro ruolo di fornitori di prodotti pericolosi.

### 5.1 Censimento dello stato attuale

| CHI FA? | CHE COSA? |
|---|---|
| **Dirigente e Preposto dell'unità operativa interessata** (per le rispettive competenze) | - Informa l'SPP e il Medico Competente delle sostanze in uso e delle variazioni introdotte per qualità e quantità, quando le stesse possano incidere sul rischio per i lavoratori<br>- collabora con l'SPP per aggiornare l'archivio dei dati<br>- conserva in un "Dossier Prevenzione" copia delle schede dei dati di sicurezza, ricevute del Servizio di Farmacia o dall'Ufficio Economato<br>- sorveglia l'apposizione dell'etichettatura dei contenitori, in caso di travasi<br>- cura, se necessario avvalendosi dell'SPP, la formazione del personale necessaria per l'uso sicuro<br>- stabilisce procedure di lavoro sicure in collaborazione con SPP |
| **SPP** | - in collaborazione con la Farmacia e l'Ufficio Economato, per quanto di competenza, e con i Preposti, raccoglie e organizza i dati richiesti in un archivio di dati articolato per luogo di lavoro, con i consumi annui approssimativi ("Registro degli agenti pericolosi")<br>- aggiorna la valutazione dei rischi, comprensiva della valutazione del rischio incendio, e comunica al Medico Competente l'elenco dei lavoratori esposti<br>- se trattasi di agenti pericolosi o cancerogeni, avvia le procedure specifiche |

| | |
|---|---|
| | - propone le misure di prevenzione<br>- collabora con Dirigenti e Preposti per la stesura delle procedure e la formazione del personale |
| **Servizio del Medico Competente** | - aggiorna l'elenco dei lavoratori esposti<br>- mette in atto protocolli sanitari adeguati |

### 5.2 Aggiornamento e gestione

| CHI FA? | CHE COSA? |
|---|---|
| **Servizio Farmacia**<br>**Ufficio Economato** | - richiedono sempre le schede di sicurezza, per ogni nuovo acquisto, e le trasmettono alle Unità Operative a cui consegnano gli agenti chimici pericolosi<br>- richiedono le schede dati di sicurezza di agenti già in uso, se mancanti o se queste hanno subito degli aggiornamenti nel tempo |
| **Dirigente e Preposto dell'unità operativa interessata** (per le rispettive competenze) | - raccoglie e conserva in un "Dossier Prevenzione" copia delle schede dei dati di sicurezza, ricevute del Servizio di Farmacia o dal Servizio Approvvigionamenti<br>- informa l'SPP e il Servizio del Medico Competente delle sostanze introdotte o delle variazioni di qualità e quantità, quando le stesse possano incidere sul rischio per i lavoratori<br>- collabora con l'SPP per aggiornare l'archivio dei dati - vigila sull'applicazione delle procedure di utilizzo e di corretta conservazione delle sostanze e preparati<br>- cura l'etichettatura dei contenitori<br>- assicura la disponibilità e vigila sul corretto utilizzo dei DPI<br>- individua i bisogni formativi |
| **SPP** | - aggiorna la valutazione dei rischi e comunica al Medico Competente eventuali variazioni nell'elenco dei lavoratori esposti<br>- se trattasi di agenti pericolosi o cancerogeni, avvia le procedure specifiche<br>- propone le misure di prevenzione<br>- collabora con Dirigenti e Preposti per la stesura delle procedure e la formazione del personale |

Qualora si prevede un utilizzo consistente di prodotti chimici risulta particolarmente rilevante che il Dirigente individui un Referente, per il censimento dei prodotti chimici utilizzati e per la responsabilizzazione della struttura stessa.
Diventa quindi necessario predisporre controlli periodici dei dati a cura del Servizio di Prevenzione e Protezione.

## MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE E DEI VEICOLI

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Documenti, normative di riferimento, termini e definizioni
5. Modalità operative
    5.1 Caratteri generali
    5.2 Manutenzione preventiva delle attrezzature
    5.3 Manutenzione correttiva delle attrezzature
    5.4 Manutenzione preventiva dei veicoli

## 1. SCOPO

Definire le modalità per la pianificazione, lo svolgimento e la registrazione delle attività di manutenzione delle attrezzature e dei veicoli utilizzati dagli operatori di proprietà della Casa di Cura.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti gli interventi di manutenzione preventiva e correttiva effettuati, sia da personale interno che esterno, su attrezzature e veicoli utilizzati nella Casa di Cura.
Tutte le attrezzature utilizzate nell'Azienda, ancorché provenienti da donazioni, comodati d'uso o in prova, devono essere inventariate, allo scopo di rientrare nel campo d'applicazione della presente procedura.
Sono escluse tutte le verifiche e i controlli previsti da norme specifiche (ad es.: per gli apparecchi a pressione; per gli apparecchi di sollevamento; per gli impianti elettrici; per le scariche atmosferiche; i controlli sulle attrezzature/sugli impianti antincendio, eseguiti secondo D.M. 10 Marzo '98).

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali.
Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. DOCUMENTI, NORMATIVE DI RIFERIMENTO, TERMINI E DEFINIZIONI

I Documenti di riferimento per la presente procedura sono:
• Linee guida per un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) – UNI Settembre 2001;
• Guida operativa delle Linee Guida UNI – INAIL Ottobre 2003;
• Procedura tecnica SGSL-PT05 "Procedura appalti"
• D. Lgs. 81/2008.

**Definizioni**
Attrezzatura: secondo art. 69 D. Lgs. 81/2008, si definisce "attrezzatura di lavoro" qualsiasi macchina, apparecchio, utensile o impianto destinato ad essere usato durante il lavoro.
Veicolo: mezzo di trasporto aziendale, eventualmente attrezzato con dotazioni specifiche (ad esempio per il trasporto di campioni biologici).
Manutenzione preventiva: la manutenzione eseguita, in accordo con un piano temporale stabilito, ad intervalli predeterminati o in accordo a criteri prescritti, e volta a ridurre la probabilità di guasto o la degradazione del funzionamento di un'attrezzatura o di un veicolo.

Manutenzione correttiva: la manutenzione eseguita a seguito della rilevazione di un'avaria e volta a riportare un'attrezzatura /un veicolo nello stato in cui possa eseguire la funzione richiesta.

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

### 5.1 Caratteri generali

Tutte le attrezzature e i veicoli utilizzati dalla Casa di Cura sono soggetti a manutenzione.
Gli interventi di manutenzione da realizzare sono quelli previsti dalla specifica normativa vigente in materia, comprese le norme di buona tecnica, e dai Manuali o Libretti di Uso e Manutenzione, che devono essere consegnati alla Casa di Cura dal Fornitore della risorsa e che devono essere in lingua italiana.
Non devono essere effettuati interventi su parti di macchine o impianti sulle quali il costruttore (Fornitore) si sia riservato la specifica gestione.
La Casa di Cura definisce, in relazione alle diverse tipologie di attrezzature, quale sia la Struttura responsabile della gestione, che viene incaricata di stabilire le regole della manutenzione, le scadenze, gli esecutori, formulando i Protocolli e il Piano di Manutenzione Preventiva. Tali regole e piani vengono revisionati periodicamente, e devono prevedere anche le modalità per la corretta gestione dei rifiuti.

*Di massima, non può mancare tale esplicito affidamento di responsabilità per:*

- *le attrezzature che presentano criticità relativamente alla salute e sicurezza dei lavoratori e dei pazienti; in particolare, tra le altre:*
- *apparecchiature elettriche e pneumatiche applicate al paziente (apparecchiature biomediche), ivi compresi i respiratori/servoventilatori di sala operatoria;*
- *sollevatori;*
- *dispositivi di protezione collettiva (cappe);*
- *attrezzature e macchine delle officine;*
- *attrezzature e macchine dei centri di lavoro per diversamente abili.*
- *i veicoli aziendali.*

*E' auspicabile che nel programma delle manutenzioni rientrino anche carrozzine, barelle e letti.*

Per quanto riguarda gli interventi di manutenzione effettuati da personale interno alla Casa di Cura, considerato che spesso gli interventi di manutenzione possono essi stessi costituire pericolo per gli operatori o modificare lo stato di sicurezza delle apparecchiature stesse nei confronti di terzi, si stabiliscono le regole seguenti. Il Direttore di Unità Operativa, responsabile del personale citato, deve provvedere affinché:
- tutte le operazioni di manutenzione siano inquadrate in un Piano predisposto dal Responsabile designato e siano definiti i relativi protocolli;
- siano definite le procedure specifiche di sicurezza, identificate dal Servizio di Prevenzione e Protezione sulla base del tipo di lavoro che deve essere svolto;
- sia identificata l'attrezzatura necessaria per l'intervento e ne sia assicurata la disponibilità e il corretto funzionamento;
- siano identificati e forniti i Dispositivi di Protezione Individuale necessari, come specificato nella SGSL-PT 02 "Gestione DPI";
- gli operatori incaricati siano stati adeguatamente formati, informati ed addestrati, come specificato nella SGSL-PG 02 "Flussi comunicativi, formativi e relazionali";
- la verifica dello stato di sicurezza della macchina al termine dell'intervento manutentivo segua il protocollo definito (la verifica riguarda l'installazione ed il corretto funzionamento di ripari di

protezione e dispositivi di sicurezza necessari per la tutela della salute e sicurezza dell'utilizzatore o del paziente e per la salvaguardia dell'ambiente).
E' necessario che, prima di iniziare un lavoro di manutenzione in una Unità Operativa, la squadra addetta, sia essa interna o esterna all'Azienda:
1. informi il Dirigente o il Preposto dell'Unità Operativa interessata, in particolare se l'attività di manutenzione può avere ricadute sull'attività assistenziale;
2. delimiti la zona di lavoro in modo da renderla non accessibile alle persone non addette ai lavori;
3. sia informata dal Responsabile di U.O., o da un suo delegato, di rischi propri della stessa, cui può trovarsi esposta nel caso specifico (ad es.: rischio infettivo, radiazioni ionizzanti, ...).
Nel caso di appalti esterni, si veda, relativamente alla informazione, quanto indicato in SGSL-PT 05 "Gestione Appalti".

**5.2 Manutenzione preventiva delle attrezzature**
La Struttura Responsabile delle attrezzature predispone, come detto, un piano di manutenzione preventiva tenendo in considerazione l'inventario delle apparecchiature e il livello di criticità sia delle apparecchiature, che degli impianti. Essa definisce anche il soggetto cui la manutenzione è affidata, sia esso interno o esterno all'azienda.
Il processo di esecuzione della manutenzione preventiva si suddivide nelle seguenti fasi:

| Fase | Attività | Responsabilità | Documenti/ Dati di input | Documenti/Dati di output |
|---|---|---|---|---|
| Fase 1 | Preparazione e comunicazione del Piano di Manutenzione Preventiva | Strutture responsabili della gestione delle diverse tipologie di attrezzature | Inventario e criticità delle attrezzature e rischi specifici delle UU.OO. oggetto dell'intervento | Piano di Manutenzione Preventiva |
| Fase 2 | Esecuzione della manutenzione preventiva | Servizio (interno/ esterno) che ha il compito di effettuare le manutenzioni | Manuali tecnici d. attrezzature, norme di buona tecnica, protocolli di manutenzione preventiva | Rapporti di lavoro |
| Fase 3 | Verifica dell'esecuzione del Piano di Manutenzione Preventiva | Unità Operative, Strutture preposte alla gestione delle diverse tipologie di attrezzature | Piano di Manutenzione Preventiva, rapporti di lavoro | Aggiornamenti del Piano di Manutenzione Preventiva |

**Fase 1: Preparazione e comunicazione del Piano di Manutenzione Preventiva**
Le Strutture responsabili della gestione delle diverse tipologie di attrezzature (ad es. il Servizio di Ingegneria Clinica, per quanto riguarda gli apparecchi biomedicali) hanno il compito di predisporre, annualmente, il Piano di Manutenzione Preventiva in cui specificare, per ogni Unità Operativa, quali apparecchiature saranno oggetto di manutenzione e in quale periodo dell'anno. Tale Piano dovrà essere trasmesso, dalla Struttura responsabile alle Unità Operative, all'inizio di ogni anno.
**Fase 2: Esecuzione della manutenzione preventiva**
Per dar corso al piano previsto, il Servizio che ha il compito di effettuare le manutenzioni (interno o esterno all'azienda) contatta progressivamente i referenti delle Unità Operative per comunicare e concordare le date nelle quali sarà eseguita la manutenzione preventiva.

Nelle giornate stabilite, i tecnici effettuano la manutenzione preventiva sulle attrezzature previste dal Piano. Se, nel giorno fissato, non è possibile eseguire la manutenzione preventiva per l'impossibilità di accedere all'attrezzatura, il tecnico si accorda con l'Unità Operativa per un'altra data.

**Fase 3: Verifica dell'esecuzione del Piano di Manutenzione Preventiva**

Terminata l'attività di manutenzione, il tecnico compila un rapporto tecnico di lavoro che fa firmare al Responsabile dell'Unità Operativa o ad un suo delegato; una copia del rapporto tecnico rimane all'Unità Operativa come documento dell'avvenuta manutenzione.

Se, a seguito della manutenzione preventiva, il tecnico ritiene necessario attivare un intervento di riparazione, si applica quanto previsto al paragrafo 5.3 "Manutenzione correttiva delle attrezzature".

Trimestralmente, le Unità Operative verificano, confrontando i rapporti di lavoro che sono stati consegnati dai tecnici con il Piano delle Manutenzioni Preventive, se sono state effettuate tutte le manutenzioni previste per il periodo considerato.

Qualora non fossero state eseguite tutte le manutenzioni indicate nel piano, l'Unità Operativa lo segnala alla Struttura che gestisce il piano delle manutenzioni preventive della tipologia di attrezzatura considerata (con DS 12 "Segnalazione di mancata manutenzione preventiva"), in modo che possano essere intraprese le opportune azioni correttive ed aggiornato il piano di manutenzione preventiva.

## 5.3 Manutenzione correttiva delle attrezzature

A partire dalla rilevazione di un guasto su una attrezzatura, il processo di manutenzione correttiva può comportare le tre seguenti situazioni:

| Caso | Attività | Responsabilità | Documenti/ Dati di input | Documenti/ Dati di output |
|---|---|---|---|---|
| Caso 1: attrezzatura in contratto "full risk" | Intervento gestito dal Fornitore | Unità Operativa, Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto | Contratti annuali di manutenzione delle apparecchiature/ degli impianti | Rapporti di intervento tecnico |
| Caso 2: attrezzatura in contratto con una ditta esterna incaricata delle manutenzioni | Intervento gestito dalla ditta esterna incaricata delle manutenzioni | Unità Operativa, Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto | Contratto d'appalto per il servizio di manutenzione delle apparecchiature/ degli impianti; modulo di richiesta di intervento tecnico | Rapporti di intervento tecnico |
| Caso 3: attrezzatura non in contratto | Intervento gestito dalle Strutture responsabili della gestione delle diverse tipologie di attrezzature | Unità Operativa, Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto | Modulo di richiesta di intervento tecnico | Rapporti di intervento tecnico; delibere del Presidente del CdA per approvazione di spesa; fatture liquidate |

**Caso 1: attrezzatura in contratto "full risk"**

Se l'attrezzatura guasta è coperta da specifico contratto di manutenzione, l'Unità Operativa contatta direttamente il Fornitore, che interviene per effettuare la manutenzione correttiva. Il rapporto di intervento tecnico viene poi mandato, per il controllo e l'archiviazione, alla Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto (la Struttura che cura il Piano di Manutenzione Preventiva di quella particolare tipologia di attrezzatura). L'Unità Operativa verifica la corretta riparazione da parte del Fornitore e segnala alla Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto eventuali problemi.

**Caso 2: attrezzatura in contratto con una ditta esterna incaricata delle manutenzioni**
Se l'attrezzatura guasta non è coperta da specifico contratto di manutenzione, ma rientra in una specifica tipologia per la quale è stata incaricata una ditta esterna, l'Unità Operativa invia un modulo con la richiesta di intervento alla ditta esterna incaricata delle manutenzioni. La ditta esterna effettua l'intervento. L'Unità Operativa verifica la corretta riparazione da parte della ditta esterna incaricata delle manutenzioni e segnala alla Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto eventuali problemi.

**Caso 3: attrezzatura non in contratto**
Se l'attrezzatura guasta non è coperta da contratti di manutenzione, l'Unità Operativa invia un modulo di richiesta alla Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto, che gestisce l'intervento di manutenzione correttiva, incaricando una ditta competente. Questa rilascia il rapporto tecnico all'Unità Operativa, che verifica la corretta riparazione da parte della ditta esterna, controfirma il verbale e lo invia alla Struttura responsabile della gestione dell'attrezzatura in oggetto.

**5.4 Manutenzione preventiva dei veicoli**
Considerato che i veicoli aziendali costituiscono una fonte di infortunio per operatori e trasportati, e dato l'uso promiscuo, che può compromettere le condizioni di sicurezza del veicolo stesso, si reputa indispensabile un programma di manutenzioni che integri le verifiche previste dalla legge, come le revisioni periodiche, con interventi di manutenzione preventiva aggiuntivi (es.: cambio olio, cambio filtri, controllo dei freni, ...).
Al fine di una corretta gestione dei veicoli aziendali, pertanto, la Casa di Cura individua uno o più Responsabili della gestione del "Parco Mezzi", che deve definire il calendario delle manutenzioni preventive, a seconda della tipologia del veicolo, e le modalità per il corretto pagamento di bolli e assicurazioni.

## GESTIONE APPALTI

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Riferimenti normativi
5. Definizioni
6. Modalità operative
    6.1 Affidamento di lavori mediante indagine di mercato
        6.1.1 Predisposizione documenti per avviso asta/lettera invito
        6.1.2 Predisposizione avviso asta/lettera invito
        6.1.3 Vagliatura offerta e aggiudicazione
        6.1.4 Affidamento del contratto
    6.2 Affidamento di lavori mediante operazioni in economia

## 1. SCOPO

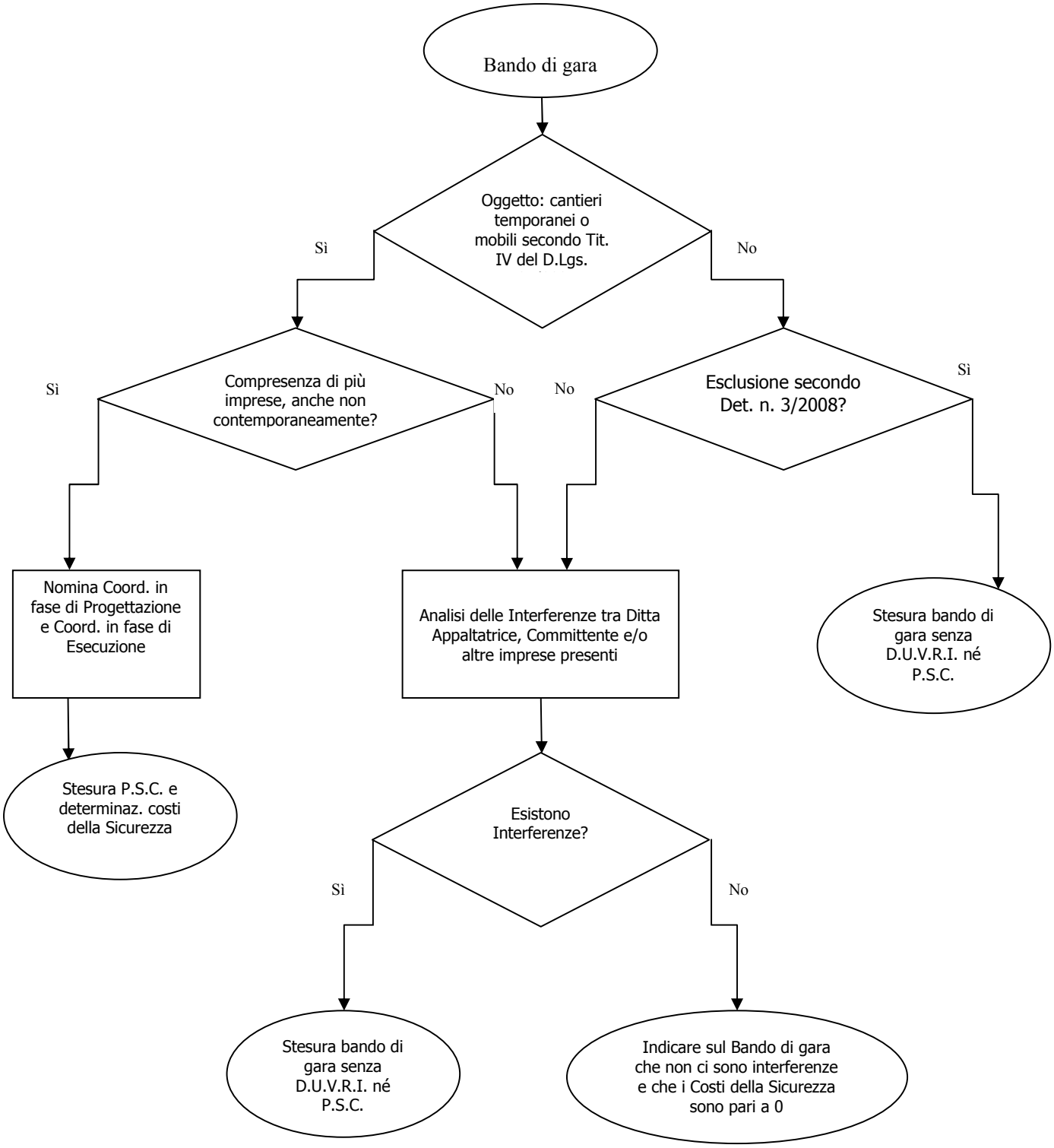
La presente procedura definisce la modalità operativa per la gestione degli adempimenti per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori in caso di affidamento lavori nella Casa di Cura, secondo quanto previsto dall'art. 26 del D. Lgs. 81/2008.
Essa ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità per la gestione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro per i contratti d'appalto e contratti d'opera e in particolare per:
- garantire che i lavori di appalto vengano affidati ad imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi che abbiano l'idoneità tecnica per lo svolgimento dei lavori;
- garantire che agli appaltatori vengano fornite dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui saranno destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e protezione adottate in relazione alle attività della Casa di Cura;
- promuovere la cooperazione e il coordinamento tra impresa appaltatrice e Casa di Cura, con lo scopo di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori dai rischi incidenti sull'attività lavorativa oggetto dell'appalto;
- disciplinare lo svolgimento dei lavori svolti da terzi per la tutela del patrimonio dell'Azienda;
- garantire che siano formalizzati e documentati i rapporti tra le parti.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutti i casi in cui vengono affidati lavori, così come definiti al cap. 5 "Termini ed abbreviazioni" della presente procedura, ad imprese appaltatrici o lavoratori autonomi all'interno della Casa di Cura.
Sono escluse dalla presente procedura:

- le attività che rientrano nel campo di applicazione del Titolo IV del D. Lgs. 81/2008 (cantieri temporanei e mobili come definiti all'art. 89 comma 1 lett. a) ed elencati nell'Allegato X al D. Lgs. 81/2008), fatte salve le debite eccezioni;
- secondo quanto previsto dalla Determinazione n. 3/2008 dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture:

- la mera fornitura senza installazione, salvo i casi in cui siano necessarie attività o procedure suscettibili di generare interferenza con la fornitura stessa, come per esempio la consegna di materiali e prodotti nei luoghi di lavoro o nei cantieri (con l'esclusione di quelli ove i rischi interferenti sono stati valutati nel piano di sicurezza e coordinamento, secondo quanto previsto dal Titolo IV del D. Lgs. 81/2008);
- i servizi per i quali non è prevista l'esecuzione all'interno della Stazione appaltante, intendendo per "interno" tutti i locali/luoghi messi a disposizione dalla stessa per l'espletamento del servizio, anche non sede dei propri uffici;
- i servizi di natura intellettuale, anche se effettuati presso la Stazione appaltante.


Bando di gara
Oggetto: cantieri temporanei o mobili secondo Tit. IV del D.Lgs.
Sì
No
Compresenza di più imprese, anche non contemporaneamente?
Sì
No
Esclusione secondo Det. n. 3/2008?
No
Sì
Nomina Coord. in fase di Progettazione e Coord. in fase di Esecuzione
Analisi delle Interferenze tra Ditta Appaltatrice, Committente e/o altre imprese presenti
Stesura bando di gara senza D.U.V.R.I. né P.S.C.
Stesura P.S.C. e determinaz. costi della Sicurezza
Esistono Interferenze?
Sì
No
Stesura bando di gara senza D.U.V.R.I. né P.S.C.
Indicare sul Bando di gara che non ci sono interferenze e che i Costi della Sicurezza sono pari a 0

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza Aziendale
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: le responsabilità delle fasi attuative sono indicate di seguito al paragrafo 6.
Il Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (dirigenti, preposti, SPP, Medico Competente, RLS, consulenti esterni); il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. RIFERIMENTI NORMATIVI

D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.
Legge 3 agosto 2007, n. 123
Determinazione n. 3/2008 del 05/03/08 dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture
Codice Civile

## 5. DEFINIZIONI

*Appalto* = l'appalto è il contratto col quale una parte assume, con organizzazione dei mezzi necessari e con gestione a proprio rischio, il compimento di un'opera o di un servizio verso un corrispettivo in danaro.
*Committente* = soggetto che ha l'autorità e titolo per sottoscrivere con l'impresa l'ordine o contratto di affidamento lavori all'interno della Casa di Cura.
*Contratto d'opera* = il contratto d'opera si configura quando una persona si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente; si applicano le norme di questo Capo, salvo che il rapporto abbia una disciplina particolare.
*DUVRI* = Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze, che indica le misure adottate per eliminare o, ove ciò non sia possibile, ridurre al minimo i rischi da interferenze. Tale documento deve essere allegato al contratto di appalto o d'opera. Il documento unico non deve riportare i rischi specifici propri dell'attività delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori automi.
*Lavori* = tutte le attività che possono essere affidate a ditte appaltatrici o a lavoratori autonomi mediante contratti di appalto, d'opera o di somministrazione comprendenti attività di servizio (ad es. pulizia, portierato, custodia, facchinaggio, vigilanza), di lavori (ad es. interventi che interessano solo impianti tecnologici, senza interventi sulla parti strutturali, in muratura o altro materiale) e la fornitura di beni e/o servizi.
*Impresa* = impresa appaltatrice o lavoratore autonomo, libero professionista, Ente o altro soggetto a cui sono affidati dei lavori all'interno dell'Azienda in cui si attivano contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione.
*Referente per l'impresa* = soggetto individuato dall'impresa che ha titolo per sottoscrivere il verbale di affidamento lavori.

*Referente per l'Azienda* = soggetto individuato dalla Casa di Cura che ha titolo per la gestione dei rapporti con l'appaltatore, solitamente identificato con il Responsabile della Struttura che ha proposto il contratto per la firma e gestisce la prestazione contrattuale prevista o persona da questi designata.
*Responsabile dei lavori* = secondo l'art. 89 del D. Lgs. 81/08, è il "soggetto incaricato dal committente della progettazione o del controllo dell'esecuzione dell'opera; tale soggetto coincide con il progettista per la fase di progettazione dell'opera e con il direttore dei lavori per la fase di esecuzione dell'opera. Nel campo di applicazione del D. Lgs. 163/06 e s.m., il responsabile dei lavori è il responsabile unico del procedimento". Il Responsabile dei lavori, qualora il Committente intenda esonerarsi dalle responsabilità in materia di salute e sicurezza sul lavoro nei cantieri temporanei o mobili, deve essere destinatario di un incarico specifico da parte del Committente e deve essere fornito di una specifica delega, con la quale si attribuiscano al predetto responsabile dei lavori poteri decisionali, cui sono connessi evidenti oneri di spesa o, più in generale, la determinazione della sfera di competenza attribuitagli.
*RSPP* = Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione; persona in possesso delle capacità, dei requisiti professionali previsti dall'art.32 e incaricata di svolgere i compiti secondo le procedure previste dall'art.33 del D. Lgs. 81/2008.
*Somministrazione* = secondo gli artt. 1559 e 1677 del Codice Civile, la somministrazione è il contratto con il quale una parte si obbliga, verso corrispettivo di un prezzo, a eseguire a favore dell'altra parte prestazioni periodiche o continuative di cose e di servizi.
*SPP* = Servizio Prevenzione e Protezione; secondo art. 2 lett. l) del D. Lgs. 81/2008, insieme di persone, sistemi e mezzi interni all'Azienda, finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali per i lavoratori. Il Servizio Prevenzione e Protezione è incaricato di svolgere i compiti secondo le procedure previste dall'art.33 del D. Lgs. 81/2008.
*ST*= Servizio Tecnico
*Struttura* = Unità organizzativa individuata dall'art. 2 lettera t) del D. Lgs. 81/2008.
*Tessera di riconoscimento personale* = documento identificativo di cui deve essere munito il personale occupato dell'impresa appaltatrice o subappaltatrice a cui è stato affidato un lavoro. Tale documento deve essere corredato di fotografia e contenere le generalità del lavoratore e l'indicazione dal datore di lavoro, secondo art. 26 comma 8 del D. Lgs. 81/08.
*Verbale di coordinamento e pianificazione concordata lavori* = documento sottoscritto dalle parti a seguito dell'aggiudicazione dell'appalto. Tale documento deve essere redatto in occasione del sopralluogo preventivo, immediatamente prima dell'inizio dei lavori o dell'esecuzione dell'opera o del servizio e deve riportare le informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente, le misure di prevenzione e protezione nonché di emergenza e le misure adottate per eliminare le interferenze. Tale documento costituisce una revisione del DUVRI precedentemente redatto dal Committente, o Responsabile del Procedimento, in fase di predisposizione della gara d'appalto, e deve essere allegato al contratto d'appalto o d'opera. Esso potrà essere nuovamente aggiornato e/o modificato, anche su proposta dell'impresa, in caso di modifiche o variazioni di carattere tecnico, logistico, organizzativo incidenti sulle modalità realizzative dei lavori e/o di modifiche e variazioni delle modalità operative di effettuazione delle attività lavorative oggetto dell'appalto. Sulla base delle indicazioni riportate in questo documento, verranno effettuati gli Audit da parte del Committente.
*Costi della Sicurezza* = secondo art. 26 comma 5 del D. Lgs. 81/08, nei singoli contratti di subappalto, di appalto e di somministrazione devono essere specificamente indicati, a pena di nullità del contratto, i costi relativi alla sicurezza del lavoro con particolare riferimento a quelli

propri connessi allo specifico appalto. Tali costi non sono soggetti a ribasso d'asta e devono essere calcolati solo in caso di affidamento di lavori che comportino dei "rischi", secondo la logica "rischi – misure di sicurezza – oneri per le misure di sicurezza" (sono escluse, quindi, le mere forniture senza posa e i servizi di natura intellettuale). Analogamente a quanto disposto dalla normativa relativa ai cantieri temporanei e mobili e a quanto accade con i lavori pubblici, in tale voce non rientrano i costi ex lege (ossia discendenti direttamente dall'applicazione della legge, costi generali, come quelli di valutazione dei rischi o per i DPI specifici per i rischi propri dell'impresa che esegue i lavori), ma, bensì, quelli connessi alla specificità del singolo affidamento (DPI e/o opere provvisionali specifiche per i rischi da interferenza o necessari per la cooperazione e il coordinamento o di uso comune).

## 6. MODALITÀ OPERATIVE

Le modalità operative utilizzate per l'affidamento di lavori sono di seguito illustrate:

### 6.1 Affidamento di lavori

#### 6.1.1 Predisposizione documenti per lettera invito

Il responsabile dell'ufficio tecnico, anche in qualità di RSPP, deve preliminarmente alla stesura dei documenti di invito:

- ✓ Individuare i rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui sono destinati ad operare gli appaltatori e definire le misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alle attività svolte, compilando gli allegati A1, A2, A3.
- ✓ Predisporre il documento unico di valutazione dei rischi da interferenze, che indichi le misure adottate per eliminare i rischi di interferenze, compilando gli allegati B1 e B2.
- ✓ Definire e riportare nell'allegato B3, con le modalità indicate, a carico di quale parte (committente o appaltatore) sono imputati gli eventuali costi per la sicurezza necessari per attuare le misure per ridurre o eliminare i rischi da interferenza definite, di cui all'allegato B2. I costi per la sicurezza non potranno essere oggetto di ribasso d'Asta.

#### 6.1.2 Disposizioni particolari nella lettera di invito

Inserire nella lettera d'invito e/o capitolato d'appalto un articolo per la gestione degli adempimenti di tutela della salute e sicurezza nell'appalto, sullo schema di quanto proposto nell'allegato E.
Inserire nell'avviso gli allegati predisposti (allegato A1, A2, A3 e B1, B2, B3).
Inserire nell'avviso d'asta o lettera d'invito il modulo di autocertificazione, da parte dell'impresa appaltatrice o lavoratore autonomo, del possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale (allegato C) previsti dalla vigente normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

#### 6.1.3 Vagliatura offerta e aggiudicazione

L'ufficio tecnico vaglia l'offerta per valutare la congruità del prezzo offerto e individuare l'appaltatore secondo le modalità in uso.

#### 6.1.4 Affidamento del contratto

Prima dell'inizio dei lavori oggetto dell'appalto, deve essere sottoscritto dal referente per l'Azienda per i lavori e dall'appaltatore l'apposito documento "Verbale per il Coordinamento e pianificazione concordata delle operazioni", in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 26 del D. Lgs. 81/2008,

compilando l'allegato modello (allegato D). Al documento "allegato D" dovranno essere allegati e sottoscritti gli allegati A1, A2 e A3 e gli allegati B1 e B2 del capitolato. Gli allegati B1 e B2 dovranno essere aggiornati e/o modificati, anche su proposta del fornitore, in caso di modifiche o variazioni di carattere tecnico, logistico, organizzativo incidenti sulle modalità realizzative dei lavori e/o di modifiche e variazioni delle modalità operative di effettuazione delle attività lavorative oggetto dell'appalto. **Tutta questa documentazione costituisce il DUVRI, che deve essere allegato al contratto e che sarà la base per tutti gli auspicati audit che il committente intenderà attuare in ottemperanza all'obbligo di controllo e coordinamento.**

**6.2 Affidamento di lavori mediante operazioni in economia**

Nel caso di affidamento lavori in economia, il responsabile unico del procedimento (RUP), sentito eventualmente il SPP, prima dell'inizio dei lavori oggetto dell'appalto deve:

- ✓ Predisporre e sottoscrivere assieme all'appaltatore l'apposito documento di "Verbale per il coordinamento e pianificazione concordata delle operazioni" in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 26 del D. Lgs 81/2008, compilando il modello "allegato D" completo degli allegati A1, A2, A3, A4 e B1, B2, B3. Tale documento dovrà essere aggiornato e/o modificato, anche su proposta dell'appaltatore, in caso di modifiche o variazioni di carattere tecnico, logistico, organizzativo incidenti sulle modalità realizzative dei lavori e/o di modifiche e variazioni delle modalità operative di effettuazione delle attività lavorative oggetto dell'appalto.
- ✓ Definire e riportare nell'allegato B3, con le modalità indicate, a carico di quale parte (committente o appaltatore) sono imputati gli eventuali costi per la sicurezza necessari per attuare le misure per ridurre o eliminare i rischi da interferenza definite, di cui all'allegato B2.

**Allegato A1 Descrizione dei luoghi di lavoro e criteri di stima dei rischi**
**Allegato A2 Rischi specifici presenti nell'ambiente in cui è destinato ad operare l'appaltatore**
**Allegato A3 Misure di prevenzione e emergenza adottate**
**Allegato A4 Prescrizioni e limitazioni**
**Allegato B1 Documento unico di valutazione dei rischi di interferenze**
**Allegato B2 Misure per eliminare i rischi da interferenze e costi relativi alla sicurezza**
**Allegato B3 Costi per la sicurezza del lavoro relativi alle misure di prevenzione e protezione per eliminare le interferenze**
**Allegato D Verbale per il coordinamento e pianificazione concordata delle attività e di affidamento dei lavori**
**Allegato C Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà**
**Allegato E Clausola da inserire a capitolato**

# ALLEGATO A1
# DESCRIZIONE DEI LUOGHI DI LAVORO E CRITERI DI STIMA DEI RISCHI

## Sintesi dei lavori oggetto dell'appalto

Ditta n° 1: i lavori riguardano ……
Ditta n° 2: i lavori riguardano ……
Ditta n° 3: i lavori riguardano ……
Ditta n° 4: i lavori riguardano ……

## Descrizione dei luoghi di lavoro

……
……
……
……

## Individuazione, analisi e valutazione dei rischi

Nel presente documento vengono individuati e trattati i rischi di interferenza tra lavoratori appartenenti a diverse aziende; ai fini dell'individuazione dei rischi di interferenza tra lavoratori appartenenti a diverse aziende, si riportano, di seguito, definizioni e criteri di valutazione dei rischi.

## Definizioni

| | |
|---|---|
| Pericolo | Proprietà o qualità di un agente, sostanza, attrezzatura, metodo di lavoro, che potrebbe causare un danno. |
| Rischio | Probabilità che sia raggiunto il livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego e/o di esposizione e dimensione possibile del danno stesso. |
| Danno | Dimensione di un infortunio, o di una malattia professionale, causato da un determinato pericolo. |
| Incidente | Evento dal quale potrebbe derivare un infortunio. |
| Valutazione del rischio | Procedimento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, nell'espletamento delle loro mansioni, derivante dalle circostanze del verificarsi di un pericolo sul luogo di lavoro.<br>L'entità del rischio **R** viene espressa come una relazione tra la Probabilità **P** che si verifichi l'evento e il Danno **D** che ne potrebbe conseguire. |

## Elementi considerati e criteri adottati per la valutazione

- ☐ Criteri generali indicati nel D.Lgs. 81/2008
- ☐ Indicazioni contenute nelle linee guida dell'ISPESL
- ☐ Dati statistici pubblicati dall'INAIL
- ☐ Entità delle sanzioni previste dalle vigenti leggi in materia di sicurezza
- ☐ Documento di Valutazione dei Rischi della Casa di Cura
- ☐ Analisi statistica aziendale degli infortuni

## Scala della probabilità P di accadimento

| **Criteri adottati** | **Livello** | |
|---|---|---|
| Assenza presunta del pericolo alla data della stesura della versione aggiornata del Documento di Valutazione del Rischio | Improbabile | 1 |
| Presenza della situazione che può generare pericolo, nella quale tuttavia, *il pericolo è ritenuto sotto controllo* | Poco probabile | 2 |
| Presenza della situazione che può generare *pericolo, che viene considerata non completamente sotto controllo* | Probabile | 3 |
| Presenza del pericolo: situazione che viene ritenuta critica e meritevole di approfondimenti | Altamente probabile | 4 |

## Scala del danno D ( = magnitudo M)

| **Criteri adottati** | **Livello** | |
|---|---|---|
| □□Infortunio o episodio di esposizione acuta con inabilità rapidamente reversibile<br>□□Esposizione cronica con effetti rapidamente reversibili | Lieve | 1 |
| □□Infortunio o episodio di esposizione acuta con inabilità reversibile<br>□□Esposizione cronica con effetti reversibili | Medio | 2 |
| □□Infortunio o episodio di esposizione acuta con effetti di invalidità parziale<br>□□Esposizione cronica con effetti irreversibili e/o parzialmente invalidanti | Grave | 3 |
| □□Infortunio o episodio di esposizione acuta con effetti letali o di invalidità totale<br>□□Esposizione cronica con effetti letali e/o totalmente invalidanti | Gravissimo | 4 |

## Valutazione del rischio in relazione ai livelli P e D

| **Rischio** | **Rischio Priorità intervento** | **Probabilità x Danno** | **Indice di attenzione** |
|---|---|---|---|
| Basso | Bassa | PxD fino a **3** | ***1.*** Azioni migliorative da valutare in fase di programmazione |
| Medio-Basso | Media | PxD oltre **3** e fino a **5** | ***2.*** Azioni correttive e/o migliorative da programmare *nel medio-breve termine* |
| Medio Alto | Alta | PxD oltre **5** e fino a **8** | ***3.*** Azioni correttive necessarie da programmare *con urgenza* |
| Alto | Assoluta | PxD oltre **8** | ***4.*** Azioni correttive *indilazionabili* |

**Legenda:**
Il **numero 1** indica un indice di attenzione basso
Il **numero 2** indica un indice di attenzione medio-basso
Il **numero 3** indica un indice di attenzione medio
Il **numero 4** indica un indice di attenzione alto
Nella tabella che segue sono riportati, a titolo esemplificativo, gli indici di attenzione valutati in relazione ai rischi da interferenze legati alle attività principali; tali valori indicano le valutazioni senza alcuna considerazione delle misure previste, e la cui corretta applicazione può, di fatto, eliminarli.

| **TIPO DI RISCHIO (*esempi*)** | **INDICE DI ATTENZIONE** |
|---|---|
| Rischio passaggio carrelli elevatori | **1** |
| Rischi associati alle strutture ed agli ambienti di lavoro, vie ed uscite di emergenza, vie di circolazione interne ed esterne (rischio di caduta oggetti dall'alto, ecc.) | **2** |
| Rischi associati alle condizioni ambientali dei locali e dei posti di lavoro (servizi igienici, spogliatoi, ecc.) | **1** |
| Rischio di Incendio e/o Esplosione | **4** |
| Rischi associati all'utilizzo dell'energia elettrica | **2** |
| Rischi associati alla presenza di macchine ed attrezzature | **2** |
| Rischi associati alla presenza di impianti di sollevamento (ascensori – montacarichi) | **3** |
| Rischi associati alla presenza di mezzi di trasporto (investimento) | **3** |
| Rischi associati alla presenza di attrezzature quali scale a mano | **2** |
| Rischi associati alla presenza o impiego di agenti chimici | **1** |
| Rischi associati alla presenza di agenti fisici - rumore | **1** |
| Caduta di materiali dall'alto, da solette, scale, ecc. | **2** |
| Cadute a livello, scivolamenti su superfici non piane o con materiali giacenti in luogo | **3** |
| Cadute a livello, scivolamenti su superfici piane e libere da materiali | **1** |
| Cadute dall'alto da altezze elevate | **2** |
| **TIPO DI RISCHIO (*esempi*)** | **INDICE DI ATTENZIONE** |
| Cadute dall'alto da altezze non elevate | **1** |
| Contatto con le normali e leggere attrezzature manuali, urti, colpi | **1** |
| Contatto con materiali taglienti o pungenti | **1** |
| Rischio biologico | **2** |
| Rischio di aggressione da parte degli ospiti | **2** |
| Rischio bombole | **1** |
| Contatto con vernici, solventi, disarmanti, collanti, oli minerali e derivati | **1** |

E' compito del Responsabile del Procedimento (RP), eventualmente in seguito a consultazione con l'SPP, valutare i rischi di interferenza legati allo specifico appalto:

| **TIPO DI RISCHIO** | **INDICE DI ATTENZIONE** |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

# ALLEGATO A2
# RISCHI SPECIFICI PRESENTI NELL'AMBIENTE IN CUI È DESTINATO AD OPERARE L'APPALTATORE

**RISCHI GENERICI**

□Rischi ambiente di lavoro generico (elettrico, incendio, microclima, ecc.)

**RISCHI SPECIFICI**

□Rischi da attività

le aree a pericolosità specifica sono caratterizzate dai principali fattori di rischio sotto elencati, presenti nel singolo locale e le principali misure precauzionali da adottare. (Vedi prescrizioni particolari **aggiuntive allegato A4** )

□Rischi da aree di deposito sostanze pericolose e/o deposito rifiuti

le aree di deposito sono caratterizzate dai principali fattori di rischio presenti nel singolo locale e le principali misure precauzionali da adottare. (Vedi prescrizioni particolari aggiuntive **allegato A4** )

__Rischi particolari da organi meccanici in movimento
□__Rischi da impianti/attrezzature a funzionamento automatico
__Rischi da mezzi e/o macchine operatrici in moto
□__Rischi da transito di mezzi/macchine operatrici in zone di passaggio
__Rischi da trasporto di materiali
□__Rischi da coperture non pedonabili
__Rischi da presenza di dislivelli pericolosi
□__Rischi da temperature estreme (caldo e freddo)
□__Rischi da campi elettromagnetici ad elevata intensità
□__Rischi da radiazioni ionizzanti
__Rischi da elevato carico di incendio
□__Rischi da presenza di carichi sospesi e/o caduta oggetti dall'alto
□__Rischi da parti sporgenti/taglienti/acuminate
□__Rischi da presenza di sostanze pericolose
__Rischi da materiale facilmente infiammabile/esplosivo
__Rischi da apparecchi in pressione o generatori di vapore
__Rischi da limitata visibilità
□

□__Rischi elettrici specifici da:
__Linee elettriche aeree
□__Cabine elettriche di trasformazione
__Cavi elettrici interrati o sotto traccia
__…….....…
__Rischi da presenza di amianto
__Rischi di spazi confinati (tunnel, cisterne, serbatoi, fosse, cunicoli…)
__Rischi da presenza di gas (indicare gas….....…….)
__Rischi da rumore superiore alle soglie minime
__Rischi da tubazione fluidi pericolosi (indicare fluidi ….....……)
__Rischio biologico derivante da:
__Presenza/manipolazione materiale biologico
__Aree di ricovero di pz con malattie infettive diffusive
__Presenza/manipolazione di animali
__Impianti e servizi tecnologici (depuratori…)
__Aree di raccolta e conferimento rifiuti
__.....

□__Altri rischi specifici (indicare.....□)
□
□

Il referente per la Casa di Cura

Il Referente per l'Impresa

# ALLEGATO A3
# MISURE DI PREVENZIONE E EMERGENZA ADOTTATE

**MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE**
1. Prescrizioni e limitazioni **dell'allegato A4**
2. Prescrizioni particolari aggiuntive:
- in caso di accesso in aree a pericolosità specifica, astenersi dall'effettuare qualsiasi tipo di operazione senza preventivo consenso da parte del referente della Casa di Cura;
- Altre misure
(indicare……..)
3. .....

**MISURE DI EMERGENZA**
In caso di riscontro di evidenze o di indizi che fanno presumere la presenza di situazioni di emergenza in atto in aree a pericolosità specifica, prima di accedere ai locali e prima di attivare qualsiasi intervento, contattare l' Ufficio Tecnico Aziendale (tel. 045/8124210 per il Policlinico e 045/8122701 per il Civile Maggiore). Le eventuali azioni e/o contromisure da adottare andranno preventivamente concordate con il suddetto personale di reperibilità. Nell'impossibilità di rintracciare il personale di reperibilità, il personale di vigilanza si astiene dall'attuare qualsiasi intervento attivo, fatto salvo l'allertamento diretto degli Enti di soccorso (VVF, 118), in caso di manifesta criticità della situazione riscontrata.

**IMPEGNI DI COORDINAMENTO**
1. In caso di impedimento del rispetto delle limitazioni e prescrizioni **dell'Allegato A4,** l'Impresa/Affidatario si impegna a concordare con il referente dell'Azienda Committente, preventivamente all'avvio dei lavori, le misure di prevenzione e protezione compensative.
2. In caso di presenza di più imprese sul luogo di lavoro l'Impresa/Affidatario si impegna ad attivarsi per dare e ricevere esaustive informazioni sui rischi e sulle misure di prevenzione e protezione adottate o da adottare, ai fini di ridurre i rischi di interferenza tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera, nonché per coordinare la gestione delle situazioni di emergenza.
3. L'Impresa/Affidatario si impegna a contattare il referente dell'Azienda Committente per qualsiasi incertezza o chiarimento relativo alla scelta delle procedure più idonee a tutelare il personale, e per definire il necessario coordinamento, nel caso di impreviste interferenze dei lavori con le attività dell'Azienda Committente.
4. In caso di infortunio sul lavoro, l'Impresa/Affidatario darà tempestiva comunicazione del fatto al referente dell'Azienda Committente, con il quale dovrà verbalizzare l'accaduto.

Il referente per la Casa di Cura  Il Referente per l'Impresa

# ALLEGATO A4
# PRESCRIZIONI E LIMITAZIONI

1. **Divieto** di intervenire sulle prove o lavorazioni in atto;
2. **Divieto** di accedere ai locali ad accesso autorizzato se non specificatamente autorizzati dal responsabile della struttura con apposita autorizzazione nella quale sono indicate le misure di prevenzione e protezione;
3. **Divieto** di rimuovere o manomettere in un alcun modo i dispositivi di sicurezza e/o protezioni installati su impianti o macchine;
4. **Divieto** di compiere, di propria iniziativa, manovre ed operazioni che non siano di propria competenza e che possono perciò compromettere anche la sicurezza di altre persone;
5. **Divieto** di compiere lavori di saldatura, usare fiamme libere, utilizzare mezzi ignifori o fumare nei luoghi con pericolo di incendio o di scoppio ed in tutti gli altri luoghi ove vige apposito divieto;
6. **Divieto** di ingombrare passaggi, corridoi e uscite di sicurezza con materiali di qualsiasi natura;
7. **Divieto** di compiere, su organi in moto, qualsiasi operazione (pulizia, lubrificazioni, riparazioni, registrazioni, ecc.);
8. **Divieto** di accedere, senza specifica autorizzazione, all'interno di cabine elettriche o di altri luoghi ove esistono impianti o apparecchiature elettriche in tensione;
9. **Divieto** di permanere in luoghi diversi da quelli in cui si deve svolgere il proprio lavoro;
10. **Divieto** di apportare modifiche, di qualsiasi genere, a macchine ed impianti senza preventiva autorizzazione dell'Azienda.
11. **Divieto** di usare, sul luogo di lavoro, indumenti o abbigliamento che, in relazione alla natura delle operazioni da svolgere, possano costituire pericolo per chi li indossa;
12. **Obbligo** di rispettare i divieti e le limitazioni della segnaletica di sicurezza;
13. **Obbligo** di richiedere l'intervento del referente dell'Azienda Committente, in caso di anomalie riscontrate nell'ambiente di lavoro e prima di procedere con interventi in luoghi con presenza di rischi specifici;
14. **Obbligo** di recingere la zona di scavo o le zone sottostanti a lavori che si svolgono in posizioni sopraelevate;
15. **Obbligo** di rispettare scrupolosamente i cartelli di norma monitori affissi all'interno delle strutture aziendali;
16. **Obbligo**, nel caso di lavori di saldatura o di utilizzo di fiamme libere, di richiedere di volta in volta la preventiva autorizzazione scritta al referente dell'Azienda;
17. **Obbligo** di usare i mezzi protettivi individuali e, ove espressamente previsto, anche gli otoprotettori;
18. **Obbligo** di impiegare macchine, attrezzi ed utensili rispondenti alle vigenti norme di legge;
19. **Obbligo** di segnalare immediatamente eventuali deficienze di dispositivi di sicurezza o l'esistenza di condizioni di pericolo (adoperandosi direttamente, in caso di urgenza e nell'ambito delle proprie competenze e possibilità, per l'eliminazione di dette deficienze o pericoli).

NB: In caso di impedimento del rispetto delle limitazioni e prescrizioni sopra riportate, l'Impresa/Affidatario si impegna a concordare con il referente dell'Azienda, preventivamente all'avvio dei lavori, le misure di prevenzione e protezione compensative.

Il referente per la Casa di Cura

Il Referente per l'Impresa

# ALLEGATO B1
# DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI DI INTERFERENZE

***Nell'ambiente in cui si svolgeranno i lavori oggetto dell'appalto vi è***

__ PRESENZA o POTENZIALE PRESENZA di personale o altri soggetti (altri appaltatori, utenti, studenti…)
__ ASSENZA di personale interno o altri soggetti (altri appaltatori, utenti, studenti…)
*Nell'ambiente in cui si svolgeranno i lavori oggetto dell'appalto si attivano una o più delle seguenti situazioni:*

| **Lavori in appalto prevedono** | **Situazione di potenziale rischio interferenziale (barrare la voce/voci che interessano)** |
|---|---|
| INTERVENTI IN AREE CON ATTIVITÀ IN CORSO | __LAVORI IN APPALTO IN AREE CON ATTIVITÀ IN CORSO |
| MODIFICA CONDIZIONI DI ESERCIZIO | __DISATTIVAZIONE TEMPORANEA DI IMPIANTI FORNITURA UTENZE (GAS, ACQUA,ELETTRICO, TELEFONO, RETE DATI…)<br>__DISATTIVAZIONE TEMPORANEA DI SISTEMI DI SICUREZZA (AD ES. ALIMENTAZIONE RETE IDRANTI, IMPIANTO RILEVAZIONE GAS/FUMO, IMPIANTO ALLARME, ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA, SISTEMI DI ASPIRAZIONE,…)<br>__CHIUSURA TEMPORANEA DI AREE O ZONE DELL'EDIFICIO O VIE DI TRANSITO, PERCORSI PEDONALI<br>__RIMOZIONE DI SEGNALETICA DI SICUREZZA/EMERGENZA<br>__ASSEGNAZIONE TEMPORANEA SPAZI PER DEPOSITO MATERIALE (BAGNI, MAGAZZINI…) O ALTRE ATTIVITÀ APPALTATORE |
| MODIFICA CONDIZIONI DI CONTESTO OPERATIVO (FIAMME, POLVERI, VAPORI, SCIVOLOSITÀ, SCAVI) | __PRODUZIONE DI FIAMME LIBERE E/O ALTRE FONTI DI INNESCO (AD ESEMPIO DA SALDATURA)<br>__PRODUZIONE DI POLVERI PERMANENTI PER PERIODI PROLUNGATI<br>__PRODUZIONE DI VAPORI E/O ATMOSFERE INSALUBRI PERMANENTI PER PERIODI PROLUNGATI<br>__FORMAZIONE DI AREE PARTICOLARMENTE SCIVOLOSE PERMANENTI PER PERIODI PROLUNGATI (AD ES. PULIZIA PAVIMENTI, CERATURA…)<br>__REALIZZAZIONE DI SCAVI |
| TRANSITO DI MEZZI N PARCHEGGI/VIABILITA' PEDONALE INTERNA | __TRANSITO AUTOMEZZI/MEZZI MECCANICI O MACCHINE OPERATRICI SU VIABILITÀ/PARCHEGGI O ALTRE ZONE PEDONALI |
| LAVORI O ATTIVITÀ IN QUOTA | __PRESENZA DI CARICHI SOSPESI<br>__SVOLGIMENTO DI OPERAZIONI IN QUOTA CON PERICOLO DI CADUTA MATERIALI/ATTREZZATURE (COMPRESE ATTIVITÀ DI POTATURA PIANTE ALTO FUSTO)<br>__INSTALLAZIONE E UTILIZZO DI MEZZI PER SALIRE (AD ES. TRABATTELLI, SCALE, PONTEGGI…) |
| USO DI MACCHINE OPERATRICI | __UTILIZZO DI MACCHINE OPERATRICI MOBILI (MOVIMENTO TERRA, MACCHINE AGRICOLE, MACCHINE PER IL SOLLEVAMENTO E TRASPORTO MATERIALI ETC.) |
| USO DI ATTREZZATURE DI LAVORO | __UTILIZZO DI ATTREZZATURE DI LAVORO MOBILI O SEMOVENTI<br>__UTILIZZO DI ATTREZZATURE DI LAVORO CHE PRODUCONO RUMORE DI ELEVATA INTENSITÀ<br>__UTILIZZO DI ATTREZZATURE DI LAVORO CHE PRODUCONO VIBRAZIONI DI ELEVATA INTENSITÀ<br>__UTILIZZO DI ATTREZZATURE DI LAVORO CHE PRODUCONO PROIEZIONE DI OGGETTI/MATERIALI<br>__UTILIZZO DI ATTREZZATURE DI LAVORO CON PARTI IN MOVIMENTO<br>__UTILIZZO DI APPARECCHIATURE LASER<br>__UTILIZZO DI APPARECCHIATURE CHE PRODUCONO RADIAZIONI IONIZZANTI |
| TRASPORTO MATERIALI | __TRASPORTO DI MATERIALE INGOMBRANTE O PERICOLOSO (AD ES. ARREDI, BOMBOLE GAS, AGENTI CHIMICI, AGENTI BIOLOGICI, RIFIUTI…) ANCHE CON AUSILI MECCANICI |
| USO DI SOSTANZE PERICOLOSE E/O PRESENZA DI BOMBOLE GAS | __UTILIZZO DI SOSTANZE PERICOLOSE (AGENTI CHIMICI, AGENTI BIOLOGICI)<br>__UTILIZZO/TRASPORTO DI BOMBOLE DI GAS |
| AMIANTO | __OPERAZIONI DI MANUTENZIONE, RIMOZIONE DELL'AMIANTO O DEI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO, SMALTIMENTO E TRATTAMENTO DEI RELATIVI RIFIUTI E/O BONIFICA DELLE AREE INTERESSATE |

Il referente per la Casa di Cura  Il Referente per l'Impresa

# ALLEGATO B2
# MISURE PER ELIMINARE I RISCHI DA INTERFERENZE E COSTI RELATIVI ALLA SICUREZZA

**Misure di prevenzione e protezione**
__Riunione preliminare di coordinamento con appaltatore/i aggiudicatario/i dei lavori

**Misure di prevenzione per la separazione temporale attività**
__Svolgimento delle attività previste dall'appalto in orario di chiusura delle sedi e in assenza di altro personale presente
__Interruzione/pause lavori appaltatore/committente per coordinamento reciproco attività
__Altre misure……..

**Misure di prevenzione per la separazione spaziale attività**
__Chiusura e interdizione all'accesso nell'area di lavoro appalto mediante
- __Recinzioni area operativa/area di svolgimento attività
- __Controllo accessi area lavoro/area di svolgimento attività

__Altre misure……..

**Misure di prevenzione per la gestione delle interferenze**
__Sorveglianza/vigilanza continua area di lavoro durante lo svolgimento delle attività oggetto dell'appalto
__Segnalazione area di lavoro con installazione segnaletica di sicurezza
__Utilizzo dispositivi protezione individuale (specificare……)
__Utilizzo dispositivi protezione collettiva (specificare……)
__Attività di informazione/formazione personale appaltatore
__Adozione di permessi di lavoro
__Adozione di procedura di sicurezza attività (allegare)
__Pianificazione concordata operazioni oggetto delle attività lavorative
__Altre misure concordate e coordinate……..

**Altre misure di prevenzione:**
__Prescrizioni e limitazioni di cui all'allegato A4
__Prescrizioni particolari aggiuntive:
o in caso di accesso in aree a pericolosità specifica identificate, astenersi dall'effettuare qualsiasi tipo di operazione senza preventivo consenso da parte di Referente dell'Azienda Committente
o ……

Il referente per la Casa di Cura  Il Referente per l'Impresa

## ALLEGATO B3
## COSTI PER LA SICUREZZA DEL LAVORO RELATIVI ALLE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE PER ELIMINARE LE INTERFERENZE

__A carico dell'Azienda Committente e stimati in €……. sulla base delle seguenti voci di costo:

__A carico dell'Appaltatore e stimati in € …… sulla base delle seguenti voci di costo:

*Negli elenchi sotto riportati, barrare le voci corrispondenti ai costi per la sicurezza relativi alle misure di prevenzione e protezione da adottare, indicando, di fianco ad ogni voce:* ***"C"*** *se a carico del Committente,* ***"A"*** *se a carico dell'Appaltatore.*

**Costi per la separazione spaziale delle attività**

*Recinzioni*
__recinzione area lavori con rete elettrosaldata tubi infissi
__recinzione area lavori con lamiera ondulata o recata
__recinzione area lavori con rete elettrosaldata e tubi su plinti prefabbricati
__recinzione area lavori con recinzione prefabbricata da cantiere
__recinzione area lavori con pali di legno
__recinzione area lavori con barriera di recinzione per chiusini
__altro:

*Accesso area di cantiere*
__transenna in scatolare metallico
__transenna metallica estensibile
__altro:

*Delimitazioni area di lavoro*
__delimitazioni area di lavoro con paletti e catena
__delimitazione e confinamento aree di lavoro con elevato rumore
__delimitazioni di percorso pedonale
__delimitazioni con paletti mobili in materiale plastico e catena
__altro:

*Protezione percorsi pedonali*
__protezione di percorso pedonale contro le cadute dall'alto

*Segnaletica di sicurezza*
__Segnaletica e delimitazione di area lavoro stradale temporaneo senza restringimento della carreggiata
__Segnaletica e delimitazione area lavoro stradale temporaneo con restringimento della carreggiata
__Specchio parabolico in cristallo
__Cartello in lamiera con segnale stradale
__Cartello in alluminio con segnale stradale
__Cartello in materiale plastico con segnale di sicurezza luminescente .
__Cartello in materiale plastico con segnale di sicurezza bifacciale luminescente

**Costi per la separazione temporale attività**
__Interruzione/pause lavori appaltatore per coordinamento attività istituzionali
__Vigilanza/sorveglianza area di lavoro a carico appaltatore
__Valutazioni strumentali (ad es. rumore oltre soglia)

**Costi per la gestione delle interferenze**
__Riunioni di coordinamento
__Attività di informazione/formazione lavoratori rischi interferenziali
__Manutenzione e verifica periodica degli impianti e/o attrezzature
__Presidi antincendio
__Presidi sanitari
__DPI per i visitatori
__DPI per i dipendenti

Il referente per la Casa di Cura  Il Referente per l'Impresa

# ALLEGATO C
# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

Il/lasottoscritto/a_____
nato il _____ a _____ cod.fisc. _____ _____
residente in _____ via _____ n._____
munito di documento d'identità valido (che si allega in copia) n._____
rilasciato da _____ il _____
in qualità di Legale Rappresentante della ditta _____
con sede legale posta in via/piazza _____ n._____
del comune di _____ in provincia di _____
PARTITA I.V.A. n. _____
CODICE FISCALE _____
consapevole delle responsabilità derivanti dal rendere dichiarazioni false, ai sensi dell'art. n. 76, del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

(BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO, LE ALTRE SONO OBBLIGATORIE):

_X_ che nei confronti del concorrente e dei suoi amministratori e direttori tecnici non sussistono le cause di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento di cui all'art. 38 del D. Lgs. 163/2006;

__ che non si è avvalso dei piani individuali di emersione del lavoro sommerso ai sensi della Legge 18.10.2001, n. 383 e successive modifiche ed integrazioni

__ si è avvalso dei piani individuali di emersione del lavoro sommerso ai sensi della Legge 18.10.2001, n. 383 e successive modifiche ed integrazioni e che il periodo di emersione si è concluso;

_X_ che è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi della Legge n. 68/99;

_X_ che ha preso piena cognizione delle condizioni generali e speciali che possono avere influito sulla determinazione del prezzo e delle condizioni offerte, ivi compresi gli oneri connessi agli obblighi relativi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché alle condizioni di lavoro;

_X_ che ha preso integrale visione e conoscenza delle prescrizioni legislative e contrattuali specificate nel capitolato speciale;

_X_ che coinvolgerà, nell'attività svolta per conto dell'Azienda, solo dipendenti in regola con le assunzioni a norma delle vigenti leggi e regolarmente iscritti presso l'INAIL e l'INPS (o equivalenti casse assicurative e previdenziali);

__ che l'impresa risulta iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____ al N. _____ del Registro delle Impresa per le attività di cui all'oggetto dell'ordine;

__ che l'impresa non risulta iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura poiché tale iscrizione non è richiesta per la propria attività;

_X_ che dispone di capitali, conoscenza, esperienza e capacità tecniche, macchine, attrezzature, risorse e personale necessari e sufficienti per garantire l'esecuzione a regola d'arte delle opere commissionate
con gestione a proprio rischio e con organizzazione dei mezzi necessari;

_X_ che ha preso visione e accettato quanto riportato nei documenti allegato A e B del capitolato, in particolare per quanto riguarda i rischi specifici esistenti nell'ambiente di lavoro in cui sarà destinato ad operare e le misure di prevenzione ed emergenza adottate dall'università;

_X_ che ha assicurato il proprio personale per infortuni e responsabilità civile;

I costi relativi alla sicurezza del lavoro per l'attività da noi svolta presso di voi sono quantificabili in _____€ _____ dell'importo dall'appalto.

Luogo e Data _____ Timbro e Firma

*Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante*

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
## (Art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Si informa che i dati personali acquisiti dalla Casa di Cura saranno utilizzati esclusivamente per il compimento delle attività previste dalla legge e per il raggiungimento delle finalità istituzionali.
Il conferimento dei dati è strettamente funzionale allo svolgimento di tali attività ed il relativo trattamento verrà effettuato, anche mediante l'uso di strumenti informatici, nei modi e limiti necessari al perseguimento di dette finalità.
Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente/Responsabile della Struttura e saranno trattati da personale appositamente incaricato. È garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03.

Il referente per la Casa di Cura

Il Referente per l'Impresa

# ALLEGATO D
# VERBALE PER IL COORDINAMENTO E PIANIFICAZIONE CONCORDATA DELLE ATTIVITÀ E DI AFFIDAMENTO DEI LAVORI

Prot. .....
data .....

Impresa/Affidatario .....
Oggetto dell'affidamento .....
In data odierna .....il Sig.....in rappresentanza della Casa di Cura, ed il Sig. .....in rappresentanza dell'impresa sopra indicata/in qualità di affidatario, con riferimento al luogo di esecuzione dei lavori, si sono riuniti per un incontro di coordinamento.
La Casa di Cura, in qualità di committente dei lavori, al fine di promuovere la cooperazione ed il coordinamento per la gestione della sicurezza durante l'esecuzione dei lavori oggetto dell'affidamento, dichiara di aver fornito all'Impresa/affidatario le informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui è destinato ad operare, sulle misure di prevenzione e protezione e sulle misure di emergenza adottate in relazione alla propria attività e di aver provveduto alla condivisione dei rischi da possibili interferenze che si potrebbero determinare durante la esecuzione dei lavori.
A tal riguardo fanno parte integrante del presente verbale i documenti:
Allegati A1, A2, A3, A4
Allegati B1, B2, B3
Il Rappresentante dell'Impresa/affidatario dichiara:
- __di aver preso visione delle aree in cui devono essere eseguiti i lavori e delle relative limitazioni;
- __di essere stato edotto dell'assetto funzionale delle aree relative all'ambiente di lavoro in cui deve operare e dei relativi aspetti antinfortunistici;
- __· di essere perfettamente a conoscenza dei pericoli che possono derivare dalla manomissione delle misure di sicurezza adottate e dell'operare all'esterno delle aree di cui sopra;
- __di aver ricevuto dettagliate informazioni sulle misure di prevenzione e protezione adottate dalla Casa di Cura per il proprio personale;
- __di impegnarsi a sua volta a rendere edotti i propri dipendenti dei rischi sollevando l'Azienda dagli obblighi incombenti al riguardo;
- __di essere a conoscenza della vigente normativa riguardante la sicurezza sul lavoro, che osserverà e farà osservare al proprio personale durante l'esecuzione dei lavori, unitamente a tutte le altre cautele o misure che si rendessero necessarie per prevenire infortuni o eventi comunque dannosi.

**Tessera di riconoscimento personale**
L'impresa/affidatario, ai sensi dell'art. 20 comma 3 del DLgs. 81/2008, si impegna a dotare il proprio personale di tessera di riconoscimento, corredata da fotografia, riportante generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro ed esigere che i lavoratori la espongano durante lo svolgimento delle attività per conto della Casa di Cura.

**Impegni di coordinamento**
Nel caso in cui durante l'effettuazione dei lavori vi siano modifiche delle condizioni in cui vengono effettuate le attività (ad esempio avvio di nuovi lavori) le parti si impegnano ad attivarsi per dare e ricevere esaustive informazioni sui rischi e sulle misure di prevenzione e protezione adottate o da adottare ai fini di ridurre i rischi di interferenza tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera nonché per coordinare la gestione delle situazioni di emergenza ed aggiornare, ove necessario, gli allegati B1, B2, B3 del presente documento.

**Individuazione referenti**
Si conviene inoltre che per qualsiasi integrazione od ulteriore necessità di coordinamento o informazione utile ad eliminare o ridurre i rischi, l'Impresa/l'affidatario può contattare i seguenti nominativi:
Referente per l'Azienda:
Sig. ..... tel. .....
In caso di irreperibilità del referente:
Centro servizi generali e sicurezza tel.
Servizio di prevenzione e protezione tel.
Servizio di reperibilità/pronto intervento tel

Referente per l'impresa
Sig. ..... tel. .....

In caso di irreperibilità del referente:……. Tel. ….....…/……
L'Impresa/Affidatario si impegna a contattare il referente dell'Azienda per qualsiasi incertezza o chiarimento relativo alla scelta delle procedure più idonee a tutelare il personale e per definire il necessario coordinamento nel caso di impreviste interferenze dei lavori con le attività dell'Azienda.

**Infortuni occorsi durante il lavoro**

In caso di infortunio sul lavoro l'impresa/prestatore si impegna a dare tempestiva comunicazione del fatto al referente dell'Azienda con il quale dovrà verbalizzare l'accaduto utilizzando la modulistica interna dell'Azienda.

**Gestione emergenze**

Nel caso di riscontro di evidenze o di indizi che fanno presumere la presenza di situazioni di emergenza in atto in aree a pericolosità specifica, prima di accedere ai locali e prima di attivare qualsiasi intervento, contattare la reperibilità dell'Azienda al n.

Le eventuali azioni e/o contromisure da adottare andranno preventivamente concordate con il suddetto personale di reperibilità. Nell'impossibilità di reperire il personale di reperibilità dell'Università il personale di vigilanza si astiene dall'attuare qualsiasi intervento attivo, fatto salvo l'allertamento diretto degli Enti di soccorso (VVF, 118) in caso di manifesta criticità della situazione riscontrata.

Il referente per la Casa di Cura  Il referente per l'Impresa

Copia del presente verbale (compresi gli allegati) deve essere trasmesso per conoscenza al Servizio di Prevenzione e Protezione.

# ALLEGATO E
# CLAUSOLA DA INSERIRE A CAPITOLATO

## Salute e sicurezza sul lavoro

L'Azienda fornirà all'appaltatore dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui il personale dell'appaltatore dovrà operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione all'attività normalmente esercitata nell'ambiente di lavoro (allegati A).

L'Azienda e l'appaltatore fornitore si impegnano a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro che possano incidere sulle attività lavorative oggetto dell'appalto.

L'Azienda e l'appaltatore si impegnano a coordinare gli interventi di prevenzione e protezione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, cooperando ed informandosi reciprocamente anche al fine di eliminare i rischi dovuti alle interferenze tra i lavoratori coinvolti nell'esecuzione delle attività lavorative oggetto dell'appalto.

La promozione di tale cooperazione e coordinamento spetta all'Azienda, quale Impresa Appaltante (datore di lavoro committente). L'appaltatore dà atto di essere responsabile dei rischi specifici propri delle attività lavorative oggetto dell'appalto.

Ai fini degli adempimenti previsti dalla Dlgs 81/2008 le parti si impegnano a rispettare quanto definito nell'allegato B del presente capitolato. Prima dell'inizio delle attività l'Azienda e il Fornitore sottoscriveranno un apposito documento di coordinamento e pianificazione concordata delle operazioni in ottemperanza a quanto stabilito Dlgs 81/2008 Tale documento, che riprenderà i contenuti dell'allegato B che costituisce Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali, verrà compilato preventivamente l'inizio delle attività e verrà aggiornato e/o modificato, anche su proposta del fornitore, in caso di modifiche o variazioni di carattere tecnico, logistico, organizzativo incidenti sulle modalità realizzative dei lavori e/o di modifiche e variazioni delle modalità operative di effettuazione delle attività lavorative oggetto dell'appalto.

La Casa di Cura, in ottemperanza all'obbligo di coordinamento e verifica, effettuerà attraverso sopralluoghi di verifica svolti dai propri servizi ( Tecnico, SPP, MC, ecc.) idonei audit atti a certificare l'ottemperanza di ogni parte contraente di quanto sottoscritto in sede di riunioni di coordinamento.

Il referente per la Casa di Cura

Il referente per l'Impresa

## GESTIONE DELLE EMERGENZE

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
4. Richiamo normativo
5. Modalità operative
    - 5.1 Valutazione dei rischi
    - 5.2 Piani di emergenza
    - 5.3 Formazione del personale
    - 5.4 Primo soccorso

## 1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di definire le modalità per gestire organicamente le problematiche delle emergenze, avendo cura che:

- ✓ vengano correttamente individuate le emergenze che possono interessare il personale e gli utenti e venga effettuata la valutazione dei relativi rischi;
- ✓ vengano stesi i Piani di Emergenza;
- ✓ vengano designati i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutta la struttura, con le diverse peculiarità connesse alla dislocazione delle strutture, al tipo di ospiti e di operatori.

## 3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

I compiti e le responsabilità in merito alla presente procedura sono:
Redazione: Responsabile del Sistema
Approvazione: Datore di Lavoro
Attuazione: tutte le figure aziendali, con diversi livelli di responsabilità e compiti:
- personale di reparto/servizio
- Incaricati della lotta antincendio- Personale della squadra di emergenza
- Personale tecnico in reperibilità o di ditte appaltatrici

Il Responsabile del Sistema promuove l'attuazione della procedura unitamente alle altre figure preposte in Azienda (SPP, Servizio Tecnico, Direzione Sanitaria, ecc.), il Presidente del Consiglio di Amministrazione si adopera per favorirne l'applicazione.

## 4. RICHIAMO NORMATIVO

La gestione delle emergenze è prevista dalla normativa vigente per la finalità specifica di tutela dei Lavoratori. Tuttavia, le strutture sanitarie sono impegnate come strutture di soccorso sanitario anche nelle emergenze esterne, motivo per cui si devono dotare di PEMAF (Piani Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti), secondo le diverse normative di protezione civile.
La Casa di Cura ospita, inoltre, pazienti non autosufficienti e deve attivare nei loro confronti le misure di soccorso appropriate, in caso di emergenza. Particolarmente rilevante in quest'ultimo ambito è il rischio incendio, per il quale sono state emesse specifiche norme: oltre al DM 10.03.98, si richiamano il DM 18.09.2002 (*Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private*) e le *Linee guida per la stesura dei Piani di Emergenza nelle strutture sanitarie*, emanate dai VV.F.F.
Il Decreto Min. Salute 15 luglio 2003 n.388 detta, infine, norme regolamentari in materia di Primo soccorso.

# 5. MODALITÀ OPERATIVE

## 5.1 Valutazione dei rischi

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, nell'affidare la responsabilità della valutazione del rischio di emergenze interne al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), mette a disposizione dello stesso le risorse idonee al bisogno, ivi comprese le consulenze tecniche necessarie.
Il Servizio Tecnico (ST) collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) per fornire le informazioni utili alla stesura della valutazione e alla programmazione delle misure di adeguamento.
La responsabilità del procedimento per il conseguimento del Certificato di Prevenzione Incendi (CPI) è affidata dal Presidente del Consiglio di Amministrazione ad uno dei due Servizi ST o SPP, fornendogli le risorse/ competenze necessarie allo scopo e vincolandolo alla collaborazione con l'altro servizio coinvolto.
I documenti di valutazione del rischio di emergenze, ivi compreso l'incendio, sono formulati per l'edificio o complesso di edifici, secondo una griglia concordata tra SPP e ST.
Il RSPP conserva il Documento e gli aggiornamenti.
ST e SPP stabiliscono concordemente le modalità e le responsabilità per la tenuta del Registro dei controlli antincendio.

## 5.2 Piani di emergenza

Il Piano risponde a caratteristiche di sinteticità e chiarezza, per essere utilizzabile ai fini della comunicazione e formazione.
L'organizzazione formulata per il Piano di Emergenza interno è coerente con quella prevista per il PEMAF (Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti), in particolare per quanto riguarda l'Unità di Crisi della fase operativa e le modalità di attivazione della stessa.

*La Casa di Cura dovrà predisporre solamente il Piano di Ospedale; le ASL dovranno articolare:*

- *Aspetti generali*
- *Piani di Edificio (ad es. "sede distrettuale di…" "stabilimento ospedaliero di...").*
- *Rapporti con il PEMAF*

*L'indice potrebbe essere rappresentato da:*

***Aspetti generali:***

- ✓ *obiettivi, linee di organizzazione comuni ai piani;*
- ✓ *rapporti con il PEMAF;*
- ✓ *formazione (piani di formazione).*

***Piani di Edificio:***

- ✓ *obiettivi, caratteristiche dell'edificio, destinazione*
- ✓ *Centro di gestione delle Emergenze*
- ✓ *composizione della squadra di Emergenza*
- ✓ *modalità di attivazione (allarmi vocali, automatici,.. )*
- ✓ *numero telefonico dell'emergenza*
- ✓ *eventuale lay out per schematizzare gli interventi a cascata dei diversi soggetti*
- ✓ *compiti e responsabilità della squadra di emergenza*
- ✓ *procedure della Squadra e del personale di reparto*
- ✓ *sezioni speciali, ad es. per le aree con sostanze radiogene*
- ✓ *comunicazioni / informazioni sul Piano (verso operatori, ospiti e Squadra)*

*Il Centro di gestione delle Emergenze è il punto di convergenza delle segnalazioni di allarme, distinte in chiamate vocali (telefono dell'emergenza) e segnalazioni automatiche, se esistenti, e inteso altresì come struttura in grado di rispondere al segnale 24 h/24.*

*Premesso che il D.M. 18.09.2002 pone obblighi diversi per ospedali con meno o più di 100 posti letto, la definizione della struttura addetta a ricevere il segnale di allarme deve ovviamente derivare dalla concreta organizzazione dell'Ospedale, tenendo conto delle situazioni a dotazione organica più bassa, quali i giorni notturni e festivi, per poter garantire che il punto di ricevimento delle chiamate di emergenza sia sempre presidiato.*
*Sono previsti 3 livelli di responsabilità/compiti:*

*1. Unità di Crisi*
*2. Incaricati della lotta antincendio - Personale della Squadra di Emergenza*
*3. Personale di reparto/servizio*
*L'Unità di Crisi aziendale governa tutte le emergenze qualunque ne sia l'origine (interna o esterna).*
*Nell'organizzare la Squadra di Emergenza (o gli "addetti antincendio" nelle strutture più semplici) si tiene conto delle condizioni meno favorevoli, tarandone la numerosità sul nucleo minimo di personale in servizio, ad es. sui contingenti della notte, nonché di altri elementi come le condizioni logistiche (aggregazione di reparti in corpi di edifici, padiglioni, ecc.).*

## 5.3. Formazione del personale

Nel programmare la formazione per gli addetti antincendio nella struttura cui accedono gli utenti, l'Azienda si impegna a considerare i corsi di cui al D.M. 10.03.98 come requisito minimo e ad organizzare ulteriori interventi di addestramento per:

- apprendere e rinnovare periodicamente le abilità nell'uso dei mezzi di spegnimento, mediante esercitazioni;
- acquisire o aggiornare le conoscenze sull'organizzazione del Piano di emergenza;
- attuare esercitazioni sul Piano stesso e prove di evacuazione.

L'azienda si impegna in un programma di addestramento all'uso dei mezzi di spegnimento del principio di incendio e alla conoscenza del piano di emergenza (per le parti utili), non solo rivolto al personale incaricato, ma per tutto il personale, comprendendo anche un intervento sistematico per i nuovi assunti.

## 5.4. Primo Soccorso

L'Azienda classifica formalmente l'edificio sanitario ai sensi del Decreto Min. Salute 15 luglio 2003 n. 388 (nel gruppo B: le aziende sanitarie hanno un indice di frequenza d'infortunio come gruppo tariffario INAIL di 1,28, per sanità e servizi sociali, 1,11 per attività di istruzione e ricerca, 0,72 per uffici ed altre attività).
In conseguenza della classificazione, dà attuazione agli obblighi di Datore di Lavoro, Dirigenti e Preposti mediante un regolamento interno.
In esso si formalizzano le strutture/ i soggetti deputati al soccorso, per tutti gli edifici. Negli edifici che non possono fare riferimento al Primo Soccorso inteso come struttura organizzata, i Dirigenti di struttura o di Dipartimento o di Unità Operativa *(definire con esattezza)* designano gli addetti agli interventi di primo soccorso, indicando più persone, al fine di far fronte ai turni e ad eventuali assenze.
Il nominativo dei designati viene esposto nella bacheca della Casa di Cura.
*L'ufficio che si occupa della formazione* riceve l'elenco dei designati e predispone gli aggiornamenti periodici, secondo il programma della formazione dovuta; in particolare:
- per medici o infermieri, è prevista formazione periodica, in particolare per BLS, sui rischi di infortunio biologico e sulle procedure per gli incidenti a rischio biologico, nonché moduli specifici sulla organizzazione dell'emergenza;
- per altro personale, è prevista formazione di base secondo allegato 4 al D.M. (corso di formazione di 12 ore), seguito da periodici aggiornamenti, compreso BLS, e moduli specifici sulla organizzazione dell'emergenza.
- I corsi devono prevedere un'istruzione teorica ed una pratica e devono essere tenuti esclusivamente da personale medico con la collaborazione di altro personale specializzato, la struttura formativa deve possedere l'attrezzatura necessaria per lo svolgimento della parte pratica (manichino..)
- La formazione deve essere ripetuta ogni 3 anni.

## LA DELEGA

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione (Datore di Lavoro) può legittimamente delegare ad altri soggetti l'adempimento di tutti gli obblighi, ad esclusione di quelli connessi a:
- valutazione dei rischi ed elaborazione del relativo documento;
- nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

E' tuttavia necessario che ricorrano le condizioni affinché la delega sia efficace e non possa essere contestata come atto fittizio di trasferimento meramente formale di sola responsabilità.
Presupposto della delega è il fatto che il Presidente del Consiglio di Amministrazione sia impossibilitato, per la complessità e l'ampiezza dell'azienda, per la pluralità di sedi e stabilimenti, o per altre ragionevoli evenienze, ad esercitare di persona i poteri - doveri connessi alla condizione di naturale destinatario della normativa antinfortunistica.
Per la validità della delega occorre che:
- la delega stessa sia espressa, univoca e specifica;
- la delega deve essere anteriore al fatto per la quale è invocata;
- la persona delegata sia idonea al compito per competenza tecnica ed esperienza;
- siano trasmessi al delegato non solo l'obbligo del rispetto delle norme di sicurezza, ma anche i mezzi tecnici, finanziari ed organizzativi necessari;
- il delegato abbia manifestato il proprio consenso, anche tacito, alla delega stessa;
- il delegante vigili sull'operato del delegato, effettuando un controllo periodico, ma non interferisca. In caso contrario cessano gli effetti della delega.

In caso della violazione delle norme sulla sicurezza del lavoro, non è esonerato da responsabilità penale il Presidente del Consiglio di Amministrazione che non abbia attribuito a una terza persona la necessaria autonomia decisionale in materia, ma le abbia imposto di riferirgli ogni cosa, poiché in tal caso manca una delega piena, e, quindi, una delega in senso sostanziale.
In caso di infortunio sul lavoro, è penalmente responsabile il soggetto che abbia volontariamente e liberamente accettato la delega dei compiti antinfortunistici, pur quando sia stato breve il tempo intercorso tra l'assunzione della delega e l'infortunio.
In forza della delega, infatti, il delegato acquista tutti i diritti e i doveri del delegante, e, quindi, può fermare il lavoro e farlo riprendere solo dopo essersi accertato della sicurezza degli ambienti e delle attrezzature di lavoro.
E' importante precisare, inoltre, che:
- la delega, per essere sufficientemente provata, deve essere disposta per iscritto (In caso di violazioni antinfortunistiche rilevate nell'ambito di un'azienda di notevoli dimensioni con attività distribuita sul territorio, è esonerato da responsabilità penale l'amministratore delegato che risulti aver provveduto alla nomina di un direttore per ogni unità produttiva conferendogli anche la sorveglianza in materia di rispetto della normativa antinfortunistica e non si sia ingerito in questo ultimo aspetto dell'organizzazione aziendale, senza che occorrano prove formali della delega);
- qualora la delega sia parziale, il datore di lavoro rimane responsabile per gli adempimenti in essa non contemplati;
- la delega è legittima alle seguenti condizioni:

o sotto l'aspetto oggettivo, le dimensioni dell'azienda, che devono essere tali da giustificare la necessità di decentrare compiti e responsabilità, l'effettivo trasferimento dei poteri in capo al

delegato, con l'attribuzione di una completa autonomia decisionale e di gestione e con piena disponibilità economica, l'esistenza di precise ed ineludibili norme interne o disposizioni statutarie, che disciplinino il conferimento della delega ed adeguata "pubblicità" della medesima, uno specifico e puntuale contenuto della delega;
o sotto l'aspetto soggettivo, la capacità e l'idoneità tecnica del soggetto delegato, il divieto di ingerenza da parte del delegante nell'espletamento dell'attività del delegato, l'insussistenza di una richiesta d'intervento da parte del delegato, la mancata conoscenza della negligenza o della sopravvenuta inidoneità del delegato;

- il dirigente non può ritenersi assolto dagli obblighi se non previo conferimento di una delega espressa, con l'indicazione dei doveri relativi e con il conferimento dei poteri e mezzi necessari per adempierli. In ogni caso conserva l'obbligo di svolgere un'attività di coordinamento organizzativo, di direzione e controllo dell'attività del delegato;
- la subdelega da parte da parte di un dirigente a un preposto è ammissibile. Tuttavia, quando essa abbia ad oggetto adempimenti antinfortunistici la cui attuazione richiede capacità di spesa, il preposto è responsabile in via concorrente o esclusiva solo quando dispone di tale capacità.

Di seguito è riportata una traccia per la redazione della delega in materia di sicurezza.

Il sottoscritto Dott. Santo Monteduro in qualità di Presidente del Consiglio di Amministrazione pro-tempore della Casa di Cura "Villa Verde" con sede in Lecce alla via Monteroni, 222, c.f. e p.i. : 01983380757

PREMESSO CHE

- la complessità dell'attività svolta, delle attrezzature utilizzate e delle procedure di lavoro richiedono competenza ed adeguata capacità professionale per lo svolgimento delle attività di prevenzione;
- gli amministratori dell'Azienda non possiedono le competenze necessarie per l'assolvimento di tutti gli adempimenti legislativi;
- gli amministratori dell'Azienda hanno verificato la specifica competenza tecnica, le capacità personali e professionali del Sig……., che ha presentato adeguato curriculum vitae, e hanno quindi valutato che lo stesso è dotato delle necessarie cognizioni tecniche e giuridiche idonee all'assolvimento di tale incarico.

DELEGA

con il presente atto il Sig…….nato a ……. il…… e residente in …… via…….n°…….., a curare ed effettu are in piena autonomia gli adempimenti sotto elencati previsti dalle vigenti norme di legge, regolamentari e contrattuali in materia di sicurezza ed igiene sul lavoro, nell'ambito, dell'attività svolta dall'Azienda medesima, a far data dal…….: ……..
Da tale data il sottoscritto…… non interferirà nelle attività proprie del delegato.
Il delegato si impegna a svolgere l'incarico conferitogli secondo le norme di buona tecnica ed usando la diligenza professionale.
Per l'adempimento di tutti gli obblighi previsti dalla vigente normativa al Sig…… sono conferiti ampi poteri di iniziativa ed organizzazione e piena autonomia decisionale e di spesa.
Viene fissato un tetto annuale di spesa di €…….., oltre il quale sarà necessaria la deliberazione dell'organo di amministrazione dell'Azienda.

Degli acquisti necessari per ottemperare agli obblighi di legge dovrà dare comunicazione al delegante con preavviso di ……. giorni.
In materia di sicurezza, al Sig……. sono conferiti poteri di superiore gerarchico rispetto a qualsiasi altro dipendente.
Il delegante si riserva la facoltà di revocare al delegato la presente delega in qualsiasi momento, con effetto immediato e senza obbligo di preavviso, corrispondendogli un'indennità sostitutiva del preavviso pari a €…….
Il delegato può rassegnare le dimissioni con effetto immediato e senza obbligo di preavviso.
Al delegato viene corrisposto, come corrispettivo dell'incarico conferito, un compenso lordo pari a €……..
Con il conferimento della delega il sottoscritto……. è esonerato da ogni responsabilità per gli adempimenti prevenzionali dei quali risponde esclusivamente il delegato.
Il delegato deve costantemente informare il delegante su tutta l'attività svolta, al fine di consentire un adeguato controllo del suo operato.
Data…… Firma del delegante – Il Presidente del C.d.A.
Per accettazione
Data…… Firma del delegato……

| ARGOMENTO | TIPOLOGIA INTERVENTO | DURATA (in ore) | DESTINATARI (mansioni) | PERIODO PREVISTO DI REALIZZAZIONE | DOCENTE/I | REALIZZATO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | __ formazione<br>__ informazione | | | | | __ SI' __ NO<br>Data: _____ |
| | __ formazione<br>__ informazione | | | | | __ SI' __ NO<br>Data: _____ |
| | __ formazione<br>__ informazione | | | | | __ SI' __ NO<br>Data: _____ |
| | __ formazione<br>__ informazione | | | | | __ SI' __ NO<br>Data: _____ |
| | __ formazione<br>__ informazione | | | | | __ SI' __ NO<br>Data: _____ |

Data approvazione:_____

Firma datore di lavoro:_____
Firma RSPP: _____
Firma RLS:_____
Firma Medico Competente:_____

*PROCEDURE GESTIONALI (PG)*

| Codice | Titolo | Data | Rev. | Responsabile conservazione | Luogo di archiviazione | Accesso | Modalità di distribuzione | Tempo di conserv. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

*PROCEDURE TECNICHE (PT)*

| Codice | Titolo | Data | Rev. | Responsabile conservazione | Luogo di archiviazione | Accesso | Modalità di distribuzione | Tempo di conserv. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Ultimo aggiornamento: _____

*ISTRUZIONI OPERATIVE (IO)*

| Codice | Titolo | Data | Rev. | Responsabile conservazione | Luogo di archiviazione | Accesso | Modalità di distribuzione | Tempo di conserv. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

*DOCUMENTI DI SICUREZZA (DS)*

| Codice | Titolo | Data | Rev. | Responsabile conservazione | Luogo di archiviazione | Accesso | Modalità di distribuzione | Tempo di conserv. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Ultimo aggiornamento: _____

*DOCUMENTI ESTERNI (Regolamenti e Circolari, linee guida, norme e leggi)*

| Codice | Titolo | Data | Rev. | Responsabile conservazione | Luogo di archiviazione | Accesso | Modalità di distribuzione | Tempo di conserv. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

*DOCUMENTI SUPERATI*

| Codice | Titolo | Data | Rev. | Responsabile conservazione | Luogo di archiviazione | Accesso | Modalità di distribuzione | Tempo di conserv. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Ultimo aggiornamento: _____

*REGISTRAZIONI*

| Codice | Titolo | Criteri di archiviazione | Responsabile conservazione | Luogo di archiviazione | Accesso | Tempo di conserv. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Legenda:
Codice = inserire, laddove previsto, il codice identificativo del documento
Titolo = inserire il titolo del documento
Criteri di archiviazione/ Data e Rev. = riportare le modalità di archiviazione della registrazione (per data, cliente, protocollo, etc) o il n° e la data di revisione, a seconda del caso
Responsabile conservazione = la funzione responsabile della raccolta/archiviazione/conservazione dell'originale e/o del documento superato e/o della registrazione
Luogo archiviazione = definire dove sono archiviati e catalogati i documenti (anche mediante archiviazione elettronica)
Accesso = riportare le funzioni che possono accedere ai moduli/dati/registrazioni
Modalità di distribuzione = come è stato distribuito il documento (in forma controllata/non controllata,in rete, mediante modulo di distribuzione, etc)
Tempo di conservazione = durata della conservazione del documento modificato/della registrazione.

| UNITA' OPERATIVA SOGGETTA A VERIFICA | FUNZIONE SOGGETTA A VERIFICA | ARGOMENTI DELL'SGS OGGETTO DI VERIFICA | DATA PREVISTA | TEMPO PREVISTO | VERIFICATORE |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|---|
| PROGRAMMA N°: _____ | DATA DI DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA: _____ |
| COMPILATO DA: _____ | APPROVAZIONE DEL PRESIDENTE DEL CDA: _____ |

## SGSL-PG 01 Struttura ed organizzazione del sistema

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da raccogliere** |
|---|---|---|
| E' stata individuata una figura aziendale quale Responsabile del Sistema di gestione per la Sicurezza (SGS)? | ____SI' ____NO | Nomina formale |
| E' stata esplicitata la Politica per la Sicurezza? | ____SI' ____NO | Documento firmato |
| Il Datore di lavoro ha messo a disposizione le risorse (umane, economiche, organizzative) necessarie per l'attuazione, il controllo ed il miglioramento del SGS stesso? | ____SI' ____NO | |
| La Casa di Cura ha identificato con chiarezza quali sono i Dirigenti e i Preposti, secondo il D. Lgs. 81/08? | ____SI' ____NO | Documento formale |
| I dirigenti designati sono stati informati rispetto ai propri compiti e responsabilità per la Sicurezza? | ____SI' ____NO | Evidenze della comunicazione (scritta o verbale) |
| I preposti designati sono stati informati rispetto ai propri compiti e responsabilità per la Sicurezza? | ____SI' ____NO | Evidenze della comunicazione (scritta o verbale) |
| La Casa di Cura ha identificato i responsabili dei Servizi che hanno ruolo/responsabilità nella gestione dei processi critici dell'Azienda? | ____SI' ____NO | Documento formale |

## SGSL-PG 02 Flussi comunicativi, formativi e relazionali

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, attraverso il RSPP, ha previsto di comunicare almeno ogni tre anni o ad ogni nuovo ingresso di Dirigenti/Preposti i loro compiti e responsabilità rispetto al SGS? | ____SI' ____NO | Politica della sicurezza; comunicazioni formali |
| E' prevista come documentazione la comunicazione di cui al punto precedente? | ____SI' ____NO | Comunicazioni formali e registrazioni |
| Le relazioni di sopralluogo, gli aggiornamenti della valutazione dei rischi e il piano di attuazione degli interventi sono oggetto di comunicazione tra MC/RSPP e Presidente del Consiglio di Amministrazione almeno una volta all'anno, in occasione della riunione prevista dall'art. 35 del D.Lgs. 81/08? | ____SI' ____NO | Verbale riunione periodica ed eventuali altri verbali |

| | | |
|---|---|---|
| Tali informazioni (punto precedente) sono fornite periodicamente anche ai Responsabili delle Strutture Aziendali (Ospedali, Distretti, Dipartimenti di Prevenzione) e dei Dipartimenti Tecnico-Logistici e Amministrativi? | ____SI' ____NO | Comunicazioni |
| La Casa di Cura si è dotata di unProgramma annuale per la Formazione (PianoFormativo) comprendente argomenti di salute esicurezza sul lavoro? | ____SI' ____NO | Piano Formativo |
| Il Programma di Formazione viene portato all'attenzione di tutti i partecipanti alla Riunione prevista dall'art. 35 del D.Lgs. 81/08? | ____SI' ____NO | Verbale riunione Periodica |
| La Casa di Cura ha adottato un "Registro Presenze" per la registrazione della attività formative realizzate? | ____SI' ____NO | Procedura; registro |
| La Casa di Cura mantiene aggiornata una cartella personale per ogni dipendente, con la registrazione delle attività formative ed informative effettuate e l'archiviazione dei relativi attestati di frequenza? | ____SI' ____NO | Verifica a campione |
| Gli interventi formativi sono effettuati al momento dell'assunzione? | ____SI' ____NO | Verifica a campione |
| Gli interventi formativi sono effettuati al cambio mansione verso mansioni a rischio? | ____SI' ____NO | Verifica a campione |
| Gli interventi formativi sono effettuati in occasione dei cambiamenti organizzativi (sostanze e preparati pericolosi, attrezzature, tecnologie, macchinari) e comunque periodicamente? | ____SI' ____NO | Verifica addestramento |
| La formazione dei lavoratori è progettata ed erogata con particolare attenzione agli obiettivi del miglioramento continuo della Sicurezza in Azienda? | ____SI' ____NO | Confronto tra obiettivi aziendali di miglioramento e Piano Formativo |
| E' data evidenza del coinvolgimento degli RLS nelle attività relative alla sicurezza (formazione, sopralluoghi a richiesta, ...)? | ____SI' ____NO | Verbali di sopralluogo, di formazione, ... |

**SGSL-PG 03 Gestione della documentazione**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| E' stato stabilito chi si occupa della gestione della documentazione di salute e sicurezza? | ____SI' ____NO | Organigramma della sicurezza, nomina formale |
| L'elenco esaustivo della documentazione viene costantemente tenuto aggiornato dal Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza? | ____SI' ____NO | Data ultimo Aggiornamento |

| | | |
|---|---|---|
| Ogni documento in carico al Sistema di Gestione per la Sicurezza può essere identificato in modo univoco? | ____SI' ____NO | Codifica documenti |
| Le verifiche e le approvazioni dei documenti sono effettuate da personale autorizzato? | ____SI' ____NO | Esempi |
| La lista di distribuzione di ciascun documento è riportata nell'elenco dei documenti? | ____SI' ____NO | Elenco documenti |
| Le modalità di catalogazione definiscono i criteri secondo i quali i documenti vengono archiviati? | ____SI' ____NO | Elenco documenti |
| Il tempo di conservazione dei documentisuperati è indicato nell'elenco dei documenti? | ____SI' ____NO | Elenco documenti |
| I documenti superati sono identificati mediante timbro o scritta "COPIA SUPERATA" per evitare un uso indesiderato degli stessi? | ____SI' ____NO | Esempi |
| Il Documento di valutazione dei rischi specifica data di stesura e di aggiornamento? | ____SI' ____NO | Data ultimo Aggiornamento |
| L'RSPP conserva i documenti di valutazione dei rischi superati e si fa carico di distribuire gli aggiornamenti ai soggetti interessati? | ____SI' ____NO | DVR superati; note di consegna |
| La normativa sulla salute e sicurezza è aggiornata con una modalità specifica? | ____SI' ____NO | Evidenza della modalità, procedure,..... |
| Sono conservate dall'RSPP e dalle Unità operative le Relazioni di sopralluogo? | ____SI' ____NO | Esempi |
| Sono conservate relazioni sanitarie (collettive) del Medico Competente? | ____SI' ____NO | Relazioni |
| Sono conservate statistiche infortunistiche? | ____SI' ____NO | Relazioni |
| I Protocolli di Sorveglianza Sanitaria specificano data di stesura e di aggiornamento? | ____SI' ____NO | Data ultimo Aggiornamento |
| Sono conservati i verbali delle riunioni periodiche di prevenzione e protezione dai rischi (art. 35 del D. Lgs. 81/08)? | ____SI' ____NO | Verbali |
| I Piani di emergenza delle diverse strutture/edifici riportano la data dell'ultima revisione? | ____SI' ____NO | Data ultimo Aggiornamento |
| Sono conservati manuali, istruzioni per l'uso di macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale (DPI) e collettivi (DPC) forniti dai costruttori? | ____SI' ____NO | Esempi |

**SGSL-PG 04 Controlli e verifiche del sistema**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| La verifica ispettiva interna è svolta da personale competente che assicuri obiettività ed imparzialità, indipendentemente dall'oggetto della verifica? | ___SI' ___NO | |
| Le misure preventive e correttive attuate relativa ai monitoraggi di primo livello vengono registrate sul piano di attuazione degli interventi (DS 9)? | ___SI' ___NO | Registrazione Misure |
| Il controllo da parte di Dirigenti e Preposti risulta a tutti gli effetti, parte del monitoraggio del Sistema di Gestione? | ___SI' ___NO | |
| E' stato sviluppato il Piano di Monitoraggio (DS 04)? | ___SI' ___NO | Piano di Monitoraggio (DS 04) |
| Il programma di audit è stato comunicato a tutti i soggetti interessati? | ___SI' ___NO | Comunicazioni |
| Il responsabile dell'Unità Operativa e/o i Preposti soggetti a verifica sono stati informati "in tempo reale" sull'andamento dell'audit? | ___SI' ___NO | |
| Al termine delle verifiche i risultati sono stati riportati nel "Rapporto di audit" (DS 06)? | ___SI' ___NO | "Rapporto di audit" (DS 06) |
| L'auditor ha trasmesso le registrazioni del rapporto di audit in originale al Responsabile del Sistema di Gestione della Sicurezza? | ___SI' ___NO | Comunicazione |
| E' stato eseguito un controllo sull'attuazione delle azioni correttive/preventive scaturite dagli audit? | ___SI' ___NO | Verifica |
| I preposti hanno un ruolo di accertatori "sul campo" dell'attuazione, dell'efficacia e del mantenimento nel tempo delle azioni correttive/preventive definite, nelle attività svolte quotidianamente dagli stessi? | ___SI' ___NO | Verifica sul campo |

## SGSL-PG 05 Riesame e miglioramento del sistema

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| Almeno una volta all'anno il Presidente del Consiglio di Amministrazione ha preventivato la valutazione dei risultati e il riesame del sistema? | ___SI' ___NO | Verbale di Riesame |
| In tale occasione viene effettuato un controllo per verificare se il Sistema risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi prefissati dalla Politica Aziendale? | ___SI' ___NO | Verbale di Riesame |

| | | |
|---|---|---|
| Al termine del Riesame del Sistema vengono stabiliti i nuovi obiettivi e piani da inserire nel Documento di Valutazione dei Rischi? | ____SI' ____NO | Verbale di Riesame |

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

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| I diversi Uffici preposti all'assegnazione del personale a reparti e servizi comunicano assegnazioni e trasferimenti interni al Servizio di Prevenzione e Protezione e al Medico Competente? | ____SI' ____NO | Modalità di comunicazione (modulo/procedura) |
| Il Dirigente di Unità operativa si accerta che ilpersonale sia in possesso del giudizio d' idoneità? | ____SI' ____NO | Verifica a campione inU.O. della presenza deicertificati d'idoneità |
| Vengono seguite le procedure per assunzione, mobilità e cessazione indicate? | ____SI' ____NO | |
| Vengono seguite le linee guida regionali del Coordinamento dei Medici Competenti nella stesura dei protocolli di sorveglianza sanitaria, nell'assegnazione d'idoneità e nell'organizzazione dell'attività? | ____SI' ____NO | Protocolli sanitari, Procedure |

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

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| Quando si verifica un infortunio il primo certificato di infortunio arriva entro 24 ore all'Ufficio Personale per il proseguimento dell'iter amministrativo? | ____SI' ____NO | |
| Il SPP riceve copia del primo certificato di infortunio, compresi quelli a giorni zero, entro i tempi concordati? | ____SI' ____NO | |
| Il Modulo "Rilevazione Infortuni" (DS 08) viene regolarmente compilato dal Servizio di Prevenzione e Protezione, in collaborazione con il responsabile dell'infortunato e, se del caso, con il Medico Competente? | ____SI' ____NO | Alcuni esempi |

| | | |
|---|---|---|
| In caso di incidente, non conformità o comportamento pericoloso (secondo la scaletta di priorità che l'Azienda si è data, e comunque sempre per gli incidenti di cui al paragrafo 5.1.b della SGSL-PG 07) che comportino rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori o degli utenti o dei visitatori presenti, l'evento viene documentato su idoneo strumento a cura del caposala/capo reparto/preposto utilizzando "Segnalazione non conformità, incidente, comportamento pericoloso"? | ___SI' ___NO | Alcuni esempi |
| I moduli "Segnalazione non conformità, incidente, comportamento pericoloso", ricevuti dall'RSPP, vengono analizzati dall'RSPP e dal Responsabile del Sistema? | ___SI' ___NO | Verificare firme di RSPP e RSGS sul Modulo |
| Vengono definite le azioni da attuare per evitare il ripetersi dell'infortunio /incidente/comportamento pericoloso/non conformità? | ___SI' ___NO | Compilazione completa modulo |
| Nell'intervallo di tempo che intercorre tra il momento di rilevazione dell'evento e l'attuazione dell'azione correttiva/preventiva si mettono in atto interventi d'urgenza necessari per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori? | ___SI' ___NO | Alcuni esempi |
| Il Responsabile del Sistema chiude il procedimento aperto in seguito al verificarsi di un infortunio e le segnalazioni di non conformità, incidente, comportamento pericoloso solo dopo aver verificato l'attuazione e l'efficacia delle azioni correttive definite? | ___SI' ___NO | Verificare firma del responsabile del Procedimento |
| Copia del modulo di segnalazione "Rilevazione infortuni" e "Segnalazione non conformità, incidente, comportamento pericoloso") viene inviata al Responsabile dell'Unità Operativa? | ___SI' ___NO | Verificare esempi di Trasmissione |
| I laboratori di microbiologia e virologia hanno proprie procedure specifiche per gli incidenti o infortuni che possono accadere per uso deliberato con agenti biologici? | ___SI' ___NO | Procedure |

| | | |
|---|---|---|
| Alla riunione periodica (art. 35 D. Lgs. 81/08) viene presentata le relazione annuale sugli infortuni e sugli incidenti accaduti in Azienda? | ___SI' ___NO | Relazione annuale incidenti e infortuni |

**SGSL-PT 01 Valutazione dei rischi**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| Il DVR contiene una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute durante il lavoro, nella quale sono specificati i criteri adottati per la valutazione stessa? | ___SI' ___NO | DVR |
| Il DVR contiene l'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione e dei DPI, conseguente alla valutazione di cui al punto precedente? | ___SI' ___NO | DVR |
| Il Presidente del Consiglio di Amministrazione, sulla scorta delle priorità emerse nel Documento di Valutazione dei Rischi, ha steso i Piani di intervento per la Sicurezza attraverso un'elaborazione delle priorità aziendali ed indicando le figure responsabili e le tempistiche di intervento ? | ___SI' ___NO | Piani d'intervento |
| Il DVR è composto in *sezioni* indipendenti, fruibili per Unità Operativa? | ___SI' ___NO | Esempi |
| Il Documento di Valutazione dei Rischi e i Piani d'Intervento sono oggetto dell'informazione aziendale? | ___SI' ___NO | Comunicazioni |
| Il DVR contiene il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza? | ___SI' ___NO | Piano di Miglioramento |

**SGSL-PT 02 Gestione DPI**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| I dispositivi di protezione sono scelti ed adottati a seguito ed in conformità con la valutazione dei rischi e in base al programma delle misure di Prevenzione e Protezione? | ___SI' ___NO | Confronto tra prontuario dei DPI e DVR |
| Il SPP predispone, aggiorna e diffonde un catalogo/prontuario dei DPI? | ___SI' ___NO | Evidenza |
| Il SPP, il Servizio Approvvigionamenti, la Farmacia e la Direzione Medica Ospedaliera definiscono, ciascuno per la propria competenza ma in collaborazione, i requisiti di alcuni DPI (guanti ad uso medico, mascherine chirurgiche ed altri) per i quali risulta necessaria una valutazione sotto diversi profili? | ___SI' ___NO | Verbali d'incontro, Capitolati d'appalto, ... |
| Al momento della consegna dei DPI (non monouso) il lavoratore firma il modulo DS 11 "Scheda di consegna dei DPI", controfirmato dall'addetto alla consegna? | ___SI' ___NO | Moduli |
| Il mancato o scorretto utilizzo dei DPI viene segnalato? | ___SI' ___NO | Eventuali DS 09 compilati |
| Sono stabilite le regole per il mantenimento nel tempo delle caratteristiche specifiche dei DPI, attraverso la pulizia, la manutenzione o la sostituzione (ove necessari)? | ___SI' ___NO | Evidenze |

**SGSL-PT 03 Registrazione degli agenti chimici**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| Ogni Unità Operativa ha un documento scritto "Registro degli agenti pericolosi", indicante lesostanze e i prodotti chimici pericolosi in uso, con lerelative schede di sicurezza, conservato in un "Dossier Prevenzione", da tenere aggiornato nel tempo? | ___SI' ___NO | "Registro degli Agenti pericolosi";Dossier prevenzione |
| Il Servizio di Prevenzione e Protezione è costantemente aggiornato in merito, per procedere alla valutazione dei rischi e individuare le misure di Prevenzione? | ___SI' ___NO | Comunicazioni, verifiche sul campo |

| | | |
|---|---|---|
| In relazione a prodotti pericolosi e cancerogeni il Servizio di Sorveglianza Sanitaria è in grado di attivare l'intervento preventivo idoneo (registrazione di nuovi esposti e adeguamento del protocollo di sorveglianza sanitaria ordinaria e straordinaria)? | ____SI' ____NO | Aggiornamento dei Protocolli di Sorveglianza sanitaria in relazione a comunicazioni |
| Vengono seguite le procedure indicate? | ____SI' ____NO | Evidenze |

**SGSL-PT 04 Gestione manutenzione**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| La Casa di Cura definisce, in relazione alle diverse tipologie di attrezzature, la Struttura responsabile della gestione, che viene incaricata di stabilire le regole della manutenzione, le scadenze, gli esecutori, formulando i Protocolli e il Piano di Manutenzione Preventiva? | ____SI' ____NO | Per tipologia di attrezzatura, incarico formale di gestione |
| Per la manutenzione effettuata da personale interno, tutte le operazioni sono inquadrate in un Piano predisposto dal Responsabile designato e sono definiti i relativi protocolli? | ____SI' ____NO | Piani di manutenzione |
| Per la manutenzione effettuata da personale interno, sono definite le procedure di sicurezza, identificate dal Servizio di Prevenzione e Protezione sulla base del tipo di lavoro che deve essere svolto? | ____SI' ____NO | Procedure di sicurezza per la manutenzione, formazione |
| Prima di iniziare un lavoro di manutenzione in unaUnità Operativa la squadra addetta, sia essa interna o esterna all'Azienda, informa il Dirigente o il Preposto dell'Unità Operativa interessata? | ____SI' ____NO | Evidenze |
| Prima di iniziare un lavoro di manutenzione in una Unità Operativa la squadra addetta, sia essa interna o esterna all'Azienda delimita la zona di lavoro in modo da renderla non accessibile alle persone non addette ai lavori? | ____SI' ____NO | |

| | | |
|---|---|---|
| Prima di iniziare un lavoro di manutenzione in una Unità Operativa la squadra addetta, sia essa interna o esterna all'Azienda, viene informata dal Responsabile di U.O., o da un suo delegato, di rischi propri cui può trovarsi esposta nel caso specifico? | ____SI' ____NO | Comunicazioni |

**SGSL-PT 05 Gestione appalti**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| Nella scelta dell'impresa o lavoratore autonomo a cui affidare il lavoro in appalto, la Casa di Cura tiene conto anche dei requisiti di sicurezza garantiti dalla ditta appaltatrice? | ____SI' ____NO | Capitolato d'appalto |
| Il Servizio che gestisce l'affidamento di lavori mediante asta pubblica, licitazione privata, appalto–concorso o trattativa privata, consultato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, predispone il DUVRI e individua i costi per la sicurezza? | ____SI' ____NO | DUVRI, con Allegati |
| Il Servizio che gestisce l'affidamento di lavori come sopra indicato effettua periodico aggiornamento del DUVRI, registrando l'audit nella modulistica prevista dalla Procedura? | ____SI' ____NO | Audit registrati in allegati |
| Il Servizio che gestisce l'affidamento di lavori ineconomia predispone e sottoscrive con l'appaltatore il "Verbale per il coordinamento e pianificazione concordata delle operazioni" in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 26 del D. Lgs 81/2008 compilando il modello "allegato D" completo degli allegati? | ____SI' ____NO | Verbale sottoscritto ecompleto di Allegati |
| Viene richiesto alle ditte appaltatrici l'elenco nominativo del personale che entra ad operare? | ____SI' ____NO | Elenchi |
| Si esige che questo elenco nominativo sia tenuto aggiornato e verificabile, tramite il cartellino di riconoscimento, di cui il personale deve essere dotato? | ____SI' ____NO | Verifica sul campo, data di aggiornamento dell'elenco nominativo |

| | | |
|---|---|---|
| Il Servizio che gestisce i rapporti operativi con l'appaltatore vigila perché sia attuato un corretto collegamento tra l'Azienda appaltatrice e le Unità Operative ove il lavoro viene svolto? | ____SI' ____NO | Comunicazioni |
| Il Servizio che gestisce i rapporti operativi con l'appaltatore impegna l'appaltatore a corretti comportamenti per quanto riguarda la gestione dei rifiuti? | ____SI' ____NO | Comunicazioni, Procedure, ... |

**SGS-PT 06 Gestione della emergenze**

| **Domande** | **Risposte** | **Osservazioni da Raccogliere** |
|---|---|---|
| E' presente un Piano delle Emergenze aziendale per ogni edificio o complesso di edifici? | ____SI' ____NO | Piano delle Emergenze |
| Il Servizio Tecnico e il SPP hanno stabilito le modalità e le responsabilità per la tenuta del registro dei controlli antincendio? | ____SI' ____NO | Registro della tenuta dei Controlli antincendio |
| E' presente un elenco degli Addetti alla Gestione delle Emergenze, antincendio e pronto soccorso per ogni struttura/edificio? | ____SI' ____NO | Elenco Addetti |
| La Casa di Cura è dotata di un programma di addestramento all'uso dei mezzi di spegnimento e alla conoscenza del Piano di Emergenza aziendale? | ____SI' ____NO | Piano di Formazione |
| E' presente un piano di formazione specifico per gliaddetti alle emergenze e al pronto soccorso? | ____SI' ____NO | Piano diFormazione |

| STRUTTURA / SERVIZI INTERESSATI | REFERENTE STRUTTURA |
|---|---|

| DATA EFFETTUAZIONE VERIFICA | OGGETTO / SCOPO DELLA VISITA DI VERIFICA |
|---|---|
| | |

| | |
|---|---|
| GRUPPO DI VALUTAZIONE (nomi auditor) | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| | 4) |
| | 5) |

| ATTIVITA' VALUTATE | OSSERVAZIONI |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

| ATTIVITA' VALUTATE | OSSERVAZIONI |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

| Il risultato della verifica ispettiva è il seguente: |
|---|
| __ Non è emersa alcuna azione correttiva da attuare<br>__ Sono emerse delle azioni correttive da attuare per la soluzione delle NC riscontrate nel corso della verifica<br>__ Le non conformità emerse richiedono una visita supplementare per la verifica dell'attuazione delle azioni correttive (Follow – up);<br>il richiedente dovrà stabilire in accordo con il Valutatore Responsabile una data per l'effettuazione della stessa entro ……. mesi dalla data della presente verifica.<br><br>Follow – up da effettuarsi in data …..…. |

| Riepilogo AUDIT |
|---|
| ■ Rispetto programma d'audit |
| |
| ■ Verifica Non Conformità emerse durante la visita precedente |
| |
| ■ Necessità di pianificazione per la prossima verifica |
| |

| Giudizio complessivo |
|---|
| ■ Impegno e coinvolgimento della Direzione |
| |
| ■ Disponibilità e adeguatezza delle risorse |
| |

| |
|---|
| ■ Efficacia della comunicazione interna/esterna |
| |
| ■ Efficacia dei sistemi di monitoraggio |
| |
| ■ Capacità di raggiungimento degli obiettivi |
| |
| ■ Osservazioni/raccomandazioni per il miglioramento |
| |

| | |
|---|---|
| Data | L'auditor |

| Processo | Obiettivo | Responsabile del raggiungimento | Risorse necessarie | Indicatore | Standard | Tempistica | Data di verifica | Visto di controllo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Ultimo aggiornamento: _____, in occasione del Riesame della Direzione relativo al periodo: _____

**DATI SULL'INFORTUNIO**

| Data | Ora | Reparto | Macchina/attrezzature/impianto/Ambiente/Nome Paziente |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Operatore infortunato**

| Nome | Cognome | Firma |
|---|---|---|
| | | |

**Indossava i DPI:** ____ SI' ____ NO ___ NON PREVISTI

**Comportamenti pericolosi**

**Persone presenti:**

| Nome | Cognome |
|---|---|
| | |

**Descrizione dell'accaduto:**

**Possibili cause**

**AZIONI PREVENTIVE E/O CORRETTIVE PROPOSTE:**

**Tempi di attuazione azioni:**

| Durata | Data chiusura prevista |
|---|---|
| | |

**Responsabile attuazione:**

| Nome | Cognome |
|---|---|
| | |

**DATI DI COMPILAZIONE**

| Dirigente o caposala | RSPP | RLS |
|---|---|---|
| firma | firma | firma |

**A cura del richiedente**

___ Incidente ___ Non conformità ___ Comportamento pericoloso

| Da: | Data: | A: R.S.P.P. | Scadenza: |
|---|---|---|---|
| Oggetto:<br><br>Riferimento:<br>Allegati: | | | |
| ANALISI DEL PROBLEMA:<br><br>Allegati: | | | |
| ATTIVITA' PREVISTA: | | | |
| Responsabile dell'azione: | Ispettore: | Scadenza controllo: | |

**A cura del Ricevente**

| ATTIVITA' EFFETTUATA<br><br>Allegati: |
|---|

| VERIFICA RISULTATI<br><br>Allegati:<br>Efficace: ___ Sì ___ No |
|---|

| COMMENTI (solo se necessari)<br><br>Allegati:<br>Data conclusione: |
|---|

| Richiedente | Responsabile dell'azione | Ispettore |
|---|---|---|
| | | |

## GESTIONE INFORTUNI BIOLOGICI A RISCHIO HIV E VIRUS EPATICI

1. Generalità relative agli infortuni biologici a rischio HIV e virus epatitici

La presente Istruzione Operativa non tratta infortuni biologici a trasmissione aerea, orofecale, per contatto o droplets, si riferisce, invece, a imbrattamento con sangue e/o altro materiale biologico potenzialmente infetto da HIV e virus epatitici oppure a lesione/taglio/puntura con strumenti contaminati da sangue e/o altro materiale biologico potenzialmente infetto da HIV e virus epatitici.
In caso di infortunio, il dipendente è obbligato a dare notizia al suo superiore, Dirigente e/o Preposto, immediatamente (art. 52 comma 1 DPR 30/6/1965 n°1124), e comunque il prima possibile.
Rientrano in follow up per contaminazione professionale da HIV, HCV, HBV, gli operatori che siano stati contaminati da sangue e/o altro materiale biologico di pazienti potenzialmente infetti da tali virus, valutate le modalità d'incidente e le caratteristiche dei materiali sottoelencati.
Modalità dell'incidente:
Puntura o taglio con aghi, bisturi o altro strumento contaminato con materiali biologici;
Morsi/graffi di animali e/o persone;
Imbrattamento di mucose, o cute lesa con materiali biologici.
Caratteristiche dei materiali biologici:
Sangue e qualsiasi altro materiale biologico (compresi saliva e urine) visibilmente contenente sangue;
Liquido cerebrospinale, sinoviale, pleurico, pericardico, amniotico;
Sperma e secrezioni vaginali;
Tessuti e materiali di laboratorio contaminati, quali, ad esempio: colture cellulari infette e concentrati di virus.
NEL RISPETTO DI QUANTO RACCOMANDATO DALLE PRECAUZIONI UNIVERSALI DA ADOTTARE IN PRESENZA DI MATERIALI A RISCHIO BIOLOGICO SI RICORDANO I DETTAMI DEL D.M. 28.09.1990 E QUANTO PREVISTO NELL'ART. 20 DEL D. LGS 81/2008 IN MERITO AGLI OBBLIGHI DEI LAVORATORI:
1. OGNI LAVORATORE DEVE PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SICUREZZA E DELLA PROPRIA SALUTE E DI QUELLA DELLE ALTRE PERSONE PRESENTI SUL LUOGO DI LAVORO, SU CUI RICADONO GLI EFFETTI DELLE SUE AZIONI O OMISSIONI, CONFORMEMENTE ALLA SUA FORMAZIONE ED ALLE ISTRUZIONI E AI MEZZI FORNITI DAL DATORE DI LAVORO.
2. I LAVORATORI DEVONO IN PARTICOLARE
A. CONTRIBUIRE, INSIEME AL DATORE DI LAVORO, AI DIRIGENTI E AI PREPOSTI, ALL'ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI PREVISTI A TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO;
B. OSSERVARE LE DISPOSIZIONI E LE ISTRUZIONI IMPARTITE DAL DATORE DI LAVORO, DAI DIRIGENTI E DAI PREPOSTI, AI FINI DELLA PROTEZIONE COLLETTIVA ED INDIVIDUALE.
SONO A CIÒ VINCOLATI TUTTI I LAVORATORI, COSÌ COME DEFINITI AL PUNTO 5.1 DELLA PG 01 (LAVORATORI DIPENDENTI/ IN LIBERA PROFESSIONE/ CO.CO.PRO.; GETTONISTI; BORSISTI; UNIVERSITARI/ TIROCINANTI/ SPECIALIZZANDI/ DOTTORANDI; VOLONTARI).

2. Modalità operative in caso di infortunio biologico a rischio HIV e virus epatitici

IL LAVORATORE INFORTUNATO LAVA LA PARTE CONTAMINATA FERITA, SECONDO LE ISTRUZIONI RICEVUTE
IL LAVORATORE AVVERTE IL PRIMARIO, IL CAPOSALA O IN SUA ASSENZA IL DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO, ANNOTA LE GENERALITÀ DEL PAZIENTE FONTE E SI RECA IMMEDIATAMENTE (MASSIMO ENTRO 4 ORE) PRESSO IL PRONTO SOCCORSO
IN REPARTO VIENE RICHIESTO IL CONSENSO INFORMATO AL PAZIENTE PER EFFETTUARE UN PRELIEVO PER LA DETERMINAZIONE DI HIV, HCV, HBV
IL PRONTO SOCCORSO REDIGE IL PRIMO CERTIFICATO INAIL DI INFORTUNIO
IN *PRONTO SOCCORSO/ REPARTO/ LABORATORIO* VIENE EFFETTUATO AL LAVORATORE IL PRIMO PRELIEVO A "TEMPO ZERO" PER LA DETERMINAZIONE DEI MARKERS VIRALI PER HIV ED EPATITI B E C

*Definire quale sia la struttura incaricata dell'effettuazione del primo prelievo " a tempo zero".*

L'ESITO DEL PRELIEVO "A TEMPO ZERO" DEVE ESSERE CONSEGNATO IN TEMPI BREVI ALL'*UNITÀ OPERATIVA* CHE HA LA RESPONSABILITÀ DELLA VALUTAZIONE DELL'INCIDENTE E DELLA PRIMA ASSISTENZA AL LAVORATORE INFORTUNATO (CON PPE, VACCINAZIONI, TERAPIE E PROFILASSI DEL CASO)

*Stabilire quale sia l'Unità Operativa incaricata della valutazione dell'incidente e della prima assistenza al lavoratore (ad esempio: Pronto Soccorso, Malattie infettive, Laboratorio o Medico Competente).*

IN SEGUITO IL LAVORATORE INFORTUNATO VIENE INVIATO PRESSO UNA *STRUTTURA SPECIFICA* PER L'ESECUZIONE DEL SUCCESSIVO FOLLOWUP. A TALE *STRUTTURA* VIENE INOLTRATA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE, COMPRENSIVA ANCHE DELLA PRATICA DI PRONTO SOCCORSO

*Stabilire quale sia la **specifica struttura aziendale** incaricata di eseguire il follow-up relativamente al lavoratore infortunato.*

IL PRIMO CERTIFICATO DI INFORTUNIO DEVE ARRIVARE ENTRO 24 ORE (48 DURANTE I GIORNI FESTIVI) ALL'UFFICIO PERSONALE
IL MEDICO COMPETENTE RICEVE IL VERBALE DEL PRONTO SOCCORSO DIRETTAMENTE DAL PRONTO SOCCORSO O DAL LAVORATORE INFORTUNATO O COME PARTE DELLA DOCUMENTAZIONE FORNITA DALL'UNITÀ OPERATIVA CHE HA EFFETTUATO LA PRIMA ASSISTENZA ALL'INFORTUNATO.
LA PRESENTE ISTRUZIONE OPERATIVA RIENTRA IN QUANTO PREVISTO NELLA SGSL-PG 04 "GESTIONE INFORTUNI, NON CONFORMITÀ, INCIDENTI E COMPORTAMENTI PERICOLOSI" PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.

| INTERVENTI DA REALIZZARE E MODALITA' DI ESECUZIONE DELLE ATTIVITA' | FIGURE RESPONSABILI DELLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI | SCADENZA REALIZZAZIONE INTERVENTI (mese/anno) | AVANZAMENTO -DATA | VISTO CONTROLLO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ultimo aggiornamento: _____, in occasione del Riesame della Direzione relativo al periodo: _____

Premessa ……
Caratteristiche dei DPI …….
DPI per mansione ……..

## Premessa

Il Servizio di Prevenzione e Protezione intende, con questo Prontuario, fornire uno strumento per una agevole e congrua scelta dei DPI da assegnarsi ai singoli Lavoratori, tenuto conto che i DPI, oltre che a costituire un obbligo Legislativo quando previsti, sono di
importanza fondamentale per la tutela del Lavoratore dai rischi.
Al fine di poter definire precisamente il ruolo e la scelta del DPI, si ricorda che il Titolo III del D. Lgs. 81/2008, prevede che il Datore di Lavoro:
1) Disponga per l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale quando i rischi non possono essere evitati o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro.
2) Effettui l'analisi e la valutazione dei rischi che non possono essere evitati con altri mezzi.
3) Individui le caratteristiche dei DPI necessarie affinché questi siano adeguati ai rischi specifici, tenendo conto altresì delle eventuali ulteriori fonti di rischio rappresentate dai DPI stessi.
4) Valuti le caratteristiche dei DPI disponibili sul mercato, così come fornite dai produttori,
i quali devono garantire che gli stessi, siano in possesso dei requisiti essenziali di salute e sicurezza;
5) Aggiorni la scelta dei DPI ogni qualvolta intervenga una variazione significativa negli elementi di valutazione;
6) Predisponga l'obbligo di utilizzo, a tutti gli operatori che necessitano di dotazione di DPI, previa debita informazione ed eventuale addestramento specifico all'impiego.
Tutti i dispositivi definiti di protezione individuale secondo il D.Lgs. 81/2008 devono possedere:
a. Requisiti di carattere generale applicabili a tutti i DPI quali: ergonomia, livelli e classi di protezione, innocuità, nota informativa, ecc.
b. Requisiti supplementari comuni a diverse categorie o tipi di DPI (sistemi di regolazione, limitazione di movimenti, ecc.)
c. Requisiti supplementari specifici per rischi da prevenire come protezioni specifiche da urti meccanici, impiglia mento, cadute dall'alto, calore e fuoco, rumore, polveri.
I DPI sono suddivisi in tre categorie; rientrano nella 3° categoria i DPI di progettazione complessa, destinati a salvaguardare da rischi di morte o di lesioni gravi e di carattere permanente o da tutti quei rischi relativamente ai quali la persona che usa i DPI non abbia
la possibilità di percepire tempestivamente la verifica istantanea degli effetti lesivi.
In particolare, si ricordano:
I dispositivi filtranti per la protezione respiratoria da aerosol solidi, liquidi o contro gas irritanti, pericolosi tossici o radiotossici;
Gli apparecchi di protezione delle vie respiratorie isolanti;
I DPI che assicurano una protezione limitata nel tempo contro le aggressioni chimiche e contro le radiazioni ionizzanti;
I DPI per attività in ambienti con condizioni equivalenti ad una temperatura d'aria non inferiore a 100°C con o senza radiazioni infrarosse fiamme o materiali in fusione;
I DPI per attività in ambienti con condizioni equivalenti ad una temperatura d'aria non superiore a -50°C;

I DPI destinati a salvaguardare dalle cadute dall'alto;
I DPI destinati a salvaguardare da rischi connessi ad attività che espongano a tensioni elettriche pericolose o utilizzati come isolanti per le alte tensioni.
Al momento dell'acquisto devono essere precisati alcuni requisiti obbligatori quali:
1. Presenza sul DPI, o quando ciò non risulti possibile, sull'imballaggio dello stesso, della marcatura CE (obbligatoria dal 31 dicembre 98). In particolare per i DPI di 3° categoria devono essere riportati il marchio CE, n° dell'orga nismo notificato e l'anno di apposizione della marcatura, il livello di protezione, il nome del produttore e il codice del prodotto.
2. Presenza della "nota informativa" rilasciata dal fabbricante contenente le istruzioni d'impiego, di deposito, di pulizia, di manutenzione, di revisione, di disinfezione, le classi di protezione e i corrispondenti limiti di utilizzo;
3. Fornitura di campionatura per consentire agli operatori di provare e valutare il DPI specifico;
4. L'addestramento all'uso corretto dei DPI al momento della consegna.
Si segnala che è entrata in vigore la nuova norma EN 149:2001, che ha sostituito EN 149:1991. La principale differenza fra la precedente normativa e la nuova norma è che non vi è più distinzione tra le classi di protezione S (protezione da materiali particellari e aerosol a base acquosa) e SL (protezione da materiali particellari e aerosol a base oleosa), pertanto il numero di classi di protezione passa da cinque, della EN 149:1991, a tre della EN 149:2001.
Le tre classi di protezione FFP1, FFP2, FFP3, garantiscono protezione sia da polveri che aerosol, sia a base acquosa che a base organica.
Essendo, ovviamente, questo Prontuario uno strumento flessibile e da aggiornarsi nel tempo, il Servizio di Prevenzione e Protezione sarà grato per eventuali segnalazioni di qualsivoglia natura, comprese quelle di eventuali errori, da effettuarsi al seguente recapito di posta elettronica:

.....@.....

**Caratteristiche dei D.P.I.**

**PROTEZIONE VIE RESPIRATORIE**
**A1 FACCIALE FILTRANTE FFP1**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 149:2001 - Disp. III Categoria
Filtro P1
Doppio elastico
Provvisto di stringinaso regolabile con schiuma di tenuta
**A2 FACCIALE FILTRANTE FFP1+ CARBONE ATTIVO**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 149:2001 - Disp. III Categoria
Filtro P1
Doppio elastico
Provvisto di stringinaso regolabile con schiuma di tenuta
**A3 FACCIALE FILTRANTE FFP2 SENZA VALVOLA**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 149:2001 - Disp. III Categoria
Filtro P2
Doppio elastico
Provvisto di stringinaso regolabile con schiuma di tenuta
**A4 FACCIALE FILTRANTE FFP3**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 149:2001 - Disp. III Categoria
Filtro P3
Doppi elastici regolabili
Provvisto di stringinaso regolabile con interno in materiale morbido
Guarnizione di tenuta
**A5 RESPIRATORE**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 405:2001 Disp. III Categoria
Filtro A1 P2
Taglia universale in materiale anallergico
Con bordo di tenuta
Bardatura anatomica regolabile a due tiranti
Valvola di espirazione
Di facile uso e senza manutenzione
Conformato in maniera tale da potersi utilizzare insieme alla visiera ed occhiali
**A6 SEMIMASCHERA**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 140 Disp. III Categoria
Filtri vari: A1- B1 - E1 - K1 (EN 141)
P1 - P2 - P3 (EN 143:2001) e combinati
Taglia universale in materiale anallergico
Bardatura anatomica regolabile a due tiranti

Valvola di espirazione
Di facile uso e manutenzione
Da abbinare anche a cartucce filtranti specifiche
Conformato in maniera tale da potersi utilizzare insieme alla visiera ed occhiali
Pluriuso

**A7 MASCHERA PIENO FACCIALE**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 136 CL.1 Disp. III Categoria
Filtri vari: A1- B1 - E1 - K1 (EN 141)
P1 - P2 - P3 (EN 143) e combinati
AX di classe 3 (EN 371)
Taglia universale in materiale anallergico
Bardatura anatomica regolabile con quattro punti di aggancio
Schermo panoramico grandangolo, antiappannamento, in policarbonato
Pluriuso

**A8 AUTORESPIRATORI ISOLANTI A CIRCUITO CHIUSO**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 137 – EN 148 Disp. III Categoria
Taglia universale in materiale anallergico
Bardatura anatomica regolabile con sei punti di aggancio
Schermo panoramico grandangolo, antiappannamento, in policarbonato
Bombola acciaio tipo leggero, completa di valvola
Riduttore di pressione compensato con valvola di sicurezza e filtro arresto impurità
Pluriuso

**PROTEZIONE DEGLI OCCHI**

**B1 OCCHIALI CON PROTEZIONI LATERALI E FRONTALE**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166
Classe ottica 2
Lenti in policarbonato antigraffio, antiappannamento, resistente al lavaggio con disinfettante
Aste regolabili in lunghezza
Montatura leggera in materiale anallergico
Protezioni laterali e frontale

**B2 OCCHIALI CON PROTEZIONI LATERALI E FRONTALE**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166
Classe ottica 1
Lenti antigraffio, antiriflesso, antiappannamento, resistente al lavaggio con disinfettante
Resistenza contro particelle proiettate: S
Aste regolabili in lunghezza
Protezione da liquidi e spruzzi: 3
Montatura leggera in materiale anallergico
Protezioni laterali e frontale

Possibilità di sterilizzazione

**B3 VISIERA ANTISCHIZZO**

Dotata di ampio campo di visibilità e di sistema di chiusura sulla fronte atto a evitare anche che a seguito di contaminazione della fronte o della testa il liquido coli sugli occhi.

Deve consentire l'utilizzo di occhiali correttivi e di mascherina di protezione delle vie respiratorie. Il dispositivo dovrà avere peso ridotto (si ritiene utile l'indicazione del peso).

Il materiale deve consentire la possibilità di disinfezione chimica mediante i disinfettanti di impiego comune senza compromettere le prestazioni del dispositivo.

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166
Classe ottica 1
Resistenza contro particelle proiettate: S
Protezione da liquidi e spruzzi: 3
Trattamento antiappannante:N
Antiriflesso
Dispositivo di II categoria

**B4 VISIERA SENZA CALOTTA**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166
Classe ottica 1
Resistenza contro particelle proiettate: S
Protezione da liquidi e spruzzi: 3
Trattamento antiappannante:N
Possibilità di utilizzo con occhiali correttivi
Banda elastica alta regolabile
Visore con possibilità di rotazione di 90°
Resistenza contro particelle proiettate: S
Resistenza al lavaggio con disinfettante
Dispositivo di II categoria

**B5 OCCHIALI A MASCHERINA**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166
Classe ottica 1
Resistenza contro particelle proiettate: B
Protezione da liquidi e spruzzi: 3
Trattamento antiappannante:N

**B6 OCCHIALI PER LASER**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 207/208
Classe ottica 1
Resistenza contro particelle proiettate: S
Protezione da liquidi e spruzzi: 3
Trattamento antiappannante:N

Antiriflesso
Lenti per laser con filtri speficici scelti in base a lunghezza d'onda e continuità del raggio
Aste regolabili
Montatura leggera in materiale anallergico
Dispositivo di III categoria

**B7 OCCHIALI PER RX**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166 ed EN 9103
Classe ottica 1
Resistenza contro particelle proiettate: S
Protezione da liquidi e spruzzi: 3
Trattamento antiappannante:N
Antiriflesso
Lenti neutre al piombo
Montatura leggera in materiale anallergico
Dispositivo di III categoria

**B8 OCCHIALI PER UV**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166 EN 170
Classe ottica 1
Filtro per UV: 2 o 3
Resistenza contro particelle proiettate: S
Protezione da liquidi e spruzzi: 3
Trattamento antiappannante:N
Antiriflesso
Montatura leggera in materiale anallergico
Dispositivo di III categoria

**B9 OCCHIALI PER SALDATURA OSSIACETILENICA**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 166
Classe ottica 1
Lenti in policarbonato colore verde, antigraffio
Filtro per infrarosso: 4
Resistenza contro particelle proiettate: F
I ripari laterali non devono presentare fori.
Dispositivo di III categoria

**B10 MASCHERA PER SALDATURA ELETTRICA**

**Maschera a casco con bardatura per saldatura ad arco per la protezione degli occhi e del viso**

Marcatura CE Grad. 777 (DIN 11)
Marcatura a norma EN 166 EN 169 EN 379
Vetro antiattinico e lastrina infrangibile e antiscoria
Dispositivo di III categoria

**PROTEZIONE MANI E ARTI SUPERIORI**

**C1 GUANTI CONTRO IL FREDDO**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 420
EN 388 livelli 2331
EN 511 livelli 231
Impermeabili e dotati di manicotto di protezione polso
Dispositivi di III categoria
**C2 GUANTI CONTRO IL CALORE**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 420
EN 388 livelli 2241
EN 407 livelli x2xxxx
Buona presa bagnato-asciutto
Dotati di manicotto di protezione polso e parte dell'avambraccio
Dispositivi di III categoria
**C3 GUANTI LATTICE PESANTE (TIPO DOMESTICO)**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 420
EN 388
Buona presa bagnato-asciutto
Felpato internamente
**Utilizzabile per prodotti chimici scarsamente aggressivi**
Dispositivo di I categoria
**C4 GUANTI PER RISCHIO CHIMICO E MICROBIOLOGICO**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 420
EN 388 livelli 4123
EN 374 I,II,II richiesto il tipo di resistenza chimica e
l'esito di permeazione con l'indice di permeazione e
i tempi di passaggio delle sostanze chimiche
testate
In lattice pesante, neoprene, cloroprene, nitrile, butile, vinile
Buona presa bagnato-asciutto
Felpato internamente
Dispositivo di III categoria
**C5 GUANTI PER RISCHIO MECCANICO**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 420
EN 388 livelli 3122
Buona presa bagnato-asciutto
Dispositivo di II categoria
**C6 GUANTI PER RISCHIO ELETTRICO**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 420
EN 60903

Dispositivo di III categoria

**C7 GUANTI AD USO MEDICO SENZA POLVERE**

Materiale: lattice
NON STERILI
Marcatura CE conformi al DLgs 46/97 come dispositivi medici di CLASSE I
Conformi alla norma EN 455 I,II,III
Conformi alla norme ISO 9000 e ASTM
Marcatura CE conformi al DLgs 475/92
Conformi alla norma EN 374 I,II,III come dispositivi di III categoria per la protezione da rischio chimico e microbiologico
Ambidestri
Richiesta la scheda riportante le caratteristiche tecnico-qualitative (tipo di polvere e quantità se presente, contenuto di proteine del lattice, tipo di accelerante chimico residuo)

**C8 GUANTI AD USO MEDICO SENZA POLVERE**

Materiale: lattice
STERILI secondo F.U. vigente e aggiornata
Marcatura CE conformi al DLgs 46/97 come dispositivi medici di CLASSE IIA
Conformi alla norma EN 455 I,II,III
Conformi alla norme ISO 9000 e ASTM
Marcatura CE conformi al DLgs 475/92
Conformi alla norma EN 374 I,II,III come dispositivi di III categoria per la protezione da rischio chimico e microbiologico
Ambidestri
Richiesta la scheda riportante le caratteristiche tecnico-qualitative (tipo di polvere e quantità se presente, contenuto di proteine del lattice, tipo di accelerante chimico residuo)

**C9 GUANTI AD USO CHIRURGICO SENZA POLVERE**

Materiale: lattice, lattice sintetico, vinile, nitrile (0.25 - 0.38mm)
Rivestimento interno di polimero
Polsino lungo
STERILI secondo F.U. vigente e aggiornata
Marcatura CE conformi al DLgs 46/97 come dispositivi medici di classe 2A
Conformi alla norma EN 455 I,II,III
Conformi alla norme ISO 9000 e ASTM
Marcatura CE conformi al DLgs 475/92
Conformi alla norma EN 374 I,II,III come dispositivi di III categoria per la protezione da rischio chimico e microbiologico
Richiesta la scheda riportante le caratteristiche tecnico-qualitative (tipo di polvere e quantità se presente, contenuto di proteine del lattice, tipo di accelerante chimico residuo)

**C10 GUANTI AD USO NON MEDICO SENZA POLVERE**

Materiale: lattice, lattice sintetico, vinile, nitrile
NON STERILI
Marcatura CE conformi al DLgs 46/97 come dispositivi medici di CLASSE I

Conformi alla norma EN 455 I,II,III (AQL 4)
Conformi alla norme ISO 9000 e ASTM
Ambidestri
Richiesta la scheda riportante le caratteristiche tecnico-qualitative (tipo di polvere e quantità se presente, contenuto di proteine del lattice, tipo di accelerante chimico residuo)

**C11 GUANTI SENZA POLVERE PER CHEMIOTERAPIA**

Materiale: lattice pesante
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 374 I,II,III dispositivi di III categoria
Spessore differenziato (0.35-0.50 mm), rinforzato su palmo e polpasterelli
Lunghezza complessiva (275-300 mm)
Richiesto l'esito dei test di permeazione (almeno indice di permeazione 2) riferiti ad almeno 4 dei farmaci citostatici più utilizzati nella Casa di Cura:
ciclofosfamide, metotrexate, vincristina, 5 fluorouracile, adriamicina, doxorubicina, carmustina.
Richiesta la scheda riportante le caratteristiche tecnico-qualitative (contenuto di proteine del lattice, tipo di accelerante chimico residuo)

**C12 GUANTI PER RX**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 420
EN 421
EN 374 I,II,III
EN 388 livelli 1xxx
Richiesto l'esito dei test di permeazione (almeno indice di permeazione 4) riferiti ad almeno 3 mezzi di contrasto più usati
Dispositivo di III categoria

**C13 GUANTI ANTITAGLIO**

Materiale kevlar
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 388 livelli 244x
Sterilizzabile a vapore o a Eto
Dipsositivo di III categoria

**C14 GUANTI ANTITAGLIO**

Materiale Spectra (tipo leggero)
Marcatura CE conformi al DLgs 46/97 come dispositivi medici di classe 2A
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 388 livelli x2xx
Sterilizzabile a vapore o a Eto
Dispositivo di III categoria

**C15 MANICOTTO PER CHEMIOTERAPIA**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 467
Impermeabili
Con polsini in maglia alti
Richiesto l'esito dei test di permeazione (almeno indice di permeazione 2) riferiti ad

almeno 4 dei farmaci citostatici più utilizzati nella Casa di Cura:
ciclofosfamide, metotrexate, vincristina, 5 fluorouracile, adriamicina, doxorubicina, carmustina.

**PROTEZIONE DEGLI ARTI INFERIORI**

**D 1 SCARPA ALTA/BASSA – CALZATURA DI SICUREZZA**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 345 S1 P
Puntale rinforzato in acciaio, impatto fisico 200 J
Suola antiscivolo, antistatico, antiolio, antiacido, resistente alla perforazione
Tomaia idrorepellente, traspirante, isolante dal freddo, resistente agli idrocarburi, antiacido, con protezione del metatarso
Assorbimento di energia al tallone

**D 2 STIVALE ALTO - CALZATURA DA LAVORO**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 347 P1
Alto al ginocchio
Suola antiscivolo,
Assorbimento di energia al tallone

**D 3 STIVALETTO - CALZATURA DI SICUREZZA**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 345 S3
Puntale rinforzato in acciaio, impatto fisico 200 J
Suola antiscivolo, antistatico, antiolio, antiacido, resistente alla perforazione
Tomaia idrorepellente, traspirante, isolante dal freddo, resistente agli idrocarburi, antiacido, con protezione del metatarso
Assorbimento di energia al tallone
DISPOSITIVO DI II CATEGORIA

**D 4 CALZATURA DA LAVORO – PERSONALE SANITARIO**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 347 O1 AE
Suola antisdrucciolo
Dotata di parte posteriore di idoneo sistema che garantisca in maniera stabile il mantenimento del piede durante l'attività.
Assorbimento dell'energia al tallone
Colore bianco
Tacco basso
Senza lacci
Peso contenuto
Facile lavabilità
Sistema tale da favorire la traspirazione

**D 5 CALZATURA DA LAVORO – PERSONALE SANITARIO**

Marcatura CE
Marcatura a norma EN 347 O1 AE
Suola antisdrucciolo con ottimo coefficiente di aderenza
Dotata di parte posteriore di idoneo sistema che garantisca in maniera stabile il

mantenimento del piede durante l'attività.
Assorbimento dell'energia al tallone
Autoclavabile, sterilizzabile, antistatica
Autoestinguente
Plantare anatomico
Colore verde
DISPOSITIVO DI II CATEGORIA
**PROTEZIONI DELL'UDITO**
**E1 INSERTI AURICOLARI**
Marcatura CE
Marcatura EN 352.2
Disp. II Categoria
Materiale in polimero espanso morbido
Monouso
**E2 CUFFIE ANTIRUMORE**
Marcatura CE
Marcatura EN 352.1 - 352.4
Disp. II Categoria
Materiale in polimero espanso morbido
Con archetto flessibile
Ampia apertura delle coppe auricolari
Lavabile
Leggera
Buone prestazioni di filtrazione del rumore
**PROTEZIONE DEL CAPO**
**F1 ELMETTO STANDARD**
Marcatura CE
Marcatura EN 397
Disp. II Categoria
Bardatura regolabile
Con fascia antisudore intercambiabile e bordino rialzato a grondaia
Sottonuca snodato
Predisposizione agganci per cuffie afoniche o visiera
**F2 ELMETTO + VISIERA CON CARATTERISTICHE DIELETTRICHE**
Marcatura CE
Marcatura EN 397
Disp. II Categoria
Calotta in policarbonato
Bardatura interna in polietilene con regolazione
Fascia frontale antisudore
Visiera in policarbonato testata contro l'arco elettrico
Modello con caratteristiche dielettriche
Senza fori di aerazione
**F3 ELMETTO CON BARDATURA E VISIERA**
Marcatura CE

*Marcatura EN 397*
Disp. II Categoria
Calotta in policarbonato/polietilene HD
Bardatura interna in polietilene con regolazione
Fascia frontale antisudore con cuscinetto intercambiabile
Sottonuca snodato
Predisposizione agganci per cuffie afoniche o visiera
Visiera regolabile ed alzabile solidale con l'elmetto (visiera trasparente in policarbonato conforme alla EN166 classe ottica 2)
Crociera di sospensione in nastro nylon, almeno 4 punti di attacco

**PROTEZIONE PER IL CORPO**

**G 1 CAMICE**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 340
Disp. I Categoria
Traspirante
In cotone e poliestere
Ignifugo
Antiacido

**G 2 CAMICE MONOUSO**
Marcatura CE
Marcatura a norma EN 340 467
Certificazioni di test sulle sostanze specifiche
Idrorepellente in TNT
Maniche lunghe e sufficientemente larghe
Rinforzo interni protettivi (torace-addome-inguine e avambraccio-gomito) con materiale barriera che offra scarsa penetrabilità ai farmaci ed ai liquidi
Completamente avvolgente con doppia allacciatura posteriore
Non sterile
Monouso

**G 3 CAMICE MONOUSO STERILE E NON**
Marcatura CE
Certificazioni di test specifici come previsto dalle "Linee guida la scelta e l'impiego di indumenti per la protezione da agenti biologici" redatte dall'ISPESL
Resistente alla penetrazione microbica
Non sterile
Monouso

**G 4 GREMBIULI O DIVISA DA LAVORO**
Marcatura CE
Marcatura EN 510 - 470
Disp. II Categoria
Tessuto in cotone 100%
Indumenti antimpigliamento (polsi e punto vita con elastico, senza bottoni, elastico sul fondo pantalone)

**G 5 GREMBIULE IN CUOIO**

Marcatura CE
Marcatura EN 470
Disp. II Categoria
**G 6 GREMBIULE PER CRIOGENI**
Marcatura CE
Marcatura EN 340 - 470
Disp. II Categoria
**G 7 GREMBIULE CERATO**
Marcatura CE
Marcatura EN 340
Disp. I Categoria
In PVC, antistrappo
Impermabile
Di spessore adeguato
Con allacciatura al collo e dietro la schiena
Altezza sotto il ginocchio
**G 8 TUTA MONOUSO CON CAPPUCCIO INCORPORATO**
Marcatura CE
Marcatura EN 369 TIPO 5/6 (EN 467)
Disp. III Categoria
Resistente ai principali agenti chimici e polveri
Con elastico ai polsi e alle caviglie, elastico stringivita e cerniera lampo a due vie
**G 9 GIUBBOTTO TERMICO ANTIPIOGGIA E ANTIVENTO**
Marcatura EN 340
Disp. I Categoria
Esterno idrorepellente
Traspirante
Con cappuccio inserito nella fascia del collo
Elastico stringivita
Maniche staccabili
**G 10 GIUBBOTTO MULTIFUNZIONE ALTA VISIBILITA'**
Marcatura CE
Marcatura EN 340 - 343 - 471 in classe 3
Disp. II Categoria
Interno imbottito e smanicabile
Esterno idrorepellente con collo altro e cappuccio
Tasche esterne e fodera interna
Cerniera centrale con doppio cursore
Traspirante
Elastico stringivita
Polsini elasticizzati
Cuciture termosaldate
Buona resistenza ai cicli di lavaggio (indicare il numero di cicli a 60°)
Colore arancione fluorescente
**G 11 PANTALONE ALTA VISIBILITA'**

Marcatura CE
Marcatura EN 340 - 343 - 471 in classe 2
Disp. II Categoria
Tessuto con caratteristiche di impermeabilità e traspirabilità
Cuciture termosaldate
Vita e fondo gamba elasticizzati
Buona resistenza ai cicli di lavaggio (indicare il numero di cicli a 60°)
Tasche laterali sulle gambe e fodera interna
Colore arancione fluorescente
**G 12 CAMICI - GONNE - COLLARI**
**(PROTEZIONE DA RADIAZIONI IONIZZANTI)**
Marcatura CE
Disp. III Categoria
**PROTEZIONE DA CADUTE NEL VUOTO**
**H1 IMBRACATURA DI SICUREZZA**
Marcatura CE
Marcatura EN 361
**H2 DISSIPATORE DI ENERGIA**
Marcatura CE
Marcatura UNI EN 355
**H3 LINEA ANTICADUTA**
**LINEA DI VITA PERMANENTI**
Marcatura CE
Marcatura UNI EN 795 classe C o D
Orizzontale/verticale
Compresa di accessori

# DPI PER MANSIONE

| **PERSONALE SANITARIO DEI REPARTI:<br>DEGENZA CHIRURGICA E MEDICA, SERVIZI, LABORATORI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| ☐Prelievo sangue venoso<br>☐Prelievo di materiale biologico destinato alla microbiologia<br>☐Fleboterapia<br>☐Drenaggio | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>B1 - B4<br>G1<br>D4 | ☐guanti in lattice, monouso<br>☐occhiali di sicurezza<br>☐camice<br>☐calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DEI REPARTI:<br>DEGENZA MEDICA E CHIRURGICA, SERVIZI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| Visita specialistica del paziente e assistenza infermieristica al medico | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>G1<br>D4 | ☐guanti in lattice monouso<br>☐camice<br>☐calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DEI REPARTI:<br>DEGENZA CHIRURGICA E MEDICA** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| ☐Piccoli interventi chirurgici<br>☐Prelievi bioptici<br>☐Ambulatorio dentistico | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>C3<br>B1 - B4<br>G1<br>G3<br>D4 | ☐guanti in lattice monouso<br>☐guanti in gomma spessa<br>☐visiera EN 166 per la protezione da schizzi<br>☐camice<br>☐camice monouso<br>☐calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DEI REPARTI:<br>DEGENZE CHIRURGICHE, MEDICHE E INTENSIVE, AMBULATORI** |
|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** |
| ☐Medicazione di ferita e ulcera |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** |

| | |
|---|---|
| C7 - C8<br>B1 - B4<br>G1<br>G3<br>D4 | guanti in lattice monouso<br>occhiali o visiera per la protezione da schizzi<br>camice<br>camice monouso<br>calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DEI SERVIZI: DH, AMBULATORI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| Terapia iniettiva<br>Infiltrazione endoarticolare<br>Terapia iniettiva sclerosante<br>Intradermoreazione | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7<br>G1<br>D4 | guanti in lattice monouso<br>camice<br>calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE TECNICO E SANITARIO DEI LABORATORI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| Attività proprie del Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche e Trasfusionali<br>Attività proprie del Laboratorio di Anatomia Patologica | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>C4<br>B1 - B4<br>A5/6<br>G1<br>G3<br>D4 | guanti in latice monouso<br>guanti contro le aggressioni chimiche<br>occhiali o visiera per la protezione da schizzi<br>respiratore contro vapori organici<br>camice<br>camice monouso<br>calzatura da lavoro per personale sanitario |
| **Inoltre**<br>**Per utilizzo di Criogeni**<br>C1<br>G6 | guanti specifici<br>grembiule specifico |
| **Inoltre**<br>**Per utilizzo microtomi:**<br>C14 | guanti antitaglio |

| **PERSONALE TECNICO SANITARIO DEI REPARTI, SERVIZI, LABORATORI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| Gestione e trasporto campioni biologici di varia natura | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| G7 | guanti in latice monouso |

Note:
Il trasporto di campioni biologici deve essere effettuato utilizzando sistemi contenitivi che limitino gli effetti e circoscrivano al loro interno un eventuale spandimento del campione dovuto a rottura o apertura accidentale della provetta o bicchiere.
Esempi di sistemi porta campioni:
- busta di polietilene chiusa e trasportata all'interno di contenitori rigidi a chiusura ermetica;
- porta provette contenuto in box rigido antiurto chiuso ermeticamente con la possibilità di visione del contenuto interno, per il trasporto di più campioni dal reparto/centro prelievi al laboratorio analisi, centro trasfusionale o di anatomia patologica.

| **PERSONALE SANITARIO DEI REPARTI:<br>DEGENZE CHIRURGICHE E MEDICHE, SERVIZI, DH, AMBULATORI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| ☐Enteroclisma<br>☐Svuotamento manuale dell'ampolla rettale<br>☐Gestione stomie<br>☐Esplorazione rettale e vaginale | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>B1 - B3<br>G1<br>G3<br>D4 | ☐guanti in lattice<br>☐occhiali o visiera per la protezione da schizzi<br>☐camice<br>☐camice monouso<br>☐calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DI SALA OPERATORIA** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| ☐Intubazione - estubazione del paziente<br>☐Incanulazione vena<br>☐Esecuzione anestesia chimica e farmacologica | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>B1 - B3<br>G1<br>D5 | ☐guanti in lattice monouso<br>☐occhiali o visiera per la protezione da schizzi<br>☐camice<br>☐calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DI SALA OPERATORIA E SERVIZI SPECIFICI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| ☐Esami medico strumentali di tipo invasivo<br>(endoscopie respiratoria, digestiva, urologica)<br>☐Laringoscopia indiretta, causticazione varici | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>B1 - B3<br>A3 - A4<br>G1<br>D4 | ☐guanti in lattice monouso<br>☐occhiali per la protezione da schizzi<br>☐facciale filtrante<br>☐camice<br>☐calzatura da lavoro per personale sanitario |

| | |
|---|---|
| Inoltre<br>Per utilizzo di glutaraldeide:<br>C5<br>G2<br>A2 | □guanti pesanti<br>□camici monouso<br>□facciale filtrante |
| Inoltre per utilizzo RX:<br>B7<br>C12<br>G12 | □occhiali<br>□guanti per RX<br>□camici, gonne, collari |

| **PERSONALE SANITARIO DEI REPARTI:<br>DEGENZE CHIRURGICHE E MEDICHE, SERVIZI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| □Cateterismo vescicale<br>□Visita urologica | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 - C8<br>B1 - B4<br>G1<br>D4 | □guanti in lattice monouso<br>□occhiali o visiera per la protezione da schizzi<br>□camice<br>□calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DELLE ORTOPEDIE: SALE OPERATORIE, AMBULATORI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| □Rimozione gessi con utilizzo di sega elettrica | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7<br>C13<br>B1<br>A1<br>E1<br>G1<br>D4 | □guanti in lattice monouso<br>□guanti antitaglio<br>□occhiali<br>□facciale filtrante FFP1<br>□inserti auricolari<br>□camice<br>□calzatura da lavoro per personale sanitario |

| **PERSONALE SANITARIO DELLE SALE OPERATORIE E SERVIZI: AMBULATORI** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| □Lavaggio ferri e strumentario sanitario<br>□Lavaggio ferri e strumentario: disinfezione e sterilizzazione | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C3<br>B1 - B4<br>G1<br>D5 | □guanti in lattice pesante<br>□occhiali o visiera<br>□camice<br>□calzatura da lavoro per personale sanitario |
| Inoltre per utilizzo dell'autoclave: | □guanti di protezione contro le aggressioni termiche |

| | |
|---|---|
| C2 | |

| **PERSONALE SANITARIO** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| SALA AUTOPTICA | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C7 | guanti in lattice monouso |
| C3 | guanti in lattice pesante |
| C13 | guanti antitaglio |
| B2 - B3 - B5 | occhiali o visiera |
| E1 | inserti auricolari |
| G1 | camice |
| G3 | camice impermeabile |
| G7 | grembiule cerato |
| D2 | stivali antiscivolo |

| **PERSONALE SANITARIO** |
|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** |
| SMALTIMENTO PEZZI ANATOMICI<br>CELLA SALME |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** |

| | |
|---|---|
| C7 | guanti in lattice monouso |
| C3 | guanti in lattice pesante |
| B2 - B3 - B5 | occhiali o visiera |
| G1 | camice |
| G3 | camice impermeabile |
| G7 | grembiule cerato |
| D2 | stivali antiscivolo |
| A5/6 | semimaschera per protezione da aerosol diformalina |
| A7 | maschera pieno facciale per protezione da aerosol di formalina e xilene |

| **PERSONALE TECNICO** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| □OFFICINA<br>□FALEGNAMERIA<br>□TAPPEZZERIA<br>□UFFICIO TECNICO | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C5 | □guanti per rischio meccanico |
| C6 | □guanti per rischio elettrico |
| C10 | □guanti ad uso non medico |
| E1 | □inserti auricolari |
| E2 | □cuffie antirumore |
| B1 | □occhiali con protezioni laterali e frontali |
| B8 | □occhiali per UV |

| | |
|---|---|
| B9<br>B10<br>A1<br>A2<br>A3<br>A4<br>A5/6<br>D1 – D3<br>F1 – F3<br>G4 | occhiali per saldatura ossiacetilenica<br>maschera per saldatura elettrica<br>FFP1<br>FFP1 + carbone attivo<br>FFP2<br>FFP3<br>semimaschera con filtri combinati per polveri e vapori<br>organici<br>scarpe di sicurezza antiforo<br>elmetto<br>grembiuli o divisa da lavoro |

| **PERSONALE TECNICO** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| CENTRALE DI STRILIZZAZIONE EtO | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C5<br>C7<br>A7<br>A8<br>D3<br>G4 | guanti per rischio meccanico<br>guanti in lattice<br>maschera pieno facciale con filtro AX per gas con punto di ebollizione inferiore a 65°C<br>autorespiratore<br>stivaletto – calzature di sicurezza<br>divisa da lavoro |

| **PERSONALE TECNICO** | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'** | |
| squadra pulizie interne<br>addetti allo smaltimento rifiuti | |
| **ELENCO DEI DPI CHE DEVONO ESSERE MESSI A DISPOSIZIONE DELL'OPERATORE** | |
| C3<br>C5<br>C4<br>A7<br>D1-D2<br>G4<br>G8<br>**Nel caso di lavori in quota**<br>H1 | guanti in lattice pesante<br>guanti per rischio meccanico<br>guanti per rischio chimico e microbiologico<br>maschera pieno facciale con filtro A1K1B1E1P2<br>scarpe di sicurezza<br>divisa da lavoro<br>tuta monouso<br><br><br>linea anticaduta (imbracatura di sicurezza) |

Si suggerisce di predisporre, poi, una scheda con l'elenco dei DPI per ogni Reparto/ Unità Operativa, in modo da facilitare il compito di chi, all'interno dell'U.O., si deve occupare degli ordini dei DPI.

# VERBALE DI CONSEGNA DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

STRUTTURA OPERATIVA

Sede: .....
UNITA' OPERATIVA.....
In data odierna vengono consegnati al Sig.....
con mansione.....seguenti dispositivi di protezione individuale (DPI)

| TIPO DI DPI | RISCHI DA CUI PROTEGGONO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

NOTE:
.....
.....
.....
.....

**Si coglie altresì l'occasione per rammentare alla S.V. gli obblighi di cui al D. Lgs. 81/2008**
Obblighi dei lavoratori
1. Ciascun lavoratore deve prendersi cura della propria sicurezza e della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui possono ricadere gli effetti delle sue azioni e omissioni, conformemente alla sua formazione e alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.
2. In particolare i lavoratori:
a) si sottopongono al programma di formazione e addestramento organizzato dal datore di lavoro nei casi ritenuti necessari
b) osservano le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva e individuale;
c) utilizzano correttamente i macchinari, le apparecchiature, gli utensili, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e le altre attrezzature di lavoro, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzano in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
e) segnalano immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dispositivi e dispositivi di cui alle lettere b) e c), nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui vengono a conoscenza adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle loro competenze e possibilità, per eliminare o ridurre tali deficienze o pericoli, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
f) non rimuovono o modificano senza autorizzazioni i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
g) non compiono di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
h) si sottopongono ai controlli sanitari previsti nei loro confronti;
i) contribuiscono insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e preposti, all'adempimento di tutti gli obblighi imposti all'autorità competente o comunque necessari per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori durante il lavoro

DATA.....

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO

IL DIPENDENTE

..... .....

**Da inviare per fax (n. .....) o per posta interna al Servizio .....***

**UNITA' OPERATIVA** ……..
SI SEGNALA, PER LA PREDISPOSIZIONE DELLE OPPORTUNE AZIONI CORRETTIVE, CHE NEL PERIODO PREVISTO NON E' STATA ESEGUITA LA MANUTENZIONE PREVENTIVA SULLE ATTREZZATURE DI SEGUITO ELENCATE:

| Inventario o riferimento | Attrezzatura | Produttore | Modello |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Data ……..….** **Il Responsabile ……..……..…….....**

* La Casa di Cura deve definire quali siano gli uffici di destinazione di questo messaggio, ovverosia quali siano i Servizi che gestiscono il piano delle manutenzioni preventive delle diverse tipologie di attrezzature (vedi SGSL-PT 04 di riferimento)

**Da inviare per fax (n. .....) o per posta interna al**
**Responsabile del Parco Mezzi .....**

**Veicolo** .....

**Segnalazione guasto/malfunzionamento:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data ……..….

Il Personale autorizzato all'utilizzo del mezzo

….....

**Contenuti minimi della Cassetta di Pronto Soccorso:**
Guanti sterili monouso (5 paia)
Visiera paraschizzi
Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1)
Flaconi di soluzione fisiologica ( sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml (3)
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10)
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2)
Teli sterili monouso (2)
Pinzette da medicazione sterili monouso (2)
Confezione di rete elastica di misura media (1)
Confezione di cotone idrofilo (1)
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2)
Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2)
Un paio di forbici
Lacci emostatici (3)
Ghiaccio pronto uso (due confezioni)
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2).
Termometro
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa

**Nelle aziende sanitarie dove sul carrello delle emergenze esistono dotazioni di pronto soccorso equivalenti o superiori ed il personale deputato al loro utilizzo è formato ed addestrato al corretto uso di presidi presenti, non è indicata la presenza della cassetta di pronto soccorso, obbligatoria invece in tutti i servizi non sanitari compreso quello veterinario.**

**Designazione degli incaricati degli interventi di Primo Soccorso e del responsabile della Cassetta di Pronto Soccorso**

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione
Visti l'art. 15, art. 18 e art. 45 del D.Lgs. 81/2008, per l'edificio sito in Lecce alla via Monteroni, 222 sede della Casa di Cura Villa Verde in cui sono esercitate attività di ricovero per Neuroriabilitazione e Psichiatria, e ambulatoriali varie designa i seguenti incaricati degli interventi di pronto soccorso:

| Cognome | Cognome | Qualifica | Corso BLS in data | Note |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

La cassetta di primo soccorso, che si trova _____ è mantenuta nelle condizioni di legge a cura di: _____

_____ li _____ Il Presidente del C.d.A.

**CRITERIO: 3** **ASPETTI STRUTTURALI**

**REQUISITO: 3.1** **L'idoneità all'uso delle strutture**

***EVIDENZA: 3.1.3 e 3.1.4***

***3.1.3 Presenza e formalizzazione di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi a incidenti e altri eventi e supporto della pianificazione della riduzione dei rischi***

***3.1.4 Presenza di piani per la formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro***

## 1. Rilevazione degli incidenti e infortuni

In ottemperanza al Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro di cui al D.Lgs 81/2008 e s.m.i. la Casa di Cura, per il tramite del Servizio di Prevenzione e Protezione, oltre ad aver attivato un sistema di rilevazione dei rischi lavorativi, ambientali e delle infrastrutture di cui al punto 3.1.2 mirato alla riduzione della probabilità che un rischio possa verificarsi, ha predisposto un efficace sistema di rilevazione degli incidenti che, seppur in numero ridottissimo, si verificano durante le attività lavorative, confermando la politica aziendale della prevenzione e della sicurezza, inserendo la prevenzione nel processo di produzione aziendale dei servizi.
Le risultanze di tale rilevazione sono sistematicamente elaborate e oggetto di discussione nel corso della riunione periodica di cui all'art. 35 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i. che si tiene almeno con cadenza annuale alla presenza delle componenti Direzionali Aziendali interessate.
Tutti gli incidenti vengono monitorati ed esaminati nel dettaglio mentre ogni infortunio viene registrato sul relativo foglio di infortunio, sul relativo registro e per esso viene avviato l'iter normativamente previsto.
Particolare importanza viene posta nell'analisi dei cosiddetti "near misses" o "mancati infortuni", che segnalano una debolezza del sistema di prevenzione che, se non corretta, potrebbe portare a conseguenze significative in futuro. Inoltre:

- presenta cause analoghe a quelle dell'incidente vero e proprio, la differenza è nella magnitudo delle conseguenze;
- è evidentemente più difficile da rilevare e quantificare, ma, se individuato, può dare un aiuto prezioso alla comprensione delle criticità del sistema organizzativo nonché alla prevenzione da futuri incidenti.

L'origine dei near miss è la stessa degli infortuni veri e propri, con la sola differenza che nel primo caso, per una serie di circostanze favorevoli, la catena degli eventi si è interrotta, risultano pertanto importanti "indicatori di rischio" che hanno il vantaggio di non arrecare danno alle persone e che costituiscono la forma migliore di apprendimento 'a costo zero' che consente all'organizzazione di orientarsi al miglioramento delle condizioni di sicurezza.
Per cui si valuta la potenzialità di danno associata all'evento stesso e al pericolo, definito all'art. 2 del Dlgs. 81/08 e s.m.i. come "Proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni".
In questo senso analizzare i mancati infortuni è importante per prevenire il verificarsi di incidenti anche importanti. Inoltre, in base a quanto disposto dall'art. 20 comma 2 del D.lgs. 81/08 e s.m.i. il lavoratore ha l'obbligo di segnalare, al proprio Datore di lavoro, Dirigente o Preposto, qualsiasi condizione di pericolo di cui venga a conoscenza. Ogni evento incidentale infatti può essere causato da varie circostanze tra cui ad esempio:

- messa in atto di comportamenti pericolosi;
- mancato rispetto di prescrizioni e/o procedure di lavoro;
- carenze strutturali, organizzative e tecniche".

Pertanto assume particolare importanza l'attività di formazione e informazione dei lavoratori come supporto alla prevenzione degli incidenti sul lavoro.

## 2. Pianificazione della riduzione dei rischi

Anche sulla base di tali incontri e delle considerazioni emergenti nella riunione periodica e nei frequenti incontri tra Direzione Sanitaria, Servizio di Prevenzione e Protezione, Dirigenti Medici e personale di reparto si propongono continui correttivi alle procedure di lavoro e una serie di miglioramenti del ciclo produttivo.
Nel processo di riduzione dei rischi e quindi degli incidenti sul lavoro, le attività formative e informative ricoprono un importante aspetto nell'attività di prevenzione, in accordo con la "definizione della politica aziendale della prevenzione e della sicurezza", che ne segnala l'importanza nell'ambito della sistematicità del processo della sicurezza sul lavoro.

## 3. Attivita' formative

Il Piano formativo aziendale, attuato con cadenza annuale o, qualora necessario, anche all'occorrenza in concomitanza del subentro di nuove normative o dettato da esigenze aziendali diverse, è finanziato con il "conto formazione" di Fondimpresa (Fondo interprofessionale per la formazione continua di Confindustria, Cgil, Cisl e Uil) e consiste in un progetto che contiene le motivazioni, gli obiettivi e l'articolazione delle azioni formative che la Direzione intende attuare per soddisfare i fabbisogni di adeguamento o sviluppo delle competenze e delle professionalità dei propri lavoratori in tutte le principali aree di attività aziendale. Il Piano formativo che determina anche i relativi da sostenere per la realizzazione delle attività è condiviso con le rappresentanze delle parti sociali, a livello aziendale, territoriale, o di categoria. Oltre al "conto formazione" l'Azienda partecipa con attenzione altresì ai bandi promossi da Fondimpresa, in concomitanza di nuove disponibilità finanziarie, con cui mette a disposizione delle aziende partecipanti un ulteriore fondo denominato "contributo aggiuntivo" che può essere utilizzato per ulteriori momenti formativi.

**Allegati:**
**A.01.05.14.2 Rapporto di infortunio**

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

**CRITERIO: 3 ASPETTI STRUTTURALI**

**REQUISITO: 3.2 Gestione e manutenzione delle attrezzature**

***EVIDENZA: 3.2.3*** ***L'organizzazione ha formalizzato un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali (DM 70 Allegato 1 - 6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali, 6.3) che includa:***
***a. le modalità di comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi;***

***EVIDENZA: 3.2.1*** ***b. un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse***

***EVIDENZA: 3.2.2*** ***c. un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;***

***EVIDENZA: 3.2.5*** ***d. programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore***

## 1. Piano per la gestione e la manutenzione (straordinara e preventiva) delle attrezzature biomedicali

Il malfunzionamento dei dispositivi medici e nello specifico degli apparecchi elettromedicali può rappresentare un problema importante nella gestione della struttura Sanitaria, come reso ancor più evidente dall'analisi degli eventi avversi occorsi recentemente in Italia.
Per cui l'attenzione della Casa è da sempre concentrata sull'attività di manutenzione delle tecnologie elettromedicali, avviando anche un percorso di transizione che va dalla di pura operatività (ripristino delle apparecchiature non funzionanti) verso una vera e propria funzione manageriale volta alla riduzione dei rischi connessi all'uso dei dispositivi medici, alla diminuzione dei tempi di inutilizzo, alla prevenzione dei guasti ed alla garanzia delle qualità delle prestazioni erogate.
In tal modo intende ottimizzare la durata fisiologica del bene contribuendo al miglioramento continuo del processo assistenziale del paziente del cui iter diagnostico terapeutico la tecnologia costituisce un fattore importante. E' quindi indispensabile che la manutenzione delle apparecchiature sia gestita in modo sistematico ed efficace.
Le azioni da intraprendere, finalizzate alla riduzione degli incidenti e degli "near misses", o mancati incidenti, (vedi punto 3.1.3 "Presenza e formalizzazione di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi a incidenti e altri eventi e supporto della pianificazione della riduzione dei rischi") associati all'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali, possono essere raggruppate in due grossi capitoli:

- la gestione delle apparecchiature elettromedicali
- la manutenzione preventiva e correttiva delle apparecchiature elettromedicali

Di seguito si descrive la procedura prevista per la gestione e la manutenzione (straordinaria e ordinaria preventiva) delle attrezzature biomedicali.
Il piano di gestione e manutenzione viene comunicato inizialmente ai responsabili di reparto e a tutte le figure interessate alla sua applicazione. Periodicamente è soggetto a revisione in corrispondenza di variazioni operative interne ed è ritrasmesso agli stessi soggetti interessati *(Rif. Punto 3.2.3 - a. Modalità di comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi)*

## 2. Processo di gestione delle apparecchiature elettromedicali

La gestione delle apparecchiature elettromedicali è un'attività che viene svolta, con competenze differenti che ricomprendono la Direzione strategica (DST), la Direzione Sanitaria (DS) , l'Ingegneria Clinica (IC) , il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), l'Ufficio Tecnico (UT).
In tal senso si attua la procedura di programmazione degli acquisti descritta al punto 3.1.1. *"Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione",* che valuta i vantaggi clinici, l'impatto organizzativo, i risultati della ricerca bibliografica e la ricaduta economica delle Tecnologie Sanitarie di nuova introduzione.
L'Ingegneria Clinica concorre a garantire l'uso sicuro appropriato ed economico delle apparecchiature elettromedicali mettendo a disposizione dei sanitari le conoscenze del personale tecnico e

ingegneristico. La gestione del parco macchine a carico dell'IC va intesa per l'intero arco di vita di ciascuna apparecchiatura quindi dall'acquisizione fino alla dismissione.
Per le apparecchiature dell'area radiologica occorre il benestare dell'esperto qualificato, per le apparecchiature di risonanza magnetica e laser il benestare degli esperti responsabili della sicurezza, per le apparecchiature laser e per gli altri tipi di apparecchiature (es. sorgenti di campi elettromagnetici, di radiazioni non ionizzanti...) il parere favorevole della Fisica Sanitaria. Per le apparecchiature dell'area radiologica la data di arrivo deve essere preventivamente comunicata (almeno quaranta giorni prima) alla Fisica Sanitaria al fine di poter effettuare le dovute comunicazioni alle Autorità di Vigilanza. Per tutte le altre apparecchiature, la data di arrivo è preventivamente concordata tra l'ufficio acquisti, Ditta costruttrice/fornitrice (la quale procederà a consegnare e/o installare il bene) e gli utilizzatori; spetta a quest'ultimi verificare l'integrità dell'imballo e far collocare il bene nel luogo previsto. La Ditta costruttrice/fornitrice concorderà, con il personale utilizzatore e il tecnico della IC, la data di effettuazione del collaudo. L'autorizzazione all'introduzione di muletti (apparecchiature sostitutive provvisorie) è a cura della IC che informa la Direzione sanitaria.
Durante la procedura di collaudo dovranno essere eseguite una prova di funzionalità dell'apparecchiatura e la verifica di sicurezza elettrica in conformità alla normative CEI in vigore (CEI 62-148 CEI EN 60601-1 e successive edizioni), inoltre gli utilizzatori verificheranno direttamente il funzionamento in condizioni operative. Per alcune tipologie di apparecchiature (impianti radiologici, risonanza magnetica , laser...) è previsto un test di accettazione dell'apparecchiatura eseguito dal Fisico Sanitario. Alla fine della prova sarà emesso un "verbale di collaudo" controfirmato dal tecnico della Ditta costruttrice/fornitrice, dal tecnico della IC, dal Fisico Sanitario, per i casi citati precedentemente, e dal referente della Struttura Sanitaria che ha preso in carico il bene. Durante le fasi di collaudo il tecnico della Ditta fornisce informazioni sull'utilizzo dell'apparecchiatura al personale della struttura presente. La copia del verbale di collaudo dovrà essere consegnata all'utilizzatore insieme con i manuali tecnici, in italiano, che fanno parte integrante del corredo dell'apparecchiatura. I manuali dovranno essere conservati in luogo di facile accesso in modo da essere rintracciabili e utilizzabili al momento del bisogno da tutti gli operatori della Struttura. Nel caso in cui un'apparecchiatura elettromedicale utilizzata presso una Struttura Sanitaria, a causa di problemi di carattere funzionale, di sicurezza o per un aggiornamento tecnologico, debba essere sostituita con una dello stesso modello (stessa o differente versione), è indispensabile che la IC esegua il collaudo della nuova apparecchiatura, con le stesse modalità precedentemente descritte *(Rif. Punto 3.2.2 - c. un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione)*

**Presa in carico da parte dell'Ingegneria Clinica**
*(Rif. Punto 3.2.1 - b. un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse)*
La presa in carico per la gestione manutentiva di tutte le apparecchiature da parte della IC, con le caratteristiche precedentemente descritte, avviene a partire dal collaudo tecnico. Il loro censimento fisico avviene apponendo sull'apparecchiatura un'etichetta che riporta un numero progressivo e con l'inserimento delle caratteristiche tecniche in un database informatico della IC. Spetta inoltre alla IC l'aggiornamento continuo del database a seguito di variazioni riguardanti i dati tecnici del bene, i fuori uso e gli eventuali aggiornamenti registrando su supporto informatico tutti i successivi rapporti di intervento delle manutenzioni preventive e correttive al fine di rilevare le criticità e adottare le azioni necessarie a ridurre i rischi per i pazienti e per gli operatori. Nella gestione delle apparecchiature, il

supporto informatico permette di trarre informazioni sia in forma aggregata per l'intero parco macchine che in forma disaggregata per singola tipologia di bene, centro di costo, classe, numero IC, ditta costruttrice, struttura sanitaria, ecc. E' inoltre di competenza della IC far rispettare la frequenza e la calendarizzazione delle visite preventive stabilite negli accordi contrattuali con le Ditte manutentrici di tutte le apparecchiature, utilizzate a scopo assistenziale.

**Presa in carico da parte della Casa di Cura**
La presa in carico avviene quando le apparecchiature sono introdotte nella Casa di Cura sono state verificate e collaudate. Gli utilizzatori dovranno seguire l'addestramento sull'uso sicuro ed ottimale delle apparecchiature /strumentario che sarà condotto dalle Ditte fornitrici, usarle correttamente vigilando sulla loro efficienza ed integrità nonché comunicare tempestivamente alla IC le eventuali movimentazioni dei beni.

**Attività di informazione/formazione per gli utilizzatori**
*(Rif. Punto 3.2.5 - d. programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore)*
L'attività di informazione/formazione è strettamente connessa alla tipologia, complessità di utilizzo e classe di rischio dell'apparecchiatura. Durante il collaudo gli utilizzatori delle apparecchiature devono essere informati dal tecnico della Ditta fornitrice in merito alle caratteristiche e alle corrette modalità di utilizzo del bene. Ove previsto dal capitolato di acquisto, i tempi e i modi per lo svolgimento di uno specifico corso di formazione per gli utilizzatori devono essere concordati tra i tecnici della Ditta fornitrice e gli operatori della Struttura Sanitaria a cui è stato destinato il bene. Durante l'attività di formazione devono essere fornite agli utilizzatori tutte le informazioni sul corretto utilizzo delle apparecchiature e sulle misure da adottare per ridurre i potenziali rischi sia per i pazienti che per gli operatori.

**Uso sicuro delle apparecchiature**
Tra le più frequenti situazioni di rischio per gli operatori e i pazienti ci sono quelle imputabili ad un uso improprio delle apparecchiature. Di seguito sono elencate alcune indicazioni generiche propedeutiche all'utilizzo delle apparecchiature

## 3. Manutenzione delle apparecchiature elettromedicali

Per quanto riguarda la manutenzione delle apparecchiature l'Azienda adotta un modello organizzativo esternalizzato ovvero un controllo affidato a Ditte terze mediante stipula di contratti di manutenzione con i produttori e/o Ditte specializzate. L'attività di manutenzione può essere riferita essenzialmente a due tipologie:

- manutenzione preventiva (Ordinaria)
- manutenzione correttiva o su guasto (Straordinaria)

**La Manutenzione Preventiva (Ordinaria)**
La manutenzione preventiva delle apparecchiature elettromedicali consiste nella verifica periodica del parco tecnologico ospedaliero eseguita a intervalli predeterminati (in accordo con la normativa

vigente) ed è volta a garantire la sicurezza del dispositivo medico, a ridurre la probabilità di guasto, a garantirne il buon funzionamento, nonchè a mantenere le prestazioni originali del bene. Gli interventi vengono effettuati, sulle diverse categorie di apparecchiature, secondo un calendario previsto dal contratto di manutenzione. Il calendario sarà stabilito all'inizio di ogni anno in accordo tra le Ditte preposte alla manutenzione, le Strutture interessate e con la collaborazione della IC, rispettando la periodicità prevista. Il calendario delle manutenzioni preventive deve essere presente nella Struttura. Eventuali variazioni al calendario previsto, a seguito di esigenze organizzative delle Strutture Sanitarie o per impedimenti legati ad altri motivi, dovranno essere comunicate alla IC. I referenti delle Strutture dovranno verificare che gli interventi siano stati effettuati nei tempi previsti dal calendario e comunicare alla IC eventuali dissonanze in modo che questa possa provvedere in base alle esigenze del caso. Le date previste, fissate con le Ditte manutentrici, sono da considerarsi con una tolleranza massima di 10 giorni salvo ulteriori accordi. Eventuali inadempienze o ritardi superiori ai 10 giorni saranno registrati come non conformità.
L'originale del/i rapporti di lavoro dovranno essere consegnati, nel più breve tempo possibile, dal tecnico della Ditta Manutentrice alla IC, in modo che possa proseguire l'iter burocratico, mentre copia degli stessi sarà consegnata al Coordinatore, o suo delegato, che provvederà alla sua archiviazione o in prossimità dell'apparecchiatura o in un dossier dedicato a disposizione di tutto il personale della Struttura. Lo scopo di tutte queste attività è quello di predisporre un "libro macchina" per ogni apparecchiatura che contenga tutti i dati significativi relativi alle varie manutenzioni attraverso il quale sia possibile analizzare la situazione del parco tecnologico nel suo complesso. Per mantenere aggiornato il database delle manutenzioni e verificare la coerenza tra il calendario delle stesse e le verifiche eseguite sulle apparecchiature presenti nelle Strutture Sanitarie, con cadenza annuale si provvederà ad controllo incrociato, a campione, tra la documentazione cartacea/informatica in possesso delle Strutture Sanitarie, eventuali statistiche estrapolate dal database informatico ad opera della IC. Tra le attività manutentive programmate rientrano anche gli interventi per le verifiche di sicurezza elettrica ovvero i controlli atti a mantenere nel tempo l'affidabilità e la sicurezza degli impianti e delle reti elettriche. Tali attività vengono svolte esternalizzate, tramite tecnici qualificati che compilano gli appositi registri annotando date e risultati di ciascuna verifica periodica. Le suddette verifiche sono effettuate con precise cadenze periodiche, come previsto dalle vigenti normative di riferimento, e vengono programmate previo accordo con le Strutture interessate. La manutenzione programmata (bimestrale) sugli impianti di sterilizzazione -autoclavi -gestiti(centrale di sterilizzazione) è affidata a imprese specializzate esterne, con la finalità di rimuovere preventivamente le criticità ricorrenti.
L'attività preventiva è calendarizzata annualmente, con comunicazione delle date ai reparti interessati, che hanno l'indicazione di inoltrare rapidamente il rapporto d'intervento all'Ufficio Tecnico.

**La Manutenzione Correttiva o su guasto**
La manutenzione correttiva è prevista nel caso in cui sia necessario un intervento di riparazione sulle apparecchiature in dotazione. Sono escluse da tale attività tutte le apparecchiature in prova.
Il punto di partenza del processo di manutenzione correttiva è rappresentato dalla rilevazione del guasto o inefficienza dell'apparecchiatura elettromedicale. In questo caso l'operatore sanitario utilizzatore dovrà segnalarlo alla IC con la modulistica in uso, indicando con precisione il tipo di guasto che si è verificato e tutti gli estremi per l'identificazione dell'apparecchiatura non funzionante. Inoltre sarà necessario mettere in segregazione temporanea l'apparecchiatura per evitarne un utilizzo improprio che potrebbe risultare pericoloso per il paziente e lo stesso utilizzatore. Se nel corso dell'intervento si rendesse necessario sostituire un pezzo/componente, non previsto nel contratto di

manutenzione, la Ditta ha l'obbligo di comunicarlo immediatamente all'IC e ad allegare un preventivo di spesa, riportando tutte le informazioni tecniche relative alla manutenzione sul rapporto di lavoro e contemporaneamente dovrà informare la Struttura interessata che l'apparecchiatura non è utilizzabile. Qualora il costo del pezzo/ componente di ricambio non sia economicamente conveniente o i pezzi di ricambio non siano più reperibili sul mercato si procederà alla messa "fuori uso" dell'apparecchiatura. Nel caso in cui i tempi di fermo macchina, a causa di difficoltà nel reperire parti di ricambio o per la necessità di inviare l'apparecchiatura presso altra sede specializzata, dovessero protrarsi oltre i termini stabiliti dai contratti di manutenzione, la IC provvederà a richiedere, per un periodo di tempo limitato, un'apparecchiatura di sostituzione (muletto) per consentire alla Struttura il consueto svolgimento dell'attività sanitaria. Le imprese coinvolte nella manutenzione correttiva hanno modalità e tempistica di intervento prescritte contrattualmente, sono sollecitate ad intervenire con rapidità nel rimuovere le criticità contingenti e devono riportare ogni riscontro rilevato sul rapporto d'intervento.
Gli interventi di manutenzione correttiva o su guasto possono essere eseguiti presso la Casa di Cura oppure presso la/le sedi delle Ditte manutentrici situate all'esterno dell'Azienda.

**Manutenzione presso la Struttura Sanitaria**
Nel caso di apparecchiature che non possono essere movimentate o per le quali è sconsigliabile la movimentazione, la Ditta manutentrice provvederà ad effettuare l'intervento manutentivo presso la Casa di Cura richiedente. La procedura da seguire da parte degli utilizzatori consiste nell'inviare una richiesta alla IC specificando tipologia dell'apparecchiatura e tipo di guasto. Dopo l'attivazione della Ditta manutentrice, un tecnico esterno si recherà presso la Struttura Sanitaria richiedente per effettuare l'intervento. Il tecnico della Ditta dovrà effettuare l'intervento riparatore alla presenza degli utilizzatori e se non si riscontrano ulteriori problemi, la riparazione si conclude con una prova di funzionalità in condizioni di utilizzo(per alcuni tipi di apparecchiature dell'area radiologica, RM, laser è necessario eseguire controlli di qualità o "prove di stato" da parte del Fisico Sanitario). Al termine dell'intervento, se le condizioni operative sono state ripristinate, il tecnico manutentore rilascerà un "rapporto di intervento tecnico" che dovrà essere compilato in ogni sua parte riportando tutti i dati previsti, la descrizione del lavoro svolto ed eventuali parti di ricambio utilizzate, il numero delle ore di lavoro e il numero dei tecnici intervenuti, ognuno dei quali deve apporre la propria firma. Il rapporto di lavoro dovrà essere timbrato e firmato dal referente della Struttura o suo sostituto. Le modalità di consegna e archivio dei rapporti sono le stesse. Non sono accettati rapporti di lavoro non controfirmati dagli utilizzatori. E' possibile che le condizioni operative non siano ripristinate (fermo macchina) nei casi in cui:

- per eseguire la riparazione si rende necessario l'approvvigionamento di parti di ricambio
- il tecnico manutentore a seguito del suo intervento dichiara che l'apparecchiatura non risulta "convenientemente riparabile" rilasciando un rapporto di lavoro
- il tecnico manutentore rileva una difformità rispetto alle normative CEI o qualunque malfunzionamento che potrebbe costituire pericolo per il paziente e/o l'utilizzatore per cui deve provvedere immediatamente ad avvertire il referente della Struttura Sanitaria interessata per impedirne l'utilizzo e segnalare alla IC il tipo di discordanza riscontrata.

**Manutenzione presso sedi esterne**
Per le apparecchiature sanitarie mobili, facilmente trasportabili o per tutte quelle apparecchiature non riparabili in loco (pompe infusionali, aspiratori chirurgici, strumentario chirurgico, ecc...) è previsto

che la riparazione sia effettuata presso la sede esterna della Ditta manutentrice incaricata; in tal caso, la IC provvede a coordinare l'invio dell'apparecchiatura guasta presso il Laboratorio indicato dalla Ditta Esterna che organizza il trasporto. In ogni caso, sarà sempre allegata la richiesta di manutenzione compilata con la stessa modalità previste per l'intervento in loco, corredata dal modulo di decontaminazione. L'apparecchiatura riparata sarà riconsegnata alla Struttura, a cura della Ditta esterna , accompagnata da una bolla che dovrà essere timbrata e firmata dal referente, o suo sostituto, e fatta recapitare alla IC a conferma dell'avvenuta consegna. Nel caso in cui le Strutture utilizzatrici richiedano telefonicamente alla Ditta manutentrice autorizzata, solo per ragioni d'urgenza, un intervento immediato non precedentemente concordato con la IC, occorre informare la IC indicando il tipo di guasto e annotando che la Ditta è già stata contattata o che l'intervento è già stato eseguito. In caso di richiesta di informazioni per particolari esigenze della Struttura richiedente o per sollecitare un intervento non ancora eseguito, gli utilizzatori possono rivolgersi alla IC.

**Fine uso di una apparecchiatura elettromedicale**
Il processo di dismissione di una apparecchiatura di proprietà della Casa di Cura può essere attivato a seguito di esplicita richiesta del Direttore Sanitario o del Responsabile di reparto utilizzatori per mutate esigenze di impiego oppure per innovazione tecnologica o per altre esigenze aziendali. In questo caso, la Struttura dovrà richiedere, con comunicazione scritta l'intervento della Ingegneria Clinica e dell'ufficio acquisti la gestione del fine uso dell'apparecchiatura. La IC, dopo valutazione, effettua una comunicazione di "fine uso" all'ufficio acquisti chiedendo la rimozione dell'apparecchiatura dal reparto.
Si demanda alla IC e alla Direzione Sanitaria l'eventuale nuova assegnazione del bene, se ancora utilizzabile, ad un altro servizio.

**Fuori uso di una apparecchiatura elettromedicale**
Nel caso in cui il tecnico manutentore attesti la non riparabilità, specificandone le motivazioni, di una apparecchiatura di proprietà della Casa di Cura sarà compito della IC, dopo aver effettuato i dovuti accertamenti, dichiararne il fuori uso. Nel caso in cui il preventivo di spesa per la riparazione sia particolarmente esoso, la decisione di porre l'apparecchiatura in "fuori uso" dovrà essere presa collegialmente tra Direzione Strategica, Direzione Sanitaria, Responsabile di reparto e Ingegneria Clinica. L'IC provvederà a predisporre un verbale del "fuori uso" dell'apparecchiatura e ne chiederà la rimozione all'ufficio acquisti. Per la gestione del fuori uso viene utilizzato la modulistica predisposta.

**Smarrimento o furto del bene**
In caso di smarrimento o furto di apparecchiature, il Coordinatore e/o il responsabile di reparto ha l'obbligo di denunciare il fatto presso la Stazione dei Carabinieri o il Commissariato di Polizia più vicino alla Casa di Cura. L'Ingegneria Clinica provvederà alla cancellazione del bene smarrito o sottratto dai contratti di manutenzione e all'aggiornamento del relativo data base informatico.

**Conservazione dei documenti relativi alle apparecchiature**
La conservazione delle copie dei documenti (rapporti di lavoro, verbali di fine uso e fuori uso, bolle di consegna e altri documenti relativi alle apparecchiature) è di competenza dei Referenti delle Strutture; tali documenti devono essere conservati in un luogo accessibile a tutti gli operatori afferenti alla struttura. Gli originali dei rapporti di lavoro e dei verbali di fuori uso sono conservati presso la segreteria della Ingegneria Clinica, in accordo con le normative vigenti, per l'espletamento delle pratiche amministrative necessarie.

**Allegati:**

| | |
|---|---|
| **A.01.05.10.1** | **Elenco Generale di Apparecchi vitali** |
| **A.01.05.10.2** | **Dotazione carrelli di emergenza** |
| **A.01.05.10.3** | **Consegna carrelli per emergenza** |
| **A.01.05.11.1** | **Scheda generica di verifiche di sicurezza** |
| **A.01.05.11.2** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecchiature Rx diagnostici e terapeutici** |
| **A.01.05.11.3** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecchiature per terapia ad onde corte** |
| **A.01.05.11.4** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecchiature per terapia ad ultrasuoni** |
| **A.01.05.11.5** | **Scheda verifiche di sicurezza autoclave** |
| **A.01.05.11.6** | **Scheda verifiche di sicurezza defibrillatore** |
| **A.01.05.11.7** | **Scheda verifiche sicurezza elettrocardiografi e sistemi di monitoraggio** |
| **A.01.05.11.8** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecchi laser terapeutici** |
| **A.01.05.11.9** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecchi microonde radar** |
| **A.01.05.11.10** | **Scheda verifiche di sicurezza pompa di infusione** |
| **A.01.05.11.11** | **Scheda verifiche di sicurezza potenziali evocati** |
| **A.01.05.11.12** | **Scheda verifiche di sicurezza sistemi di monitoraggio del paziente** |
| **A.01.05.11.13** | **Scheda verifiche di sicurezza sistemi elettromedicali** |
| **A.01.05.11.14** | **Scheda verifiche di sicurezza stimolatori neuromuscolari** |
| **A.01.05.11.15** | **Scheda verifiche di sicurezza ventilatori polmonari** |
| **A.01.05.11.16** | **Scheda di non conformità** |
| **A.01.05.12.1** | **Scheda di collaudo e accettazione di nuova A.E.M.** |

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

CASA DI CURA ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATA
**"VILLA VERDE - Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l.**
*Terapia Intensiva Gravi Cerebrolesioni Acquisite – Neuroriabilitazione (cod. 75) – Psichiatria*
**Lecce**

# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 4

## COMPETENZE DEL PERSONALE

*Via Monteroni 222 - Telefono 0832 224111 - Fax 0832 224141 - E-mail: villa.verde@libero.it - PEC: villa.verde@pec.it - C.F. e Partita IVA 01983380757*

# CRITERIO: 4

# COMPETENZE DEL PERSONALE

## REQUISITO: 4.1
## La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

***EVIDENZA: 4.1.1*** ***Esistenza di un Piano di Formazione che prevede:***

a. ***individuazione di un responsabile per la formazione;***
b. ***definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione e valutazione sistematica dei fabbisogni formativi*** *(D.M. 70 Allegato 1-5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)****, programmazione delle attività formative;***
c. ***l'impostazione per ciascun operatore di un dossier formativo che contenga una valutazione delle credenziali, un resoconto aggiornato delle attività formative sostenute e un programma di mantenimento delle competenze;***
d. ***coinvolgimento degli operatori nelle programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;***
e. ***formazione su tematiche che riguardano innovazioni tecnologiche ed organizzative e l'inserimento di nuovo personale*** *(D.M. 70 Allegato 1-5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)****, competenze relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione) e tematiche per la promozione della salute rivolta ai pazienti ai loro famigliari e al personale (patto la salute 2014-2016 - indicazioni OMS);***
f. ***modalità di condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;***
g. ***verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider.***

***EVIDENZA: 4.1.2*** ***Esistenza di una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti ed a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.***

# REQUISITO: 4.2
# Inserimento e Addestramento di Nuovo Personale

***EVIDENZA: 4.2.1*** ***Pianificazione e programmazione per il nuovo personale (neo/assunto/trasferito), compreso quello volontario in attività di:***

***a) accoglienza;***
***b) affiancamento/addestramento;***
***c) valutazione dell'idoneità al ruolo;***
***d) formazione sul rischio clinico ed occupazione entro il 1° anno.***

**CRITERIO: 4 COMPETENZE DEL PERSONALE**

**REQUISITO: 4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica**

***EVIDENZA: 4.1.1 Esistenza di un Piano di Formazione che prevede:***

***a. individuazione di un responsabile per la formazione;***

***b. definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione e valutazione sistematica dei fabbisogni formativi*** *(D.M. 70 Allegato 1-5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)****, programmazione delle attività formative;***

***c. l'impostazione per ciascun operatore di un dossier formativo che contenga una valutazione delle credenziali, un resoconto aggiornato delle attività formative sostenute e un programma di mantenimento delle competenze;***

***d. coinvolgimento degli operatori nelle programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;***

***e. formazione su tematiche che riguardano innovazioni tecnologiche ed organizzative e l'inserimento di nuovo personale*** *(D.M. 70 Allegato 1-5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello)****, competenze relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione) e tematiche per la promozione della salute rivolta ai pazienti ai loro famigliari e al personale (patto la salute 2014-2016 - indicazioni OMS);***

***f. modalità di condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;***

***g. verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider.***

Occorre premettere che la Casa di Cura pianifica e valuta periodicamente la necessità di risorse umane, tecnologiche, strutturali e finanziarie necessarie per conseguire gli obiettivi strategici e favorire il continuo miglioramento dell'attività dell'Azienda.
Per ciò che attiene alle risorse umane, il fabbisogno di personale di cui la Casa di Cura necessita, in rapporto al volume ed alla tipologia delle attività svolte, è definito secondo criteri "numerici", "per posizione funzionale" e per "qualifica".
Il suddetto fabbisogno, avuto riguardo alla struttura organizzativa della Casa di Cura "Villa Verde" si sintetizza come appresso indicato:

**PERSONALE CON RESPONSABILITA'APICALE**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Direttore Sanitario | 1 | Tempo Pieno |
| Coordinatore Responsabile di Raggruppamento A | 1 | Tempo Pieno |
| Responsabile di U.O. di Degenza di Terapia Intensiva p Gravi Cerebrolesioni acquisite (T.I.G.C.A.) | 1 | Tempo Pieno |
| Responsabile di U.O. di Degenza di Neuroriabilitazio (cod. 75) | 1 | Tempo Pieno |
| Responsabile di U.O. di Degenza di Psichiatria | 1 | Tempo Pieno |

**PERSONALE MEDICO DELLE UNITÀ DI DEGENZA**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Medici | 18 | Tempo Pieno 9<br>Rapporto Lib. Profession. 9 |

**PERSONALE NON MEDICO LAUREATO NELLE UNITÀ DI DEGENZA**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Psicologi | 2 | Tempo Pieno |

**PERSONALE INFERMIERISTICO**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Coordinatore Caposala con funzioni di Coordin. Inferm. | 1 | Tempo Pieno |
| Coordinatore Caposala | 3 | Tempo Pieno |
| Infermieri | 32 | Tempo Pieno |

**PERSONALE DI ASSISTENZA SOCIALE**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Assistente Sociale | 2 | Tempo Pieno |

**PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Fisioterapista | 7 | Tempo Pieno |
| Logopedista | 2 | Tempo Pieno |

**PERSONALE O.T.A. – O.S.S.**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| O.T.A. | 1 | Tempo Pieno |
| O.S.S. | 15 | Tempo Pieno |

**PERSONALE AUSILIARIO**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Ausiliario | 2 | Tempo Pieno1<br>Tempo Parziale 1 |

**PERSONALE DI ANIMAZIONE**

| **Posizione funzionale** | **N. ro** | **Tipo di contratto** |
|---|---|---|
| Animatore | 1 | Tempo Parziale |

**SERVIZIO AMBULATORIALE DI ELETTRONEUROFISIOPATOLOGIA**

| | | |
|---|---|---|
| Medici | 1 | Tempo Pieno |
| Tecnico di Neurofisiopatologia | 1 | Tempo Pieno |

**SERVIZIO DI RADIOLOGIA**

| | | |
|---|---|---|
| Medici | 2 | Tempo Parziale |
| Tecnico di Radiologia Medica | 1 | Tempo Parziale |

**SERVIZIO DI LABORATORIO ANALISI**

| | | |
|---|---|---|
| Biologo Responsabile | 1 | Tempo Pieno |
| Biologo | 2 | Rapporto Lib. Professionale |
| Tecnico di Laboratorio Analisi | 1 | Tempo Pieno |

**SERVIZIO DI FARMACIA**

| | | |
|---|---|---|
| Farmacista Responsabile | 1 | Tempo Parziale |
| Commesso Magazziniere | 1 | Tempo Pieno |

**UFFICI AMMINISTRATIVI**

| | | |
|---|---|---|
| Dirigente | 1 | Tempo Parziale |
| Impiegati | 4 | Tempo Pieno 2<br>Collaborazione Coor. e Cont. 2 |

**SERVIZIO DI CUCINA**

| | | |
|---|---|---|
| Cuoca | 1 | Tempo Pieno |
| Aiuto Cuoca | 4 | Tempo Pieno 3<br>Tempo Parziale 1 |

**SERVIZI GENERALI (**Portineria, centralino, servizi generali vari)

| | | |
|---|---|---|
| Centralinista Portiere | 3 | Tempo Pieno |
| Ausiliario Socio Sanitario | 1 | Tempo Pieno |

**SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI RISCHI – INGEGNERIA CLINICA**

| | | |
|---|---|---|
| Ingegnere | 1 | Rapporto di Collaborazione |

Per tutte le tipologie di Personale previste nel sopraindicato Fabbisogno, la Direzione della Casa di Cura, in ottemperanza a quanto disposto dalla normativa vigente (la quale stabilisce che le prestazioni sanitarie siano erogate nel rispetto dei ruoli, delle funzioni e delle competenze riconosciute per legge) ha stabilito i relativi requisiti di qualificazione come appresso indicato:

| Qualifica | Profilo Professionale e Funzionale |
|---|---|
| Responsabile di Raggruppamento | E' il dirigente nominato dalla Direzione, laureato in Medicina e Chirurgia, in possesso della specializzazione del settore, iscritto all'Ordine dei Medici, che svolge attività di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo. |
| Personale Medico | E' laureato in Medicina e Chirurgia, in possesso della specializzazione del settore in cui opera, iscritto all'Ordine dei Medici. |
| Personale non Medico Laureato | E' in possesso del Diploma di Laurea del settore di appartenenza, iscritto al proprio Ordine, svolge attività professionale. |
| Coordinatore infermieristico | Capo Sala, Coordinatore, in possesso del corrispondente diploma di laurea o equipollente, iscritto all'Albo Professionale, in possesso del titolo abilitante alle funzioni di coordinamento e che coordina il personale infermieristico. |
| Collaboratori sanitari professionali | Infermiere in possesso del corrispondente diploma di laurea o equipollente, iscritto all'Albo Professionale. |
| Direttore Sanitario | E' laureato in Medicina e Chirurgia, in possesso della specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, iscritto all'Ordine dei Medici. |
| Personale Tecnico sanitario | Tecnico di laboratorio, tecnico di radiologia, tecnico di neurofisiopatologia in possesso dei corrispondenti diplomi di laurea o equipollenti, iscritti all'Ordine Professionale |
| Personale della Riabilitazione | Fisioterapista palestra neuromotoria, Fisioterapista motoneurolesi e riabilitazione, Logopedista, Educatori professionali in possesso del corrispondente diploma di laurea o equipollente, iscritti all'Ordine Professionale. |
| Assistenti Sociali | Assistente Sociale, in possesso del corrispondente diploma di laurea o equipollente, iscritto all'Albo Professionale. |

| | |
|---|---|
| Personale O.T.A. – O.S.S. | Operatore in possesso di diploma regionale, cui sono affidate mansioni tecnico-assistenziali in base al relativo profilo. |
| Ausiliario | Operatore che ha assolto l'obbligo scolastico cui sono affidate mansioni tecnico-esecutive. |
| Amministrativo | In possesso dei requisiti previsti dallo specifico profilo professionale. Cura la gestione delle procedure e degli atti amministrativi attinenti le U.D.D./SERVIZI. |

La Casa di Cura Villa Verde dichiara e documenta, attraverso atti notori a firma dei professionisti, che nell'ambito delle proprie Unità Operative e Servizi non opera personale dipendente dal S.S.N., anche per prestazioni riferite a branche di attività erogate al di fuori del rapporto con il S.S.N. (criterio dell'assenza di incompatibilità).

Premesso quanto sopra la Direzione della casa di Cura ha disciplinato nel modo che segue l'aspetto "Formazione – Aggiornamento" con

## LA PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA FORMAZIONE

Le risorse umane sono ritenute la chiave del successo aziendale. Senza il loro coinvolgimento e la loro costante motivazione, l'efficacia e l'efficienza dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie non possono migliorare, e la capacità di tradurre in innovazioni organizzative ed operative le indicazioni strategiche della Direzione viene così meno.
In questo paragrafo la Casa di Cura definisce le modalità utilizzate per la gestione della Formazione-Aggiornamento del personale, per poter assicurare a tutti i livelli occupazionali competenza e professionalità adeguate allo svolgimento della propria funzione e nel rispetto delle vigenti normative di sicurezza sul lavoro.
L'Ufficio Formazione del Personale (FDP) il cui responsabile è il Direttore Sanitario, in collaborazione con la Direzione Amministrativa, con i Responsabili delle Unità di Degenza o Servizi, ognuno nell'ambito della propria competenza, ha il compito di programmare, organizzare e gestire la Formazione-Addestramento del personale, anche alla luce del programma ECM.
L'Ufficio Formazione del Personale, quindi, in accordo con tutte le funzioni aziendali interessate, provvede a:

- pianificare la Formazione-Addestramento
- verificare i risultati
- registrare tali attività

La Casa di Cura ritiene necessaria e strategica la Formazione-Aggiornamento nei seguenti casi:

- personale di nuova assunzione
- personale destinato a nuove mansioni
- acquisto ed utilizzo di nuove apparecchiature
- ECM.

La Formazione/Aggiornamento (organizzata internamente o esternamente alla Casa di Cura) viene effettuata sotto forma di:

- riunioni informative

- periodi di affiancamento
- corsi di formazione e/o aggiornamento interni/esterni
- altre forme didattiche

Per assicurare la documentazione delle qualifiche professionali dei dipendenti e per registrare le attività di formazione e aggiornamento, l'Ufficio del Personale predispone per ciascun dipendente una "***Scheda Individuale del Personale"*** in cui vengono riportati i seguenti dati:

- Cognome e nome
- Data di nascita
- Titolo di studio e eventuali attestati professionali
- Specializzazioni
- Data di assunzione
- Percorso professionale in Azienda (qualifiche, Unità Operative, ecc.)
- Sinossi della formazione eseguita annualmente e eventuali note dell'Ufficio Personale o dell'FDP

Attraverso tale scheda vengono individuate tutte le conoscenze necessarie allo svolgimento della mansione affidata, rilevato il grado di professionalità e preparazione specifica in possesso della persona, suggerimenti di interventi formativi ritenuti opportuni e l'efficacia degli interventi formativi ricevuti.
Le schede che sono presso l'Ufficio del Personale, vengono consegnate al responsabile dell'Ufficio Formazione affinché possa definire le necessità di formazione integrativa annuale.
La ***Scheda Individuale del Personale*** di ogni dipendente della Casa di Cura, viene compilata all'assunzione, al cambio di mansione e comunque vengono aggiornate ogni ***18 mesi*** dal Responsabile dell'Ufficio del Personale.
La scheda individuale ha il seguente schema:

| | |
|---|---|
| **Cognome:** _____<br>**Nome:** _____ | |
| Data di nascita _____ Luogo di nascita _____<br>_____ | |
| Residente a _____ in Via/Piazza<br>_____<br>Recapiti telefonici _____ _____ | |
| Data assunzione _____ | Matricola _____ |
| **Qualifica:** _____ | Cambio qualifica_____ Data_____ |

| **Rapporto di lavoro**: | **Precedenti esperienze lavorative**: |
|---|---|
| ♦ A tempo indeterminato dal _____/_____/_____ | ♦ Contratti Ns. Azienda |
| ♦ A tempo determinato (incarico mesi _____) | ♦ Altre Strutture |
| ♦ Altro | ♦ Primo impiego |

**Titolo di studio:**

♦ Scuola dell'obbligo ♦ Scuola Superiore – Diploma di Maturità

♦ Diploma Prof. Scuola Regionale ♦ Laurea I Livello ♦ Laurea quinquennale

♦ Specializzazione _____ ♦ Specializzazione _____

♦ Specializzazione _____ ♦ Specializzazione _____

♦ Laurea Specialistica _____ ♦ Altro _____

NOTE: _____

_____

_____

_____

FIRMA: _____

**ELENCO PARTECIPAZIONE EVENTI/CORSI**

| Anno | Titolo | Crediti ECM | N. ore | Sede evento/corso |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

In base alle necessità, l'FDP, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, predispongono un Piano di Formazione-Aggiornamento triennale.
La pianificazione annuale di Formazione-Aggiornamento è validata nell'ambito della Verifica e Miglioramento Qualità (VMQ).

Nella scheda ***"Piano Formativo Aziendale" (Allegato A.01.03.03.3)*** vengono indicati:

- Soggetto/i partecipanti alla formazione-aggiornamento;
- tipo di formazione-aggiornamento (corso interno, corso esterno, affiancamento);
- titolo del corso oggetto della formazione-aggiornamento;
- luogo e data di effettuazione prevista;
- crediti ECM eventuali

Per tutto il personale è previsto, prima dell'impiego nella Casa di Cura un programma di formazione introduttivo durante il quale vengono illustrati:

- informazione e formazione relativi ai rischi connessi con l'attività lavorativa specifica del lavoratore;
- aspetti di carattere tecnico-specifico riferiti alla mansione che dovrà svolgere;
- aspetti di carattere manuale per l'utilizzo di attrezzature e strumentazioni utilizzate nello svolgimento delle attività lavorative;
- norme e regole di comportamento (codice deontologico relativo a ciascuna professione sanitaria);
- il sistema di qualità aziendale e suoi requisiti;
- struttura, responsabilità e prescrizioni.

Il programma introduttivo viene svolto in collaborazione fra i Responsabili della Gestione del Personale ed il RSPP (Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione).

Dopo il programma teorico, il personale da adibire alla nuova attività viene affiancato a personale esperto per l'istruzione pratica affinché possano essere trasferite le conoscenze necessarie e valuto il livello di capacità ed il grado di apprendimento, specialmente nel caso di nuove mansioni o di utilizzo di nuove strumentazioni e/o metodiche.
Sia per il nuovo personale, sia per chi viene adibito a nuova mansione, il Responsabile della Formazione in collaborazione con il Responsabile della funzione o reparto di pertinenza deve individuare le eventuali necessità formative che andranno annotate sulla ***Scheda individuale del Personale.***
Nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative, il personale che viene assegnato all'esecuzione di tali nuove attività o processi, viene preventivamente ed adeguatamente formato/aggiornato, tramite programmi introduttivi specifici, corsi di formazione interni o esterni, al fine di istruire ad un uso corretto delle nuove tecnologie o metodiche che dovranno essere applicate o utilizzate.
Il personale assegnato all'esecuzione di attività di lavorazione e controllo che richiedano conoscenze o qualifiche particolari, viene adeguatamente addestrato tramite programmi introduttivi specifici, durante i quali viene insegnato l'uso corretto delle procedure operative e delle istruzioni di lavoro, e vengono descritte le norme applicabili.

Nel caso di istituzione di una squadra di Primo Intervento, i relativi addetti devono conseguire idonea abilitazione rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco.
I documenti di registrazione della formazione-aggiornamento formano parte integrante della ***Scheda individuale del Personale*** e ne seguono il processo di archiviazione fino a ***10 anni*** dopo l'interruzione del rapporto di lavoro.

Nel dettaglio, l'Ufficio Formazione del Personale, nello svolgimento delle sue funzioni in materia di formazione, seguirà puntualmente quanto previsto nelle Linee Guida di seguito riportate, che descrivono in maniera compiuto l'intero percorso formativo del dipendente all'interno della Casa di Cura.

## GESTIONE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE

## 1. OGGETTO E SCOPO

### 1.1 Oggetto

La presente procedura definisce l'organizzazione di tutte le attività inerenti l'individuazione delle necessità di informazione, formazione, addestramento e qualificazione, nonché la loro pianificazione, attuazione e registrazione per tutto il personale avente diretta influenza sulla qualità organizzativa, clinica e assistenziale.

### 1.2 Scopo

Scopo della presente procedura è di garantire che:
a) le attività siano svolte da personale qualificato;
b) sia assicurato il mantenimento e l'aggiornamento delle competenze educative, relazionali e tecniche del personale;
c) sia garantita l'acquisizione dei crediti formativi per il personale della struttura così come previsto dalla legislazione vigente in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM);
d) il livello di addestramento sia adeguato a perseguire gli obiettivi indicati nella Politica per la Qualità della Struttura;

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutte le Unità Operative, Servizi e Uffici e a tutto il personale operante a qualsiasi titolo nella Casa di Cura "Villa Verde" relativamente a tutte le attività di formazione organizzate sia internamente che esternamente.

## 3. RIFERIMENTI

✓ Normativa vigente del Ministero della Salute (Educazione Continua in Medicina) D. Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.
✓ Regolamento n. 3/2010 della Regione Puglia "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie"
✓ D. Lgs. 81/08 "Testo unico in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro"

- ✓ UNI EN ISO 9001:2008 "Sistemi di gestione per la qualità"
- ✓ Regolamento interno

## 4. RESPONSABILITÀ

La responsabilità per la diffusione della presente procedura è del Direttore Generale.

## 5. DEFINIZIONI

➢ **Formazione (F):** Processo permanente finalizzato a costruire un progetto professionale che tiene conto dell'esperienza e si realizza attraverso l'addestramento e/o l'aggiornamento e/o la qualificazione.

➢ **Informazione (I):** Generale trasferimento di informazioni di tipo nozionistico, teorico, tecnico.

➢ **Formazione e Informazione interna:** Corso tenuto da docente interno.

➢ **Formazione e Informazione esterna:** Corso tenuto da docenti esterni.

➢ **Addestramento (A):** Acquisizione di abilità relazionali, educative e tecniche (sapere, saper essere e saper fare) idonee ad una funzione ben definita e precisa, che prima non erano considerate utili e/o pertinenti.

➢ **Qualificazione (Q):** Esecuzione di prove (esami o verifiche) specifiche per la verifica dell'efficacia dell'addestramento comprovata dal giudizio di idoneità conseguente ad una valutazione attuata secondo criteri stabiliti.

➢ **Aggiornamento**: Acquisizione di abilità coerenti con l'evoluzione tecnica, scientifica e organizzativa, in una parola "professionale"; attraverso l'aggiornamento il professionista adegua le proprie competenze, in genere sviluppando la dimensione educativa, relazionale e tecnica della professione.
L'aggiornamento si caratterizza come fatto prevalentemente individuale i cui strumenti sono:
- ✓ la letteratura e la documentazione scientifica
- ✓ il benchmarking strutturato
- ✓ i confronti nei convegni e congressi
- ✓ le frequenze mirate presso centri specializzati
- ✓ i briefing (incontri) per discutere i casi clinici
- ✓ la ricerca attraverso studi o condotta secondo i dettami dell'EBM, EBN (implementazione di linee guida, procedure, percorsi diagnostico-terapeutici).

➢ **Competenza:** le capacità, le qualità, le conoscenze e l'esperienza necessarie nelle tre dimensioni professionali (ruolo educativo, relazionale e tecnico).

➢ **Professionalità:** Mix di competenza (sapere), capacità (saper fare), atteggiamenti (saper essere).

➢ **Stato di formazione:** stato delle conoscenze, delle competenze e delle autorizzazioni alle attività

di tutti gli operatori della Struttura o di tutti gli operatori di una determinata categoria professionale.

- **Formazione tecnologica:** addestramento all'utilizzo delle attrezzature.
- **ECM:** Educazione Continua in Medicina.

- **A.D.:** Amministratore Delegato

- **DG:** Direttore Generale.

- **DS:** Direttore Sanitario.

- **RP:** Responsabile del Personale.

## 6. CONTENUTO

### 6.1 Identificazione delle necessità aziendali

#### 6.1.1 Descrizione delle Posizioni e delle Funzioni Aziendali

***Job description***
Per ciascuna posizione organizzativa prevista dall'organigramma della struttura esiste un'apposita declaratoria funzionale indicata nel mansionario che descrive: rapporti funzionali, competenze e responsabilità.

***Fascicolo personale***
Per ogni persona che collabora con la Casa di Cura viene predisposto un fascicolo personale che è archiviato, conservato e aggiornato presso la Direzione Sanitaria per il personale medico e presso l'Ufficio del Personale per le restanti categorie professionali.
Nei fascicoli dei dipendenti, l'Ufficio del Personale provvede ad archiviare tutta la documentazione attestante la formazione ricevuta.

***Stato di formazione***
Periodicamente il Responsabile del personale valuta e riferisce alla Direzione lo **Stato di formazione** dei dipendenti della struttura: competenze professionali a disposizione e analisi della situazione dei crediti formativi conseguiti.

#### 6.1.2 Valutazione del fabbisogno complessivo di personale

Ogni anno la Direzione, per mezzo dell'Ufficio del personale, esamina:
1. il fabbisogno complessivo di personale sulla base dei volumi e della tipologia delle attività previste;
2. il fabbisogno di formazione del personale sulla base dei requisiti previsti dalla normativa in materia di accreditamento/ECM ed in funzione del conseguimento degli Obiettivi per la Qualità stabiliti.

### 6.2 Formazione pianificata e comunicazione agli interessati

### 6.2.1 Definizione dei Programmi di formazione

Il Responsabile del Personale, sulla base degli **Stati di formazione** e dell'analisi del fabbisogno formativo (che avviene generalmente somministrando al personale il **Questionario di rilevazione del fabbisogno formativo**), definisce con la Direzione il **Programma annuale di Formazione,** stabilendo la pianificazione dei corsi necessari ed i destinatari della formazione stessa.

Una volta definito il Programma di Formazione, il Responsabile del Personale prepara una proposta di budget, avendo cura di suddividere la formazione obbligatoria per legge (es. D. Lgs. 81/08) da quella non obbligatoria e di prevedere anche un opportuno stanziamento per la formazione non pianificata, in funzione anche della complessità clinica, organizzativa e assistenziale della Struttura, che dovrà poi essere investito nel corso del periodo di competenza del budget.

### 6.2.2 Definizione e comunicazione dei Piani di formazione

Per ciascun corso approvato viene predisposto dal Responsabile del Personale un **Piano di formazione**; il Piano contiene tutte le indicazioni relative alla tipologia del corso, alla tempistica, al personale coinvolto (sia in qualità di docente sia in qualità di soggetto da formare), al tutor nel caso di addestramento e definisce anche le modalità da attuare per la valutazione dell'apprendimento (che può avvenire con test di verifica, colloquio, prova pratica, etc) e quindi dell'efficacia complessiva dell'evento formativo.
La comunicazione del piano di formazione al personale avviene almeno 15 giorni prima dell'evento quando le date sono già individuate con precisione.

### 6.2.3 Formazione tecnologica

In caso di introduzione di nuove apparecchiature, che per le componenti o per la novità tecnologica richiedono una formazione e addestramento all'uso, sono organizzati degli incontri di formazione ed addestramento con i tecnici delle ditte fornitrici.

### 6.2.4 Formazione medica permanente

La formazione medica permanente è in capo alle singole équipe mediche incaricate dei diversi servizi che a ciò sono tenute per rispetto delle linee guida delle società scientifiche, delle leggi nazionali vigenti e da espliciti dettami inseriti nei contratti che ne regolano la collaborazione con la Casa di Cura.

### 6.3 Formazione non pianificata

Questo tipo di formazione è rappresentata da varie iniziative non programmabili e di breve durata che si rendono necessarie di volta in volta in conseguenza di esigenze aziendali, episodi e/o richieste di chiarimenti da parte degli Operatori.
In caso di formazione non pianificata il Responsabile del Personale presenta proposta alla Direzione per l'approvazione.

### 6.4 Attuazione della formazione e qualificazione

Le attività di formazione vengono eseguite secondo le modalità, i tempi, nella sede e da parte dei docenti così come definito nei Piani di formazione.
L'organizzazione della qualificazione è definita dal Responsabile del Personale e sii effettua con applicazione di quanto previsto dal Piano di formazione; a valutazione avvenuta viene aggiornato, se del caso, anche il dossier del personale e lo stato di formazione.
Ai partecipanti ai corsi di formazione viene, inoltre, proposto un questionario di valutazione della qualità percepita dell'attività formativa utilizzando apposito modello ministeriale (**Questionario valutazione corso**).

### 6.5 Incontri a scopo formativo - informativo e riunioni

Gli Operatori, previamente autorizzati dai propri responsabili, che indicono riunioni in struttura sono responsabili di darne comunicazione agli interessati. A riunione conclusa gli stessi Operatori compilano il **Verbale di riunione** riportando gli argomenti discussi, le decisioni assunte e raccogliendo le firme degli intervenuti.

### 6.6 Corsi e seminari non organizzati dalla Casa di Cura

La partecipazione a corsi, seminari, convegni, congressi non organizzati dalla struttura è da considerarsi formazione e può essere di tipo pianificata e di tipo non pianificata, pertanto le modalità di pianificazione, autorizzazione e attuazione sono quelle indicate rispettivamente nei paragrafi 6.2 e 6.4. In ogni caso il dipendente deve dimostrare la partecipazione al corso presentando il relativo attestato, nel caso tale attestato non sia previsto dagli organizzatori farà fede la scheda di iscrizione.

### 6.7 Neoassunti o cambio di mansione

Per il personale neo assunto o destinato a nuove funzioni, sulla base delle informazioni contenute nel mansionario, si applica la **Procedura Inserimento del Personale** aggiornando tutti i documenti previsti ed attuando la formazione con le responsabilità interessate.
Per il personale sanitario di nuovo inserimento, l'Ufficio del Personale predispone piani di inserimento e **Schede di valutazione** per i diversi ruoli ricoperti. Al termine della valutazione nel periodo di prova eventuali debiti formativi, non pregiudicanti la prosecuzione del rapporto di lavoro, sono oggetto di attività di formazione pianificata e registrata su apposito modulo **Pianificazione e registrazione formazione interna**. Tale attività è svolta da apposito personale individuato come Tutor formatore.

**Obiettivi 0-3 mesi (infermieri neo-assunti)**
L'infermiere neo-assunto al termine di questo periodo dovrebbe aver acquisito:
- conoscenza della struttura azienda: ruoli e figure (Direzione Generale, Direzione Sanitaria, ecc.);
- conoscenza piena del percorso del paziente durante la degenza all'interno della Casa di Cura, dall'accettazione alla dimissione;
- conoscenza delle figure e dei servizi complementari alla gestione delle attività del Reparto (radiologia, laboratorio analisi, fisioterapia, psicologia, cucina, manutenzione, consulenze esterne, ecc.).

Il personale neo-assunto ed il personale di nuova assegnazione al termine di questo periodo dovrebbe aver acquisito:
o conoscenza del percorso (PDT) che il paziente vive all'interno dell'Unità Operativa (dall'accettazione alla dimissione) considerando che tutta la modulistica relativa al paziente ed alla sua permanenza durante la degenza (cartella infermieristica, diaria per i parametri vitali, diaria per i test glicemici, scheda per terapia, planning giornaliero in UTI, ecc.);
o conoscenza della tipologia di paziente e della tipologia di patologie trattate nell'Unità Operativa con le relative sintomatologie tipiche ed atipiche e le procedure assistenziali applicate nella stessa Unità Operativa;
o autonomia nella presa in carico del paziente che arriva al momento del ricovero in regime di elezione.

**Obiettivi 3-6 mesi (soprattutto per i neo-assunti)**
L'infermiere neo-assunto al termine di questo periodo dovrebbe aver acquisito:
o autonomia nella gestione dei PDT del paziente all'interno dell'Unità Operativa (dall'accettazione d'ingresso alla dimissione);
o essere in maniera attiva e propositiva parte integrante nel gruppo di lavoro all'interno dell'équipe dell'Unità Operativa, condividendo con tutte le figure professionali un buon rapporto di condivisione nel rispetto dei ruoli e delle competenze;
o autonomia nel gestire il problem solving. Capacità di identificazione del problema, pianificazione, attuazione delle azioni e valutazione del risultato.

### 6.8 Registrazione della formazione e conservazione della documentazione

Tutti i programmi di formazione avvenuti, siano di informazione, di addestramento o di qualificazione - pianificati o non - sono registrati su apposito **Piano di formazione** che riporta i destinatari, i contenuti, i docenti, la data, gli orari e il luogo di effettuazione e sul quale sono raccolte le firme dei partecipanti.
Il Piano di formazione viene, quindi, archiviato PRESSO L'Ufficio del Personale.
E' cura del Responsabile del Personale aggiornare il fascicolo personale dei partecipanti al percorso formativo.
Il Responsabile del Personale archivia e conserva tutti i moduli e le registrazioni di pertinenza.
Le necessità formative delle risorse umane della Casa di Cura, da realizzarsi nel pieno rispetto delle su riportate Linee Guida, sono esplicitate – per il triennio 2020 – 2022 nel seguente Piano Formativo Aziendale, che contiene, tra l'altro, gli Obiettivi Generali, quelli Specifici e quelli Formativi Strategici da conseguirsi nel triennio 2020 – 2022:

## PIANO FORMATIVO AZIENDALE

E' noto che nelle strutture sanitarie la qualità e la formazione permanente del personale rivestano un'importanza cruciale nel processo di evoluzione costante dei servizi offerti per la salute. La continua attenzione alle persone è oggi una condizione primaria per garantire la qualità delle cure, sia in termini tecnico-scientifici che umani.

La formazione del personale sanitario rappresenta uno dei principali sistemi di sostegno della politica sanitaria odierna. L'approccio formativo centrato sui problemi prioritari stabilisce una forte e dinamica connessione tra la formazione del personale sanitario e la realtà operativa. D'altro canto, la realtà, a sua volta, pone anche problemi di qualità; problemi connessi alle strategie operative, all'organizzazione del lavoro, alla gestione delle risorse professionali, tecnologiche ed economiche.
Il presente piano formativo ha lo scopo di consentire l'identificazione delle esigenze di formazione e addestramento di tutto il personale della Casa di Cura "Villa Verde" per impostare e attuare gli interventi formativi per creare le condizioni materiali e comportamentali sempre più favorevoli a che l'intero sistema possa e debba produrre più qualità, più professionalità, più appropriatezza e più sicurezza attraverso il miglioramento continuo delle prestazioni erogate anche in relazione alla complessità della funzione assistenziale multiprofessionale e multidisciplinare.
Si riferisce all'aggiornamento professionale di tutte le Unità Operative, dei servizi, di tutte le funzioni e a tutto il personale della Casa di Cura, funzionale alla promozione generalizzata dei seguenti aspetti pregnanti che caratterizzano intrinsecamente il concetto stesso di "qualità" applicato ai servizi sanitari:

1. Efficacia attesa – capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute delle persone a cui è rivolto, quand'esso venga effettuato in condizioni standardizzate e controllate (studi clinici controllati e randomizzati);
2. Appropriatezza – grado di utilità della prestazione rispetto al problema sanitario ed allo stato delle conoscenze (coerenza tra bisogno/domanda/offerta);
3. Accettabilità – grado di apprezzamento dell'intervento o del servizio in relazione alla coerenza con i principi morali validi a livello sociale;
4. Soddisfazione degli utenti – capacità di produrre i risultati secondo modalità ed esiti effettivamente accettati dai riceventi;
5. Efficacia pratica – risultati ottenuti dall'applicazione dell'intervento in condizioni reali;
6. Efficacia – capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile;
7. Accessibilità – capacità di assicurare gli interventi adeguati a tutti coloro che ne hanno veramente bisogno (omogeneità delle prestazioni, equità di accesso);
8. Competenza tecnica – livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle tecnologie disponibili e delle abilità professionali.

**Il programma nazionale di Educazione Continua in Medicina**

Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali e i Piani Sanitari Regionali hanno dato grande risalto alla formazione come componente qualificante delle professioni sanitarie.
Il decreto legislativo 229/99 ha precisato l'assetto normativo del Servizio sanitario nazionale anche in materia di formazione, introducendo nel testo del decreto 502/92 l'articolo 16-bis, che definisce gli obiettivi e i contenuti della **formazione continua** e distingue le attività di **aggiornamento professionale** da quelle di **formazione permanente**, e l'articolo 16-ter, che istituisce la **Commissione nazionale per la formazione continua.**
Nei primi anni di attività la Commissione nazionale ha dato l'avvio al programma nazionale di **Educazione Continua in Medicina (ECM)**, definendo contestualmente gli **obiettivi formativi** di interesse nazionale, i **crediti formativi** che devono essere complessivamente maturati dagli operatori del Servizio sanitario nazionale in un quinquennio, i criteri e gli strumenti per l'**Accreditamento** e la valutazione delle esperienze formative.

La fase sperimentale del programma nazionale ECM, caratterizzata dallo svolgimento di **eventi formativi (EF)** preventivamente accreditati, si è da anni ed ora il sistema è "a regime".
Con l'avvio della "fase a regime" è stata introdotta una nuova tipologia di attività residenziale: il **Progetto formativo aziendale (PFA)** consistente in un insieme di eventi formativi, tra loro anche diversi per tipologia, ma integrati in un percorso coordinato e razionale, rivolti ad una, o tutte le categorie sanitarie professionali che operano nell'Azienda che lo propone. Esso è esclusivamente riservato al personale dipendente o convenzionato con la stessa Azienda; l'insieme degli eventi che lo compongono sono accreditati come unico evento.

**Orientamenti e obiettivi della formazione aziendale**

In coerenza con le disposizioni nazionali e regionali prima riportate, e in continuità con le esperienze realizzate in questa Azienda negli anni precedenti, questa Direzione intende confermare la promozione di iniziative formative che:

- siano ispirate ai **principi** adottati e ai **criteri** emanati dalla **Commissione Nazionale per la formazione continua**;
- siano adeguate agli **obiettivi formativi** di **interesse nazionale** stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e fatti propri dalla Commissione stessa **(allegato A**, che riproduce documentazione consultabile nel sito internet http://ecm.sanita.it**)**;
- abbiano, di conseguenza, i requisiti per **l'accreditamento** nell'ambito del **progetto di Educazione Continua in Medicina**;
- siano coerenti con la **"mission"** e con le **politiche strategiche aziendali**;
- consentano un'ampia diffusione degli strumenti e dei metodi della **formazione continua** come componente essenziale dell'attività professionale;
- prevedano l'utilizzazione prevalente di **docenti, "tutor" ed esercitatori individuati tra le professionalità interne all'azienda**;
- si configurino pertanto come **elemento strutturale** dello **sviluppo organizzativo aziendale**.

**Criteri per la pianificazione delle attività formative**

Questa Direzione conferma l'impegno di organizzare iniziative formative che privilegino contenuti **di carattere strategico** per l'Azienda, che verranno inserite in Progetti formativi e Eventi per i quali si è richiesto l'accreditamento nazionale.
Negli stessi progetti, compatibilmente con le risorse logistiche ed economiche disponibili, di cui si dirà di seguito, potranno essere inseriti ulteriori eventi formativi, che potranno essere proposti da ogni struttura dell'Azienda (dipartimento, direzione o unità operativa).

**Criteri per l'individuazione dei docenti**

Nella pianificazione delle attività formative saranno prioritariamente coinvolti in qualità di **docenti**, "**tutor"** e/o **esercitatori,** dirigenti e professionisti di questa Azienda.
I docenti dovranno avere documentata esperienza nel campo della formazione e dell'insegnamento.
Il coinvolgimento di professionisti meno esperti in qualità di "tutor" e/o di esercitatore consentirà di

sviluppare progressivamente competenze didattiche da rendere disponibili in un prossimo futuro. I docenti, i tutor e gli esercitatori saranno individuati dalla Direzione Aziendale su segnalazione del responsabile dei progetti/Eventi formativi.

**Compensi per i docenti interni**

Le docenze effettuate da personale dipendente sono generalmente offerte a titolo gratuito.

**Compensi per i docenti esterni**

Le docenze effettuate da personale esterno tengono conto degli orientamenti tariffari nazionali correnti, differenziati per categorie professionali di appartenenza (docenti universitari, professionisti territoriali, ecc.)

**Criteri per la partecipazione alle attività formative**

Tutto il personale è coinvolto nella programmazione formativa aziendale. In particolare, gli operatori con obbligo ECM sono inseriti nei relativi Progetti ed Eventi aziendali accreditati. Gli stessi operatori sono inoltre favoriti nella partecipazione ad eventi formativi esterni di interesse aziendale. La formazione obbligatoria non ECM (es. D. Lgs. 81/2008, antincendio, aggiornamento su elettromedicali, ecc.) è garantita dall'azienda attraverso lo svolgimento di corsi di formazione e/o aggiornamento destinati agli operatori per i quali ricorra l'obbligo. Infine, la Direzione organizza eventi formativi facoltativi non ECM destinati a tutto il personale in relazione a particolari esigenze formative e/o organizzative.

**Risorse economiche**

Le spese per l'organizzazione e lo svolgimento delle iniziative formative (comprensive del contributo alla Commissione nazionale ECM, della retribuzione e del rimborso spese dei docenti, nonché di eventuali supporti didattici) saranno sostenute con i fondi previsti negli appositi conti del bilancio Aziendale.

**Risorse umane e strutturali**

La Direzione Sanitaria, con l'eventuale contributo di personale interno, svolgerà le funzioni di segreteria per le attività formative aziendali, e garantirà il **supporto** necessario per l'organizzazione e la realizzazione delle iniziative formative.
Le iniziative formative saranno svolte ordinariamente all'interno della sede aziendale e in aree di assistenza per le eventuali dimostrazioni pratiche.

**Rapporti con altre istituzioni**

Il responsabile per la formazione ha il mandato di prendere contatti, per conto di questa Direzione, con altre istituzioni sanitarie, di ricerca e di formazione, per la organizzazione di iniziative formative in collaborazione, sia per quanto attiene all'area tecnico-professionale che a quella gestionale-manageriale.

Pertanto, il piano triennale 2020 – 2022 di formazione aziendale della Casa di Cura verrà strutturato ed orientato prioritariamente al conseguimento dei seguenti obiettivi:

**Obiettivi generali**

- Promuovere e implementare la formazione del personale per aumentare le conoscenze e migliorare le competenze per un ottimale raggiungimento del livello qualitativo, di efficacia e di efficienza del servizio erogato in riferimento alle funzioni svolte;
- acquisire i Crediti Formativi così come previsto dal programma nazionale di educazione continua in medicina e dalla normativa vigente;
- aumentare le competenze, il senso di appartenenza, il senso di responsabilità per un percorso di formazione permanente nell'ambito della Casa di Cura secondo le specificità professionali;
- promuovere il concetto di gruppo per favorire il lavoro di equipe assistenziale multidisciplinare;
- promuovere la qualità relazionale tra i vari operatori sanitari della struttura per migliorare la qualità assistenziale e gestionale dei servizi erogati.
- valorizzare e utilizzare le potenzialità professionali e personali presenti nella Casa di Cura.

**Obiettivi specifici**

1. Riconoscere affrontare e risolvere le situazioni problematiche;
2. dimostrare la capacità di discutere e argomentare in gruppi di lavoro;
3. saper raggiungere gli obiettivi indicati dai mandati;
4. comprendere l'importanza della formazione e della conoscenza dei contenuti riferibili alla propria professione in un contesto di lavoro di equipe;
5. svolgere l'attività basata sull'evidenza scientifica (**EBM** e **EBN);**
6. aumentare le conoscenze sugli aspetti giuridici e delle responsabilità di ogni professionista;
7. aumentare il senso di responsabilità;
8. promuovere la qualità e la sicurezza aziendale;
9. diminuire alcuni livelli di criticità e conflittualità;
10. evitare la mal pratica, le difformità e gli sprechi;
11. prevenire gli errori.

**Obiettivi Formativi Strategici**

Per il triennio 2020 - 2022 sono individuati i seguenti obiettivi formativi:

- Orientamento e inserimento neoassunti;
- Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro – Sorveglianza Sanitaria – Tutela degli Operatori Sanitari;
- Gestione dei percorsi della Qualità;
- Miglioramento della comunicazione;
- Innovazione organizzativa;
- Governo clinico-assistenziale:
  1. applicazione di evidenze scientifiche ai percorsi clinici;
  2. gestione del rischio e della sicurezza del paziente;
  3. realizzazione operativa dei percorsi assistenziali;

4. appropriatezza delle prestazioni e delle cure;
5. umanizzazione dell'assistenza;
6. deontologia sanitaria;
7. bioetica clinica;
8. tutela dei dati sanitari e riservatezza degli utenti.

**Descrizione delle attività**

La formazione del personale rappresenta una funzione strategica e di supporto alla Direzione Aziendale nei processi di innovazione gestionale, organizzativa, tecnologica.
La formazione deve assolvere a due principali compiti:

1. migliorare le competenze tecniche, manageriali e comportamentali degli operatori "con l'obiettivo di garantire efficacia, efficienza, appropriatezza e sicurezza dell' assistenza erogata".
2. adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze specifiche (aggiornamento professionale).

**Metodologia e criteri per la gestione del Piano Formativo Aziendale**

Il piano di formazione aziendale viene aggiornato con cadenza annuale nell'ambito di una programmazione triennale.
A tal fine si stabilisce che la pianificazione delle iniziative formative di carattere aziendale, sia ispirata al principio della parità di accesso alle opportunità formative a tutti i settori dell'organizzazione e a tutto il personale sanitario, sia a tempo determinato che indeterminato o che effettui prestazioni libero professionali, in modo da favorire la formazione di tutti gli operatori nell'arco del triennio.
Nel Piano Formativo Aziendale sono compresi sia progetti formativi accreditati ECM sia corsi di formazione non accreditati, considerando anche la partecipazione di personale che non ha l'obbligo di acquisizione dei crediti ECM, al fine di sviluppare una coerente diffusione e condivisione delle competenze ed integrazione dei diversi profili nei processi assistenziali.

**Contenuti/Argomenti della formazione**

- Formazione e inserimento dei neoassunti.
- Formazione specialistica: nell'ambito della Psichiatria e dell'area critica e riabilitativa ad alta specializzazione.
- Addestramento all'uso di nuove tecnologie e metodologie.
- Valutazione delle tecnologie sanitarie.
- "Le indagini diagnostiche: metodi, tecniche e mezzi innovativi per implementare e migliorare l'efficienza organizzativa, l'efficacia delle prestazioni, la qualità e la sicurezza delle stesse".
- "Prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere".
- "Linee guida, protocolli e procedure per il miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali, riabilitative e tecniche".
- Applicazione di evidenze scientifiche ai percorsi clinici e realizzazione operativa dei percorsi assistenziali.
- "Il processo assistenziale e le figure di supporto: ruolo e funzioni".
- "Percorso di miglioramento dell'umanizzazione, del comfort alberghiero e dell'accoglienza

nella Casa di Cura".

- Modelli e strumenti dei sistemi di Qualità per il miglioramento continuo;
- "Prevenzione e protezione dai rischi occupazionali";
- Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- Igiene e sicurezza degli alimenti;
- Sicurezza delle informazioni e Tutela della Privacy;
- "Il coordinamento informatico dei processi clinico-assistenziali con quelli amministrativi".

**Tutor clinici**

La Casa di Cura pone prioritaria attenzione all'attività tutoriale, nell'intento di promuovere e valorizzare la professionalità dei professionisti esperti "sul campo". Il ruolo del Tutor clinico è quello di affiancare il personale neoassunto per quanto riguarda l'addestramento/inserimento nei processi assistenziali. Inoltre si procederà all'individuazione e allo sviluppo di un gruppo di Tutor Clinici che sostengano anche le iniziative di formazione.

In coerenza con quanto previsto nel Piano Formativo triennale, si approva per il corrente anno 2020 il seguente

**PROGRAMMA ANNUALE DI FORMAZIONE ANNO 2020**
-Proposta progetti formativi aziendali (ECM e non)

| Titolo Progetto/ Corso | Obiettivo | Area Tematica | Responsabile Scientifico | Figure Professionali Coinvolte | Numero Partecipanti | Periodo di realizzazione (Mese e anno) | Ore formazione | Costi diretti | Costi indiretti |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sicurezza D.Lgs 81/08** | Normativa generale e specifica in materia di igiene e sicurezza del lavoro; chi sono i soggetti del sistema di prevenzione aziendale, i loro compiti e le loro responsabilità; la valutazione dei rischi, le misure di prevenzione, i criteri metodologici, la gestione delle emergenze, la responsabilità amministrativa delle imprese. | Corso Comportamentale | | Tutte | 20 | | 8 ore/ 1 gg | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **La Formazione di base nella gestione del rischio clinico, la comunicazione ed il consenso informato** | Individuazione ed analisi del rischio clinico nella realtà aziendale: l'insieme coordinato delle attività che un'organizzazione svolge in modo sistematico per identificare, prevenire, tenere sotto controllo i rischi e ridurre la minimo il verificarsi di errori ed incidenti, ad es. il piano per la sicurezza, l'analisi dei processi lavorativi, il monitoraggio di eventi sentinella, le attività specifiche di informazione e formazione: il consenso informato. | Corso Comportamentale | | Tutte | 20 | | 8 ore/ 1 gg | | |
| **Il trattamento dei dati personali in ambito sanitario** | Far acquisire conoscenza abilità e capacità relazionali in tema di tutela della privacy secondo la normativa vigente, aspetti normativi e deontologici, politica aziendale in tema di privacy, definizione del profilo e responsabilità dirette all'osservanza della privacy. Norme sulla sicurezza dei dati, uso corretto dei dati personali cartacei ed automatizzati, prevenire criticità sul campo, aspetti psicologici-relazionali, creazione del clima di privacy, comportamento etico e deontologico dell'operatore sanitario nel rispetto della riservatezza come elemento fondamentale della relazione operatore/utente. | Corso Comportamentale | | Tutte | 20 | | 8 ore/ 1 gg | | |
| **Interpretazione delle norme di riforma dell'infermieristica e contestualizzazione della responsabilità, autonomia, codice deontologico** | Conoscenza del percorso storico legato all'evoluzione delle norme di riferimento professionale infermieristico, corretta evoluzione cronologica delle innovazioni di diritto, autonomia, responsabilità, codice deontologico, lavorare quotidiano, rischi, legislatore che ha collocato l'infermiere con una diversa, complessa ed articolata qualificazione giuridica, cioè quella di professionista sanitario. | Corso Comportamentale | | Infermiere | 20 | | 8 ore/ 1 gg | | |

Si riportano qui di seguito, per la diretta attinenza ai programmi formativi, A) il Modello di "Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti" e quello B) di "Questionario rilevazione bisogno formativo".

**A)**

# E.C.M.

## EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

**Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti**

Titolo del corso _____

Sede_____

Data _____

Barrare con una crocetta le voci di interesse.

1. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

| Non rilevante | Poco rilevante | Abbastanza rilevante | Rilevante | Molto rilevante |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

2. Come valuta la **qualità** educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?

| Scarsa | Mediocre | Soddisfacente | Buona | Eccellente |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

3. Come valuta la **efficacia** dell'evento per la tua formazione continua?

| Inefficace (non ho imparato nulla per la mia attività clinica) | Parzialmente efficace (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività clinica) | Abbastanza efficace (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni) | Efficace (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività clinica) | Molto efficace (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività clinica) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Suggerimenti, commenti e proposte

_____

_____

_____

Firma del partecipante

**B) QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE BISOGNO FORMATIVO**

**Cognome e nome:** _____

**Ruolo professionale**: _____

**Unità Operativa o Servizio di appartenenza**: _____

**1) Senti la necessità di aggiornarti?** Si □ No □

**2) Cosa ne pensi del sistema di formazione continua ECM?**

_____

_____

**3) Quali dei seguenti argomenti vorresti fossero trattati in un corso di Formazione?**

□ EBN ( Evidence Based Nursing)

□ Nursing

□ Legislazione

□ Etica e Deontologia

□ Ricerca finalizzata

□ La Comunicazione Empatica

□ Privacy

□ Accreditamento professionale

□ Sicurezza

□ Emergenza e Pronto Soccorso

□ Management Sanitario

□ Altro: _____

**4) Sei a conoscenza di riferimenti normativi e/o scientifici, ufficiali e documentati, attinenti all'argomento da te prescelto?**

No □ □ Si, quali? (indicare i riferimenti, data, numero, ecc.)_____

_____

_____

**5) Degli argomenti da te prescelti nella domanda precedente, quali aspetti ti piacerebbe approfondire di più? (specificare priorità)**

Descrivere: _____

_____

**6) Sei favorevole ad un percorso formativo inerente il tuo profilo professionale , basato sulla formazione individuale a distanza (FAD) per l'acquisizione dei crediti formativi ECM**

No ☐ Si ☐

**7) Perché?** _____

_____

**8) Sei disponibile a collaborare alla tua formazione continua partecipando a gruppi di lavoro per l'implementazione di percorsi clinici assistenziali ed elaborazioni di reference guide eventualmente organizzati?**

No ☐ Si ☐

Altro (specificare) _____

_____

**9) Saresti favorevole a partecipare come docente o tutor a corsi di pertinenza infermieristica?**

No ☐ Si ☐ _____

**10) Saresti favorevole a partecipare ad attività formativa al di fuori dell'orario di servizio organizzati nell'ambito della struttura**?

No ☐ Si ☐ Specificare _____

**11) Vorresti essere aggiornato sulla Bibliografia di riferimento o Siti Web da consultare relativamente ai nuovi modelli organizzativi e assistenziali?**

No ☐ Si ☐

**11) I precedenti corsi formativi che ricaduta hanno avuto nell'ambito professionale?**

Positiva ☐ Negativa ☐

***Data*** _____ ***Firma***_____

Si riporta, inoltre, per completezza, il C) "Questionario per l'analisi della soddisfazione degli operatori:

## C) QUESTIONARIO PER L'ANALISI DELLA SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI

**Cognome e Nome (facoltativo)**_____

**Data di compilazione** _____

## CUSTOMER SATISFACTION INTERNA

La Politica della Qualità prevista della norma UNI EN ISO – 9001 ci orienta al miglioramento continuo delle prestazioni. Le risorse umane sono strettamente correlate alla qualità del servizio, è quindi importante creare un canale di comunicazione con il personale.
Attraverso il questionario che Le proponiamo, vogliamo rilevare le eventuali criticità percepite, verificando le cause che portano ad insoddisfazione, nonché raccogliere il "punto di vista" di un campione rappresentativo di operatori di questa struttura, su alcune aree ritenute di particolare significato.
Siamo perciò a richiederLe di dedicare un po' del Suo tempo alla compilazione del questionario, che sarà da stimolo per utili riflessioni ed interventi.

### ISTRUZIONI

Il Suo compito è quello di porre ogni volta una crocetta sul numero corrispondente alla risposta che intende dare, tenendo presente la scala relativa ad ogni parte. Nel ringraziarLa per la Sua preziosa collaborazione, La preghiamo in particolare di:

- rispondere a tutte le domande
- dare la prima risposta che Le viene in mente, la più spontanea
- essere preciso e sincero nel rispondere
- rispondere tenendo presente la Sua esperienza nella realtà nella quale sta attualmente lavorando
- nel caso desideri modificare una risposta già data, tracciare un circoletto sulla crocetta che non si vuole venga considerata e segnare la nuova risposta.

### PRIMA PARTE
### Domande generali sul ruolo di lavoro e livello di soddisfazione

Risponda crociando il numero corrispondente alla Sua risposta, tenendo presente la seguente scala:
Insoddisfazione = 1 Soddisfazione = 2 Estremamente soddisfacente = 3

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.La comunicazione ed il modo con cui le informazioni vengono trasmesse in Azienda | 1 | 2 | 3 |
| 2.I Suoi rapporti con gli altri nell'ambiente di lavoro | 1 | 2 | 3 |
| 3.Il livello di stabilità e sicurezza nel Suo attuale lavoro | 1 | 2 | 3 |
| 4.La possibilità di identificarsi con l'immagine e gli obiettivi della Sua azienda | 1 | 2 | 3 |
| 5. Le modalità con cui vengono attuati cambiamenti ed innovazioni | 1 | 2 | 3 |
| 6. Il modo con cui si risolvono i conflitti nel Suo ambiente di lavoro | 1 | 2 | 3 |
| 7. La possibilità di partecipare a decisioni importanti nel Suo ambito lavorativo | 1 | 2 | 3 |
| 8. Le opportunità che ha di usare competenze ed abilità che Lei ritiene di possedere | 1 | 2 | 3 |
| 9. Nell'esperienza quotidiana del Suo lavoro quanto si ritiene responsabilizzato | 1 | 2 | 3 |
| 10. La possibilità di mantenersi aggiornato su nuove tecnologie e/o metodologie | 1 | 2 | 3 |
| 11. Nella Sua azienda esiste l'abitudine di lavorare in gruppo (team, équipe) | 1 | 2 | 3 |
| 12. L'attenzione che la Direzione Sanitaria dedica alle esigenze degli operatori | 1 | 2 | 3 |
| 13. Il livello di delega che vive nel Suo lavoro | 1 | 2 | 3 |

| COMMENTI | SUGGERIMENTI |
|---|---|
| | |

## SECONDA PARTE
## Modalità utilizzate per affrontare le situazioni stressanti

Risponda crociando il numero corrispondente alla Sua risposta, tenendo presente la seguente scala:
Mai = 1 Qualche volta = 2 Spesso = 3

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14.Affronto i problemi non appena mi si presentano | 1 | 2 | 3 |
| 15.Cerco di rendermi conto dei miei limiti | 1 | 2 | 3 |
| 16.Prendo tempo e rimando il problema | 1 | 2 | 3 |
| 17.Cerco di trovare un modo per rendere il lavoro più interessante | 1 | 2 | 3 |
| 18.Riorganizzo il mio lavoro | 1 | 2 | 3 |
| 19.Cerco sostegno e consiglio dai miei superiori | 1 | 2 | 3 |
| 20.Cerco di affrontare le situazioni obiettivamente e senza lasciarmi prendere dalle emozioni | 1 | 2 | 3 |
| 21.Tengo ben distinti "casa" e "lavoro" | 1 | 2 | 3 |
| 22.Mi concentro su problemi specifici | 1 | 2 | 3 |
| 23.Definisco le priorità ed affronto i problemi di conseguenza | 1 | 2 | 3 |
| 24.Cerco di essere distaccato e ragionare sulla situazione | 1 | 2 | 3 |
| 25.Faccio ricorso a regole e regolamenti | 1 | 2 | 3 |
| 26.Accetto le situazioni ed imparo a conviverci | 1 | 2 | 3 |
| 27.Cerco di evitare la situazione | 1 | 2 | 3 |
| 28.Cerco quanto più sostegno sociale possibile | 1 | 2 | 3 |

| COMMENTI | SUGGERIMENTI |
|---|---|
| | |

## TERZA PARTE
## Domande sul Servizio ed Azienda

Risponda crociando il numero corrispondente alla Sua risposta, tenendo presente la seguente scala:
Mai = 1 Qualche volta = 2 Spesso = 3

| | | | |
|---|---|---|---|
| 29.Giudizio sul livello di qualità dei servizi erogati dall'Azienda, in generale | 1 | 2 | 3 |
| 30.Adeguatezza delle attrezzature tecniche di cui è dotata la Sua Azienda | 1 | 2 | 3 |
| 31.Attenzione dei Suoi colleghi alle richieste degli utenti | 1 | 2 | 3 |
| 32.Adeguatezza dei locali | 1 | 2 | 3 |
| 33.Chiarezza di ruoli e divisione dei compiti fra le diverse figure professionale | 1 | 2 | 3 |
| 34.Attenzione della Direzione Generale della Sua Azienda alle esigenze degli operatori | 1 | 2 | 3 |
| 35.Efficacia della diffusione delle informazioni interne da parte della Dir.Gen. fra i diversi settori dell'Azienda | 1 | 2 | 3 |
| 36.Orgoglio nel lavorare nella Sua Azienda | 1 | 2 | 3 |
| 37.Riconoscimento dei buoni risultati ottenuti | 1 | 2 | 3 |
| 38.Promozione e sostegno dell'aggiornamento professionale | 1 | 2 | 3 |

| COMMENTI | SUGGERIMENTI |
|---|---|
| | |

**CRITERIO: 4 COMPETENZE DEL PERSONALE**

**REQUISITO: 4.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica**

***EVIDENZA: 4.1.2 Esistenza di una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti ed a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.***

Coerentemente con quanto esplicitato nella precedente Evidenza 4.1.1, relativamente ai requisiti richiesti dalla Direzione della Casa di Cura per tutte le tipologie di Personale, in ottemperanza a quanto richiesto dalla normativa vigente (la quale stabilisce che le prestazioni sanitarie siano erogate nel rispetto dei ruoli, delle funzioni e delle competenze riconosciute per legge), per il personale medico in particolare, preposto alle funzioni di diagnosi cura e riabilitazione, è standardizzata la procedura, oggettiva e basata sulla evidenza documentale, secondo la quale ogni figura medica inserita nella organizzazione della Struttura è destinata alle singole articolazioni/reparti/servizi previa accurata verifica del possesso di tutti i titoli previsti dalla normativa vigente, onde assicurare che, nel rispetto delle posizioni e qualifiche di assunzione, tutte le prestazioni sanitarie richieste siano erogate nel rispetto della normativa medesima.
Nello specifico, avuto riguardo alla struttura organizzativa esistente, al personale medico operante nelle sottoelencate Unità di Degenza e/o Servizi Ambulatoriali – oltre alla laurea in Medicina e Chirurgia, Abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Ordine dei Medici, richieste per la generalità delle figure mediche in servizio – vengono richieste le seguenti specializzazioni:

A) Terapia Intensiva G.C.A. (U.D.D.)
   1. Per le funzioni di Terapia Intensiva: Specializzazione in Anestesia e Rianimazione;
   2. Per le funzioni neurologiche e/o precoce riabilitazione: Specializzazione in Neurologia e/o in Medicina Fisica e Riabilitazione o equipollenti.

B) Neuroriabilitazione cod. 75 (U.D.D.)
   1. Per tutte le funzioni mediche: Specializzazione in Neurologia e/o in Medicina Fisica e Riabilitazione o equipollenti.

C) Psichiatria (U.D.D.)
   1. Per tutte le funzioni mediche: Specializzazione in Psichiatria o equipollente.

D) Ambulatorio diNeurologia e Neurofisiopatologia
   1. Per tutte le funzioni mediche: Specializzazione in Neurologia o equipollente.

E) Ambulatorio di Psichiatria
   1. Per tutte le funzioni mediche: Specializzazione in Psichiatria o equipollente.

F) Servizio di Laboratorio Analisi
   1. Specializzazione in Medicina di Laboratorio o equipollente. In mancanza di personale medico, il Servizio può essere diretto da laureato in Biologia, regolarmente abilitato all'esercizio della Professione, iscritto all'Albo e munito di attestati di formazione e qualificazione specifica.

G) Servizio di Radiologia
   1. Per tutte le figure mediche: Specializzazione in Radiologia Medica o equipollente.

Tutte le altre prestazioni mediche necessarie ai pazienti non rientranti nelle discipline sopraelencate e richieste in regime di consulenza interna od esterna, saranno erogate da medici in possesso di tutti i requisiti di legge compresa la specializzazione nella disciplina oggetto della consulenza.

**CRITERIO: 4 COMPETENZE DEL PERSONALE**

**REQUISITO: 4.2 Inserimento e Addestramento di Nuovo Personale**

***EVIDENZA: 4.2.1 Pianificazione e programmazione per il nuovo personale (neo/assunto/trasferito), compreso quello volontario in attività di:***

***a) accoglienza;***
***b) affiancamento/addestramento;***
***c) valutazione dell'idoneità al ruolo;***
***d) formazione sul rischio clinico ed occupazione entro il 1° anno.***

Una specifica procedura, che si riporta qui di seguito è apprestata per l'inserimento di personale sia di nuova assunzione che di trasferimento tra reparti:

**PROCEDURA DI INSERIMENTO DEL PERSONALE**

## 1. OGGETTO E SCOPO

***1.1 Oggetto***

La presente procedura descrive l'inserimento del personale neoassunto o la procedura di trasferimento di personale tra i reparti.

**1.2 Scopo**

Scopo della presente procedura è:

- ✓ illustrare gli aspetti contrattuali ed informare il personale sui propri diritti e doveri;
- ✓ favorire l'inserimento del personale in una struttura sanitaria ad alta complessità assistenziale ed organizzativa;
- ✓ presentare il sistema di gestione per la qualità e la relativa politica;
- ✓ formare/informare il personale sui rischi negli ambienti di lavoro di competenza ai sensi del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.;
- ✓ formare/informare il personale sulla normativa in materia di privacy (REG. EU n. 679 del 27/04/2016) e delle responsabilità amministrative (D. lgs. 231/01 e s.m.i.).

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Inserimento del personale dipendente e dei libero-professionisti o cambio di mansione.

## 3. RIFERIMENTI

- ✓ Norme della serie UNI EN ISO 9001:2008. Sistema di gestione per la qualità
- ✓ Decreto Legislativo 81/08 "Testo unico in materia di sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro" e s.m.i.
- ✓ Decreto Legislativo 231/01 "Responsabilità Amministrativa delle Persone Giuridiche, delle Società e delle Associazioni anche prive di personalità giuridica" e s.m.i.
- ✓ REG. EU n. 679 del 27/04/2016.

## 4. RESPONSABILITÀ

La responsabilità per la diffusione della presente procedura è del Responsabile del Personale. Il responsabile dell'applicazione è il Direttore Generale.

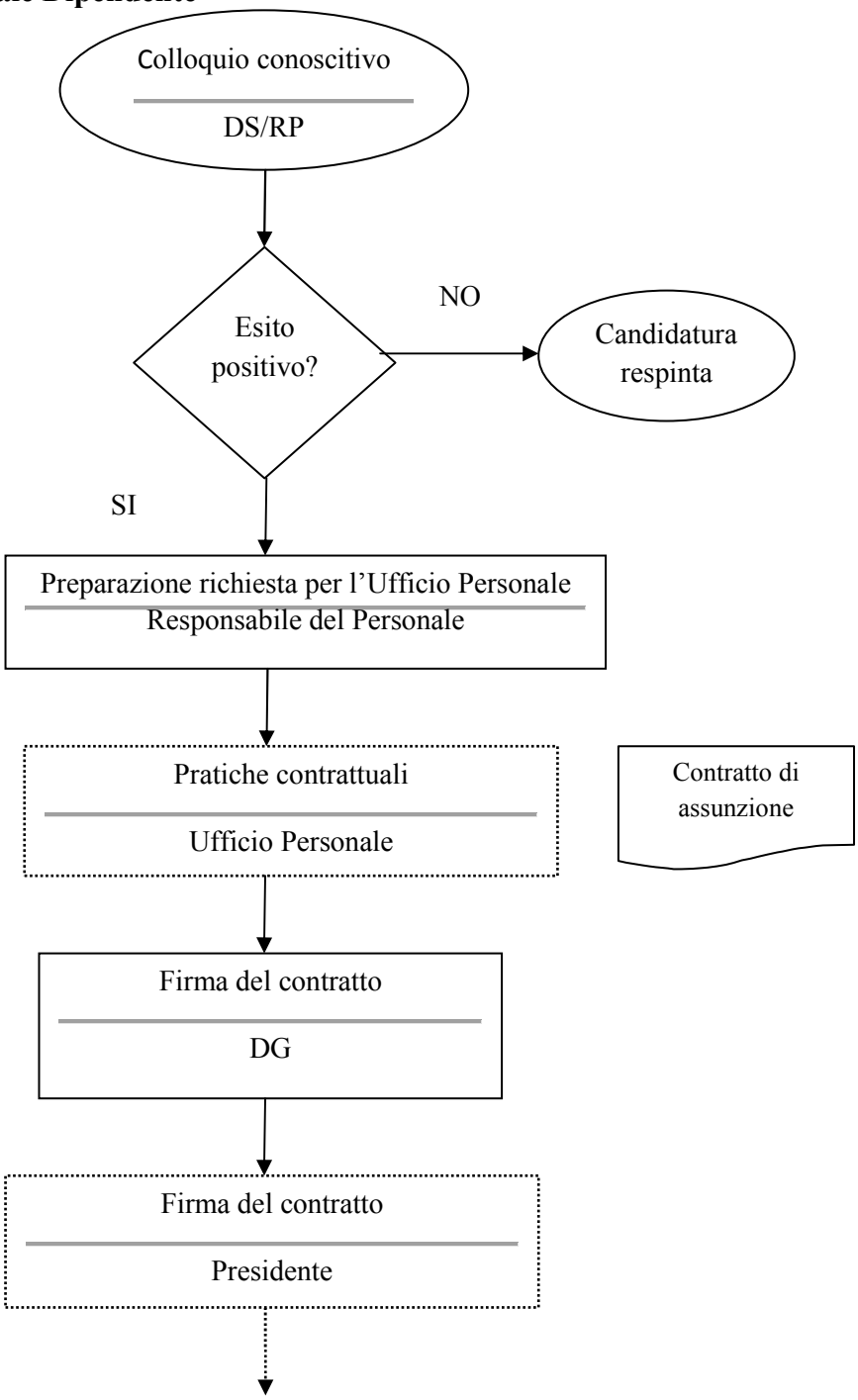
## 5. DEFINIZIONI

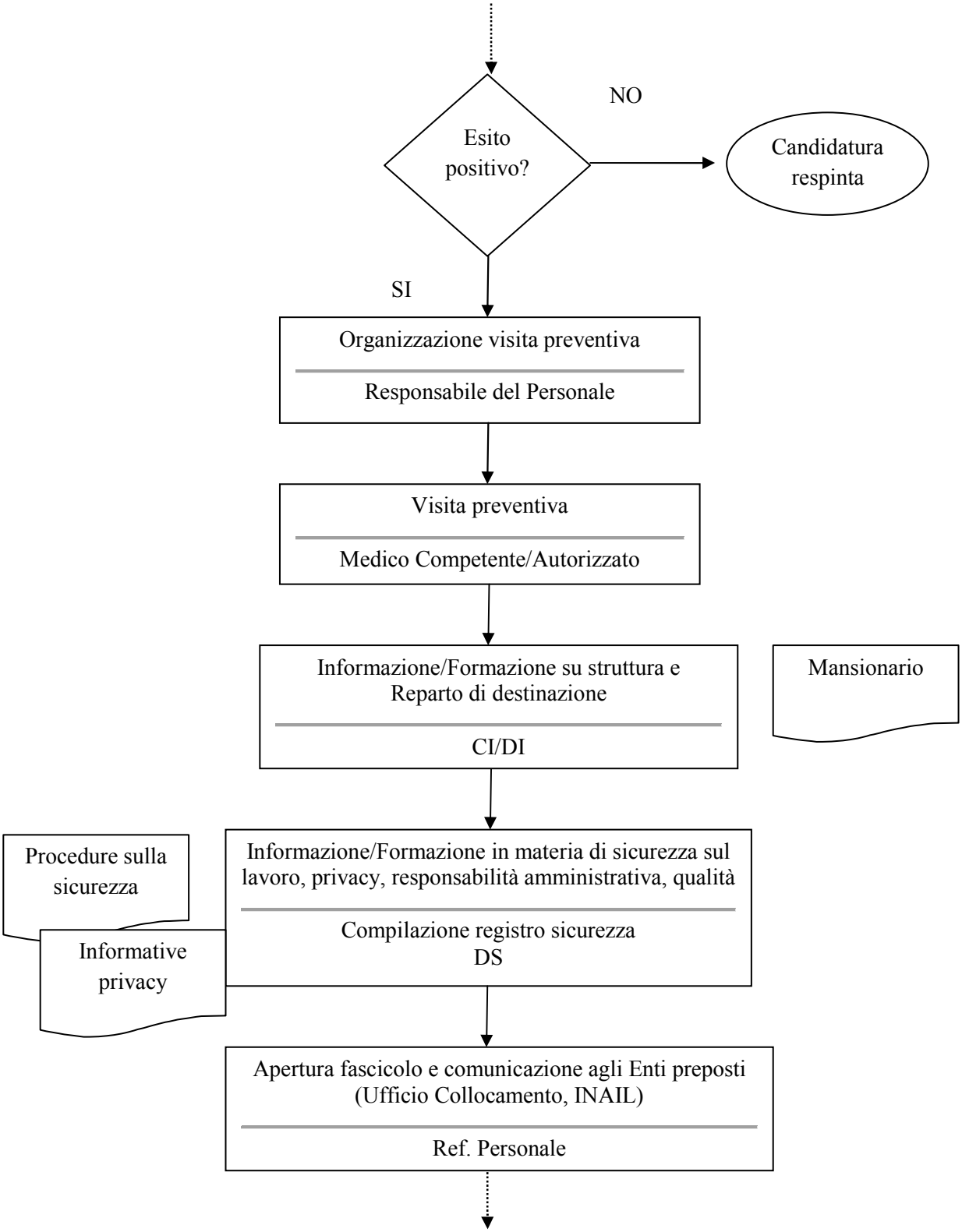
- ➢ **DG:** Direttore Generale.
- ➢ **RP:** Responsabile del Personale.

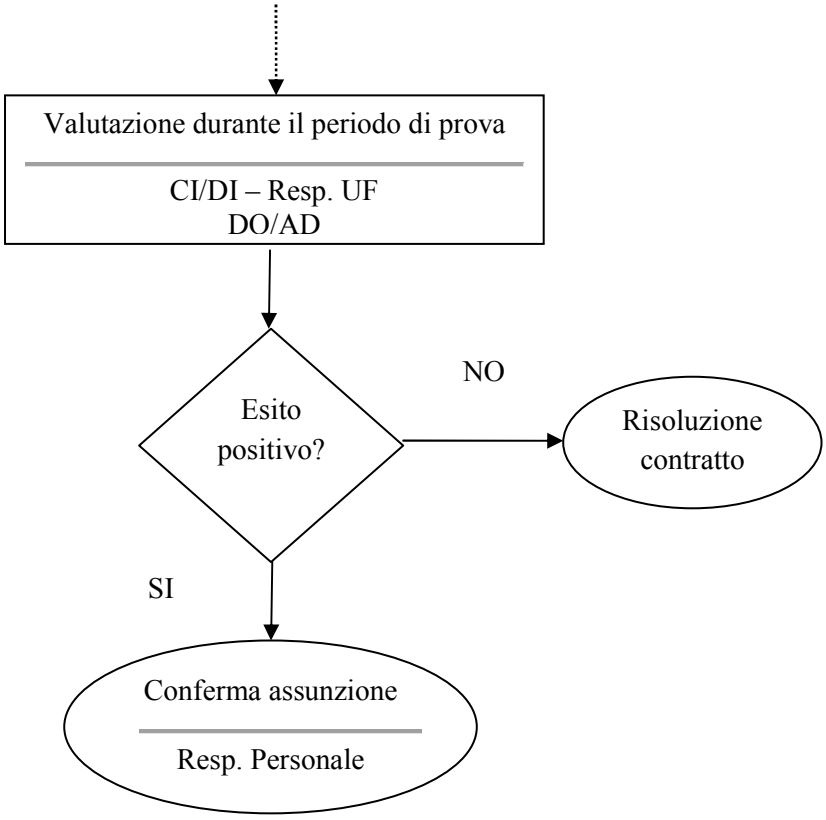
- **CI:** Coordinatore Infermieristico.
- **RSPP:** Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione**.**

## 6. CONTENUTO

### 6.1 Inserimento del Personale Dipendente




Esito positivo?
NO
Candidatura respinta
SI
Organizzazione visita preventiva
Responsabile del Personale
Visita preventiva
Medico Competente/Autorizzato
Informazione/Formazione su struttura e Reparto di destinazione
CI/DI
Mansionario
Informazione/Formazione in materia di sicurezza sul lavoro, privacy, responsabilità amministrativa, qualità
Compilazione registro sicurezza
DS
Procedure sulla sicurezza
Informative privacy
Apertura fascicolo e comunicazione agli Enti preposti (Ufficio Collocamento, INAIL)
Ref. Personale




L'inserimento in azienda prevede, quindi, due fasi di informazione/formazione:

1. Una ***prima fase*** relativa alla struttura ed al reparto di destinazione (svolta dal Coordinatore Infermieristico) e relativa al regolamento interno, alle norme di comportamento, ad informazioni utili (diritti-doveri, orario di lavoro ed utilizzo del marcatempo, utilizzo delle divise, sorveglianza sanitaria, ecc.) ed ai contenuti della mansione prevista. Tale fase viene svolta dal Responsabile del Personale.
2. Una ***seconda fase*** relativa ai rischi negli ambienti di lavoro ed alle misure di prevenzione e protezione (D. Lgs. 81/08), al codice in materia di protezione dei dati ed al relativo incarico (REG. EU n. 679 del 27/04/2016), alla responsabilità amministrativa (D. Lgs. 231/01), al sistema di gestione per la qualità. Tale fase viene svolta dal Direttore Sanitario.

- **Le fasi di informazione/formazione e la visita preventiva devono effettuata dal medico Competente/Autorizzato devono avvenire prima dell'inizio dell'attività lavorativa.**

Al termine del periodo di prova ha luogo la valutazione del neoassunto ad opera del Coordinatore Infermieristico/Responsabile del settore che definiscono l'esito finale discusso poi con l'Amministratore Delegato, incaricato dall'Amministrazione. La conferma viene comunicata al Responsabile del Personale.

### 6.2. Inserimento del Personale Libero-Professionista

Il personale libero-professionista ha una fase di inserimento che coincide con la definizione del contratto. In sede di firma del contratto il Referente Amministrativo comunica alla Direzione Sanitaria il nominativo del nuovo assunto che è inviato presso l'Ufficio del personale per la raccolta dei documenti necessari per l'attività e fornisce le procedure e le informative in materia di sicurezza sul lavoro, privacy e responsabilità amministrativa facendo firmare e raccogliendo il modulo. Il personale deve provvedere a consegnare tutta la documentazione richiesta dalla Casa di Cura.

### 6.3 Documentazione necessaria per l'assunzione

In sede di assunzione, il personale medico/laureato è tenuto a presentare i seguenti documenti:

- copia documento di identità
- copia codice fiscale
- curriculum vitae ed eventuale documentazione attestante attività
- certificato di laurea
- certificato di specializzazione
- certificato di iscrizione all'ordine di competenza
- dichiarazione di assenza di incompatibilità
- copia della copertura assicurativa
- firma del modulo registrazione sigla
- coordinate bancarie

In sede di assunzione, il personale infermieristico è tenuto a presentare i seguenti documenti:

- copia documento di identità
- copia codice fiscale
- curriculum vitae
- titolo di studio
- eventuale certificazione di iscrizione all'ordine professionale
- certificato di nascita /cittadinanza/residenza
- coordinate bancarie
- modulo detrazioni fiscali

In ogni caso il personale deve presentare documentazione atta a verificare la qualifica adeguata al ruolo.

### 6.4 Archiviazione Documenti

Tutti i documenti ed i moduli firmati sono archiviati nei fascicoli presso l'Ufficio Personale o, in caso di personale medico, presso la Direzione Sanitaria. I responsabili dell'archiviazione sono rispettivamente il Responsabile del personale ed il Direttore Sanitario.

CASA DI CURA ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATA
**"VILLA VERDE - Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l.**
*Terapia Intensiva Gravi Cerebrolesioni Acquisite – Neuroriabilitazione (cod. 75) – Psichiatria*
**Lecce**

# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 5

## COMUNICAZIONE

*Via Monteroni 222 - Telefono 0832 224111 - Fax 0832 224141 - E-mail: villa.verde@libero.it - PEC: villa.verde@pec.it - C.F. e Partita IVA 01983380757*

# CRITERIO: 5

# COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.1
## Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

| | |
|---|---|
| *EVIDENZA 5.1.1* | ***Definizione e formalizzazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale.*** |
| *EVIDENZA 5.1.2* | ***Definizione dei flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.*** |
| *EVIDENZA 5.1.3* | ***Presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento.*** |

## REQUISITO: 5.2
## Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

| | |
|---|---|
| *EVIDENZA 5.2.1* | ***Identificazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.*** |
| *EVIDENZA 5.2.2* | ***Identificazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale.*** |
| *EVIDENZA 5.2.3* | ***E' programmato lo svolgimento di indagini sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale (almeno triennale).*** |

## REQUISITO: 5.3
## Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver

| | |
|---|---|
| *EVIDENZA 5.3.1* | ***La Direzione ha definito e formalizzato una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver per la definizione dei contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver.*** |

***EVIDENZA 5.3.2*** ***La Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione organi e tessuti***

***a) sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;***

***b) sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.***

# REQUISITO: 5.4
# Coinvolgimento del paziente, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

***EVIDENZA 5.4.1*** ***Presenza e formalizzazione di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura.***

***EVIDENZA 5.4.2*** ***Presenza e formalizzazione di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato ed un elenco di prestazioni (trattamenti e procedure invasive ad alto rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato es. anestesie e interventi chirurgici maggiori, diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ecc.***

***EVIDENZA 5.4.3*** ***Presenza di programmi di addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento dei pazienti, caregiver e personale.***

# REQUISITO: 5.5
# Modalità di ascolto dei pazienti

***EVIDENZA 5.5.1*** ***Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti.***

***EVIDENZA 5.5.2*** ***Presenza e formalizzazione di modalità e strumenti per:***

***a) l'ascolto attivo dei pazienti;***

***b) la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction).***

***EVIDENZA 5.5.3*** ***L'organizzazione ha definito piani di formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti.***

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

### REQUISITO: 5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

***EVIDENZA 5.1.1*** ***Definizione e formalizzazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale.***

Il processo finalizzato alla circolazione delle informazioni all'interno della Casa di Cura secondo la procedura di comunicazione interna che prevede, da un lato, un sistema strutturato di raccolta informazioni dalla base (distintamente per tipologia di oggetti), che ha come promotori l'insieme del personale dipendente, e come destinatario la Direzione del Personale. Dall'altro lato, opera un sistema di comunicazione tra i vari Organi e Funzioni della Casa di Cura, e che si realizza attraverso periodiche riunioni nel corso delle quali si analizza l'attività, si definiscono, pianificano e comunicano gli obiettivi come da seguente schema:

| TIPOLOGIA | PROMOTORI | DESTINATARI | FREQUENZA | OGGETTO |
|---|---|---|---|---|
| Riunione di reparto | Coordinatore Infermieristico | Personale Reparto | Mensile | Novità organizzative<br>Problemi<br>Obiettivi<br>Risultati correnti |
| Riunione dei capi reparto | Direzione Personale | Coordinatori Infermieristici | Mensile | Novità organizzative<br>Problemi<br>Obiettivi<br>Risultati correnti |
| Riunione questionari informativi | Ufficio Qualità | | | Risultati questionari |
| Riunione attività Unità Funzionali | Direzione | Responsabili U.F. | Mensile | Dati di attività<br>Scostamento budget<br>Obiettivi<br>Nuove tematiche e problemi aziendali |
| Riesame di direzione | Ufficio Qualità | Direzione | 12 mesi | Analisi dati<br>Obiettivi<br>Pianificazione attività<br>Nuove tematiche e problemi aziendali |

NOTE:

- ◊ <u>Al termine della riunione deve essere redatto apposito verbale condiviso con i partecipanti</u>.
- ◊ La data delle riunioni deve essere comunicata con congruo anticipo e i destinatari devono dare conferma della partecipazione. Preferibilmente le riunioni devono essere stabilite durante il normale orario di lavoro.

Modalità di comunicazione possono essere:

- ◊ Rapporti scritti
- ◊ Lettere/E-mail
- ◊ Colloqui personali

Con le sopraindicate modalità viene comunicato al personale tutto il contenuto della "Evidenza 1.1.1" (pertinente al Requisito 1.3 – Definizione delle Responsabilità) in cui sono esplicitati anche la missione, le politiche, i piani, gli obiettivi, i budgets e i programmi di attività/risorse.

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

***EVIDENZA 5.1.2*** ***Definizione dei flussi informativi e reportistica in merito a obiettivi, dati e informazioni relativi alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.***

Con le stesse procedure di comunicazione interna indicate nella "Evidenza 5.1.1" vengono definiti l'insieme dei flussi informativi e della reportistica in merito agli obiettivi, ai dati ed alle informazioni relativi alle performance, agli esiti ed ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente. La definizione avviene sulla base degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio, riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione ed alle prestazioni alberghiere, stabiliti con Decreto del Ministro della Sanità 15 ottobre 1996, nonché degli Indicatori di Struttura (Domanda e Accessibilità e Gestionali-Amministrativi), di Risultato (Output) e di esito (Outcome), in atto presso la Casa di Cura ed analiticamente esplicitati nella "Evidenza 1.5.1".

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.1 Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

***EVIDENZA 5.1.3*** ***Presenza e formalizzazione di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento.***

La condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione, ovvero del Raggruppamento delle Unità di Degenza, avviene nel pieno rispetto e con le forme delineate della "Evidenza 5.1.1".

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

***EVIDENZA 5.2.1*** ***Identificazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.***

***EVIDENZA 5.2.2*** ***Identificazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale.***

***EVIDENZA 5.2.3*** ***E' programmato lo svolgimento di indagini sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale (almeno triennale).***

Prioritario obiettivo della Direzione è quello di sviluppare nel personale dipendente il senso di appartenenza e di immedesimazione nella missione aziendale, che inevitabilmente si traducono in maggiore efficienza ed efficacia dell'organizzazione nel suo complesso. Accanto quindi ad una sistematica e permanente azione amministrativa e gestionale volta ad assicurare il rispetto di tutti i diritti, nessuno escluso, dei dipendenti, scaturenti dal rapporto di lavoro instaurato, occorre attivare paralleli canali di coinvolgimento del personale stesso nelle strategie ed azioni implementate per il conseguimento degli obiettivi e risultati fissati, nei piani triennali ed annuali.

I principali oggetti sui quali concentrare l'azione di coinvolgimento del personale, appaiono:

a) le modalità di esecuzione dei protocolli diagnostico-terapeutici, volte ad assicurare rispetto dei diritti del paziente, la sua sicurezza e quella del lavoratore;
b) l'organizzazione generale del lavoro con il fine di garantire l'esercizio di tutti i diritti contrattuali e la sicurezza dei lavoratori.

Lo strumento principale è quello di riunioni e confronti fra Direzione, Responsabili di Funzione e Personale per affrontare problemi, analizzare l'andamento e lo sviluppo dei processi clinico-assistenziali e gestionali, individuare la criticità, e, insieme, delineare adeguate strategie per superare le difficoltà e tracciare percorsi positivi.

Verranno, pertanto, a livello di ciascuna Unità Operativa o Articolazione Organizzativa, e si iniziativa del suo Responsabile, tenute sistematiche riunioni, con periodicità annuale, per esaminare l'andamento della Unità, individuare eventuali criticità, e progettare interventi correttici e risolutivi, da realizzare nell'anno successivo. Di ogni riunione verrà redatto apposito verbale, che, a cura del Responsabile di Funzione, verrà trasmesso alla Direzione aziendale, la quale, a sua volta, con periodicità triennale, effettuerà accurate indagini – attraverso puntuale questionario da sottoporre a ciascun dipendente – finalizzate ad acquisire elementi di valutazione sul clima aziendale esistente, e sulla soddisfazione del personale.

Alla luce degli esiti dell'indagine la Direzione Aziendale aggiornerà le proprie strategie di gestione al fine di pervenire alla massimizzazione dell'indice di gradimento da parte del personale, nell'ottica generale di accrescere qualitativamente le performances aziendali, in un quadro di ottimizzazione delle risorse disponibili.

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver

***EVIDENZA 5.3.1*** ***La Direzione ha definito e formalizzato una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con pazienti e caregiver per la definizione dei contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver.***

***EVIDENZA 5.3.2*** ***La Direzione ha definito modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione organi e tessuti***

***a) sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;***
***b) sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.***

Nella Carta dei Servizi, al punto 8.2 "Diritti dell'utenza", la Direzione ha formalizzato la procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con il paziente, ovvero con i familiari e caregiver, ed ha definito i contenuti delle informazioni da fornire a loro.

Dopo aver stabilito, infatti, che l'utente ha diritto di ricevere informazioni corrette sulle caratteristiche della struttura, sulle prestazioni e sui servizi da questa erogati e sulle modalità di erogazione, e che ha diritto alla riservatezza sia durante l'esecuzione della prestazione sanitaria, che durante il periodo di degenza, la Carta dei Servizi dispone che:
"L'utente ha diritto ad essere informato in maniera chiara e comprensibile, dal sanitario che lo ha in cura, sulla patologia da cui è affetto, sul decorso, sulla prognosi, sull'opportunità di eseguire determinati esami o terapie farmacologiche, sulle possibili scelte alternative anche se non eseguibili presso la Casa di Cura, sugli eventuali rischi o disagi che potrebbero derivarne, in modo da fornire un'adesione consapevole al trattamento, salvo i casi d'urgenza".

E questo avviene puntualmente in ogni caso di richiesta di prestazione sia in regime di ricovero che ambulatoriale.

Nel caso che il Medico curante ravvisi l'inopportunità di una informazione diretta, o il paziente non sia in grado di autodeterminarsi, le notizie di cui sopra saranno fornite ai familiari, o agli esercenti la tutela, ovvero ai cargiver in generale.

Le informazioni vengono fornite prima dell'esecuzione della prestazione (se ambulatoriale) o all'atto del ricovero prima di iniziare le cure. Nel caso della degenza, i Medici curanti, in orari prefissati, e con modalità concordate, forniranno tutte le informazioni concernenti la condizione clinica, e il decorso nel tempo, relative al paziente interessato ai familiari o ai caregiver. Tali informazioni riguarderanno anche, ove ricorra il caso:

a) la possibilità di donazione organi e tessuti;
b) le precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
c) gli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

### REQUISITO: 5.4 Coinvolgimento del paziente, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

***EVIDENZA 5.4.1*** ***Presenza e formalizzazione di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura.***

***EVIDENZA 5.4.2*** ***Presenza e formalizzazione di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato ed un elenco di prestazioni (trattamenti e procedure invasive ad alto rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato es. anestesie e interventi chirurgici maggiori, diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ecc.***

Coerentemente con quanto disposto nella Carta dei Servizi, al punto 8.2 "Diritti dell'utenza", ed esplicitato nelle "Evidenze 5.3.1 e 5.3.2", viene stabilito che il Medico Curante (o équipe) che ha preso in carico il paziente ed il suo caregiver devono (prima di eseguire la prestazione sanitaria, o all'atto del ricovero) fornire agli stessi adeguate informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi, i rischi e i benefici dei trattamenti sufficienti per prendere decisioni ponderate e consapevoli sulle cure; su come possano venire a conoscenza di quando saranno date loro le informazioni essenziali sulle condizioni cliniche; su chi è responsabile del processo per acquisire il consenso informato, e sul diritto di decidere la sospensione della cura e trattamenti pianificati.

Dopo le informazioni sopra descritte il Responsabile del processo, preventivamente individuato e portato a conoscenza del paziente e del caregiver, acquisisce il consenso informato secondo la seguente

## PROCEDURA GESTIONE INFORMAZIONI AL PAZIENTE E CONSENSO INFORMATO

### 1. OGGETTO E SCOPO

Scopo della presente procedura consiste nel definire criteri chiari che disciplinino ed uniformino la gestione dell'informativa da fornire al paziente circa tutti gli aspetti connessi al trattamento sanitario che si rende necessario e le eventuali implicazioni rientranti nel rischio clinico; la procedura inerisce anche la gestione del relativo consenso da parte dell'interessato che si atteggia ad elemento imprescindibile al fine dell'erogazione della prestazione sanitaria.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale procedura trova applicazione in tutte le Unità Operative della Casa di Cura, nei Servizi Ambulatoriali di Neurologia, Psichiatria e Neurofisiopatologia, che hanno rapporti diretti con l'utenza.

### 3. RIFERIMENTI NORMATIVI

***3.1 Normativa sul consenso informato***

Costituzione Italiana:
Artt. 2, 13, 32;
Codice di Deontologia medica del 3.10.1998, artt. 30,31,32,33,34,35;
Codice Civile:
Art. 5 "Atti di disposizione del proprio corpo";
Art. 316 "Esercizio della potestà dei genitori";
Art. 317 "Impedimento di uno dei due genitori";
Art. 330 "Decadenza della potestà sui figli";
Art. 333 "Condotta del genitore pregiudizievole ai figli";
Codice Penale:
Art. 50 "Consenso dell'avente diritto";
Art. 54 "Stato di necessità"
L. n. 833 del 23.12.78 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

## 4. RESPONSABILITA'

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il Direttore Sanitario. Spetta, invece, ai singoli Responsabili delle U.O. e dei Servizi vigilare sulla corretta e regolare applicazione.

## 5. INFORMAZIONE

### *5.1 A chi spetta fornire informazione*

Il Codice di deontologia medica, all'art. 33, recita: "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate".
Per il professionista sanitario l'informativa costituisce un dovere deontologico e contrattuale e dalla sua omissione possono derivare responsabilità professionali e disciplinari. Ogni operatore sanitario, non solo il medico, ha il dovere di fornire informazione circa le procedure di pertinenza, a prescindere dall'ottenimento del consenso da parte dell'assistito.

### *5.2 A chi dare informazione*

L'informazione va resa alla persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, a cui si riferisce la prestazione sanitaria. Il paziente, infatti, è (in linea teorica e fatte salve particolari situazioni eccezionali "in deroga") l'unico destinatario dell'informativa. In caso di paziente che non abbia raggiunto la maggiore età, fatta eccezione per i casi di minore emancipato (sedicenne che abbia contratto matrimonio), i destinatari sono individuati nei genitori (naturali o adottivi) o, nei casi previsti, nella figura del tutore; anche in caso di paziente di minore età lo stesso dovrà essere adeguatamente informato e messo nelle condizioni di esprimere un parere.
Nei casi, invece, di paziente di minore età per il quale si manifesti l'impossibilità di contattare il tutore o gli esercenti la potestà genitoriale, come anche nel caso in cui vi sia parere discordante tra questi ultimi, o concorde nell'assumere una decisione che al medico appaia comunque contraria all'interesse dell'assistito, occorre richiedere l'intervento del Giudice Tutelare.
In ordine all'informativa relativa ai pazienti interdetti l'informazione deve essere fornita oltre che al tutore, cui spetta ogni decisione, anche al soggetto in quanto la sua collaborazione al processo terapeutico è fondamentale.
Anche nel T.S.O. (Legge 833/78) sono previste iniziative finalizzate a fornire informazione ed acquisire la partecipazione del soggetto. Il T.S.O. è, infatti, subordinato ad alcune condizioni quali la non accettazione delle cure da parte del paziente, la rispondenza ad una reale necessità intesa come salvaguardia della salute pubblica o dell'incolumità del paziente, mancanza di alternative terapeutiche, osservanza del rispetto della persona favorendo, quando possibile, il convincimento a curarsi.

### *5.3 Come dare informazione*

Peculiarità dell'informazione sono la completezza e la veridicità; il colloquio deve essere svolto nel massimo riserbo, all'insegna della più ampia disponibilità e serenità. Occorre, infatti, soddisfare anche l'esigenza informativa che proviene dal paziente, che spesso, nella situazione di ricovero, è preda di paure e dubbi su cosa lo aspetta ma al tempo stesso titubante nell'esprimerli in quanto, a volte, si trova di fronte operatori mal disposti ad ascoltare e a dirimere le sue incertezze.
Chi è preposto a fornire informazione deve essere in grado di comprendere la personalità del paziente, la sua situazione e regolare conseguentemente il proprio atteggiamento ed il proprio

linguaggio, avendo particolare riguardo ad accertare che l'interlocutore abbia ben compreso quanto gli è stato detto. L'informazione, dunque, deve essere resa in forma scevra da tecnicismi; deve tener conto della situazione psicologica del soggetto, del suo livello culturale, della sua età; deve contenere la reale motivazione delle ragioni che hanno orientato la scelta verso un determinato trattamento e non in altra direzione, centrando l'attenzione soprattutto su indagini diagnostiche o interventi terapeutici che comportano un rischio prevedibile. Anche una malattia grave o una prognosi infausta non esonerano il medico dal fornire informazione.
Nel caso di pazienti psichiatrici, le modalità comunicative ed emozionali con cui viene proposto un trattamento, assumono una rilevanza maggiore che in altri settori della medicina. La dipendenza o la oppositività terapeutica sono più intense nel rapporto psichiatrico e condizionano maggiormente la libertà di scelta del paziente. Tutto ciò comporta per lo psichiatra una maggiore responsabilità etica oltre che più strettamente medico legale.

## 6. CONSENSO

Il consenso informato è la manifestazione di volontà che il paziente, previamente informato in modo esauriente dal medico su modalità di esecuzione, benefici, rischi di un determinato trattamento sanitario, esprime a riguardo, in maniera libera e non mediata dai familiari. Tale atto rende partecipe e responsabilizza il paziente sulle motivazioni e sulla validità delle scelte terapeutiche effettuate dal sanitario, secondo scienza e coscienza, configurandosi come diritto del cittadino nella sua veste di paziente.
Diritto sancito dagli artt. 13 e 32 della Costituzione nei quali, rispettivamente, si afferma che "*la libertà personale è inviolabile*" e che "*nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*". Il paziente pur avendo diritto alla salute non è obbligato a curarsi.
Il consenso deve scaturire da un rapporto reale tra medico e paziente in cui il sanitario è tenuto a ricevere un'adesione partecipata. Non si tratta si un atto burocratico formale ma di un atto che diventa condizione necessaria per trasformare un atto normalmente illecito, quale la violazione dell'integrità psicofisica, in un atto lecito, fonte di responsabilità.
In considerazione di ciò:

- ad eccezione dei casi previsti per legge di trattamenti sanitari obbligatori, ogni atto medico chirurgico deve contemplare la preventiva manifestazione di volontà del soggetto. Se il paziente è capace di intendere e di volere, il consenso non è presumibile neanche on condizioni di necessità;
- il consenso espresso per un determinato trattamento non autorizza il medico all'esecuzione di uno diverso, salvo nei casi sia documentata una situazione di urgenza, non preventivabile, che abbia determinato un serio rischio per l'incolumità del paziente;
- in caso il paziente non sia capace di intendere e di volere, il consenso deve essere espresso dal legale rappresentante;
- la volontà dei familiari di persona capace di intendere e volere non ha alcun valore giuridico;
- nell'ipotesi di un rifiuto ad un trattamento sanitario, il medico è tenuto al rispetto della volontà del paziente, riportandolo nella documentazione sanitaria. Spetta, comunque, al sanitario valutare la validità del rifiuto in rapporto alle reali capacità di intendere e volere del soggetto;
- lo stato di necessità, limitatamente alle cure indispensabili a mantenere in vita il soggetto, può giustificare l'intervento medico in assenza di consenso

***6.1 Prerogative del consenso***

Per essere ritenuto valido il consenso

a) deve essere ottenuto preliminarmente all'atto terapeutico;

b) deve essere personale, reso dal diretto interessato; trattandosi di diritto personale non può essere prestato da familiari, i quali – se il paziente lo consente – possono solo essere informati sulle sue condizioni di salute;

c) deve essere libero ovvero non viziato da errore, dolo o violenza (paziente che abbia tratto dall'informativa una visione differente dei fatti al punto che, se avesse compreso le notizie fornite, non avrebbe dato il consenso; condotta dolosa del medico che con artifici e raggiri convinca il paziente a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario);

c) il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, salvo i casi in cui – ad esempio – l'interruzione improvvisa del trattamento possa causa gravi rischi al paziente;

c) destinatario del consenso è il medico che effettua la prestazione. Il consenso reso ad un sanitario senza particolari limitazioni è considerato valido a rendere lecito l'intervento anche di un altro medico, dotato però dello stesso grado di capacità o di specializzazione. Se il paziente precisa che il consenso viene prestato a condizione che il trattamento sia effettuato da un medico in particolare, questo sarà ritenuto valido solo per quest'ultimo;

d) il medico dovrà informare in maniera chiara il paziente circa:

- ✓ la condizione patologica in atto;
- ✓ e scelte programmate tanto ai fini diagnostici che terapeutici;
- ✓ i rischi connessi all'attuazione dei mezzi diagnostici-terapeutici prescelti, prospettando, ove possibile, le possibili alternative;
- ✓ i risultati prevedibili di ciascuna scelta;
- ✓ gli effetti collaterali, le menomazioni e le mutilazioni inevitabili;
- ✓ le percentuali di rischio connesse, in particolare in relazione alla sopravvivenza

e) il consenso dovrebbe sempre essere espresso in forma scritta, in modo anche che possa essere dimostrata la sussistenza. Copia deve essere inserita in cartella.

La forma scritta e obbligatoria per:

- ✓ terapia con emoderivati e plasmaderivati (D.M. 15.1.91 art. 19; D.M. 1.9.95, art. 4);
- ✓ espianto di organi (L. 458/67, art.2 per donazione rene da vivente; L. 91/99 per consenso al prelievo di organi in seguito a morte cardiaca o a morte cerebrale);
- ✓ sperimentazione clinica (D. Lgs. 230/95, art. 108; D.M. 15.7.1997).

- **Il Consenso in Psichiatria**

La validità del consenso al trattamento da parte del paziente psichiatrico richiede che vengano soddisfate alcune condizioni circa la "capacità" in merito alla decisione di accettare o rifiutare un trattamento:

- < capacità di comprendere le informazioni essenziali;
- < capacità di elaborare razionalmente le informazioni;
- < capacità di valutare la situazione e le possibili conseguenze di una scelta;
- < capacità di comunicare una scelta.

Particolare importanza, nell'ambito del consenso del paziente psichiatrico, assume il cosiddetto "privilegio terapeutico" con il quale si intende la facoltà del medico di omettere di fornire alcune informazioni in determinate circostanza, a condizione che ciò sia a vantaggio per il paziente. A volte il paziente, in conseguenza delle sue condizioni psicopatologhe tende a sopravvalutare i rischi

o a sottovalutare i benefici di un trattamento, il ricorso al privilegio terapeutico può facilitare il consenso ad un trattamento ritenuto necessario ed urgente.
Il privilegio terapeutico non può essere esercitato nelle proposte di partecipazione a progetti di ricerca.
Nel paziente psichiatrico, a causa della natura della terapia che spesso si protrae nel tempo, il consenso espresso in un determinato momento dovrebbe essere riproposto al paziente in caso di modifiche rilevanti della terapia.
La validità del consenso può essere condizionata dallo stato psicopatologico attuale e va rapportata alla presenza/assenza o presenza parziale di consapevolezza di malattia. La coscienza di una sofferenza imputabile ad una condizione riconosciuta come patologica e il desiderio di esserne liberato può far considerare valido il consenso.
Per alcune categorie di disturbi, le alterazioni della coscienza in genere (delirium, disturbi dissociativi) e la schizofrenia, è probabile che i manifestino condizioni che compromettano la libertà decisionale in riferimento al trattamento. Qualunque alterazione della coscienza altera la validità del consenso. Le condizioni di "ottundimento" o di "obnubilazione", che non rientrano nei casi precedentemente citati, devono essere valutate in rapporto alla gravità.
Una condizione psicotica o un ridotto insight possono alterare potenzialmente le capacità decisionali e conseguentemente la valutazione deve essere rapportata alle condizioni cliniche specifiche. Devono essere presi in considerazione l'intensità e l'invasività dei sintomi psicotici, le modalità di coinvolgimento della proposta di trattamento nel vissuto delirante, il livello della capacità di critica e di giudizio al di fuori dei vissuti psicotici specifici.
Nella circostanza di una condizione psicotica attiva, il consenso può essere circoscritto. Il 3° comma dell'art. 29 del Codice di Deontologia Medica, infatti, prevede che "*le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico possono essere circoscritte a quelli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire ed accettare, evitando superflue precisazioni di dati inerenti aspetti scientifici*".
Abitualmente si ritiene che il paziente depresso sia in grado di fornire un valido assenso al trattamento in quanto consapevole del suo stato di malattia, in assenza di sintomi psicotici, di disturbi della coscienza di alterazioni cognitive. La condizione depressiva tuttavia, modifica la visione del mondo, induce passività, rinuncia e desiderio di morte. L'accettazione di un trattamento, quindi, potrebbe esprimere una rinuncia passiva piuttosto che una scelta consapevole. La validità del consenso va valutata in considerazione delle caratteristiche qualitative e quantitative del dello stato psicopatologico.
In alcuni disturbi, come disturbo di panico ed ipocondria, a causa ad esempio del manifestarsi di una farmacofobia, risulta difficile ottenere il consenso e può venire meno il rapporto medico-paziente.
Esistono poi disturbi psichiatrici con caratteristiche di tipo evolutivo (Morbo di Alzheimer) per le quali può essere riconosciuta una validità iniziale del consenso che può però venir meno in fasi successive caratterizzate da maggiore gravità sintomatologica. In questi casi occorre ricorrere all'intervento del giudice tutelare per la nomina di un tutore e nel caso di aggravamento rapido si può invocare lo stato di necessità.

### *6.3 Casi di consenso impossibile*

Nei casi in cui le condizioni del paziente non consentono di ricevere alcuna informazione né di prestare un consenso valido (pazienti in coma o incapaci di intendere e volere temporaneamente a causa della malattia ma non interdetti o inabilitati giudizialmente), il sanitario deve decidere

secondo scienza e coscienza e valutare di volta in volta l'effettiva necessità del trattamento nonché la possibilità di scelte alternative, in considerazione dei benefici attesi, dei rischi del trattamento o del non trattamento. Può essere presa in considerazione, anche se non è vincolante, l'eventuale pregressa espressione di volontà del paziente e deve, comunque, sempre essere ricercata la condivisione delle scelte da parte dei familiari più stretti. Qualora costoro siano in opposizione o in contrasto fra loro, appare opportuno rivolgersi all'Autorità giudiziaria competente, fatto salvo lo stato di necessità che consente di prescindere dalla prestazione del consenso. Lo stato di necessità impone al medico di eseguire sul paziente ogni trattamento sanitario utile e necessario, in modo tempestivo ed adeguato, secondo la migliore scienza ed esperienza medica.
Laddove non sussista lo stato di necessità, è opportuno far richiedere ai familiari la nomina di un legale rappresentante del paziente che presti il consenso informato alle cure ovvero il dissenso che il paziente avrebbe espresso qualora fosse stato in grado.

### *6.4 Mancanza di consenso*

Nel caso in cui il paziente non possa prestare un consenso valido, il sanitario dovrà assumersi ogni responsabilità. Qualora decidesse di intervenire non potrà essere ritenuto punibile se sarà provato lo stato di necessità (art. 54 C.P.) e abbia, dunque, agito in considerazione della necessità di salvare il paziente, a condizione che il pericolo non sia stato da lui causato volontariamente e non sia evitabile in altro modo e l'intervento sia proporzionale al pericolo.

### *6.5 Dissenso*

Il medico potrebbe trovarsi di fronte all'espressione di dissenso espresso dal paziente e di dissenso espresso dal rappresentante legale. In tale ambito, in assenza di una normativa che lo regolamenti, l'unico dettame valido appare essere l'art. 32 della Costituzione. Norma costituzionale che appare ambigua laddove dal un lato potrebbe consentire comportamenti suicidiari, dall'altro sostiene che il bene salute ha una rilevanza personale, prevedendo limitazioni solo in particolari casi previsti dalla legge (T.S.O.). In considerazione di ciò, in presenza di un dissenso di un paziente di grado di intendere e volere, il medico dovrebbe astenersi dal porre in atto qualsiasi intervento. Se il medico interviene senza il preventivo consenso, è in ogni caso responsabile di lesioni personali ovvero, in caso di esito fatale, di omicidio preterintenzionale. Nella situazione di rifiuto espresso dal legale rappresentante, il medico dovrebbe rivolgersi all'autorità giudiziaria, rappresentando le necessità del paziente ed il rifiuto espresso dal suo legale rappresentante, sempre che non intervengano motivi d'urgenza che non ne diano il tempo.

**Allegati**

| | |
|---|---|
| **PG – 09/Doc.01** | **Informativa ai sensi degli artt. 13-14 Reg. EU 679/2016** |
| **PG – 09/Doc.02** | **Informativa ambulatoriale** |
| **PG – 09/Doc.03** | **Informativa genitori per pazienti minori di età** |
| **PG – 09/Doc.04** | **Autocertificazione per genitori di pazienti minori di età** |
| **PG – 09/Doc.05** | **Dichiarazione consenso informato** |
| **PG – 09/Doc.06** | **Dichiarazione di consenso informato pazienti non in grado di esprimere volontarietà** |
| **PG – 09/Doc.07** | **Consenso informato alla trasfusione** |
| **PG – 09/Doc.08** | **Consenso informato accertamento diagnostico** |
| **PG – 09/Doc.09** | **Dichiarazione di rifiuto procedura diagnostica o terapeutica** |

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL REG. UE2016/679 (GDPR – GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)**

Gentile paziente,
secondo il Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.
*** * ***
Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le comunichiamo che i dati personali saranno da Lei forniti per usufruire dei servizi offerti da Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. o per consultare il sito web aziendale **www.villaverde.lecce.it**.

**1. OGGETTO DEI TRATTAMENTI**
Il Titolare tratta o può trattare:
a) i suoi dati personali (in particolare, nome, cognome, codice fiscale, , e-mail, numero telefonico – in seguito, "dati personali" o anche "dati") da lei comunicati;
b) i suoi dati personali rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9 GDPR, in particolare quelli in grado di rivelare la sua origine razziale o etnica, i dati genetici e biometrici, nonché quelli relativi alla sua salute.

Non vengono, invece, trattati dati relativi a condanne penali e reati (art. 10 GDPR).

**2. FINALITÀ DEI TRATTAMENTI.**
I dati personali forniti saranno oggetto di trattamenti relativi:
a) alle prestazioni sanitarie (prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) che ci richiede;
b) all'assistenza socio-sanitaria;
c) alle attività legate alla fornitura di beni o servizi all'utente per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili e protesi);
d) agli adempimenti di legge previsti da norme civilistiche, fiscali e contabili;
e) all'attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
f) all'attività di segreteria ed amministrativa;
g) alla gestione dei rapporti con gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
h) allo studio e ricerca medico-scientifica;
i) alla elaborazione di statistiche in forma anonima e aggregata;
j) alla verifica del livello di soddisfazione delle prestazioni ricevute;
k) alla promozione della nostra Struttura e dei servizi da noi erogati.

**3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO DI RISPONDERE**
La informiamo che, tenuto conto delle finalità del trattamento come sopra illustrate, i suoi dati personali sono trattati:
A) senza il suo consenso espresso le finalità di cui alle lettere a), b), c), d), e) innanzi espresse in quanto connesse alle prestazioni sanitarie richieste a Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. (art. 6, lett. b GDPR); Il conferimento dei dati per dette finalità è, pertanto, obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità da parte di Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. di dar corso ai servizi sanitari richiesti.

B) Solo previo suo specifico e distinto consenso (art. 7 GDPR), per le finalità di cui alle lettere f), g), h), i), j) e k); se decide di non prestare il consenso al trattamento dei dati per una o tutte le dette finalità, non comprometterà gli altri trattamenti ed i servizi richiesti saranno comunque resi.

**4. CONSENSO DEI MINORI E DEGLI INCAPACI.**
In caso di minori o di persone incapaci di prestare il proprio consenso, questo è espresso dai genitori esercenti la potestà ovvero da un tutore.

**5. MODALITÀ DI ESECUZIONE DEI TRATTAMENTI.**
Il trattamento sarà effettuato con strumenti sia manuali che informatici e telematici, con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità per cui i trattamenti son effettuati e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

**6. DURATA DEI TRATTAMENTI.**
I dati personali saranno trattati lungo tutto il periodo in cui verranno eseguite le prestazioni richieste e, successivamente, per il tempo previsto dalla normativa di riferimento applicabile al settore sanitario. Nel caso manchi, in riferimento a taluni dati, l'indicazione di un tempo massimo di durata dei relativi trattamenti, questi non potranno protrarsi oltre 10 anni a partire dalla cessazione delle prestazioni eseguite nei confronti dell'interessato.

**7. COMUNICAZIONI E CONOSCIBILITÀ DEI SUOI DATI.**
La informiamo che i suoi dati saranno comunicati e/o resi comunque conoscibili anche mediante accesso:

a) a soggetti interni alla nostra Struttura per fini connessi alla gestione dell'erogazione dei servizi sanitari;
b) a consulenti esterni o società di consulenza per fini di contabilità;
c) a soggetti terzi che abbiano rapporti contrattuali o che operino per conto dell'Azienda, previa designazione di costoro quali responsabili del trattamento;
d) a tutti i soggetti pubblici per i quali sussiste o sussisterà in capo al titolare un obbligo di comunicazione dei dati stessi;
e) alle aziende sanitarie locali, alle autorità di pubblica sicurezza e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria.

**8. I SUOI DIRITTI.**
In relazione ai dati che ci conferisce, Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di accesso agli stessi;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi in qualunque momento al loro trattamento;
- alla portabilità dei dati;
- di revocare il consenso, ove previsto;
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso:

**a)** l'invio di una e-mail all'indirizzo **info@villaverde.lecce.it**;

**b)** l'invio di una richiesta scritta indirizzata a Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. con sede legale in Lecce, Via Monteroni, n.222, 73100 – Lecce (LE).

**9. DATI DI CONTATTO**

Il Titolare del trattamento dati è il Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l. con sede legale in Via Monteroni, n.222,73100 – Lecce(LE), raggiungibile all'indirizzo: **info@villaverde.lecce.it**.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) è l'Avv. Riccardo Monteduro con ufficio (per le funzioni) in Via Monteroni, n.222, 73100 – Lecce (LE), raggiungibile all'indirizzo mail **avvocatoriccardomonteduro@gmail.com** o all'indirizzo pec **monteduro.riccardo@ordavvle.legalmail.it**

**IL TITOLARE**

**Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti S.r.l.**

## INFORMATIVA AI GENITORI PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER PAZIENTI MINORI DI ETÁ

Secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, C.C.) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà.
Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 C.C.). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

### CODICE CIVILE

### Art. 155 Provvedimenti riguardo ai figli

Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice.
Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; … omissis.

### Art. 316 Esercizio della potestà dei genitori

Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o alla emancipazione. La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei. Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per il figlio, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322).
Il giudice, sentiti i genitori ed il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio.

**Art. 317 Impedimento di uno dei genitori**

Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.
La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

**Autocertificazione per genitori di pazienti minori di età**
Dichiarazione sostitutiva dell' atto di notorietà (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritt _ _____
nat_ a _____ il _____residente a _____ in Via _____
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

D I C H I A R O

1) di essere genitore, esercente la potestà genitoriale, del minore _____ nat_ a _____ il _____residente a _____ in Via_____;
2) di essere stat _ informat _ delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile);
che il mio stato civile è il seguente:

❏ coniugato/a; ❏ vedovo/a ❏ separato/a,
❏ divorziato/a, in situazione di:
❏ affidamento congiunto ❏ genitore affidatario ❏ genitore non affidatario

3) che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:
❏ lontananza ❏ impedimento

4) che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

❏ che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

5) altro: _____
_____

Letto, confermato e sottoscritto
Lecce, _____Il/la dichiarante _____

(Art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)
La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ed è stata presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

Lecce, _____ Firma del dipendente addetto _____

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____e residente in _____ Via_____, previa prenotazione effettuata in data _____ , chiede di essere ricoverat___ presso questa Casa di Cura. Autorizza i sanitari a praticare i trattamenti medici, nonché gli accertamenti clinici, strumentali e laboratoristici (compresi HIV, markers epatite, esami tossicologici) che saranno ritenuti necessari a fini diagnostici, sia all'atto del ricovero che nel corso della degenza.

Si impegna ad osservare i regolamenti interni della Casa di Cura ivi compreso il divieto di introdurre e detenere medicinali, alimenti, bevande e oggetti che possano essere di nocumento a se stess__ o ad altri ricoverati, per cui autorizza il personale addetto ad accertarne l'eventuale possesso al momento del ricovero o in altro momento qualora se ne ravvisasse la necessità. Prende atto che la Casa di Cura non può rispondere dell'eventuale perdita o sottrazione di denaro e di oggetti di valore che non siano stati consegnati al Capo Sala all'atto del ricovero.

Il/la sottoscritto/a è stato informato/a altresì che il D.lgs. 196/2003 prevede il diritto alla protezione dei dati personali. Il trattamento di tali dati si svolgerà nel rispetto dei miei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della mia dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei miei dati personali.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso la lettera informativa fornitami dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), vale a dire, tra l'altro, "i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Il/la sottoscritto/a dichiara, pertanto, di essere stat _ informat _ che i dati forniti forniti al momento del ricovero sono obbligatori per la corretta compilazione della Cartella Clinica e serviranno sia per rilevare l'attuale stato di salute sia per fini amministrativi e saranno conservati negli archivi della Casa di Cura. I dati anagrafici, la diagnosi di dimissione con la relativa SDO e quant'altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alla AUSL, all'Autorità di Pubblica Sicurezza e, dietro specifica richiesta all'Autorità Giudiziaria o ad altri Enti destinatari per legge e regolamenti. In
base alle disposizioni di legge vigenti, qualora i dati di cui trattasi dovessero necessitare per fini di ricerca scientifica o statistica, gli stessi saranno trasmessi in modo anonimo.

Il/la sottoscritto/a chiede che nelle prescrizioni cartacee di medicinali soggetti a prescrizione ripetibile non a carico, anche parziale del Servizio Sanitario Nazionale

☐ siano ☐ non siano indicate le proprie generalità, salvo diversa indicazione.

Il/la sottoscritto/a, informato/a che in nessun caso verranno fornite a terzi informazioni sullo stato di salute per telefono, ma solo di persona previo consenso, consente che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute e che la propria documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche, etc ... ) possa essere affidata all'occorrenza:

☐ solo al sottoscritto/a ☐ a tutti i parenti di 1° grado

☐ al coniuge ☐ alle seguenti persone.....

Il sottoscritto/a dichiara di essere stat_ informat _ che durante la degenza, solo per eccezionali inderogabili esigenze, potranno essere concessi permessi da usufruire unicamente su autorizzazione del Medico di Reparto che provvederà al rilascio ove non sussistano controindicazioni cliniche ed io venga sempre comunque accompagnat _ da un familiare.
Il/la sottoscritto/a

☐ per proprio conto ☐ esercitando la potestà genitoriale sul minore _____

☐ presta il proprio consenso ☐ nega il proprio consenso

**Firma leggibile del paziente/genitore** _____
Firma dell'altro genitore _____ (In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente esonerando da ogni responsabilità la struttura ed i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione, accollandosene gli oneri).

**Firma del Medico che riceve la dichiarazione di consenso** _____

Io sottoscritto, _____, familiare del paziente innanzi nominato, mi impegno a collaborare con il Personale della Casa di Cura per il rispetto delle norme innanzi citate.

Lecce, _____ _____
(Firma del familiare)

**Dichiarazione consenso informato pazienti non in grado di esprimere volontarietà**

**Dati identificativi del paziente**

Cognome e Nome_____, nat_ a _____, il _____, residente a _____ in Via _____ ricoverato il _____.

**Dati di un familiare di I° grado, ovvero congiunto, convivente, qualora il paziente sia temporaneamente incapace di esprimere la propria volontà**

Cognome e Nome_____, nat_ a _____, il _____, residente a _____, in Via _____

Telefono _____

**Dati dei genitori in caso di minore**

Cognome e Nome_____, nat_ a _____, il _____, residente a _____, in Via _____

Telefono _____

Cognome e Nome_____, nat_ a _____, il _____, residente a _____, in Via _____

Telefono _____

N.B.: nel caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

**Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)**

Cognome e Nome_____, nat_ a _____, il _____, residente a _____, in Via _____

Telefono _____

N.B.: allegare la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante.

**Dati del Medico che fornisce l'informativa e riceve il consenso**

Io sottoscritt _ Dott./Dott.ssa _____dichiaro di aver fornito l'informativa sul consenso, secondo quanto previsto dalla relativa procedura aziendale

Lecce, _____Timbro e firma del medico: _____

**ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritt_ _____ dichiaro:

- ✓ di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente attraverso l'informativa fornitami ed il colloquio con il Medico;
- ✓ di prendere atto che il consenso sarà ritenuto valido **per ogni prestazione** eseguita durante il ricovero;
- ✓ di manifestare il consenso al trattamento dei dati personali;

- ✓ di essere a conoscenza della possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento;
- ✓ di richiedere che le informazioni circa ❑ il mio stato di salute ❑ lo stato di salute del mio congiunto, oltre che a me, vengano fornite anche a:
- ✓

Cognome e Nome_____, nat_ a _____, il _____, residente a _____, in Via _____
Telefono _____

- ✓ di (barrare la scelta) ❑ **accettare/non accettare** ❑ liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza quanto comunicatomi.

Lecce, _____ Firma _____

Io sottoscritt _ _____ dichiaro

in data _____ di **voler revocare** il consenso.

Firma _____

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritt_ _____, nat _ a _____il _____ consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

**D I C H I A R O**

- ♦ di essere un familiare di I° grado del paziente sopra indicato;
- ♦ di essere un congiunto del paziente sopra indicato;
- ♦ di essere convivente del paziente sopra indicato;
- ♦ di essere legale rappresentante del paziente sopra indicato.

Lecce, _____ Firma _____

**CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE**
(Art. 4 – Decreto 1 settembre 1995)

Io sottoscritto/a_____

nato/a a_____ il _____/_____/_____

☐ ricoverato/a presso questa Casa di Cura sono stato informato dal

☐ in qualità di _____ del Sig./Sig.ra _____
ricoverato/a presso questa Casa di Cura sono stato informato dal

Dott._____che per le condizioni cliniche potrebbe essere necessario procedere a trasfusioni di sangue omologo/emocomponenti, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, ecc.).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott,_____
sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivare se non mi sottoponessi alla trasfusione.

Quindi:

**acconsento** ☐ **non acconsento** ☐

a sottopormi presso codesta struttura al trattamento trasfusionale necessario per tutto il decorso della mia malattia.

Data _____

Firma_____

**N.B.** Se il paziente è un minore, il consenso deve essere rilasciato da entrambi i genitori o dall'eventuale tutore. In caso di disaccordo tra i genitori, il consenso va richiesto al giudice tutelare. (Decreto 1 settembre 1995 – art. 4 – comma 2).

**CONSENSO INFORMATO ALL'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO STRUMENTALE**

Lecce, ……..…….

E' per il Sig./Sig.ra …….

Il/la sottoscritto/a dichiara d'essere stato informato/a, esaurientemente, al fine della diagnosi e/o terapia, della necessità di eseguire gli esami appresso indicati, anche in relazione all'eventuale uso di mezzi di contrasto e/o tecniche e metodiche invasive a fini diagnostico-terapeutici:

□ Esofagogastroduodenoscopia
□ Rettosigmoidoscopia
□ T.A.C. con mdc
□ R.M.N. con mdc
□ Emogasanalisi
□ Incannulamento vena centrale
□ Gastrostomia endoscopica percutanea
□ Altro ……..……

Informato/a, inoltre, sugli svantaggi che deriverebbero dalla mancata esecuzione dell'esame, dichiaro di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi, espostemi in modo chiaro e per me comprensibile, nonché delle possibili complicanze che da queste possono derivare, anche qualora vengano espletate con perizia, prudenza e diligenza; acconsento quindi all'attuazione delle procedure che mi sono state prospettate:

_____

_____

_____

Il Paziente (*) Firma del Medico

…… …….…….

N.B. (*) – Consenso del Familiare nel caso di minore e/o congiunto non vigile ovvero impossibilitato a collaborare:

Grado di parentela:…….

Firma del Familiare

…….……

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI PROCEDURA DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA**

Lecce, _____

Io sottoscritt_, _____, ricoverato presso questa Casa di Cura, dichiaro di aver rifiutato _____ che mi era stat_ propost_ dal Dott. _____.

Sono stato chiaramente informat_ delle finalità e delle modalità di esecuzione di quanto propostomi nonché dei rischi cui vado incontro non sottoponendomi alla procedura/terapia sopra indicata e sono consapevole di non poter attribuire alcuna responsabilità ai Medici e al Personale di Reparto.

Osservazioni

_____

_____

Firma del paziente _____

Firma di chi rifiuta per il paziente specificando a quale titolo ne è autorizzato

_____

Firma del medico che ha informato e ricevuto rifiuto

_____

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.4 Coinvolgimento del paziente, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

***EVIDENZA 5.4.3*** ***Presenza di programmi di addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento dei pazienti, caregiver e personale.***

Nel Piano Formativo Aziendale sono previsti specifici programmi di addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento di pazienti, caregier e personale sulle prestazioni da erogare, allo scopo di rendere il paziente consapevole e in grado di assumere comportamenti atti ad evitare rischi, segnalare al personale sanitario comportamenti che possono comportare rischi, porre domande che consentono agli operatori di effettuare scelte assistenziali appropriate, ascoltare e seguire prescrizioni nonché segnalare comportamenti non conformi a quanto concordato.

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.5 Modalità di ascolto dei pazienti

***EVIDENZA 5.5.1*** ***Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti.***

Esiste procedura per la presentazione e per la gestione di reclami, osservazioni e suggerimenti secondo il seguente

# Modulo

## Reclami Suggerimenti

Io Sottoscritto/a, _____, residente a _____

in Via _____, telefono _____

in qualità di:

❑ ospite ❑ familiare ❑ visitatore ❑ altro

segnalo quanto segue

_____

_____

_____

_____

_____

Autorizzo, con la sottoscrizione del presente modulo, la Casa di Cura "Villa Verde – Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l., ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo GDPR 679/2016, al trattamento dei dati personali da me forniti.

Data _____ _____
(Firma leggibile)

Da inviare a mezzo posta all'indirizzo di Via Monteroni 222 - 73100 Lecce o tramite fax al numero 0832 351920 o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: villa.verde@libero o di posta certificata: villa.verde@pec.it.

Esiste anche la procedura di risposta secondo il seguente

**MODULO RISPOSTA AL RECLAMO**

Effettuata da _____

Data _____

A mezzo di _____

Provvedimenti – Azioni intraprese:

☐ immediate _____

_____

_____

☐ programmate _____

_____

_____

Firma

_____

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.5 Modalità di ascolto dei pazienti

***EVIDENZA 5.5.2*** ***Presenza e formalizzazione di modalità e strumenti per:***

***a) l'ascolto attivo dei pazienti;***

***b) la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction).***

La Direzione ha definito procedure di ascolto dei pazienti e caregiver in merito alle prestazioni erogate. Nel corso di tali procedure vengono anche somministrati questionari – distintamente per area degenze ed area ambulatoriale – sia per acquisire il grado di soddisfazione dell'utente che per la verifica da parte della Direzione (attraverso l'elaborazione dei questionari), secondo i seguenti schemi:

## QUESTIONARIO UTENTE DEGENTE

Gentile Utente,
Le chiediamo di esprimere cortesemente il Suo parere sul soggiorno presso questa Casa di Cura. Ogni suo suggerimento o consiglio sarà per noi di grande aiuto per migliorare il servizio.
Il questionario può essere compilato in forma anonima ed, in ogni caso, i dati da Lei forniti verranno trattati nel più assoluto riserbo nel rispetto della normativa vigente.
La compilazione è semplice e veloce: è sufficiente barrare la casella corrispondente alla valutazione ritenuta più confacente.
La ringraziamo in anticipo per la Sua preziosa collaborazione e La preghiamo, una volta completata la compilazione del questionario, di depositarlo nell'apposita cassetta posta nei pressi dell'Accettazione.
La preghiamo, prima di procedere alla compilazione del questionario, di fornirci i seguenti dati:

Unità di Degenza _____ □ I° accesso □ Rientro

Sesso □ M □ F □ Età _____ Provincia di residenza _____

Titolo di studio □ Scuola dell'obbligo □ Diploma □ Laurea breve □ Laurea

| | LIVELLO | | | |
|---|---|---|---|---|
| ***ACCOGLIENZA*** | **ellente** ☺! | **uono** ☺ | **iciente** 😐 | **arso** ☹ |
| Tempo di attesa tra la prenotazione ed il ricovero | | | | |
| Accesso alla struttura (segnaletica, zone parcheggio, barriere architettoniche) | | | | |
| Disponibilità e cortesia da parte degli operatori | | | | |
| Capacità di fornire informazioni | | | | |

| | LIVELLO | | | |
|---|---|---|---|---|
| ***SERVIZIO AMMINISTRATIVO*** | **ellente** ☺! | **uono** ☺ | **iciente** 😐 | **arso** ☹ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Disponibilità e cortesia da parte degli operatori | | | | |
| Capacità di fornire informazioni | | | | |
| Qualità delle informazioni | | | | |

**LIVELLO**

| ***SERVIZI SANITARI E DI ASSISTENZA*** | **ellente** ☺! | **uono** ☺ | **iciente** 😐 | **arso** ☹ |
|---|---|---|---|---|
| Informazioni ricevute sull'organizzazione generale del Reparto (orario di visita, orario dei medici, orario dei pasti) | | | | |
| Assistenza ricevuta da parte del personale medico | | | | |
| Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute da parte del personale medico circa il Suo stato di salute (consenso, diagnosi, decorso clinico, terapie) | | | | |
| Rapporto instaurato con il personale medico (cortesia, disponibilità, rispetto della privacy) | | | | |
| Assistenza ricevuta da parte del personale infermieristico | | | | |
| Informazioni ricevute da parte del personale infermieristico (somministrazione della terapia, esecuzione esami) | | | | |
| Rapporto umano instaurato con il personale infermieristico (cortesia, prontezza, disponibilità, rispetto privacy) | | | | |
| Rapporto umano instaurato con i personale di supporto (O.T.A., O.S.S., Ausiliario) | | | | |
| Cure ricevute rispetto ai bisogni di cura della Sua persona (igiene, assistenza durante i pasti) | | | | |
| Assistenza ricevuta da parte del personale della riabilitazione (terapisti, logopedisti) | | | | |
| Rapporto umano instaurato con il personale della riabilitazione (terapisti, logopedisti) | | | | |

**LIVELLO**

| ***COMFORT*** | **ellente** ☺! | **uono** ☺ | **iciente** 😐 | **arso** ☹ |
|---|---|---|---|---|
| Qualità dei pasti | | | | |
| Pulizia degli ambienti (stanza di degenza, servizi, spazi comuni) | | | | |
| Arredi, spazi a disposizione, temperatura, illuminazione | | | | |

Ha osservazioni e suggerimenti ulteriori da offrirci?

_____

_____

_____

In particolare cosa suggerisce di migliorare?

_____

_____

_____

Il questionario è stato compilato in qualità di: ❑ utente ricoverato ❑ parente

I Suoi dati **FACOLTATIVI**

_____

_____

**Firma** _____

Gli eventuali dati verranno gestiti in ottemperanza al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

La ringraziamo nuovamente per la Sua preziosa collaborazione.

***LA DIREZIONE***

## QUESTIONARIO UTENTE AMBULATORIALE

Gentile Utente,
Le chiediamo di esprimere cortesemente il Suo parere sul servizio offerto da questa Casa di Cura. Ogni suo suggerimento o consiglio sarà per noi di grande aiuto per migliorare il servizio.
Il questionario può essere compilato in forma anonima ed, in ogni caso, i dati da Lei forniti verranno trattati nel più assoluto riserbo nel rispetto della normativa vigente.
La compilazione è semplice e veloce: è sufficiente barrare la casella corrispondente alla valutazione ritenuta più confacente.
La ringraziamo in anticipo per la Sua preziosa collaborazione e La preghiamo, una volta completata la compilazione del questionario, di depositarlo nell'apposita cassetta posta nei pressi dell'Accettazione.
La preghiamo, prima di procedere alla compilazione del questionario, di fornirci i seguenti dati:

Ambulatorio di _____ I° accesso □ Si □ No

Sesso □ M □ F □ Età _____ Provincia di residenza _____

Titolo di studio □ Scuola dell'obbligo □ Diploma □ Laurea breve □ Laurea

| | **Telefonicamente** | **Di persona** | **Posta elettronica** | **Altro** |
|---|---|---|---|---|
| Come ha effettuato la prenotazione | ☎ | | @ | ☐ |
| ***COME GIUDICA IL LIVELLO DI:*** | **Eccellente** | **Buono** | **Sufficiente** | **Scarso** |
| | ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| Informazioni fornite dall'Ufficio prenotazioni | | | | |
| Tempo di attesa tra la data di prenotazione e l'esecuzione della prestazione | | | | |
| Disponibilità e cortesia del Servizio di accettazione e pagamento ticket | | | | |
| L'accessibilità (segnaletica, barriere architettoniche) | | | | |
| Comfort (pulizia ambienti, illuminazione, temperatura) | | | | |
| Rispetto degli orari della prenotazione | | | | |
| Attenzione ricevuta dal personale medico | | | | |
| Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute da parte del personale medico | | | | |
| Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico | | | | |
| Rispetto della riservatezza personale | | | | |
| Tempo di consegna del referto | | | | |

Ha osservazioni e suggerimenti ulteriori da offrirci?

_____

_____

_____

In particolare cosa suggerisce di migliorare?

_____

_____

_____

Il questionario è stato compilato in qualità di: ❑ utente ❑ parente

I Suoi dati **FACOLTATIVI**

_____

_____

**Firma** _____

Gli eventuali dati verranno gestiti in ottemperanza al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

La ringraziamo nuovamente per la Sua preziosa collaborazione.

***LA DIREZIONE***

**ELABORAZIONE QUESTIONARI SODDISFAZIONE UTENTI AREA DEGENZE**

Numero questionari consegnati _____

Numero questionari elaborati _____

Codice Unità di Degenza
A - Psichiatria
B - Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite
C - Medicina Fisica e Riabilitazione (Neuroriabilitazione cod. 75)

% Accesso I° Accesso/Rientro

% Uomini _____ % Donne _____

% Fasce di età
0 - 15
15 - 30
30 - 45
45 - 60
60 - 75
Oltre 75

% Provincia di residenza

% Scolarità

% Compilazione da parte di utenti ricoverati _____ o parenti _____

***ACCOGLIENZA***

*% GIUDIZIO SU TEMPO DI ATTESA TRA PRENOTAZIONE E RICOVERO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ACCESSO ALLA STRUTTURA (SEGNALETICA, ZONE PARCHEGGIO, BARRIRE ARCHITETTONICHE)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU DISPONIBILITA', CORTESIA DA PARTE DEGLI OPERATORI*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

***SERVIZIO AMMINISTRATIVO***

*% GIUDIZIO SU DISPONIBILITA', CORTESIA DA PARTE DEGLI OPERATORI*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU CAPACITA' DI FORNIRE INFORMAZIONI*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU QUALITA' DELLE INFORMAZIONI*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

## *SERVIZI SANITARI ED ASSISTENZA*

*% GIUDIZIO SU INFORMAZIONI RICEVUTE SULL'ORGANIZZAZIONE GENERALE DEL REPARTO (ORARIO DI VISITA, ORARIO DEI MEDICI, ORARIO PASTI)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ASSISTENZA RICEVUTA DA PARTE DEL PERSONALE MEDICO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU CHIAREZZA E COMPLETEZZA DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE DA PARTE DEL PERSONALE MEDICO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU RAPPORTO INSTAURATO CON IL PERSONALE MEDICO (CORTESIA, DISPONIBILITA')*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ASSISTENZA RICEVUTA DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU INFORMAZIONI RICEVUTE DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU RAPPORTO UMANO INSTAURATO DAL PERSONALE INFERMIERISTICO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU RAPPORTO UMANO INSTAURATO CON IL PERSONALE DI SUPPORTO (O.T.A., AUSILIARIO)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU CURE RICEVUTE RISPETTO AI BISOGNI DI CURA (IGIENE, ASSISTENZA DURANTE I PASTI)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ASSISTENZA RICEVUTA DA PARTE DEL PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE (TERAPISTI, LOGOPEDISTI)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU RAPPORTO UMANO INSTAURATO CON IL PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE (TERAPISTI, LOGOPEDISTI)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

***COMFORT***

*% GIUDIZIO SU QUALITA' DEI PASTI*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU PULIZIA DEGLI AMBIENTI (STANZA DI DEGENZA, SERVIZI, SPAZI COMUNI)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ARREDI, SPAZI A DISPOSIZIONE, TEMPERATURA, ILLUMINAZIONE*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*Ambito con maggiore % di osservazioni precisamente* _____
*Maggiore % di suggerimenti* _____

**ELABORAZIONE QUESTIONARI SODDISFAZIONE UTENTI – AREA AMBULATORIALE**

Numero questionari consegnati _____

Numero questionari elaborati _____

Codice Ambulatorio
A - Psichiatria
B - Neurologia
C - Neurofisiopatologia

% Accesso I° Accesso/utente già noto

% Uomini _____ % Donne _____

% Fasce di età
0 - 15
15 - 30
30 - 45
45 - 60
60 - 75
Oltre 75

% Provincia di residenza

% Scolarità

*% MODALITA' DI PRENOTAZIONE*

| Telefonica | Di persona | Posta elettronica | Altro |
|---|---|---|---|
| ☎ | 🚹 | @ | ☐ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU INFORMAZIONI FORNITE DALL'UFFICIO PRENOTAZIONI*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU TEMPO DI ATTESA TRA LA DATA DI PRENOTAZIONE E L'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU DISPONIBILITA' E CORTESIA DEL SERVIZIO DI ACCETTAZIONE E PAGAMENTO TICKET*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ACCESSIBILITA' (SEGNALETICA, BARRIERE ARCHITETTONICHE)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU COMFORT (PULIZIA AMBIENTI, ILLUMINAZIONE, TEMPERATURA)*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU RISPETTO DEGLI ORARI DELLA PRENOTAZIONE*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ATTENZIONE RICEVUTA DAL PERSONALE MEDICO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

***% GIUDIZIO SU CHIAREZZA E COMPLETEZZA DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE DA PARTE DEL MEDICO***

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|
| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
| | | | |

*% GIUDIZIO SU ATTENZIONE RICEVUTA DAL PERSONALE INFERMIERISTICO E/O TECNICO*

| Eccellente | Buono | Sufficiente | Scarso |
|---|---|---|---|

| ☺! | ☺ | 😐 | ☹ |
|---|---|---|---|
| | | | |

*Ambito con maggiore % di osservazioni precisamente* _____

*Maggiore % di suggerimenti* _____

## CRITERIO: 5 COMUNICAZIONE

## REQUISITO: 5.5 Modalità di ascolto dei pazienti

***EVIDENZA 5.5.3*** ***L'organizzazione ha definito piani di formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti.***

Nel Piano Formativo Aziendale sono previsti specifici programmi di formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione e tecniche strutturate di gestione conflitti.

# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 6

## APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

# CRITERIO: 6

# APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.1
## Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

***EVIDENZA: 6.1.1*** ***Presenza e formalizzazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine per gestire le evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità/rischio (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di i Livello – Medicina basata sulle evidenze).***

***EVIDENZA 6.1.2*** ***Le strutture recepiscono e adattano alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale ed internazionale per le patologie di cui si fanno carico.***

## REQUISITO: 6.2
## Promozione della sicurezza e gestione dei rischi.

***EVIDENZA 6.2.1*** ***Formalizzazione e diffusione dei un Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello), orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che definisca ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione. In particolare sono previsti piani per la messa in sicurezza dei processi relativi a:***

- ***a) prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza;***
- ***b) procedure invasive;***
- ***c) uso di sangue e emoderivati;***
- ***d) somministrazione dell'anestesia e della sedazione;***
- ***e) corretta identificazione del paziente clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello) e del sito chirurgico;***
- ***f) gestione dei risultati critici di laboratorio;***
- ***g) somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).***

***EVIDENZA: 6.2.2*** ***Formalizzazione di procedure relative alla sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello)***

| | |
|---|---|
| ***EVIDENZA: 6.2.3*** | ***Presenza nella struttura sanitaria di documenti che:***<br>***a. descrivono i processi;***<br>***b. individuano le relative responsabilità clinico-organizzative;***<br>***c. indicano i criteri per la valutazione dei dirigenti;***<br>***d. definiscono le modalità di eventuale e/o periodica rivalutazione dell'organizzazione e delle responsabilità;***<br>***e. rendono nota all'intera organizzazione la struttura di governo.*** |
| ***EVIDENZA: 6.2.4*** | ***Definizione di una procedura per il lavaggio delle mani (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).*** |
| ***EVIDENZA: 6.2.5*** | ***Formalizzazione e diffusione di Protocolli, Linee Guida e Procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).*** |

## REQUISITO: 6.3
## Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi.

| | |
|---|---|
| ***EVIDENZA 6.3.1*** | ***Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello), la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi.*** |
| ***EVIDENZA 6.3.2*** | ***Presenza di un piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione.*** |

## REQUISITO: 6.4
## Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenza.

| | |
|---|---|
| ***EVIDENZA: 6.4.1*** | ***Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività*** |
| ***EVIDENZA: 6.4.2*** | ***Garanzia di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali.*** |
| ***EVIDENZA: 6.4.3*** | ***Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.*** |

# CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

***EVIDENZA: 6.1.1*** ***Presenza e formalizzazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della Evidence Based Medicine per gestire le evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità/rischio (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di i Livello – Medicina basata sulle evidenze).***

***EVIDENZA: 6.1.2*** ***Le strutture recepiscono e adattano alle peculiarità della propria organizzazione i PDTA elaborati a livello nazionale ed internazionale per le patologie di cui si fanno carico.***

Ci si prefigge lo scopo di gestire nella maniera più efficace possibile le evenienze cliniche più frequenti e di maggiore gravità/rischio, nella cura delle patologie, avuto riguardo alle articolazioni organizzative esistenti presso la Casa di Cura "Villa Verde" che, si ricorda, sono le seguenti:

a) per l'area degenza:
   - U.O. di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite
   - U.O. di Neuroriabilitazione cod. 75
   - U.O. di Psichiatria

b) per l'area ambulatoriale:
   - Ambulatorio di Neurologia
   - Ambulatorio di Neurofisiopatologia
   - Ambulatorio di Psichiatria

A tal fine è previsto, come già esplicitato nella "Evidenza 1.5.1" relativamente al Criterio 1, che tutta l'attività di assistenza sanitaria svolta dalla Struttura viene erogata sulla base di ben definiti Protocolli Diagnostici-Terapeutici e di Linee Guida validate da Società Scientifiche ed Organismi di riconosciuta autorità a livello nazionale ed internazionale. Sono state selezionate ben 44 Linee Guida per il trattamento delle patologie riferibili all'area critica intensivistica e di neuroriabilitazione intensiva cod. 75 per le Gravi cerebrolesioni Acquisite. Molte altre Linee Guida (come pure evidenziato nella Evidenza 1.5.1)sono state selezionate per il trattamento delle patologie psichiatriche ed anche per il trattamento di altre patologie spesso concomitanti in pazienti ricoverati nelle Unità di Degenza presenti nella Casa di Cura.

Similmente si è disposto per l'assistenza in regime ambulatoriale laddove sono state selezionate 15 Linee Guida e Protocolli afferenti alle aree di Neurologia, di Neurofisiopatologia e di Psichiatria.

Il tutto, dunque, secondo i principi della Evidence Based Medicina, come prescritto dal D. M. 70 del 2015.

Come già evidenziato, appunto, nel Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi, tutti i PDTA elaborati a livello nazionale ed internazionale, relativamente alle patologie di cui si fanno carico, vengono adattati alle peculiarità (prima descritte) della Casa di Cura.

## CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi.

***EVIDENZA: 6.2.1*** ***Formalizzazione e diffusione dei un Piano Aziendale per la gestione del rischio clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello), orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che definisca ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione. In particolare sono previsti piani per la messa in sicurezza dei processi relativi a:***

- ***a) prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza;***
- ***b) procedure invasive;***
- ***c) uso di sangue e emoderivati;***
- ***d) somministrazione dell'anestesia e della sedazione;***
- ***e) corretta identificazione del paziente clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello) e del sito chirurgico;***
- ***f) gestione dei risultati critici di laboratorio;***
- ***g) somministrazione dei farmaci e della profilassi antibiotica clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).***

Nella precedente "Evidenza 1.5.1" è stata già tracciato in linea di massima il programma per la gestione del Rischio Clinico, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti ed ambiente.

In particolare, è stato messo a punto un articolato insieme di piani, protocolli e procedure, che consentono anche i relativi monitoraggi e verifiche, per la messa in sicurezza di vari processi come di seguito indicato.

a) Infezioni Ospedaliere: è costituito un apposito Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, presieduto dal Direttore Sanitario e composto dai Responsabili delle Unità Operative e Servizi e da altri rappresentanti di personale di assistenza diretta. Per le attività di controllo del Comitato sono stati predisposti specifici Indicatori che verranno utilizzati per le attività reporting. Sono stati altresì implementati specifici protocolli e procedure operative:

1) Protocollo Operativo gestione lesioni da decubito — Allegato A.01.02.02.1b[4]
2) Protocollo Operativo cure igieniche — Allegato A.01.02.02.1b[7]
3) Protocollo controllo rischio biologico — Allegato A.01.05.14.1
4) Procedura isolamento paziente con malattia infettiva — Allegato A.01.06.02.2 – PG 12
5) Protocollo Operativo prevenzione insorgenze batteriche — Allegato A.01.06.07.3c

b) Procedure invasive: sono previste le seguenti procedure:

1) A.01.02.02.1 b[16] — Procedura infermieristica gestione catetere venoso periferico
2) A.01.02.02.1 b[17] — Procedura infermieristica gestione gastrostomia endoscopica percutanea (PEG)
3) A.01.02.02.1 b[18] — Procedura infermieristica gestione pompe di infusione
4) A.01.02.02.1 b[19] — Procedura infermieristica esecuzione paracentesi
5) A.01.02.02.1 b[20] — Procedura infermieristica esecuzione toracentesi
6) A.01.02.02.1 b[21] — Procedura infermieristica prelievo venoso con sistema vacutainer
7) A.01.02.02.1 b[22] — Procedura infermieristica emocoltura
8) A.01.02.02.1 b[23] — Procedura infermieristica somministrazione terapia endovenosa
9) A.01.02.02.1 b[24] — Procedura infermieristica gestione epistassi
10) A.01.02.02.1 b[25] — Procedura infermieristica esecuzione elettrocardiogramma
11) A.01.02.02.1 b[26] — Procedura infermieristica esecuzione clistere evacuativo
12) A.01.02.02.1 b[27] — Procedura infermieristica gestione del dolore
13) A.01.02.02.1 b[2] — Protocollo Operativo gestione cateterismo vescicale
14) A.01.02.02.1 b[3] — Protocollo Operativo gestione catetere venoso centrale
15) A.01.02.02.1 b[28] — Protocollo Operativo gestione drenaggio toracico

c) Uso di sangue ed emoderivati. E' prevista la procedura:

1) A.01.02.02.1 b[9] — Protocollo Operativo richiesta e somministrazione sangue ed emoderivati

d) Somministrazione dell'anestesia e sedazione. Nell'esercizio delle pratiche anestesiologiche di anestesia e rianimazione viene seguita la Linea Guida SIAARTI – Minerva Anestesiologica 2005 – Vol. 71 "Recommendations for anesthesia and sedation in nonoperating room locations".

e) Corretta identificazione del paziente. Nel rispetto della "Procedura Gestione Documentazione Sanitaria" – Allegato A.01.06.02.2 PG 08 – in sede di implementazione della Cartella Clinica vengono esperite tutte le procedure per la corretta identificazione del paziente attraverso l'acquisizione di documenti identificativi ed eventuali altre diverse ed opportune modalità.

Relativamente alla gestione dei risultati critici di laboratorio ed alla somministrazione di farmaci e della profilassi antibiotica, faranno testo le risultanze degli specifici confronti in materia, tra i Dirigenti Medici Responsabili delle Unità di Degenza ed i Responsabili dei Servizi di Farmacia e Laboratorio Analisi.

A beneficio, protezione e tutela dei pazienti, sono previste, inoltre, avuto riguardo alle peculiari tipologie di prestazioni sanitarie erogate dalla Casa di Cura, le seguenti specifiche procedure:

1) A.01.02.02.1 b[1] Protocollo Operativo gestione carrello di emergenza
2) A.01.02.02.1b[5] Protocollo Operativo gestione del paziente tracheostomizzato
3) A.01.02.02.1b[6] Protocollo Operativo svezzamento da ventilatore meccanico
4) A.01.02.02.1b[8] Protocollo Operativo gestione nutrizione artificiale
5) A.01.02.02.1b[10] Protocollo Operativo prevenzione delle cadute
6) A.01.02.02.1b[12] Protocollo Operativo gestione contenzione fisica.

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

***Note***

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

## SOMMARIO

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3
**2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI** ..... 3
**3. RESPONSABILITA'** ..... 3
**4. MODALITA' OPERATIVE** ..... *3*
*4.1 Premessa* ..... 3
*4.2 Uso degli emocomponenti* ..... 3
*4.3 Indicazioni all'uso di emocomponenti di secondo livello* ..... 4
*4.4 Corretta identificazione del paziente al momento del prelievo ematico* ..... 5
*4.5 Procedura per la richiesta degli emocomponenti* ..... 5
*4.6 Corretta identificazione del paziente al momento dell'emotrasfusione* ..... 10
*4.7 Procedura per la trasfusione di sangue e emocomponenti* ..... 10
*4.8 Procedura di registrazione di avvenuta trasfusione* ..... 11
*4.9 Procedura in caso di reazione trasfusionale* ..... 11
**ALLEGATI** ..... 13

## 1. OGGETTO E SCOPO

Il seguente protocollo ha lo scopo di descrivere l'iter da seguire per la corretta gestione della richiesta e somministrazione di sangue ed emoderivati.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il seguente Protocollo Operativo si applica nelle diverse Unità Operative della Casa di Cura nei confronti dei pazienti ricoverati che necessitano di trasfusione e/o somministrazione di emoderivati.
Copia del Protocollo dovrà essere custodita in ogni Unità Operativa in luogo accessibile a chiunque fra il personale interessato che ritenga di dover far ricorso alla consultazione.
Una copia deve essere posta a disposizione durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Sanitaria e dall'Unità preposta.

## 3. RESPONSABILITA'

Direttore Sanitario, Medici e Infermieri.

## 4. MODALITA' OPERATIVE

### 4.1 Premessa

In generale la trasfusione dovrebbe essere riservata ad indicazioni strette: perdita di sangue rilevante, identificabile e trattabile, in pazienti che presentino prospettive di vita medio-lunga e discrete condizioni generali, che possano pertanto trarre beneficio da questa procedura. Al di fuori di queste indicazioni l'emotrasfusione va riservata a pochi casi selezionati che, a fronte di sofferenza o riduzione della qualità di vita, sembrerebbero poter trarre beneficio e/o sollievo dai sintomi.
Prima di dare inizio alla procedura occorre accertarsi che il paziente, o suo legale rappresentante, sia stato informato dal sanitario ed abbia espressamente prestato il proprio consenso per iscritto sull'apposito modulo

### 4.2 Uso degli emocomponenti

I. GLOBULI ROSSI CONCENTRATI
Sono indicati per aumentare rapidamente l'apporto di ossigeno ai tessuti.
Il valore soglia di Hb che giustifica una richiesta medica di trasfusione è di 80 g/L. In caso di gravi anormalità della funzione cardiocircolatoria o respiratoria la soglia può essere innalzata a
90-100 g/L. Non vi è mai indicazione per valori >100 g/L. Nei pazienti affetti da anemie croniche la soglia è <8g/L.

II. PLASMA FRESCO

E' indicato nei deficit congeniti o acquisiti di singoli fattori della coagulazione, in presenza di emorragia. Nella fase acuta di una CID. Come antagonista degli anticoagulanti orali in presenza di manifestazioni emorragiche. Nel trattamento della porpora trombotica trombocitopenica.
Per la trasfusione di plasma, in paziente emorragico, il valore soglia è rappresentato da un tempo di protrombina (PT) e/o di tromboplastina parziale (PTT), espresso dal rapporto paziente/controllo, uguale a 1,4.

III. CONCENTRATO PIASTRINICO
E' indicato per il trattamento delle emorragie dovute a carenza quantitativa o qualitativa delle piastrine. Per pazienti clinicamente stabili e senza complicazioni il valore soglia è 10.000/µL. In presenza di sanguinamento, febbre, infezioni anomalie della coagulazione e anamnesi di recente trattamento chemioterapico sale a 20.000/µL.

IV. SOLUZIONI DI ALBUMINA
Sono indicate per elevare la pressione oncotica quando il suo abbassamento è transitorio ed è di entità tale da determinare anasarca e/o ipotensione acuta. Come plasma expander quando l'uso di questi ultimi non è possibile.
*Non è indicata:*
- *quando l'albuminemia è> 25g/L*
- *a scopo nutritivo*
- *nelle ipoalbuminemie croniche da perdita o da ipoproduzione, in assenza di edemi o ipotensione acuta*
- *per accelerare la guarigione delle ferite*
- *per mobilizzare l'ascite*

V. SOLUZIONI DI GAMMAGLOBULINE
Sono indicate nelle gravi ipogammaglobulinemie (trattamento prevalente endovenoso). Nelle profilassi e nel trattamento di gravi infezioni specifiche (trattamento intramuscolare).

VI. CONCENTRATI DI SPECIFICI FATTORI DELLA COAGULAZIONE
- Concentrati di fattore VII
- Concentrati di fattore VIII
- Concentrati di fattore IX
- Concentrati di Antitrombina III
- Concentrati di Complesso protrombinico

Sono indicati nel trattamento delle emorragie nei pazienti con carenza congenita dello specifico fattore coagulatorio.

**4.3 Indicazioni all'uso di emocomponenti di secondo livello**

Nel caso in cui anamnesticamente il paziente sia un politrasfuso e abbia già in passato sviluppato reazioni febbrili da anticorpi antileucocitari conviene richiedere EMAZIE LEUCODEPLETE o PIASTRINE LEUCODEPLETE; cioè sacche con Leucociti totali < 100 x $10^{6}$ /unità. Se il paziente è

gravemente immunodepresso (per es. AIDS conclamato) conviene richiedere sacche con leucociti totali < 5 x $10^6$ /unità, in tal modo si previene anche la trasmissione di CMV e HTLV-I/II.
Se invece vi è un'anamnesi positiva per allergia ai costituenti plasmatici vanno richieste EMAZIE O PIASTRINE LAVATE.
Nel caso di refrattarietà alla trasfusione di piastrine random causata da anticorpi anti-HLA vanno richieste PIASTRINE HLA-COMPATIBILI DA SINGOLO DONATORE.

**4.4 Corretta identificazione del paziente al momento del prelievo ematico**

**Responsabilita'**: Medico ed infermiere.
**Campione:** Sangue venoso prelevato dal medico o dall'infermiere.
**Materiale**:
- Portaprovette
- Provette
- Disinfettante
- Guanti
- Dati anagrafici del paziente

**Modalità esecutive**: Accertare l'identità del paziente chiedendogli, quando possibile, le generalità (cognome, nome luogo e data di nascita), riportare in stampatello le generalità sulle etichette e confrontarle con quelle in cartella clinica. Etichettare le provette. Eseguire il prelievo.
*Il responsabile del prelievo firma le etichette sulle provette.*

**4.5 Procedura per la richiesta degli emocomponenti**

Il protocollo operativo deve essere conforme alle linee guida della Commissionale Nazionale per il Buon Uso del Sangue
**Responsabilità**: Medico.

**Modalità esecutive**: Il medico ottiene dal paziente il consenso informato alla trasfusione (DPR 27-12-1999) (vd. Allegato n° 1). Il modulo per la richiesta degli emocomponenti è erogato dal competente SIT. Si inviano le provette e le relative richieste per mezzo di personale di supporto.

- ***Richiesta di emazie concentrate e/o deleucocitate***

- **Richiesta programmata:** effettuare il prelievo secondo la procedura
- il medico compila la richiesta completando il modulo con i dati anagrafici del paziente, valori di Hct ed Hb, diagnosi e numero di unità necessarie, firma in modo leggibile.
- **Richiesta urgente:** come sopra; riservata a pazienti che devono trasfondere entro 1-2 ore.
- **Richiesta urgentissima:** per pazienti che devono essere trasfusi immediatamente.

- ***Richiesta di piastrine***

E' la stessa procedura precedente, si specifica il numero di plt/$mm^3$.

- ***Richiesta di plasma***

E' la stessa procedura per la richiesta dei globuli rossi, specificando i valori di PT e PTT.

**LA RICHIESTA**

La richiesta deve essere correttamente compilata dal Dirigente Medico e deve contenere le informazioni sotto indicate.

1. Data di compilazione
2. Dati anagrafici del paziente (nome, cognome, data di nascita)
3. Reparto
4. Diagnosi
5. Valori ematologici (Emoglobina / Piastrine / valore del PT espresso in %)
6. Gruppo sanguigno. Se sconosciuto, è obbligatorio inviare un secondo campione, effettuato in un momento differente, per la conferma (obbligatoria la doppia determinazione).
7. Tipo di emocomponente richiesto (emazie leucodeplete, emazie standard, emazie irradiate, piastrine standard, piastrine irradiate, plasma fresco congelato, plasma da aferesi), ovvero type & screen.
8. Tipologia di richiesta (non urgente, urgente, urgentissima)
9. Data e ora di ritiro dell'emocomponente richiesto
   - La richiesta di emazie è valida 72 ore. Trascorso tale periodo, l'unità è resa disponibile;
   - La richiesta di plasma o piastrine non è procrastinabile.
10. Numero unità richieste
11. Firma e timbro del Medico richiedente
12. La richiesta deve essere in duplice copia: il personale del settore immunoematologia firma entrambe le richieste indicando l'ora di arrivo della stessa. Ne verifica l'appropriatezza. Una copia resta al S.I.T.; l'altra nella cartella del paziente.

**Tipologia delle richieste trasfusionali:**

| *Tipologia richiesta* | *Descrizione* | *Tempi* |
|---|---|---|
| **NON URGENTE** | Richiesta standard.<br>Trasfusione programmata | Consegna della richiesta entro le ore 13.00. Ritiro unità: dopo le ore 17.00 - ovvero giorno successivo. |
| **URGENTE** | La trasfusione che riveste carattere d'urgenza **deve essere opportunamente motivata**. non è possibile rinviare la terapia. è sempre necessario il preavviso da parte del Dirigente dell'unità operativa. | Sono necessari 30–45 minuti dalla consegna della richiesta e dei campioni di sangue per l'effettuazione del cross-match. |
| **URGENTISSIMA** | **è impossibile rinviare la terapia trasfusionale**. La gravità della situazione clinica del paziente NON consente di effettuare le indagini pre-trasfusionali. *Responsabilità del medico richiedente*. | **NON sono previste indagini pre-trasfusionali**. Se disponibili campioni di sangue del ricevente, eseguire la determinazione del gruppo sanguigno e cross-match "rapido". |

| | | |
|---|---|---|
| **SANGUE AUTOLOGO** | Richiesta specifica per trasfusione di sangue autologo per intervento chirurgico | Deve pervenire al SIT 24 ore prima dell'intervento |

| *Tipologia richiesta DescrizioneTempi* |
|---|
| Consegna della richiesta entro le ore 13.$^{00}$. Ritiro unità: dopo le ore 17.$^{00}$ - ovvero giorno successivo. Richiesta standard.<br>Trasfusione programmata<br>**NON URGENTE** |
| La trasfusione che riveste carattere d'urgenza **deve essere opportunamente motivata**. Non è possibile rinviare la terapia. È sempre necessario il preavviso da parte del Dirigente dell'unità operativa. Sono necessari 30–45 minuti dalla consegna della richiesta e dei campioni di sangue per l'effettuazione del cross-match.<br>**URGENTE** |
| **NON SONO PREVISTE INDAGINI PRE-TRASFUSIONALI. SE DISPONIBILI CAMPIONI DI SANGUE DEL RICEVENTE, ESEGUIRE LA DETERMINAZIONE DEL GRUPPO SANGUIGNO E CROSS-MATCH "RAPIDO". È impossibile rinviare la terapia trasfusionale**. La gravità della situazione clinica del paziente NON consente di effettuare le indagini pre-trasfusionali.<br>*Responsabilità del medico richiedente*.<br>**URGENTISSIMA** |

Campione
- L'etichetta che contrassegna il campione (una provetta tappo viola, litio-eparina), deve riportare i seguenti dati: nome, cognome e data di nascita del paziente, unità operativa. Firma infermiere e data esecuzione prelievo.
- Le indagini previste in caso di 1ª trasfusione sono le seguenti: determinazione gruppo AB0, sistema Rh, fenotipo Rh, antigene Kell, Coombs indiretto, prove di compatibilità.
- Trasfusioni successive alla prima: gruppo AB0, sistema Rh, prove di compatibilità.
- Type & screen: controllo gruppo AB0-Rh, fenotipo Rh, antigene Kell, Coombs indiretto.

**PROCEDURA SIT**

All'atto della consegna della richiesta e del campione, il personale del settore di immunoematologia deve verificare che la richiesta sia compilata correttamente. Devono essere riportati tutti i dati obbligatori (vedi punto 1). Il campione deve essere correttamente etichettato.
Il personale laureato è responsabile della verifica dell'appropriatezza della richiesta. Non devono essere accettate richieste *preventive*.
Al momento dell'**ACCETTAZIONE** della richiesta, il **Responsabile del Settore** valuterà la *conformità* della stessa alle **linee guida per il buon uso del sangue**. Potranno essere "**contestate**" quelle difformi e "**rifiutate**" quelle incomplete.
In caso di richiesta non appropriata in quanto le indicazioni non sono conformi alle **linee guida** il **personale laureato** ha il compito/dovere di contattare il medico del reparto, fornire e ricevere i necessari chiarimenti. È compito del personale laureato chiedere una nuova richiesta quando necessario.

La consulenza di medicina trasfusionale deve essere una prerogativa per il buon uso di sangue, emocomponenti ed emoderivati.

**INDAGINI PRE-TRASFUSIONALI**

[O] = OBBLIGATORIE - [C] = CONSIGLIATE

| GLOBULI ROSSI CONCENTRATI | PLASMA FRESCO CONGELATO | CONCENTRATO PIASTRINICO |
|---|---|---|
| [O] determinazione (controllo) gruppo sanguigno AB0 – Rh<br>- dell'unità da trasfondere<br>- del ricevente | [O] determinazione (controllo) gruppo sanguigno AB0 – Rh<br>- del ricevente | [O] determinazione (controllo) gruppo sanguigno AB0 – Rh<br>- del ricevente |
| [O]determinazione fenotipo Rh del ricevente (1ª trasfusione)<br>[O]per politrasfusi | | |
| [O] ricerca anticorpi irregolari antieritrocitari del ricevente ogni 3 mesi. | [O] controllo *stato dell'unità* da trasfondere sul registro esami | [O] controllo *stato dell'unità* da trasfondere sul registro esami |
| [C] determinazione antigeni diversi da AB0/Rh per pazienti politrasfusi | | |
| [O] controllo *stato dell'unità* da trasfondere sul registro esami | | |

VALUTAZIONE DISPONIBILITA'
Premesso che compito del S.I.T. è di garantire a chiunque ne avesse necessità ogni tipo di supporto trasfusionale, qualora sia necessaria la terapia trasfusionale, il Medico Responsabile della Casa di Cura deve contattare il personale laureato del SIT di riferimento per verificare la disponibilità dell'emocomponente necessario.

TRASFUSIONE URGENTISSIMA
In caso di richiesta urgentissima, verificare la possibilità di eseguire il controllo del gruppo sanguigno del ricevente. Il controllo del gruppo della sacca deve essere sempre effettuato in ogni caso. In assenza di prelievo del ricevente, eseguire il controllo del gruppo sanguigno della sacca (0 Rh negativo) prima della consegna.

RICHIESTA PROGRAMMATA E ASSEGNAZIONE UNITA' DI EMAZIE.
La richiesta deve essere consegnata al SIT del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce.

DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO RICHIESTO
La distribuzione degli emocomponenti avviene a cura del **Tecnico** o del **personale laureato**.
Per il ritiro della/delle unità assegnate il personale autorizzato deve presentarsi presso il S.I.T. munito di copia della richiesta e cartella del paziente. Non è previsto il ritiro delle unità di emocomponenti dalla frigoemoteca in assenza del personale del SIT.

Il personale del S.I.T. (medico/biologo/tecnico) deve verificare la corrispondenza dei dati riportati sulla richiesta e sulla cartella del paziente
All'atto del rilascio degli emocomponenti, il personale del SIT deve stampare il modulo di consegna (firmato da chi effettua l'operazione e da chi ritira) e il modulo di segnalazione di reazione avversa.
Una copia del modulo di consegna ed il modulo di segnalazione di reazione trasfusionale devono essere conservati in cartella clinica, insieme al consenso informato regolarmente firmato dal paziente.
La corretta compilazione del consenso informato
La copia del modulo di consegna che rimane al SIT deve essere allegata alla richiesta ed archiviata.
Il modulo di segnalazione di reazione avversa deve essere restituito al SIT in caso di comparsa di eventi avversi insieme ad un campione ematico ed all'unità, qualora la trasfusione sia stata sospesa, per effettuare le indagini necessarie: ricerca di anticorpi irregolari, controllo gruppo sanguigno, test di Coombs diretto, altre indagini.
In caso di non utilizzo dell'emocomponente, la restituzione al SIT deve avvenire previa compilazione del modulo entro 6 ore dal ritiro.
Gli emocomponenti al momento del rilascio devono essere posti in contenitori refrigerati utilizzati esclusivamente al trasporto delle unità di sangue, emocomponenti ed emoderivati presso la Casa di Cura. I contenitori devono essere in possesso delle caratteristiche previste dalla normativa vigente.

RICHIESTA PROGRAMMATA E ASSEGNAZIONE UNITA' DI PLASMA.
Seguire la procedura come al punto 1 del paragrafo precedente. Fare riferimento alle **linee guida** specifiche per l'appropriatezza della richiesta.
Il plasma utilizzato a scopo clinico deve essere preferenzialmente plasma da aferesi.
Insieme alla richiesta deve pervenire un campione per la determinazione del gruppo sanguigno.
Il plasma deve essere scongelato subito prima della consegna, considerando come tempo necessario 20-30 minuti a 37° in agitazione continua mediante lo scongelatore rapido.
Il plasma, una volta scongelato, deve essere consegnato all'unità operativa che ne ha fatto richiesta seguendo la procedura riportata.

RICHIESTA PROGRAMMATA E ASSEGNAZIONE UNITA' DI PIASTRINE.
La richiesta di piastrine deve essere concordata. Il medico della Casa di Cura deve contattare il **personale laureato** del SIT per verificare l'opportunità di procedere alla trasfusione di piastrine, definire il grado d'urgenza, programmare i tempi per la trasfusione.
La richiesta deve pervenire al SIT in tempo utile per la programmazione delle aferesi.

PROCEDURA DA SEGUIRE PRIMA DELLA TRASFUSIONE.
**A cura della Casa di Cura**.
Accurata identificazione dell'emocomponente e del ricevente cui l'unità risulta assegnata.
Verificare che il paziente abbia firmato, quando possibile, il consenso informato alla trasfusione.
Controllare colore, aspetto e data di scadenza dell'unità.
Chiedere al paziente, quando possibile, se in precedenza è stato sottoposto trasfusioni e se ha manifestato reazioni trasfusionali.
Accertarsi che l'emocomponente abbia raggiunto la temperatura ottimale (>25°C - <37°C). A tale scopo possono essere utilizzate stufe termostatate (programmate a 37°C). NON BISOGNA per alcun motivo riscaldare la sacca su caloriferi.

Controllare i parametri vitali del paziente (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea).

Inserire il deflussore dedicato. Disinfettare accuratamente la cute del paziente; praticare la flebotomia (ago calibro 19-21 G).
La fase iniziale dell'infusione deve procedere lentamente per verificare la comparsa di reazioni immediate. Osservare frequentemente il paziente durante la trasfusione.
Richiesta di emoderivati
L'impiego di emoderivati quali: Albumina, Immunoglobuline, Fattori della coagulazione, deve essere giustificato dalle condizioni cliniche del paziente. È opportuna la valutazione dello specialista di Medicina Trasfusionale nel rispetto delle linee guida.

### 4.6 Corretta identificazione del paziente al momento dell'emotrasfusione

**Scopo**: Minimizzare i rischi trasfusionali dovuti ad errata identificazione del paziente.
**Responsabilità**: Medico ed infermiere. Sia il medico che l'infermiere verificano la corrispondenza tra generalità del paziente ed emocomponente.
**Modalità esecutive**: L'infermiere verifica la corrispondenza del numero di codice (CDM) riportato sul modulo di assegnazione e sulla sacca. Accerta le generalità del paziente (nome, cognome e data di nascita) e le confronta con sacca e modulo di assegnazione.
Il medico ripete la verifica e l'accertamento. Verifica la compatibilità tra emogruppo del paziente e il gruppo riportato sulla sacca. Verifica, per la trasfusione di emazie concentrate, i risultati della ricerca di anticorpi irregolari e delle prove di compatibilità riportate sui documenti di assegnazione (modulo ed etichetta adesa sulla sacca). Verifica il tempo intercorso tra l'ora di consegna, che viene stampata automaticamente sul foglio di accompagnamento; per le unità consegnate da oltre un'ora, verificare dove e come sono state conservate. Ispeziona l'unità per accertarsi che non vi siano alterazioni di aspetto o colore. Inizia la trasfusione, secondo la procedura.

In caso di discrepanza, anche solo ortografica, tra i dati riportati sulla sacca o sul modulo di assegnazione e le generalità del paziente, non si procede alla trasfusione e si contatta immediatamente il Servizio di Medicina Trasfusionale. Qualora la sacca fosse alterata (coaguli, aggregati o segni di emolisi) riconsegnare la stessa al SIT.

### 4.7 Procedura per la trasfusione di sangue e emocomponenti

**Responsabilità**: Medico
**Modalità esecutive**:
- Ritirare gli emocomponenti c/o il SIT per mezzo di personale di supporto. Gli emocomponenti vengono consegnati dal personale tecnico del SIT. La persona che ritira è tenuta a firmare il modulo di consegna (dopo aver controllato i dati anagrafici riportati).
- Tutti gli emocomponenti devono essere trasfusi nel più breve tempo possibile; comunque se ciò non è possibile, conservare le sacche di emazie a temperatura non >10° C (non lasciare gli emocomponenti a temperatura ambiente per più di ½ ora). Solo le piastrine vanno conservate a temperatura ambiente. Il plasma va trasfuso obbligatoriamente entro 6 ore dallo scongelamento. Le

piastrine il prima possibile per evitare fenomeni di aggregazione. Non conservare le emazie nei frigoriferi di reparto per più di 12 ore.

- Far svuotare la vescica al paziente prima della venipuntura.
- E' consigliabile il digiuno prima della trasfusione.
- L'infermiere prepara la sacca collegandola al deflussore con filtro idoneo.
- Il medico effettua la venipuntura ed inizia la trasfusione.
- Medico ed infermiere sorvegliano il paziente al fine di cogliere disturbi quali brivido, iperpiressia, cefalea, dolore lombare, nausea e vomito, orticaria e tumefazione in sede di inserzione dell'ago. In caso di insorgenza anche di uno solo dei suddetti sintomi l'infusione va interrotta, mantenendo pervia la via venosa.

Il sangue e gli emocomponenti vanno infusi con appositi set di infusione dotato di filtri (da 170 micron). Prima di iniziare la trasfusione il medico appunta in cartella i parametri vitali (FC, PA, TC). La velocità di infusione di regola è di circa 60 gtt/min. La trasfusione va completata entro 4 ore dal ritiro delle sacche.

### 4.8 Procedura di registrazione di avvenuta trasfusione

**Responsabilità**: Medico ed infermiere
**Modalità esecutive**: Il Medico e l'infermiere registrano sul modulo di assegnazione l'ora di inizio e di completamento dell'emotrasfusione. Il medico registra, al termine della trasfusione, l'eventuale comparsa di complicanze, oppure l'assenza di esse e firma il modulo.

### 4.9 Procedura in caso di reazione trasfusionale

**Responsabilità**: Medico ed infermiere
**Modalità esecutive**: L'infermiere interrompe la trasfusione, mantiene pervia la vena con infusione di soluzione fisiologica, avverte immediatamente il medico.
Il medico ricontrolla la corrispondenza dei dati del paziente con la sacca, invia segnalazione scritta al SIT di avvenuta reazione. Segnala sulla cartella clinica l'avvenuta reazione e i provvedimenti presi.
Immediatamente dopo la reazione inviare al SIT:

- Campione di sangue in EDTA
- Provetta
- Sacca con contenuto residuo
- Documentazione
- Dopo 30 min altra provetta
- Dopo 24 ore altra provetta

### Allegati

**A.01.02.02.1b[9a] Modulo consenso informato alla trasfusione**
**A.01.02.02.1b[9b] Modulo di richiesta plasma fresco congelato (PFC) e concentrato piastrinico (CP)**
**A.01.02.02.1b[9c] Modulo di richiesta emazie concentrate (EC)**

**CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE**
(Art. 4 – Decreto 1 settembre 1995)

Io sottoscritto/a_____

nato/a a_____ il _____/_____/_____

❒ ricoverato/a presso questa Casa di Cura

❒ in qualità di _____ del Sig./Sig.ra _____ ricoverato/a presso questa Casa di Cura

sono stato informato dal Dott._____che

❒ per le mie condizioni cliniche

❒ per le condizioni cliniche del mio congiunto

potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue omologo/emocomponenti, che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, ecc.).

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott._____ sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivare se non acconsentissi alla trasfusione.

Quindi:

**acconsento** ☐ **non acconsento** ☐

❒ a sottopormi presso codesta struttura al trattamento trasfusionale necessario per tutto il decorso della mia malattia;

❒ a sottoporre il mio congiunto presso codesta struttura al trattamento trasfusionale necessario per tutto il decorso della sua malattia.

Data _____

Firma_____

**N.B.** Se il paziente è un minore, il consenso deve essere rilasciato da entrambi i genitori o dall'eventuale tutore. In caso di disaccordo tra i genitori, il consenso va richiesto al giudice tutelare. (Decreto 1 settembre 1995 – art. 4 – comma 2).

MODULO DI RICHIESTA **PLASMA FRESCO CONGELATO (PFC) E CONCENTRATO PIASTRINICO (CP)**

Data (gg/mm/aa) …… /……/……... U.O. richiedente…….……...……..……..……..…. N° Cartella…….....…

● **Cognome** ……. **Nome**…….……...……..……..……...

Sesso □ M □ F Data di nascita (gg/mm/aa)……../……..…/…… Peso corporeo (Kg)……..…

● **Diagnosi** (**motivo della richiesta**)……..……...……

Conta piastrinica …….……. eseguita il ……../…… /……..

aPTT (sec)……. aPTT ratio……. PT-INR…… eseguiti il ……../……/……..

Indicazioni alla trasfusione …….…...

*Indicazioni alla trasfusione di CP con conta piastrinica ≥10000/µl:*

□ Emorragia in atto □ Iperpiressia □ Infezioni e/o iperleucocitosi □ Rapido calo della conta piastrinica

□ LAM3 □ Coagulopatia □ Notevole splenomegalia □ Neoplasie vescicali e K necrotici

□ Chemioterapia □ Intervento chirurgico □ Biopsia □ Neonati □ Altro (specificare)……...……

*Indicazioni alla trasfusione di PFC con aPTT ratio e/o PT-INR ≥1,5:*

□ Emorragia in atto □ CID □ TAO □ Porpora trombotica trombocitopenica

□ Deficit isolato di fattore……. di cui non è disponibile concentrato specifico □ Altro (specificare)……...……

● **Grado d'urgenza**

□ Urgente (*sono concessi 60 minuti dall'accettazione della richiesta al SIMT*)

□ Non urgente (*specificare data e ora della trasfusione*……..)

● **Emocomponente Richiesto**

□ **PFC** da singola unità (random) N°……. □ **PFC** tipo Octaplas o Plasmasafe N°…… □ **PFC** da aferesi N°…….

□ **CP** da singola unità (random) N°…….. □ **CP** da pool (di CP random o buffy-coat) □ **CP** da aferesi

● **Gruppo del paziente** (se noto): AB0…… Rh……..….

● **Dati anamnestici**

- Il paziente è già stato precedentemente trasfuso? □ sì □ no □ non so Se sì, data dell'ultima……
- Ha avuto reazioni (RT) in occasione di precedenti trasfusioni? □ sì □ no □ non so

Se si, □ RT emolitica □ RT febbrile □ RT allergica □ altra RT…… in data……

**Timbro e firma del Medico richiedente**

…….

*(SPAZIO RISERVATO AL SIMT)*

Il paziente è di **Gruppo ABO**

**Rh** …….……

**Anticorpi irregolari** □ Assenti □ Presenti

**Cross-match piastrinico**

□ Negativo

□ Positivo

**Unità assegnate**

**Timbro e firma del Medico del SIMT** …….

**Accettazione richiesta al SIMT** **FIRMA LEGGIBILE DI CHI CONSEGNA** ……..……

……..

MODULO DI RICHIESTA **EMAZIE CONCENTRATE (EC)**

Data (gg/mm/aa) …… /…../……... U.O. richiedente…….……..……..……..……..……..…. N° Cartella…….....…

● **Cognome** ……. **Nome**…….……...……...……...…..

Sesso □ M □ F Data di nascita (gg/mm/aa)……../…..…/……

● **Diagnosi (motivo della richiesta)**…….……..……

Hb (gr/dl) ……..….. Hct (%) ……..….. eseguiti il ……../…… /……..... Peso corporeo (Kg)…….

Indicazioni alla trasfusione …….……..……...

*Indicazioni alla trasfusione con Hb > 8 mg/dl:*

□ Insufficienza cardiaca □ Insufficienza respiratoria □ Sindrome coronarica □ Ipoperfusione cerebrale sintomatica

□ Emorragia in atto □ Chemio-radioterapia □ Altro (specificare)……...

● **Grado d'urgenza**

□ Urgentissima (*Necessità immediata di sangue ed esonero del SIMT dall'esecuzione dei tests pretrasfusionali sotto completa responsabilità del medico richiedente data la gravità clinica del paziente*)

□ Urgente (*sono concessi 60 minuti dall'accettazione della richiesta al SIMT*)

□ Non urgente (*specificare data e ora della trasfusione* ……..)

● **Emocomponente Richiesto**

□ Emazie Concentrate (EC) N°…… □ EC lavate e filtrate N°……

□ EC filtrate N°…… □ EC irradiate N°……

□ EC lavate N°…… □ *Unità EC pediatriche* N°…… (ml…… per unità)

● **Gruppo del paziente** (se noto): ABO ……..… Rh ……

● **Dati anamnestici**

- Il paziente è già stato precedentemente trasfuso? □ sì □ no □ non so Se sì, data dell'ultima…..……
- Ha avuto reazioni (RT) in occasione di precedenti trasfusioni? □ sì □ no □ non so

  Se si, □ RT emolitica □ RT febbrile □ RT allergica □ altra RT…….. in data …….……
- Se donna, ha avuto gravidanze? □ sì □ no □ non so
- Se donna, ha avuto figli con segni di malattia emolitica □ sì □ no □ non so

**Timbro e firma del Medico richiedente**

…….

---

*(SPAZIO RISERVATO AL SIMT)*

Il paziente è di **Gruppo ABO** [ ]

**Rh** …….……

**Anticorpi irregolari** □ Assenti □ Presenti

**Prove di compatibilità**

□ Negative

□ Positive

□ Non eseguite (come da rich. urgentissima)

**Unità assegnate**

**Timbro e firma del Medico del SIMT** ……

**Accettazione richiesta al SIMT** **FIRMA LEGGIBILE DI CHI CONSEGNA**…….……

……

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

**SOMMARIO**

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3
**2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI** ..... 3
**3. CONTROLLO CARRELLO EMERGENZA RAGGRUPPAMENTO T.I.G.C.A. e NEURORIABILITAZIONE cod 75** ..... 3
**4. CONTROLLO CARRELLO EMERGENZA RADIOLOGIA** ..... 10

## 1. OGGETTO E SCOPO

Questo protocollo descrive la corretta modalità di gestione dei carrelli di emergenza presenti in Struttura.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il Protocollo Operativo dovrà essere applicato nelle diverse Unità Operative della Casa di Cura.
Copia del Protocollo dovrà essere custodita in ogni Unità Operativa in luogo accessibile a chiunque fra il personale interessato ritenga di dover far ricorso alla consultazione. Una copia deve essere posta a disposizione durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Sanitaria e dall'Unità preposta.

## 3. CONTROLLO CARRELLO EMERGENZA RAGGRUPPAMENTO UU.OO. di T.I.G.C.A. e NEURORIABILITAZIONE cod. 75

**CONTROLLO DEL CARRELLO OGNI 7 GIORNI E DOPO OGNI UTILIZZO**

**CASSETTO ANTERIORE N° 1 e 2**

| | | **DATA** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Parte anteriore:**<br>**Asse massaggio cardiaco** | | | | | | | | | | | | | | |
| | | **Piano Superiore:**<br>**Defibrillatore – Piastre – Linee Guida Elettrodi**<br>**Unità Manuale di Respirazione**<br>**Guanti Monouso mis. M – L** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Materiale** | **quantità** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AGHI CANNULA N° 18 G** | **05** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AGHI CANNULA N° 20 G** | **05** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AGHI CANNULA N° 22 G** | **05** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AGHI CANNULA N° 24 G** | **05** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AGHI SUTURA N° 0** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AGHI VACUTAINER N°21** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTISETTICO CUTE** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CEROTTO** | **01 rotolo** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DEFLUSSORI** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DEFLUSSORE PER TRASFUSIONE** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LACCI EMOSTATICI** | **02** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **METALLINE** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROVETTE EMOCROMO** | **04** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RUBINETTI A TRE VIE** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRINGHE INSULINA** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRINGHE 0,5 ml** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRINGHE 10 ml** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRINGHE 20 ml** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRINGHE PER EGA** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CASSETTO N° 3**

| | | **DATA** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Farmaco** | **Quantità** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATROPINA 0,5 mg** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATROPINA 1 mg** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADALAT CPS.** | **10 capsule** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRENALINA <u>IN FRIGO</u>** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **AMINOFILLINA** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANEXATE 0,5 mg** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANSIMAR** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **BENTELAN 4 mg** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **CATAPRESAN 150 mg** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CARVASIN cp** | **05 cp** | | | | | | | | | | | | | | |
| **CORDARONE 150 mg** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIPRIVAN <u>IN FRIGO</u>** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOPAMINA 200 mg** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **EBRANTIL 50 mg** | **06 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **EFFORTIL 10 mg** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **FLEBOCORTID 500 mg** | **02 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **FENITOINA** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **INSULINA pronta <u>IN FRIGO</u>** | **1 flacone** | | | | | | | | | | | | | | |
| **IPNOVEL 5 mg** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **IPNOVEL 15 mg** | **03 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **LANOXIN** | **06 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **LASIX 20 mg** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **LASIX 250 mg** | **05 fialoidi** | | | | | | | | | | | | | | |
| **LIDOCAINA 2%** | **01 flaconi** | | | | | | | | | | | | | | |
| **MANNITOLO 18% 100 ml** | **01 flacone** | | | | | | | | | | | | | | |
| **MIDARINE 100 mg/2 ml <u>IN FRIGO</u>** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NARCAN 04 mg** | **10 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **URBASON 40 mg** | **02 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **VALIUM 10 mg** | **05 fiale** | | | | | | | | | | | | | | |
| **VENITRIN Cerotto** | **03 cerotti** | | | | | | | | | | | | | | |
| **VENTOLIN SPRAY** | **01 bomboletta** | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | |

**CASSETTO N° 4**

| | | | DATA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATERIALE PER INTUBAZIONE** | | **QUANTITÀ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LARINGOSCOPIO** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **MANICI** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **LAMA PICCOLA** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **LAMA MEDIA** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **LAMA GRANDE** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **BATTERIE SCORTA** | **02** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **LAMPADINE SCORTA** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LUBRIFICANTE** | | **01 tubetto** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MANDRINO PER INTUBAZIONE** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PINZA DI MAGILL** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TUBI ENDOTRACHEALI CUFFIATI** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **MISURA N° 6** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **MISURA N° 7** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **MISURA N° 8** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FILTRI ANTIBATTERICI** | | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TUBO ARMATO** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KIT MINI TRACH** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KIT DRENAGGIO TORACICO** | | **02** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CEROTTO** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRINGA 10 ml** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CASSETTO N° 5**

| | | | DATA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATERIALE PER VENTILAZIONE** | | **QUANTITÀ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PALLONE AMBU** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MASCHERA PER AMBU** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **MISURA N° 3** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **MISURA N° 4** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| | **MISURA N° 5** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TUBO RACCORDO $O_2$ PER AMBU** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CANNULE OROFARINGEE** | | **04** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MASCHERA DI VENTURI** | | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CATHETER MOUNT** | | **02** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FILTRO $O_2$** | | **02** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LATO A – SINISTRA OPERATORE**

| | | DATA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATERIALE** | **QUANTITÀ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RACCORDI CATHETER MOUNT** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RACCORDI UNITA' MANUALE RESPIRAZIONE** | **03** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CAMICE STERILE** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TELINO STERILE** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MASCHERINE CHIRURGICHE** | **01 scatola** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GUANTI STERILI MIS. 6 ½ - 7 - 8** | **01 cadauno** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LATO B – DESTRA OPERATORE**

| | | **DATA** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATERIALE** | **QUANTITÀ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLUZIONE FISIOLOGICA 500 ml** | **02** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLUZIONE FISIOLOGICA 250 ml** | **01** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLUZIONE FISIOLOGICA 100 ml** | **02** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**PARTE POSTERIORE**

| | | **DATA** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATERIALE** | **QUANTITÀ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SONDINI DI ASPIRAZIONE CH 12** | **05** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SONDINI DI ASPIRAZIONE CH 14** | **05** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CHECKLIST DEL DEFIBRILLATORE**

**VERIFICHE DA EFFETTUARE OGNI 7 GIORNI E DOPO L'USO.**

| | **DATA** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprire il coperchio dell'AED Pro | | | | | | | | | | | | | | | |
| Attendere che l'AED Pro indichi il proprio stato | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osservare il **passaggio dell'indicatore** di stato a **rosso** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dopo circa 5 secondi, verificare che **l'indicatore di stato** torni **verde** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osservare la data di scadenza sulle piastre | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ascoltare le istruzioni vocali | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chiudere il coperchio e assicurarsi che l'**indicatore di stato** rimanga **verde** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verificare la data di scadenza della batteria | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verificare la capacità residua della batteria | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma** | | | | | | | | | | | | | | | |

## 4. CONTROLLO CARRELLO EMERGENZA RADIOLOGIA

**VERIFICHE DA EFFETTUARE MENSILMENTE E DOPO L'USO**

| **Materiale Carrello Emergenze Radiologia** | | |
|---|---|---|
| **PARTE LATERALE SX** | | |
| | Asse per massaggio cardiaco | |
| **PIANO SUPERIORE** | | |
| | Defibrillatore<br>Linee Guida Defibrillatore<br>Piastre per defibrillatore<br>Batuffoli<br>Esosan Pronto<br>Unità Respiratoria Manuale/Ambu<br>Guanti monouso (S-M-L) | |
| **1° CASSETTO** | | |
| | Farmaci (vedi lista) | |
| **2° CASSETTO** | | |
| | Aghi Cannula 18-20-22-24<br>Lacci Emostatici<br>Deflussori c/reg.flusso<br>Rubinetti a 3 vie<br>Cerotto seta<br>Metalline | 5+5+5+5<br>2<br>3<br>3<br>1<br>3 |
| **3° CASSETTO** | | |
| | Siringhe Emogas<br>Siringhe 20 ml<br>Siringhe 10 ml<br>Siringhe 5 ml<br>Siringoni 60 ml concentrici<br>Aghi per siringa 19 monouso | 3<br>3<br>3<br>5<br>5<br>10 |
| **4° CASSETTO** | **Intubazione e Ventilazione** | |
| | Laringoscopio + 3 lame<br>Tubi 6,5 - 7 - 7,5 - 8<br>Mandrino<br>Pinza di Magill<br>Gel<br>Cerotto per fissare tubo<br>Siringa 10ml<br>Batterie di scorta<br>Lampadine di scorta<br>Kit Minitrack<br>Filtri antibatterici + HumidV.<br>Filtri piccoli<br>Maschere 4-5<br>Cannule orofaringee 2-4-5 | <br>1+1+1+1<br>1<br>1<br>1<br>1<br>1<br><br><br>1<br>1+1<br>5<br>1+1<br>1+1+1 |

| | | |
|---|---|---|
| | Catheter mount<br>Maschera $O_2$<br>Tubo raccordo $O_2$ | 3<br>1<br>1 |
| **PARTE LATERALE DX** | | |
| | Gelofusine 500 ml<br>Soluzione Fisiologica 500 ml<br>Soluzione Fisiologica 100 ml<br>Mannitolo 100 ml 18%<br>Mascherine monouso | 1<br>3<br>3<br>1<br>1 scatola |
| **PARTE POSTERIORE** | | |
| | Sondini aspirazione Ø 12 - Ø 14 | 5 cadauno |
| **Data e Firma** | | |

| **Farmaci Carrello Emergenze Radiologia** | | |
|---|---|---|
| **FARMACI** | **QUANTITA'** | **SCADENZA** |
| | | |
| Atenololo cp mg 100 | 1 sc. | |
| | | |
| Atropina 1 mg | 10 fl | |
| | | |
| Aurantin 250 mg | 5 fl | |
| | | |
| Bentelan 4 mg | 5 fl | |
| | | |
| Catapresan 150 mg | 5 fl | |
| | | |
| Ebrantil 10 mg | 6 fl | |
| | | |
| Effortil 10 mg | 5 fl | |
| | | |
| Flebocordtid 500 mg | 2 fl | |
| | | |
| Ipnovel 5 mg | 10 fl | |
| | | |
| Lasix 20 mg | 5 fl | |
| | | |
| Urbason 20 mg | 2 fl | |
| | | |
| Valium 10 mg | 5 fl | |
| | | |
| Ventolin Spray | 1 Erogatore | |

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

## SOMMARIO

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3
**2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI** ..... 3
**3. COMPLICANZE TARDIVE DELLA TRACHEOSTOMIA** ..... 3
**4. PIANO ASSISTENZIALE** ..... 4
**5. TECNICA DI ASPIRAZIONE** ..... 6

## 1. OGGETTO E SCOPO

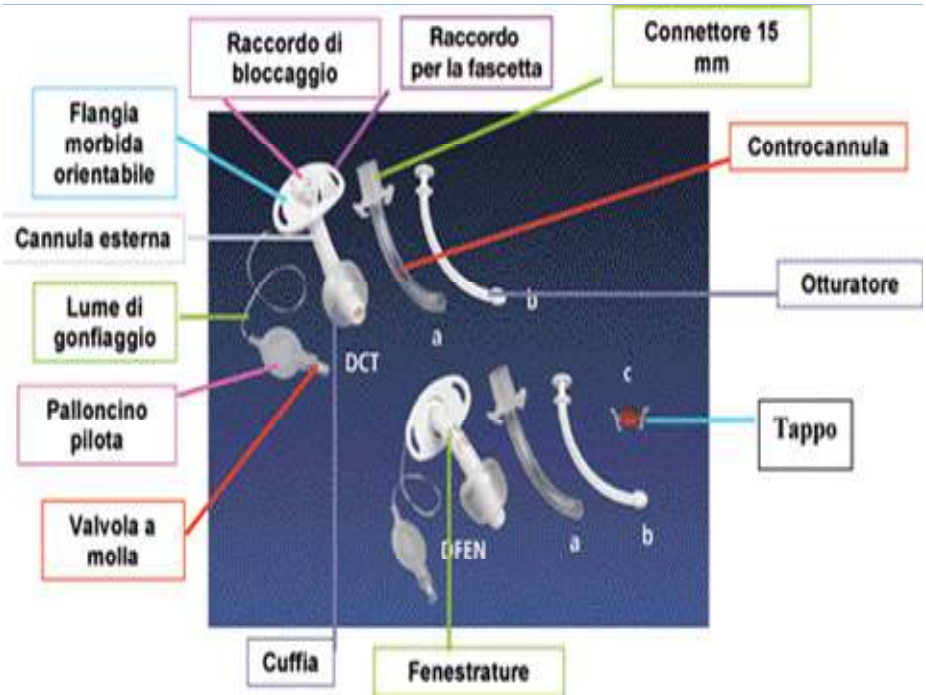
Il presente protocollo descrive la corretta modalità di gestione del paziente tracheostomizzato.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il protocollo dovrà essere applicato dal personale infermieristico nelle diverse Unità Operative della Casa di Cura nei confronti dei pazienti ricoverati portatori di cannula tracheostomica.
Copia della procedura dovrà essere custodita in ogni Unità Operativa in luogo accessibile a chiunque fra il personale interessato ritenga di dover far ricorso alla consultazione.
Una copia deve essere posta a disposizione durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Sanitaria e dall'Unità preposta.

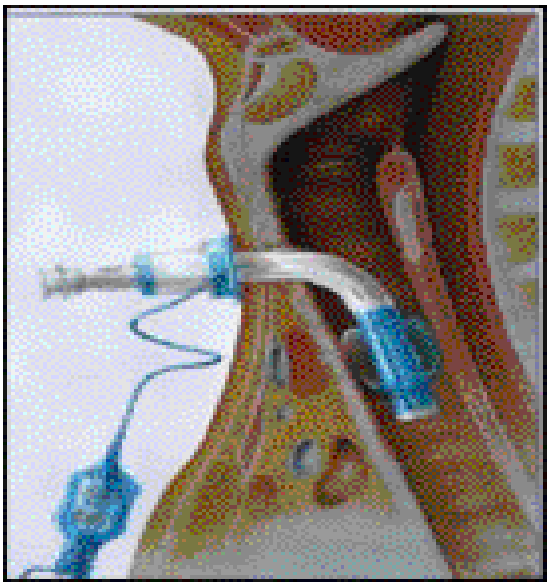
## 3. COMPLICANZE TARDIVE DELLA TRACHEOSTOMIA

- INFEZIONE DELLO STOMA (rossore,calore,tumefazione )
- STENOSI LARINGEA-TRACHEALE
- DISLOCAZIONE CANNULA
- INFEZIONI DELLE VIE AEREE
- EMORRAGIA LIEVE DA ASPIRAZIONE, GRAVE DA EROSIONE DEI GROSSI VASI
- OSTRUZIONE CANNULA (TAPPI SECREZIONI-SANGUE,CUFFIA)
- GRANULOMI IN SEDE STOMIA ,SOVRA-SOTTOSTOMIA
- NECROSI MUCOSA TRACHEALE
- TRACHEOMALACIA
- FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA



## 4. PIANO ASSISTENZIALE

- **Medicazione- ispezione stoma**
- **Igiene controcannula**
- **Umidificazione-riscaldamento**
- **Aspirazione di mucosità**
- **Controllo cuffia**
- **Sostituzione cannula**



- **Ispezione giornaliera**: per valutare corretta posizione della cannula (dislocazione , trazione del circuito respiratorio) e per valutare le condizioni dello stoma (arrossamento, tumefazione, secrezioni purulente, granulomi)
- Eseguire **medicazione giornaliera**, lavando prima le mani per prevenire le complicanze infettive tramite adeguata detersione e disinfezione in asepsi, utilizzando guanti sterili, SF sterile, garze sterili, pinze e/o tamponi medicati con manovre rotatorie e centrifughe intorno alla cannula sollevando la flangia. Utilizzare sol.di iodopovidone al 10% su base acquosa (attivo contro batteri Gram+ Gram- funghi ed alcuni virus) per 2 min o soluzione di cloroderivato in presenza di infiammazione dello stoma.
- L'applicazione,dopo detersione quotidiana dello stoma,di medicazione con base di argento(Metalline) riduce anche la formazione di granulomi
- Sostituzione del collarino quando necessario

**Igiene controcannula**

- Pulire quotidianamente con fisiologica sterile per rimuovere secrezioni adese o tappi
- Sostituire in modo asettico dopo lavaggio delle mani, preferibilmente con controcannula sterile ogni 2-3 gg.
- Per le controcannule riutilizzabili sostituire ogni 2-3 gg., utilizzando quella di riserva già sterile, mentre quella rimossa viene pulita con soluzione distillata o fisiologica sterile e scovolino sterile e sterilizzata con soluzione cloroderivata, prima del riutilizzo risciacquo con fisiologica sterile

**Umidificazione / riscaldamento**

- PER EVITARE

- secchezza delle mucose
- addensamento delle secrezioni
- formazione tappi

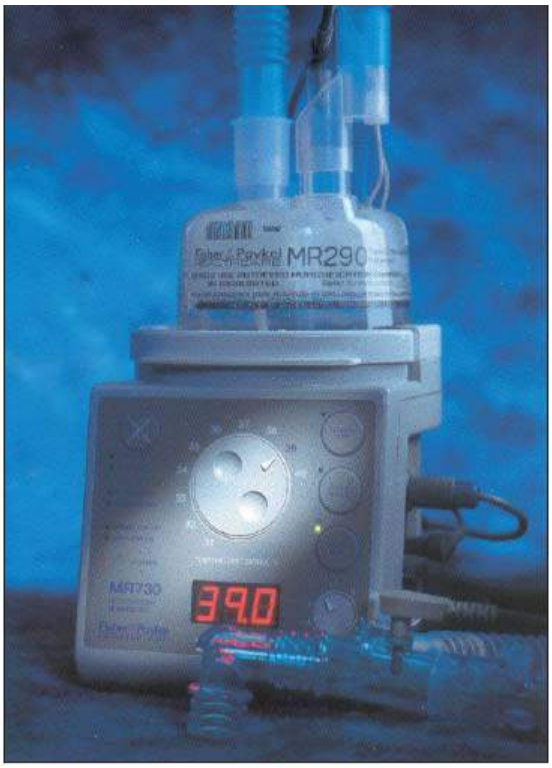
• VARI TIPI

- attivi a piastra e camera riscaldata
- passivi,come scambiatori di umidità e di calore

• PROBLEMI

- formazione di condensa: ingombro mount e circuiti, colonizzazione batterica, timing sostituzione

Per ottimizzare la fluidità delle secrezioni mantenere una adeguata idratazione e quando necessario utilizzare i sistemi di inalazione o l'aereosolterapia.




**<u>Aspirazione delle secrezioni:</u>**

- sistema aperto con catetere monouso
- sistema chiuso multiuso

• Non effettuare la broncoaspirazione come manovra di routine
• Non sostituire routinariamente i circuiti ma solo se macroscopicamente contaminati da sostanze oppure malfunzionanti

Per evidenziare la presenza di secrezioni effettuare le seguenti valutazioni:

• Valutazione uditiva: respiro stertoroso, tosse
• Valutazione visiva: alterazione della FR, agitazione, tachicardia, cianosi, disadattamento dal ventilatore
• Valutazione tattile: percezione di vibrazioni col palmo della mano sul torace
• Allarmi ventilatore: variazioni delle pressioni respiratorie nelle ventilazioni volumetriche e variazioni del TV nelle ventilazioni presso metriche.

## 5. TECNICA DI ASPIRAZIONE

- Lavarsi accuratamente le mani prima e dopo la manovra
- Utilizzare sistemi di protezione (mascherina, occhiali), metodiche asettiche e materiale monouso
- Materiale occorrente

- guanti monouso
- sistema di aspirazione
- sondini di aspirazione il cui diametro non deve superare la metà del diametro interno della cannula
- acqua per lavare il sistema di aspirazione
- soluzione fisiologica sterile per eventuali instillazioni
- monitoraggio saturimetria.

- Posizionare il paziente semiseduto, informarlo sulla manovra ed invitarlo a tossire
- non instillare soluzione fisiologica prima di aspirare
- Iperossigenazione preventiva
- Indossare i guanti, inserire il sondino nella cannula per una lunghezza di 10-15 cm, attivare l'aspirazione e broncoaspirare rapidamente, ritraendo il sondino con movimenti rotatori, per una durata non superiore a 10-12 "
- utilizzare al massimo due passaggi di aspirazione
- Controllare i parametri vitali
- Ripetere la manovra non prima di 10', specie se il paziente è instabile
- Segnalare le caratteristiche delle secrezioni ed eventuali problemi riscontrati

**<u>Aspirazione orale o nasale</u>**

FORTEMENTE CONSIGLIATA

Evita il ristagno delle secrezioni tra la cannula e la zona sopra la cuffia.

Utilizzare catetere sterile per ogni aspirazione

Se il catetere deve essere riutilizzato nell'ambito della singola aspirazione tracheale usare solo liquidi sterili per rimuovere le secrezioni dal catetere di aspirazione

COMPLICANZE BRONCOASPIRAZIONE

- Infezioni: le manovre devono essere eseguite con tecniche asettiche e materiale sterile
- Ipossiemia, fame d'aria, collasso alveolare: oltre alla rimozione delle secrezioni si rimuovono anche aria ed O2
- Stimolazione vagale: bradicardie che associate ad ipossiemia possono causare aritmie
- Traumi della mucosa
- Broncospasmo

**<u>Igiene del cavo orale</u>**

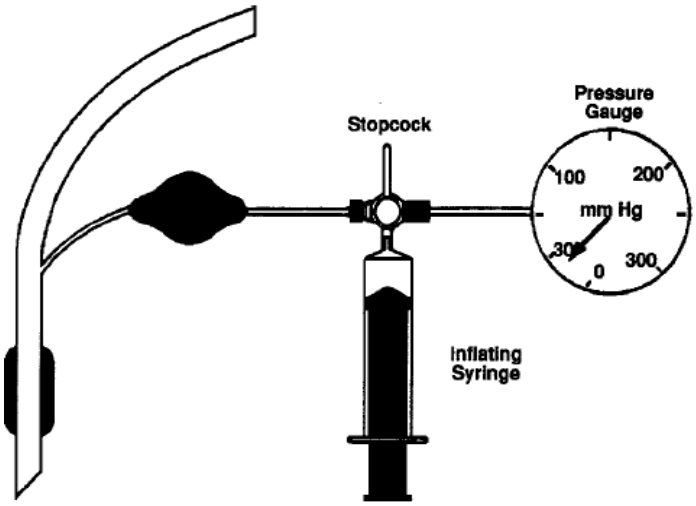
- Modalità e frequenza

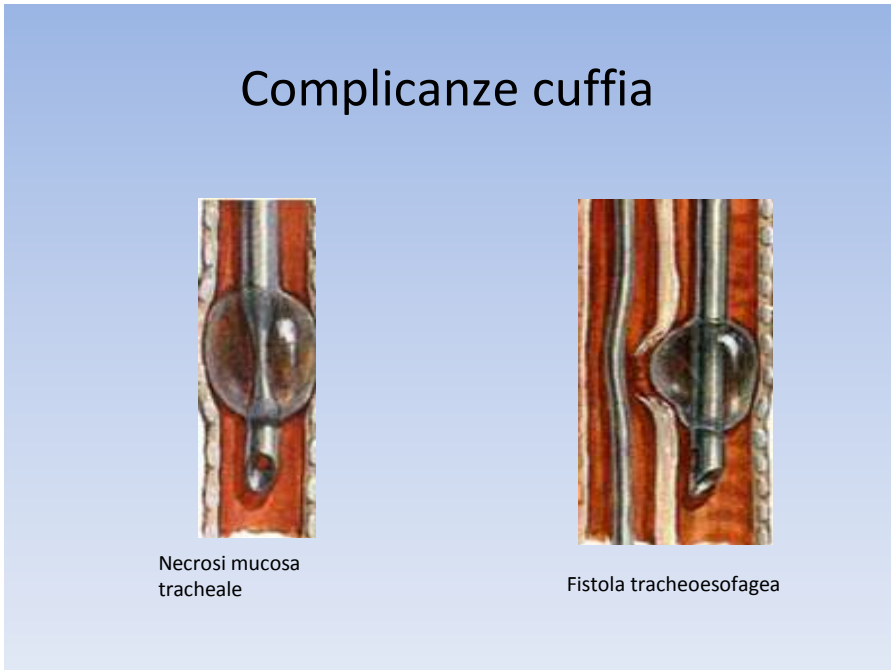
- spazzolare i denti con uno spazzolino pediatrico
- spazzolare la lingua

- ogni 12 ore e tutte le volte che è necessario
  - Soluzioni antisettiche consigliate:
- clorexidina gluconato, bicarbonato di sodio, perossido di idrogeno

**Controllo integrità e pressione della cuffia**

**20-25 mmHg**



***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

## SOMMARIO

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3
**2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI** ..... 3
**3. DEFINIZIONE DI SVEZZAMENTO** ..... 3
**4. CRITERI PER INIZIARE LO SVEZZAMENTO** ..... 3
**5. FATTORI DA CORREGGERE PRIMA DI INIZIARE LO SVEZZAMENTO** ..... 4
**6. CRITERI PER VALUTARE LA TOLLERANZA ALLO SVEZZAMENTO** ..... 4
**7. CRITERI DI INTERRUZIONE DEL PROTOCOLLO** ..... 4
**8. METODI E TECNICHE DI SVEZZAMENTO** ..... 5
**9. PROBLEMI PSICOLOGICI DEL PAZIENTE DURANTE LO SVEZZAMENTO** ..... 6

## 1. OGGETTO E SCOPO

Questo protocollo descrive la corretta modalità di svezzamento da ventilatore meccanico. La letteratura sottolinea l'importanza di «staccare» precocemente il paziente dal ventilatore meccanico, a causa dell'alto rischio per l'evoluzione di polmoniti nosocomiali e per il rischio di atrofia dei muscoli respiratori che si verifica entro le 72-96 ore.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il Protocollo Operativo dovrà essere applicato nelle diverse Unità Operative della Casa di Cura nei confronti dei pazienti che possono essere svezzati da ventilatore meccanico
Copia del Protocollo dovrà essere custodita in ogni Unità Operativa in luogo accessibile a chiunque fra il personale interessato ritenga di dover far ricorso alla consultazione.
Una copia deve essere posta a disposizione durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Sanitaria e dall'Unità preposta.

## 3. DEFINIZIONE DI SVEZZAMENTO

Non è possibile dare una definizione univoca di svezzamento, in quanto in letteratura esistono molteplici interpretazioni a seconda della scuola di pensiero a cui gli autori aderiscono.
Lo svezzamento come un processo dinamico, complesso e alquanto delicato segnato da uno 'step by step', che si riflette in un progressivo e graduale passaggio da una ventilazione meccanica al ripristino completo della ventilazione spontanea.

La riduzione del periodo di ventilazione meccanica migliora la qualità della vita del paziente, a causa dello stress fisico ed emotivo che questo tipo di trattamento comporta. È stato calcolato che nel periodo globale in cui il paziente è sottoposto a ventilazione meccanica, più del 40% del tempo viene speso per lo svezzamento: questo dato è illuminante per capire che dal momento in cui attiva la ventilazione meccanica lo scopo principale è quello di svezzare il paziente (Esteban, 1995).

## 4. CRITERI PER INIZIARE LO SVEZZAMENTO

* PaO2 >60 mm/Hg con FiO2 <0.4 e PEEP < 5 cmH2O
* F.R. <35 atti respiratori/min;
* V.C. > 4-5 ml/Kg
* V.M. → 5-10 L/min.
* assenza di febbre, tachiaritmie, anemia acuta; stabilità emodinamica, assenza di infusione di sedativi etc.

La frequenza respiratoria spontanea (RR Respiratory Rate). Una frequenza superiore a 35 atti respiratori/min indica un aumento del carico di lavoro respiratorio e quindi un insuccesso nello svezzamento.

Il volume corrente spontaneo (TV Tidal Volume). Prima di iniziare lo svezzamento, deve essere pari a 4 - 5 ml/Kg: è stato infatti dimostrato che i pazienti affetti da BPCO e con un volume corrente < 300 ml sono maggiormente predisposti ad un insuccesso.

La ventilazione/minuto a riposo. È il prodotto della frequenza respiratoria e del volume corrente: il range normale è compreso tra 5 e 10 L/min. Valori più elevati indicano un incremento del lavoro respiratorio e l'affaticamento dei muscoli respiratori.

La pressione di occlusione delle vie aeree, misurata in 0.1 secondi dopo l'inizio di un'inspirazione (P0.1): è un parametro potenziale per misurare l'impulso del drive ventilatorio e quindi il risultato del processo di svezzamento.

## 5. FATTORI DA CORREGGERE PRIMA DI INIZIARE LO SVEZZAMENTO

1. Anormalità acido-base
2. Stato di coscienza alterato
3. Anemia
4. Aritmia
5. Riduzione dell'output cardiaco
6. Anormalità elettrolitica
7. Febbre
8. Squilibrio idrico
9. Iperglicemia
10. Infezione
11. Angoscia e paura
12. Ipoprotidinemia
13. Insufficienza renale
14. Shock
15. Insonnia

## 6. CRITERI PER VALUTARE LA TOLLERANZA ALLO SVEZZAMENTO

* F.R. <35 /min, o un incremento <50% rispetto alla F.R. basale;
* F.C. <140 /min o un incremento <20% rispetto alla F.C. basale;
* pH arterioso >7.30;
* Assenza di alterazione dello stato di coscienza;
* P.A. >80 o <160 mm/Hg.

## 7. CRITERI DI INTERRUZIONE DEL PROTOCOLLO

PAs < 90mmHg, PAs > 170mmHg o incremento del 15-20% di quella basale.
 FC > 140b/min o incremento del 15--20% di quella basale.
 FR > 35atti/min.

- Modificazione dello stato neurologico (agitazione, sopore).
- Utilizzo dei muscoli accessori della respirazione, comparsa di respiro paradosso.
- Insorgenza di sudorazione

Non esiste una definizione convenzionale di svezzamento di successo. Svariati studi hanno associato lo svezzamento riuscito ad una respirazione spontanea per più di 24 ore, senza necessariamente procedere con l'estubazione, oppure al mantenimento del respiro spontaneo per 48 ore dopo l'estubazione.

## 8. METODI E TECNICHE DI SVEZZAMENTO

Esistono diverse tecniche utilizzate per svezzare il paziente. Vengono elencate e descritte le principali.

T-PIECE. Fino al 1970 il T-PIECE è stata la sola tecnica di svezzamento utilizzata, ma ancora oggi viene comunemente usata, quando il ventilatore meccanico viene rimosso rapidamente dopo un breve periodo di impiego, ed in particolare modo nel post-operatorio e per i pazienti con overdose senza complicanze, vigili e senza alterazioni emodinamiche.
Si svezza il paziente staccandolo dal ventilatore, e collegandolo ad un nebulizzatore di ossigeno mediante un adattatore di plastica a forma di T attraverso un tubo raccordato alla via artificiale. La frequenza del flusso gassoso con il sistema del T-PIECE dovrebbe essere pari almeno al doppio della VE spontanea, in modo da evitare miscele con l'aria atmosferica, provocando un aumento della frazione erogata di ossigeno inspirato (Ketzler).

Si alternano periodi di ventilazione spontanea (la cui durata viene gradualmente aumentata in base alla tolleranza del paziente), alternati a periodi di ventilazione meccanica, di solito mediante ventilazione controllata-assistita. E' preferibile iniziare al mattino, quando il paziente è «carico» di energia e riposato, previa aspirazione delle secrezioni presenti nelle vie aeree (Knebel, 1991).
È stato dimostrato che la combinazione del T-PIECE e della CPAP, nei pazienti con BPCO, riduce il lavoro respiratorio, diminuisce l'eventuale predisposizione alla dispnea e riduce gli insuccessi (Ketzler).

CPAP (Continuous Positive Airways Pressure). La CPAP viene generalmente utilizzata in associazione con il T-PIECE, e può essere applicata sfruttando indifferentemente un flusso a domanda o un sistema a flusso continuo.

IMV (Intermittent Mandatory Ventilation). Si tratta di una tecnica che consente al paziente la libertà di respirare spontaneamente, con sporadici respiri meccanici ingiuntivi ad una frequenza e volume presettati, indipendentemente dalla respirazione spontanea del paziente.

SIMV (Syncronized Intermittent Mandatory Ventilation). Introdotta nel 1970 come prima alternativa allo svezzamento con T-PIECE, e costituisce la principale modalità di ventilazione meccanica e nel contempo la principale tecnica di svezzamento.
La SIMV è sincronizzata con la respirazione spontanea del paziente, e riduce l'attrito tra la macchina e i singoli atti respiratori spontanei.
Rispetto al metodo di svezzamento con il T-PIECE, il processo di svezzamento avviene più gradualmente e la frequenza respiratoria meccanica viene erogata con una distribuzione a bassa

frequenza, in sincronia con la respirazione spontanea del paziente, fino a quando i valori dei gas arteriosi risultano accettabili.

PSV (Pressure Support Ventilation). Viene erogato un livello di pressione di flusso presettato: aumentando il volume corrente il paziente controlla la durata, l'intensità o la profondità e il tempo del ciclo respiratorio. Può essere utilizzata singolarmente o in combinazione con la IMV per sostenere i respiri spontanei. Quando utilizzata singolarmente la pressione del flusso può essere settata in modo tale da raggiungere il volume corrente desiderato. Come la SIMV anche la PSV assiste la respirazione iniziata dal paziente.
È una tecnica comoda, il comfort del paziente è maggiore in quanto non avverte l'asincronia tra la macchina e la respirazione spontanea; riduce la frequenza respiratoria; aumenta l'attività muscolare; riduce il consumo di ossigeno e la durata di svezzamento, oltre ad aumentarne il tasso di successo (Ketzler).

## 9. PROBLEMI PSICOLOGICI DEL PAZIENTE DURANTE LO SVEZZAMENTO

Quelli più evidenti sono la dipendenza dal ventilatore, l'ansia e la paura.
Gli infermieri possono avere un ruolo importante sia nella valutazione di questi problemi che nel trattamento ed è importante stabilire canali e mezzi di comunicazione con i pazienti intubati, che spesso sono coscienti ed hanno difficoltà di rapportarsi.
L'infermiere dovrebbe mettere al corrente il paziente, per quanto possibile, di tutte le procedure eseguite, promuovere una relazione di fiducia per consentirgli di esprimere le proprie paure e angosce per lo svezzamento.
L'infermiere dovrebbe riuscire ad identificare le componenti psicologiche che possono influenzare negativamente il processo di svezzamento come la motivazione, la perseveranza e soprattutto spiegare e discutere col paziente l'importanza del suo ruolo. Le ricerche condotte sulle tecniche di comunicazione sono limitate.

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| *REDAZIONE* | | | *VERIFICA* | | | *APPROVAZIONE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

## SOMMARIO

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3
**2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI** ..... 3
**3. RESPONSABILITA'** ..... 3
**4. MODALITA' OPERATIVE** ..... 3

## 1. OGGETTO E SCOPO

Questo protocollo descrive la corretta modalità di gestione della nutrizione artificiale.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il Protocollo Operativo dovrà essere applicato nelle diverse Unità Operative della Casa di Cura nei confronti dei pazienti ricoverati che necessitano di tale pratica.
Copia del Protocollo dovrà essere custodita in ogni Unità Operativa in luogo accessibile a chiunque fra il personale interessato che ritenga di dover far ricorso alla consultazione.
Una copia deve essere posta a disposizione durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Sanitaria e dall'Unità preposta.

## 3. RESPONSABILITA'

Il Medico e l'infermiere sono responsabili della corretta applicazione del presente protocollo.

## 4. MODALITA' OPERATIVE

**Introduzione**

La **nutrizione artificiale** permette l'alimentazione di pazienti:
- che non sono in grado di nutrirsi in modo naturale, quindi hanno bisogno di una alimentazione attraverso una via artificiale;
- che sono in grado di alimentarsi per via naturale, ma necessitano di integrazione artificiale.

La nutrizione artificiale può essere eseguita attraverso:
- la via enterale;
- la via parenterale.

Quest'ultima è indicata ove non sia possibile una nutrizione per via naturale o enterale in fase pre-post operatoria.
Questo tipo di nutrizione prevede la somministrazione di soluzioni ipertoniche attraverso catetere venoso centrale; in attesa del posizionamento di questo, secondo prescrizione è possibile infondere sacche adatte alla via periferica.

### 4.1 Gestione della nutrizione enterale

Si definisce **nutrizione enterale** (NE) la somministrazione nel sistema digerente di alimenti, integratori o miscele nutrizionali, spinte o meno da specifiche pompe, attraverso una via artificiale o naturale.

Se la nutrizione si limita solo alla somministrazione di integratori assunti per via orale, le raccomandazioni sono le seguenti:

- attenersi alla prescrizione
- valutare i gusti del paziente nella scelta dell'integratore
- informare il paziente sulle modalità di assunzione e sui tempi
- verificare l'assunzione dell'integrazione

Se si devono somministrare *miscele nutrizionali* è necessario:

- il confezionamento di una gastrostomia percutanea endoscopica (PEG), oppure
- il confezionamento di una digiunostomia (PEJ), oppure
- il posizionamento di un sondino naso gastrico (SNG).

**4.2 Tecnica di somministrazione nella NE**

1. Lavarsi le mani
2. Preparare il materiale necessario:
   - una pompa nutrizionale
   - un deflussore nutrizionale monouso sterile e specifico per il tipo di pompa utilizzata
   - una sacca nutrizionale o flaconi di miscela forniti dalla farmacia
   - guanti monouso
   - garza
   - soluzione di lavaggio
   - siringa 60 ml
3. Informare il paziente e assicurargli un ambiente adeguato
4. Controllare che il paziente abbia evacuato (se indicato eseguire un clistere)
5. Inclinare di 20-30° la testiera del letto in posizione semiseduta per evitare reflussi gastrici
6. In caso di somministrazione attraverso SNG, verificarne il corretto posizionamento attraverso l'aspirazione del contenuto gastrico o iniettando aria nel sondino
7. Connettere il deflussore alla sacca o al flacone nel rispetto delle regole di antisepsi
8. Connettere il sistema alla pompa nutrizionale
9. Pulire il raccordo del SNG o della stomia con una garza imbevuta di soluzione fisiologica, se necessario
10. Connettere il deflussore al SNG o alla stomia e regolare il flusso secondo prescrizione
11. Registrare l'intervento sulla documentazione infermieristica

All'inizio del trattamento, non essendo questa una alimentazione naturale, il paziente dovrà essere gradualmente abituato alla NE, *aumentando progressivamente la velocità* al fine di evitare complicanze tipo diarrea da eccessiva velocità di infusione con conseguente malassorbimento.
Bisogna *ridurre i liquidi* di pari passo all'aumento della quantità di nutrizione introdotta tramite il sondino o per altre vie, per evitare il sovraccarico di liquidi (vedi tabella).

| Giornata | Velocità d'infusione nutrizione | Quantità d'acqua |
|---|---|---|
| 1° | 20 ml/h | 1500 ml/die |
| 2° | 40 ml/h | 1000 ml/die |
| 3° | 60 ml/h | 500 ml/die |

| | | |
|---|---|---|
| 4° | 80 ml/h | nulla |
| 5° | 100 ml/h | nulla |
| 6° | 120 ml/h | nulla |

Durante la somministrazione è importante controllare:

- il corretto funzionamento del sistema
- la pervietà delle vie d'accesso: se necessario, lavare il sondino o il tubo ogni 6 ore con un getto d'acqua; se si dovesse ostruire si può provare a disostruire con manovre di lavaggio (un metodo empirico ma efficace consiste nel procedere al lavaggio con piccole quantità di acqua )
- i parametri vitali e la risposta del paziente alla nutrizione (valutare l'insorgenza di nausea, tremori, distensione addominale, dolore...)

Alla fine della somministrazione è necessario:

- lavare il sondino con la soluzione di lavaggio
- chiudere il sondino prima che la soluzione di lavaggio sia completamente defluita
- far mantenere la posizione semiseduta (in alternativa in decubito laterale destro) per almeno 30 minuti

Alcune raccomandazioni:

- controllare quotidianamente la peristalsi, le peculiarità delle evacuazioni (quantità e caratteristiche delle feci), la presenza e l'entità di ristagno gastrico prima della ripresa della nutrizione.
- Pesare quotidianamente il paziente e registrare il peso sulla documentazione
- Valutare quotidianamente il sito della PEG e dell'area circostante
- Valutare quotidianamente le zone di cute/mucosa ove il SNG è appoggiato

### 4.3 Posizionamento e gestione del S.N.G. per nutrizione

**Tecnica**

1. Lavarsi le mani
2. preparare il materiale necessario:
   - sondini di 6-8 french di diametro, radioopachi, con doppia via o singolo lume
   - guanti monouso
   - telino di protezione
   - lubrificante idrosolubile
   - siringa da 60 ml
   - cerotto anallergico o supporto adesivo per fissaggio
   - soluzione di lavaggio (acqua bidistillata sterile o in alternativa acqua minerale naturale confezionata)
   - un bicchiere
3. informare il paziente e assicurargli un ambiente adeguato
4. inclinare di 20-30° la testiera del letto in posizione semiseduta per evitare reflussi gastrici
5. far inclinare leggermente la testa al paziente e scegliere la narice in cui introdurre in SNG
6. definire la lunghezza da introdurre tramite la misurazione della distanza tra bocca-lobo dell'orecchio-xifoide

7. segnare la tacca corrispondente
8. lubrificante il sondino e la narice scelta
9. introdurre il sondino sino alla rino-faringe (circa 7-8 cm)
10. invitare il paziente a deglutire, aiutato da un sorso d'acqua, e contemporaneamente introdurre il sondino fino alla misura stabilita
11. provare la pervietà ed il giusto posizionamento attraverso l'aspirazione del contenuto gastrico
12. fissare il sondino alla piramide nasale e dietro l'orecchio in modo confortevole per il paziente
13. registrare l'inserimento sulla documentazione infermieristica

Le sonde di tipo nutrizionale possono restare in sede per diversi giorni (vedi indicazione della Casa Produttrice); in base alle circostanze, sarà l' infermiere a valutare l'eventuale sostituzione.
Sostituire giornalmente il cerotto di fissaggio, avendo cura di non spostare il SNG dalla sede.

**4.4 Gestione nutrizione parenterale totale**

Durante la NPT è fondamentale un meticoloso monitoraggio del paziente per evitare complicazioni e per valutarne gli effetti.
Le problematiche possono essere amplificate in quanto:

- i pazienti sottoposti a NPT sono spesso malati critici, malnutriti, a volte immunodepressi
- la NPT può essere mantenuta per periodi di tempo lunghi, quindi i CVC hanno maggior probabilità di colonizzazione batterica
- le soluzioni lipidiche usate nella NPT possono favorire la crescita di microrganismi patogeni
- il posizionamento di un CVC può creare complicazioni (es. pneumotorace)

**Tecnica per l'applicazione della NPT**

1. lavarsi le mani
2. preparare il materiale
   - sacca nutrizionale parenterale (da rimuovere dal frigorifero almeno 1 ora prima dell'infusione)
   - deflussore monouso sterile per NPT
   - pompa infusionale
   - guanti monouso
   - cerotto
   - telino
   - soluzione disinfettante (clorexidina alcolica)
   - garza
3. informare, preparare il paziente (posizione supina) ed invitarlo alla collaborazione
4. miscelare la sacca come da schema richiesto e connettere il deflussore alla sacca e alla pompa
5. indossare i guanti
6. posizionare il telino tra catetere e cute del paziente
7. disinfettare esternamente il punto di raccordo del catetere; attendere almeno 30" per ottimizzare l'azione del disinfettante
8. scollegare il precedente deflussore (o il tappo di raccordo) e connettere il set in modo asettico
9. fissare il deflussore con il cerotto
10. iniziare l'infusione della NPT (regolare il flusso secondo prescrizione)

11. controllare il corretto funzionamento del sistema
12. registrare i dati in cartella infermieristica

Alcune raccomandazioni:

- completare l'infusione della NPT entro 24 ore
- sostituire il set d'infusione ogni 24 ore
- attenersi scrupolosamente alla prescrizione su scheda specifica
- gestire la cannula secondo protocollo aziendale
- iniziare l'infusione solo dopo verifica radiografica del corretto posizionamento del CVC

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| *REDAZIONE* | | | *VERIFICA* | | | *APPROVAZIONE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

## SOMMARIO

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3

**2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI** ..... 3

**4. INTERVENTI** ..... 3

**5. RACCOMANDAZIONI** ..... 3

## 1. OGGETTO E SCOPO

Questo protocollo descrive la corretta modalità di gestione delle attività per la prevenzione delle cadute dei pazienti.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il Protocollo Operativo dovrà essere applicato nelle diverse Unità Operative della Casa di Cura nei confronti di tutti i pazienti ricoverati.
Copia del Protocollo dovrà essere custodita in ogni Unità Operativa in luogo accessibile a chiunque fra il personale interessato che ritenga di dover far ricorso alla consultazione.
Una copia deve essere posta a disposizione durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Sanitaria e dall'Unità preposta.

## 3. RIFERIMENTI

Si fa riferimento alle raccomandazioni e alle linee guida della letteratura scientifica per una buona pratica Infermieristica.

## 4. INTERVENTI

- Revisione delle terapie farmacologiche;
- Modifiche ambientali;
- Ausili per la deambulazione;
- Formazione del personale;
- Problem solving dopo la caduta.

## 5. RACCOMANDAZIONI

Dall'analisi della letteratura possono essere estrapolate alcune raccomandazioni. Nella loro applicazione si dovrà tener conto delle condizioni e del punto di vista della persona, della sua qualità di vita, accettazione del rischio, autonomia e autodeterminazione. E' importante che nella valutazione del rischio e nella pianificazione degli interventi siano coinvolti anche i familiari.

1. Valutare il rischio di caduta al momento del ricovero (livello Ib, B).
2. Rivalutare il rischio di caduta dopo una caduta (livello Ib, B).
3. Nella prevenzione delle cadute adottare un approccio multifattoriale e interdisciplinare (livello Ia, B).
4. Partecipare, in collaborazione con gli altri membri del gruppo multidisciplinare, a periodiche rivalutazioni delle prescrizioni farmacologiche per prevenire le cadute (livello IIb, B).
5. Chi assume farmaci psicotropi, benzodiazepine, antidepressivi o più di 5 farmaci contemporaneamente è un soggetto a rischio (livello IIb, B).

6. La revisione delle prescrizioni farmacologiche deve essere periodica per tutta la durata della degenza (livello IIb, B).
7. Considerare l'uso di protettori d'anca per ridurre l'incidenza di fratture fra gli utenti ad alto rischio di frattura da caduta; non ci sono prove a sostegno dell'uso di routine (livello Ib, B).
8. Fornire informazioni sui benefici della vitamina D (livello IV).
9. Attivare interventi educativi sul rischio di caduta nei soggetti ad alto rischio (livello IV).
10. Nell'ambito di strategie multifattoriali, apportare eventuali modifiche ambientali (livello Ib).
11. La formazione sulla prevenzione delle cadute e delle lesioni da caduta dovrebbe essere inclusa nei curriculum formativi degli infermieri e nella formazione continua (livello IV).
12. Non si dovrebbero utilizzare spondine per la prevenzione delle cadute nei soggetti ricoverati in strutture sanitarie. La decisione di ricorrere alle spondine può essere influenzata da altri fattori personali (livello III, I).
13. Il ricorso alla contenzione fisica dovrebbe essere limitato a situazioni eccezionali in quanto generalmente aumenta il rischio di caduta e di lesioni e la mortalità (livello III).
14. L'organizzazione deve definire una politica per la riduzione della contenzione sia fisica sia farmacologica (livello IV).
15. L'organizzazione deve promuovere gli interventi per la prevenzione delle cadute (livello IV).

Si riporta qui di seguito la procedura per la gestione delle cadute dei pazienti, coma approvata dalla Regione Puglia con D.G.R. n. 232 del 20 febbraio 2015 e che viene puntualmente seguita nell'ambito delle Unità di Degenza della Casa di Cura.

| | | |
|---|---|---|
| Regione Puglia | PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI | Coordinamento Regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente |

# *PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI*

## *SOMMARIO*

Introduzione

Scopo/Obiettivi

Campo di applicazione

Attori coinvolti operativamente e responsabilità

Descrizione del fenomeno delle cadute

Valutazione del rischio

*La valutazione del rischio di caduta dei pazienti – La scala di Conley*

*La valutazione dei rischi ambientali*

Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute

Gestione del paziente caduto

*La segnalazione dell'evento*

*Monitoraggio delle cadute*

Riferimenti bibliografici

Allegati

*Allegato 1 – Scheda di Conley*

*Allegato 2 – Scheda integrativa alla scheda di Conley*

*Allegato 3 – Check list rischi ambientali*

*Allegato 4 – Flow chart 1: identificazione e gestione dei rischi ambientali*

*Allegato 5 – Flow chart 2: gestione del paziente presso la struttura sanitaria*

*Allegato 6 – Scheda di segnalazione della caduta del paziente*

## *INTRODUZIONE*

Secondo l'OMS *"le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita"*. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi. Vi è una grande attenzione al tema in oggetto da parte dei più autorevoli organismi internazionali anche grazie all'importanza assunta negli ultimi anni dalla tematica del miglioramento della qualità con particolare riferimento alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio clinico.

In particolare, a livello nazionale va segnalato che il problema cadute delle persone assistite è stato oggetto delle raccomandazioni del Ministero della Salute [1] nell'ambito del Programma Rischio Clinico del Dipartimento della Qualità e attualmente viene previsto nella Lista degli eventi sentinella prioritari come *"Morte o grave danno per caduta di paziente"* del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Dipartimento della qualità dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, definito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. A tal proposito l'ultimo rapporto (Ministero della Salute, *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella – 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011)*, Febbraio 2013) ha evidenziato come l'evento sentinella più segnalato (22,26%) è rappresentato proprio da *"Morte o grave danno per caduta di paziente"*.

È possibile ridurre l'incidenza degli eventi caduta considerando che possono essere messe in atto delle procedure semplici ma efficaci per prevenire e gestire la caduta in ambito ospedaliero. È fondamentale però che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

Sono pertanto utili strategie di prevenzione combinate, in cui vari tipi di intervento entrano in gioco in diverse fasi dell'ospedalizzazione, a seconda delle necessità del singolo paziente. Da qui la necessità di mettere a punto la seguente procedura come strumento di gestione del rischio di caduta delle persone ospedalizzate.

---

[1] Nella Raccomandazione Ministeriale n. 13 viene definita caduta *"un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa descrizione include i paziente che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto"*.

## *SCOPO/OBIETTIVI*

Scopo principale della procedura è quello di migliorare la sorveglianza ed il monitoraggio del fenomeno "cadute" nei pazienti ricoverati e di fornire a tutti gli operatori sanitari istruzioni operative per la prevenzione delle cadute in ospedale e per la gestione del paziente caduto.

Gli obiettivi specifici sono:

- Favorire il coinvolgimento di operatori e persone assistite nella prevenzione delle cadute;
- Identificare ed eliminare situazioni che comportano rischi di caduta legate all'ambiente;
- Identificare le persone a rischio di caduta e garantire interventi assistenziali appropriati di prevenzione primaria;
- Garantire interventi assistenziali appropriati in caso di caduta e favorire il pronto recupero della persona assistita;
- Condividere e applicare metodi e strumenti di rilevazione ed analisi della caduta, uniformando le modalità di segnalazione dell'evento caduta attraverso una scheda di segnalazione dedicata;
- Condividere ed applicare metodi e strumenti di analisi dell'evento caduta;
- Attuare interventi che evitino il ripetersi dell'evento.

**Quadro normativo di riferimento**

- Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie del Ministero della Salute, Dipartimento della qualità.
- Art. 32 Costituzione
- Codice di Deontologia Medica, Federazione Nazionale OMCEO 2014
- Codice Deontologico dell'Infermiere, Federazione Nazionale IPASVI 2012

## *CAMPO DI APPLICAZIONE*

Questa procedura è applicata a tutte le Unità Operative semplici e complesse dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari.

L'elaborato si rivolge agli operatori coinvolti in tutte quelle attività a tutela dei pazienti fruitori di prestazioni sanitarie.

## *ATTORI COINVOLTI OPERATIVAMENTE E RESPONSABILITÀ*

- ***Direttore Sanitario Aziendale***:
  - Approva la procedura

  *In caso di caduta del paziente*:

  a. Riceve copia della scheda di segnalazione;

  b. Invia la documentazione all'U.O. di Gestione del Rischio Clinico.

- Il ***Responsabile del Risk Management***:
  - Verifica a campione la corretta applicazione della procedura, nonché revisiona la stessa con la collaborazione del personale infermieristico allo scopo individuato.

  *In caso di caduta del paziente*:

  a. Riceve dalla Direzione Sanitaria copia della scheda di segnalazione;

  b. Analizza la documentazione ricevuta dalla Direzione Sanitaria;

  c. Procede all'analisi degli accadimenti:

  c1 – Archivia la documentazione;

  c2 – Se del caso, procede all'applicazione degli strumenti del Rischio (Audit/RCA);

  c3 – Se l'evento si configura come evento sentinella, lo inserisce nel SIMES;

  c4 – Nell'ipotesi che precede, applica obbligatoriamente gli strumenti di Gestione del Rischio Clinico e trasmette relazione finale al Direttore Sanitario.

- Il ***Direttore dell'U.O.*** è responsabile:
  - Della costante applicazione della procedura;
  - Della continuità dell'informazione e formazione del personale medico afferente all'U.O. sulle modalità di utilizzo della procedura, nonché della corretta conservazione della documentazione ai fini dell'archiviazione;
  - (Coadiuvato dal Coordinatore Infermieristico dell'Unità Operativa) della stesura di un rapporto semestrale con le anomalie rilevate e gli interventi migliorativi eseguiti o programmati;
  - Nei casi precedentemente previsti partecipa e collabora con il Risk Manager per le azioni di analisi e correzione dei comportamenti.

- Il ***Medico dell'U.O.***:
  - Valuta il rischio di caduta legato alle condizioni cliniche e non necessariamente correlato ai fattori di rischio citati;
  - Per i pazienti ad altissimo rischio prescrive e registra in cartella eventuali misure di contenimento del rischio;
  - Collabora alla corretta applicazione della procedura;

    *In caso di caduta del paziente*:

    a. Valuta il trattamento del paziente, effettuando l'esame obiettivo;

    b. Registra l'evento avverso sulla cartella clinica;

    c. Informa i familiari;

    d. Documenta eventuali azioni post-dimissione;

    e. Redige in maniera dettagliata e accurata la parte di sua competenza della "Scheda segnalazione cadute".

    f. Partecipa e collabora con il Direttore dell'Unità Operativa ed il Risk Manager per le azioni di analisi e correzione dei comportamenti.

- Il ***Coordinatore Infermieristico dell'U.O.*** è responsabile:

  - Della continuità dell'informazione e della formazione del personale infermieristico, ivi compreso il personale di supporto, neoassunto, neo inserito e degli studenti infermieri sulle modalità di utilizzo della "Scheda segnalazione cadute, della Scheda di Conley";
  - Della rilevazione delle non conformità ambientali relativamente ai criteri di sicurezza della Check List U.O.;
  - (Coadiuvato dal Direttore dell'Unità Operativa) della stesura di un rapporto semestrale con le anomalie rilevate e gli interventi migliorativi eseguiti o programmati;
  - Della corretta conservazione della documentazione.

  *In caso di caduta del paziente*:

  a. Raccoglie e organizza tutta la documentazione relativa all'evento (Scheda Conley, relazione infermieristica, relazione medica e referto);

  b. Trasmette la documentazione alla Direzione Sanitaria e alla Gestione del Rischio Clinico.

- L'***infermiere***:

  - All'accettazione valuta il rischio di caduta del paziente, mediante la Scala di Conley (per tutti i pazienti di età >65 anni e con fattori di rischio caduta di natura intrinseca ed estrinseca) e predispone un piano di assistenza adeguato. Valutazioni successive:

    1. Dopo 72 ore dalla prima valutazione;
    2. Quando viene rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente;
    3. Quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno, ansiolitici, psicofarmaci, benzodiazepine, diuretici etc);

  - Individua le caratteristiche ambientali che possono aumentare i rischi, mettendo quindi in atto le misure ambientali di sicurezza;

- Collabora alla corretta applicazione della procedura;
- Redige correttamente la parte di sua competenza della "Scheda di Conley";
- Mette in atto interventi di educazione sanitaria e informazione per il paziente e la famiglia:

1. Mostra al paziente il reparto, la sua stanza ed il bagno;
2. In caso il paziente è a rischio caduta, informa dei rischi la persona interessata, familiari o il caregiver;

*In caso di caduta del paziente:*

a. Redige correttamente la parte di sua competenza della "Scheda segnalazione cadute".

## *DESCRIZIONE DEL FENOMENO DELLE CADUTE*

La Raccomandazione Ministeriale n. 13 definisce caduta un *"improvviso, non intenzionale inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. 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 rientrano tra gli eventi avversi più frequenti negli ospedali e nelle strutture residenziali. Il rischio di caduta, seppur sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali ed interessa prevalentemente le persone anziane.

In linea generale le cadute possono determinare nei pazienti lesioni di tipo fisico e psichico, dirette ed indirette, transitorie e permanenti. A loro volta gli esiti lesivi possono indurre: riduzione anche molto significativa della qualità della vita, aumento della disabilità, diminuzione dell'autonomia, ansia, depressione, perdita di sicurezza e paura di cadere nuovo. Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione. Tanto determina ovviamente un incremento dei costi sanitari e sociali, considerando tra l'altro che le persone che cadono per la prima volta presentano un rischio di tipo incrementale per nuovi analoghi episodi.

Le cadute possono essere classificate come:

- *Accidentali:* quando la persona cade inaspettatamente in ragione di fattori estrinseci di tipo ambientale (ad esempio per il pavimento bagnato o per una disconnessione del pavimento);
- *Fisiologiche imprevedibili:* quando sono determinate da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per esempio a causa di una frattura patologica del femore);
- *Fisiologiche prevedibili:* quando avvengono nei soggetti esposti in funzione e per l'effetto di fattori di rischio identificabili.

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, l'8% come fisiologico imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe tra le cadute fisiologiche prevedibili.

## *VALUTAZIONE DEL RISCHIO*

La prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche del paziente ed a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

In tal senso, i fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in:

- *Fattori intrinseci*, relativi alle condizioni di salute del paziente, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbilità e le terapie farmacologiche. Tra questi fattori possono essere identificati:

- l'età ≥ 65 anni;
- l'anamnesi positiva per precedenti cadute e/o ricovero causato da caduta;
- l'incontinenza;
- il deterioramento dello stato mentale;
- stato psicologico/paura di cadere;
- deficit nutrizionale (un indice di massa corporeo al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta);
- il deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
- la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale;
- problemi alla vista (acuità, sensibilità al contrasto, campo visivo, cataratta, glaucoma);
- le deformazioni o patologie del piede (es. alluge valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee). Le calzature sono fattori altrettanto importanti.

È necessario considerare particolarmente a rischio i pazienti affetti da patologie che possono:

- compromettere la stabilità posturale e la deambulazione;
- condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale del paziente;
- causare episodi ipotensivi;
- aumentare la frequenza minzionale.

Durante il trattamento è importante considerare a rischio le seguenti situazioni:

- assunzioni di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa;
- politerapia, in cui i pazienti che assumono 4 o più farmaci possono essere ad alto rischio di caduta;
- variazioni significative in incremento della posologia di un farmaco, potenzialmente idoneo ad incrementare la probabilità correlata agli altri fattori di rischio.

- *Fattori estrinseci*, relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

  Tenuto conto della ripetitività degli eventi "cadute" rispetto alla dinamica ed ai luoghi di

accadimento (in camera, nello salire e nello scendere dal letto, nel percorso dalla camera al bagno ed in bagno, mentre si effettua l'igiene personale), i principali fattori in questo ambito sono:

- Dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni, anche in rapporto al numero di degenti;
- Pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo;
- Percorsi "ad ostacoli" per raggiungere il bagno;
- Illuminazione carente in alcune aree;
- Letti o barelle non regolabili in altezza;
- Bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

Sono rilevanti, inoltre, gli elementi di inadeguatezza del processo assistenziale ed organizzativo particolarmente in termini di tempo di assistenza per paziente al giorno, secondo il livello di intensità appropriato, di dotazione degli ausili necessari alla mobilizzazione delle persone, di formazione di tutto il personale, di adeguato inserimento degli operatori neoassunti nonché, nell'ambito dell'organizzazione delle attività, di scelta degli orari più idonei per esse.

Le Linee Guida internazionali sono concordi nel ritenere che l'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona al momento del ricovero in ospedale, nell'individuazione dei pazienti a rischio, nella valutazione dei rischi ambientali e nella messa in atto di misure di prevenzione.

Per quanto riguarda la **valutazione del rischio di caduta del paziente**, dopo un'attenta revisione della letteratura basata sulle evidenze scientifiche, si è giunti alla conclusione che nessuna scala di valutazione esistente ed utilizzata, è in grado di soddisfare a pieno criteri di sensibilità, specificità e predittività. Nella valutazione del rischio la *scala di Conley* è quella che presenta un alto valore di sensibilità (69%), consentendo di individuare molti pazienti a rischio di cadute che effettivamente cadranno (veri positivi); è facilmente comprensibile e di rapida compilazione, consentendo di discriminare quali pazienti siano maggiormente a rischio di caduta. Avendo però un basso livello di specificità (41%), per ottenere una maggiore affidabilità e completezza, si ritiene opportuno integrarla con una seconda parte da compilare in base al risultato dell'indice di Conley. In questo modo è possibile monitorare i fattori di rischio correlabili all'evento caduta e, se necessario, garantire una valutazione clinica multidimensionale del singolo paziente, per individuare e decidere se e quali interventi preventivi e/o curativi mettere in atto.

Per quanto attiene, invece, la **valutazione dei rischi ambientali**, in tutte le UU.OO. è necessario mettere a punto una *checklist* che contenga i principali fattori di rischio di ambienti e presidi per poter controllare costantemente il livello di rischio e contribuire alla segnalazione di fattori predisponenti le cadute.

## *LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEI PAZIENTI*

### *La scala di Conley*

La valutazione del rischio di caduta dei pazienti deve essere effettuata, in modo tempestivo e puntuale, in ognuna delle seguenti condizioni:

- Entro le 24 ore dall'ingresso del paziente (particolarmente se anziano, *età pari o maggiore di 65 anni)* nella U.O. Se si tratta di un'ammissione in emergenza o in pronto soccorso, si compilerà dopo la stabilizzazione clinica;
- dopo 72 ore dalla prima valutazione;
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- a seguito di episodio di caduta;
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.

A tal fine lo strumento di valutazione adottato dall'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari è – per i motivi prima richiamati – la Scala di Conley (ALLEGATO 1).

**Come si compila**: è un questionario di 6 domande. Le prime tre domande vengono poste al paziente o, nel caso in cui egli non sia in grado di rispondere per gravi deficit fisici o cognitivi, interrogando il caregiver. Qualora, in questi ultimi casi, non fosse presente alcun caregiver, sarà l'infermiere stesso, consultando la documentazione, a rispondere alla prima parte dello strumento di valutazione. Le ultime tre domande sono destinate all'infermiere compilatore che deve rispondere in base a quanto ha osservato della persona valutata. Qualora ad una domanda venga risposto "non so", essa è da considerare come risposta negativa.

**Come si calcola il punteggio:** ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a 0 se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positivo. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi. In presenza di un "indice di Conley" uguale o superiore a 2 (punteggio di *cut off*) viene fatta diagnosi infermieristica di "paziente a rischio di caduta". In questo caso, per maggiore completezza dei dati, si provvede alla compilazione della seconda parte (ALLEGATO 2).

Il contenuto della valutazione, ovvero il livello di rischio stimato nel paziente e le sue modifiche, deve essere segnalato in modo evidente sulla documentazione sanitaria ad opera dell'operatore responsabile dell'esecuzione della valutazione stessa. Per il paziente riconosciuto a rischio deve essere subito pianificato un piano assistenziale idoneo.

## *LA VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI*

### *Check list*

Le caratteristiche dell'ambiente della struttura sanitaria possono influire sui rischi di caduta dei pazienti. Nella presente procedura ci si pone pertanto l'obiettivo di determinare i fattori di rischio strutturali connessi con gli ambienti ed i presidi, che non dipendono dalle condizioni dei pazienti e possono contribuire al verificarsi della caduta.

Si propone pertanto una checklist (ALLEGATO 3) che contiene i principali fattori di rischio di ambienti e presidi.

**Istruzioni tecniche per la compilazione:** al momento dell'applicazione della checklist i valutatori (Infermiere Coordinatore e Direttore U.O.) effettueranno a cadenza trimestrale l'osservazione degli ambienti della struttura guidati dalla checklist che nel frattempo verrà compilata.

Una volta compilata e debitamente firmata la checklist andrà inviata in copia protocollata a:

- Responsabile U.O. Qualità Aziendale e Gestione del Rischio Clinico;
- Direzione Sanitaria;
- Responsabile Ufficio Tecnico Prevenzione e Sicurezza (RSPP).

La checklist originale deve essere tenuta in archivio nella U.O.

Qualora ricorrano non conformità o gravi carenze strutturali o materiali, le stesse dovranno essere sanate prima della successiva verifica e la checklist potrà essere utile al fine di determinare gli specifici interventi migliorativi ambientali o materiali.

## *INTERVENTI MULTIFATTORIALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE*

Si evidenza la necessità di agire per la prevenzione delle cadute ed il contenimento del rischio attraverso una strategia multifattoriale, con cui garantire interventi valutativi ed informativi essenziali per tutte le tipologie di pazienti e interventi, anche educativi, personalizzati in base al livello di rischio emerso.

| PROBLEMI EVIDENZIATI | INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER |
|---|---|
| RISCHI AMBIENTALI (I) | • Collocare la persona nella camera e nel posto letto idoneo valutando le distanza e lo spazio nella camera (deve essere adeguato alle manovre da effettuare considerando le limitazioni del soggetto e le capacità residue).<br>• Limitare gli spostamenti del paziente per evitare problemi di orientamento.<br>• Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione ecc. e verifica della loro funzionalità), nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti).<br>• Fornire gli accessori di supporto per il letto.<br>• Rendere i percorsi liberi da ostacoli.<br>• Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi, far pulire subito i |

| PROBLEMI EVIDENZIATI | INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER |
|---|---|
| RISCHI AMBIENTALI (II) | pavimenti sporchi di liquidi.<br>• Utilizzare per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolamento, poltrone geriatriche).<br>• Garantire una adeguata sicurezza nel letto/poltrona (cuscini lungo il corpo, sedie o tavolo accanto al letto, trapezio e/o spondine per aumentare la mobilità del paziente nel letto).<br>• Controllare l'altezza del letto e della barella in modo che il paziente possa poggiare facilmente i piedi sul pavimento.<br>• Rendere stabili i letti ed il mobilio ad esso vicino (freni ecc).<br>• Utilizzare i tappeti solo se con caratteristiche di antiscivolo e se fissati sul pavimento, nella doccia, nella vasca da bagno.<br>• Rendere facilmente accessibile al paziente il campanello o il pulsante di chiamata, ogni qualvolta l'operatore si allontana da lui.<br>• Rendere idonea l'illuminazione degli ambienti, in particolare quella notturna vicino al letto e al bagno (gli interruttori devono essere visibili al buio). |

| PROBLEMI EVIDENZIATI | INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER |
|---|---|
| RISCHI AMBIENTALI (III) | • Verificare l'adeguatezza degli ausili per la deambulazione e sottoporli a corretta manutenzione. |
| PERSONE A RISCHIO A CAUSA DELLE CONDIZIONI CLINICHE (I) | • Informare la persona assistita sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione (sedersi o stare seduti finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi);<br>• Far correggere l'ipotensione ortostatica e porre attenzione alle patologie cardiache, in particolare le aritmie; insegnare a evitare la disidratazione e la vasodilatazione (es. bagno o doccia in acqua molto calda);<br>• Previa valutazione clinica, alzare dal letto la persona il più presto possibile;<br>• Verificare le condizioni del paziente, controllare e gestire le sorgenti di dolore o le cause di agitazione. Valutare impedimenti o incertezze del soggetto dovute a problemi facilmente risolvibili (es. mettere gli occhiali o l'apparecchio acustico, accendere la luce o altro prima di effettuare gli spostamenti, pannoloni non ben posizionati che possono muoversi durante la marcia); |

| PROBLEMI EVIDENZIATI | INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER |
|---|---|
| PERSONE A RISCHIO A CAUSA DELLE CONDIZIONI CLINICHE (II) | • Correggere/gestire il soggetto se cammina a testa bassa, trascina i piedi, si appoggia ovunque con il rischio di tenersi a qualcosa di instabile, o se utilizza il bastone o le stampelle in modo sbagliato.<br>• Istruire il paziente ed i suoi familiari fornendo informazioni chiare e adeguate al soggetto e aiutare il paziente anche con incoraggiamenti e ulteriori chiarimenti durante l'azione, dando al paziente il tempo necessario.<br>• Valutare ed eventualmente suggerire l'abbigliamento adeguato alla persona (calzature chiuse possibilmente con chiusura a velcro, della giusta misura con suola antiscivolo, abiti comodi, abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi ecc).<br>• Richiedere la collaborazione di persone significative per la persona assistita (compatibilmente con le esigenze di reparto).<br>Porre particolare attenzione durante il turno notturno ai risvegli del paziente, sorvegliandolo soprattutto durante le prime notti per verificare il suo livello di sicurezza. |
| ALTERAZIONE DEI SENSI | • Porre attenzione alla persona assistita con deficit visivi–uditivi predisponendo la stanza di degenza in modo da favorire l'orientamento del paziente e |

| PROBLEMI EVIDENZIATI | INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER |
|---|---|
| | percorsi ad hoc all'interno dell'unità operativa; garantire l'intervento degli operatori di supporto in base ai problemi emersi. |
| ELIMINAZIONE ALTERATA | • Porre il paziente con urgenze evacuative vicino al bagno, identificando il bagno con disegni o scritte; sistemare eventuale sedia comoda in camera.<br>• Controllare i pazienti che assumono lassativi e diuretici.<br>• Accompagnare in bagno i pazienti a rischio ad intervalli regolari e subito prima del riposo notturno.<br>• Valutare l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza durante la notte. |
| MOBILITÀ ALTERATA (I) | • Mantenere il letto in una posizione bassa (se disponibile) assicurando che i freni del letto siano bloccati, facendo in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari.<br>• Utilizzare sponde lunghe metà letto per ridurre il bisogno del paziente di scavalcarle per alzarsi.<br>• Controllare la deambulazione, l'affaticamento durante la mobilizzazione.<br>• Istruire i pazienti ad alzarsi lentamente. |

| PROBLEMI EVIDENZIATI | INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER |
|---|---|
| MOBILITÀ ALTERATA (II) | • Utilizzare cinture di sicurezza nelle sedie e nelle carrozzine (attenzione: le cinture sono mezzi di contenzione, quindi informare accuratamente il paziente e chiedere il consenso); utilizzare cuscini antidecubito per prevenire lo scivolamento del paziente; selezionare sedie adatte che abbiano i braccioli e siano di altezza appropriata per alzarsi e sedersi.<br>• Assistere i pazienti a rischio nei vari trasferimenti (letto/sedia/poltrona).<br>Valutare i problemi della persona legati alla mobilizzazione e, come team multidisciplinare, se necessario, coinvolgere il Servizio di Riabilitazione/Rieducazione Funzionale. |
| ANDATURA E ATTIVITÀ QUOTIDIANE RIDOTTE | • Fornire gli ausili per la deambulazioni indicati dal caso (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina..).<br>• Aiutare la persona ad alzarsi, sedersi e stabilizzare il corpo da un lato all'altro, per stimolare i meccanismi di equilibri. |
| STATO MENTALE ALTERATO | • Favorire il coinvolgimento dei familiari.<br>• Orientare il paziente nell'ambiente ospedaliero, quando siede in poltrona sistemare un tavolino davanti a lui, pensare ad un sistema di allarme o |

| PROBLEMI EVIDENZIATI | INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER |
|---|---|
| STATO MENTALE ALTERATO | sistemarlo in un locale vicino a zone dove vi sia movimento o vicino alla medicherai;<br>• Il ricorso alla contenzione aumenta il rischio di caduta. |
| RISCHIO DI EFFETTI COLLATERALI DA TERAPIA FARMACOLOGICA | • Far rivalutare le terapie prescritte (se possibile) considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute; limitare le interazioni tra farmaci quando possibile.<br>• Controllare i pazienti a cui sono stati somministrati lassativi o diuretici. |

Gli ALLEGATI 4 e 5, attraverso le flow chart I e II, offrono uno sguardo sintetico sulla gestione dei rischi ambientali e sulla gestione del paziente presso la struttura sanitaria.

## *GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO*

1. Non mobilizzare la persona assistita senza averla prima valutata;
2. Controllare (e registrare) i parametri vitali e valutare lo stato di coscienza;
3. Accertare la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura. *Se il paziente è cosciente ed orientato* chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico, se riesce a muovere gli arti, se accusa delle parestesie e formicolii, come è caduto, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. *Se il paziente è incosciente* non escludere la possibilità di un trauma cranico, neanche nel caso in cui il paziente fosse precedentemente in caso di incoscienza;
4. Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa subito effettuare una valutazione clinica e le eventuali relative prescrizioni;
5. Provvedere alla somministrazione di eventuali misure terapeutiche prescritte; verificare la necessità dell'uso di dispositivi per immobilizzazione e/o particolari tecniche di mobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori);
6. Documentare ora luogo e circostanze dell'accaduto in cartella clinica con apposita scheda;
7. Discutere, se possibile, con la persona assistita e/o caregiver la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili. Informare la famiglia dell'assistito sulla caduta del parente;
8. Monitorare il paziente nelle ore successive se ha riportato fratture, trauma cranico, ecc;
9. Allertare il medico in caso di peggioramento del quadro clinico: vigilanza, agitazione, parametri vitali, presenza di ematomi o emorragia, dolore;
10. Compilare la scheda di segnalazione cadute in originale in 2 copie: l'originale da inserire in Cartella Clinica Integrata, poi inviare una copia alla Direzione Sanitaria e l'altra al Responsabile U.O. Qualità e Risck Management;
11. Valutare e modificare il programma di prevenzione delle cadute attuando interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto il paziente caduto è da ritenere a rischio di ulteriori cadute.

## *LA SEGNALAZIONE DELL'EVENTO*

L'infermiere e il medico, testimoni diretti o indiretti della caduta del paziente, sono tenuti a segnalare l'evento impiegando l'apposita scheda di segnalazione evento.

La scheda di segnalazione dell'evento (ALLEGATO 6) prevede una prima parte, a cura dell'infermiere, di rilevazione dati sulle modalità di caduta e sulla situazione presente al momento della caduta. La seconda parte, relativa alla valutazione clinica del paziente, sarà a cura del medico con le eventuali prescrizioni diagnostiche e prognosi.

Tale scheda deve essere inviata al Responsabile dell'U.O. Qualità Aziendale e Gestione del Rischio Clinico e tale segnalazione attiverà poi un processo a sé stante finalizzato all'analisi e alla prevenzione dei rischi di cadute.

Nei casi in cui si tratti di un Evento Sentinella "Morte o grave danno per caduta di paziente", la segnalazione sarà inviata al Ministero della Salute.

## *MONITORAGGIO DELLE CADUTE*

Il fenomeno delle cadute dei pazienti è sottoposto a monitoraggio annuale. L'analisi delle cadute accidentali sarà effettuata dal Responsabile Risk Management del Policlinico di Bari.

## *RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI*

1. Ministero della Salute, *Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*, 2011
2. Direzione Sanitaria Aziendale ASBAT, *Prevenzione delle cadute nei pazienti*, Giugno 2014
3. Regione Puglia – Azienda Sanitaria Locale Taranto, *Prevenzione delle cadute nei pazienti*, Giugno 2012
4. ASL Lecce, *Protocollo prevenzione delle cadute nei pazienti,* Delibera del DG n. 479 del 24 Marzo 2014
5. Regione Sicilia – Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti, *Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute in Ospedale*, Dicembre 2012
6. Regione Sardegna – ASLSanluri, *Protocollo per la prevenzione e la gestione delle cadute accidentali.*

## *ALLEGATI*

1. SCHEDA DI CONLEY
2. SCHEDA INTEGRATIVA ALLA SCHEDA DI CONLEY
3. CHECK LIST RISCHI AMBIENTALI
4. FLOW CHART 1 – IDENTIFICAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI AMBIENTALI
5. FLOW CHART 2 – GESTIONE DEL PAZIENTE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA
6. SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

## ALLEGATO 1: SCHEDA DI CONLEY

**Azienda** _____

**Unità Operativa** _____ **Cartella clinica n.** _____

**Cognome e nome del paziente** _____

**Data di nascita** ____/____/_____ **Età del paziente** _____ **Sesso M** ☐ **F** ☐

| PARTE 1 | | Data e ora rilevazione *(accettazione)* _____ | | Data e ora rilevazione *(dopo 72 h)* _____ | | Data e ora rilevazione _____ | | Data e ora rilevazione _____ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)** | | **Sì** | **No** | **Sì** | **No** | **Sì** | **No** | **Sì** | **No** |
| **C1** | È caduto nel corso degli ultimi tre mesi | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| **C2** | Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi tre mesi) | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| **C3** | Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi) | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| **Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)** | | **Sì** | **No** | **Sì** | **No** | **Sì** | **No** | **Sì** | **No** |
| **C4** | Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| **C5** | Agitato (definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza) | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| **C6** | Deterioramento delle capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 |
| | **Totale** | | | | | | | | |

**FIRMA DEL VALUTATORE**

_____

**N. B.: In presenza di "Indice di Conley" ≥ 2 viene fatta diagnosi infermieristica di paziente a rischio di caduta. In tal caso si consiglia quindi di procedere alla compilazione della parte 2 della Scheda di Conley.**

## ALLEGATO 2: INTEGRAZIONE DELLA SCHEDA DI CONLEY

***(Da compilare solo se l'Indice di Conley ≥ 2)***

| PARTE 2 | Data e ora rilevazione *(accettazione)* | | Data e ora rilevazione *(dopo 72 h)* | | Data e ora rilevazione | | Data e ora rilevazione | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sì | No | Sì | No | Sì | No | Sì | No |
| Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psich., respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi | | | | | | | | |
| ***ALTERAZIONE DEI SENSI*** | | | | | | | | |
| Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane | | | | | | | | |
| Presenta deficit dell'udito | | | | | | | | |
| ***ELIMINAZIONE*** | | | | | | | | |
| Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli 3 ore) | | | | | | | | |
| Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno | | | | | | | | |
| ***MOBILITÀ*** | | | | | | | | |
| Si sposta utilizzando la sedia a rotelle | | | | | | | | |
| Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi | | | | | | | | |
| Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio | | | | | | | | |
| Necessita di assistenza negli spostamenti | | | | | | | | |
| Ha difficoltà a muoversi nel letto | | | | | | | | |
| Utilizza calzature aperte senza suola antiscivolo | | | | | | | | |
| ***ANDATURA E ATTIVITÀ QUOTIDIANE*** | | | | | | | | |
| Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta | | | | | | | | |
| Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane | | | | | | | | |
| Cammina a testa bassa (trascinando i piedi) | | | | | | | | |
| ***STATO MENTALE*** | | | | | | | | |
| È disorientato/confuso | | | | | | | | |
| ***TERAPIA FARMACOLOGICA*** | | | | | | | | |
| Assume psicofarmaci | | | | | | | | |
| Assume vasodilatatori | | | | | | | | |
| Assume antiipertensivi | | | | | | | | |
| Assume diuretici | | | | | | | | |
| Assume antistaminici per uso sistemico | | | | | | | | |
| Assume antidolorifici | | | | | | | | |
| ***CONTENZIONE*** | | | | | | | | |
| Fisica | | | | | | | | |
| Farmacologica | | | | | | | | |

*Successivamente alla compilazione della scheda di valutazione del rischio, è necessario stilare il piano di assistenza personalizzato.*

## ALLEGATO 3: CHECK LIST RISCHI AMBIENTALI

**Azienda** _____

**Unità Operativa** _____

| PAVIMENTI | Sì | No |
|---|---|---|
| Non scivolosi | | |
| Assenza buche o avvallamenti | | |
| Assenza di dislivelli | | |
| Presenza di cartello di pericolo durante il lavaggio | | |
| **CORRIDOI** | **Sì** | **No** |
| Corrimano | | |
| Illuminazione diurna idonea | | |
| Illuminazione notturna idonea | | |
| Assenza di ostacoli ingombranti (arredi, ausili, altro) | | |
| **SCALE** | **Sì** | **No** |
| Corrimano su almeno un lato | | |
| Gradini dotati di antiscivolo | | |
| **DEAMBULATORI** | **Sì** | **No** |
| Stato d'uso generale buono | | |
| Maniglie in buono stato | | |
| Stabile | | |
| **SEDIE A ROTELLE** | **Sì** | **No** |
| Stato d'uso generale buono | | |
| Ruote e freni efficienti | | |
| Poggiapiedi funzionanti | | |
| Braccioli rimovibili | | |
| **BARELLE** | **Sì** | **No** |
| Spondine funzionanti | | |
| Ruote e freni efficienti | | |
| **AUSILI PER MOVIMENTAZIONE PAZIENTI** | **Sì** | **No** |
| Stato d'uso generale buono | | |
| Disponibili in reparto | | |
| Numero sufficienti | | |
| Presenza magazzini/ripost. dedicato | | |

| CAMERE | Sì | No |
|---|---|---|
| Funzionalità luci personali su testata letto | | |
| Illuminazione diurna idonea | | |
| Illuminazione notturna idonea | | |
| Luci notturne percorso camera bagno | | |
| Mobilio stabile, ordinato e in buono stato | | |
| Larghezza porta adeguata al passaggio del letto | | |
| Interruttori accessibili | | |
| Interruttori visibili al buio | | |
| Tappeti | | |
| Spigoli sporgenti | | |
| **LETTI** | **Sì** | **No** |
| Regolabili in altezza (elettrici o a pedale) | | |
| Dotati di spondine | | |
| Spondine rimovibili | | |
| Spondine completamente abbassabili | | |
| Campanelli chiamata raggiungibili | | |
| Ruote efficienti | | |
| Freni efficienti | | |
| **COMODINI** | **Sì** | **No** |
| Tavolo servitore | | |
| Ruote efficienti | | |
| Freni efficienti | | |
| Piano d'appoggio regolabile in altezza | | |
| Piano di appoggio girevole | | |
| **ASTE FLEBO** | **Sì** | **No** |
| Regolabili in altezza | | |
| Ruote efficienti | | |
| Integrate nel letto | | |
| **BAGNI** | **Sì** | **No** |
| Dimensione minima rispettata | | |
| Interruttori funzionanti | | |
| Interruttori visibili al buio | | |
| Illuminazione diurna idonea | | |
| Illuminazione notturna idonea | | |

| | | |
|---|---|---|
| Illuminazione antibagno | | |
| Campanelli di chiamata funzionanti | | |
| Presenza di gradini | | |
| Accessibile con carrozzina | | |
| Spigoli sporgenti | | |
| Tappetini antiscivolo | | |
| Pavimento antiscivolo | | |
| Doccia/vasca | | |
| Maniglia doccia/vasca | | |
| Maniglie tazza wc | | |

Sulla base delle non conformità rilevate sono necessarie le seguenti azioni di miglioramento:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data rilevamento _____

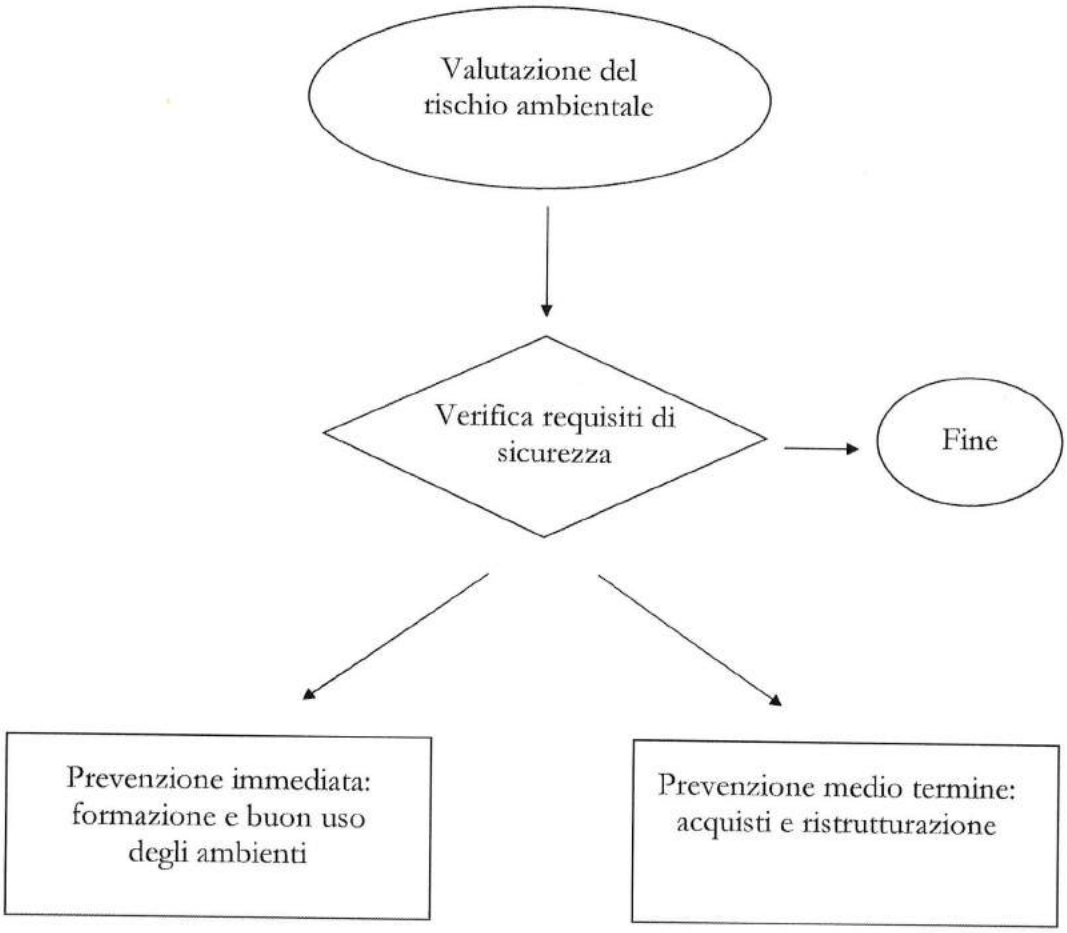
**I RILEVATORI**

_____

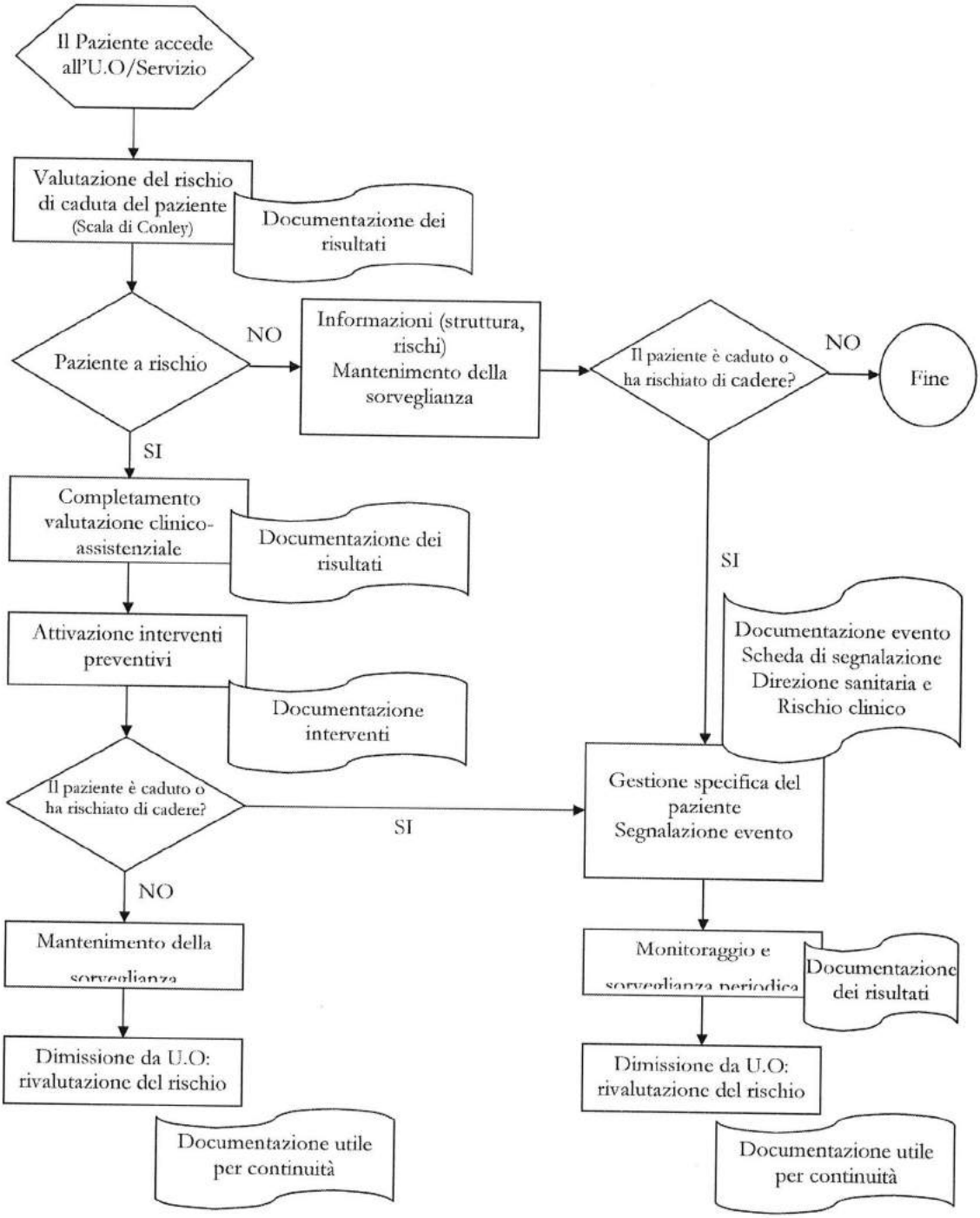
_____

**Notificare al Direttore Generale e al Risk Manager**

**ALLEGATO 4: FLOW CHART – IDENTIFICAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI AMBIENTALI**



## ALLEGATO 5: FLOW CHART – GESTIONE DEL PAZIENTE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA



## ALL. 6: SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

**Azienda** _____

**Unità Operativa:** _____ **(** **a n.** _____

**Cognome e nome del paziente:** _____

**Data di nascita:** ____/____/_____ **Età del paziente:** _____ **Sesso M** ☐ **F** ☐

**Diagnosi di ammissione:** _____

**SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA**

**Data e ora di accadimento dell'evento:** ____/____/_____ **H.**_____

**Chi ha rilevato l'evento:** Medico Strutturato ☐; Guardia Interdivisionale ☐; Infermiere ☐; OTA/Ausiliario ☐; altri pazienti ☐; familiari ☐; il paziente era da solo ☐; altro _____ ☐

**Data di segnalazione dell'evento:** ____/____/_____

**Chi ha segnalato l'evento:** Medico Strutturato ☐; Guardia Interdivisionale ☐; Infermiere professionale ☐

**Scheda di rilevazione del rischio di caduta (Scheda di Conley):** presente ☐; assente ☐.

*Se presente*, indicare l'indice di Conley: all'accettazione ____; dopo le 72 h ____ ; ultima rilevazione ____

*Se in una delle rilevazioni l'indice di Conley è stato ≥ 2,* sono stati messi in atto interventi preventivi e/o correttivi? SI ☐; NO ☐ Se NO, perchè _____

**Scheda di rilevazione dei rischi ambientali dell'Unità Operativa (check-list):** presente ☐; assente ☐

*Se presente*, allegarla.

**Precedenti cadute durante il ricovero:** nessuna (1°caduta) ☐; 2° caduta ☐; 3° caduta ☐; più di 3 cadute ☐

**Luogo caduta:** stanza ☐; servizi igienici (nella stanza di degenza) ☐; servizi igienici (non nella stanza di degenza) ☐; scale ☐; corridoio ☐; ambulatorio ☐; spazi esterni ☐; altro _____ ☐

**Modalità caduta:** caduto dalla posizione eretta ☐; caduto da seduto ☐; caduto dal letto con spondine ☐; caduto dal letto senza spondine ☐; caduto dalla barella ☐; altro _____ ☐

**Meccanismo caduta:** inciampato ☐; scivolato ☐; perdita di forza/cedimento ☐; inciampato ☐; perdita di equilibrio ☐; perdita di coscienza ☐; capogiro/svenimento ☐; non rilevabile ☐; camminava: verso il bagno ☐ — in stanza ☐ — in corridoio ☐; stava effettuando l'igiene personale/vestizione ☐; stava raggiungendo un oggetto ☐; stava raggiungendo il campanello di chiamata ☐; stava dormendo e/o cambiando posizione a letto ☐; altro _____ ☐

**Tipo di calzatura:** aperta ☐; chiusa ☐; calzini/scalzo ☐

**Firma Infermiere/tecnico/fisiot.**

_____

**SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA**

**L'evento ha avuto conseguenze:** SI ☐; NO ☐ **Vi è stata perdita di coscienza?:** SI ☐; NO ☐

**Lesione:**
tipo_____
Sede_____

**Accertamenti diagnostici richiesti:** ECG ☐; Visita Medica ☐; Visita specialistica ☐; Intervento chirurgico ☐; Esami di laboratorio ☐; Esami radiologici: *RX* (specificare distretto _____) ☐; *TAC* (specificare distretto _____ _____) ☐; *RMN* (specificare distretto _____) ☐; *Altro* (specificare _____) ☐; Ricovero terapia intensiva ☐; Trasferimento in altra U.O. (specificare _____) ☐; altro _____ ☐

**Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine:** nessuno ☐; sutura ☐; steristrips ☐; medicazione ☐; altro _____ ☐

**Attuale terapia farmacologica:** sedativi del SNC ☐; antistaminici per uso sistemico ☐; diuretici ☐; antiaritmici ☐; ipotensivanti ☐; vasodilatatori ☐; altro _____ ☐

**Altri eventuali interventi correttivi intrapresi:** _____

**Come si sarebbe potuto evitare l'evento?** _____ **Necessita di follow up dopo la dimissione in seguito alla caduta?** SI ☐; NO ☐

**L'evento è stato registrato in cartella?** SI ☐; NO

**Firma Medico**

_____

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| *REDAZIONE* | | | *VERIFICA* | | | *APPROVAZIONE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

## SOMMARIO

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3
**2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI** ..... 3
**3. MODALITA'** ..... 3
**4. PREVENZIONE E VALUTAZIONE DEGLI AGITI VIOLENTI** ..... 4
**5. PROCEDURA DI CONTENZIONE FISICA** ..... 5
**6. ASSISTENZA DURANTE IL PERIODO DI CONTENZIONE FISICA** ..... 7
**7. RIMOZIONE DELLA CONTENZIONE** ..... 7

## 1. OGGETTO E SCOPO

Questo protocollo descrive la corretta modalità di gestione e fornisce a tutto il personale le indicazioni sulle misure di contenzione fisica dei pazienti.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il Protocollo Operativo dovrà essere applicato nei confronti dei pazienti che possono essere nocivi per sé e per gli altri per un grave stato di agitazione psicomotoria in atto in Psichiatria, ma le linee generali devono essere applicate anche nelle altre Unità Operative della Casa di Cura.
Copia del Protocollo dovrà essere custodita in ogni Unità Operativa in luogo accessibile a chiunque fra il personale interessato che ritenga di dover far ricorso alla consultazione.
Una copia deve essere posta a disposizione durante le visite di controllo effettuate dalla Direzione Sanitaria e dall'Unità preposta.

## 3. MODALITA'

La contenzione è da considerarsi un intervento assistenziale "eccezionale" e non "normale" in quanto evento fortemente restrittivo della libertà individuale, drammatico, con implicazioni determinanti nel processo di cura e al quale ricorrere quando altri presidi terapeutici ed assistenziali risultino inefficaci.
È decisa in équipe. La responsabilità clinica viene assunta dal medico, che la propone o l'autorizza, previo consenso informato dell'interessato o di suo familiare. La responsabilità delle condizioni assistenziali del suo mantenimento viene assunta dal personale infermieristico; ogni cambio turno medico ed infermieristico deve rivalutare le condizioni che consigliano il protrarsi della contenzione o la sua rimozione.
La contenzione ha lo scopo di proteggere il paziente, il personale e le altre persone circostanti prevenendo danni a breve scadenza, sulla base di elementi concreti e documentabili; non viene utilizzata sulla base di un isolato gesto aggressivo di natura prevalentemente impulsiva e non ha valenza pedagogica e punitiva.
Sono da valutare di volta in volta le contenzioni richieste dal paziente, quelle eseguite al solo scopo di far addormentare il paziente, quelle a pazienti dementi o molto sedati per evitare la caduta dal letto, o a pazienti affaccendati onde bloccare meccanicamente irrequietezza motoria, ecc.
Una contenzione può essere eseguita anche se il paziente è in ricovero volontario, per stato di necessità, in emergenza; successivamente ciò deve far valutare attentamente la opportunità di trasformare il ricovero in TSO.
La contenzione va autorizzata dal medico di guardia, previa valutazione insieme al personale infermieristico sulla opportunità di tale intervento.
Il paziente contenuto è a rischio, sia per le ragioni che hanno reso necessaria la contenzione, sia perché la contenzione lo espone a potenziali pericoli (per esempio eccesso di attrito delle fascette, tumefazioni, cianosi degli arti, forzature del pz nel tentativo di decontenersi con rischi di lesioni, cattive posture, compressione, ecc.); può inoltre essere oggetto di aggressioni da parte di altri pz dai quali non può difendersi. Il pz contenuto va quindi protetto e controllato ad intervalli frequenti.

Tutti gli operatori della Casa di Cura devono essere a conoscenza in teoria ed in pratica delle modalità tecniche della contenzione e dei possibili relativi rischi.
La formazione sarà effettuata durante il periodo di inserimento previsto per gli operatori neoassunti/neoinseriti.
Le fascette in uso per la contenzione sono conservate e custodite in apposita cassetta presso l'infermeria del reparto. Il Medico che ha autorizzato la contenzione e il personale infermieristico in turno che ha effettuato la stessa, devono registrare sul diario il numero di arti contenuti, le condizioni che l'hanno resa necessaria e l'ora di inizio. Quando la contenzione viene rimossa, verrà segnalata l'ora e la rivalutazione clinica del pz da parte del personale medico ed infermieristico.

## 4. PREVENZIONE E VALUTAZIONE DEGLI AGITI VIOLENTI

*CATEGORIE DI AGGRESSIVITA' MANIFESTA*

• Aggressione verbale
• Aggressione contro se stessi
• Aggressione contro la proprietà
• Aggressione fisica

*PREVENZIONE*

➢ Fattori di identificazione di soggetti a rischio:
• storia clinica con episodi precedenti di aggressività e/o agiti violenti;
• disturbi mentali quali schizofrenia o stato maniacale e sintomi correlati: deliri, allucinazioni, ideazione paranoide, confusione;
• abuso di sostanze;
• terapia farmacologica inefficace o insufficiente;

➢ Verificare e valutare tempestivamente la presenza di segni e sintomi di eccitazione/stimolazione predisponenti l'agito aggressivo:
• aumento della mobilità e della gesticolazione;
• aumento del tono di voce;
• eloquio provocatorio e offensivo, bestemmie;
• intolleranza alle regole;
• aggressività verso gli oggetti;

➢ Identificare i fattori predisponenti l'aggressività individuando i potenziali fattori di provocazione:

• <u>da parte degli operatori</u>: impazienza, rifiuto di incontrare il malato, sentimenti di paura nella relazione con il pz, spersonalizzazione dell'assistenza, eccessiva rigidità nel far rispettare le norme e le regole, comunicazione simmetrica, tono della voce minaccioso, invasione dello spazio del pz, colloqui direttivi e ordini, ecc.;

• da parte degli altri pz: interazioni conflittuali, vicinanza prolungata tra pz con difficoltà relazionale o sintomatologia simile o incompatibile, ecc.;

• nell'ambiente: interazioni conflittuali con terzi (familiari e visitatori); programmi che prevedono la limitazione della libertà, regole, limitazione spaziale; apparecchi radio e televisore ad alto volume, ecc..

- Lavorare in équipe con concordanza degli interventi (contenzione relazionale, farmacologica, fisica);
- Organizzare assistenza o intervento.

Per evitare i fattori predisponenti l'aggressività occorre:

- conoscere la storia del pz ed il motivo che ha determinato il ricovero;
- evitare atteggiamenti che il pz può fraintendere: fronteggiarlo, sfidarlo, far paragoni, ridere di lui; modalità comunicativa di competizione o simmetrica; tono della voce minaccioso, timoroso o insofferente; invasione del suo spazio; colloqui direttivi e ordini; ecc.;
- parlare con tono della voce pacato, calmo e rassicurante; parlare una alla volta; gesticolare poco e con movimenti precisi; rispetto della distanza spaziale del pz;
- gestire flessibilmente l'assegnazione del posto letto;
- considerare la persona che ha il diritto di protestare ed ascoltare le sue critiche, evitando sia il rifiuto che il rinforzo;
- accettare il limite dell'operatore nella relazione con il pz e richiedere aiuto ai colleghi.

*PROTEZIONE DEL PERSONALE*:

- lanciare l'allarme e ottenere, senza ritardi, sostegno e aiuto da altri operatori;
- non intervenire mai da soli, ma con l'appoggio di almeno altri due operatori;
- condurre il potenziale aggressore in un luogo tranquillo e appartato;
- se necessario, chiamare le forze dell'ordine (numeri esterni 112 e 113).

## 5. PROCEDURA DI CONTENZIONE FISICA

Gli strumenti di protezione e tutela sono ausili protettivi temporanei che si applicano al corpo o all'ambiente circostante al fine di limitare i movimenti che interferiscono con il trattamento medico o comportamenti che possano arrecare danni al soggetto o ad altre persone. In particolare nell'ambito del ricovero nella Casa di Cura potrebbe rendersi necessario il ricorso a:

- **Spondine doppie al letto**: sono barriere che si fissano ai lati del letto. L'indicazione è per le persone confuse che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente o per persone sotto sedazione. Particolare attenzione va posta ai soggetti che possono essere in grado di scavalcarle. Tale condizione costituisce una controindicazione.
- **Fascia/Cintura pelvica per posizione seduta**: è una fascia ancorata alla carrozzina, da utilizzare negli stati di grave compromissione psicomotoria in cui è necessario prevenire posizioni scorrette e il rischio di scivolamento, data l'incapacità di mantenere una corretta posizione seduta.

- **Fascia addominale per la sicurezza al letto**: può essere utilizzata per soggetti confusi o agitati che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente.
- **Fascia addominale per la posizione seduta**: si ancora alla carrozzina, è indicata per i soggetti a rischio caduta. Deve essere evitata l'applicazione sulle normali sedie che per il loro scarso peso non impedirebbero alla persona di alzarsi, trascinando la sedie con sé.
- **Divaricatore inguinale**: è un supporto imbottito applicato al sedile della carrozzina o del supporto polifunzionale, con la funzione di mantenere in asse le gambe del paziente, impedendone lo scivolamento in avanti.
- **Tavolino per carrozzina**: si fissa alla carrozzina tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli. Impedisce lo sporgersi in avanti e costituisce un piano d'appoggio per il soggetto che, nel tentativo di alzarsi, potrebbe incorrere nel pericolo di caduta.
- **Polsiere/Guantoni**: in gommapiuma e poliuretano rivestiti di materiali morbidi. Le indicazioni riguardano sia i soggetti che necessitano di trattamenti sanitari urgenti, sia quelli che assumono atteggiamenti pericolosi per sé e/o per gli altri.

**Possibili conseguenze della protezione e tutela**: abrasioni, ferite, contusioni, contratture, compressioni loco regionali con manifestazioni ischemiche, eccezionalmente manifestazioni asfittiche, aumento dell'agitazione, depressione, ansia.

**Strategie alternative al ricorso agli strumenti di protezione e tutela**: modifiche ambientali e strutturali, quali ad esempio posizione più in basso del letto, cuscini, terapia occupazionale, sorveglianza visiva.

Dopo attenta valutazione del grado di agitazione psicomotoria/pericolosità per se stesso del paziente, che determina il ricorso all'uso degli strumenti di protezione e tutela, occorre:

1 Organizzare l'intervento con sufficiente cura per evitare di trovarsi impreparati:
- numero di operatori adeguato alla situazione (una dimostrazione di forza può produrre di per se stessa collaborazione);
- accessibilità del materiale;
- piano specifico: ad esempio ogni singola persona trattiene un arto e uno protegge la testa.

2 Velocità e coordinamento dell'équipe quando fattibile.

3 Adottare il sistema di contenzione più idoneo (solo polsi, oppure polsi e caviglie, ecc.); usare le fascette che garantiscono una miglior protezione della cute ed una maggior sicurezza della contenzione. E' importante che gli arti non siano contorti per evitare una lesione da compressione e trazione.

4 Valutare la necessità di una sedazione farmacologica.

5 Quando la contenzione ai 4 arti risulta insufficiente per garantire l'incolumità del pz, si può ricorrere all'utilizzo momentaneo della contenzione toracica e/o pelvica con lenzuolo.

6 I pz intossicati dovrebbero essere contenuti in posizione di decubito laterale, premunendosi per una possibile aspirazione di sostanze nelle vie aeree.

7 I motivi della contenzione dovrebbero, se possibile, venire spiegati con calma al pz.

8 Il medico scrive in diario i motivi che hanno reso necessaria la contenzione e l'ora di inizio della stessa.

## 6. ASSISTENZA DURANTE IL PERIODO DI CONTENZIONE FISICA

1. L'infermiere controlla ad intervalli frequenti :
• Ogni 30': respiro, sudorazione, colorito, confort e fascette
• Ogni 60': idratazione, diuresi e alvo.
• Ogni 4 h: rilievo PA, polso, TC.

2. L'infermiere assicura il soddisfacimento dei bisogni di base:
• Igiene corporea ogni volta che sia necessario;
• Alimentazione/idratazione;
• Riposo e sonno: garantire un ambiente calmo, poco luminoso, poco stimolante e privo di eccitazione. Se occorre, isolare il paziente (camera unica). Soddisfare i bisogni di base per permettergli un adeguato riposo.

3. Il medico valuta le condizioni cliniche del pz:
• Ogni 2 ore durante la guardia attiva;
• il medico è tenuto ad intervenire qualora l'equipe infermieristica lo valuti necessario.

4. Ridurre lo spavento, stare vicino al pz ed assicurare la vicinanza se il pz lo desidera. Instaurare una relazione idonea per chiarire le finalità dell'intervento al pz.

5. Ogni cambio turno, medico ed infermieristico, deve rivalutare le condizioni che consigliano il protrarsi della contenzione o la sua rimozione. E' opportuno che almeno in queste occasioni venga riportato in diario infermieristico e/o medico la rivalutazione delle condizioni del paziente.

## 7. RIMOZIONE DELLA CONTENZIONE

MOMENTANEA:
• Necessaria per soddisfacimento dei bisogni di base (alimentazione, eliminazione, ecc.);
• Su valutazione e decisione degli operatori al momento presenti;
• La contenzione non deve essere rimossa senza una adeguata presenza dell'équipe.

DEFINITIVA:
• Su prescrizione medica;
• In presenza dell'equipe;
• Controllare parametri e stato generale del pz;
• Controllo frequente del pz;
• Assistenza di supporto.

CASA DI CURA ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATA

**"VILLA VERDE - Prof. Dott. G. Verrienti" s.r.l.**

*Terapia Intensiva Gravi Cerebrolesioni Acquisite – Neuroriabilitazione (cod. 75) – Psichiatria*

**Lecce**

**Informazione circa l'adozione di contenzione**

La contenzione fisica è un'azione che limita la libertà individuale ed, in linea di principio, risulta non condivisibile. Appare, tuttavia, necessario conciliare il diritto della persona alla libertà con la necessità di tutelare la salute fisica e psichica.

Durante il ricovero in Casa di Cura, la necessità da parte del Sanitario di adottare la contenzione fisica potrebbe essere determinata da una valutazione neuromotoria, neuropsicologica e dal rischio di caduta e/o lesioni del soggetto, con la contemporanea valutazione circa l'adozione, ad esempio, di una contenzione farmacologica. Un paziente che sia affetto da una grave cerebrolesione, ovvero da un grave deficit cognitivo e/o motorio, è da ritenersi ad alto rischio di caduta.

La deontologia pone in evidenza la necessità di un coinvolgimento attivo del paziente, in quanto unico soggetto in grado di decidere circa il proprio stato di salute, laddove ciò sia possibile. Nell'ipotesi di un soggetto, sia pur temporaneamente incapace, il Medico, agendo in scienza e coscienza, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, informa i familiari del paziente, ovvero il rappresentante legale, circa l'opportunità di procedere all'uso della contenzione. Tale comportamento da parte del Sanitario viene adottato dopo un'attenta valutazione quotidiana, allo scopo - ad esempio - di impedire al soggetto ricoverato di cadere dal letto o dalla carrozzina, di strapparsi presidi (cannula tracheostomica, catetere vescicale, accesso venoso) necessari per la cura del paziente stesso, procurandosi in tal modo danni maggiori.

Il/La/I Sottoscritt_ _____ in qualità di _____ del/della Sig./Sigra _____ ricoverat_ nell'U.O. di _____ di questa Casa di Cura, dichiaro/dichiarano di essere stat_ informat_ in maniera chiara ed esaustiva dal Dott. _____ circa la necessità di procedere all'utilizzo di dispositivi di contenzione fisica per impedire eventi dannosi alla sua o all'altrui salute, fermo restando che il ricorso a ciò avverrà solo quando ritenuto necessario e sarà limitato nel tempo.

Lecce, _____

Firma del Medico _____

Firma _____

Via Monteroni 323 - Telefono 0832 224111 - Fax 0832 224141 - E-mail: villa.verde@libero.it - PEC: villa.verde@pec.it - C.F. e Partita IVA 01983380757

Cognome e Nome _____ Reparto _____

Valutata la non praticabilità e l'inefficacia di interventi alternativi, il team multidisciplinare composto dagli operatori sotto indicati:

| Nome e Cognome Operatore | Qualifica |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

opta per l'applicazione dello/degli strumento/i di seguito riportati:

Motivo della prescrizione: _____

Informato ed acquisito il consenso da parte di

☐ Diretto interessato ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Congiunto di riferimento

Si prescrive il seguente strumento di protezione, tutela e/o contenzione del paziente:

| **Strumento** | **Data e firma prescrizione (a cura del MED)** | **Applicazione (*)** | **Dalle ore (**)** | **Alle ore (**)** | **Data e firma sopsensione (a cura del MED)** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Spondine doppie al letto** | | | | | |
| **Fascia/Cintura pelvica per posizione seduta** | | | | | |
| **Fascia addominale per la sicurezza al letto** | | | | | |
| **Fascia addominale per la posizione seduta** | | | | | |
| **Divaricatore inguinale** | | | | | |
| **Tavolino per carrozzina** | | | | | |
| **Polsiere/Guantoni** | | | | | |

(*) Indicare quando va applicata (per es. durante lo stazionamento in carrozzina);
(**) In nessun a caso superiore a 12 h. Durante il periodo di applicazione occorre garantire al paziente la possibilità di movimento.
Gli strumenti di contenzione devono essere rivalutati entro il tempo massimo di 90 giorni.

Data _____

_____
Timbro e firma del Medico

## CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi.

***EVIDENZA: 6.2.2*** ***Formalizzazione di procedure relative alla sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione clinico (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).***

***EVIDENZA: 6.2.3*** ***Definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).***

Per la sorveglianza microbiologica sono previste specifiche procedure a cura del Servizio Prevenzione e Protezione. In relazione anche a quanto disposto dalla vigente normativa sulla sicurezza del lavoro. Allo stato, sono operative le seguenti procedure:

1) A.01.06.07.1h Vaccinazione operatori
2) A.01.06.07.1i Profilassi post-esposizione a rischio biologico
3) A.01.06.07.1j Prevenzione e controllo legionellosi
4) A.01.06.07.1k Utilizzo soluzione lavaocchi
5) A.01.06.07.1l Movimentazione e stoccaggio materiali vari
6) A.01.06.07.1m Scheda rischio biologico stanze degenza, ambulatori
7) A.01.06.07.1n Scheda rischio biologico uffici
8) A.01.06.07.1o Registro prevenzione della diffusione di malattie infettive

A tutela specifica degli operatori addetti ai servizi di radiodiagnostica, e degli utenti, è prevista la Procedura A.01.06.07.8c contenente Norme di protezione contro i rischi da radiazioni ionizzanti.

Relativamente alle attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione sono state pianificate e formulate le seguenti procedure:

1) A.01.06.07.1c Utilizzo di detergenti e prodotti di sanificazione
2) A.01.06.07.1d Manipolazione prodotti disinfezione R.O.T.
3) A.01.06.07.1c Utilizzo prodotti sterilizzazione rifiuti sanitari potenzialmente infetti
4) A.01.06.07.1f Utilizzo sterilizzante chimico per dispositivi medici
5) A.01.06.07.1h Vaccinazione operatori
6) A.01.06.07.2d Procedura pulizia stanza di degenza
7) A.01.06.07.2j Procedura gestione materassi antidecubito
8) A.01.06.07.2n Procedura uso di antisettici e disinfettanti per sanificazione ambientale e sterilizzazione
9) A.01.06.02.2-PG15 Procedura smaltimento rifiuti

I sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza sono definiti e formalizzati dall'apposito Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere come esplicitato nelle precedenti "Evidenze".

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

***Note***

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

**SOMMARIO**

*Pagina*

**1. OGGETTO E SCOPO** ..... 3

**2. CAMPO DI APPLICAZIONE** ..... 3

**3. RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI** ..... 3

**4. RESPONSABILITA'** ..... 4

**5. DEFINIZIONI** ..... 5

**6. CONTENUTO** ..... 9

*6.1 Compiti e responsabilità pratiche* ..... 9

*6.2 Modalità di raccolta per tipologie di rifiuti sanitari* ..... 10

6.2.1 Tempi di deposito dopo la raccolta per macro-tipologia di rifiuti…….. 10

6.2.2 Caratteristiche generali dei contenitori per macro-tipologia di rifiuti speciali……... 10

6.2.3 Caratteristiche specifiche dei contenitori di specifiche e prevalenti tipologie di rifiuto… 11

*6.3 Smaltimento rifiuti pericolosi tramite ditta specializzata* ..... 13

*6.4 Gestione registri e documenti smaltimento rifiuti pericolosi* ..... 134

**7. MOVIMENTAZIONE RIFIUTI SANITARI**……. 14

**8. RACCOLTA DIFFERENZIATA CARTONI E MATERIALE CARTACEO** ……..…… 15

## 1. OGGETTO E SCOPO

### 1.1 Oggetto

Il presente documento descrive l'organizzazione delle attività di raccolta, stoccaggio temporaneo e smaltimento dei rifiuti prodotti all'interno della Casa di Cura.

### 1.2 Scopo

Scopo della procedura è di:

- conformare la raccolta dei rifiuti della Casa di Cura alla normativa vigente
- effettuare una raccolta differenziata dei rifiuti a partire dalla fonte di produzione al fine di evitare successive manipolazioni che potrebbero costituire pericolo per gli addetti ai lavori
- evitare punture accidentali con materiale potenzialmente infetto
- uniformare le modalità di raccolta dei rifiuti all'interno della Casa di Cura
- evitare sprechi e irregolarità nella raccolta rifiuti
- contribuire ad un eventuale riciclo dei rifiuti e alla salvaguardia ambientale.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i rifiuti prodotti all'interno della Casa di Cura che fanno riferimento alla gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi del Decreto Legge 15 Luglio 2003 n ° 254 ,del D.Lgs n° 152 del 3 Aprile 2006 e s.m.i. e a quanto previsto dal D.Lgs 81/08.

## 3. RIFERIMENTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI

- Articolo 87 della Costituzione;
- Delib. Comitato Intermin. Smaltimento Rifiuti 27/07/1984 "Disposizioni per la prima applicazione dell'articolo 4 del decreto del presidente della Repubblica 10/10/1982 n. 915, concernente lo smaltimento dei rifiuti";
- Legge 8 luglio 1986, n. 349, recante istituzione del Ministero dell'ambiente e norme in materia di danno ambientale;
- D. L. 9.09.1988 n. 397 convertito con modificazioni in Legge 9/11/1988 n. 475"Disposizioni urgenti in materia di smaltimento dei rifiuti industriali";
- D. L. 14/12/1988 n. 527 convertito con modificazioni in Legge 10.02.1988 n. 45 "Disposizioni urgenti in materia di emergenze connesse allo smaltimento dei rifiuti industriali";
- Decreto Ministero dell'Ambiente 25.05.1989 "Individuazione dei rifiuti ospedalieri da qualificare come assimilabili ai rifiuti solidi urbani";
- Articolo 1 della Legge 22 febbraio 1994, n. 146, recante delega al Governo per l'attuazione delle direttive 91/156/CEE, del Consiglio del 18 marzo 1991, che modifica la direttiva 75/442/CEE relativa ai rifiuti, e 91/689/CEE, del Consiglio del 12 dicembre 1991, relativa ai rifiuti pericolosi, come modificata dalla direttiva 94/31/CE, del Consiglio del 27 giugno 1994;
- D. Lgs. 626/94 "Attuazione delle direttive CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.";

- Articolo 1 della legge 6 febbraio 1996, n. 52, recante delega al Governo per l'attuazione della direttiva 94/62/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 dicembre 1994, sugli imballaggi e rifiuti di imballaggio;
- D. Lgs. 5.02.97 n.22: "Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggi";
- Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, recante definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - citta' ed autonomie locali;
- D. Lgs. 8.11.97 n°389: Modifiche ed integrazioni al D.Lgs.22/97;
- Decreto del Ministro dell'ambiente 26 giugno 2000, n. 219, recante regolamento concernente la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari;
- Direttiva del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio del 9 aprile 2002, recante indicazioni per la corretta e piena applicazione del regolamento comunitario n. 2557/2001 sulle spedizioni di rifiuti ed in relazione al nuovo elenco dei rifiuti, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 108 del 10 maggio 2002;
- articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179, recante disposizioni in materia ambientale;
- Regolamento (CE) n. 1774/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 3 ottobre 2002, recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano;
- Decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n.254 - Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179.
- Decreto legislativo 3 aprile 2006, n.152 - Norme in materia ambientale
- D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 (1). Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- UNI EN ISO 8402: "Qualità - Terminologia"
- UNI EN ISO 9000 - '94: "Norme di gestione per la qualità e di assicurazione della qualità. Guida per la scelta e l'utilizzazione." (utilizzate come criteri ispirativi)
- UNI EN ISO 9004 - '94:"Criteri riguardanti la conduzione aziendale per la qualità ed i sistemi qualità aziendali" (utilizzate come criteri ispirativi)
- UNI EN ISO 9002 - '94: "SISTEMI QUALITA' - Modello per l'assicurazione(o Garanzia) della qualità nella fabbricazione, nell'installazione e nell'assistenza".

## 4. RESPONSABILITA'

**Responsabilità funzionali**

• Direzione Generale: funzione di controllo, linee organizzative generali, assicurarsi che le attività svolte siano tutte autorizzate secondo normativa, responsabile della salute dei lavoratori;

• Direzione Sanitaria: sorveglianza e organizzazione igienico sanitaria,definizione di procedura aziendale di gestione dei rifiuti;

• Direttori, Dirigenti, Caposala: applicano e vigilano sull'applicazione della procedura da parte dei preposti all'interno della propria struttura, segnalano alla Direzione Sanitaria eventuali non conformità

**Matrice delle responsabilità nel processo di gestione dei rifiuti**

| PERSONALE COINVOLTO / ATTIVITÀ | DirezioneU.O. Coordinatori Infermieristico Tecnico<br><br>Altri Dirigenti/Resp | Medico, Infermieristico, Tecnico, Amm.vo, ecc. | O.T.A. Ausiliario, addetto alle pulizie in appalto | Direzione Sanitaria | Ditte appaltatrici trasporto . Rifiuti speciali (solo per i rifiuti assimilati agli urbani) | Impianto di destinazione rifiuti |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Raccolta dei rifiuti all'interno dell'unità produttiva** | **RV** | **RA** | | **RV** | | |
| **Confezionamento e identificazione dei contenitori** | **RV** | | **RA** | **RV** | | |
| **Movimentazione interna dei contenitori** | **RV** | | **RA** | **RV** | | |
| **Gestione del deposito interno** | **RV** | | **RA** | **RV** | | |
| **Ritiro rifiuti dalle unità produttive** | | | | **RV** | **RA** | |
| **Gestione deposito temporaneo e aree ecologiche** | | | | **RV** | **RA** | |
| **Gestione della documentazione (Registri di carico/scarico, Formulati Identificazione Rifiuti)** | | | | **RA** | **RA** | **RA** |
| **Trasporto esterno (solo per i rifiuti speciali)** | | | | **RV** | **RA** | |
| **Smaltimento/Recupero dei rifiuti** | | | | | | **RA** |

Legenda:
**R.A.: Responsabile dell'Attività**
**R.V.: Responsabile della Vigilanza**

## 5. DEFINIZIONI

**Rifiuto** - La Direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 19 novembre 2008, relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive, stabilisce, nel proprio Articolo 3 "Definizioni" che, ai fini della presente direttiva si intende per:

"1) "rifiuto" qualsiasi sostanza od oggetto di cui il detentore si disfi o abbia l'intenzione o l'obbligo di disfarsi".

**Raccolta differenziata** - il D. Lgs.152/06, l'art. 183, comma 1, lettera f, indica:
la raccolta differenziata è "*la raccolta idonea, secondo criteri di economicità, efficacia, trasparenza ed efficienza, a raggruppare i rifiuti urbani in frazioni merceologiche omogenee, al momento della raccolta o, per la frazione organica umida, anche al momento del trattamento, nonchè a raggruppare i rifiuti di imballaggio separatamente dagli altri rifiuti urbani, a condizione che tutti i rifiuti sopra indicati siano effettivamente destinati al recupero*".

**Vetro contaminato** - Il vetro è contaminato quando ha avuto contatto con sangue, liquidi o altri tessuti umani o animali (es. sangue, urine).

**Piccolo pezzo anatomico** - Piccolo prelievo bioptico per esame istologico.

## Classificazione rifiuti (secondo l'art. 184 del D.lgs. 152/2006 in combinato disposto con l'art.2 del DPR 254/2003):

I rifiuti sono classificati preliminarmente e sommariamente secondo l'origine, in rifiuti urbani e rifiuti speciali, e, secondo le caratteristiche di pericolosità, in rifiuti pericolosi e rifiuti non pericolosi.

Sono **rifiuti urbani (art.184 c.2):**

- **a)** i rifiuti domestici, anche ingombranti, provenienti da locali e luoghi adibiti ad uso di civile abitazione;
- **b)** i rifiuti non pericolosi provenienti da locali e luoghi adibiti ad usi diversi da quelli di cui alla lettera a), assimilati ai rifiuti urbani per qualità e quantità, ai sensi dell'articolo 198, comma 2, lettera g);
- **c)** i rifiuti provenienti dallo spazzamento delle strade;
- **d)** i rifiuti di qualunque natura o provenienza, giacenti sulle strade ed aree pubbliche o sulle strade ed aree private comunque soggette ad uso pubblico o sulle spiagge marittime e lacuali e sulle rive dei corsi d'acqua;
- **e)** i rifiuti vegetali provenienti da aree verdi, quali giardini, parchi e aree cimiteriali;
- **f)** i rifiuti provenienti da esumazioni ed estumulazioni, nonché gli altri rifiuti provenienti da attività cimiteriale diversi da quelli di cui alle lettere b), e) ed e).

Sono **rifiuti speciali (art.184 c.3):**

- **a)** i rifiuti da attività agricole e agro-industriali ai sensi e per gli effetti dell'art. 2135 c.c.(1);
- **b)** i rifiuti derivanti dalle attivita' di demolizione, costruzione, nonche' i rifiuti che derivano dalle attivita' di scavo, fermo restando quanto disposto dall'articolo 184-bis (2);
- **c)** i rifiuti da lavorazioni industriali, [fatto salvo quanto previsto dall'articolo 185, comma 1, lettera i);] (3)
- **d)** i rifiuti da lavorazioni artigianali;
- **e)** i rifiuti da attività commerciali;
- **f)** i rifiuti da attività di servizio;

**g)** i rifiuti derivanti dalla attività di recupero e smaltimento di rifiuti, i fanghi prodotti dalla potabilizzazione e da altri trattamenti delle acquee dalla depurazione delle acque reflue e da abbattimento di fumi;

**h)** **i rifiuti derivanti da attività sanitarie**;

Sono **Rifiuti Pericolosi** quelli che presentano una o più caratteristiche di pericolosità di cui all'allegato I della parte IV del D.Lgs. n. 152/2006 e s.m.i. (art. 183, c. 1, lett. b).

Sono R**ifiuti Non Pericolosi** quelli che non presentano caratteristiche di pericolosità e pertanto non inseriti nell'allegato I della parte IV del D.Lgs. n.152/2006.

- **I rifiuti derivanti da attività sanitarie vengono inquadrati nell'area dei rifiuti speciali dal comma 3 dell'art.184 del D.Lgs. 152/2006; tuttavia il successivo articolo 227 dello stesso decreto letteralmente dispone:**

  ***"1. Restano ferme le disposizioni speciali, nazionali e comunitarie relative alle altre tipologie di rifiuti, ed in particolare quelle riguardanti:***
  ***a) (…)***
  ***b) rifiuti sanitari: decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254;"***

I **rifiuti sanitari sono definiti dalla citata ultima norma (DPR 254/2003) come segue:**

**""**

***a)*** ***rifiuti sanitari**: i rifiuti elencati a titolo esemplificativo, negli allegati I e II del presente regolamento, che derivano da strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833;*

***b)*** ***rifiuti sanitari non pericolosi**: i rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22;*

***c)*** ***rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo**: i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II del presente regolamento, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati con un asterisco "*" nell'allegato A della direttiva del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio in data 9 aprile 2002;*

***d)*** ***rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**: i seguenti rifiuti sanitari individuati dalle voci 18.01.03 e 18.02.02 nell'allegato A della citata direttiva in data 9 aprile 2002:*

1) *tutti i rifiuti che provengono da ambienti di isolamento infettivo nei quali sussiste un rischio di trasmissione biologica aerea, nonché da ambienti ove soggiornano pazienti in isolamento infettivo affetti da patologie causate da agenti biologici di gruppo 4, di cui all'allegato XI del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni;*
2) *i rifiuti elencati a titolo esemplificativo nell'allegato I del presente regolamento che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:*

   *2a) provengano da ambienti di isolamento infettivo e siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto dei pazienti isolati;*
   *2b) siano contaminati da:*
   *2b1) sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile;*
   *2b2) feci o urine, nel caso in cui sia ravvisata clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;*

*2b3) liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardico o liquido amniotico;*

*3) i rifiuti provenienti da attività veterinaria, che:*

*3a) siano contaminati da agenti patogeni per l'uomo o per gli animali;*

*3b) siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto per il quale sia ravvisato, dal medico veterinario competente, un rischio di patologia trasmissibile attraverso tali liquidi;*

***e)*** ***<u>rifiuti da esumazione ed estumulazione</u>****: i seguenti rifiuti costituiti da parti, componenti, accessori e residui contenuti nelle casse utilizzate per inumazione o tumulazione:*

*1) assi e resti delle casse utilizzate per la sepoltura;*

*2) simboli religiosi, piedini, ornamenti e mezzi di movimentazione della cassa (ad esempio maniglie);*

*3) avanzi di indumenti, imbottiture e similari;*

*4) resti non mortali di elementi biodegradabili inseriti nel cofano;*

*5) resti metallici di casse (ad esempio zinco, piombo);*

***f)*** ***<u>rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali</u>****: i seguenti rifiuti derivanti da attività cimiteriali:*

*1) materiali lapidei, inerti provenienti da lavori di edilizia cimiteriale, terre di scavo, smurature e similari;*

*2) altri oggetti metallici o non metallici asportati prima della cremazione, tumulazione od inumazione;*

***g)*** ***<u>rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani</u>****: i seguenti rifiuti sanitari, qualora non rientrino tra quelli di cui alle lettere c) e d), assoggettati al regime giuridico e alle modalità di gestione dei rifiuti urbani:*

*1) i rifiuti derivanti dalla preparazione dei pasti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie;*

*2) i rifiuti derivanti dall'attività di ristorazione e i residui dei pasti provenienti dai reparti di degenza delle strutture sanitarie, esclusi quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive per i quali sia ravvisata clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui;*

*3) vetro, carta, cartone, plastica, metalli, imballaggi in genere, materiali ingombranti da conferire negli ordinari circuiti di raccolta differenziata, nonché altri rifiuti non pericolosi che per qualità e per quantità siano assimilati agli urbani ai sensi dell'<u>articolo 21, comma 2, lettera g), del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22</u>;*

*4) la spazzatura;*

*5) indumenti e lenzuola monouso e quelli di cui il detentore intende disfarsi;*

*6) i rifiuti provenienti da attività di giardinaggio effettuata nell'ambito delle strutture sanitarie;*

*7) i gessi ortopedici e le bende, gli assorbenti igienici anche contaminati da sangue esclusi quelli dei degenti infettivi, i pannolini pediatrici e i pannoloni, i contenitori e le sacche utilizzate per le urine;*

*8) i rifiuti sanitari a solo rischio infettivo assoggettati a procedimento di sterilizzazione effettuato ai sensi della lettera m), a condizione che lo smaltimento avvenga in impianti di incenerimento per rifiuti urbani. Lo smaltimento in discarica è sottoposto alle condizioni di cui all'<u>articolo 11, comma 1, lettera c)</u>. In caso di smaltimento, per incenerimento o smaltimento in discarica, al di fuori dell'ambito territoriale ottimale, la raccolta ed il trasporto di questi rifiuti non è soggetta a privativa;*

***h)*** ***<u>rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione</u>****: le seguenti categorie di rifiuti sanitari:*

*1) 1a) farmaci scaduti o inutilizzabili;*

*1b) medicinali citotossici e citostatici per uso umano o veterinario ed i materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione ed uso degli stessi;*

*2) organi e parti anatomiche non riconoscibili di cui al punto 3 dell'<u>allegato I</u> al presente regolamento;*

*3) piccoli animali da esperimento di cui al punto 3 dell'<u>allegato I</u> al presente regolamento;*

*4) sostanze stupefacenti e altre sostanze psicotrope;*

**i)** ***rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo****: i rifiuti speciali, di cui al decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, con le caratteristiche di cui all'articolo 2, comma 1, lettera d), quali ad esempio quelli prodotti presso laboratori di analisi microbiologiche di alimenti, di acque, o di cosmetici, presso industrie di emoderivati, istituti estetici e similari. Sono esclusi gli assorbenti igienici;*

Altre definizioni:

**CER**: Codice Europeo dei Rifiuti

## 6. CONTENUTO

### 6.1 Compiti e responsabilità pratiche

| PERSONALE | COMPITO |
|---|---|
| Ausiliario e Infermieristico | • Quando i contenitori sono pieni vi effettua disinfezione<br>• Chiude il contenitore utilizzando i guanti antitaglio<br>• Indica sul contenitore data e reparto di provenienza |
| Caposala | • Controlla che siano sempre disponibili i contenitori per lo smaltimento dei rifiuti a livello di Unità Operativa.<br>• E' responsabile che nel reparto sia osservata la procedura per lo smaltimento dei rifiuti<br>• Verifica che venga effettuata la disinfezione con ipoclorito al 5% dove richiesta. |
| Personale medico, tecnico dei servizi, Infermieristico | • Conoscono e mettono in atto la procedura per lo smaltimento dei rifiuti<br>• Utilizzano gli appositi contenitori per lo smaltimento dei rifiuti<br>• Prima di compiere una manovra in cui si possono produrre rifiuti si accertano di avere vicino il contenitore adeguato per un corretto smaltimento |
| Addetti rimozione Rifiuti (Personale ausiliario | • Raccolgono i rifiuti dai reparti utilizzando l'apposito carrello<br>• Smistano e stoccano i rifiuti nei relativi depositi<br>• Verificano che i rifiuti siano smaltiti, con le cadenze periodiche previste, dalla nettezza urbana e dalla ditta specializzata<br>• Segnalano alla Direzione Sanitaria esaurimento scorte contenitori per la raccolta rifiuti.<br>• Riordinano contenitori per la raccolta dei rifiuti |
| Manutentori | • Raccolgono in modo differenziato il materiale contaminato da mercurio, i liquidi di sviluppo e di fissaggio e li consegnano alla ditta specializzata. (La raccolta dei liquidi da laboratorio è invece curata dal Tecnico di Laboratorio) |
| Personale Amministrativo | • Compila assieme agli operatori della ditta specializzata i documenti di trasporto e gli Attestati di provenienza e di avvenuto trattamento<br>• Aggiorna i registri di carico e scarico dei rifiuti |

| | |
|---|---|
| Direzione Sanitaria | • Definisce le regole da osservare all'interno della struttura per la corretta gestione dei rifiuti<br>• Firma e controlla i registri di carico e scarico controllando le bolle<br>• Firma i formulari di identificazione trasporto rifiuti ed il verbale di consegna contenitore di legge per conferimento rifiuti alla termodistruzione |
| Direzione | • Gestione rapporti contrattuali con ditta specializzata per la raccolta dei rifiuti pericolosi. |

## 6.2 Modalità di raccolta per tipologie di rifiuti sanitari

### 6.2.1 Tempi di deposito dopo la raccolta per macro-tipologia di rifiuti

**Rifiuti pericolosi a rischio infettivo:**
• Durata max 5 gg dalla chiusura del contenitore, esteso a 30 gg per quantitativi inferiori a 200 litri;
• Entro 5 gg dalla data di deposito si deve effettuare le operazioni di carico e scarico sui registri (art. 12 c.1 decreto Ronchi)
**Rifiuti pericolosi non a rischio infettivo:**
• un anno se il quantitativo non supera i 10 metri cubi annui
• due mesi se il quantitativo supera i 10 metri cubi annui
**Rifiuti non pericolosi**:
• un anno se il quantitativo non supera i 20 metri cubi annui
• tre mesi se il quantitativo supera i 20 metri cubi annui
**Caratteristiche dei locali:**
• Funzionalità per gli operatori addetti al deposito ed al ritiro dei materiali
• Non accessibilità ai non addetti ai lavori
• Lontananza da fonti di calore o di fiamme libere
• Areato

### 6.2.2 Caratteristiche generali dei contenitori per macro-tipologia di rifiuti speciali

**Per rifiuti pericolosi a rischio infettivo:**
• Codice CER
• Simbolo di pericolo biologico
• Identificabile per colore
• Logo dell'azienda

**Per rifiuti pericolosi liquidi:**
• Codice CER, logo dell'azienda,
• Hanno caratteristiche di tenuta, resistenza chimica e meccanica adeguate al prodotto che deve contenere
• Chiusura ermetica e sistema di contenimento

**<u>Le etichette</u> (art 183 DLgs 152/2006) Tutti i contenitori devono essere dotati di etichetta in cui viene specificato:**
• Tipo di rifiuto

• Reparto/servizio di provenienza
• Data di chiusura
• Firma dell'operatore addetto alla chiusura

### 6.2.3 Caratteristiche specifiche dei contenitori di specifiche e prevalenti tipologie di rifiuto

**Rifiuti non pericolosi**

| Tipo di rifiuto | Modalità di raccolta |
|---|---|
| Rifiuti provenienti dalla pulizia dei reparti di degenza comune, ambulatori, corridoi, atri, uffici, scale, ecc. . | Sacco di plastica di colore trasparente posizionato nell'apposito portasacchi con chiusura superiore |
| Rifiuti provenienti da cucine della struttura relativamente alla preparazione dei pasti. | Sacco di materiale biodegradabile di colore trasparente posizionato nell'apposito portasacchi con chiusura superiore |
| Rifiuti provenienti dalla consumazione dei pasti nei reparti di degenza ad esclusione dei reparti che risultano ospitare pazienti affetti da malattie infettive | Sacco di materiale biodegradabile di colore trasparente posizionato nell'apposito portasacchi con chiusura superiore |
| Imballaggi in genere, sacchetti di plastica, confezioni vuote di medicinali e altri rifiuti non pericolosi e non destinati alla raccolta differenziata. | Sacco di plastica di colore trasparente posizionato nell'apposito portasacchi con chiusura superiore |

**I sacchi neri sono ritirati dagli addetti alla rimozione dei rifiuti e portati nel deposito esterno per rifiuti urbani ed assimilati.**

**Rifiuti pericolosi sanitari**

| Tipo di rifiuto | Modalità di raccolta |
|---|---|
| **Materiale di medicazione** (contaminati): scarti di garze, cotone, cerotto, gessi. | Contenitore cartonato con all'interno Sacco di plastica impermeabile ed a chiusura ermetica adibito alla raccolta dei rifiuti sanitari (R.O.T.) |
| **Strumentari ed oggetti monouso**: Deflussori, raccordi vari, sonde, occhiali per ossigeno, maschere e raccordi, cateteri. | Contenitore cartonato con all'interno Sacco di plastica impermeabile ed a chiusura ermetica adibito alla raccolta dei rifiuti sanitari (R.O.T.) |
| **Strumenti monouso di protezione:** Mascherine, guanti, copricapo, calzari, camici. | Contenitore cartonato con all'interno Sacco di plastica impermeabile ed a chiusura ermetica adibito alla raccolta dei rifiuti sanitari (R.O.T.) |
| **Aghi, lame di bisturi, e altri strumenti acuminati, o taglienti monouso. (Gli aghi devono essere inseriti nel contenitore senza separarli da siringhe e vacutainer)** | Contenitore porta aghi di plastica presente in ogni reparto. Quando pieni chiudere i contenitore ed inserirli nei contenitori di cartone della capacita di 60 litri |
| **Contenitori di vetro contaminati** | Contenitore di plastica della capacità di 60 litri |
| **Rifiuti biologici di laboratorio non smaltibili** | Apposito contenitore per la raccolta liquidi |

| | |
|---|---|
| **in rete idrica** | residui da lavorazione laboratorio analisi non smaltibili nella rete idrica fognante |
| **Rifiuti e scarti alimentari di pazienti infetti** | Contenitore cartonato con all'interno Sacco di plastica impermeabile ed a chiusura ermetica adibito alla raccolta dei rifiuti sanitari (R.O.T.) |

Dopo aver chiuso **il contenitore rispondente ai criteri di cui al punto 6.2.2.)**, **il personale deve indicare sulle apposite etichette data e reparto di provenienza**. I contenitori sono poi ritirati dagli addetti alla rimozione e trasporto dei rifiuti e collocati nel deposito esterno per rifiuti pericolosi/tossico-nocivi.
Il personale addetto al prelievo dal deposito per lo smaltimento dei rifiuti, comunica al personale amministrativo il numero dei colli per volumi prodotti espresso in litri e la tipologia dei rifiuti raccolti all'interno della struttura per la registrazione degli stessi.

**Modalità di Raccolta differenziata per specifiche e prevalenti tipologie di rifiuti sanitari pericolosi**

| Tipologie rifiuti | Modalità di raccolta |
|---|---|
| Materiale contaminato da mercurio (es. termometri, sfigmomanometri rotti) | Riporre nell'apposito contenitore di vetro chiuso presente in reparto.<br>Tali contenitori sono raccolti e depositati in contenitore presso il deposito principale da parte degli addetti alla manutenzione e smaltiti e registrati in modo differenziato. |
| Filtri laboratorio, filtri climatizzazione | • Filtri laboratorio (rifiuti pericolosi apposito contenitore di cartone, chiudere e indicare il contenuto)<br>• Filtri climatizzazione inserire in contenitore di cartone indicare esternamente contenuto<br>Raccolti dagli addetti alla manutenzione smaltiti e registrati in modo differenziato. |
| Farmaci scaduti | Riporre i farmaci in contenitore chiuso sul quale deve essere scritto "farmaci scaduti non utilizzare" e consegnato alla farmacia centrale che provvederà allo smaltimento presso la farmacia comunale. |
| Stupefacenti scaduti | Riporre gli stupefacenti in contenitore chiuso sul quale deve essere scritto "stupefacenti scaduti non utilizzare" e consegnato alla direzione sanitaria per lo smaltimento e la regolarizzazione del registro degli stupefacenti. La consegna degli stupefacenti alla farmacia centrale deve essere accompagnata da un verbale a firma della caposala. |
| Rifiuti liquidi laboratorio analisi | Tanica in plastica bianca indicare al momento della chiusura contenuto, data e reparto di provenienza. Raccolti dagli addetti alla rimozione dei rifiuti, smaltiti e registrati in modo differenziato. |
| Rifiuti della cucina propriamente detti sono suddivisi in: | I contenitori differenziati per le tipologie dei rifiuti sono raccolti e vuotati dal personale della cucina in altri appositi contenitori, |

| | |
|---|---|
| secchi e umidi | questi ultimi vengono poi trasportati presso il deposito esterno da dove verranno smaltiti dall'azienda municipalizzata. |
| Rifiuti della cucina provenienti dai reparti, di tipo umido | I rifiuti vengono raccolti in contenitori differenziati e poi vuotati in altri appositi contenitori, questi ultimi vengono poi trasportati presso il deposito esterno da dove verranno smaltiti dall'azienda municipalizzata |
| Pile | Riporre nell'apposito contenitore presente in Amministrazione. Tali contenitori sono raccolti e vuotati, da parte degli addetti alla rimozione dei rifiuti, in apposito contenitore tenuto presso il deposito principale e smaltiti e registrati in modo differenziato. |
| Tubi al neon lampade fluorescenti, incandescenza a vapori di mercurio | Chiamare per la sostituzione i manutentori, inserire in apposito contenitore (se possibile imballaggio originario) senza romperli indicare, contenuto, data di chiusura e portare al deposito esterno, smaltiti e registrati in modo differenziato. |
| Toner | I toner esauriti delle fotocopiatrici vanno rimossi utilizzando guanti monouso e mascherine, inserirti in scatole di cartone chiuse, indicando il contenuto e consegnati ai manutentori. I toner di stampanti esauriti vanno riposti nella scatola di imballaggio originaria e consegnati al fornitore che provvede alla sostituzione. |
| Vetro non Contaminato | Sacco di plastica di colore nero posizionato nell'apposito portasacchi con chiusura superiore |
| Ferro e rottami | Consegnato agli addetti alla rimozione dei rifiuti smaltito in modo differenziato |
| Cartone | Consegnato agli addetti alla rimozione dei rifiuti riposto presso il deposito dei rifiuti urbani smaltiti in modo differenziato. |

### 6.3 Smaltimento rifiuti pericolosi tramite ditta specializzata

I rifiuti solidi sanitari e i rifiuti pericolosi soggetti a raccolta differenziata vengono smaltiti tramite ditta specializzata.
La ditta specializzata si presenta per la raccolta dei rifiuti sanitari pericolosi ogni 2/3 giorni.
L'operatore della ditta specializzata, preso atto del n° dei colli comunicati dal personale amministrativo rilascia apposita ricevuta per la registrazione dello scarico su apposito registro.
Gli addetti alla rimozione dei rifiuti devono comunicare, alla ditta specializzata, preventivamente al ritiro, se ci sono rifiuti pericolosi quali rifiuti di sviluppo, fissaggio e chimici, tubi al neon, lampade a incandescenza di vapori di mercurio o altro materiale contaminato di mercurio.

### 6.4 Gestione registri e documenti smaltimento rifiuti pericolosi

Tutti i rifiuti pericolosi precedentemente descritti vengono registrati su un unico registro di Carico e Scarico.
La registrazione dei carichi e degli scarichi viene effettuata dal personale amministrativo. I quantitativi dei rifiuti sono espressi in numero di colli e in litri.

Le tipologie dei rifiuti sono individuate indicando il codice CER.

| DESCRIZIONE | CODICE CER |
|---|---|
| rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni | 18 01 03 |
| MATERIALE CONTAMINATO DA MERCURIO (termometri –sfigmomanometri)<br>LAMPADE FLUORESCENTI, INCANDESCENZA, A VAPORI DI MERCURIO | 06 04 04<br>+<br>20 01 21 |
| PILE | 20 01 20 |
| TONER | 08 03 09 |
| MEDICINALI DI SCARTO | 18 01 05 |
| OGGETTI DA TAGLIO (ES. BISTURI) | 18 01 01 |

## 7. MOVIMENTAZIONE RIFIUTI SANITARI

| | |
|---|---|
| Prima di iniziare le operazioni assicurarsi di aver indossato tutti i dispositivi di protezione individuale previsti per l'operazione:<br>1. Guanti in gomma siliconata o nitrilica, in PVC, neoprene (NON IN LATTICE );<br>2. Occhiali di sicurezza;<br>3. Mascherina con strato filtrante ai carboni attivi. | Evitare di riempire al limite i contenitori destinati ai ROT al fine di non minacciarne la resistenza durante la movimentazione. |
| In prossimità del contenitore di cartone dei ROT aprire il flacone di glutaraldeide con cautela, quindi versare la quantità necessaria. | Prima di iniziare l'operazione accertarsi dello stato del contenitore verificando eventuali lesioni o la presenza di spanti che potrebbero averne intaccata la resistenza. All'occorrenza sostituire il contenitore. |
| Chiudere immediatamente il sacco e il flacone. | Ricordarsi di chiudere immediatamente il flacone al fine di evitare la fuoriuscita accidentale del prodotto a causa di eventuali urti o dell'errato posizionamento dello stesso. |
| Dopo aver sigillato e contrassegnato il contenitore. trasportarlo con il carrello all'ascensore di servizio; | Il contenitore non deve essere spostato per alcun motivo se non è stato perfettamente sigillato. |
| Una volta nel punto di raccolta posizionare con cautela il contenitore sull'apposita pedana. | Evitare di addossare i contenitori in modo da formare pile troppo alte o in equilibrio precario. |

**E'assolutamente. vietato, mangiare, bere, fumare durante l'operazione, portare le mani per altri motivi alla bocca o agli occhi o in loro prossimità (es. rispondere al telefono).**

I contenitori vuoti in vetro delle flebo devono essere conferiti nelle apposite campane, assolutamente privi di sostanze medicinali, aghi, siringhe e di qualsiasi altro tipo di rifiuto diverso dal vetro.
I contenitori in plastica delle flebo, vuotati del loro contenuto, devono essere deposti nei contenitori dei ROT, unitamente agli altri rifiuti di origine sanitaria.

I contenitori in vetro delle flebo scadute vanno depositate nelle apposite campane di raccolta, anch'esse vuotate dei loro contenuto.
Per il trasporto dei contenitori dalle rispettive Unità di Degenza, dovranno essere utilizzati esclusivamente gli ascensori piccoli all'uopo predisposti (centrale e posteriore). I contenitori, accuratamente confezionati ed ordinatamente collocati nell'apposito locale, dovranno riportare la dicitura dell'Unità di appartenenza, nonché la data e la firma dell'operatore che ne cura il trasporto; ciò per rendere facilmente individuabili quei cartoni danneggiati e così risalire al Reparto di provenienza.
I contenitori di prodotti disinfettanti e/o detergenti, bottiglie d'acqua in plastica, sacchetti per la conservazione di prodotti alimentari e quant'altro del genere, fatta eccezione per quei rifiuti provenienti dalle attività di reparto, dovranno essere conferiti nell'apposito cassonetto installato sul retro della Casa di Cura.
I caposala sono tenuti a dare ampia diffusione a questa procedura e sensibilizzare il personale alla puntuale osservanza di quanto disposto.
Poiché la mancata osservanza di tali adempimenti può costituire violazione alle normative che regolano il corretto smaltimento dei rifiuti, sono responsabili delle operazioni di verifica e controllo nei confronti del personale dipendente segnalando, all'occasione, i nominativi degli eventuali trasgressori.

## 8. RACCOLTA DIFFERENZIATA CARTONI E MATERIALE CARTACEO

I cartoni e altro materiale cartaceo devono essere prima appiattiti (per non creare volume) poi legati con nastro e infine stoccati in un apposito contenitore sito all'esterno della struttura all'inizio della rampa di servizio merce di fronte la Radiologia.
Si raccomanda di non associare a tale materiale altro di diversa composizione (stracci, guanti e quant'altro).
La raccolta deve essere eseguita quotidianamente ed esclusivamente dalle ore 09.00 alle ore 10.00.

## CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi.

***EVIDENZA: 6.2.4*** ***Definizione di una procedura per il lavaggio delle mani (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).***

Nel quadro delle misure poste per l'igiene e protezione individuale è programmata la specifica procedura per il lavaggio delle mani contenuta nell'Allegato A.01.06.07.1b.

## CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi.

***EVIDENZA: 6.2.5*** ***Formalizzazione e diffusione di Protocolli, Linee Guida e Procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello).***

Nell'ambito di quanto disposto dal Regolamento Regionale n.ro 3 del 2005, come modificato dal Regolamento n.ro 3 del 2010, e, in particolare dal Requisito A.01.06.02 "Programmi di valutazione e miglioramento delle attività" – e sulla base del "Manuale Aziendale – Regolamento Interno per la Qualità (cfr. Allegato A.01.06.02.2) – sono state formalizzate le sottoelencate due procedure a carattere generale che possono essere utilizzate anche per le attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti:

a) A.01.06.02.2 – PG10 Gestione e trattamento delle non conformità
b) A.01.06.02.2 – PG11 Gestione azioni correttive e preventive

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

## CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi.

***EVIDENZA: 6.3.1*** ***Definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari (DM 70 Allegato 1-5.3 Standard per i Presidi Ospedalieri di base e di I Livello), la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi.***

Le modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari sono pienamente formalizzate nel "Manuale Aziendale – Regolamento Interno per la Qualità" in maniera specifica nell'Allegato A.01.06.02.2 – PG 09 "procedura gestione informazioni al paziente e/o familiari".

La gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione sterna, e la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi, avviene in una prima fase in sede di verifiche interne tra gli operatori interessati, i Dirigenti Responsabili delle rispettive articolazioni organizzative e la Direzione della Struttura.

In una seconda fase l'eventuale contenzioso insorto verrà gestito in sede di interlocuzione e confronti tematici tra il danneggiato dall'evento avverso e/o suo procuratore legale, il Rappresentante Legale della Struttura e/o suo procuratore legale, ed i Rappresentanti delle Compagnie o Società od Organismi di Assicurazione per la Responsabilità Civile verso Terzi.

## CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi.

***EVIDENZA: 6.3.2*** ***Presenza di un piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione.***

Appositi Obiettivi specifici ed Obiettivi Formativi Strategici sulla gestione del Rischio Clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi, sono previsti nel Piano triennale 2020-2022 di formazione aziendale della Casa di Cura esplicitato nell'Allegato A.01.06.05.1 "Piano Formativo Aziendale".

## CRITERIO: 6 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

## REQUISITO: 6.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenza.

***EVIDENZA: 6.4.1*** ***Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività***

***EVIDENZA: 6.4.2*** ***Garanzia di competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali.***

***EVIDENZA: 6.4.3*** ***Presenza e formalizzazione di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.***

Le attività cliniche svolte nelle Unità Operative di Villa Verde sono in larga parte di "alta specializzazione" ma rientranti nella consolidata esperienza dei reparti specializzati nelle corrispondenti discipline. E tuttavia, nell'intento di ricercare e sviluppare soluzioni innovative, specialmente nelle UU.OO. di "Terapia Intensiva per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite" e di "Neuroriabilitazione Intensiva cod. 75" verranno promossi piani e programmi specifici per la ricerca di tali soluzioni. Nel contesto di tali programmi verranno ricercate e garantite le competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per i livelli regionali e nazionali.

Nella Sezione terza della Carta dei Servizi – Standard di qualità e programmi – il paragrafo 3 è dedicato alla Gestione del Rischio Clinico. Ivi è stabilito, considerata la fondamentale importanza di tale funzione, che l'orientamento della Casa di Cura si basa sul monitoraggio costante degli "eventi sentinella" nei processi di cura, il cui verificarsi è indice del malfunzionamento del sistema con ripercussioni sulla salute degli utenti, e, conseguentemente sulla immagine della Struttura. Per tale ragione è rappresentata agli utenti l'opportunità di segnalare eventuali proprie opinioni o disservizi occorsi durante la permanenza nella Struttura.

L'utenza, in particolare, è invitata a segnalare:

- ogni disservizio, ascrivibile a mancanza di efficacia/efficienza, che abbia limitato o impedito la fruibilità di un servizio;
- ogni violazione di leggi o regolamenti che disciplinano la fruizione di un servizio sanitario (norme sull'accreditamento, carta dei servizi, doveri e comportamenti del personale, principi deontologici ed etici inerenti l'esercizio delle professioni sanitarie).

In particolare, l'attività si concretizza:

- nell'identificare i rischi di incidenti che possono provocare danni ai pazienti;
- nell'effettuare un'analisi ed una valutazione dei rischi con l'obiettivo di identificare gli ambiti di maggiore criticità e la tipologia di errori che si verificano con maggiore frequenza;
- nell'adottare opportunamente le più adeguate misure di prevenzione.

# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 7

## PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

# CRITERIO: 7

# PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

## REQUISITO: 7.1
## Progetti di miglioramento

***EVIDENZA: 7.1.1*** ***Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione ed alla pianificazione strategica, che includa le specifiche risorse, i ruoli e le responsabilità, valutazione misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione, con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es. emergenza, materno-infantile, oncologico, cardiovascolare).***

## REQUISITO: 7.2
## Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

***EVIDENZA 7.2.1*** ***Presenza e formalizzazione di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.***

## REQUISITO: 7.3
## Iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

***EVIDENZA: 7.3.1*** ***Presenza e formalizzazione di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative.***

***EVIDENZA: 7.3.2*** ***E' previsto il coinvolgimento del personale nel processo di innovazioni tecnico-professionali e organizzative.***

***EVIDENZA: 7.3.3*** ***Sono definite le modalità di sviluppo di integrazione assistenza-didattica-ricerca.***

**CRITERIO: 7 PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE**

**REQUISITO: 7.1 Progetti di miglioramento**

***EVIDENZA: 7.1.1*** ***Approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità, integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione ed alla pianificazione strategica, che includa le specifiche risorse, i ruoli e le responsabilità, valutazione misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione, con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es. emergenza, materno-infantile, oncologico, cardiovascolare).***

La Direzione, impegnata a promuovere ed attuare e sostenere un processo di miglioramento continuo della qualità, attua questo suo impegno comunicando innanzitutto a tutta l'organizzazione l'importanza di creare le condizioni per l'erogazione delle prestazioni conformemente ai requisiti relativi ai servizi come previsto dalle norme vigenti, sulla base dei reali fabbisogni espressi dalle parti interessate, e coerentemente con la missione aziendale; e stabilendo, conseguentemente, una politica generale per la qualità, la fissazione di obiettivi prioritari e specifici, verifiche periodiche e la disponibilità delle risorse finanziarie necessarie.

Avuto riguardo alla tipologia delle prestazioni sanitarie erogate da "Villa Verde", tra i principali obiettivi da perseguire, in un processo di miglioramento della qualità, si è ritenuto selezionare, prioritariamente, le infezioni correlate all'assistenza, il buon uso del sangue, il razionale utilizzo dei farmaci, il monitoraggio deli eventi indesiderati, la gestione del rischio clinico, l'appropriatezza nell'uso delle risorse, l'integrazione dei servizi.

Per il triennio 2020-2022 la Direzione ha formulato il seguente

**PIANO STRATEGICO TRIENNALE PER LA QUALITA'**

La Direzione Strategica (nella persone dell'Organo Amministrativo, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) si è impegnata a promuovere, ad attuare e sostenere un processo di miglioramento continuo della Qualità dei servizi erogati dalla Casa di Cura Villa Verde srl, orientando tutte le attività ed i processi di competenza alla soddisfazione dei propri Cittadini/Utenti e delle altri parti interessate (Associazioni di Volontariato, Personale Dipendente, Visitatori, ecc..).
La Direzione ha dato evidenza del proprio impegno nello sviluppo e nel miglioramento del sistema di gestione per la qualità:

- comunicando a tutta l'organizzazione l'importanza di soddisfare i requisiti relativi ai servizi e alle prestazioni sanitarie, nel rispetto del quadro legislativo di riferimento, della missione aziendale e dei reali fabbisogni espressi da tutte le parti interessate;
- stabilendo la politica per la qualità, coerentemente con l'impostazione strategica aziendale;
- individuando gli obiettivi per la qualità;
- verificando periodicamente la dinamica del sistema di gestione per la qualità al fine di individuare tempestivamente gli interventi correttivi, preventivi e migliorativi necessari a garantire efficacia ed efficienza del sistema ;
- garantendo la disponibilità delle risorse necessarie.

## 2. POLITICA PER LA QUALITA'

La Casa di Cura Villa Verde srl si vuole porre come punto di riferimento nel campo della diagnosi, cura ed assistenza nell'ambito dell'area provinciale di Lecce per le discipline di competenza.
L'Azienda intende, nell'ambito delle proprie competenze contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.
I principi fondamentali a cui si ispira l'Azienda nel suo operato sono: appropriatezza delle cure, equità e imparzialità, trasparenza, continuità, riservatezza, diritto di scelta e partecipazione del paziente, così

come sanciti dalla legge fondamentale dello Stato e dai codici deontologici formulati dalle più importanti Società Scientifiche.
L'Azienda:

- ✓ assume come impegno primario il raggiungimento della soddisfazione dei bisogni dell'utente/cittadino con il quale vuole costruire un rapporto di fiducia basato sulla trasparenza diffusa di ogni atto, sia amministrativo che sanitario;
- ✓ vuole costruire un rapporto di corretta collaborazione con il personale, con l'obiettivo di raggiungere la massima valorizzazione delle risorse professionali di ogni operatore e garantire la crescita tecnica e la formazione continua ad ogni livello;
- ✓ si impegna a definire e mantenere standard professionali di elevato valore tecnico professionale e promuovere l'adozione di tecnologie d'avanguardia testate e sicure;
- ✓ ispira i propri comportamenti all'etica professionale e si impegna a garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi;
- ✓ si fa obbligo di tutelare la dignità della persona e porre al centro di ogni comportamento l'attenzione al benessere e alla qualità della vita dei degenti e dei loro congiunti;
- ✓ ritiene indispensabile, come mezzo per la realizzazione di questi principi, l'attivazione di un sistema qualità diffuso a tutti i livelli organizzativi.

I programmi di valutazione e miglioramento delle attività della Casa di Cura, che comprendono incontri con il personale, approntamento di strumenti di monitoraggio e verifica su moduli prestampati, interventi formativi ed altro, sono attivati privilegiando in primo luogo i seguenti settori:

- **infezioni nosocomiali**, specialmente per quanto concerne il Reparto di Terapia Intensiva. A causa delle particolari condizioni immunitarie dei pazienti ivi ricoverati, si procederà al monitoraggio microbiologico ambientale settimanale, con rilevazioni da eseguirsi ogni lunedì a cura della Direzione Sanitaria;
- **buon uso del sangue**, ogni qualvolta si renda necessario ricorrere ad una trasfusione o ad atti terapeutici che richiedono l'impiego di emocomponenti ed emoderivati secondo un protocollo predisposto dalla Direzione Sanitaria;
- **razionale utilizzo del farmaci**, secondo u n protocollo condiviso coi i Caposala, predisposto dal Responsabile del Servizio Farmacia e sottoposto all'approvazione della Direzione Sanitaria;
- **monitoraggio degli eventi indesiderati**, in particolare di quelli eventi classificabili come "eventi sentinella" ovvero evenienze inattese che comprendono il rischio di danni fisico7psichici o di morte o eventi che comunque hanno rischiato di compromettere lo stato di salute del paziente. Gli eventi sentinella saranno prontamente riportati su un'apposita scheda predisposta dalla Direzione Sanitaria congiuntamente al Responsabile delle Attività di valutazione e miglioramento della qualità. Tale scheda conterrà informazioni sui dettagli dell'evento (cosa è successo), data e Reparto/Servizio in cui è avvenuto, processo o attività in cui si è verificato l'evento, fasi del processo coinvolte o che hanno contribuito all'evento, fattori umani rilevanti per l'evento, fattori legati al funzionamento della strumentazione elettromedicale, fattori ambientali controllabili, eventuali fattori esterni non controllabili dall'organizzazione dei processi. È sufficiente che un evento di questo tipo si verifichi una sola volta per rendere opportuna un'indagine rivolta ad accertare i fattori e le cause (in particolare quelle riferibili ai processi) che hanno contribuito al suo verificarsi e che potrebbero essere corretti per il futuro. Devono essere riportate nella scheda tutte quelle situazioni o eventi che hanno destato preoccupazione per la salute del paziente o incidenti evitati grazie a tempestivi interventi di correzione da parte degli operatori;

- **gestione del rischio**, mediante il coinvolgimento degli operatori nell'ambito di una specifica Unità di Valutazione del Rischio (U.V.R.) ai vari livelli dell'organizzazione e dei servizi della Casa di Cura. In particolare, la Direzione Sanitaria, congiuntamente al Medico Competente specialista in Medicina del Lavoro ed al Responsabile delle Attività di valutazione e miglioramento della qualità, predisporrà un piano di prevenzione del rischio clinico (per i pazienti) e del rischio professionale (per gli operatori);
- **appropriatezza nell'uso delle risorse**, mediante il monitoraggio degli indicatori di utilizzo delle risorse e degli indicatori di processo e di esito, al fine di evitare danni economici diretti o indiretti derivanti dall'impiego delle risorse (gestione del rischio d'impresa);
- **prevenzione dei processi di cronicità delle patologie**, mediante l'implementazione di programmi di sorveglianza, valutazione clinica quotidiana e predisposizione di una scheda di registrazione clinica quotidiana per l'assistenza infermieristica da condividere con i dirigenti del Reparto o del Servizio;
- **integrazione dei servizi**, priorità particolarmente importante per la Casa di cura, in cui è richiesta una gestione multidisciplinare dei pazienti ricoverati e di coloro che accedono ai servizi ambulatoriali. A tal fine, la direzione predispone, congiuntamente al Responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità, degli incontri di audit clinico retrospettivo e prospettico con la partecipazione di tutto il personale dirigenziale e dei coordinatori delle altre professioni, a cadenza almeno mensile per i Reparti. Per quanto riguarda le prestazioni a livello ambulatoriale, inoltre, particolare priorità sarà attribuita ad interventi finalizzati alla valutazione ed al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni e dell'appropriatezza delle indagini.

Il Responsabile della unità per la valutazione, verifica e miglioramento continuo della qualità, congiuntamente ai componenti dell'Unità stessa, individuano con programmazione annuale i progetti di valutazione e verifica di qualità da effettuare all'interno della Casa di Cura, favorendo il coinvolgimento di tutto il personale. Detti progetti di valutazione e verifica della qualità dovranno svolgersi adottando le metodologie proprie della **V.R.Q.** (Verifica e revisione della qualità) e **M.C.Q.** (Miglioramento continuo della qualità) e favorendo attività periodiche di **Audit clinico**, come strumento per la revisione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata e dei risultati raggiunti dagli operatori, nonché per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero ed all'utilizzo di tecnologie complesse. A tal proposito, il Responsabile delle attività di valutazione e miglioramento continuo della qualità fissa la periodicità degli incontri di audit clinico retrospettivo e prospettico da svolgersi con il personale dirigenziale di ciascun Reparto/Servizio ed anche con tutto il personale di Reparto riunito in seduta plenaria per discutere dell'andamento clinico di ciascun paziente e dei processi organizzativi (in particolare dell'integrazione multidisciplinare delle competenze), per la costruzione di manuali delle procedure di qualità del Reparto/Servizio e l'adozione di regolamenti interni e protocolli clinici basati sulle evidenze scientifiche internazionali.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee Guida e dei protocolli predisposti dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Le Linee Guida, i protocolli adottati ed i regolamenti interni predisposti dagli operatori devono essere utilizzati, in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa, per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità e per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Ogni

Reparto o Servizio predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale contribuisce alla stesura di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. La linee guida e protocolli adottai devono esplicitare la periodicità, almeno triennale, e le modalità di revisione ed aggiornamento. Il personale è coinvolto nell'applicazione delle linee guida attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati. Per la verifica sul grado di adesione alle linee guida e protocolli di assistenza sono predisposte apposite schede per la rilevazione degli indicatori di processo e di risultato, previsti per la valutazione di impatto, nonché questionari per la raccolta di informazioni ed opinioni da parte del personale coinvolto.

Per quanto concerne la documentazione delle attività di supporto della Casa di Cura sono predisposti documenti specifici relativi allo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, indicando in particolare: criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione); modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori; pulizia e sanificazione degli ambienti; modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti una attività sanitaria. Il personale sarà coinvolto nello sviluppo di tali documenti di servizio, che sono predisposti con particolare attenzione alla semplificazione delle procedure. Nell'area dei servizi amministrativi vengono altresì definite le procedure relative ai principali procedimenti, nelle quali siano esplicitate le norme di riferimento, le modalità di realizzazione, i tempi e le responsabilità.

Tutto il personale sarà chiamato a partecipare ad iniziative di formazione orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni, nell'ambito del Piano Formativo Aziendale.

La Direzione identifica nella sua politica della qualità quattro aree di azione prioritarie:

**Organizzazione**

- Generare trasparenza diffusa degli atti;
- ridurre i costi della non qualità, recuperare produttività;
- favorire il miglioramento della qualità della gestione sia in termini di efficienza che di efficacia;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- sviluppare le risorse umane in coerenza con il sistema organizzativo;
- migliorare in modo continuo il sistema della comunicazione interna ed esterna;
- gestire lo sviluppo delle strutture nel rispetto dei requisiti ambientali e della collettività.

**Rapporto con il cliente utente interno ed esterno**

- Sostenere una politica di umanizzazione della struttura ad ogni livello (sia riferito ai clienti/utenti, sia agli operatori esterni) mirando ad abbattere le differenze fra la qualità della vita esterna e quella interna alla Casa di Cura;
- orientare i comportamenti degli operatori all'attenzione continua alla persona;
- garantire la soddisfazione dei bisogni dell'utente/cliente sia interno che esterno sia esso singola persona che struttura organizzativa;

- garantire la continuità del servizio in ogni circostanza tanto nei servizi programmati che nelle urgenze;
- mantenere un dialogo costante con l'utente e le associazioni che lo rappresentano.

**Attività**
- Avere sotto controllo e migliorare in modo continuo e progressivo tutti i processi;
- definire standard professionali di elevato valore tecnico;
- prevenire ed eliminare le cause di errore e gli eventi a rischio;
- garantire l'appropriatezza e l'efficacia dei comportamenti;
- assicurare appropriati livelli di sicurezza per i clienti e gli operatori;
- stabilire un sistema di misurazione continua della qualità a livello di processo, struttura, esito, soddisfazione dell'utenza, costi;
- promuovere una pratica medica basata su criteri di efficacia ed appropriatezza e ispirato alle logiche dell' Evidence Based Medicine.

**Miglioramento ed Innovazione tecnologica**
- Garantire la formazione permanente del personale;
- sviluppare le competenze in rapporto ai bisogni;
- mantenere il livello della tecnologia al passo con le innovazioni documentate e approvate dalla comunità scientifica.

## 3 OBIETTIVI GENERALI

La Direzione individua alcuni obiettivi generali da perseguire nel triennio 2020 – 2022:
- miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- ottimizzazione delle risorse comuni;
- la verifica della correttezza e della appropriatezza dei ricoveri;
- la responsabilizzazione budgetaria di ciascuna articolazione organizzativa;
- miglioramento del sistema informativo;
- il miglioramento dei servizi di supporto;
- la riduzione delle condizioni complicanti l'attività di ricovero (es. infezioni ospedaliere) e piaghe da decubito.

## 4. OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNIO 2020 - 2022

La Direzione strategica individua come obiettivi specifici da conseguire nel triennio 2020 - 2022:
- l'eliminazione dei ricoveri impropri in degenza ordinaria;
- incremento della quota di utenti provenienti da altre Regioni dopo che sarà intervenuto l'accreditamento istituzionale con superamento dell'attuale regime "autorizzatorio";
- il migliore utilizzo degli impianti con la massimizzazione dell'occupazione media dei posti letto;
- l'eliminazione delle inefficienze dovute all'assenza di pazienti prenotati;
- la completa soddisfazione del fabbisogno sanitario, entro e non oltre i limiti dei tetti di spesa definiti dalla Regione;

- la qualificazione dei servizi tale da aumentare la capacità di attrazione dell'utenza per qualità delle prestazioni e dei servizi offerti;
- l'ottenimento dello status di accreditato, a seguito della rispondenza di tutti i requisiti imposti dal disposto normativo.

La Casa di Cura si riserva il diritto di apportare modifiche agli obiettivi suddetti a seguito della emanazione di nuovi Piani Sanitari Nazionale e Regionale.
Negli intenti della Direzione sussiste, infatti, la volontà di conformarsi alle linee strategiche impartite sia a livello Nazionale che Regionale, per poter delineare un quadro strategico in linea con i trend dell'intero panorama sanitario.
La Direzione considera indispensabile il coordinamento strategico a più livelli poiché lo reputa come il solo mezzo atto a garantire una assistenza adeguata per la popolazione, vista, in questo senso, secondo un'ottica di sistema.

## 5. RISORSE ECONOMICHE

La Direzione della Casa di Cura Villa Verde si impegna a mettere a disposizione tutte le risorse economiche necessarie per la realizzazione degli obiettivi specifici del triennio 2020 – 2022.

## 6. STRUMENTI DI VERIFICA PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI

La Casa di Cura Villa Verde, al fine di rilevare i miglioramenti verificatesi nell'organizzazione, ha approntato un sistema di indicatori di qualità che, grazie al loro costante aggiornamento, forniscono un quadro realistico dell'andamento migliorativo in atto.

Il Sistema di indicatori è stato suddiviso in diversi microsistemi per poter meglio rappresentare i diversi aspetti della qualità.
La gestione di questi microsistemi è stata affidata alla responsabilità di soggetti diversi, i quali sono chiamati non solo ad aggiornare costantemente i database in oggetto ma anche, proprio in forza delle loro competenze specifiche, ad elaborare report e valutazioni di sintesi, che esprimano già di per sé eventuali possibili leve di miglioramento.

In questo modo si è cercato di ancorare il sistema di monitoraggio dei cambiamenti verificati in seno all'organizzazione, ad un sistema in grado di stimolare soluzioni per il miglioramento continuo e costante.

**Allegati**

**A.01.06.01.1a Scheda di verifica dell'applicazione del protocollo**
**A.01.06.01.1b Questionario di autovalutazione degli operatori**

## SCHEDA DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO

| | |
|---|---|
| **Unità Operativa** | _____ |
| **Firma del Responsabile della Verifica** | _____ |
| **Verifica effettuata in data** | _____ |
| **Metodologia utilizzata** | **Osservazione diretta**<br>**Intervista al personale**<br>**Altro (Specificare)** _____ |

**Il Protocollo operativo risulta:**

☐ Totalmente adottato

☐ Parzialmente adottato (Motivazione) _____

_____

_____

_____

☐ Non adottato (Motivazione) _____

_____

_____

_____

Difficoltà rilevate nell'applicazione_____

_____

_____

_____

**N.B**. La scheda compilata integralmente deve essere trasmessa alla Direzione Sanitaria almeno una volta a quadrimestre.

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DEGLI OPERATORI**

PROTOCOLLO/PROCEDURA_____

| | | |
|---|---|---|
| Sei stato informato sul motivo per cui hai applicato il protocollo/la procedura? | SI | NO |
| Il protocollo/la procedura era necessario/a? | SI | NO |
| Hai scelto il materiale in funzione del protocollo/della procedura? | SI | NO |
| Prima di eseguire la tecnica, è stato possibile informare il paziente in merito allo scopo ed alla modalità di esecuzione di protocollo/della procedura? | SI | NO |
| Prima di effettuare la tecnica, ti sei lavato le mani? | SI | NO |
| Prima di eseguire il protocollo/la procedura, hai effettuato, se necessaria, l'igiene del paziente? | SI | NO |
| Hai utilizzato i guanti sterili e mantenuto la tecnica asettica? | SI | NO |
| Dopo aver concluso la tecnica, ti sei lavato le mani? | SI | NO |
| Dopo esserti lavato le mani, hai registrato l'avvenuta esecuzione del protocollo/della procedura sulla documentazione infermieristica? | SI | NO |
| Fatta eccezione di complicanze, ritieni necessario eseguire nuovamente la tecnica _____ | SI | NO |

Motiva di seguito eventuali scelte alternative:
_____
_____
_____
_____

Il Piano, come si può rilevare dalla sua articolazione, è integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione ed alla pianificazione strategica, che include risorse, ruoli e responsabilità, che risulta possibile misurare e valutare attraverso un sistema di Indicatori già indicati in precedenti "Evidenze" e che qui di seguito si riporta:

## 1. INDICATORI DI STRUTTURA – DOMANDA E ACCESSIBILITA'

$$\frac{\text{N° Posti Letto Totali}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

Popolazione residente

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O. di Neuroriabilitazione (cod. 75)}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° Posti Letto U.O di Psichiatria}}{\text{Popolazione residente}} \times 1000$$

$$\frac{\text{N° dimessi residenti A.S.L.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{N° dimessi extra A.S.L.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{N° dimessi} \geq 65 \text{ U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

## 2. INDICATORI DI STRUTTURA – GESTIONALI-AMMINISTRATIVI

$$\frac{\text{N° Medici}}{\text{N° posti letto totali}} \times 100$$

$$\frac{\text{N° Infermieri}}{\text{N° posti letto totali}} \times 100$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di T.I.G.C.A.}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di Neuroriabilitazione (cod. 75)}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

$$\frac{\text{Costo assistenza per U.O. di Psichiatria}}{\text{Costo totale assistenza}} \text{ /anno}$$

Costo medio Personale Medico per U.D.D. /anno

Costo medio Personale Infermieristico per U.D.D. /anno

$$\frac{\text{Costo medio Personale Medico per U.D.D.}}{\text{N° dimessi totali}} \text{ /anno}$$

$\frac{\text{Costo medio Personale Infermieristico}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

$\frac{\text{Costo medio Altro Personale}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

$\frac{\text{Costo farmaci ed emoderivati}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

$\frac{\text{Costo Servizio Lavanderia}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

$\frac{\text{Costo Servizio Cucina}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

$\frac{\text{Costo "Medical Devices"}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

$\frac{\text{Costo Consulenze Mediche}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

$\frac{\text{Costo Prestazioni esterne}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

**3. INDICATORI DI RISULTATO – OUTPUT**

N° Dimessi Totali /anno

Indice di occupazione per U.D.D. /anno

Indice di occupazione totale /anno

Indice di rotazione per U.D.D. /anno

Indice di rotazione totale /anno

Degenza media per U.D.D. / anno

Degenza media totale / anno

Presenza media giornaliera per U.D.D. / anno

Presenza media giornaliera totale / anno

Intervallo di turnover per U.D.D. / anno

Intervallo di turnover totale / anno

Peso medio D.R.G relativo per U.D.D. / anno

$\frac{\text{\% D.R.G. con peso} \geq 1{,}2 \text{ per U.D.D.}}{\text{N° dimessi U.D.D.}}$ /anno

$\frac{\text{\% D.R.G. con peso} \geq 1{,}2 \text{ per U.D.D.}}{\text{N° dimessi totali}}$ /anno

N° ore Totali Formazione ECM-accreditata / anno

$\frac{\text{N° crediti ECM ottenuti}}{\text{N° crediti ECM obbligatori}}$ /anno

N° ore Totali Formazione NON ECM-accreditata / anno

$\frac{\text{N° ore formazione ECM}}{\text{N° Operatori Totali ECM obbligati}}$ /anno

$\frac{\text{N° ore formazione non ECM}}{\text{N° Operatori Totali non ECM obbligati}}$ /anno

$\frac{\text{N° ore Totali Formazione Aziendale}}{\text{N° Operatori Totali Azienda}}$ /anno

**1. INDICATORI DI ESITO – OUTCOME**

$\frac{\text{N° Totale deceduti}}{\text{N° Dimessi Totali}}$ /anno

$\frac{\text{N° Totale deceduti per U.D.D.}}{\text{N° Dimessi Totali}}$ /anno

N° pazienti > 1 ricovero
———————————— /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti > 1 ricovero per U.D.D.
———————————— /anno
N° Dimessi Totali per U.D.D.

N° pazienti deceduti entro 30 ore dal ricovero
———————————— /anno
N° Dimessi Totali

N° pazienti deceduti entro 30 ore dal ricovero per U.D.D.
———————————— /anno
N° Dimessi Totali per U.D.D.

N° segnalazione in sede SDO "Piaghe da decubito"
———————————— x anno
N° Dimessi Totali

N° segnalazione in sede SDO "Infezione vie urinarie"
———————————— x anno
N° Dimessi Totali
N° segnalazione di "reazioni avverse da farmaci e/o m.d.c."
———————————— x anno
N° Dimessi Totali

**5. INDICATORI AMBULATORIALI**

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurologia
———————————— x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurofisiopatologia
———————————— x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Psichiatria
———————————— x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali

N° Prestazioni ambulatoriali di Neurologia in regime "intramoenia"
———————————— x anno
N° Prestazioni ambulatoriali totali di Neurologia

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali di Neurofisiopatologia in regime "intramoenia"}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali di Neurofisiopatologia}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali di Psichiatria in regime "intramoenia"}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali di Psichiatria}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali di Radiodiagnostica in regime "intramoenia"}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali di Radiodiagnostica}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali in regime "intramoenia"}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni TAC}}{\text{N° Prestazioni totali di radiodiagnsotica}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa} < 30 \text{ gg}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa 30/60 gg}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

$$\frac{\text{N° Prestazioni ambulatoriali con tempo di attesa} > 60 \text{ gg}}{\text{N° Prestazioni ambulatoriali totali}} \text{ x anno}$$

**CRITERIO: 7** **PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE**

**REQUISITO: 7.2** **Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi**

***EVIDENZA: 7.2.1*** ***Presenza e formalizzazione di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.***

Annualmente – in sede di esame delle risultanze di esercizio, e di previsione e stanziamento di nuove risorse per i futuri esercizi – la Direzione strategica promuove la programmazione di nuovi acquisti di apparecchiature biomediche, elettromedicali e tecnologiche in generale, sulla base dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche e della eventuale disponibilità sul mercato di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.
Il programma – che è sottoposto all'approvazione definitiva dell'Organismo Amministrativo della Casa di Cura – è elaborato di concerto tra la Direzione Amministrativa, la Direzione Sanitaria, i Responsabili Dirigenti delle Unità di Degenza e dei Servizi, il responsabile delle Risorse Finanziarie ed il Dirigente del Servizio di Ingegneria Clinica e Prevenzione e Protezione dei rischi che svolge la relazione introduttiva. Parte integrante del programma così elaborato è anche la fissazione del livello di risorse stanziato, che dovrà essere coerente con gli obiettivi strategici della Struttura, e in special modo con quelli di medio-lungo periodo, definiti in sede di pianificazione strategica aziendale, è già esplicitati in precedenti "Evidenze".
La gestione poi di tutte le apparecchiature tecnologiche avviene nel quadro di un complesso sistema di procedure, schemi, modelli, piani ecc., all'interno del quale trovano, tra l'altro, definizione e formalizzazione il regolamento organizzativo del Servizio di Prevenzione e Protezione dei Rischi ed un articolato Modello di Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL).
L'insieme di tutte le Procedure e Documenti è contenuto nei seguenti allegati:

| | | |
|---|---|---|
| **A.01.05.02.1** | ***- Vol. 16° -*** | **Modello di richiesta preventivo per l'acquisto di apparecchiatu elettromedicali** |
| **A.01.05.02.2** | ***- Vol. 16° -*** | **Procedura Messa in funzione app. elettromedicali** |
| **A.01.05.03.1** | ***- Vol. 16° -*** | **Modello di scheda di inventario per apparecchiatu elettromedicale** |
| **A.01.05.04.1** | ***- Vol. 16° -*** | **Programma di manutenzione** |
| **A.01.05.04.2** | ***- Vol. 16° -*** | **Modulo richiesta intervento per riparazione AEM** |
| **A.01.05.04.3** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP generica AEM** |
| **A.01.05.04.4** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Aerosol** |
| **A.01.05.04.5** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Analizzatore cardiostimolatori o neuromuscolare** |
| **A.01.05.04.6** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Apparecchio per potenziali evocati** |
| **A.01.05.04.7** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Analizzatore ossigeno** |
| **A.01.05.04.8** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Aspiratore medico chirurgico** |
| **A.01.05.04.9** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Autoclave** |
| **A.01.05.04.10** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Centrifuga** |
| **A.01.05.04.11** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Complesso Radiogeno** |
| **A.01.05.04.12** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Consolle di Comando per apparecchio radiologico** |
| **A.01.05.04.13** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Elettrocardiografo** |
| **A.01.05.04.14** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Gruppo Radiologico** |
| **A.01.05.04.15** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Monitor per ventilazione** |
| **A.01.05.04.16** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Portatile per Radiografia** |
| **A.01.05.04.17** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Elettroencefalografo** |
| **A.01.05.04.18** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Tavolo di Comando per apparecchio radiologico** |
| **A.01.05.04.19** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Ecotomografo** |
| **A.01.05.04.20** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Trasduttori per Ecotomografo** |
| **A.01.05.04.21** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda MP-Defibrillatore** |

| | | |
|---|---|---|
| **A.01.05.06.1** | ***- Vol. 16° -*** | **Piano formativo aziendale** |
| **A.01.05.06.2** | ***- Vol. 16° -*** | **Modello programma formazione AEM** |
| **A.01.05.06.3** | ***- Vol. 16° -*** | **Modello convocazione formazione uso sicuro AEM** |
| **A.01.05.06.4** | ***- Vol. 16° -*** | **Verbale addestram.-formaz. apparecchiature** |
| **A.01.05.06.5** | ***- Vol. 16° -*** | **Modello rilevazione presenze per formazione uso sicuro AEM** |
| **A.01.03.03.1** | ***- Vol. 16° -*** | **Scheda personale del dipendente** |
| **A.01.05.07.1** | ***- Vol. 16° -*** | **Nomina di responsabile dell'uso apparecchiature biomediche** |
| **A.01.05.08.1** | ***- Vol. 16° -*** | **Regolamento organizzativo SPP** |
| **A.01.05.08.2** | ***- Vol. 16° -*** | **Modello SGSL** |
| **A.01.05.08.3** | ***- Vol. 16° -*** | **Modello di nomina RSPP** |
| **A.01.05.08.4** | ***- Vol. 16° -*** | **Dichiarazione attestante che la struttura possiede i requisi relativi alla salute e sicurezza dei posti di lavoro e di av ottemperato agli obblighi ed adempimenti previsti dalla normativ in vigore** |
| **A.01.05.08.5** | ***- Vol. 17° -*** | **Piano di emergenza – Procedure** |
| **A.01.05.10.1** | ***- Vol. 17° -*** | **Elenco Generale di Apparecchi vitali** |
| **A.01.05.10.2** | ***- Vol. 17° -*** | **Dotazione carrelli di emergenza** |
| **A.01.05.10.3** | ***- Vol. 17° -*** | **Consegna carrelli per emergenza** |
| **A.01.05.11.1** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda generica di verifiche di sicurezza** |
| **A.01.05.11.2** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza appare. Rx diagnostici e terapeutici** |
| **A.01.05.11.3** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza apparec. per terapia ad onde corte** |
| **A.01.05.11.4** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecc. per terapia ad ultrasuoni** |
| **A.01.05.11.5** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza autoclave** |
| **A.01.05.11.6** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza defibrillatore** |
| **A.01.05.11.7** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche sicurezza elettrocard. e sistemi di monitoraggio** |
| **A.01.05.11.8** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecchi laser terapeutici** |
| **A.01.05.11.9** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza apparecchi microonde radar** |
| **A.01.05.11.10** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza pompa di infusione** |
| **A.01.05.11.11** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza potenziali evocati** |
| **A.01.05.11.12** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza sistemi di monitoraggio del paziente** |
| **A.01.05.11.13** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza sistemi elettromedicali** |
| **A.01.05.11.14** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza stimolatori neuromuscolari** |
| **A.01.05.11.15** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda verifiche di sicurezza ventilatori polmonari** |
| **A.01.05.11.16** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda di non conformità** |
| **A.01.05.12.1** | ***- Vol. 17° -*** | **Scheda di collaudo e accettazione di nuova A.E.M.** |
| **A.01.05.14.1** | ***- Vol. 17° -*** | **Procedura per il controllo del rischio biologico** |
| **A.01.05.14.2** | ***- Vol. 17° -*** | **Rapporto d'infortunio** |
| **A.01.05.16.1** | ***- Vol. 17° -*** | **Verbale di Istituz. Comitato di Sorveglianza-Referenti Comitato** |
| **A.01.05.16.2** | ***- Vol. 17° -*** | **Elenco indicatori** |

**N.B.: Tutti gli "Allegati" esplicitati nella presente "Evidenza" sono acclusi al Manuale di Accreditamento – Edizione Novembre 2010 – e verranno aggiornati (se dovuto e per quanto dovuto) in fase di "Implementazione" secondo le statuizioni del R.R. n.ro 16/2019.**

***Note***

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

| ***REDAZIONE*** | | | ***VERIFICA*** | | | ***APPROVAZIONE*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** | **Funzione** | **Data** | **Visto** |
| | | | | | | | | |

Numero telefonico INTERNO da usarsi per le chiamate di emergenza:

200 (centralino) dalle 7 alle 21
226 (psichiatria) dalle 21 alle 7.00

**SOMMARIO**

*Pagina*

**1. PREMESSA** ..... 4
**2. RECAPITI TELEFONICI E OSPEDALI PIU' VICINI** ..... **6**
**3. DEFINIZIONE DEI LIVELLI DI EMERGENZA** ..... **7**
**4. FIGURE COINVOLTE NELL'EMERGENZA E LORO COMPITI GENERALI** ..... **8**
4.1. IL DIRETTORE SANITARIO ..... 8
4.2. DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA ASL LECCE - DEU ..... 8
4.3. UFFICIO TECNICO ..... 8
4.4. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE ..... 8
4.5. SQUADRA DI EMERGENZA ..... 8
4.7. PRESCRIZIONI SPECIALI PER IL REPARTO DI PSICHIATRIA ..... 9
4.8. PRESCRIZIONI SPECIALI PER IL REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA ..... 9
4.9. OPERATORI TECNICI ..... 9
4.10. PERSONALE SANITARIO DELLA CASA DI CURA ..... 10
4.11. CAPOSALA O SUO SOSTITUTO ..... 10
4.12. PERSONALE DI PORTINERIA ..... 11
4.13. IL PERSONALE DI EVENTUALI DITTE APPALTATRICI ..... 11
**5. RISCHIO INCENDIO PROCEDURE DI PRIMO INTERVENTO** ..... **12**
5.1. PERSONALE DI REPARTO ..... 13
5.2. SQUADRA EMERGENZA ANTINCENDIO ..... 14
5.3. COORDINATORE EMERGENZE ..... 16
5.4. PORTINERIA ..... 16
5.5. REPARTO DI NEURO RIABILITAZIONE ..... 17
5.6. ELETTRICISTA ..... 17
5.7. MANUTENTORE IDRAULICO / TERMICO ..... 17
**6. NORME UTILI DI PRONTO SOCCORSO** ..... **18**
**7. ALTRI RISCHI - PROCEDURE DI PRIMO INTERVENTO** ..... **25**
7.1. EMERGENZA TERREMOTO/CEDIMENTI STRUTTURALI ..... 25
7.2. EMERGENZA ESPLOSIONI IN GENERE ..... 25
7.3. EMERGENZA DA DANNI DA ACQUA IN GENERE ..... 26
7.4. EMERGENZA DOVUTA A MANCANZA DI ENERGIA ELETTRICA ..... 26
7.5. EMERGENZA DOVUTA A FUGHE DI GAS ..... 26

7.6. EMERGENZA DOVUTA A TROMBA D'ARIA ..... 27
7.7. EMERGENZE CHE INTERESSANO AREE ESTERNE AL PLESSO AZIENDALE ..... 28
7.8. EMERGENZA PER PRESENZA DI PSICOPATICO/MINACCIA ARMATA ..... 28
7.9. TELEFONATA TERRORISTICA NELLA QUALE SI SEGNALA LA PRESENZA DI UN ORDIGNO ..... 28
7.10. INCIDENTI NELLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI OSPEDALIERI ..... 29
**8. PROCEDURE DI EVACUAZIONE ..... 29**
8.1. PREMESSA ..... 29
8.2. MODALITA' DI EVACUAZIONE ..... 30
8.3. DEFINIZIONE DEI COMPITI ..... 31
8.4. SISTEMI DI ALLARME ..... 32
8.5. SQUADRA EVACUAZIONE PAZIENTI (S.E.P.) ..... 33
8.6. LUOGHI SICURI ..... 34
8.7. ATTIVITA' INFORMATIVA ED ADDESTRATIVA ..... 34
8.8. SEGNALETICA DI SICUREZZA ..... 34
8.9. COLLABORAZIONE DEI DEGENTI E DEI VISITATORI ..... 37
8.10. TECNICHE DI EVACUAZIONE DELLE PERSONE DISABILI ..... 37
8.11. TERMINE DELL'EMERGENZA ..... 39
**9. ALLEGATI TECNICI Schede tecniche Pronto Soccorso ..... 40**

## 1. PREMESSA

La Casa di Cura è una struttura che racchiude in sé numerosi elementi di rischio:

- incendio
- allagamento
- fenomeni sismici
- esplosioni
- nubi tossiche
- dispersione di sostanze chimiche
- atti terroristici

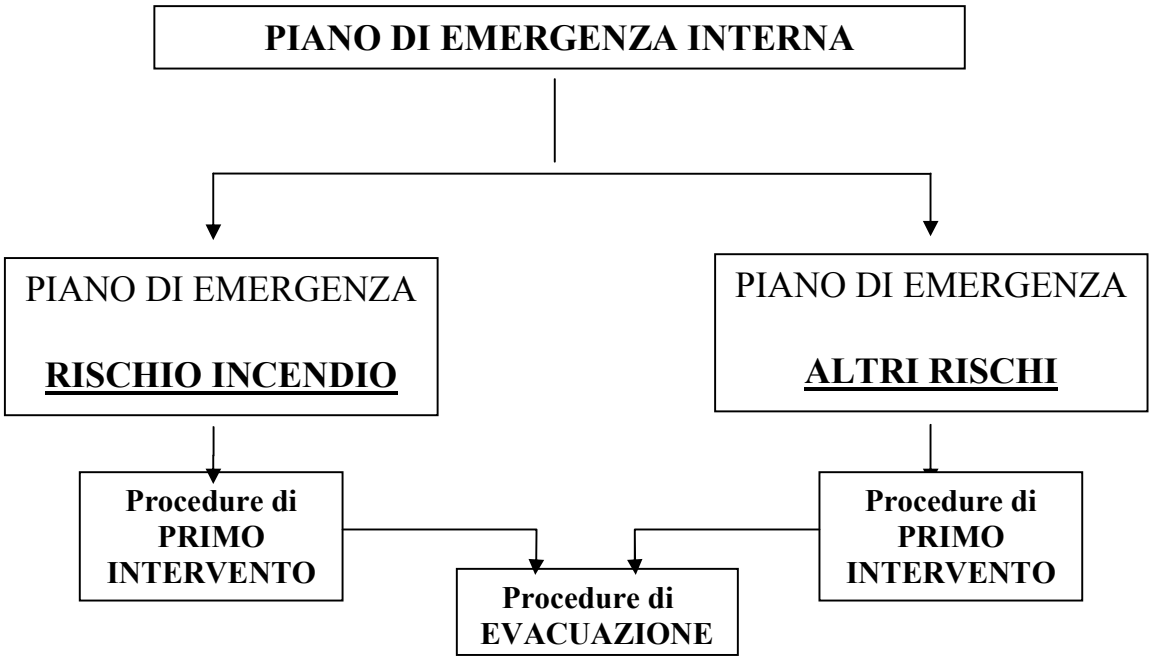
Il verificarsi di questi eventi, oltre ai danni alle persone, potrebbe avere conseguenze socialmente molto gravi: pensiamo all'interruzione dei servizi diagnostici e terapeutici, alla riduzione dei posti letto disponibili, ai danni alle strutture, alle attrezzature, ai macchinari.
Queste considerazioni aiutano a comprendere meglio come la sicurezza nella Casa di Cura sia un obiettivo costantemente da perseguire.
Si rende quindi indispensabile la predisposizione del PIANO DI EMERGENZA, ossia dello strumento in grado di accrescere le capacità e la rapidità di intervento mediante:

- la STRATEGIA = definizione dei compiti
- la TATTICA = modalità con cui svolgerli
- la LOGISTICA = strumenti necessari

Gli obiettivi da perseguire sono:

- salvaguardare la sicurezza delle persone
- minimizzare i danni materiali
- prevenire gli aspetti evolutivi dell'incidente
- ripristinare rapidamente le normali condizioni di servizio e di sicurezza

Una corretta esecuzione del piano di emergenza presuppone che il personale interessato sia adeguatamente informato ed istruito sulle operazioni di soccorso, secondo il proprio compito.




Questo piano nelle sue linee generali si propone di rispondere ai requisiti enunciati considerando come evento incidentale a più elevata probabilità di accadimento quello dell'incendio con effetti collegati: assistenza sanitaria, evacuazione, ecc.
E' altresì vero che qualsiasi altro evento accidentale richiede comunque un'attivazione e una modalità di intervento sostanzialmente non diversa da quanto previsto in questo piano di emergenza.
A questo piano generale possono seguire piani d'emergenza di reparto o servizio (Direzione Sanitaria, Terapia Intensiva, Psichiatria, ecc) aventi lo scopo di pianificare i comportamenti specifici che dovranno essere adottati in caso d'emergenza.

## 2. RECAPITI TELEFONICI E OSPEDALI PIU' VICINI

### RECAPITI TELEFONICI DEI SERVIZI INTERNI DI EMERGENZA

| | TEL. INTERNO | TEL. ESTERNO |
|---|---|---|
| PORTINERIA (dalle ore 7.00 alle 21.00) | 200 | 0832 224111 |
| PSICHIATRIA (dalle ore 21.00 alle 7.00) | 226 | 0832 224111 |
| DIREZIONE SANITARIA | 205 | 335 6128060 |
| SERVIZI TECNICI | 202 | 338 9741390 |
| SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE | 202 | 349 5502834 |

### RECAPITI TELEFONICI DEI SERVIZI ESTERNI DI EMERGENZA

| | **TEL. ESTERNO** |
|---|---|
| VIGILI DEL FUOCO | 115 |
| EMERGENZA SANITARIA | 118 |
| POLIZIA DI STATO | 113 |
| CARABINIERI | 112 |

### PRESIDI OSPEDALIERI PIU' VICINI

| **PRESIDIO** | **TELEFONO CENTRALINO** |
|---|---|
| P.O. LECCE "V. FAZZI" | 0832 661111 |
| P.O. COPERTINO | 0832 936111 |
| P.O. GALLIPOLI | 0833 2701 |
| P.O. CASARANO | 0833 5081 |
| P.O. SCORRANO | 0836 4201 |
| P.O. TRICASE "CARD.PANICO" | 0833 773111 |

ALTRI NUMERI TELEFONICI UTILI:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

## 3. DEFINIZIONE DEI LIVELLI DI EMERGENZA

Innanzitutto bisogna distinguere se trattasi di allarme giallo o rosso.

- per **allarme giallo** (EMERGENZA LIMITATA) Gli incidenti possono essere facilmente controllati, se ne è in grado, anche dal solo personale operativo del reparto. Corrispondono ad una situazione di pericolo a carattere limitato che non comporta estensione del rischio. Tutto il personale del reparto deve essere informato sulla necessità di attivare le procedure di chiamata delle Squadre di Emergenza nel caso non sia in grado di provvedere direttamente. Può essere necessaria l'evacuazione del locale ove si è verificato l'incidente. E' comunque obbligatoria l'informativa al Direttore Sanitario del presidio, anche dopo l'evento. Nel caso del rischio incendio si intende la manifestazione evidente di fumo denso e di fiamme in aree ben delimitate e prive di pazienti, che però senza un pronto intervento possono dar luogo a pericolose propagazioni agli ambienti attigui, riservati o meno alle degenze.

- per **allarme rosso** (EMERGENZA ESTESA) Gli incidenti non possono essere controllati soltanto dalla Squadra di Emergenza interna ma necessitano della mobilitazione di forze esterne. Viene attivata la procedura di chiamata del Comitato di Emergenza. Può essere necessaria l'evacuazione del reparto interessato o, in casi eccezionali, dell'intera Casa di Cura. Nel caso del rischio incendio si intende il manifestarsi evidente di fumo o di fiamme in aree di degenza con pericolo per il personale ed i pazienti. Possono verificarsi i casi di evacuazione parziale o totale dell'edificio o parti di esso.

## 4. FIGURE COINVOLTE NELL'EMERGENZA E LORO COMPITI GENERALI

### 4.1. IL DIRETTORE SANITARIO

Del presidio assume la funzione di coordinatore dell'emergenza e, nello svolgimento delle proprie funzioni, viene supportato dai seguenti servizi facenti parte del comitato di emergenza:

### 4.2. DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA ASL LECCE - DEU

COMPITI:

- Coordinare l'attività del pronto soccorso e del 118
- Coordinare il trasferimento dei pazienti dal luogo dell'emergenza a strutture limitrofe
- Accertarsi dell'evacuazione dei reparti speciali quali terapia intensiva.

### 4.3. UFFICIO TECNICO

COMPITI:

- Coordina gli interventi mirati a limitare i danni e ripristinare la funzionalità degli impianti, delle attrezzature, dei beni
- Collabora con le forze esterne per quanto di competenza
- Verifica l'integrità strutturale dell'edificio
- Coordina che il ripristino dei servizi essenziali avvenga il prima possibile
- Verificare i danni subiti dalle strutture, dagli impianti, dalle attrezzature
- Mettere a disposizione gli schemi tecnici degli impianti e i manuali operativi
- Decidere sulla necessità di chiamata delle squadre di pronto intervento degli enti erogatori di acqua, elettricità, gas
- Coordinare il controllo della evoluzione tecnologica dell'emergenza
- Coordinare il ripristino della erogazione dei servizi vitali
- Fare intervenire i mezzi tecnici esterni

### 4.4. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

COMPITI:

- mettere a disposizione le proprie conoscenze tecniche e normative sulla sicurezza
- collaborare alla presa delle decisioni durante l'evoluzione dell'emergenza

### 4.5. SQUADRA DI EMERGENZA

LA SQUADRA DI EMERGENZA E' COSTITUITA DAL PERSONALE ADEGUATAMENTE FORMATO

### 4.6. PERSONALE DEI REPARTI

opera su tre turni a copertura delle 24 ore ed e' sempre raggiungibile tramite il numero telefonico interno di reparto.

all'atto della chiamata gli operatori che dovranno recarsi sul posto potranno eventualmente richiedere di essere sostituiti da altrettanti operatori di altri reparti aventi almeno due unità in servizio.

compiti:

- in caso di chiamata, richiedere immediatamente la sostituzione tramite personale dei reparti di degenza
- classificare provvisoriamente l'emergenza fino all'arrivo del coordinatore
- far allontanare dalla zona oggetto dell'intervento i pazienti, i visitatori ed altri estranei eventualmente presenti
- agire contro gli incendi e gli altri eventi
- possibilmente non agire mai da soli ma almeno in coppia con altra persona
- ricercare e recuperare i feriti e prestare i soccorsi
- recuperare le vittime
- mantenere i servizi di collegamento, sorveglianza, presidio, comunicazione, ecc…
- coordinare localmente le operazioni di evacuazione
- accertarsi dell'avvenuta evacuazione totale se necessaria

## 4.7. PRESCRIZIONI SPECIALI PER IL REPARTO DI PSICHIATRIA

- procedere con lo sblocco delle uscite di emergenza e di quelle di collegamento con il resto del reparto
- raggruppare i pazienti autosufficienti e accompagnarli in luogo sicuro allo stesso piano assistendoli fino al termine dell'emergenza
- disporre il trasferimento dei pazienti non autosufficienti in luogo sicuro allo stesso piano assistendoli fino al termine dell'emergenza

## 4.8. PRESCRIZIONI SPECIALI PER IL REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA

- individuare i pazienti in condizioni maggiormente critiche che avranno la priorità nel trasferimento
- trasferire uno alla volta i letti-paziente dotandoli, solo per il trasporto, di bombola di ossigeno collegabile al paziente, fino al raggiungimento del compartimento adiacente allo stesso piano del reparto di terapia intensiva.
- assicurarsi che il paziente disponga dei gas medicali nelle postazioni fisse eventualmente dotate di erogatore a due vie per far fronte al maggiore numero di pazienti
- ripetere l'operazione fino all'evacuazione completa del reparto

## 4.9. OPERATORI TECNICI

facenti parte della squadra di emergenza **(elettricista, idraulico, manutentori termici e gas)** sono reperibili tramite il centralino.

COMPITI

- agire secondo i piani di emergenza e sotto il coordinamento dell'emergenza
- far allontanare dalla zona oggetto dell'intervento i pazienti, i visitatori ed altri estranei eventualmente presenti
- agire contro gli incendi e gli altri eventi
- preferibilmente non agire mai da soli ma almeno in coppia con altra persona

- fermare gli impianti e metterli in sicurezza ovvero sezionarli isolando l'area interessata dall'evento
- mettere in sicurezza macchinari e apparecchiature
- avere conoscenze e capacità del personale delle squadre
- avere conoscenza del piano di emergenza
- avere conoscenza delle procedure di sicurezza per far fronte agli eventi incidentali
- avere conoscenza delle caratteristiche e del corretto uso dei dispositivi di protezione individuale
- avere conoscenza delle disposizioni planimetriche della casa di cura e delle caratteristiche dei locali
- avere conoscenza degli impianti tecnologici, delle parti costitutive, della ubicazione dei dispositivi di intercettazione, delle relative procedure operative da attuare in caso di emergenza
- AVERE CONOSCENZA DELLE PROCEDURE PER LA MESSA IN SICUREZZA DI MACCHINARI E APPARECCHIATURE

### 4.10. PERSONALE SANITARIO DELLA CASA DI CURA

COMPITI:

- segnalare immediatamente qualsiasi evento incidentale, anche di limitata entita', alla squadra di emergenza
- secondo le proprie mansioni, mettere in sicurezza impianti e attrezzature
- attenersi alle istruzioni del personale addetto all'emergenza
- assistere gli infortunati
- in caso di evacuazione, indirizzare pazienti e visitatori verso le vie di esodo o verso il compartimento adiacente allo stesso piano
- trasportare i pazienti non autosufficienti nei luoghi protetti stabiliti dal piano di emergenza o indicati dal personale incaricato dell'emergenza
- curare i punti di adunata e collaborare alla conta del personale
- trasportare il carrello di medicazione e il defibrillatore
- conoscenze e capacità del personale sanitario dei reparti di degenza
- conoscenza del piano di emergenza
- conoscenza delle procedure di sicurezza per far fronte agli eventi incidentali
- conoscenza delle procedure per la messa in sicurezza degli impianti e dei macchinari del reparto
- conoscenza delle procedure di evacuazione dei degenti
- capacita' di trasporto dei degenti mediante le tecniche appropriate e gli ausili a disposizione
- comportamento corretto in situazioni di presenza di fumo o di fiamme
- procedure di primo soccorso per infortunati

### 4.11. CAPOSALA O SUO SOSTITUTO

COMPITI:

- in caso di evacuazione prelevare le cartelle cliniche
- accertarsi con il coordinatore della squadra di emergenza dell'avvenuta evacuazione
- in caso di assenza il caposala sara' sostituito dall'infermiere professionale piu' anziano in servizio.

### 4.12. PERSONALE DI PORTINERIA

COMPITI

- in caso di allarme incendio o altra emergenza accertarsi che sia reale e verificarne l'entita' tramite colloqui con il personale di reparto per l'attivazione o meno di servizi di supporto esterno (vv.f., manutentori, fornitori di energia, ecc.)
- curare le comunicazioni con l'interno del presidio
- dare informazioni precise sull'evento
- durante l'emergenza, sospendere qualsiasi telefonata per lasciar libere le linee telefoniche per le necessita' dell'emergenza
- adoperarsi secondo le procedure e secondo gli ordini del coordinatore
- attendere i vigili del fuoco e indirizzarli verso il luogo dell'evento
- conoscenze e capacità del personale del centralino
- conoscenza del piano di emergenza

### 4.13. IL PERSONALE DI EVENTUALI DITTE APPALTATRICI

COMPITI

- essere informato sul contenuto del p.e.
- accedere nei reparti solo dopo consenso dei relativi responsabili
- in caso di incidente, sospendere immediatamente ogni attività
- mettere in sicurezza tutte le attrezzature
- rendersi disponibili a spostare i mezzi di lavoro
- allontanarsi immediatamente dal luogo dell'emergenza
- non allontanarsi dal presidio ospedaliero senza aver dato avviso ai relativi responsabili

## 5. RISCHIO INCENDIO PROCEDURE DI PRIMO INTERVENTO

Così come previsto dal D.Lgs. 81/2008, che sancisce l'obbligo da parte del Datore di Lavoro di designare un certo numero di lavoratori (*addetti all'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque di gestione dell'emergenza*) che assumono un ruolo attivo nella prevenzione e nella gestione di eventuali emergenze e che hanno ricevuto uno specifico addestramento, per l'attuazione di tale compito.
Gli addetti individuati sono stati formati ed informati secondo i criteri e modi riportati nella legislazione vigente in materia di sicurezza prevenzioni incendi, come si può dedurre dall'attestazione rilasciata dall'ente formatore e allegata al Documento di Valutazione dei Rischi generico dell'azienda.
Elementi significativi del piano
Il piano individua le predisposizioni organizzative e le operazioni da compiere in caso di un evento improvviso che esula dalla gestione ordinaria dalla struttura e rappresenta un pericolo potenziale o in atto, che potrebbe richiedere il sollecito sfollamento del presidio o di una sua parte.
Pertanto non si identifica con il piano di evacuazione (pur includendolo) in quanto molte situazioni di emergenza possono e devono essere gestite come situazioni di preallarme o di crisi locale, evitando non solo la loro propagazione a strutture adiacenti, ma anche il ricorso indiscriminato all'abbandono della struttura che potrebbe causare danni maggiori dell'evento stesso che ha innescato la situazione di emergenza.
La definizione delle soglie di rischio al di sopra delle quali è opportuno diramare l' ordine di evacuazione costituisce un necessario completamento del presente piano.
Questo documento deve essere accompagnato da un' azione educativa di natura preventiva ed organizzativa che mira al conseguimento di una sufficiente capacità di autocontrollo da parte delle diverse componenti operanti nella struttura.
Tale fase riveste particolare importanza per un corretto approccio verso la possibile evoluzione incrementale del fenomeno che ha suscitato allarme: si ritiene che siano sufficienti tre livelli di attenzione:
-Una situazione di preallarme dovuta ad un messaggio non confermato, che può sfociare in una evidenza di "falso allarme" o, invece, conclamarsi nel passaggio ad una delle fasi successive;
-Una situazione di "allarme locale", dovuta alla presenza di condizioni di crisi limitate ad un solo locale, che può richiedere il passaggio alla fase di evacuazione di tutta la struttura;
-Una situazione di "allarme generale", dovuta al contemporaneo interessamento di più locali o di tutta l'area (incendio esteso, terremoto rovinoso, minaccia concreta di azione terroristica, ecc.), che può richiedere l'evacuazione massiccia del personale e dell'utenza, e va evidenziata con avvisatori acustici e luminosi.
Alla definizione degli scenari che conducono ad una situazione di emergenza concorrono attivamente tutti i lavoratori, in particolare i componenti del nucleo per la gestione delle emergenze, la cui valutazione e comunicazione dei fatti è essenziale per consentire al Responsabile dell'attività di assumere decisioni fondate.
Le responsabilità in ordine all'attuazione delle istruzioni di emergenza sono articolate secondo il seguente schema:

1. Il Responsabile dell'attività ha il compito di decidere l' eventuale ordine di evacuazione, seguire l'evoluzione delle relative operazioni, e tenere i rapporti con l'esterno e in particolare con il personale esterno addetto al soccorso;
2. Gli addetti del gruppo antincendio/evacuazione (in numero di 2, dei quali uno con funzioni di Coordinatore del Gruppo);
3. Eventuali altri addetti con compiti specifici: ad esempio, un addetto per ognuna delle due zone della struttura che in caso di evacuazione assista eventuali soggetti in difficoltà

Assegnazione incarichi

Sono illustrate di seguito le procedure che devono seguire, in caso di emergenza, i dipendenti dell'attività in funzione del ruolo rivestito nell'organizzazione della sicurezza.

In considerazione del fatto che le cause di un'emergenza possono insorgere all'esterno (da altre attività vicine, da mezzi di transito sulle strade che costeggiano l'attività, ecc…) o all'interno dell'azienda stessa.

Oltre al personale addetto alle emergenze è bene coinvolgere altro personale con incarichi di specifiche mansioni di supporto come la disattivazione delle alimentazioni energetiche all'interno del comparto.

I soggetti vanno, per omogeneità di funzioni, estratti dagli addetti alle manutenzioni ed hanno il compito preciso di escludere dalla fornitura di energia elettrica, del gas, dei liquidi infiammabili, della circolazione dell'aria di ventilazione ed altro, i locali o gli spazi interessati dall' emergenza sempre previo avviso al responsabile della emergenza o di un suo sostituto.

Si prescrive con il presente piano che nell'ambito di ogni turno di lavoro dovrà esservi sempre almeno un elemento con le caratteristiche specificate e con tale specifica consegna di incarico.

## 5.1. PERSONALE DI REPARTO

**CASO 1. Emergenza incendio all'interno del proprio reparto**

Quando viene segnalata una situazione di pericolo incendio all'interno del proprio reparto o nelle immediate vicinanze da un Degente o da un Visitatore procedere come segue.

- All'insorgere dell'incendio, valutatene l'entita',
- Intervenite solo se si ritiene di essere in grado di poter eseguire azioni senza pericolo per se' o per gli altri;
- Se non e' risolto il principio di incendio avvisate immediatamente il centro di gestione prima emergenza al numero xxxx oppure xxxxxxxxxxx,chiedendo l'attivazione della squadra antincendio dagli altri reparti e indicando
  Vostro nome e cognome _____
  Ubicazione dell'evento _____
  Tipo e dimensione dell'evento _____
  Il coinvolgimento di altre persone _____
- Chiudete tutte le porte tagliafuoco del piano eventualmente aperte
- Aspettate l'arrivo della squadra antincendio e fornitegli tutte le informazioni in vostro possesso;
- Trasferire nel luogo di riunione la lista con l'elenco dei degenti e le cartelle cliniche;
- Verificare l'evoluzione dell'evento anche con il concorso della squadra antincendio;
- Se la situazione risulta sotto controllo informare del cessato allarme tutti i soggetti allertati in

precedenza;

- **Se la situazione precipita e comunque se disposto dal "coordinatore delle emergenze" o dall'ufficiale dei vigili del fuoco iniziare le procedure di evacuazione (vedi piano di evacuazione allegato)**
- Non usare gli ascensori

**CASO 2. Emergenza incendio in un altro reparto**

Quando si viene allertati da un altro reparto che evidenzia situazioni di emergenza e' necessario:

- Mantenere la calma;
- Avvertire i colleghi in servizio;
- Verificate che nel vostro reparto non vi siano principi di incendio, fate chiudere tutte le porte tagliafuoco eventualmente rimaste aperte. Se possibile fate togliere l'alimentazione elettrica all'impianto di condizionamento ed alle apparecchiature non indispensabili. Fate chiudere le valvole di intercettazione dei gas (metano, medicali (solo se non indispensabile), ecc., allontanate i degenti ed i materiali combustibili dalle aree piu' vicine all'evento;
- Se il vostro reparto non e' in pericolo approntate tutto cio' che e' necessario per l'accoglienza dei degenti ed eventuali feriti;
- Restate in attesa di istruzioni del coordinatore dell'emergenza presso il telefono di reparto;
- All'ordine del coordinatore dell'emergenza o dell'ufficiale dei vigili del fuoco allertate tutto il personale di reparto e fate approntare le attrezzature necessarie (barelle, dispositivi di protezione individuale dpi, ecc.);
- Il personale addetto all'antincendio in servizio nel reparto si rechera' nel reparto dell'emergenza per formare la squadra antincendio dopo averlo comunicato ai colleghi ed essersi accertato che i degenti abbiano la necessaria assistenza sanitaria anche in condizioni di emergenza.

**ALL'ORDINE DI EVACUAZIONE DEL REPARTO:**

- Non usare gli ascensori;
- Far defluire verso il luogo di riunione prima le persone deambulanti autonomamente;
- Con il concorso del personale, nel frattempo sopraggiunto, procedere all'evacuazione dei degenti non deambulanti
- Aiutate il coordinatore dell'emergenza a coordinare l'evacuazione dei degenti;
- Nel luogo di raccolta mantenere la calma e registrare di volta in volta il luogo di trasferimento dei degenti;
- Appena possibile consegnate l'elenco dei degenti al coordinatore dell'ufficio infermieristico;
- Mettersi a disposizione del dirigente medico reperibile che dirigera' le operazioni con il supporto dell'unita' di crisi
- Alla fine dell'evacuazione dirigetevi verso il punto di raccolta individuato dal piano di evacuazione.

## 5.2. SQUADRA EMERGENZA ANTINCENDIO

Quando viene attivata la squadra antincendio all'interno del proprio reparto o in altri reparti procedere come segue:

- Ricevuto l'allarme indossate gli indumenti e i dpi in dotazione e recatevi immediatamente sul luogo dell'evento: fronteggiate e valutate la situazione;
- Relazionate al coordinatore delle emergenze (direttore sanitario o suo sostituto), sulla situazione di pericolo;
- Se l'emergenza e' risolta avvertite immediatamente il direttore sanitario;
- Rimuovete i pazienti immediatamente esposti alle fiamme estinguendo le fiamme eventualmente presenti su di essi con coperte ignifughe;
- Soccorrete le persone in pericolo di vita immediato dando priorità a quelle più vicine all'evento e poi alle altre;
- Accertatevi se il **personale incaricato ha potuto** togliere la tensione elettrica di piano degli estrattori di aria e/ o impianto di condizionamento e abbia chiuso le valvole di intercettazione dei gas (metano, medicali, ecc);
- In caso non riusciate a fronteggiare il pericolo cercate di circoscriverlo e comunque di salvaguardare le aree con i degenti più gravi e di difficile trasporto (chiudere le porte rei, allontanare il materiale combustibile, chiudere le porte e le finestre, ecc.);
- All'arrivo dei vv.f. Seguite le loro istruzioni e collaborate fornendo loro tutte le informazioni a disposizione;

**ALL'ORDINE DI EVACUAZIONE DEL REPARTO:**

- In caso di evacuazione collaborate con la squadra di assistenza degenti per il trasporto dei degenti in aree protette;
- Favorite il deflusso ordinato dell'area (eventualmente aprendo le porte di uscita contrarie al verso dell'esodo)
- Al termine dell'evacuazione dirigetevi verso il punto di raccolta;

## 5.3. COORDINATORE EMERGENZE

**DIRETTORE SANITARIO O SUO SOSTITUTO**

**ALL'INSORGERE DI UN PERICOLO NEL REPARTO:**

- Ricevuto l'allarme recatevi immediatamente con la squadra antincendio sul luogo dell'evento, valutate la situazione e disponete, se necessario, la chiamata di:
  - Tecnici reperibili elettricisti, idraulici e gas medicali;
  - Responsabile servizio prevenzione e protezione, o suo sostituto;
  - Responsabile dell'ufficio tecnico, o suo sostituto;
  - Servizio trasporto malati;
- Fate allertare il personale del reparto interessato dall'evento e quelli limitrofi e/o il personale dei reparti eventualmente interessati ad accogliere i pazienti attraverso la portineria;
- Coordinate l'intervento delle squadre antincendio e del personale richiamato;
- Se l'intervento non ha successo il coordinatore dell'emergenza coadiuvato dal rspp (o suo sostituto), ordina l'evacuazione controllata del reparto ed eventualmente di quelli limitrofi e superiori e/o l'evacuazione totale della struttura;
- Collaborate con le squadre di intervento esterne per il coordinamento;
- Coordinate il personale di assistenza per i degenti;
- Fate mantenere la calma alle persone,
- Assicuratevi che tutti siano stati evacuati;
- Alla fine dell'evacuazione dirigetevi verso il punto di raccolta individuato dal piano di evacuazione.

## 5.4. PORTINERIA

(ATTIVA DALLE ORE 7.00 ALLE ORE 21.00)

Compito del personale di portineria è quello di dare continuità immediata alla riuscita del piano.
Informazione:
Gli addetti alla portineria dovranno essere a perfetta conoscenza:

- Dell'ingresso dedicato ai mezzi di soccorso
- Dei percorsi che i mezzi di soccorso dovranno effettuare per raggiungere i locali in emergenza
- Dei numeri telefonici di emergenza nel caso che il centralino non effettui turni notturni

Avranno all'interno della loro postazione una bacheca con tutte le chiavi necessarie all'apertura sia degli accessi esterni che delle porte interne oppure dovranno conoscere l'ubicazione di quest'ultime se disposte in apposite bacheche nei vari padiglioni.
Comportamento:
Appena ricevuto il segnale di emergenza (sia giallo che rosso):

- Dovrà immediatamente rompere il vetro delle bacheca ed estrarre la chiave madre unificata per l'apertura degli ingressi preferenziali
- Dovrà aprire gli ingressi per i soccorsi
- Dovrà aprire l'ingresso carraio

- Dovrà aspettare all'ingresso l'arrivo dei vv.f. Ed indirizzare sul posto gli stessi
- Si recherà sul posto dell'emergenza recando con sè le chiavi necessarie per l'apertura di porte interne, estratte dalla bacheca della propria postazione o la più vicina al luogo dove si e' verificato l'evento.

## 5.5. REPARTO DI PSICHIATRIA

(DALLE ORE 21.00 ALLE ORE 7.00 IN SOSTITUZIONE DEL SERVIZIO DI PORTINERIA)

Chiamato dall'operatore coinvolto nell'emergenza chiama immediatamente:
- I tecnici (elettricisti, manutentori termici e gas) di turno (o reperibili)
- Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione o suo sostituto reperibile
- Il tecnico reperibile dell'ufficio tecnico
- I reparti attigui a quello interessato dall'incidente (pre-allarme)
- Mettere a disposizione un equipaggio di emergenza sanitaria che si recherà immediatamente sul luogo dell'emergenza.

Se la rete radio di comunicazione non e' operativa il centralinista deve supportare l'operatore del servizio 118 nel chiamare telefonicamente tutti i reparti per allertare le squadre di emergenza.

ELETTRICISTA

Informazione:
Tutti gli elettricisti che partecipano al piano di emergenza, devono essere edotti sulla situazione dell'impianto elettrico ed essere a perfetta conoscenza della posizione dei quadri elettrici.
All'interno del loro ufficio devono possedere tutte le mappe degli impianti.

Comportamento:
E' fondamentale la presenza nell'intero arco della giornata di almeno un elettricista e, nelle ore notturne, la reperibilità di uno di essi, che sia in grado di raggiungere il posto in emergenza entro un massimo di 15/20 minuti dalla segnalazione.

Non appena riceverà il segnale di emergenza:
- Dovrà recarsi immediatamente sul posto segnalato, per poi mettersi a disposizione dei vv.f. o del coordinatore della squadra antincendio, indicando loro le posizioni dei quadri elettrici di zona per l'eventuale sospensione dell'energia elettrica
- Mettersi a disposizione della squadra di emergenza

## 5.6. MANUTENTORE IDRAULICO / TERMICO

Informazione:
Tutti i manutentori, devono essere edotti sugli impianti idrici e di distribuzione dei gas.
All'interno del loro ufficio devono possedere tutte le mappe degli impianti.

Comportamento:

- Dovra' recarsi immediatamente sul posto segnalato, per poi mettersi a disposizione dei vv.f. o del coordinatore della emergenza, indicando loro le posizioni degli impianti di distribuzione dei gas per l'eventuale sospensione dell'erogazione
- Mettersi a disposizione della squadra di emergenza.

## 6. NORME UTILI DI PRONTO SOCCORSO

In questo capitolo si danno informazioni e consigli pratici su come riconoscere e trattare le emergenze sanitarie pericolose per la sopravvivenza tralasciando i problemi minori del primo soccorso.
Un'emergenza sanitaria viene vissuta di solito come un evento incontrollabile e drammatico perché non esiste, nel nostro Paese, una educazione di massa e un addestramento permanente della popolazione a organizzare e prestare il primo soccorso.
Il risultato di questa situazione si riflette talvolta pesantemente sull'esito di emergenze sanitarie che implichino la sospensione delle funzioni vitali (arresto cardiaco, arresto respiratorio).
In questo tipo di emergenze è molto importante attivare immediatamente la catena della sopravvivenza:

- Precoce allertamento (telefonare al 118, o in mancanza al Pronto Soccorso dell'Ospedale V. Fazzi di Lecce);
- Precoce rianimazione cardiorespiratoria (ad opera del soccorritore);
- Precoce defibrillazione, in ambiente ospedaliero;
- Precoce trattamento medico, in ambiente ospedaliero avanzato.

Il supporto delle funzioni vitali attraverso la rianimazione cardio-polmonare è di fondamentale importanza perché permette di mantenere ossigenato il cervello, limitando i danni neurologici, il cuore e altri organi in attesa dell'arrivo del medico, opportunamente attrezzato per il ripristino definitivo delle funzioni vitali sospese.

**ARRESTO RESPIRATORIO**.
In caso di arresto respiratorio primario il cuore continua a battere e il sangue trasporta l'ossigeno al cervello e agli altri organi vitali per alcuni minuti. Il polso carotideo è presente.
L' arresto respiratorio può essere provocato da:

- Ostruzione delle vie aeree da corpi estranei;
- Perdita di coscienza duratura;
- Inalazione di fumo durante incendio;
- Overdose da farmaci;
- Folgorazione;
- Infarto miocardico.

**ARRESTO CARDIACO.**
In caso di arresto cardiaco primario la circolazione del sangue si ferma completamente, l'ossigeno non arriva più agli organi vitali, come il cervello, nel quale il danno neurologico irreversibile inizia circa 4 minuti dopo l'arresto.

L'arresto cardiaco può essere provocato da infarto cardiaco, emorragia grave, folgorazione, trauma con emorragia importante, rischio di annegamento.
L'intervento del soccorritore in caso di arresto cardiaco, permette di ripristinare, attraverso il Massaggio Cardiaco Esterno, una circolazione sanguigna adeguata a proteggere il cervello e gli altri organi vitali dall'anossia (mancanza di ossigeno).
Nel caso dello stato di coma primario, cioè non dovuto ad arresto cardiaco, potrà essere presente attività respiratoria e cardiaca normale.

**STATO DI COMA**
Per stato di coma si intende la condizione in cui l'infortunato non risponde ai comandi elementari come la richiesta di mostrare la lingua o di aprire gli occhi. Lo stato di coma potrà essere provocato da:

- Ictus
- Intossicazione da farmaci
- Sincope
- Ipoglicemia
- Folgorazione
- Epilessia

Il soccorritore dovrà provvedere a mantenere libere le vie aeree contrastando l'abbassamento della base della lingua con la manovra di iperestensione del capo e a porre il paziente in posizione di sicurezza laterale, in quanto durante il coma possono non funzionare i riflessi della tosse e della deglutizione. Tale deficit espone il paziente al rischio di inalazione di materiale gastrico eventualmente rigurgitato con conseguente soffocamento.
**Sequenza di intervento**
Arrivando presso una persona vittima di un malore, ci si deve accertare della presenza o meno della coscienza, chiedendo: «come stai?»... e scuotendo leggermente la spalla. Se non si ottiene risposta (stato di coma) si deve attivare immediatamente il sistema di soccorso, fornendo i seguenti dati.
-Località dell'evento;
-Numero telefonico chiamante;
-Descrizione dell'episodio;
-Numero di persone coinvolte;
-Condizioni della vittima (coscienza, respiro, attività cardiaca).
Per un corretto ed efficace approccio ad una persona con arresto delle funzioni vitali è necessario seguire una sequenza di operazioni predefinita che permette al soccorritore di non omettere manovre importanti e di mantenere la necessaria calma anche in circostanze drammatiche.
La sequenza consta delle seguenti fasi.
1. Sistemazione della vittima in posizione supina su superficie dura (pavimento)
2. Verifica dello stato di coscienza
3. Apertura della bocca e verifica pervietà delle vie aeree per non più di dieci secondi (guardo, ascolto, sento)
4. Posizionare le mani sulla fronte e sulla punta del mento e si procede alla iperestensione del capo e al sollevamento del mento. Non è previsto alcun controllo visivo delle vie aeree e non si esplora il cavo orale con le dita a meno che non si sospetta un'ostruzione delle vie aeree.

5. Se non si è certi che la vittima non respira normalmente comportarsi come se non lo facesse
6. Se la vittima respira metterla in posizione laterale di sicurezza .
7. Se la vittima non respira richiedere l'intervento al Pronto Soccorso e iniziare le compressioni toraciche.
8. Inizio del massaggio cardiaco (30 compressioni a 2 insufflazioni). La persona che applica le compressioni toraciche dovrebbe cambiare ogni due minuti.

**PRESIDI PER IL MASSAGGIO CARDIACO**

Accertata l'assenza di respiro spontaneo il soccorritore deve iniziare il massaggio cardiaco:

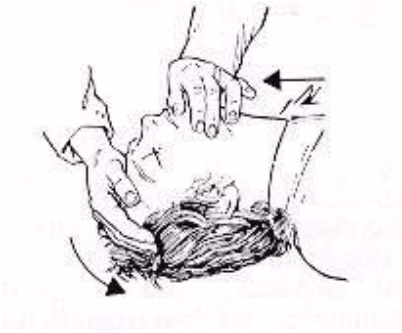
- Il soccorritore si pone in ginocchio a lato della vittima, appoggiando la parte prossimale del palmo al centro del torace facendo attenzione ad appoggiarla sullo sterno e non sulle coste. Sovrappone l'altra mano alla prima e intreccia le dita delle due mani sovrapposte. Non ci si deve appoggiare sopra l'addome superiore o l'estremità inferiore dello sterno. La frequenza delle compressioni e di 100 al minuto, cioè poco meno di 2 compressioni al secondo. Il soccorritore deve porre attenzione a raggiungere la profondità massima, durante le compressioni, di 4-5 cm . Aumentando il numero di compressioni si hanno alcuni vantaggi quali la riduzione delle interruzioni per la ventilazione e la riduzione della probabilità di iperventilazione.
- Il soccorritore deve consentire al torace di riespandersi completamente dopo ogni compressione
- Assicurare approssimativamente lo stesso tempo per compressione e rilasciamento
- Ridurre al ,minimo le interruzioni nelle compressioni toraciche
- Non considerare il polso carotideo o femorale palpabile come indicatore di flusso arterioso efficace.
- Si consiglia di effettuare un rapporto di compressioni e ventilazioni di 30:2 con una velocità di compressione di 100 compressioni al minuto.

**PRESIDI PER LA VENTILAZIONE**

- Posizionarsi a fianco della vittima;
- Mantenere il capo esteso tenendo una mano sulla fronte e sollevando il mento con due dita dell'altra mano;
- Appoggiare la bocca bene aperta sulla bocca della vittima
- Soffiare due volte lentamente nelle vie aeree della vittima in modo da gonfiare i suoi polmoni; Eseguire due ventilazioni da un secondo ciascuna.
- Durante l'insufflazione osservare se il torace si alza;

Tra una insufflazione e l'altra osservare che la gabbia toracica si abbassi.

**Bocca-bocca** **Bocca-naso**



Se per qualche motivo la ventilazione tramite bocca è impedita ( bocca danneggiata, impossibile da aprire, in caso di soccorso in acqua o tenuta bocca-bocca difficile da realizzare), è possibile insufflare attraverso il naso mantenendo sempre esteso il capo con una mano e sollevando il mento per chiudere la bocca con l'altra. Insufflazioni troppo brusche o con insufficiente estensione della testa possono provocare introduzione di aria nello stomaco, vomito o distensione gastrica.
In questa fase può accadere di non riuscire a immettere aria nei polmoni dell'infortunato: tale evenienza deve far pensare ad un corpo estraneo in una zona irraggiungibile dalle dita del soccorritore e si rende necessaria la manovra di Heimlich che consiste nel comprimere il torace per espellere il corpo estraneo che ostruisce le vie aeree.

**Manovra di Heimlich.**

Creare una spinta del diaframma verso l'alto, forzando l'aria ad uscire dai polmoni con una sorta di "tosse artificiale".
Fino a quando la vittima è in piedi o seduta, il soccorritore deve porsi dietro, fare il pugno con una mano (con il pollice all'interno) e porlo contro l'addome sopra l'ombelico.
Con l'altra mano premere violentemente verso l'alto, ritmicamente e ripetutamente, fino a quando il paziente riprende a tossire e a respirare con efficacia o espelle il corpo estraneo.

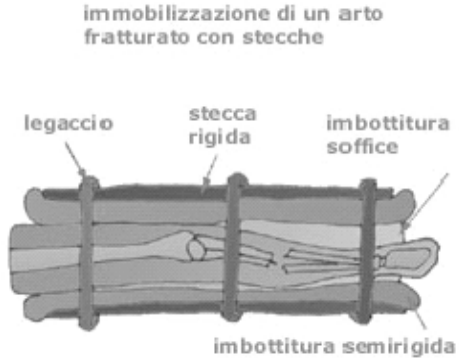
**Se la vittima diventa incosciente**

Porre la vittima a terra in posizione supina.
Porsi a cavalcioni sulle cosce della vittima.
Appoggiare il palmo di una mano sull'addome sopra l'ombelico.
Sovrapporre l'altra mano e premere violentemente verso l'alto.

In caso di donne in gravidanza o pazienti obesi, non essendoci spazio sufficiente sotto lo sterno per poter procedere con le spinte addominali, vanno effettuate spinte toraciche sul punto utilizzato per il massaggio cardiaco. Se la vittima si trova in posizione supina il soccorritore deve posizionarsi di fianco al torace della stessa. La rilevazione del battito cardiaco al polso non è attendibile in quanto in alcune situazioni può essere assente pur essendo mantenuta l'attività cardiaca.
La lettura e lo studio delle manovre illustrate in questo capitolo, necessariamente ridotto all'essenziale, dovranno essere affiancate da un ulteriore approfondimento pratico della materia (sotto l'assistenza di personale medico), indispensabile per affrontare con sicurezza ed efficacia le situazioni presentate.

**OPERAZIONI DA EFFETTUARE IN CASO DI INCIDENTI VARI.**

***Fratture e contusioni***
Preparare un impacco freddo per ridurre il dolore e il gonfiore; nel caso di fratture, prima del trasporto bisogna procedere all'immobilizzazione della parte con mezzi di fortuna. (ad es. con steccatura).




Bisogna sempre tenere a mente che in caso di frattura, la parte deve essere tenuta in trazione. In questo modo si evita che i monconi possano danneggiare i tessuti. Inoltre l'infortunato ne trae solitamente un sollievo e una diminuzione del dolore.

***Ustioni leggere***

Davanti a un'ustione bisogna per prima cosa interrompere tempestivamente l'azione lesiva:

Spegnere l'ustione con acqua fredda sulla parte e sulle zone limitrofe.

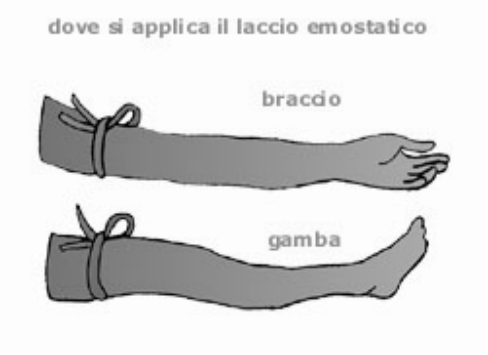
Se la fonte di calore è ancora attiva al momento del soccorso è bene eliminare gli abiti, ma non quelli a contatto con l'ustione: si rischia di staccare insieme agli abiti anche l'epidermide e aggravare la situazione.

Proteggere da infezioni la parte lesa con un fazzoletto di cotone, lino o seta;

Cospargere la sede dell'ustione con pomata al cortisone, o altro prodotto antiustioni.

***Emorragie Arteriose***

Nel caso di emorragie arteriose l'intervento deve essere tempestivo perché la quantità di sangue è di solito molto elevata rispetto alle emorragie venose.
Se l'emorragia non è molto abbondante è sufficiente tamponarla con una garza sterile o un fazzoletto pulito, dopo aver disinfettato la parte.




Se invece interessa grossi vasi, o per ferite agli arti, è necessario evitare che l'infortunato muoia dissanguato attuando delle compressioni sulle arterie a monte della ferita o effettuare una legatura tramite laccio emostatico a monte della ferita.

***Emorragie venose***

Le emorragie venose si possono arginare, dopo una buona disinfezione, ponendo sulla ferita una garza sterile e o un fazzoletto pulito ed effettuando una compressione diretta tramite un tamponamento costante sulla ferita e applicando una borsa di ghiaccio nelle zone circostanti.

Può anche essere utile applicare una fasciatura di sostegno al tampone. Questa non deve essere troppo stretta: non si deve arrestare la circolazione.
Se la parte interessata è un arto, si può alzarlo al di sopra del corpo per far diminuire l'afflusso di sangue o effettuare una legatura tramite laccio emostatico a valle della ferita.

## 7. ALTRI RISCHI - PROCEDURE DI PRIMO INTERVENTO

### 7.1. EMERGENZA TERREMOTO/CEDIMENTI STRUTTURALI

Il Salento è considerato una zona a basso rischio sismico ciò nonostante si ritiene necessario fornire comunque alcune indicazioni di carattere generale

A) In caso di evento sismico, alle prime scosse telluriche, anche di modesta intensita', e' necessario:

- Mantenere la calma e prepararsi a fronteggiare la possibilita' di ulteriori scosse
- Allontanarsi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali, strumenti e apparati elettrici per il pericolo di caduta oggetti e addossarsi alle pareti perimetrali
- Spostarsi lungo i muri perimetrali
- Qualora vi trovaste lungo le scale spostatevi verso i muri perimetrali
- Portarsi al di fuori dell'edificio in modo ordinato
- Utilizzare le regolari vie di esodo
- Non utilizzare gli ascensori
- Causa il possibile collasso delle strutture di emergenza, allontanarsi subito dall'edificio
- Non spostare eventuali soggetti traumatizzati a meno che non siano in evidente immediato pericolo di vita (crollo imminente, incendio divampante, etc.) Ma chiamare immediatamente i soccorsi segnalando la posizione dell'infortunato

B) Nel caso le scosse telluriche dovessero coinvolgere subito lo stabile e/o interessare le strutture tanto da non permettere l'esodo delle persone e' preferibile:

- Non sostare al centro degli ambienti
- Raggrupparsi possibilmente vicino alle pareti perimetrali o in aree d'angolo in quanto strutture piu' resistenti

C) Se lo stabile e' stato interessato consistentemente nella resistenza delle strutture:

- Rimanere in attesa di soccorsi
- Evitare sollecitazioni che potrebbero creare ulteriori crolli
-

### 7.2. EMERGENZA ESPLOSIONI IN GENERE

(fuga di gas combustibile/sostanze pericolose/gas medicali/contenitori in pressione)

Si combinano adempimenti e comportamenti da tenere in caso di incendio e terremoto, ovviamente graduati alla reale circostanza dell'emergenza con le ulteriori prescrizioni

In caso di fuga di gas o presenza di odori che lasciano prevedere la presenza di sostanze pericolose e' necessario:

- Non accendere ne' spegnere luci o apparecchiature elettriche. Disattivare, se possibile, l'energia elettrica del quadro di piano e/o generale;
- Mantenersi il più possibile lontano dalla sorgente di emissione del gas o vapori tossici e nocivi;

- Aerare il locale aprendo le finestre;
- Evitare l'accensione di fiamme libere;
- Lasciare la porta chiusa dopo l'allontanamento dal luogo;
- Respirare con calma.

## 7.3. EMERGENZA DA DANNI DA ACQUA IN GENERE

**(allagamento/alluvione, rottura di tubazioni, scarichi di acqua piovana intasati, ecc.)**

In caso di alluvione che interessi il territorio su cui insiste il plesso aziendale:
- Portarsi subito, dai piani bassi a quelli piu' alti, con divieto d'uso di ascensori
- Usare estrema cautela in presenza di apparati elettrici o prese di energia nelle immediate vicinanze della zona allagata
- Non cercare di attraversare ambienti interessati dall'acqua se non si conosce perfettamente il luogo, la profondita' dell'acqua stessa e l'esistenza in zona di pozzetti, fosse e depressioni
- Non allontanarsi mai dallo stabile quando la zona circostante e' completamente invasa dalle acque alluvionali, per non incorrere nel trascinamento per la violenza delle stesse
- Attendere pazientemente l'intervento dei soccorritori segnalando la posizione ed i luoghi in cui si sosta
- Salvo in casi estremamente critici, astenersi dallo spostare valori, documenti o oggetti delicati
- Evitare di permanere in ambienti con presenza di apparecchiature elettriche, specialmente se interessati dalle acque alluvionali.

## 7.4. EMERGENZA DOVUTA A MANCANZA DI ENERGIA ELETTRICA

L'insediamento e' generalmente dotato di luci di emergenza che permettono di illuminare i percorsi di fuga. Alcune aree disporranno altresì di un gruppo di generatori locali di emergenza ad attivazione automatica (gruppi di continuità, gruppi elettrogeni).
Se si verifica una mancanza di energia elettrica:
- Restare calmi
- Dotarsi immediatamente di lampade portatili
- Verificare immediatamente le condizioni dei pazienti critici assistiti da apparecchiature elettromedicali
- Se presenti in area completamente buia, attendere qualche istante prima di cercare l'uscita o un'area di riferimento dotata di illuminazione di emergenza
- Attendere dai responsabili istruzioni a voce
- Se colti dall'evento all'interno di un ascensore, usare il pulsante di emergenza per richiamare l'attenzione del personale di soccorso o per spostare la cabina al piano.

## 7.5. EMERGENZA DOVUTA A FUGHE DI GAS

gli impianti del gas sono realizzati secondo le normative tecniche (UNI-CIG) da ditte specializzate abilitate a rilasciare la dichiarazione di conformità dell'impianto alla norma vigente.
Per evitare il verificarsi di una fuga di gas, è necessario:

- Al primo allarme di fuga di gas, individuare e chiudere immediatamente la valvola di adduzione dell'impianto
- Non azionare interruttori, campanelli, apparecchi elettrici e utilizzare, esclusivamente telefoni cellulari preferibilmente all'esterno dell'edificio o della zona coinvolta
- Se è possibile, intercettare l'impianto elettrico del locale da un quadro esterno allo stesso per impedire l'eventuale avvio automatico di apparecchi elettrici (frigoriferi, congelatori, macchine da condizionamento)
- Aprire porte e finestre per arieggiare il più possibile il locale
- Chiamare immediatamente il 112/113 o il comando dei vigili del fuoco 115 da un telefono esterno alla casa di cura, fornendo le indicazioni complete sull'evento
- Convocare le squadra di emergenza individuata
- Spegnere (utilizzando gli appositi presidi antincendio) eventuali fiamme in locali adiacenti
- Fare allontanare le persone cominciando dai locali più prossimi (accanto e sopra) a quello ove è localizzata la fuga di gas
- Aiutare prioritariamente le persone non autosufficienti (anziani, ammalati più gravi) ad allontanarsi dalla zona interessata o da zone potenzialmente pericolose
- Uscendo da un locale chiudere la porta per evitare la propagazione del gas
- Verificare che nessuno dei presenti accusi malori per inalazione di gas, in caso contrario prestare le cure del caso
- Distribuire generi di conforto alle persone che ne necessitano

**Nel post-emergenza**

- Attendere che i vigili del fuoco e il personale tecnico dell'azienda distributrice del gas, verifichino le condizioni degli impianti e dei locali e li dichiarino nuovamente agibili
- Tenersi a disposizione delle autorità intervenute, Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia
- L'unità di emergenza dovrà valutare le zioni conseguenti per evitare l'eventualità di ripetersi di simili situazioni
- Ripristinare al più presto la normale attività

## 7.6. EMERGENZA DOVUTA A TROMBA D'ARIA

A) Alle prime manifestazioni della formazione della tromba d'aria:

- Cercare di evitare di restare in zone aperte
- Porsi lontano da finestre, porte o da qualunque altra area dove sono possibili cadute di vetri, arredi, etc
- Prima di uscire da uno stabile interessato dall'evento, accertarsi che l'ambiente esterno e le vie di esodo siano prive di elementi sospesi o in procinto di caduta

B) Se sorpresi in zona aperta:
- Allontanarsi dalla vicinanze di piante di alto fusto
- Trovare immediatamente ricovero solido e sicuro in attesa che l'evento sia terminato

## 7.7. EMERGENZE CHE INTERESSANO AREE ESTERNEAL PLESSO AZIENDALE
(esplosioni, crolli, tumulti e sommosse)

Per questo tipo di emergenza non e' prevista l'evacuazione, in generale:
- Non abbandonare il proprio posto di lavoro
- Non affacciarsi alle finestre per curiosare
- Spostarsi dalle porzioni del locale allineate con finestre esterne e con porte o sottostanti oggetti sospesi (lampadari, quadri, altoparlanti, ecc) e concentrarsi in zone piu' sicure
- Mantenere la calma e non condizionare i comportamenti altrui con isterismi e urla
- Rincuorare ed assistere presenti in evidente stato di agitazione
- Attendere ulteriori istruzioni fornite dagli addetti alla gestione delle emergenze

## 7.8. EMERGENZA PER PRESENZA DI PSICOPATICO/MINACCIA ARMATA

Per questo tipo di emergenza non e' prevista l'evacuazione, in generale i principi comportamentali possono essere riassunti come segue:
- Non abbandonare il proprio posto di lavoro
- Non affacciarsi alle finestre per curiosare
- Restare ciascuno al proprio posto e con la testa china se la minaccia e' diretta
- Non concentrarsi per non offrire maggiore superficie ad azioni di offesa fisica
- Non contrastare con i propri comportamenti le azioni compiute dal soggetto
- Mantenere la calma ed il controllo delle proprie azioni per offese ricevute
- Non deridere eventuali comportamenti squilibrati del folle
- Eseguire qualsiasi azione/movimento con naturalezza e calma
- Seguire alla lettera le istruzioni
- Evitare azioni furtive/di fuga/ di reazione di difesa
- Se la minaccia non e' diretta e si e' certi delle azioni attive di contrasto delle forze di polizia, porsi seduti o a terra e attendere ulteriori istruzioni dal responsabile di settore
- Non cercare di intervenire direttamente per evitare possibili pericolose reazioni o ritorsioni

## 7.9. TELEFONATA TERRORISTICA NELLA QUALE SI SEGNALALA PRESENZA DI UN ORDIGNO

- Ascoltare, restare calmi, cercare di ottenere il massimo di informazioni tenendo il chiamante in linea il maggior tempo possibile

- Richiamare l'attenzione di qualcuno con segni convenzionali mentre il chiamante e' ancora in linea, se possibile far chiamare il 113
- Informare appena possibile l'ispettorato aziendale
- Attendere disposizione dal coordinatore emergenze o suo delegato

### 7.10. INCIDENTI NELLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI OSPEDALIERI

Avere sempre presente la distinzione a norma di legge, della procedura di raccolta, trasporto e smaltimento, tra: rifiuti non assimilabili ai rifiuti urbani (residui di medicazione, rifiuti di natura biologica, rifiuti di attività diagnostica, terapeutica); rifiuti assimilabili agli urbani (residui di alimenti, carta); rifiuti con particolare procedura di smaltimento (farmaci scaduti, vetro, materiale metallico, sostanze tossico-nocive, parti anatomiche).

Nel caso di contatto con sostanze infette:

Soccorrere immediatamente tutti coloro che sono venuti a contatto con sostanze infette, tossiche o comunque pericolose, e provvedere, se del caso al loro isolamento
Contattare immediatamente l'unità di emergenza
Contattare immediatamente tutte le autorità competenti (igiene pubblica e NAS) facendo loro ogni informazione utile per i necessari interventi
Riunire l'unità di emergenza per verificare tutti i provvedimenti idonei, con la collaborazione di tutti i consulenti interessati
Mantenersi a disposizione delle autorità
Verificare nuovamente l'idoneità e l'affidabilità di fornitori, strumenti e procedure, nelle fasi di raccolta, trasporto e smaltimento

## 8. PROCEDURE DI EVACUAZIONE

### 8.1. PREMESSA

Il piano di evacuazione rappresenta una parte importante del piano di emergenza, in esso vengono esplicitate le misure adottate (in fase preventiva e di progetto) e tutti i comportamenti da attuare (in fase di emergenza) per garantire la completa e sicura evacuazione delle persone minacciate.
Costituisce dunque il documento operativo che, evidenziando le situazioni di emergenza che possono verificarsi nella Casa di Cura:
- individua l'organizzazione interna e le procedure che devono essere attuate;
- indica le azioni da compiere;
- assegna i ruoli ed i compiti per consentire l'evacuazione rapida e ordinata, rispettando le priorità.

L'evacuazione di una struttura sanitaria, per la particolare tipologia delle persone presenti (pazienti, personale e visitatori) richiede un notevole impegno organizzativo da parte dei responsabili delle gestioni delle emergenze. Inoltre in una struttura in cui è presente un' alta densità di persone, molte delle quali non autosufficienti e non deambulanti, è abbastanza frequente che si verifichino condizioni che potrebbero facilmente sfociare in situazioni di panico e di pericolo se non sono state predisposte

adeguate Procedure Operative che preventivamente e dettagliatamente indichino le azioni da compiere nelle varie situazioni di emergenza.
La pianificazione delle operazioni da compiere è inoltre di fondamentale importanza in quanto in ogni situazione di pericolo reale o presunto si evidenzia uno stato di iperemotività, che, se non controllato, si trasforma in panico.
II panico, provocando alterazione dei comportamenti e reazioni irrazionali, può dar luogo a manifestazioni che costituiscono di per sé elemento di pericolo e possono provocare rischi indotti ben più gravi dell'evento stesso come:
• l'istinto di coinvolgere gli altri nell'ansia, con invocazioni di aiuto, grida ed atti inconsulti;
• l'istinto alla fuga, in cui predomina l'autodifesa, anche violenta (comportamento asociale e antisociale).

## 8.2. MODALITA' DI EVACUAZIONE

Nell'evacuazione di una struttura sanitaria bisogna ipotizzare due situazioni distinte:
a) *L'evacuazione parziale*, ovvero il trasferimento dei degenti di uno o più reparti in una zona sicura (zona sicura nello stesso piano o zona sicure in altri piani);
b) *L'evacuazione totale* ovvero l'esodo dei degenti e del personale dell'intera struttura sanitaria verso luoghi sicuri all'esterno della struttura, denominati "punti di raccolta esterni", identificati dalla cartellonistica di sicurezza e da un numero progressivo.
L'*evacuazione*, inoltre, può essere:
- *Evacuazione orizzontale* nel caso di un evento incidentale (quale un incendio) che determini l'evacuazione dei degenti direttamente minacciati da un compartimento ad un altro ubicato, considerato luogo sicuro, nell'ambito dello stesso piano del fabbricato;
- *Evacuazione verticale* se il trasferimento avviene tra piani diversi dell'edificio.

Di particolare rilevanza tenendo conto delle specifiche condizioni psicomotorie degli occupanti è *l'esodo orizzontale progressivo* per cui, qualora si verifichi un incendio in una data area che richieda 1'evacuazione dei pazienti direttamente minacciati dagli effetti dell'incendio, questi vengono evacuati, in prima istanza, spostandoli in un compartimento adiacente posto sullo stesso livello in grado di proteggerli dal pericolo immediato rappresentato dal fuoco e dal fumo. I pazienti possono restare in tale area fino a quando l'incendio non sia stato domato oppure attendere di essere nuovamente evacuati in un'altra area adiacente o ad un piano inferiore utilizzando i collegamenti verticali. Questa procedura consente di disporre del tempo sufficiente per evacuare i pazienti non in grado di camminare e quelli solo parzialmente autosufficienti.
Possiamo avere:
• Esodo orizzontale a piano terra: nel caso si è a piano terra ( strada, cortile) è opportuno evacuare le persone all'esterno dell'edificio e raccoglierle in idonee piazzole esterne, dove possono essere raggiunte dai mezzi di soccorso ( Sanitari, VV.FF., Protezione Civile).
• Esodo orizzontale a livelli superiori: bisogna dirigersi verso vie di esodo verticali o per le persone che non possono direttamente essere portate all'esterno, bisogna accompagnare i pazienti negli " Spazi calmi" cioè luoghi sicuri statici all'interno dei quali far sostare le persone disabili in attesa di soccorso.

Qualora si decidesse l'evacuazione di un reparto è comunque indispensabile che i pazienti vengano trasportati nel più breve tempo possibile in luoghi sicuri per un primo ammassamento e da qui, se necessario, spostati in area protetta con fonti di OSSIGENO.

Saranno comunque i VV.F. ed il Coordinatore dell'intervento a dettare di volta in volta l'operatività dell'evacuazione.

## 8.3. DEFINIZIONE DEI COMPITI

E' di fondamentale importanza per evitare che, nel momento dell'emergenza, ognuno si comporti secondo canoni propri, facendo cose già fatte da altri, tralasciando le molte altre azioni da compiere.

A tale proposito sono stati nominati e adeguatamente formati, per ogni singolo plesso, un congruo numero di Addetti all'incendio e alla gestione delle emergenze secondo quanto previsto per le strutture ad elevato rischio di incendio ai sensi del D.M. 10 Marzo 1998 e sono stati individuati tra questi i Coordinatori. L'elenco completo dei nominativi è allegato al piano di emergenza ed evacuazione di ciascun Plesso; inoltre i nominativi degli addetti alla gestione delle emergenze, con relativo recapito telefonico, sono riportati nei cartelli in cui vi sono le "istruzioni di sicurezza" ubicati in corrispondenza delle scale e delle vie di esodo.

1) è necessario che in ciascuna U.O. venga preventivamente inventariato il materiale necessario per il trasporto dei degenti non autosufficienti (barelle, sedie a rotelle) e mantenuto sempre in un luogo ben definito, a conoscenza degli addetti all'emergenza.
2) il Coordinatore dell'emergenza dovrà indicare agli addetti all'emergenza e a tutto il personale presente il comportamento da tenere per la gestione dell'emergenza; se la necessità di intervento avviene in orari in cui non è richiesto il medico di guardia le funzioni di coordinamento ricadono sul Responsabile dell'U.O. o su un suo sostituto.
3) il Coordinatore delle emergenze ha il compito di giudicare ed eventualmente impartire l'ordine di evacuazione dei degenti e del personale.

L'ordine di evacuazione deve essere, se possibile comunicato alla Direzione Sanitaria che provvederà tramite centralino o portineria ad allertare il 118, i Vigili del Fuoco e la Protezione Civile.

4) nel caso di più UU.OO. presenti nel plesso il compito di coordinare le operazioni da intraprendere in caso di emergenze viene assunto dal Coordinatore delle emergenze o dal primo medico di guardia o Responsabile (o suo sostituto) dell'unità operativa direttamente interessata della situazione di emergenza.

5) gli addetti all'emergenza e tutto il personale sanitario presente hanno il dovere di attenersi alle indicazioni dettate dal Coordinatore che si avvarrà, a sua discrezione, del personale opportunamente addestrato per il trasporto dei degenti non autosufficienti e/o di quello necessario per fare defluire i malati deambulanti o i visitatori verso le vie di fuga più adatte;

6) il personale incaricato dell'evacuazione dovrà indicare e seguire i percorsi di sicurezza indicati dalla apposita segnaletica di sicurezza; non dovranno essere utilizzati per l'esodo gli ascensori in caso di incendio, di cedimenti strutturali e di interruzioni della corrente elettrica.

7) all'esterno di ciascun plesso, possibilmente nei pressi delle uscite principali, devono essere individuate aree protette di Attesa, in cui dovranno essere radunati tutti i degenti e il personale dell'U.O. solitamente, in attesa dell'individuazione di aree coperte più consone alle condizioni dei degenti.

8) considerata la turnazione del personale sanitario è indispensabile che tutti i lavoratori siano adeguatamente informati sulle procedure da attuare in caso di emergenza; tale informazione deve essere capillare per ciascuna U.O. e per ciascun Plesso.
10) è necessario, che si provveda periodicamente alla simulazione dell'evacuazione (almeno una volta all'anno) per mettere in pratica le procedure di evacuazione, nonché a riunioni di addestramento e di allenamento all'uso dei mezzi antincendio, dei dispositivi di protezione individuali, degli impianti di allarme e dei sistemi di comunicazione in situazioni di emergenza.
L'esercitazione deve essere condotta nella maniera più realistica possibile, senza tuttavia mettere in pericolo i partecipanti ed i presenti. Essa ha inizio dal momento in cui viene fatto scattare l'allarme e si conclude una volta raggiunto il punto di raccolta e fatto l'appello dei partecipanti.
Deve essere escluso dalle esercitazioni il personale la cui presenza è essenziale alla sicurezza dell'attività ed alla continuità delle prestazioni sanitarie.
Nelle strutture di grandi dimensioni, in genere, non dovrà essere messa in atto un'evacuazione simultanea dell'intera attività. In tali situazioni l'evacuazione da ogni specifica area del luogo di lavoro deve procedere fino ad un punto che possa garantire a tutto il personale di individuare il percorso fino ad un luogo sicuro.
Nelle strutture sanitarie, non potendo coinvolgere i degenti, è possibile procedere alle simulazioni sostituendo i pazienti ed i visitatori con volontari e predisponendo apposite cartelle mediche differenziate per tipologia e gravità di patologia. È consigliabile anche effettuare una serie di telefonate e chiamate al centro di gestione delle emergenze atte a verificare il rispetto delle procedure di comunica-zione interna ed esterna ed il carico di lavoro degli operatori.
Ogni esercitazione deve prevedere una successiva fase di verifica dei risultati enucleando le osservazioni utili ad eventuali ulteriori aggiornamenti delle proce-dure d'emergenza, della situazione impiantistica c/o della formazione del personale. La verifica permette anche un miglioramento continuo delle modalità di effettuazione delle esercitazioni.

## 8.4. SISTEMI DI ALLARME

Tutte le strutture sanitarie devono essere dotate di un sistema di segnalazione di allarme di tipo elettrico a pulsante manuale ubicati lungo i corridoi ed in prossimità delle scale, in grado di avvertire gli occupanti delle condizioni di pericolo, allo scopo di dare avvio sia alle procedure di emergenza che alle eventuali operazioni di evacuazione.
Tutte le informazioni dovranno convergere ad un posto sempre presidiato "centro di gestione delle emergenze" che può coincidere con il locale portineria comunque sempre presidiato.
La diffusione degli allarmi sonori, deve avvenire tramite impianto ad altoparlanti.
Nelle strutture non ancora dotate di un sistema di segnalazione d'allarme di tipo elettrico, chiunque rilevi una situazione d'emergenza, laddove egli stesso non possa fronteggiare l'evento, è tenuto ad avvisare a voce l'addetto all'emergenza più vicino i cui riferimenti telefonici debbono essere facilmente rintracciabili dagli appositi cartelli "Norme di istruzioni" affissi vicino le planimetrie dei locali o al medico di guardia dell'U.O. L'addetto informato avrà cura di raccordarsi con gli altri addetti nei vari piani per una eventuale procedura d'emergenza. Solo il coordinatore delle emergenze potrà impartire l'ordine di evacuazione dei degenti e del personale stabilendo se essa dovrà essere parziale o tatale. L'ordine di evacuazione deve essere, se possibile, comunicato alla Direzione Sanitaria che provvederà ad allertare il 118, i Vigili del Fuoco, la Protezione Civile.

Non appena la struttura verrà fornita del suddetto sistema di segnalazione, le procedure dovranno attenersi a quanto segue:
Chiunque rilevi una situazione di emergenza deve dare l'allarme tramite il pulsante di allarme più vicino.
Il segnale di allarme arriva al posto fisso presidiato, da qui l'addetto alla gestione delle emergenze allerta il coordinatore e contemporaneamente l'addetto del piano per valutare la gravità dell'evento.
Valutata la gravità dell'emergenza, il coordinatore, qualora fosse necessario, darà disposizioni per dare il segnale di stato di allerta o di evacuazione.
I pulsanti di allarme, che saranno posizionati negli stessi punti in tutti i piani, permetteranno di attivare i segnalatori acustici.
La procedura di allarme deve essere a fasi successive per l'evacuazione progressiva dell'immobile secondo le modalità di seguito riportate:

| Fase | Tipo di segnalazione | Comportamento ed azione da seguire |
|---|---|---|
| 1 | Il suono intermittente (ad intervalli di tempo prestabiliti) della sirena, che segnala la presenza di un incendio o di altra emergenza, allertando i presenti.<br>(Il numero degli intervalli e loro durata dovranno essere verificati a seguito delle esercitazioni che devono essere previste). | Disinserire tutte le attrezzature elettriche presenti nei locali;<br>chiudere le finestre;<br>restare in attesa di istruzioni che saranno impartite con appositi segnali di allarme. |
| 2 | Il suono continuo della sirena segnala l'obbligo di evacuazione. | Disinserire tutte le attrezzature elettriche del presenti nei locali;<br>chiudere le finestre;<br>dare opportuna assistenza al personale che si trova in difficoltà a scendere le scale;<br>accompagnare l'eventuale vostro visitatore;<br>seguire le norme per l'evacuazione |

## 8.5. SQUADRA EVACUAZIONE PAZIENTI (S.E.P.)

L'evenienza di trasportare o semplicemente assistere disabili in caso di emergenza richiede metodiche e comportamenti specifici ed appropriati da parte dei soccorritori.Quando viene emanato l'ordine di evacuazione di un reparto, viene allertata la squadra addetta a trasportare i degenti non deambulanti e a guidare quelli autosufficienti verso i luoghi sicuri, in attesa dell'arrivo dei Vigili del Fuoco.
La squadra, definita S.E.P. (Squadra Evacuazione Pazienti) é composta dagli infermiere di reparto (cominciando dai reparti più lontani dall'evento), dai Medici dei reparti non interessati dall'incendio, e dai Tecnici in servizio, lasciando nei Reparti e Servizi solo il personale indispensabile alla sicurezza dei pazienti ed al funzionamento delle attrezzature.

Il comando della S.E.P. spetta al medico di guardia che avrà la funzione di Coordinatore Sanitario dei Soccorsi coadiuvato dall'Infermiere più esperto componente della Squadra di Primo Intervento.

Procedure di intervento della S.E.P.
Gli operatori che compongono la S.E.P recuperano il materiale per l'evacuazione -(teli portaferiti e barelle campali) dal deposito dove è immagazzinato e lo trasportano nel reparto in cui si è verificato l'evento.
In caso di evento gravemente evolutivo, in cui non è possibile recuperare il materiale anzidetto, occorrerà utilizzare materiale di fortuna per trasportare i pazienti allettati e cioè lenzuola, coperte, sedie o quant'altro si renda utile per spostare i degenti in un'area sicura.
Successivamente potranno essere utilizzate le barelle o i teli recuperati.
In attesa dei Vigili del Fuoco, se occorre operare in sicurezza (locali invasi dal fumo o a rischio) solo il personale della Squadra di Primo Intervento é autorizzato ad intervenire, previo equipaggiamento con materiale di protezione (autorespiratori, tuta, stivali, guanti, corda, lampada).

## 8.6. LUOGHI SICURI

Nel caso in cui venga diramato l'ordine di evacuazione si devono raggiungere i luoghi in cui si può stazionare in sicurezza in attesa che gli operatori spengano l'incendio o che si attui la successiva evacuazione dell'edificio.
Di norma è sufficiente trasportare i degenti:
a) nell'ala opposta del reparto stesso;
b) in un reparto situato almeno due piani sotto l'incendio;
c) in locali distanti da quello in cui si è verificato il sinistro (se l'evento è imponente e non controllabile);
d) in caso di evacuazione totale della struttura, in un'area protetta di attesa situata all'esterno della Casa di Cura (luogo di raccolta), identificata in fase di allestimento dei Piani.

## 8.7. ATTIVITA' INFORMATIVA ED ADDESTRATIVA

In caso di pericolo, l'informazione agli utenti è di fondamentale importanza.
Per evitare il panico collettivo, cioè la paura intensa avvertita da tutti a seguito di un evento improvviso che si traduce in fuga disorganizzata, occorrono misure che permettano di controllare le reazioni individuali; a tale proposito è importante:
• fornire informazioni concise e regolari (utilizzando anche megafoni o altoparlanti);
• indicare il comportamento da tenere e le eventuali misure precauzionali da attuare;
• utilizzare tutti i soggetti validi, indirizzandoli a compiti di assistenza (visitatori o degenti in grado di aiutare altri ricoverati);
•smentire categoricamente le "false voci"
E' opportuno che vengano diffusi messaggi per informare gli utenti, soprattutto quelli non in grado di muoversi autonomamente, sul tipo di emergenza in corso e che non saranno lasciati soli in quanto la struttura reagirà in tempi brevi e correttamente.

## 8.8. SEGNALETICA DI SICUREZZA

La segnaletica di sicurezza ha lo scopo di evidenziare le scelte effettuate nel piano di evacuazione per far fronte alle situazioni di emergenza.

Un adeguato posizionamento dei segnali indicanti i percorsi d'esodo contribuisce, in caso di emergenza, a diminuire l'ansia ed il panico;. risulta quindi di fondamentale importanza che le uscite siano chiaramente indicate e siano visibili anche quando la zona è occupata. Nel caso in cui la visione diretta non è possibile, si rende necessario utilizzare uno o più segnali direzionali, meglio se illuminati, per facilitare il deflusso delle persone verso le uscite di emergenza.

La segnaletica di sicurezza deve essere conforme al D.Lgs. 81/2008 e ha lo scopo di attirare in modo rapido e facilmente comprensibile l'attenzione su oggetti e situazioni che possono provocare determinati pericoli, ed in particolare:

- Vietare comportamenti pericolosi;
- Avvertire la presenza di un rischio o di un pericolo per le persone esposte;
- Fornire indicazioni relative alle uscite di sicurezza e ai mezzi di soccorso o di salvataggio;
- Prescrivere comportamenti sicuri ai fini della sicurezza.

La segnaletica deve avere le caratteristiche riportate nella seguente tabella:

Segnali di avviso antincendio

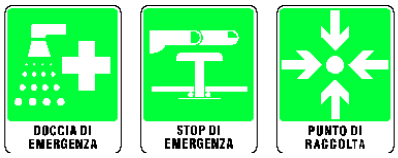
Segnali di pericolo

Segnali di divieto

Segnali di fotoluminiscenza

Segnali di prescrizione

Segnali di salvataggio




Oltre alla segnaletica di sicurezza, in ciascun piano della struttura sanitaria, in prossimità degli accessi, lungo i corridoi, nei vani scala, nelle aree di sosta devono essere esposte bene in vista precise le "istruzioni di sicurezza" per il personale e per il pubblico in caso di emergenza, corredate da planimetrie del piano che devono indicare la posizione delle scale e delle vie di esodo, dei dispositivi di arresto degli impianti tecnologici nonchè dei principali presidi di sicurezza.
Le "istruzioni di sicurezza" sono riportate in cartelli in cui le informazioni risultano facilmente leggibili e comprensibili e hanno lo scopo di informare gli utenti, soprattutto quelli non in grado di muoversi autonomamente, che in caso di emergenza, non saranno lasciati soli, ma che il personale della struttura appositamente formato reagirà in tempi brevi e con cognizione di causa.
In ogni cartello sono riportati:

1) I numeri di telefono utili in caso di emergenza (Vigili del fuoco, Soccorso sanitario, Carabinieri, Polizia), nonché i numeri degli Addetti alla gestione delle emergenze;
2) Le procedure ed i comportamenti a cui attenersi in caso di emergenza.

## 8.9. COLLABORAZIONE DEI DEGENTI E DEI VISITATORI

Occorre prevedere che, in caso di emergenza, il personale non sarà sempre in numero sufficiente per assolvere tutti i compiti.
Pertanto occorrerà utilizzare in modo proficuo l'aiuto che possono dare i degenti autosufficienti ed i visitatori.
Ciò realizza due obiettivi:
1) evitare che un degente valido si senta inutilizzato (coscienza civile), e che abbia il tempo di pensare al pericolo (coscienza del pericolo)
2) utilizzare le capacità di ogni singolo degente valido (capacità di tranquillizzare gli altri, possibile aiuto nelle operazioni di evacuazione, supporto alle operazioni non faticose come il recuperare le cartelle cliniche, ecc.).
Naturalmente, il personale del reparto, conoscendo la patologia del degente, potrà valutare le reali possibilità di aiuto che quel paziente può fornire.
All'inizio dell'emergenza l'Infermiere, il Medico di reparto o un adetto alla gestione delle emergenze riunirà. tutti i degenti validi a tale scopo e illustrerà loro, brevemente, le fasi ed i percorsi dell'evacuazione.
Occorrerà parlare loro chiaramente e con calma, al fine di fugare gli ovvi timori, assegnando a ciascuno di loro un compito specifico (aiutare altri degenti, recuperare del materiale, tenere aperte le porte di uscita).
In questo modo, sarà possibile ridurre il panico, smentendo le false voci di pericolo, che sicuramente circoleranno nella fase critica dell'emergenza.
Altrettanto utile sarà l'evidente presenza di un "Coordinatore" che si prenderà cura dei degenti, sia esso un Infermiere del reparto, che un componente delle Squadre di Emergenza.
Quanto esposto prevede una corretta attività addestrativa.
Lo scopo di tale attività è quello di:
• verificare periodicamente la funzionalità del Piano per correggerne gli errori o le disfunzioni.
• mantenere il personale addestrato, ricordandone i compiti specifici.
• sensibilizzare il personale della Casa di Cura sulle problematiche della sicurezza.

## 8.10. TECNICHE DI EVACUAZIONE DELLE PERSONE DISABILI

Nella gestione di un Piano di Evacuazione Ospedaliera occorre ricordare che il personale che dovrà evacuare i degenti in pericolo é sempre presente in numero esiguo rispetto alle necessità.
Occorre pertanto conoscere, adeguare gli interventi e standardizzarli per ottimizzare le risorse disponibili.
Quando non ò possibile utilizzare i mezzi di trasporto tradizionali, come carrozzine, barelle o letti, le tecniche di evacuazione prevedono interventi ad un soccorritore o a più soccorritori, differenziando le possibilità di collaborazione dei vari degenti da evacuare in base alla loro patologia.
Occorre ricordare che
a) i degenti che devono essere sollevati, devono essere prima spostati verso il bordo del letto,

b) se intervengono più soccorritori, il più esperto di loro assumerà il ruolo di Leader e dirigerà le operazioni
c) le tecniche di trasporto devono essere conosciute e provate più volte.
Semplice accompagnamento (con 1 o 2 soccorritori)
Paziente collaborante ma non del tutto autosufficiente.
Tecnica ad un soccorritore: lo si afferra al polso, facendosi passare il braccio sul collo, quindi, cingendogli la vita, lo si trasporta. rapidamente in zona di sicurezza. Questa tecnica può essere effettuata anche da due soccorritori.
Trasporto con dispositivo per l'evacuazione di emergenza costituito da un seggiolino guidato alle spalle del paziente da un soccorritore che lo accompagna durante la discesa dalla scala, dotato di dispositivo di frenatura.
Trasporto sul dorso con partenza dal letto (con 1 soccorritore)
Facendo sedere il paziente sul bordo del letto con le gambe divaricate, il soccorritore gli si porrà davanti consentendo di adagiarglisi sul dorso. Quindi, afferratolo per le gambe, ci si allontanerà.
In alternativa si può usare la tecnica a "sacco di farina" ove la presa si effettua frontalmente.
Presa "a seggiolino" (con 2 soccorritori)
Può essere 'effettuata solo da due soccorritori, che sostengono il paziente formando con le braccia lo "schienale" e la base d'appoggio. In particolare la tecnica richiede che i soccorritori si afferrino reciprocamente e saldamente i polsi. Il paziente, se in grado, dovrà appoggiare le braccia sulle spalle (attorno al collo) dei soccorritori.
Presa di Rautek (con 2 soccorritori)
Anche in questo caso il trasporto richiede due soccorritori, e prevede il trasporto del paziente non collaborante.
Mentre: un soccorritore -solleva le gambe del paziente l'altro lo afferra alle spalle facendogli passare le proprie braccia -sotto. .le ascelle, e afferrandolo per gli avambracci si garantisce una presa più: efficace.
Partenza dal letto con presa a pala (con 2 soccorritori)
Paziente con trauma e non collaborante.
I due soccorritori devono tenere in allineamento la colonna vertebrale.
Trascinamento (con 1 soccorritore)
Partendo dal letto, il soccorritore solleva il paziente posteriormente,. facendo passare le mani sotto -le ascelle e afferrandogli gli avambracci procede all'indietro. Questa tecnica è adatta per un rapido allontanamento.
Utilizzo di lenzuolo o copriletto
Per il trasporto di pazienti che presentano particolari problemi di peso, o nel caso di percorsi lunghi, è indicato l'uso di lenzuola o copriletto (il secondo è più resistente). Questi presidi sono facilmente reperibili, poiché si devono utilizzare gli stessi che si trovano sul letto della persona da trasportare.
Procedimento: rimuovere il copriletto del paziente e posizionarlo per terra, a fianco al letto, quindi sollevare il paziente e adagiarlo nel copriletto, avendo cura di chiudere questo dalla parte dei piedi, fatto ciò, guadagnare la più vicina zona di sicurezza.
Evacuazione con materasso
Tecnica particolarmente adatta presenza di scale o nel caso il paziente non sia trasportabile in diverso modo.

Dopo aver posizionato il copriletto per terra, vi si adagiano sopra il materasso ed il paziente; si trascina via il tutto facendo scivolare il ' copriletto.
Giunti presso le scale, se il trasporto è effettuato da un soccorritore, questo si deve portare dalla parte dei piedi e cominciare là discesa controllando che il paziente non scivoli dal materasso.
Se il trasporto è effettuato da due soccorritori sarà invece possibile controllare entrambe le estremità del materasso.

## 8.11. TERMINE DELL'EMERGENZA

Al termine dello stato di emergenza è necessario discutere, con tutto il personale interessato, in merito alla realizzazione delle manovre di emergenza ed evacuazione messe in atto. E' utile compilare e discutere il seguente questionario.

***Comunicazioni***

- ll diffusione della notizia o dell'emergenza in atto è stata tempestiva?
- Chi vi ha informato ?
- Le informazioni fornitevi descrivevano fedelmente la natura e la gravità dell'evento ?
- La rete di comunicazione ha funzionato in modo soddisfacente?
- Gli elenchi telefonici in vostro possesso erano tutti aggiornati ?

***Rapporti con l'esterno***

- Tutti gli organi esterni sono stati attivati nei tempi e nei modi previsti?
- Vi sono stati conflitti di competenza o incomprensioni ?
- Le informazioni fornite dal personale interno al loro arrivo sono state efficaci ?

***Salvaguardia e utilizzo delle risorse umane***

- Tutti i presenti sono stati evacuati rapidamente e ordinatamente?
- Il punto di riunione è stato raggiunto senza difficoltà ?
- Vi sono stati problemi specifici riguardanti il pubblico e le ditte esterne?
- Vi sono stati problemi specifici riguardanti eventuali persone con mobilità ridotta ?
- Il punto di riunione era presidiato ?
- L'intervento di soccorso agli infortunati è stato tempestivo ?
- L'elenco delle attrezzature utili in caso di emergenza era aggiornato e veritiero ?

***Eventi inattesi***

- Si sono verificate situazioni inattese e/o impreviste, non contemplate nel Piano, che avrebbero potuto accrescerne la gravità, rallentare i soccorsi, pregiudicare la salvaguardia delle persone o dei beni materiali ?

***Conclusioni***

- Come avrebbe potuto essere evitato il sinistro, e come avrebbero potuto essere ulteriormente limitati i danni?
- Come è possibile migliorare il Piano per il futuro ?

## 9. ALLEGATI TECNICI
## Schede tecniche Pronto Soccorso

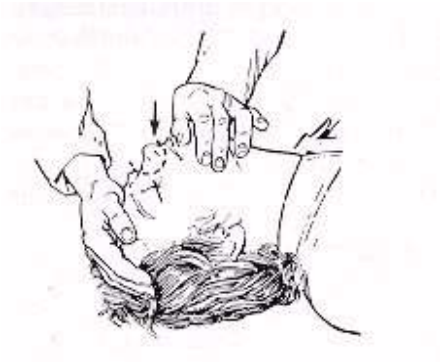
***Tecnica Respirazione Bocca-Bocca***

Posizione a lato del paziente

- Iperestendere il capo e sollevare il mento (NON iperestendere se sospetti un trauma)
- Occludere il naso con una mano (in alternativa con la guancia)
- Inspirare profondamente, per erogare un volume di 0,8 - 1 litro
- Fare aderire bene le proprie labbra intorno alla bocca della vittima
- Iniziare con 2 insufflazioni di un secondo ognuna
- Insufflare lentamente per evitare il rigonfiamento dello stomaco
- Controllare l'espansione del torace
- Assicurare che l'espirazione avvenga liberamente

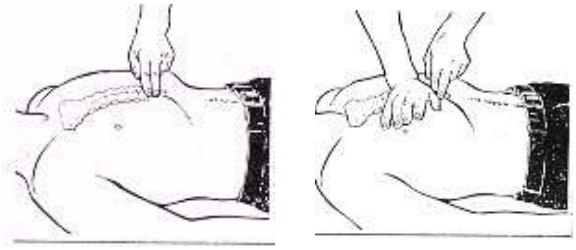
**Tecnica Respirazione Bocca-Naso**

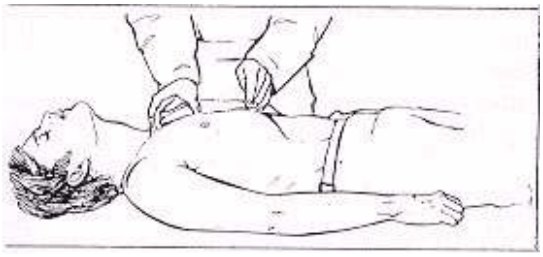
La tecnica bocca-naso è utile quando è impossibile ventilare la vittima attraverso la bocca a causa di chiusura serrata, presenza di lesioni o mancanza di tenuta (soggetti senza denti).

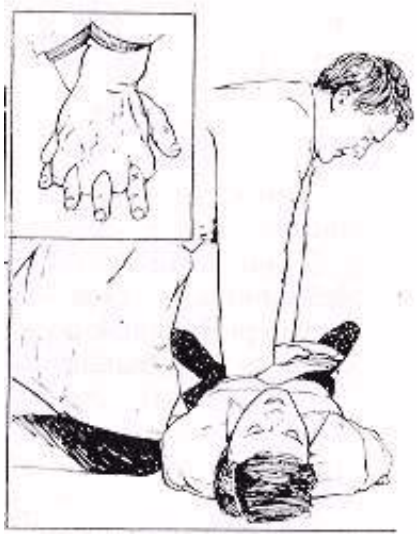


- ☐ Posizione a lato del paziente
- ☐ Iperestendere il capo e sollevare il mento (NON iperestendere se sospetti un trauma)
- ☐ Porre la mano sotto il mento e chiudere la bocca
- ☐ Inspirare profondamente per erogare un volume di 0,8 - 1 litro
- ☐ Circondare il naso della vittima con la bocca, evitando di stringere
- ☐ Iniziare con 2 insufflazioni
- ☐ Insufflare lentamente per evitare il rigonfiamento dello stomaco
- ☐ Controllare l'espansione del torace
- ☐ Assicurare la espirazione libera, aprendo la bocca del paziente

**Tecnica Respirazione Bocca-Naso**







- Porre il paziente su di una superficie rigida in posizione supina
- Inginocchiarsi a lato del paziente, che spesso si trova a terra
- Individuare la metà inferiore dello sterno
- Appoggiare l'estremità del palmo della mano sullo sterno, sollevando dita e palmo, per non comprimere le coste
- Sovrapporre l'altra mano, a dita tese o incrociate
- Effettuare le compressioni a braccia tese (gomiti rigidi) e spalle perpendicolari sullo sterno, in modo da esercitare la massima forza possibile per un tempo sufficientemente lungo con tutto il peso del tronco
- Comprimere lo sterno di 4-5 cm (la forza impiegata varia a seconda della struttura fisica del soccorritore e della vittima, dal bambino all'anziano) con un movimento intenso e rapido (meno di un secondo complessivamente)
- Rilasciare la compressione, senza spostare e sollevare le mani, per permettere al torace di ritornare alla posizione di partenza sfruttandone l'elasticità

- Il rapporto compressione-rilasciamento deve essere di 1:1
- La frequenza di compressione deve essere 80-100 min. In questo modo si fa arrivare il sangue al cervello e al cuore con una pressione di 60-80 mmHg, che può garantire la sopravvivenza del paziente.

**CRITERIO: 7 PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE**

**REQUISITO: 7.3 Iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa**

***EVIDENZA: 7.3.1*** ***Presenza e formalizzazione di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative.***

***EVIDENZA: 7.3.2*** ***E' previsto il coinvolgimento del personale nel processo di innovazioni tecnico-professionali e organizzative.***

***EVIDENZA: 7.3.3*** ***Sono definite le modalità di sviluppo di integrazione assistenza-didattica-ricerca.***

La dimensione della Casa di Cura, con il suo numero di posti letto autorizzati ed accreditati, e la sua attuale configurazione in termini di Unità Operativa di Degenza e Servizi Sanitari ed Amministrativi di supporto, offre spazi non troppo grandi per importanti iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa. E tuttavia, come già indicato in altra "Evidenza" relativamente a processi di Miglioramento della Qualità, sono state già tracciate per il lungo periodo le linee di sviluppo migliorativo con riguardo allo specifico settore clinico professionale in cui opera la Struttura ed all'aspetto organizzativo più in generale.

Sotto il primo profilo – caratterizzandosi la Casa di Cura prevalentemente per il trattamento delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite – si intende perseguire l'obiettivo di forti innovazioni tecnologiche (con apparecchiature avanzate e di ultima generazione) per ammodernare e migliorare l'attività assistenziale riabilitativa con metodiche più performanti.

Sotto il secondo profilo, l'obiettivo programmato è quello di un forte potenziamento del Sistema Informativo, in parallelo processo di avanzata digitalizzazione di tutti i processi, sia tecnico-sanitari che organizzativi ed amministrativi.

# Regolamento Regionale n.ro 16 del 23 luglio 2019
# Allegato A

*Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie*

**(B.U.R.P. n.ro 84 suppl. del 25 luglio 2019)**

**********

Raccolta delle "Evidenze" per ciascun "Requisito" di ciascun "Criterio" relativamente alla fase "**Plan**"

**********

## CRITERIO: 8

## UMANIZZAZIONE

# CRITERIO: 8

# UMANIZZAZIONE

## REQUISITO: 8.1
## Programmi per l'umanizzazione delle cure

***EVIDENZA: 8.1.1*** ***Pianificazione delle attività assistenziali-organizzative in un'ottica di accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale, pazienti in coma, pazienti con patologie infettive ed immunodepressi, pazienti in chemioterapia, pazienti fragili a rischio suicidio, dialisi); contenzione, percorso nascita, assistenza agli anziani, supporto psicologico in situ, azioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza, ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive, ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità, adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona).***

***EVIDENZA: 8.1.2*** ***Presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie").***

***EVIDENZA: 8.1.3*** ***Definizione di modalità di lavoro secondo le logiche sull'équipe multidisciplinare e di modalità di partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione.***

***EVIDENZA: 8.1.4*** ***Presenza di procedure per l'accesso agevolato alla prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.***

***EVIDENZA: 8.1.5*** ***La Direzione ha definito e formalizzato specifici requisiti riguardanti il comfort delle aree di degenza, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori.***

# CRITERIO: 8 UMANIZZAZIONE

## REQUISITO: 8.1 Programmi per l'umanizzazione delle cure

***EVIDENZA: 8.1.1*** ***Pianificazione delle attività assistenziali-organizzative in un'ottica di accoglienza, che tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale, pazienti in coma, pazienti con patologie infettive ed immunodepressi, pazienti in chemioterapia, pazienti fragili a rischio suicidio, dialisi); contenzione, percorso nascita, assistenza agli anziani, supporto psicologico in situ, azioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza, ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive, ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità, adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona).***

A ragione della specificità dell'assistenza sanitaria erogata dalla Casa di Cura, specie in quella in regime di ricovero, sono state sempre avviate e consolidate particolari procedure, per portare a far sentire il paziente (ed i familiari) realmente al centro dell'attenzione degli operatori, e dell'organizzazione tutta, a cominciare dai momenti primi dell'accoglienza. Si pensi, ad esempio, ai ricoverati nell'area critica del Dipartimento di Terapia Intensiva per Gravi Cerebrolesioni Acquisite e di Neuroriabilitazione cod. 75, molte volte in stato di coma cerebrale, tracheostomizzati, incapaci di comunicare e rappresentare esigenze e/o desideri; vengono in questi casi non solo permanentemente mobilitate in maniera scientifica e coordinata adeguate risorse professionali (Rianimatori, Neurologi, Fisiatri, Infermieri, Terapisti della Riabilitazione, Psicologi, Assistenti Sociali, O.S.S.), ma viene dato ampio spazio, fuori dai momenti di cura ai familiari, per far sentire ai pazienti la loro vicinanza, dare il proprio conforto, e fare anche da tramite con gli Operatori per rappresentare bisogni e dare informazioni, senza particolare rigore sulle fasce orarie consentite per le visite e sul numero stesso di visitatori.

E similmente accade per i pazienti ricoverati nel Reparto di Psichiatria, laddove – a motivo delle particolari e specifiche fragilità, che spesso caratterizzano i pazienti – vengono più marcatamente presidiate funzioni di assistenza psicologica, di assistenza sociale, e di animazione, oltre, ovviamente alla funzione principale di diagnosi e cura svolta dai Dirigenti Medici specialisti in Psichiatria.

E tuttavia, al fine di accrescere il quadro di umanizzazione nelle attività assistenziali esercitate dalla struttura, per particolari aree o settori di intervento, vengono pianificati ulteriori progetti ed iniziative secondo le seguenti linee di azione:

1) <u>Particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica</u>:

   a) ulteriore ampliamento dell'orario di visita e maggiore flessibilità in relazione a particolari circostanze rappresentate dai familiari (distanze, condizioni lavorative, ecc.);
   b) paraventi nel Reparto di Terapia Intensiva G.C.A. per delimitare la visibilità dei pazienti, durante l'orario di visita, ai soli familiari e conoscenti;
   c) organizzazione nel Reparto di psichiatria di una sala da pranzo per degenti, di stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) fra i posti letto, e, laddove consentito, con presenza di TV.

2) <u>Informazione e consenso informato – relazioni con il pubblico:</u>

   a) dato atto che esiste già un numero telefonico aziendale per la richiesta di informazioni dall'esterno, e che esiste all'interno della struttura la procedura operativa aziendale sul consenso informato, si programma l'organizzazione di apposito locale attrezzato quale Ufficio per le relazioni con il pubblico, con risorsa dedicata;

3) <u>Carta dei Servizi e Soddisfazioni Utenti</u>:

   a) esiste già presso la Struttura la Carta dei Servizi. Si programma il suo aggiornamento e arricchimento e ripubblicazione sul Web;

b) si programma una indagine sulla soddisfazione degli utenti della Struttura con pubblicazione dei risultati.

4) Continuità assistenziale

Allo stato, si incontrano molte difficoltà – pur con l'interessamento dei rispettivi Distretti Socio Sanitari – per garantire ai pazienti, al momento della dimissione, la continuità delle cure con passaggio ad altri setting assistenziali (ADI –RSA, ecc.). si intende programmare una serie di iniziative, attraverso accordi, interlocuzioni o procedure con strutture del S.S.R. o private accreditate per ovviare al problema di non poter assicurare ai pazienti in dimissione la prosecuzione dei trattamenti.

5) Formazione

a) si programma: la realizzazione di appositi Corsi di formazione su specifici temi quali la diversità culturale rivolti agli operatori sanitari maggiormente a contatto con l'utenza straniera;
b) la realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per il personale di front office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti:
c) realizzazione di una analisi sul clima aziendale e del benessere organizzativo e realizzazione di azioni di miglioramento.

6) Specificità linguistiche e mediazione culturale

Si programma la realizzazione di un Servizio per fornire, all'occorrenza, e su chiamata, di un interprete e di un mediatore culturale.

7) Pranzo e menù differenziati

Esiste già, nella Struttura, la possibilità di scegliere menù speciali o personalizzati. Per migliorare ulteriormente il servizio si programma la realizzazione di menù sulla base delle convinzioni etiche o religiose dei pazienti.

8) Parcheggi

Dato atto che esistono ed adeguatamente evidenziati, sia un percorso pedonale esterno che una segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione, si programma un adeguamento e realizzazione delle aree di parcheggio, compresa un'area riservata ai cicli e/o motocicli.

## CRITERIO: 8 UMANIZZAZIONE

## REQUISITO: 8.1 Programmi per l'umanizzazione delle cure

***EVIDENZA: 8.1.2*** ***Presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie").***

***EVIDENZA: 8.1.3*** ***Definizione di modalità di lavoro secondo le logiche sull'équipe multidisciplinare e di modalità di partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione.***

***EVIDENZA: 8.1.4*** ***Presenza di procedure per l'accesso agevolato alla prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.***

***EVIDENZA: 8.1.5*** ***La Direzione ha definito e formalizzato specifici requisiti riguardanti il comfort delle aree di degenza, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori.***

Nel Piano Formativo Aziendale rientrano programmi di formazione, specificatamente rivolti al personale sanitario, finalizzati al radicamento della consapevolezza del loro fondamentale ruolo nella mission aziendale, con l'obiettivo di accrescere sempre più la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari. In particolare verranno curati percorsi formativi per far acquisire agli operatori abilità procedurali per rendere empatico il rapporto con i pazienti, e per renderli partecipi del processo assistenziale, con il coinvolgimento di tutti gli operatori interessati in un quadro operativo che privilegi modalità lavorative proprie dell'équipe multidisciplinare.

Nella massima considerazione e rispetto per le esigenze dei pazienti, la Direzione ha, per altro verso, già formalizzato procedure per agevolare la fruizione delle prestazioni assistenziali, con la semplificazione degli adempimenti amministrativi, con una trasparente e tempestiva comunicazione, e consentendo ai pazienti stessi e/o ai loro familiari un rapido accesso, in tempi predefiniti nella Carta dei Servizi, alla documentazione sanitaria di loro interesse.

Sotto altro profilo, vengono rispettate tutte le prescrizioni di legge, e gli specifici requisiti previsti per ciò che attiene al comfort delle aree di degenza, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa di accompagnatori e visitatori.