

Sezione 2.A – SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

2.1 RSPP: Nominativo _____
 RSPP interno RSPP esterno

2.2 ASPP: N . _____

Nominativo/i _____

2.3 RLS: N . _____

Nominativo/i _____

2.4 Medico/i Competente/i: N . _____

Nominativo/i Medico/i Competente/i _____

Nominativo Medico Coordinatore _____

MC interni N. _____

MC esterni N. _____

▪ presso società di consulenza N. _____

▪ libero professionista N. _____

Sezione 2.B – RISK MANAGEMENT

2.B.1 RISK MANAGER:

Presente: Nominativo _____

Non presente

Sezione 3 - ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE (MC) E SORVEGLIANZA SANITARIA

3.1 Il piano di sorveglianza sanitaria - è possibile barrare più voci

** punto 2 richiesta documentazione pag. 11*

- è predisposto dal MC in relazione ai rischi per la salute e sicurezza individuati nel DVR
- è predisposto dal MC e coerente con il processo di valutazione dei rischi per la salute e sicurezza al quale ha direttamente partecipato
- ricerca i principali determinanti di salute (BMI, fumo, alcol, dipendenze, attività fisica)
- ricerca eventuali situazioni di disagio lavorativo e disturbi o patologie stress lavoro-correlate, con possibilità di richiesta di supporto specialistico

3.2 Il MC si occupa di rilevare i determinanti di salute ai fine dell'attuazione di programmi volontari di promozione della salute?

** punto 3 richiesta documentazione pag. 11*

- No
- Sì, si occupa della rilevazione dei principali determinanti di salute senza fornirne un'analisi
- Sì, si occupa della rilevazione dei principali determinanti di salute ed elabora i dati al fine di proporre l'attuazione e/o valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute
- Sì, si occupa della rilevazione dei principali determinanti di salute ed elabora i dati al fine di proporre l'attuazione e/o valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute alla cui realizzazione partecipa attivamente

3.3 Quali sono i contributi portati dal MC in riunione periodica ? - è possibile barrare più voci

** punto 4 richiesta documentazione pag. 11*

- illustra gli esiti della sorveglianza sanitaria e l'andamento delle malattie professionali
- fornisce indicazioni per la gestione delle limitazioni/prescrizioni formulate nei giudizi di idoneità
- presenta gli esiti dei sopralluoghi con particolare attenzione alle misure di protezione adottate
- pone attenzione alla effettiva e corretta adozione delle procedure di lavoro da parte dei lavoratori (valutazione dell'efficacia della formazione specifica)
- presenta i dati relativi ai principali determinanti di salute e all'efficacia di eventuali programmi di promozione della salute adottati
- fornisce i dati relativi alla presenza di situazioni di disagio lavorativo e disturbi o patologie stress lavoro-correlate
- fornisce proprie osservazioni alla VDR

3.4 Come viene coinvolto il MC nella gestione dei casi di idoneità che prevedono limitazioni/preSCRIZIONI? - è possibile barrare più voci

* punto 5 richiesta documentazione pag. 11

- Formula e trasmette il giudizio di idoneità al Datore di Lavoro e al lavoratore
- fornisce indicazioni utili a definire un piano di lavoro specifico
- si rapporta con il sistema prevenzionistico aziendale (RSPP e ASPP)
- si interfaccia con il dirigente o il preposto di riferimento
- collabora con un gruppo di lavoro per la gestione delle idoneità con maggiori criticità
- verifica se l'idoneità espressa viene applicata (durante il sopralluogo, durante visita periodica, contattando i diversi soggetti aziendali)

Sezione 4 – PREVENZIONE VIOLENZE CONTRO GLI OPERATORI SANITARI

4.A - GESTIONE DELLA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA

4.A.1 É stato elaborato un programma di prevenzione specifico per le aggressioni in applicazione della Raccomandazione n. 8 del novembre 2007?

* punto 6 richiesta documentazione pag. 11

- no sì

4.A.2 Esiste un gruppo di lavoro aziendale che si occupa del rischio specifico?

- no sì

Se sì, da chi è composto? - è possibile barrare più voci

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Direzione Generale o suo rappresentante | <input type="checkbox"/> Rappresentante dell'URP |
| <input type="checkbox"/> Direzione Sanitaria o suo rappresentante | <input type="checkbox"/> Rappresentante professione medica della aree ad alto rischio |
| <input type="checkbox"/> Direttore di Presidio/ Distretto | <input type="checkbox"/> Rappresentante professione infermieristica delle aree ad alto rischio |
| <input type="checkbox"/> Referente Area Affari Legali | <input type="checkbox"/> Referente Risorse umane |
| <input type="checkbox"/> Risk Management Aziendale | <input type="checkbox"/> Rappresentante Direzione infermieristica |
| <input type="checkbox"/> RSPP/ASPP | <input type="checkbox"/> Referente gruppo di lavoro per la valutazione del rischio stress lavoro correlato |
| <input type="checkbox"/> RLS | <input type="checkbox"/> Rappresentante Ufficio Tecnico |
| <input type="checkbox"/> Medico competente | <input type="checkbox"/> Rappresentante Servizio Vigilanza |
| <input type="checkbox"/> Psicologo clinico | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Rappresentante CUG | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

4.A.3 Se sì, che obiettivi si è dato? - è possibile barrare più voci

- Analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità
 - Esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi
 - Definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare
 - Implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza
 - Altro _____
-

4.A.4 Indicare eventuali difficoltà riscontrate nella definizione e attuazione del programma di prevenzione della violenza:

4.A.5 Il programma di prevenzione della violenza è stato pubblicizzato agli operatori?

- no
- sì: a tutti gli operatori al personale delle UO a maggior rischio

Con quale modalità? - è possibile barrare più voci

- Diffusione Procedura aziendale
 - Affissione in bacheca aziendale
 - Cartellonistica
 - Trasmissione del programma ai responsabili delle U.O. per diffusione al personale
 - Durante i corsi di formazione al personale
 - Diffusione brochure / materiale informativo
 - Informazione agli operatori da parte dei RLS
 - Pubblicazione sul portale della struttura ospedaliera
 - Pubblicazioni su intranet aziendali
 - Circolari interne / Delibera
 - Altro _____
-

4.A.6 Il programma di prevenzione della violenza è stato pubblicizzato agli utenti/visitatori?

- no
- sì, con quale modalità (è possibile barrare più voci):

- Cartellonistica
 - Diffusione brochure / materiale informativo
 - Pubblicazione sul portale della struttura ospedaliera
 - Schermi informativi
 - Altro _____
-
-

4.A.7 Sono in essere procedure per facilitare la segnalazione da parte del personale degli episodi subiti? * punto 7 richiesta documentazione pag. 11

no sì

4.A.8 Esiste un soggetto di riferimento per la raccolta e l'analisi delle segnalazioni, al fine di monitorare gli atti di violenza?

no sì

Se sì, che tipo di figura: _____

4.A.9 Si sono verificati atti di violenza negli ultimi 3 anni (dal gennaio 2016 ad oggi) da parte di utenti o loro famigliari?

FIGURE PROFESSIONALI	n. aggressioni VERBALI		n. aggressioni FISICHE	
	Utenti	Famigliari	Utenti	Famigliari
medici				
infermieri				
psicologi				
OSS				
ASA				
Assistenti sociali				
amministrativi front line				
volontari				
Personale di vigilanza				
Altro: _____				
Altro: _____				
Altro: _____				

AREE LAVORATIVE	n. aggressioni VERBALI		n. aggressioni FISICHE	
	Utenti	Famigliari	Utenti	Famigliari
Aree di emergenza				
Reparti di psichiatria/neurospich.infantile				
Reparti di terapia intensiva				
Reparti di geriatria				
Strutture territoriali di psichiatria				
SERT/NOA				
Area accettazione				
Assistenza domiciliare				
Area C.U.P.				
Altro: _____				
Altro: _____				
Altro: _____				

4.A.10 Sono stati segnalati atti di violenza negli ultimi 3 anni (dal gennaio 2016 ad oggi) tra colleghi?

no sì

Se sì, specificare il numero di aggressioni: VERBALI n. _____ FISICHE n. _____

In quali aree si sono verificati:

4.A.11 Il documento di valutazione del rischio (DVR) prende in considerazione il rischio "violenze/ aggressioni"? * punto 8 richiesta documentazione pag. 11

no sì

- Le segnalazioni vengono elaborate ai fini della valutazione del rischio?

no sì

- Le segnalazioni vengono elaborate al fine della predisposizione delle misure di prevenzione?

no sì

4.A.12 È stato formalizzato un piano di misure di prevenzione e protezione per il rischio "violenze/ aggressioni"? * punto 9 richiesta documentazione pag. 11

no sì

4.A.13 Nel piano sono individuate le priorità in merito all'adozione di soluzioni/misure ?

no sì

4.A.14 Qual è il contributo del MC alla valutazione e gestione del rischio "violenze/ aggressioni"?:

4.B - MISURE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

4.B.1 Viene effettuata la valutazione dei progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione/riduzione dei rischi connessi alla violenza?

no sì

Specificare:

4.B.2 Quali misure sono state programmate e/o realizzate, e presso quali aree/reparti/strutture territoriali? Ad esempio:

Azioni	Programmate (P)	Realizzate (R)	Dove (aree/reparti/strutture territoriali) specificando (P) o (R)
Impianti di allarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulsanti d'allarme antipanico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allarmi portatili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispositivi chiamata a forze dell'ordine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefoni cellulari o ponti radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Videosorveglianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Video-citofoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Serrature accessi con codice o tessere magnetiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verifica adeguatezza arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verifica oggetti potenzialmente lesivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vetri antisfondamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Collocazione servizi critici in strutture non isolate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maggior illuminazione interna ed esterna (es. parcheggi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.B.3 Chi assicura la manutenzione dei dispositivi di allarme adottati?

4.B.4 Esiste una procedura di pronto intervento in caso di attivazione dell'allarme?

* punto 10 richiesta documentazione pag. 12

no sì non applicabile

4.B.5 Sono state programmate / attuate azioni finalizzate a rendere i luoghi di attesa più confortevoli ed idonei a minimizzare fattori stressogeni?

no sì Se sì, quali in particolare?

Misura	Programmata (P)	Realizzata (R)	Dove (aree/reparti/ strutture territoriali) specificando (P) O (R)
Monitor per informazioni su tempi di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desk informazioni es. su tempi attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sedi più confortevoli (es: idonea climatizzazione, areazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arredi più confortevoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Distributori automatici di bevande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenza di volontari per dare informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tv in sale d'attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.C - MISURE ORGANIZZATIVE E PROCEDURALI

4.C.1 Quali misure sono state programmate/attuate? * punto 11 richiesta doc. pag. 11

Misura	Programmata (P)	Realizzata (R)	Dove (aree/reparti/ strutture territoriali) specificando (P) o (R)
a - Sono stati istituiti accordi con forze dell'ordine pubblico o altri soggetti in grado di fornire un supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari?	<input type="checkbox"/> con chi in particolare? _____ _____	<input type="checkbox"/> con chi in particolare? _____ _____	
b - É presente un Servizio di Vigilanza?	<input type="checkbox"/> per quale copertura oraria _____ _____	<input type="checkbox"/> per quale copertura oraria _____ _____	
c - Sono state predisposte procedure per evitare che il lavoratore operi in solitudine?	<input type="checkbox"/> in quali situazioni _____ _____	<input type="checkbox"/> in quali situazioni _____ _____	
d - É stato regolamentato l'ingresso in alcune aree?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e - É stato costituito un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi? * punto 12 richiesta doc. pag. 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f - Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g - Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h - Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.C.2 Se presenti attività di assistenza domiciliare, sono state programmate / attuate misure per rendere sicura l'attività degli operatori sanitari?

no sì non applicabile

Se sì, specificare:

Misura, per es.	programmata	attuata
Lavori in coppia in situazioni a rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adozione di cellulare aziendale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patto condiviso tra operatore ed utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.C.3 Sono state messe in atto attività di informazione sull'argomento specifico negli ultimi 3 anni (dal gennaio 2016 ad oggi)?

no sì, allegare documentazione che descriva con quali modalità e quali sono le figure coinvolte (* punto 13 richiesta documentazione pag. 11)

4.C.4 Sono state messe in atto attività di formazione sull'argomento specifico negli ultimi 3 anni (dal gennaio 2016 ad oggi)?

no sì

se sì, trasmettere le informazioni come da tabella sotto riportata:
(* punto 14 richiesta documentazione pag. 11)

titolo dell'iniziativa	figure coinvolte (mansioni/U.O., management, personale di sicurezza ...)	anno di svolgimento

4.C.5 È prevista una modalità di assistenza (es. legale) e/o presa in carico dell'operatore vittima di violenza? * punto 15 richiesta documentazione pag. 11

no sì

ALLEGATO: Riepilogo richiesta documentale

n.	item	Documentazione
1	1.4	Tabella appalti per attività assistenziali
2	3.1	Protocollo di sorveglianza sanitaria
3	3.2	Documentazione inerente eventuali iniziative di promozione della salute
4	3.3	Relazione sanitaria annuale (ultima disponibile)
5	3.4	Procedure aziendali per la gestione dei giudizi di idoneità
6	4.A.1	Programma di prevenzione specifico per le aggressioni in applicazione della Raccomandazione n. 8 del novembre 2007
7	4.A.7	Procedure aziendali per le segnalazioni di atti di violenza
8	4.A.11	Stralcio DVR nella parte relativa al rischio violenza/aggressioni
9	4.A.12	Documentazione inerente le misure di prevenzione e protezione per il rischio violenze/aggressioni programmate e/o attuate
10	4.B.4	Procedura di pronto intervento in caso di allarme
11	4.C	Eventuali note/procedure concordate/formalizzate in merito alle misure adottate
12	4.C.1.e	Composizione del team addestrato per la gestione di situazioni critiche: figure, loro formazione, procedure di intervento, etc
13	4.C.3	Documentazione inerente l'attività di informazione sulle aggressioni dei lavoratori in sanità
14	4.C.4	Tabella attività di formazione
15	4.C.5	Documentazione relativa alle modalità di assistenza e/o presa in carico dell'operatore vittima di violenza

NB: *il limite massimo cumulativo degli allegati è di 25 MB (si chiede di numerare gli allegati come da tabella sopra-riportata)*

Formati accettati: xls; xlsx; ods; pdf

**SOGGETTI CHE HANNO PARTECIPATO ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA
(nominativo e ruolo):**

Nominativo	Ruolo

Indicare mail ordinaria (non PEC) per le comunicazioni di conferma ricezione da parte del server dell'ATS di Brescia: _____