

# PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO 2002-2004

## REGIONE VENETO

### Progetto Regionale

#### Prevenzione e promozione della sicurezza e della salute nelle strutture sanitarie

#### PREMESSA

Come è noto l'emanazione del D. Lgs. 626/94 ha imposto a ciascuna impresa, pubblica e privata, una profonda ridefinizione delle proprie politiche e strategie di prevenzione dei rischi professionali e di tutela della salute dei lavoratori.

Il Decreto fornisce in buona sostanza le indicazioni per l'organizzazione interna della sicurezza:

- individua, riconfermandole e specificandole rispetto alla precedente normativa, le figure destinatarie dirette degli obblighi di legge: datore di lavoro – dirigenti – preposti – lavoratori;
- stabilisce per questi le "strutture tecniche di supporto" per l'analisi dei problemi connessi alla presenza di rischi professionali e per la ricerca delle soluzioni più appropriate: servizio di prevenzione e protezione, medico competente, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- esige la predisposizione di circuiti informativi all'interno di questo sistema, proprio a garanzia che gli obiettivi siano comuni e gli sforzi non vengano vanificati: riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi;
- richiede la costante informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori o dei loro rappresentanti.

In questo senso rappresenta quindi un vero e proprio salto di qualità rispetto al passato.

Ne deriva che verificare concretamente lo stato di applicazione del Decreto vuol dire senz'altro rilevare le modalità con cui anche nell'Azienda ULSS viene applicata la legge (e quindi individuare carenze, criticità, difetti di applicazione, punti di eccellenza, ...). Ciò dovrebbe diventare altresì occasione per poter cogliere, oltre al livello **di rispetto formale della norma** e degli indirizzi forniti, il grado di reale consapevolezza raggiunto, ai vari livelli, sulle novità e sul nuovo approccio alla prevenzione introdotto con il recepimento delle Direttive Europee.

Su tali basi, allo scopo di valutare il più compiutamente possibile lo stato di applicazione del D. Lgs. 626/94 nelle strutture sanitarie della Regione Veneto, si è ritenuto opportuno realizzare nell'ambito del Progetto Regionale "Prevenzione e promozione della sicurezza e della salute nelle strutture sanitarie" del Piano Triennale, uno strumento di rilevazione e presentazione dei dati .

Si tratta nello specifico di 14 schede relative ai seguenti punti di valutazione:

1. dati generali dell'azienda;
2. il sistema di prevenzione aziendale: assetto e strutture;
3. il sistema di prevenzione aziendale: organizzazione;
4. la valutazione dei rischi;
5. il sistema di prevenzione aziendale: programmazione degli interventi;
6. l'informazione e la formazione alla sicurezza;
7. la consultazione e la partecipazione dei lavoratori;
8. le procedure di sicurezza;
9. le strutture;
10. gli impianti;
11. le attrezzature;
12. la gestione degli appalti;
13. la gestione delle emergenze;
14. la sorveglianza sanitaria.

Il questionario è riportato in allegato A

## **ANALISI DEI DATI**

Il questionario di indagine nelle strutture sanitarie, è stato inviato alle 23 aziende sanitarie pubbliche della Regione Veneto nell'arco dell'anno 2000. Di queste hanno risposto in 18.

Dai dati rilevati dalle aziende rispondenti si ricava che:

- il numero di lavoratori interessati dal Sistema di Sicurezza è al 31/12/99 pari a 45 196
- il numero dei presidi ospedalieri è pari a 46
- il numero totale di posti-letto è pari a 15 733
- Il numero totale degli addetti ai Spp è pari ad 89 con un rapporto di 2 per 1000 lavoratori
- il numero totale degli addetti all sorveglianza sanitaria è pari a 67 con un rapporto di 1.5 per 1000 lavoratori
- il numero totale di RLS è 146 con un rapporto di 3 per 1000 lavoratori.

## **DATI REGIONALI: 18 Aziende sulle 24 coinvolte**

**Totale dipendenti al 31/12/1999: 45.196**

**Totale presidi ospedalieri: 46**

**Totale posti letto: 15.733**

**Totale addetti SPP: 89**

**Rapporto addetti SPP/dipendenti: 2 su 1000**

**Totale addetti sorveglianza sanitaria: 67**

**Rapporto addetti sorv. san./dipendenti: 1.5 su 1000**

**Totale RLS: 146**

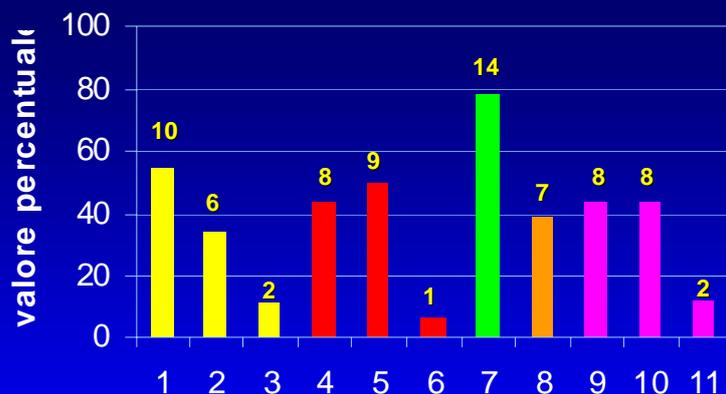
**Rapporto RLS/dipendenti: 3.2 su 1000**

## **STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE**

Il primo gruppo di domande riguarda il Sistema della Prevenzione nel suo assetto strutturale ed organizzativo.

Alla domanda relativa alla istituzione del SPP, tutte le aziende hanno risposto positivamente, ma , alla domanda se il responsabile sia interno e a tempo pieno o definito, solo il 55% delle aziende risponde di avere un interno a tempo pieno, mentre il 44 % lo hanno a tempo parziale e l'11% ha un esterno.

## LE FIGURE DEL SISTEMA SICUREZZA AZIENDALE



- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1. RSPP interno tempo pieno | 7. Addetti emergenze       |
| 2. RSPP interno part time   | 8. Addetti pronto soccorso |
| 3. RSPP altro               | 9. RLS RSU                 |
| 4. MC interno a tempo pieno | 10. RLS OOSS               |
| 5. MC interno part time     | 11. RLS altro              |
| 6. MC esterno               |                            |

Si ricorda l'art.8 comma 5 del Dlgs 626 che recita:

" L'organizzazione del SPP all'interno dell'azienda, ovvero dell'unità produttiva, è comunque obbligatoria nei seguenti casi:

a)...

g) nelle strutture di ricovero e cura sia pubbliche sia private."

Relativamente al medico competente , la percentuale di Ulss che hanno un interno si eleva, anche se aumentano i soggetti a tempo parziale . Potrebbe essere interessante avere anche questa informazione.

La domanda sulla nomina degli addetti all'emergenza ed al pronto soccorso vede un 78 % di aziende che hanno formato la squadra dell'emergenza, mentre solo il 39% ha identificato gli addetti al primo soccorso. Questo divario trova la sua spiegazione in un dibattito esistente all'interno dei SPP i quali in buona parte ritengono che siano sufficienti i servizi di pronto soccorso ospedaliero e di emergenza sanitaria.

La nomina dei RLLSS è avvenuta nella quasi totalità dei casi; una sola ULSS non aveva ancora provveduto.

I compiti e le responsabilità del RSPP sono definiti completamente solo in 5 aziende sanitarie, 3 su 18 non hanno proceduto ad alcuna formalizzazione e 10 l'hanno fatto in parte.

## ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL SSA



- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1. Compiti e resp. definiti             | 7. RSPP verifica adempim.          |
| 2. Compiti e resp. definiti in parte    | 8. Dirigente verifica adempim.     |
| 3. Compiti e resp. non definiti         | 9. Preposto verifica adempim.      |
| 4. Rapporti definiti SPP-altri          | 10. Altro verifica adempim.        |
| 5. Rapporti SPP-altri definiti in parte | 11. Nessuno verifica adempim.      |
| 6. Rapporti SPP-altri non definiti      | 12. Sì procedure di verifica       |
|   | 13. In parte procedure di verifica |
|   | 14. No procedure di verifica       |

Circa la definizione dei vari soggetti e delle competenze di quei soggetti all'interno del sistema di gestione della sicurezza e dei rapporti con il RSPP, ben 7 ULSS non hanno proceduto ad alcuna regolamentazione.

La funzione di controllo interno sulla realizzazione delle misure di prevenzione, è variamente distribuita: in 2 ULSS non esiste alcuna funzione di controllo, in 11 ULSS il controllo degli adempimenti di prevenzione è in capo a più soggetti; in 11 aziende il RSPP ha funzioni di controllo, in 6 aziende anche i dirigenti hanno funzioni di controllo.

3 ULSS dichiarano altri soggetti diversi da dirigenti, preposti e RSPP aventi compiti di controllo

( Serv.tecnico, medicina preventiva, nucleo di valutazione aziendale)

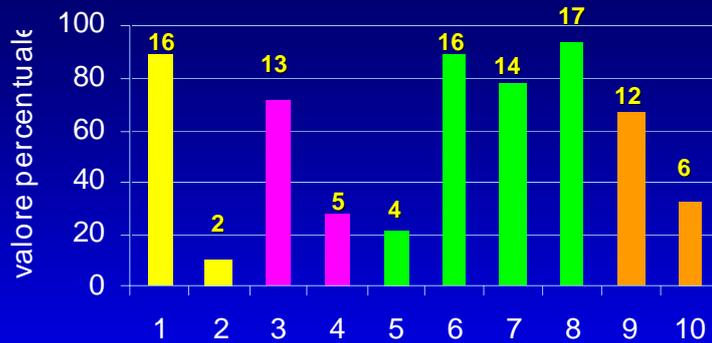
Le procedure per la verifica esistono in 13 aziende mentre 5 non ne hanno alcuna.

Il totale delle aziende ha un sistema di raccolta di dati delle attività di prevenzione. Il 50% raccoglie per via informatica i dati della sorveglianza sanitaria.

## LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Alla domanda se sia stata fatta la valutazione dei rischi, 16 aziende rispondono di sì, due dichiarano di averla in parte; quando però analizziamo la risposta riferita alla valutazione in rapporto alle singole attività aziendali, essa si rivela un po' diversa, lasciando intendere che il numero di aziende che non ha una valutazione completa è più alto; ben 5 aziende infatti dichiarano di avere valutato le attività in parte.

## VALUTAZIONE DEI RISCHI

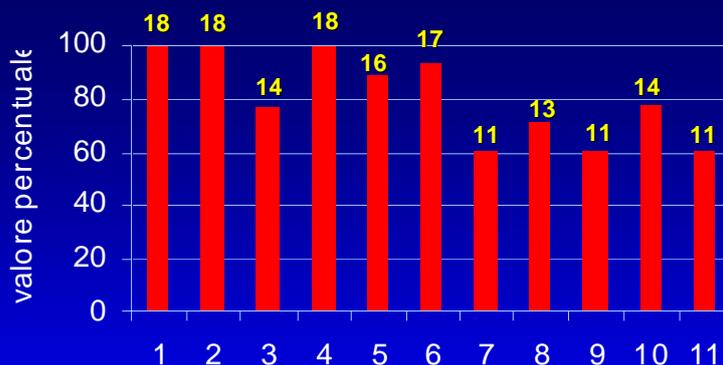


- |                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 1. Sì VR fatta                       | 5. VR fatta con RLS     |
| 2. VR fatta in parte                 | 6. VR fatta da SPP      |
| 3. VR fatta per tutte le attività    | 7. VR fatta con MC      |
| 4. VR fatta per parte delle attività | 8. VR fatta con altri   |
|                                      | 9. Sì aggiornamento VR  |
|                                      | 10. No aggiornamento VR |

Per quanto riguarda la collegialità della valutazione e la partecipazione di tutti gli attori, si rileva che: 17 aziende hanno coinvolto altri soggetti (dirigenti, preposti, ufficio tecnico ecc.), ma solo 4 aziende hanno coinvolto i RRLSSS, cosa peraltro obbligatoria ( art. 19 c.1 lett c), mentre 4 aziende non hanno coinvolto il medico competente anche questo previsto obbligatoriamente all'art.4 c.6 del Dlgs 626.

La metodologia di valutazione è per lo più corretta, anche se si sottolinea che 6 aziende non hanno identificato gli esposti e che 2 aziende non hanno identificato le misure preventive e protettive.

## CONTENUTI DEL DOCUMENTO DI VR

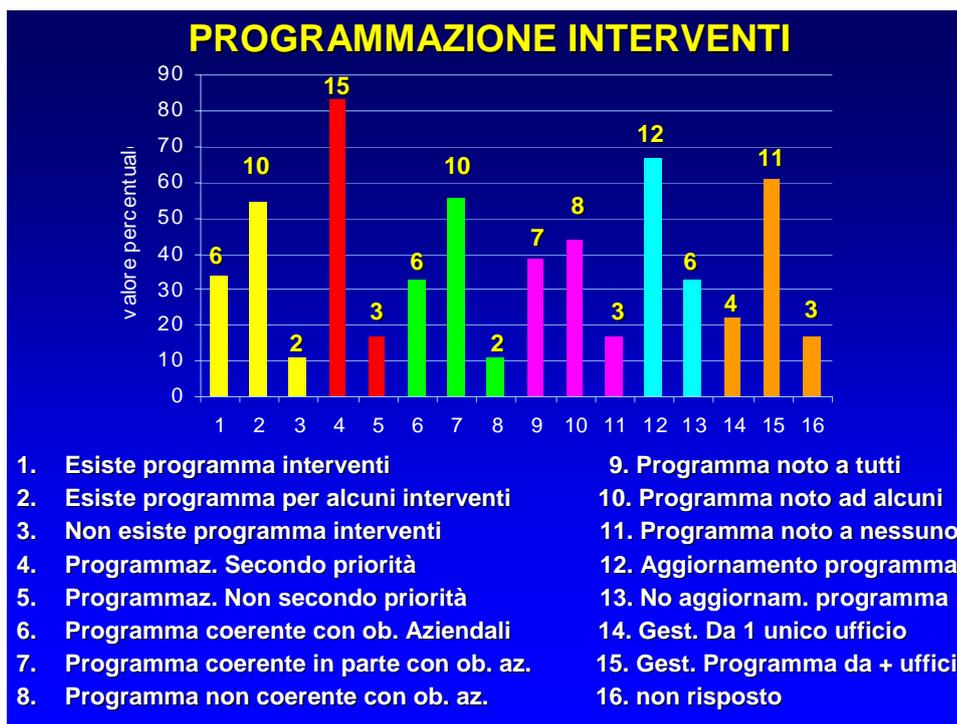


- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. Indicaz. Criteri             | 8. Protocolli per sorv. Sanit. |
| 2. Individuaz. Rischi           | 9. Programma attuativo         |
| 3. Individuaz. Esposti          | 10. Piani di informaz./formaz. |
| 4. Valutaz. Rischi              | 11. Approfondimenti specifici  |
| 5. Definiz. Misure prev.- prot. |                                |
| 6. Individuaz. Necessità DPI    |                                |
| 7. Individuaz. Procedure        |                                |

5 aziende non hanno predisposto protocolli di sorveglianza sanitaria e 4 non hanno un piano per la formazione del personale. 6 aziende non procedono alla revisione sistematica della valutazione.

## LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE

Un programma delle misure di prevenzione e protezione non esiste solo per 2 aziende. La metodologia della programmazione per priorità di sicurezza è diffusa nella stragrande maggioranza delle aziende, viceversa il recepimento delle priorità di sicurezza negli obiettivi aziendali avviene solo nel 56% delle aziende



Il programma di prevenzione viene diffuso nel 39% delle aziende , pare cioè che esso sia considerato una cosa di stretta competenza specialistica e la sua attuazione risulta essere, nella totalità delle aziende una cosa non integrata nella programmazione e nella gestione aziendale.

## L'INFORMAZIONE E LA FORMAZIONE DEI LAVORATORI

Il programma di formazione è presente in 16 aziende, due non lo hanno. Tale programma è formulato da RSP e medico competente, nel 78% dei casi sono coinvolte altre strutture aziendali. Solo il 44% delle aziende coinvolge il RLS.

All'atto della restituzione del questionario, la formazione non era ancora completata, infatti solo 4 aziende avevano sottoposto a formazione tutti i lavoratori. D'altra parte è noto come formare i lavoratori di una struttura sanitaria, sia organizzativamente difficile a causa delle implicazioni sull'assistenza che questa ha.

I RLS per lo più non sono stati consultati nè coinvolti nella formazione, ma in genere sono stati formati.

Gli strumenti prediletti della formazione dei lavoratori sono gli incontri d'aula e a piccoli gruppi; è da sottolineare come siano molto utilizzate le esercitazioni pratiche, mentre la simulazione e/o discussione di casi aziendali è stata adottata da 1/3° delle aziende.

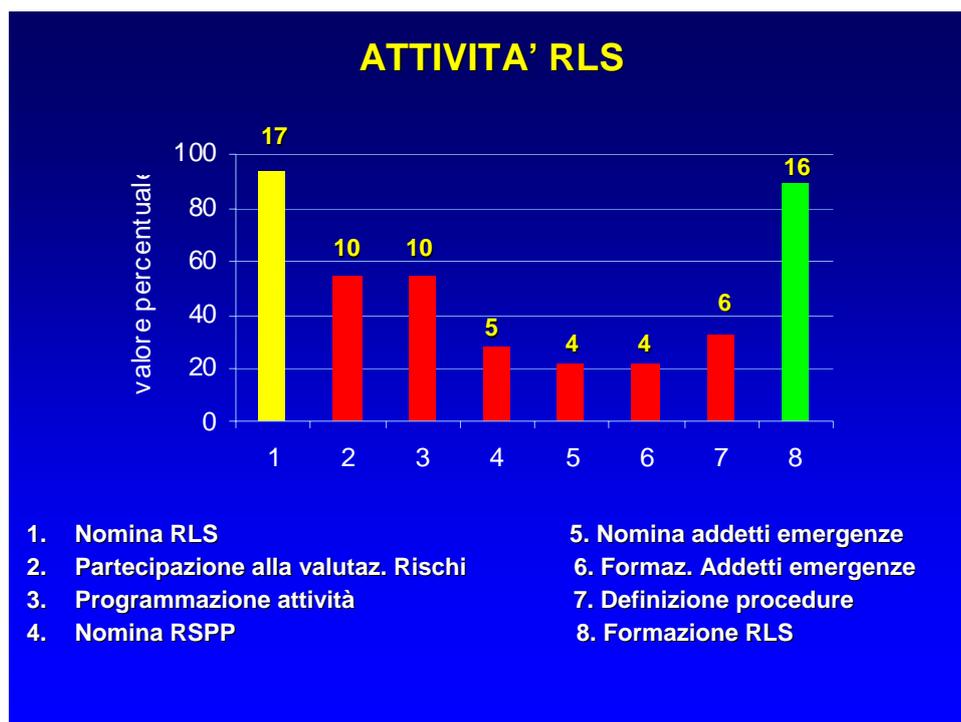
Il medico competente non figura come formatore nel 17% delle aziende sanitarie, mentre nel 94% dei casi si è ricorso ad esterni.

Il Dlgs 626 all' art. 17 c.1 lett.m cita:"il medico competente collabora all'attività di formazione e informazione di cui al capo VI°.

## LA CONSULTAZIONE E LA PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI

Le direttive Europee danno molto risalto alla necessità che, chi è oggetto di tutela da parte del datore di lavoro e della società, sia anche parte attiva nel processo e a questo proposito prevede, non solo la presenza di figure istituzionalmente accreditate con precisi compiti di vigilanza e di attivazione sulle tematiche della sicurezza, in rappresentanza dei lavoratori, ma anche definisce tutta una serie di momenti di consultazione e di partecipazione al processo di prevenzione.

Il decreto identifica fra i lavoratori i rappresentanti per la sicurezza, definendone un numero minimo che per le aziende con più di 1000 dipendenti è 6. Identifica anche le attribuzioni dei RLLSS che sono riportate all'art.19.

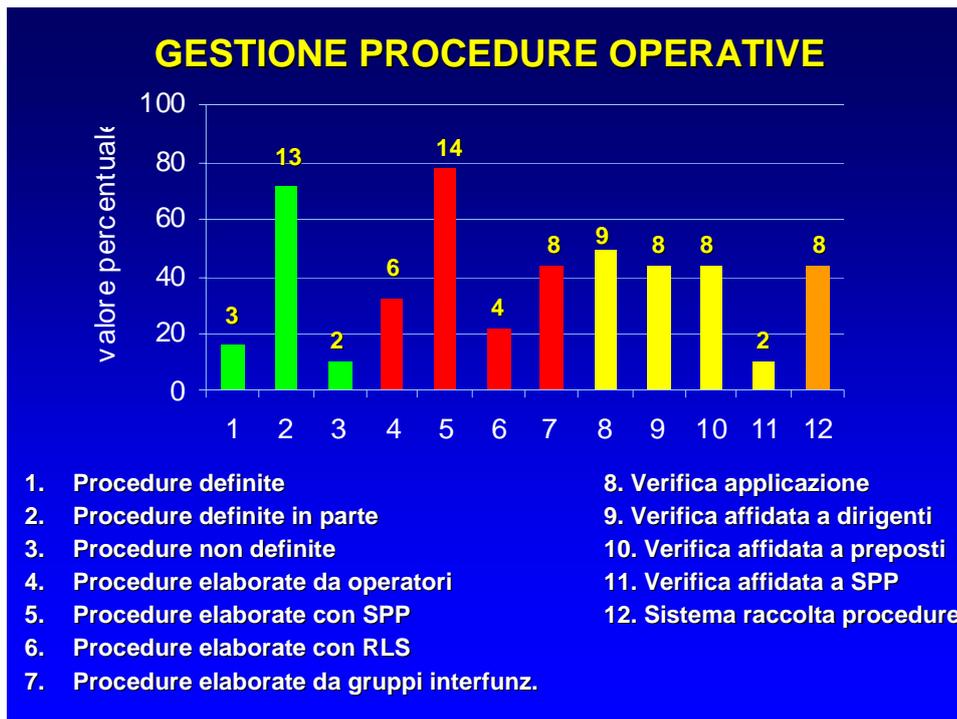


Dalla nostra indagine appare una situazione critica: nel 94% delle aziende il RLS è stato nominato ed è stato formato nell'89%, ma la sua consultazione ed il suo coinvolgimento appaiono assolutamente residuali. In poche parole il sistema aziendale di sicurezza non considera i lavoratori come attori attivi della prevenzione e della promozione della loro stessa salute.

Il dato riportato in apertura dimostra che i RLLSS sono in numero di 3 ogni 1000 lavoratori mentre dovrebbero essere almeno 6.

## LE PROCEDURE DI SICUREZZA

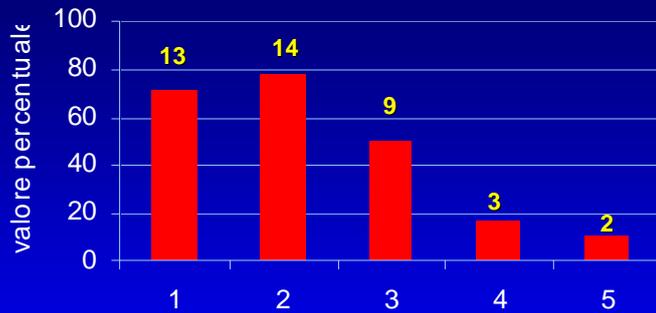
La stesura e la revisione delle procedure operative di sicurezza sono momenti di analisi di che cosa, chi e come si lavora e rientrano nel processo di miglioramento continuo della qualità. Ciò è chiaro per la stragrande maggioranza delle aziende dato che l'89% dichiara di averle definite in toto o in parte. La complessità delle strutture sanitarie, in genere, rende difficilmente attuabile una totale definizione di procedure su tutto. E' certamente un obiettivo su cui lavorare. Si rileva comunque che due aziende non hanno definito alcuna procedura operativa.



La collegialità e l'interessamento degli operatori sulla stesura delle procedure è molto bassa. Si noti che solo 1/3° delle aziende ha procedure elaborate dagli stessi operatori e solo 1/5° le ha definite con la partecipazione del RLS. In poco meno della metà delle aziende le procedure sono raccolte.

La verifica dell'applicazione delle procedure è molto variabile. Ben il 50% delle aziende non ne ha codificata alcuna, nell'altra metà è affidata per lo più a dirigenti e preposti.

## TRASMISSIONE PROCEDURE OPERATIVE



1. Ordine di servizio
2. Incontri ad hoc
3. Manuale delle procedure
4. Oralmente ma formalmente
5. informalmente

Nel 72% delle aziende le procedure vengono trasmesse in modo formale, addirittura con ordine di servizio, quasi a dimostrazione di come quelle procedure siano scarsamente condivise dagli operatori direttamente interessati. Curiosamente dietro a questa formalità non va l'esigenza di formalizzare anche un sistema di controllo e di aggiornamento delle procedure.

## AGGIORNAMENTO PROCEDURE



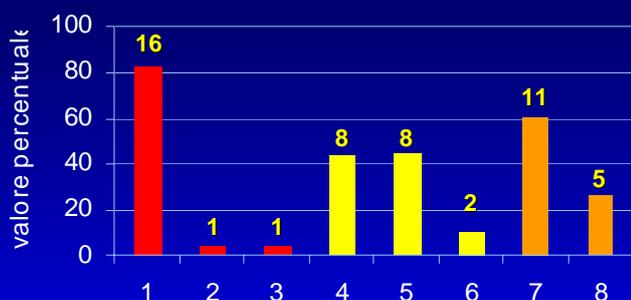
1. Aggiornamento procedure
2. Input da dirigenti
3. Input da preposti
4. Input da lavoratori
5. Input da SPP
6. Input da MC
7. Input da RLS

Pare di intuire un modo burocratico di interpretare le innovazioni del sistema di sicurezza aziendale apportate dal Dlgs 626.

## LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DELLE STRUTTURE, IMPIANTI, ATTREZZATURE

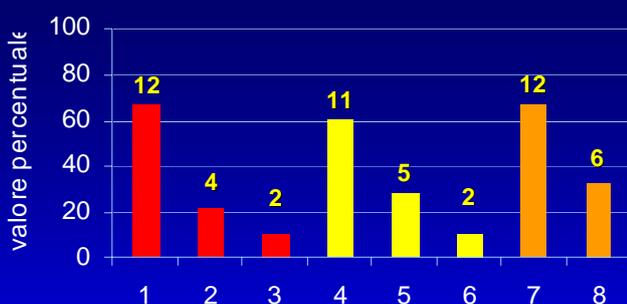
Impianti, strutture ed attrezzature sono inventariati nella maggior parte delle aziende, con un massimo del 83% per le strutture. Diverso è per il programma di manutenzione che è definito al completo in una percentuale che va dal 44% per le strutture, al 61% per gli impianti, al 55% per le attrezzature.

### GESTIONE STRUTTURE



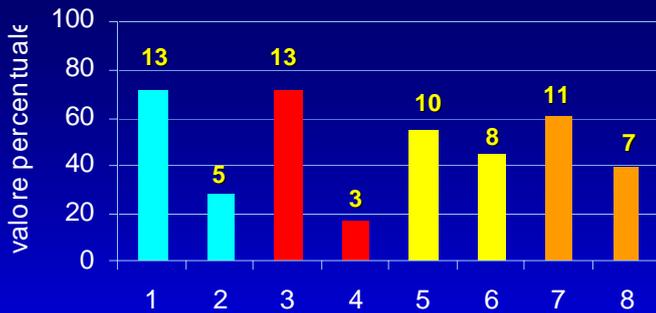
1. Inventario strutture redatto
2. Inventario strutture redatto in parte
3. Inventario strutture non redatto
4. Programma manutenzioni definito
5. Programma manutenzioni definito in parte
6. Programma manutenzioni non definito
7. Gestione manutenzioni da 1 unico servizio/ufficio
8. Gestione manutenzioni da più uffici/servizi

### GESTIONE IMPIANTI



1. Inventario strutture redatto
2. Inventario strutture redatto in parte
3. Inventario strutture non redatto
4. Programma manutenzioni definito
5. Programma manutenzioni definito in parte
6. Programma manutenzioni non definito
7. Gestione manutenzioni da 1 unico servizio/ufficio
8. Gestione manutenzioni da più uffici/servizi

## GESTIONE ATTREZZATURE



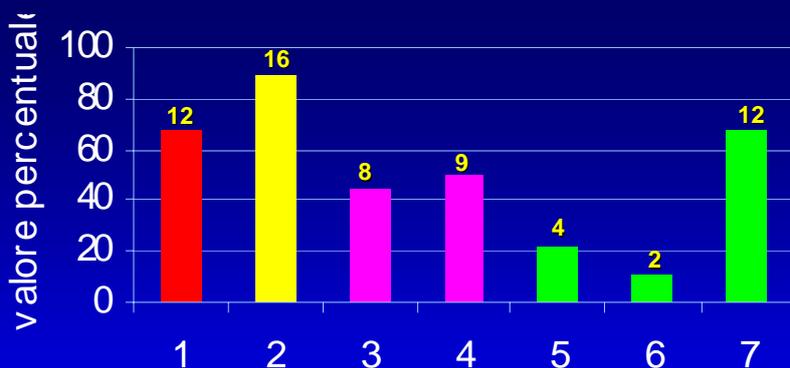
1. Inventario strutture redatto
2. Inventario strutture redatto in parte
3. Inventario strutture non redatto
4. Piano acquisti redatto
5. Piano acquisti redatto in parte
6. Programma manutenzioni definito
7. Programma manutenzioni definito in parte
8. Gestione manutenzioni da 1 unico servizio/ufficio
9. Gestione manutenzioni da più uffici/servizi

La gestione del programma di manutenzione avviene in modo integrato solo in 1/3° circa delle aziende.

## LA GESTIONE DEGLI APPALTI

2/3 delle aziende ha definito la procedura di gestione degli appalti, l'89% verifica l'idoneità professionale delle ditte. Le note dolenti iniziano quando si pongono domande sulla integrazione della sicurezza e quindi sulla comunicazione del rischio fra committente ed appaltante, sul coordinamento della sicurezza e delle misure di prevenzione.

## GESTIONE APPALTI

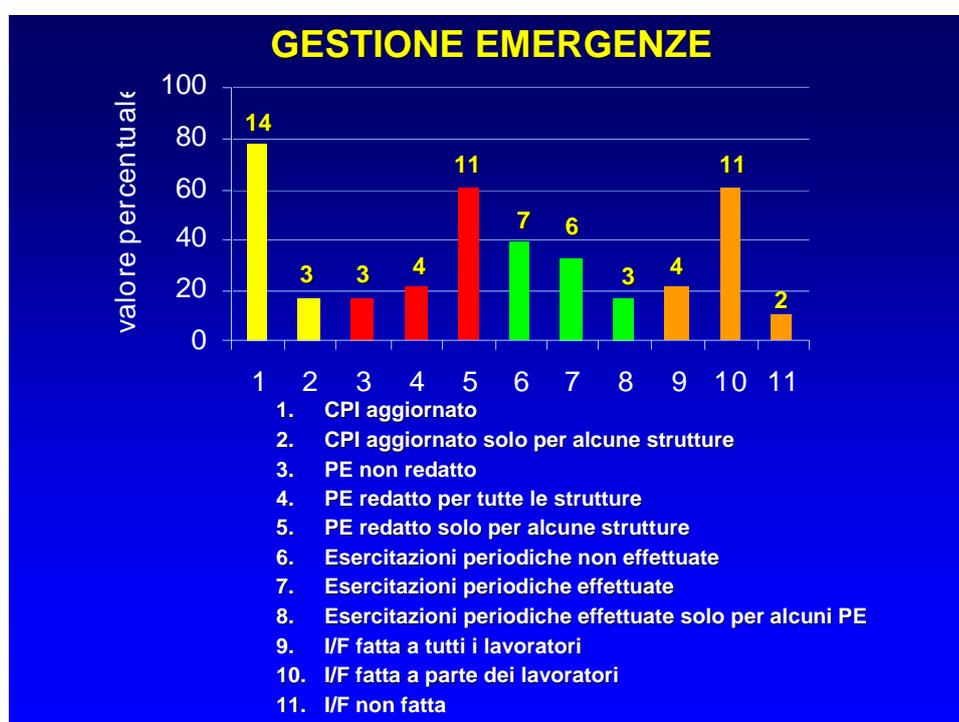


1. Procedura definita per gestione appalti
2. Verifica idoneità professionale ditte
3. Consegna informazione a tutte le ditte
4. Consegna informazioni a parte delle ditte
5. Modalità formalizzata di collaboraz./coordinam.
6. Non c'è modalità formalizzata di collaboraz./coordinam.
7. Modalità formalizzata di collaboraz./coordinam. solo per alcune ditte

Si può osservare che il 50% delle aziende comunica i rischi propri a tutte le ditte appaltanti; il coordinamento fra committente ed appaltanti viene sistematicamente garantito solo nel 25% dei casi. Il 63% dichiara di farlo in parte.

## LA GESTIONE DELLE EMERGENZE

Le domande relative alla presenza del CPI aggiornato confermano una realtà delle strutture sanitarie già nota e comunque in via di un faticoso ed oneroso adeguamento, alla data della risposta il 75% delle aziende non avevano un CPI aggiornato, il 19% ce l'aveva per alcune strutture. Il 94% delle aziende aveva però presentato ai VVf un piano di adeguamento

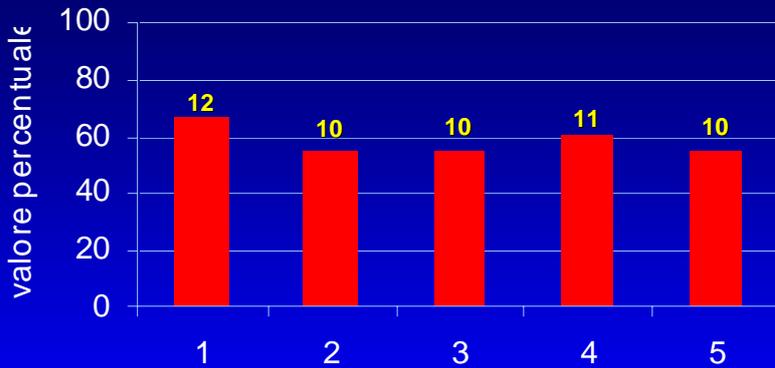


Per quanto riguarda il Piano di Emergenza, esso è stato redatto per tutte le strutture solo nel 25% dei casi, un altro 56% ce l'ha parziale, 4 aziende dichiarano di non avere il piano di emergenza.

Chi ha il piano di emergenza completo o parziale ha anche provveduto ad informare i lavoratori e, nel 56 % delle aziende si prevedono esercitazioni di verifica del P.E

Sulle caratteristiche di redazione del PE, le risposte date indicano un buon livello di professionalità dei Servizi di Protezione e Prevenzione delle aziende sanitarie e, comunque, la variabilità delle risposte indica anche l'esigenza di indicare un modello metodologico di redazione del P.E.

## CONTENUTI PIANO DI EMERGENZA

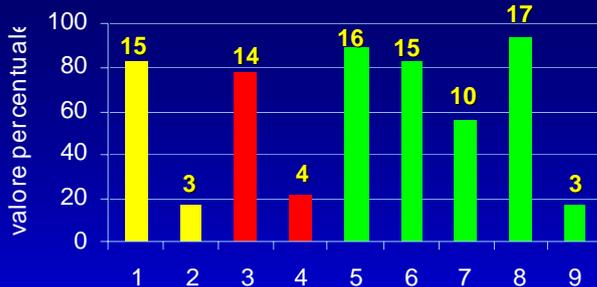


1. PE basato sulle caratteristiche dei luoghi
2. PE basato su numero delle persone e loro ubicazione
3. PE con struttura gerarchica di coordinamento
4. PE con compiti definiti per tutte le persone coinvolte
5. PE con modalità di funzionamento del sistema di rilevazione ed allarme

## LA SORVEGLIANZA SANITARIA

Tutte le aziende eseguono gli accertamenti sanitari preventivi e periodici per gli esposti a rischio, così come la totalità delle aziende ha protocolli sanitari che vengono periodicamente aggiornati con l'aggiornamento della valutazione dei rischi ed ha istituito una cartella sanitaria per ogni esposto visitato.

## SORVEGLIANZA SANITARIA



1. Protocolli sanitari definiti
2. Protocolli sanitari definiti in parte
3. Aggiornamento protocolli
4. Aggiornamento protocolli solo in parte
5. Consegna cartella a fine rapporto di lavoro
6. Comunicazione dati MC-RLS
7. Sopralluoghi documentati del MC
8. Partecipaz. del MC alle attività di I/F
9. Collaboraz. Del MC all'organizzazione del Pronto Soccorso

Solo nel 56% dei casi esiste un archivio informatizzato che consenta l'utilizzo a scopi epidemiologici delle informazioni sanitarie rilevate durante la sorveglianza. Per quanto riguarda il resto degli adempimenti in carico al Medico Competente, si può notare una notevole diligenza nell'esecuzione di tutte quelle operazioni più strettamente "mediche" ed una scarsa attenzione all'integrazione della sorveglianza sanitaria nel sistema di gestione della sicurezza. Infatti la comunicazione dei dati collettivi della sorveglianza sanitaria ai RRLSS viene fatta nel 80% circa dei casi e solo nel 63% viene documentato il sopralluogo effettuato dal MC. Infine un ultimo dato, solo nel 19% dei casi il MC ha collaborato alla predisposizione del Servizio di Pronto Soccorso.

## CONCLUSIONI

- La prima osservazione è riferita ad una sostanziale carenza di uno dei principali attori della prevenzione: i lavoratori. I RRLSS sono pochissimi in numero e non sono comunque coinvolti nella gestione della sicurezza dall'apparato. Il fatto che siano pochi dipende dalla scarsissima partecipazione che si è avuta quando sono state indette le elezioni, si tratta quindi di un problema prevalentemente di natura politico-sindacale; il coinvolgimento è invece un obbligo di legge, non solo, è considerato nella politica comunitaria un importante strumento di promozione della salute. Per lo più il rapporto con i lavoratori è inteso come rapporto coercitivo, si veda l'abitudine di formalizzare con ordini le procedure di sicurezza, mentre manca qualsiasi coinvolgimento nella loro stesura.
- Tutte le operazioni che prevedono coordinamento, comunicazione, integrazione fra diverse strutture, trovano notevoli inadempienze. Anche queste sono obbligatorie per legge, ma si deve prendere atto che nelle nostre strutture vige ancora una organizzazione gerarchica verticale e che la costruzione di percorsi orizzontale richiede una ulteriore maturazione culturale. Si veda in particolare la mancanza di coordinamento fra committente ed appaltanti, la mancanza di integrazione nella gestione della programmazione pluriennale della sicurezza anche con la Direzione Strategica delle ULSS, la mancanza di integrazione e coordinamento fra i diversi servizi della stessa azienda che concorrono alla sicurezza.
- L'identificazione e la distribuzione delle responsabilità fra diverse figure dal datore di lavoro ai dirigenti ai preposti ed, all'interno di questi ruoli, fra differenti unità operative, è un altro dei punti critici. Le responsabilità sono identificate dal decreto legislativo, ma in pochissimi casi si è sentita l'esigenza di trasporle nella realtà organizzativa dell'azienda. E' da ricordare che le aziende sanitarie hanno una grande autonomia organizzativa e che quindi a maggior ragione ogni azienda deve regolamentare i livelli di responsabilità e di competenza.

Concludendo, molto devono fare le aziende sanitarie regionali per adeguarsi alle norme del Dlgs 626, ma soprattutto per adeguarsi alla cultura della prevenzione attualmente richiesta. La gestione della sicurezza deve essere parte integrante del buon funzionamento dell'azienda e del processo di qualità totale.