

# **LINEE DI INDIRIZZO SGSL-AS**

**Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza  
sul Lavoro nelle Aziende Sanitarie pubbliche  
della Regione Lazio**

## ELENCO DEI PARTECIPANTI

Si riporta l'elenco dei partecipanti al Gruppo di Lavoro, che hanno curato la stesura del presente documento.

### TAVOLO TECNICO DI COORDINAMENTO INAIL/REGIONE LAZIO

#### INAIL

##### Direzione Centrale Prevenzione

Fabio Lo Faro, Tommaso De Nicola

##### Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione

Fabrizio Benedetti

#### REGIONE LAZIO

##### Direzione Regionale Integrazione Sociosanitaria – Area Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Maurizio Di Giorgio, Pasquale Valente

##### Segreteria T.T.C.

Rita Macchiaverna (INAIL), Meris Di Giulio e Andrea Meconi (Regione Lazio)

#### INAIL

##### Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione

Patrizia Anzidei, Giuseppe Castellet Y Ballarà, Maria Rosaria Fizzano, Liliana Frusteri, Raffaella Giovinazzo, Ruggero Maialetti, Alessandra Menicocci, Lucina Mercadante, Paola Ricciardi, Clara Resconi, Antonio Terracina, Nicoletta Todaro, Federica Venanzetti

##### Dipartimento Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale

Diego De Merich, Stefano Signorini

### AZIENDE SANITARIE REGIONE LAZIO (R.S.P.P./REFERENTI TECNICO-SCIENTIFICI)

A.O. Sant'Andrea (az. capofila) - Matteo Tripodina, A.R.E.S. 118 - Pietro Acquaviva, A.S.L. RM A - Angelo Paganino, A.S.L. RM B - Gianni Palombi, A.S.L. RM C - Giacomo Guerriero, A.S.L. RM D - Vittorio Chinni e Maurizio Carrozzi, A.S.L. RM E - Maddalena Quintili e Silvana Cinalli, A.S.L. RM F - Costantino Perconti, A.S.L. RM G - Felicetto Angelini, A.S.L. RM H - Piergiorgio Mosca, A.S.L. FROSINONE - Claudio Berna, A.S.L. LATINA - Paolo Palombo, A.S.L. RIETI - Erminio Pace, A.S.L. VITERBO - Alessandro Selbmann, A.O. San Camillo-Forlanini - Gabriella Magliocca e Fabrizio Cinque, A.O. San Giovanni Addolorata - Francesca Pofi, I.R.C.C.S. L. Spallanzani - Vincenzo Puro, I.R.C.C.S. Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Franco Lufrani, A. Policlinico Umberto I - Ivano Simeoni, Fond. Policlinico Tor Vergata di Roma-Luigi Ferrucci,

**INDICE**

<b>PREMESSA</b>	<b>5</b>
<b>1 INTRODUZIONE ALLE LINEE DI INDIRIZZO</b>	<b>6</b>
<b>1.1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	<b>7</b>
<b>1.2. METODO DI LAVORO</b>	<b>8</b>
<b>1.3. TERMINI E DEFINIZIONI</b>	<b>10</b>
<b>2 LA DEFINIZIONE DELLA POLITICA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO</b>	<b>17</b>
<b>3 DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ AUTORITÀ E RUOLI</b>	<b>19</b>
<b>4 GESTIONE DELLA NORMATIVA APPLICABILE: IDENTIFICAZIONE E CONTROLLO</b>	<b>21</b>
<b>5 IDENTIFICAZIONE ED ELENCAZIONE PROCESSI</b>	<b>24</b>
<b>6 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE</b>	<b>27</b>
<b>7 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI, VALUTAZIONE DEI RISCHI E PIANIFICAZIONE DEL LORO CONTROLLO</b>	<b>30</b>
<b>8 PIANIFICAZIONE DI OBIETTIVI E TRAGUARDI E DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE DEL SGSL-AS</b>	<b>36</b>
<b>9 COMUNICAZIONE E CONSULTAZIONE</b>	<b>41</b>
<b>10 COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E GESTIONE DELLA FORMAZIONE E INFORMAZIONE</b>	<b>47</b>
<b>11 CONTROLLO OPERATIVO</b>	<b>53</b>
<b>11.1. ATTIVITÀ DI AREA CRITICA</b>	<b>54</b>
<b>11.2. ATTIVITÀ DI RICOVERO AREA MEDICA</b>	<b>57</b>
<b>11.3. ATTIVITÀ DI RICOVERO AREA CHIRURGICA</b>	<b>60</b>
<b>11.4. ATTIVITÀ AREA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA</b>	<b>63</b>
<b>11.5. ATTIVITÀ AREA DISTRETTUALE</b>	<b>67</b>
<b>11.6. ATTIVITÀ AREA DELLA PREVENZIONE</b>	<b>70</b>
<b>11.7. ATTIVITÀ AREA INTERDIPARTIMENTALE / INTERSETTORIALE</b>	<b>73</b>
<b>11.8. ATTIVITÀ AREA APPALTI, FORNITURE E SERVIZI DI SUPPORTO</b>	<b>76</b>
<b>11.9. ATTIVITÀ AREA FABBRICATI, ATTREZZATURE DI LAVORO E IMPIANTI</b>	<b>79</b>
<b>11.10. GESTIONE RISORSE UMANE</b>	<b>83</b>
<b>11.11. GESTIONE DPI E DPC</b>	<b>86</b>
<b>11.12. GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA</b>	<b>89</b>
<b>11.13. GESTIONE DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO E DELLE EMERGENZE</b>	<b>92</b>
<b>12 SORVEGLIANZA E MISURAZIONI</b>	<b>101</b>

13	INFORTUNI, INCIDENTI, NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE ED AZIONI PREVENTIVE - IL MODELLO "SBAGLIANDO S'IMPARA"	107
14	AUDIT INTERNI	111
15	RIESAME DELLA DIREZIONE	114
16	ORGANISMO DI VIGILANZA	117
	16.1. COMPOSIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'ODV	121
17	CODICE DISCIPLINARE E SISTEMA SANZIONATORIO INTERNO	125

## ALLEGATI

### ALLEGATO 1

Convenzione INAIL- REGIONE LAZIO: "Collaborazione per la realizzazione del progetto cofinanziato dal Ministero della Salute "La Gestione della salute e sicurezza sul lavoro nelle Aziende Sanitarie pubbliche attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in attuazione dell'articolo 30 del Decreto Legislativo n. 81/2008 e s.m.i."

### ALLEGATO 2

Tabella di correlazione per il modello SGSL-AS

### ALLEGATO 3

Modello di regolamento delle responsabilità autorità e ruoli

### ALLEGATO 4

Matrice delle Responsabilità

### ALLEGATO 5

Modello di Delega

### ALLEGATO 6

Modello Organigramma Aziende Sanitarie Pubbliche

## PREMESSA

L' 11 aprile 2013 l'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) e la REGIONE LAZIO, hanno stipulato un convenzione (allegato 1) avente per oggetto: "Collaborazione per la realizzazione del progetto cofinanziato dal Ministero della Salute "La Gestione della salute e sicurezza sul lavoro nelle Aziende Sanitarie pubbliche attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in attuazione dell'articolo 30 del Decreto Legislativo 81/2008 e s.m.i.", finalizzato a realizzare il progetto sperimentale per la gestione della salute e sicurezza sul lavoro nelle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione LAZIO, attraverso la definizione e sperimentazione, presso le AUSL, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici universitari, gli IRCCS e l'Ares118, di una serie di procedure che supportino le Aziende Sanitarie pubbliche nell'attuazione di modelli di organizzazione e gestione per quanto attiene la salute e la sicurezza sul lavoro ai sensi del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Gli obiettivi del progetto sono stati inoltre recepiti dalla Regione Lazio con il DCA U00247/2014 "Adozione della nuova edizione dei programmi operativi 2013-2015" che prevede, nell'ambito dell'INTERVENTO 5: Altri Interventi Operativi di Gestione, AZIONE 1: Sanità Pubblica-Prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, la realizzazione del progetto regionale "La gestione della Salute e Sicurezza nelle Aziende Sanitarie Pubbliche attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in attuazione dell'art. 30 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i."

Nell'ambito dell'attuazione di tale convenzione sono state realizzate le presenti Linee di Indirizzo SGSL-AS (Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro per le Aziende Sanitarie Pubbliche), elaborate, sotto il controllo di un Comitato di Coordinamento Regione Lazio ed INAIL, da un gruppo di lavoro articolato, composto da rappresentanti dell'INAIL, e delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, al fine di definire il modello organizzativo e gestionale di riferimento da applicarsi nelle strutture sanitarie.

Il risultato raggiunto rappresenta un'ulteriore testimonianza della validità di un sistema di relazioni tra soggetti pubblici, Regione Lazio ed INAIL, che prevede l'identificazione e la condivisione di modelli operativi da trasformare nell'applicazione di buone prassi in tema di salute e sicurezza, per sostenere quella cultura della sicurezza e prevenzione all'interno delle proprie aziende quale compito prioritario della Regione e mission fondamentale per l'INAIL. Le imprese che applicheranno le Linee di Indirizzo SGSL-AS potranno accedere alle agevolazioni connesse con la riduzione del premio assicurativo INAIL, ai sensi del D.M. 12/12/2000 e delle norme regolamentari connesse.

Le presenti Linee di Indirizzo SGSL-AS sono realizzate in modo da essere conformi alle Linee Guida UNI INAIL 2001 e alle BS OHSAS 18001:2007 e assicurano la conformità anche rispetto al modello organizzativo e gestionale di cui all'articolo 30 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. ed agli art. 6 e 7 del D. Lgs. 231/2001 e s.m.i., in modo che, ove efficacemente attuate, esse possano avere "efficacia esimente" dalle sanzioni per la responsabilità amministrativa delle imprese di cui all'art 25 septies del D. Lgs. 231/2001 - art. 300 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.

## 1 INTRODUZIONE ALLE LINEE DI INDIRIZZO

Un sistema di gestione, in particolare quello per la salute e sicurezza sul lavoro, per essere efficace deve integrarsi nella gestione complessiva dell'organizzazione Aziendale operando un progressivo miglioramento nel tempo delle performance di salute e sicurezza Aziendale. La scelta di adottare tale sistema deriva dalla consapevolezza che la riduzione dei rischi verso la salute e la sicurezza dei lavoratori può essere, non solo un valore etico e morale, ma anche una importante leva di competitività.

Infatti, non solo integrando la salute la sicurezza sul lavoro nella gestione complessiva delle aziende si possono ridurre gravità e frequenza degli eventi infortunistici e tecnopatici, riducendo i rilevanti costi gravanti sulle aziende e sul sistema sociale ed economico ad essi associati, ma si possono ottenere considerevoli vantaggi di efficacia ed efficienza complessiva Aziendale in termini di:

- migliore "qualità" dei servizi erogati
- riduzione dell'impatto ambientale della produzione
- ottimizzazione delle risorse investite in sicurezza
- diminuzione delle ore lavorative perse per infortuni e malattie
- minori danni a strutture, macchine, produzione per incidenti
- maggiore attaccamento dei dipendenti all'Azienda
- diminuzione dei problemi durante i controlli delle autorità di vigilanza
- creazione di una immagine "responsabile" dell'organizzazione

Un sistema di gestione/modello organizzativo e gestionale deve integrarsi con i processi Aziendali attraverso i quali l'Azienda genera i propri prodotti o servizi e assicurare la coerenza tra i poteri conferiti nella gerarchia Aziendale e le responsabilità assunte, anche in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Pertanto, queste Linee di indirizzo sono state sviluppate in funzione delle caratteristiche della struttura organizzativa, intesa come articolazione dei poteri e delle responsabilità desumibili nell'atto di indirizzo emesso dalla Regione Lazio, e dei processi operativi gestiti nelle Aziende Sanitarie per assicurare l'erogazione dei propri servizi.

In quest'ottica, la salute e la sicurezza sul lavoro non sono più solo adempimenti legislativi, ma assumono il rilievo di leve gestionali e strategiche verso il miglioramento delle performance aziendali in termini complessivi ed in grado di offrire attuazione pratica dei principi Costituzionali di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. In un simile contesto anche il rispetto della legge diventa un impegno da gestire e sviluppare, insieme ai lavoratori e ai loro rappresentanti, da

associare all'impegno di definire l'attuazione di strategie volte a promuovere la diffusione della cultura della prevenzione. In questo modo gli importi che l'Azienda destina nello sviluppo di migliori condizioni di salute e sicurezza sul lavoro costituiscono un investimento che produce, anche sul piano economico, risultati positivi a medio e lungo termine.

Sulla base dei principi esposti in precedenza, le aziende si impegnano a garantire un miglioramento continuo delle condizioni in cui operano i lavoratori attraverso il potenziamento di soluzioni organizzative a favore della sicurezza, operando scelte e decisioni verso lo sviluppo sia tecnologico sia organizzativo che possano indurre all'adozione di pratiche e comportamenti di lavoro sicuri, riducendo gli errori umani.

Le disposizioni contenute nel D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. valorizzano i modelli di organizzazione e di gestione che, se adottati ed efficacemente attuati, secondo le caratteristiche definite all'art. 30, possono essere presi quale riferimento per avere efficacia esimente verso le sanzioni della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni, anche prive di personalità giuridica, di cui all'articolo 25 septies D. Lgs. 231/2001 e s.m.i. (art. 300 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

Come ribadito nella circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dell'11 luglio 2011, i modelli di organizzazione Aziendale definiti conformemente alle Linee Guida UNI INAIL per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard BS OHSAS 18001:2007 si presumono conformi ai requisiti di cui all'art. 30 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. per le parti corrispondenti. Nella stessa Circolare vengono indicate eventuali integrazioni organizzative e/o gestionali e/o documentali, necessarie allo scopo di rendere il proprio modello di organizzazione e di gestione conforme ai requisiti di cui all'articolo 30 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., con particolare riferimento al sistema di controllo (comma 4) ed al sistema disciplinare (comma 3).

Le presenti Linee di indirizzo espongono modalità operative utili alle Aziende Sanitarie pubbliche nel rispetto di tali indicazioni così come alla corretta individuazione e operatività del cosiddetto "organismo di vigilanza – OdV" (art. 6 del D. Lgs. 231/2001 e s.m.i.).

### **1.1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

La finalità delle Linee di Indirizzo SGSL-AS consiste nel fornire indicazioni operative per strutturare un sistema organico di gestione, inserito nell'operatività delle Aziende Sanitarie pubbliche, utile a pianificare miglioramenti progressivi delle prestazioni nella tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori che in esse operano.

Le presenti Linee di indirizzo si applicano in particolare nelle Aziende Unità Sanitarie Locali, nelle Aziende Ospedaliere, nella struttura Ares 118, nei Policlinici Universitari e negli IRCCS.

Il punto di partenza imprescindibile da cui si traccia la linea di miglioramento è rappresentato dall'assoluto rispetto delle leggi in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

L'adesione volontaria delle aziende alle presenti Linee di Indirizzo si concretizza nell'implementazione di un Modello di Organizzazione e Gestione – MOG, realizzato in conformità al Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro descritto nelle Linee Guida SGSL (UNI INAIL 2001) ed alle BS OHSAS 18001:2007, per mezzo del quale l'Azienda si propone di:

- Prevenire i reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi e gravissime commessi con violazione delle norme di tutela degli infortuni e dell'igiene del lavoro;
- ridurre progressivamente incidenti, infortuni e malattie professionali;
- minimizzare i rischi cui possono essere esposti i lavoratori o i terzi;
- migliorare l'immagine Aziendale;
- aumentare l'efficienza e le prestazioni delle aziende.

Con l'adesione al modello descritto dalle presenti linee di indirizzo l'Azienda:

- adotta un idoneo sistema disciplinare interno conforme alle indicazioni della lettera circolare del Ministero del lavoro e delle politiche sociali dell'11 luglio 2011
- nomina un OdV (art. 6 del D. Lgs. 231/2001 es.m.i.) e ne assicura l'indipendenza di azione e di controllo sull'effettiva attuazione ed efficacia del MOG adottato

## 1.2. METODO DI LAVORO

Le Linee di Indirizzo SGSL-AS sono il modello di gestione posto alla base del percorso con il quale l'INAIL e la Regione Lazio, in virtù degli accordi citati in premessa, intendono supportare le Aziende Sanitarie, ad iniziare da quelle della Regione Lazio, nei propri percorsi di implementazione del modello stesso.

Per facilitare questo aspetto la definizione del testo è stata realizzata attraverso il pieno coinvolgimento delle aziende, la cui adesione è stata formalmente acquisita, realizzando un network fra i professionisti- i Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione delle Aziende Sanitarie - che vi operano, costituito da una serie di gruppi di lavoro partecipati da professionalità INAIL, guidati da un gruppo di coordinamento anche esso a composizione mista.

In questo modo è stato definito il modello da applicare alle aziende sanitarie, di seguito sviluppato in queste linee di indirizzo, che, come già accennato:

- è basato sulle specificità organizzative delle Aziende Sanitarie individuando i poteri e le responsabilità nell'ambito del sistema gerarchico dell'organizzazione ed in particolare i soggetti obbligati e il sistema delle deleghe
- individua le linee operative (processi) Aziendali da sottoporre a procedura



Le Linee di Indirizzo SGSL-AS si articolano in una serie di sezioni in cui sono descritti i requisiti e le modalità di gestione di specifici processi correlati ed interagenti. L'insieme di tali processi e le loro corrispondenze con le Linee Guida UNI INAIL 2001 e BS OHSAS 18001:2007 sono evidenziati nella tabella di correlazione riportata in allegato 2.

Al fine di facilitare la lettura delle Linee di Indirizzo, che comunque trattano materie di significativa complessità, è stato adottato sempre lo stesso schema espositivo che generalmente per ogni processo del sistema SGSL-AS prevede:

- *titolo*
- *scopo*
- *obiettivi e risultati attesi*, che esplicitano cosa si prefigge il processo
- *elementi di sistema*, che descrivono le attività necessarie per conseguire scopi e obiettivi del singolo processo
- *ruoli e responsabilità* che indicano, in conformità a quanto descritto al punto 1.3 "Termini e definizioni" i ruoli e le funzioni delle diverse figure Aziendali coinvolte nelle attività di ogni processo, al di là degli obblighi di legge
- *documentazione di riferimento* che deve, in ogni caso, essere intesa a corredo ed integrazione di quella prevista ai sensi della vigente normativa ed in cui sono riportati:
  - o i riferimenti normativi esterni che pongono vincoli al processo, incluse le leggi e le norme di gestione, o possono fornire indicazioni di riferimento
  - o i collegamenti ai processi correlati delle stesse Linee di indirizzo SGSL-AS
  - o l'elenco delle procedure e delle registrazioni di cui si richiede l'implementazione nella fase di applicazione in Azienda
- *meccanismo di verifica* in cui è descritto come si misura l'efficacia dello specifico processo

### 1.3. TERMINI E DEFINIZIONI

#### TERMINI E DEFINIZIONI GENERALI

##### AUDIT DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA

Processo di verifica sistematico, indipendente e documentato, svolto anche con personale interno all'organizzazione, per conoscere e valutare, con evidenza oggettiva, se il sistema di gestione di salute e sicurezza sul lavoro di una organizzazione è rispondente e coerente ai criteri definiti dall'organizzazione stessa, è correttamente applicato, mantenuto attivo e consente di raggiungere gli obiettivi prefissati.

##### AZIONE CORRETTIVA

Azione adottata per eliminare le cause della non conformità rilevata, al fine di eliminarne il ripetersi.

##### AZIONE PREVENTIVA

Azione adottata per eliminare le cause di una non conformità potenziale o altra situazione indesiderabile.

##### DISPOSITIVO DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo.

##### INCIDENTE

Evento anomalo correlato al lavoro durante il quale si è verificato o avrebbe potuto verificarsi, una malattia, una lesione (indipendentemente dalla gravità), o un incidente mortale. Un incidente senza lesioni, malattia o conseguenze mortali può anche essere definito "quasi-infortunio", "quasi-accadimento" o "situazione pericolosa".

##### INDICATORI

Informazioni qualitative e/o quantitative che consentono di valutare le modifiche del processo nel tempo, nonché di verificare il conseguimento degli obiettivi prefissati al fine di consentire la corretta assunzione delle decisioni (UNI 11097: 2003).

##### IDENTIFICAZIONE DEL PERICOLO

Il processo di riconoscimento dell'esistenza di un pericolo e di definizione delle sue caratteristiche.

##### INFORTUNIO

Incidente che sfocia in una lesione, in una malattia o in un incidente mortale

**INTERFERENZA**

Sovrapposizione e/o contiguità fisica, di tempo e/o produttiva tra attività di lavoratori che rispondono a datori di lavoro diversi.

**ISTRUZIONE OPERATIVA DI SICUREZZA**

Descrizione di un'operazione ovvero di una fase lavorativa attraverso l'illustrazione sequenziale, logica ed elementare di azioni necessarie allo scopo di ottenere un dato livello di efficienza e di sicurezza.

**MALATTIA PROFESSIONALE**

Condizione identificabile di avversa condizione fisica o mentale derivante o provocata da un'attività lavorativa o da una situazione correlata al lavoro

**MIGLIORAMENTO CONTINUO**

Processo ricorrente di accrescimento del SGSL volto ad ottenere un miglioramento delle performance di SSL, coerentemente con la politica di SSL dell'organizzazione

**NON CONFORMITÀ**

Mancato rispetto di un requisito richiesto dal sistema di gestione. Le non conformità (NC) possono essere classificate su diversi livelli in funzione della loro capacità di ridurre l'attitudine del sistema a raggiungere gli obiettivi previsti dalla politica per la sicurezza.

**OBIETTIVO DI SALUTE E SICUREZZA**

Il fine degli interventi di prevenzione e di protezione, derivato dalla politica di salute e sicurezza dell'organizzazione, che la stessa decide di perseguire e che, quando è possibile, è quantificato.

**ORGANIZZAZIONE**

Società, attività, ditta, impresa, istituzione o associazione, o loro parti, sia da sola che associata, pubblica o privata, che disponga di proprie funzioni e di propria amministrazione.

**PARTI INTERESSATE**

Individui o gruppi di persone, all'interno o all'esterno del posto di lavoro, interessati o influenzati dalla prestazione di salute e sicurezza sul lavoro dell'organizzazione.

**PERICOLO**

Proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore o una situazione avente la potenzialità di causare danni.

## **PRESTAZIONE DI SALUTE E SICUREZZA**

Risultati misurabili del SGSL, conseguenti al controllo esercitato dall'organizzazione sugli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro, in base alla sua politica, ai suoi obiettivi e ai suoi traguardi.

## **PROCEDURA**

Modo specificato per svolgere un'attività o un processo (norma UNI EN ISO 9000). Dal punto di vista operativo una procedura è lo strumento che formalizza il modo di svolgere una specifica attività lavorativa in maniera compiuta, corretta e sicura. Essa consiste in un documento che precisa condizioni, modalità e responsabilità con cui deve essere eseguita una data attività sia di tipo tecnico sia di tipo gestionale.

## **QUASI INCIDENTE o MANCATO INCIDENTE o NEAR MISS**

Episodio anomalo e negativo che non ha determinato un incidente con danni a persone e/o beni, ma che avrebbe potuto facilmente provocarlo, evitato solo per circostanze favorevoli e/o casuali.

## **RISCHIO**

Probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione.

## **RISCHIO RESIDUO**

Rischio che permane dopo l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione.

## **RISCHIO ACCETTABILE**

Il rischio ridotto ad un livello che può essere tollerato dall'organizzazione, tenuto conto dei suoi obblighi legislativi e della sua politica di SSL.

## **SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (SGSL)**

Parte del sistema complessivo di gestione dell'organizzazione che comprende la struttura organizzativa, le attività di pianificazione, le responsabilità, le azioni di coinvolgimento, le pratiche, le procedure, i processi e le risorse necessarie per sviluppare, attuare, raggiungere e mantenere attiva la politica dell'organizzazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nell'ottica del miglioramento continuo.

## **VALUTAZIONE DEL RISCHIO (VdR)**

Valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata a individuare le adeguate misure di prevenzione e protezione e a elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

## GLI ATTORI DEL SGSL

L'implementazione di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza prevede il coinvolgimento di numerose figure Aziendali, alcune delle quali sono individuate nel seguito. Tali figure possono essere chiamate a svolgere, nell'ambito del sistema di gestione, compiti suppletivi rispetto a quelli previsti per legge.

### ADDETTO ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE

Persona designata dal Datore di Lavoro per l'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze, sulla base dell'esito della valutazione del rischio d'incendio e del piano di emergenza, qualora previsto (art. 6, D.M. 10/3/1998). Il DL nomina i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio, primo soccorso e gestione dell'emergenza, avendone verificato le attitudini, le esperienze e le competenze.

### ADDETTO AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (ASPP)

Persona in possesso delle capacità e dei requisiti professionali di cui all'art. 32 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., facente parte del Servizio di Prevenzione e Protezione (art. 2 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.). L'eventuale individuazione degli ASPP avviene tenendo conto dell'idoneità alla funzione (curriculum professionale e attestati di formazione previsti dalla legislazione).

### ALTA DIREZIONE

Persona o gruppo di persone che, dal livello più alto di un'organizzazione, la guidano e/o la gestiscono, al fine di un'efficace implementazione del SGSL, definendo la politica e le strategie per il miglioramento continuo delle condizioni di salute e sicurezza. Questa figura nelle Aziende Sanitarie Pubbliche coincide normalmente con quella del Datore di Lavoro come individuato ai sensi della legislazione vigente.

### AUDITOR SGSL

Soggetto competente al quale è affidato il compito di effettuare e documentare l'esame sistematico ed indipendente del SGSL (AUDIT) dell'Azienda Sanitaria.

### COMITATO DI CRISI AZIENDALE (CCA)

Organo dell'Azienda preposto alla gestione dell'emergenza di supporto al Responsabile della Gestione delle Emergenze. E' presieduto dal Responsabile della Gestione delle Emergenze e composto dai dirigenti delle strutture operative con compiti attivi previsti nel piano di Emergenza.

### COORDINATORE DELLA GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO (CGSA)

Soggetto a cui sono affidati i compiti di pianificazione, coordinamento e verifica della gestione della sicurezza antincendio dell'Azienda, in possesso delle capacità e dell'attestato di

partecipazione, con esito positivo, al corso base di specializzazione di cui al D.M. Interno 5/08/2011. Supporta il responsabile del SGSL.

### **DATORE DI LAVORO (DL)**

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. L'individuazione e la nomina del Datore di lavoro è demandata all'organizzazione delle aziende, che la esplicano con atti formali.

### **DELEGATO ALLA FORMAZIONE S.S.L.**

È la funzione Aziendale preposta alla pianificazione, gestione e controllo delle attività formative in materia di sicurezza sul lavoro.

### **DIRIGENTE**

Persona che, in ragione delle competenze professionali 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.

### **ESPERTO QUALIFICATO**

Persona qualificata per la radioprotezione che possiede le cognizioni e l'addestramento necessari sia per effettuare misurazioni, esami, verifiche o valutazioni di carattere fisico, tecnico o radio tossicologico, sia per assicurare il corretto funzionamento dei dispositivi di protezione, sia per fornire tutte le altre indicazioni e formulare provvedimenti atti a garantire la sorveglianza fisica della protezione dei lavoratori e della popolazione. La sua qualificazione è riconosciuta secondo le procedure stabilite nel D. Lgs. 230/1995 e s.m.i.(rif. Art. 6 del D. Lgs. 230/1995 e s.m.i.).

### **LAVORATORE**

Persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'Azienda sanitaria, con o senza retribuzione, al lavoratore così definito è equiparato: il soggetto beneficiario 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 strumentazioni o ai laboratori in questione;

### **MEDICO AUTORIZZATO (MA)**

Medico responsabile della sorveglianza medica dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti, la cui qualificazione e specializzazione sono riconosciute secondo le procedure e le modalità stabilite nel D.Lgs. 230/1995 e s.m.i.(rif. Art. 6 del D.Lgs. 230/1995 e s.m.i.).

**MEDICO COMPETENTE (MC)**

Medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., che collabora, secondo quanto previsto all'art. 29, comma 1 del medesimo Decreto, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti previsti dalla legge.

**ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA**

Rappresentazione grafica dell'organizzazione Aziendale per la salute e sicurezza sul lavoro.

**ORGANISMO DI VIGILANZA (OdV)**

Organismo Aziendale plurisoggettivo dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo per verificare e monitorare nel tempo l'effettività, l'adeguatezza, il mantenimento e l'aggiornamento del modello organizzativo ex D. Lgs. 231/2001e s.m.i.

**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.

**RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (RLS)**

Persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro. Il RLS viene eletto dai lavoratori o designato nell'ambito delle rappresentanze sindacali, comunque nel rispetto di quanto previsto dagli accordi interconfederali e dal CCNL.

**RESPONSABILE DELLA GESTIONE DELLE EMERGENZE**

Soggetto delegato dal DL, (art. 43 del D.Lgs.81/2008e s.m.i.e Decreto Ministero dell'Interno del 10/03/1998), che ha la responsabilità 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, di gestione dell'emergenza.

**RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)**

Persona in possesso delle capacità e dei requisiti professionali di cui all'art. 32 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. designata dal datore di lavoro, a cui risponde, per coordinare il servizio di prevenzione e protezione dai rischi.

**RESPONSABILE DEL SISTEMA GESTIONE SICUREZZA SUL LAVORO (RSGSL)**

Soggetto designato dall'Alta Direzione dell'Azienda, indipendentemente da altre funzioni e responsabilità, dotato di adeguata capacità ed autorità per coordinare l'applicazione e la corretta attuazione del SGSL.

**RESPONSABILE DEI LAVORI**

Soggetto incaricato dall'Azienda, ai sensi del D. Lgs. 163/2006 e s.m.i., per svolgere i compiti ad esso attribuiti dal D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.; coincide con il Responsabile Unico del Procedimento.

**SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE**

Insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'Azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori.



## 2 LA DEFINIZIONE DELLA POLITICA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

In ogni Azienda sanitaria pubblica che intende adottare le presenti Linee di Indirizzo SGSL-AS, l'Alta Direzione deve approvare e sottoscrivere la propria politica di salute e sicurezza sul lavoro. L'Alta Direzione può adottare la propria politica a partire dal testo sottostante riportante gli impegni minimi che l'Azienda deve darsi nell'attuazione del proprio MOG/SGSL.

*La tutela della salute e della sicurezza costituisce un ambito di azione primario e imprescindibile su cui l' Azienda \_\_\_\_\_ (inserire la denominazione della specifica Azienda aderente) pubblica, attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in attuazione dell'art.30 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.", fondati su un SGSL conforme alle BS OHSAS 18001:2007 e alle Linee guida SGSL (UNI INAIL 2001), intende, applicando le Linee di Indirizzo SGSL-AS, fondare il proprio modo di operare e di rappresentare valori, missione e visione.*

*L'Azienda, definisce l'organizzazione e le modalità di valutazione delle azioni che caratterizzano ed influenzano l'attività del singolo lavoratore sul posto di lavoro, l'attività del gruppo di lavoratori preposti ad ogni ambito lavorativo (reparto) e l'attività delle persone cui è affidata la direzione il controllo e la supervisione dei processi produttivi.*

*L'Azienda riconosce che la gestione della sicurezza sui luoghi di lavoro nelle Aziende Sanitarie Pubbliche richiede necessariamente apporti integrati, partecipati e condivisi da tutti gli attori coinvolti quali portatori del "debito di sicurezza" nei confronti del lavoratore o del fruitore dei servizi assistenziali e si impegna a darvi attuazione.*

*In questa ottica, nel rivolgersi ad una platea di soggetti ampia, l'Azienda intende presentarsi come organizzazione di servizio, strutturata a completa tutela dell'individuo, secondo un approccio olistico della tutela della salute e sicurezza che fa dell'etica il valore di fondo da attuare in tutte le componenti dell'organizzazione per realizzare la piena diffusione della cultura del lavoro sicuro quale elemento essenziale per una sanità di valore.*

*L'alta direzione Aziendale, intendendo rappresentare tale modo di sentire ad ogni stakeholder, interno ed esterno, nel definire, documentare e sostenere la propria politica di salute e sicurezza, deve impegnarsi a garantirne la più ampia diffusione a tutte le parti interessate, preoccupandosi di rivederla periodicamente in funzione delle più significative variazioni strategiche, organizzative e tecniche e degli impatti che ne conseguono.*

*Pertanto la politica, definita per la salute e sicurezza sul lavoro ma intesa nella più ampia e dichiarata accezione, esprime l'impegno a:*

- a) svolgere ogni attività secondo modalità che garantiscano, in ogni momento, la salute e la sicurezza dei lavoratori, siano essi dipendenti propri o di ditte esterne e dei clienti*

- b) adottare una metodologia di valutazione sistematica e continua dei rischi lavorativi e degli impatti significativi, al fine di eliminare/ridurre infortuni e malattie professionali e prevenire i rischi professionali*
- c) adottare soluzioni tecniche e organizzative che garantiscano elevati livelli di prevenzione e protezione della salute e sicurezza sul lavoro avendo come punto di partenza il completo adempimento degli obblighi di legge, e di eventuali accordi sottoscritti al riguardo, per arrivare ad una gestione responsabile ed integrata di SSL, fondata sul miglioramento continuo dei livelli di tutela*
- d) destinare risorse umane, tecnologiche ed economiche adeguate ed appropriate per consentire la realizzazione della politica Aziendale e degli obiettivi strategici ed operativi conseguenti*
- e) consultare e coinvolgere il personale interno e le loro rappresentanze, per ottenere impegno nell'attuazione della politica*
- f) coinvolgere le imprese esterne nella applicazione delle parti del MOG/SGSL per le parti di loro pertinenza*
- g) comunicare gli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti a tutte le parti interessate, con particolare riguardo ai lavoratori ed ai loro rappresentanti*
- h) assicurare la comprensibilità, l'attuazione ed il regolare aggiornamento delle procedure a tutti i livelli dell'organizzazione*
- i) riesaminare periodicamente la politica e la pianificazione delle attività, effettuare un attento continuo monitoraggio del sistema di gestione, integrato anche sulla scorta degli esiti degli audit periodici e sulla scorta della corretta applicazione delle procedure, affinché il sistema di gestione sia costantemente ed efficacemente attuato e mantenuto, avendo a riferimento costante il principio del miglioramento continuo*
- j) garantire che il personale, a tutti i livelli, riceva adeguata informazione, formazione ed addestramento e che possieda le competenze per lo svolgimento dei propri compiti, in modo di essere in grado di assumere le rispettive responsabilità in materia di SSL*

### 3 DEFINIZIONE ED ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ AUTORITÀ E RUOLI

#### SCOPO

L'Azienda sanitaria deve prevedere una funzione che assicuri la conformità del SGSL alle presenti linee di indirizzo.

#### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Definire le figure coinvolte nell'organizzazione ed implementazione del SGSL-AS, documentarne e comunicarne i ruoli e le responsabilità ed assicurare il reporting al Direttore Generale, affinché possa assicurare il continuo miglioramento delle condizioni di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e lo sviluppo di modelli organizzativi e produttivi sostenibili. Le funzioni necessarie all'organizzazione ed implementazione del SGSL-AS devono essere assegnate alle diverse figure coinvolte in base alle competenze tecniche e ai poteri necessari per la verifica, la valutazione, la gestione e il controllo del rischio.

#### ELEMENTI DI SISTEMA

L'Azienda sanitaria deve dotarsi di un'organizzazione commisurata alla natura dell'attività svolta, al livello dei rischi lavorativi, alla Politica del presente sistema e agli obiettivi, nonché ai relativi programmi di attuazione fissati.

L'organizzazione deve essere definita, documentata, comunicata e rivista ad intervalli regolari o comunque, ogni volta si renda necessario, a seguito di modifiche impiantistiche, procedurali o amministrative nell'Azienda.

L'Azienda deve riesaminare periodicamente le misure adottate per gestire le attività di SSL e l'allocatione delle risorse, nell'ambito del riesame annuale del sistema e della gestione del cambiamento.

La realizzazione del sistema di gestione richiede che il Direttore Generale, individui un soggetto cui affidare tale compito. Il Responsabile del Sistema di Gestione (RSGSL) deve assicurare che il sistema sia conforme alle presenti linee di indirizzo, realizzato, implementato e mantenuto in funzione efficacemente. Il RSGSL può coincidere con il RSPP.

Qualora l'Azienda abbia più siti, è possibile identificare un RSGSL a livello centrale e dei referenti a livello locale.

L'Azienda deve mettere in campo attività formali e documentate per l'individuazione delle figure coinvolte nonché relative alle definizioni ed assegnazioni delle responsabilità e dei ruoli assegnati.

Le responsabilità devono, se necessario, essere aggiornate e riviste consultando preventivamente i lavoratori attraverso le loro rappresentanze.

Per l'individuazione dei principali ruoli e responsabilità assegnati alle diverse figure coinvolte nella realizzazione, implementazione e mantenimento dell'SGSL-AS si deve fare riferimento all'allegato 3: *Regolamento di responsabilità autorità e ruoli*, che le singole AS dovranno adeguare al proprio Atto di autonomia Aziendale

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Linea Guida UNI INAIL 2001
- BS OHSAS 18001:2007
- Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio (Decreto del Commissario ad acta n. U00206 del 28/05/2013 e s.m.i.)
- Identificazione e controllo della normativa applicabile – processo 4

#### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Matrice delle responsabilità (Allegato 4)
- Modello di Regolamento per la SSL delle Aziende Sanitarie Pubbliche (Allegato 3)
- Modello di delega (Allegato 5)
- Schema funzionale organigramma (Allegato 6)
- Lettere di incarico, nomine ed elenchi delle figure previste nell'ambito del SGSL-AS

#### MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto dai processi 12, 13, 14 e 15.

## 4 GESTIONE DELLA NORMATIVA APPLICABILE: IDENTIFICAZIONE E CONTROLLO

### SCOPO

Identificare una metodologia che consenta il continuo aggiornamento delle prescrizioni di legge e delle normative applicabili all'Azienda e la gestione dei relativi adempimenti e scadenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Garantire il rispetto dei requisiti di legge applicabili all'attività.

### ELEMENTI DI SISTEMA

L'Azienda deve predisporre un'apposita procedura ("gestione della normativa applicabile") che assicuri la raccolta e l'aggiornamento (identificazione, valutazione di applicabilità e trasferimento dei requisiti all'interno delle procedure/prassi operative Aziendali) delle prescrizioni di legge e normative applicabili nell'Azienda sanitaria e nelle sedi in cui essa opera.

Le disposizioni di legge da considerare sono quelle del quadro legislativo comunitario, nazionale e locale in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di analisi e valutazione dei rischi, di prevenzione incendi, di possesso dei requisiti stabiliti da leggi, regolamenti, autorizzazioni, accordi con la Pubblica Amministrazione, licenze ed altri permessi e documenti per l'esercizio dell'attività etc., di standard tecnici, buone prassi e linee guida di particolare rilievo e interesse.

Sono da tenere in considerazione anche le fonti normative relative alle autorizzazioni sanitarie e ambientali (rifiuti, emissioni, scarichi idrici, ecc.).

La procedura deve prevedere l'adozione di strumenti e, soprattutto, di metodologie per il loro utilizzo, per avere informazioni sistematiche e documentate relativamente all'emissione e alla valutazione dell'applicabilità di nuove leggi e norme.

Lo strumento scelto può prevedere l'utilizzo di risorse interne per la consultazione delle fonti di aggiornamento selezionate, oppure può avvalersi di un servizio esterno. Qualunque sia la metodologia scelta per la raccolta e l'aggiornamento, l'efficacia della procedura dipende dalla sistematicità con cui viene applicata e dalla bontà delle registrazioni insieme alla loro archiviazione e rintracciabilità.

Gli elementi di base del sistema possono essere i seguenti:

- procedura di consultazione periodica delle fonti normative
- utilizzo di banche dati on line
- consultazione delle associazioni di categoria professionale e sindacali
- abbonamenti a riviste specializzate
- elenco delle leggi applicabili

- scadenziario Aziendale indicante l'adempimento normativo e la relativa scadenza
- modulistica di registrazione dell'effettuazione delle attività previste dagli adempimenti normativi
- comunicazione degli adempimenti ai soggetti attuatori
- audit di verifica periodica di conformità legislativa

L'Azienda deve individuare le funzioni Aziendali competenti, anche in base a quanto riportato nell'allegato 3, che, in fase di nuovi acquisti o di installazione, devono provvedere ad acquisire le prescrizioni e i requisiti che garantiscano l'approvvigionamento di nuovi impianti, attrezzature, macchinari, sostanze e miscele pericolose, ecc. nel rispetto della vigente legislazione e normativa tecnica.

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Leggi e norme tecniche in materia di salute e sicurezza applicabili nei siti in cui l'Azienda Sanitaria opera
- CCNL ed eventuale contrattazione Aziendale
- Ogni altra normativa ritenuta applicabile

#### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Elenco delle prescrizioni e dei relativi adempimenti applicabili
- Scadenziario per le attività previste dagli adempimenti identificati
- Procedura di gestione della normativa applicabile
- Procedura di consultazione delle fonti normative

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

##### *Direttore Generale*

- Approva gli elenchi delle leggi applicabili e le procedure Aziendali nonché la metodologia di applicazione.

##### *Direttore sanitario e Direttore amministrativo ed i Delegati del DL*

- Ciascuno per le aree di propria competenza (vedi allegato 3 modello di regolamento per la SSL) vigilano sull'osservanza delle disposizioni e dei regolamenti emanati e dei compiti a ciascuno spettanti in base alle procedure Aziendali.

*Direttori di Dipartimento/Distretto/Centrale Operativa, di Unità Operativa Complessa e di Unità Operativa Dipartimentale*

- Sovrintendono allo svolgimento delle attività programmate e alla loro registrazione nella modulistica prevista, secondo le competenze riportate nelle procedure Aziendali.

*Preposti*

- Collaborano alla valutazione dell'applicabilità e del trasferimento dei requisiti di legge all'interno delle procedure operative Aziendali ed effettuano le registrazioni di loro competenza

*RSPP e ASPP, MC/MA ed EQ, CGSA*

- Collaborano con il RSGSL per l'individuazione e implementazione dell'elenco delle leggi e la gestione dello scadenziario.

*RSGSL*

- Individua e implementa l'elenco delle leggi, gestisce lo scadenziario, predispone la modulistica delle registrazioni, effettua l'audit interno periodico.
- Collaborano con il SPP per l'individuazione e implementazione dell'elenco delle leggi e la gestione dello scadenziario.

*RLS*

- Partecipa al processo di verifica dell'aggiornamento della normativa applicabile.

## MECCANISMO DI VERIFICA

La verifica della conformità legislativa si esplica secondo quanto previsto nei processi dai processi 12, 13, 14 e 15.

A titolo esemplificativo si elencano possibili indicatori di prestazione:

- numero di non conformità rilevate.
- data di aggiornamento dell'elenco delle prescrizioni e dei relativi adempimenti applicabili vs pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del riferimento normativo cui conformarsi.

## 5 IDENTIFICAZIONE ED ELENCAZIONE PROCESSI

### SCOPO

Identificare i processi presenti nelle Aziende Sanitarie, al fine di potervi incardinare logicamente e funzionalmente la gestione dei rischi connessi alla salute e sicurezza ed individuare le adeguate misure di prevenzione e protezione; con l'obiettivo di assicurare il miglior livello possibile di tutela dei dipendenti, degli appaltatori e di tutte le persone che accedono alle aree sotto il controllo diretto dell'Azienda, inclusi i visitatori. Data la complessità dell'organizzazione, territoriale e funzionale, che caratterizza le strutture sanitarie, vanno considerati prioritariamente i processi che hanno le ricadute dirette ed indirette più significative nella gestione dei rischi stessi.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Per quanto premesso nello scopo, obiettivo è la chiara identificazione dei processi esistenti nell'ambito delle realtà sanitarie che fruiranno delle Linee di Indirizzo elaborate ad hoc; ciò consentirà una mappatura pressoché completa delle attività in essere, cui poter applicare una gestione razionale e controllata ai singoli processi tecnico-operativi ed organizzativo - gestionali. A titolo esemplificativo ma non esaustivo si riportano i processi da sottoporre a controllo operativo:

#### **attività di area critica**

dipartimento di emergenza ed accettazione/pronto soccorso, osservazione breve, rianimazione e terapia Intensiva/sub-intensiva, emergenza sanitaria territoriale/118

#### **attività di ricovero area medica**

degenza medicina generale e specialistica, medicina nucleare e radioterapia, malattie infettive, residenza sanitaria assistita/hospice.

#### **attività di ricovero area chirurgica**

degenzachirurgia generale e specialistica/daysurgery, sale operatorie e parto, radiologia interventistica ed emodinamica.

#### **attività ambulatoriale e diagnostica**

chirurgia ambulatoriale, medicina ambulatoriale, day hospital/dialisi oncologia, riabilitazione, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini, anatomia patologica.

#### **attività area inter-dipartimentale/distrettuale**

farmacia, centro trasfusionale, medicina legale, sale settorie e servizio mortuario, sterilizzazione.



**attività area distrettuale**

consultorio, assistenza domiciliare/continuità assistenziale, assistenza protesica, assistenza soggetti deboli / TSMREE, poliambulatorio, vaccinazioni pediatriche, broncopneumologia screening guardia medica, dip.to salute mentale.

**attività area della Prevenzione**

vigilanza veterinaria, vigilanza igiene alimenti e ambienti di lavoro, disturbi del comportamento alimentare e stili di vita, screening di popolazione, sorveglianza epidemiologica e profilassi malattie infettive.

**attività area appalti, forniture e servizi di supporto**

acquisto di beni e gestione fornitori, acquisto di servizi e gestione appaltatori, gestione dei cantieri temporanei e mobili, gestione dei trasporti interni ed infermi, gestione trasporto e smaltimento rifiuti.

**attività area fabbricati macchine attrezzature ed impianti**

pianificazione, gestione e manutenzione di macchine, impianti ed attrezzature, pianificazione, gestione e manutenzione dei fabbricati, gestione e manutenzione del parco automezzi.

**gestione risorse umane**

assegnazione e governo di tutto il personale, sia con rapporto a tempo determinato che indeterminato, e assimilabile che a vario titolo accede ai luoghi di lavoro ed ai processi produttivi.

**gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale e Collettiva (DPI e DPC)**

individuazione, scelta, acquisto, distribuzione od installazione, addestramento dei lavoratori al corretto utilizzo, la manutenzione e lo smaltimento dei DPI e dei DPC.

**gestione della sorveglianza sanitaria**

modalità organizzative, responsabilità, procedure e istruzioni che regolano la sorveglianza sanitaria e la gestione della relativa documentazione.

**gestione della sorveglianza medica degli esposti a radiazioni ionizzanti**

sorveglianza medica dei lavoratori, sia con rapporto a tempo determinato che indeterminato, e degli studenti esposti alle radiazioni ionizzanti, attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi.

**gestione sicurezza antincendio e delle emergenze**

pianificazione dell'emergenza e scenari di crisi, esercitazione simulazione emergenza, gestione

degli addetti alle emergenze, gestione della manutenzione dei presidi antincendio e di primo soccorso, gestione pazienti, studenti/specializzandi e visitatori.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

### *Documentazione*

- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- BS OHSAS 18001:2007 – Sistema di gestione per la salute e sicurezza dei lavoratori (SGSL).
- Linee Guida UNI INAIL 2001 – Linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL).

### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Manuale SGSL-AS sezione Controllo Operativo.

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

### *Direttore Generale*

- approva l'elenco dei processi per i quali porre in essere il SGSL-AS.

### *Direttore sanitario e Direttore amministrativo ed i Delegati del DL*

- Ciascuno per le aree di propria competenza (vedi allegato 3 modello di regolamento per la SSL), collaborano con il RSGSL nell'identificazione dei processi per i quali porre in essere il SGSL-AS.

### *RSGSL*

- identifica i processi che saranno coinvolti nell'implementazione ed efficace attuazione del SGSL-AS.

### *RSPP e ASPP, MC/MA, EQ, CGSA*

- Collaborano con il RSGSL per la definizione dell'elenco dei processi da sottoporre all'approvazione del DG.

## MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto dai processi 12, 13, 14 e 15.

## 6 DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE

### SCOPO

Identificare e gestire la documentazione del SGSL-AS al fine di descrivere le attività, i flussi, i procedimenti e le responsabilità che l'Azienda ha stabilito per implementare un sistema di gestione, seguendo i principi esposti nella propria politica di salute e sicurezza.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Approntare uno strumento organizzativo che consenta di disporre di documenti comprensibili, corretti e aggiornati. La documentazione deve rispondere alle esigenze di conoscenza e deve essere funzionale allo sviluppo e al mantenimento del sistema di gestione in modo agevole.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Per la definizione delle modalità di gestione della documentazione e delle registrazioni del SGSL-AS viene predisposta un'apposita "Procedura di identificazione e gestione della documentazione" che deve prevedere almeno:

- la struttura e l'indice del documento (scopo, campo di applicazione, riferimenti, definizioni, ruoli e responsabilità, modalità di esecuzione, verifica, gestione delle modifiche e distribuzione, ecc.)
- il sistema di codifica dei documenti (manuale, procedure, istruzioni di lavoro, specifiche, registrazioni, ecc.)
- le modalità di comunicazione e rintracciabilità
- il sistema di protezione e controllo
- il sistema di vigilanza e sanzionatorio
- il processo periodico di revisione, necessario specialmente in caso di cambiamenti organizzativi, tecnici, strutturali, dei processi, ecc.
- la data di emissione
- l'elenco delle revisioni

Le registrazioni devono essere predisposte e conservate per fornire l'evidenza del funzionamento del SGSL.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

### *Documentazione*

- Leggi, regolamenti e norme attinenti all'attività dell'impresa.
- Regolamenti e accordi Aziendali.
- Documentazione richiesta dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza (ad esempio, documento di valutazione dei rischi, elenco delle sostanze pericolose, schede dati di sicurezza, certificato di prevenzione incendi, rapporto delle indagini sperimentali effettuate).
- Informazioni sui processi produttivi.
- Schemi organizzativi.
- Norme interne e procedure operative (ad esempio, procedure di pianificazione, istruzioni di lavoro, specifiche interne, metodi di controllo, permessi di lavoro).
- Manuali e istruzioni d'uso per macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuali (DPI) forniti dai costruttori.
- Dichiarazioni di conformità, di rispondenza o certificazioni relative a macchine e impianti (compresa quelli di prima installazione o di verifica periodica).
- Piani di emergenza.
- Gestione della normativa applicabile: identificazione e controllo - processo 4.

### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Procedura di identificazione e gestione della documentazione.
- Elenco dei documenti emessi.

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

### *Direttore Generale*

- Approva le modalità di gestione della documentazione e delle registrazioni del SGSL avvalendosi del supporto dell'organizzazione Aziendale per la gestione salute e sicurezza sul lavoro.

### *Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Delegati del DL, Dirigenti*

- Assicurano l'attuazione delle modalità di gestione della documentazione e delle registrazioni del SGSL-AS. Ciascuno per le aree di propria competenza.

### *RSGSL*

- Gestisce la documentazione e le registrazioni relative al sistema di gestione.
- Predispone la "Procedura di identificazione e gestione della documentazione" da sottoporre all'approvazione del DG.

*RSPP, MC/MA, EQ, CGSA*

- Collaborano, secondo le proprie attribuzioni e competenze, con l'RSGL nella gestione della documentazione.

*Preposti*

- Provvedono per quanto di loro competenza, in attuazione di quanto previsto dalle procedure, alla compilazione delle registrazioni e alla loro trasmissione agli organi competenti secondo le vie gerarchiche stabilite dall'organizzazione.

**MECCANISMO DI VERIFICA**

I documenti devono essere controllati e ne deve essere verificata la coerenza con i requisiti del sistema di gestione. Un elenco di possibili indicatori dell'efficacia e dell'efficienza della gestione documentale è il seguente:

- numero di osservazioni (audit interni e/o esterni) relative alla documentazione
- numero di non conformità e/o sanzioni rilevate relative alla documentazione
- tempo medio di distribuzione dei documenti (da emissione a consegna)
- tempo medio di preparazione dei documenti (da pianificazione a emissione)

## 7 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI, VALUTAZIONE DEI RISCHI E PIANIFICAZIONE DEL LORO CONTROLLO

### SCOPO

Assicurare il miglior livello possibile di salute e sicurezza dei lavoratori (art. 2 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.) attraverso l'identificazione di tutti i pericoli presenti nei luoghi di lavoro, la valutazione dei rischi e l'individuazione delle adeguate misure di prevenzione e protezione, tenendo conto anche delle attività di tutti i soggetti che accedono ai luoghi di lavoro, inclusi i pazienti, i visitatori, i volontari e ditte esterne.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Identificare i pericoli, valutare i rischi e pianificarne il controllo attraverso:

- l'individuazione sistematica di tutti gli elementi potenzialmente nocivi alla salute e sicurezza,
- la valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro;
- l'identificazione di misure idonee atte a prevenire, eliminare e mitigare i rischi connessi con gli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro secondo l'approccio seguente:
  - o eliminazione dello specifico rischio, ove possibile;
  - o riduzione dello specifico rischio ad un livello tollerabile o inferiore attraverso l'adozione di misure di prevenzione e protezione collettiva e, ove necessario, degli idonei DPI;
  - o gestione del rischio residuo sulla base di analisi e dimostrazioni di conformità con i criteri di tollerabilità adottati (ove presenti nella normativa vigente, linee guida, buone prassi);
  - o elaborazione del piano di azione contenente le priorità di intervento;
  - o valutazione dell'efficacia delle misure già implementate.

Risultato atteso: la riduzione del numero, della frequenza e della gravità degli eventi incidentali (es.: infortunio, incidente, quasi incidente, malattie professionali, ecc.) e miglioramento dei livelli di salute e sicurezza sul lavoro.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Nell'identificazione dei pericoli e nella valutazione dei rischi si devono esaminare:

- tutti i processi e le attività lavorative, sia routinarie sia non, svolte all'interno dell'Azienda sanitaria, tenendo conto di:

- luoghi di lavoro,
  - macchine, attrezzature di lavoro, in particolare apparecchiature elettromedicali, impianti e materiali presenti sul posto di lavoro sia forniti dall'organizzazione che da terzi,
  - sostanze pericolose utilizzate, prodotte o comunque presenti nell'ambiente di lavoro,
  - agenti biologici utilizzati, prodotti o comunque presenti nell'ambiente di lavoro,
  - organizzazione del lavoro,
  - cambiamenti o progetti di cambiamenti nell'organizzazione, nelle sue attività, nelle aree di lavoro, nelle installazioni, nelle attrezzature di lavoro e negli impianti,
  - modifica delle procedure operative e dell'organizzazione del lavoro,
  - modifiche al SGSL-AS, compresi i cambiamenti temporanei, il loro impatto sull'operatività, sui processi e sull'attività,
  - ogni prescrizione legale cogente correlata alla valutazione dei rischi ed all'attuazione dei necessari controlli,
- i prevedibili comportamenti di pazienti, volontari, visitatori, ditte esterne,
  - le capacità professionali dei lavoratori ed altri fattori umani e di genere critici che possono avere ripercussioni sulla salute e sicurezza dei lavoratori,
  - le interazioni tra le attività che si svolgono in una medesima area.

Per l'identificazione dei pericoli e la valutazione dei rischi devono essere innanzitutto definiti gli ambiti di pertinenza o circoscritte le aree interessate, devono poi essere condotte indagini con metodologie di lavoro definite a priori secondo un'apposita procedura e riportate nel Documento di Valutazione dei rischi (DVR).

La valutazione dei rischi deve essere aggiornata a intervalli prestabiliti, ogni volta che intervengono cambiamenti significativi nei processi, nelle sostanze utilizzate o nell'organizzazione e comunque in conformità a quanto previsto dalla legislazione italiana, in particolare agli artt. 28 e 29 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Il metodo di identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi deve essere basato su criteri oggettivi, provvedere alla classificazione dei rischi e all'identificazione di quelli da eliminare o controllare.

Esso deve consentire l'individuazione delle misure di prevenzione e protezione adeguate alla riduzione/eliminazione ed al controllo dei singoli rischi, tenendo conto delle condizioni di normale

esercizio, anomalia ed emergenza. S'intendono adeguate le misure di prevenzione e protezione che riducono il rischio almeno ad un livello accettabile. I criteri di accettabilità devono essere chiaramente indicati.

La valutazione dei rischi deve essere effettuata considerando tutti i possibili rischi ed essere commisurata alla natura e alla dimensione dei rischi presenti e ai possibili impatti sulla salute e sicurezza di tutti i lavoratori presente all'interno dell'unità produttiva/dipartimento/struttura.

La valutazione dei rischi connessi con situazioni di emergenza deve essere tenuta in considerazione, in conformità a quanto previsto nel processo "11.13 Gestione sicurezza antincendio e delle emergenze".

L'identificazione dei DPI deve essere effettuata attraverso un'analisi sistematica di:

- tipologia dei rischi ed eventuali effetti sinergici tra i diversi fattori;
- eventuali prescrizioni particolari del medico competente;
- misure di prevenzione e protezione adottate.

E comunque in accordo con quanto stabilito nel processo 11.11 "Gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale e Collettiva (DPI e DPC)".

---

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

### *Riferimenti legislativi*

- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"
- Altra normativa regionale applicabile

### *Documentazione*

- Linee Guida nazionali e internazionali in materia
- Linee guida UNI INAIL 2001 e BS OHSAS 18001:2007
- Norme tecniche e standard di riferimento interni
- Procedura per l'identificazione e la valutazione dei rischi
- Procedura per la gestione delle misure da implementare per la riduzione dei rischi
- Registro Infortuni
- Gestione della normativa applicabile: identificazione e controllo – processo 4
- Competenza, consapevolezza e gestione della formazione e informazione – processo 10
- Controllo operativo – processo 11
- Audit interni - processo 14
- Controlli e azioni correttive - processo 12



- Infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive – processo 13

#### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Documento di Valutazione dei Rischi
- Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DUVRI)
- Programma di sorveglianza sanitaria
- Modulo di segnalazione di infortuni, mancati infortuni, incidenti e non conformità
- Rapporto di non conformità

---

## **RUOLI E RESPONSABILITÀ**

### *Direttore Generale (Datore di Lavoro)*

- Effettua la valutazione dei rischi e ne elabora il relativo documento in collaborazione con il RSPP e il Medico competente, previa consultazione del RLS, e provvede al loro aggiornamento in accordo con quanto previsto dal D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- Consegna al Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza, su richiesta di questi e per l'espletamento della sua funzione, copia del Documento di Valutazione dei Rischi.

### *Dirigenti e dirigenti delegati*

- Attuano le misure stabilite dal Datore di Lavoro e si avvalgono del supporto e orientamento delle altre figure responsabili del SGSL AS per la necessaria implementazione del sistema stesso.
- Forniscono al SPP ed al Medico competente informazioni in merito alla natura dei rischi, all'organizzazione del lavoro, alla programmazione e all'attuazione delle misure preventive e protettive, agli impianti e ai processi produttivi, ai provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza.
- Consegnano tempestivamente al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, su richiesta di questi e per l'espletamento della sua funzione, copia del DVR.
- Approvano per le attività di propria competenza in materia di appalti il DUVRI e/o il PSC.

### *Preposti*

- Attuano le misure stabilite dal Datore di Lavoro/Dirigente e si avvalgono del supporto e orientamento delle altre figure responsabili del SGSL per la necessaria implementazione del sistema stesso.
- Sovrintendono e vigilano sulla osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni Aziendali (procedure ed istruzioni operative) 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, informano i loro superiori diretti.

- Vigilano sui comportamenti del personale esterno presente nel luogo di lavoro sulla base delle disposizioni Aziendali ricevute.
- Segnalano tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi, delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali vengano a conoscenza.

#### *RSPP*

- Collabora con il Datore di Lavoro e il Medico competente alla valutazione dei rischi e all'elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi e del DUVRI.
- Propone nuove metodologie di analisi di rischio o conferma quelle esistenti.
- Visita gli ambienti di lavoro.
- Informa gli RLS sugli esiti delle valutazioni nelle riunioni periodiche.
- Coordina gli incontri periodici dell'organizzazione SSL.
- Verifica l'implementazione e l'aggiornamento delle procedure del processo.
- Verifica l'andamento dei piani di miglioramento.
- Analizza le cause degli incidenti, dei quasi incidenti, elabora i dati relativi agli indicatori e definisce la metodologia di analisi da applicarsi per la valutazione dei rischi.

#### *Medico Competente/Autorizzato*

- Collabora con il Datore di Lavoro ed il Servizio di Prevenzione e Protezione nelle attività di valutazione dei rischi e alla stesura del DVR, fermo restando il ruolo dello stesso rispetto alla sorveglianza sanitaria e al Programma di sorveglianza sanitaria.

#### *Esperto Qualificato*

- Collabora con il Datore di Lavoro ed il Servizio di Prevenzione e Protezione nelle attività di valutazione dei rischi e alla stesura del DVR, fermo restando il ruolo dello stesso rispetto alle competenze assegnate dal D. Lgs 230/95 e s.m.i.

#### *RLS*

- Deve essere consultato preventivamente e tempestivamente in ordine alla Valutazione dei Rischi e avere accesso in ogni momento al DVR.
- Deve essere consultato in merito alla designazione del RSPP e degli ASPP, degli incaricati per la gestione delle emergenze e al primo soccorso (secondo quanto previsto al processo 11.13).

- Deve essere consultato in merito alla formazione (secondo quanto previsto al processo 10).
- Promuove l'attività di prevenzione mediante la formulazione di specifiche proposte.

---

**MECCANISMO DI VERIFICA**

Vedi processo 12 "controlli e azioni correttive" e processo 13 "infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive".

## 8 PIANIFICAZIONE DI OBIETTIVI E TRAGUARDI E DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE DEL SGSL-AS

### SCOPO

Descrivere le modalità secondo le quali l'Azienda fissa i propri obiettivi di miglioramento ed elabora programmi per raggiungerli.

Definire indicatori relativi al SGSL-AS e alla sua funzionalità ed efficacia.

Descrivere le modalità di controllo e monitoraggio del SGSL-AS.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Garantire il miglioramento continuo nel campo della salute e sicurezza dei lavoratori in attuazione della politica dell'Azienda, ed elaborando un piano d'azione degli interventi.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Gli obiettivi ed i programmi per l'attuazione della politica in materia di SSL sono definiti considerando:

- l'evoluzione della legislazione
- l'evoluzione della Contrattazione Collettiva
- la valutazione dei rischi connessi alle attività svolte
- la Politica SSL e i risultati conseguiti
- la consultazione ed il coinvolgimento delle parti interessate, tra cui in primo luogo i lavoratori direttamente o per il tramite degli RLS

Sulla base di tali informazioni gli obiettivi vengono identificati secondo i seguenti criteri:

- garantire e migliorare la tutela dell'integrità psicofisica della persona, con un impegno particolare alla formazione e all'addestramento del personale e all'adozione di tutti i sistemi di protezione collettivi e/o individuali,
- utilizzare le migliori tecnologie disponibili e sostenibili, controllando sistematicamente l'efficienza e la sicurezza degli impianti e delle apparecchiature nella progettazione, costruzione, installazione, esercizio, manutenzione, smantellamento e smaltimento,
- definire le priorità di intervento in funzione della gravità del rischio e delle necessità connesse con l'evoluzione normativa,
- programmare e sostenere il miglioramento continuo nei suoi parametri qualitativi e quantitativi.

L'Azienda stabilisce le priorità degli interventi e assegna le risorse umane, strumentali e finanziarie in base alla valutazione dei rischi, in conformità a quanto previsto nel processo "7 Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e pianificazione del loro controllo".

L'Azienda controlla l'andamento dei processi e delle attività del SGSL-AS, al fine di verificarne l'efficienza e l'efficacia e il miglioramento nel tempo. Per fare ciò, l'Azienda fissa:

- indicatori di prestazione inerenti ai risultati complessivi di sistema
- indicatori di prestazione collegati alle modalità di svolgimento ed ai risultati di processi ed attività del SGSL-AS

La misura di tali indicatori ha lo scopo di verificare che processi ed attività si svolgano conformemente a quanto pianificato e siano adeguati al raggiungimento dei risultati attesi.

A titolo esemplificativo si elencano nei punti successivi possibili indicatori di sistema.

### **Pianificazione**

- Obiettivi realizzati su obiettivi pianificati
- tempo di realizzazione degli obiettivi rispetto al tempo pianificato per realizzarli
- tempo intercorso tra il termine entro il quale adeguarsi ad una disposizione di legge e l'ottenimento della conformità alle sue prescrizioni.

### **Formazione, informazione e addestramento**

- N. interventi formativi realizzati su n. interventi formativi pianificati:
  - o per ruolo/figura professionale e livello di rischio
  - o per figure incaricate di attività/verifiche nell'ambito del SGSL-AS
  - o rispetto a assunzioni/cambi di ruolo/trasferimenti del personale
  - o rispetto ai cambiamenti legislativi/tecnici/strutturali/organizzativi.
- Statistiche sulle verifiche di apprendimento e sulle valutazioni (feedback) degli interventi formativi/informativi/di addestramento.

### **Valutazione dei rischi**

- Tempo intercorso tra cambiamenti (strutturali/organizzativi/procedurali/legislativi) e revisione del DVR
- numero di eventi negativi che hanno avuto impatto diretto sulla salute e sicurezza delle persone per rischi non valutati adeguatamente nel DVR.

### **Comunicazione e coinvolgimento**

- Rispetto delle scadenze delle riunioni periodiche
- n. di assenti rispetto al totale dei convocati
- segnalazioni di "quasi incidente" trasmesse dal personale in rapporto al totale degli incidenti.

**Monitoraggio**

- Misure effettuate rispetto a misure pianificate
- affidabilità e adeguatezza degli strumenti di misura

**Audit**

- Audit svolti rispetto a audit pianificati
- rispetto dei tempi e delle modalità di svolgimento dell'audit
- ripartizione% delle NC/raccomandazioni/segnalazioni/consigli rispetto al loro totale
- tempi di trasmissione dei verbali di audit
- completezza dei verbali di audit (secondo la norma UNI 19011).

**Infortuni**

- Numero di infortuni
- indice di gravità
- indice di frequenza
- indice di assenza media dal lavoro per infortuni
- numero di infortuni sottoposti ad analisi delle cause rispetto al totale
- completezza dei dati riportati sul registro infortuni.

**Emergenze**

- Prove di emergenza svolte su prove pianificate
- tempo intercorso per l'eventuale revisione del piano di emergenza a seguito della prova/prove
- numero di emergenze verificatesi nel periodo di riferimento
- entità dei danni causati dalle emergenze verificatesi.

**Incidenti**

- Numero di incidenti
- indice di frequenza
- numero delle indagini svolte sul totale degli incidenti occorsi.

**Non conformità e azioni correttive**

- Numero e gravità delle non conformità rilevate per anno
- tempi di apertura e chiusura delle Azioni Correttive
- valutazione dell'efficacia delle Azioni Correttive.

**Riesame**

- Rispetto delle scadenze delle riunioni di riesame programmate
- completezza della documentazione del sistema di gestione
- n. di assenti rispetto al totale dei convocati.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

### *Documentazione*

- Certificati/attestazioni ove disponibili
- gestione della normativa applicabile: Identificazione e controllo - processo 4
- identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e pianificazione del loro controllo - processo 7
- documentazione del sistema di gestione - processo 6
- riesame della direzione - processo 15
- Competenza, consapevolezza e gestione della formazione e informazione - processo 10

### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Piano annuale di miglioramento
- registro degli indicatori di SSL
- programma delle attività necessarie per l'attuazione del Piano Annuale di Miglioramento

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

### *Direttore Generale*

- Stabilisce obiettivi e traguardi
- esamina i piani annuali di miglioramento e, dopo consultazione del RLS, li approva
- approva per ogni obiettivo tempi di attuazione, le responsabilità, gli indicatori e i relativi criteri e le modalità di misura in collaborazione con RSGSL e RSPP

### *Dirigenti Delegati, Dirigenti e Preposti*

- Informano il personale sulla programmazione degli obiettivi e lo coinvolgono affinché si adoperi per il raggiungimento degli stessi

### *RSGSL*

- Collabora con il DL nella individuazione degli obiettivi di miglioramento, e nella definizione degli indicatori e dei relativi criteri di misura elaborando ed il piano annuale di Miglioramento

### *RSPP, MC/MA, EQ, CGSA*

- Collaborano, per quanto di competenza con il DL e il RSGSL nell'individuazione per ogni obiettivo dei tempi di attuazione, delle responsabilità, degli indicatori e dei relativi criteri e modalità di misura

### *RLS*

- Partecipano al processo di approvazione della programmazione delle attività relative al sistema

## MECCANISMO DI VERIFICA

### Verifica del raggiungimento degli obiettivi

I Responsabili di Struttura o Unità Operativa, in collaborazione con l'organizzazione della SSL, sovrintendono ai controlli dello stato d'avanzamento degli obiettivi programmati, con le modalità individuate nel Piano annuale di miglioramento.

La verifica complessiva dell'alta direzione sullo stato di attuazione degli obiettivi definiti, nonché l'emanazione di nuovi obiettivi, si effettua in occasione delle riunioni periodiche di legge (previste almeno una volta l'anno) e nella Riunione di Riesame del SGSL-AS.

### Verifica degli indicatori di sistema

I dati sugli indicatori di sistema vengono inviati al RSGSL, che li elabora e li struttura in forma adeguata per sottoporli al DL ed al Riesame del SGSL, evidenziando, ove opportuno, anche eventuali trend di sviluppo dei parametri negli anni.



## 9 COMUNICAZIONE E CONSULTAZIONE

### SCOPO

Predisporre uno schema di gestione delle comunicazioni dirette al personale che a qualsiasi titolo presta servizio nell'Azienda Sanitaria e delle comunicazioni dirette a pazienti e utenti esterni relativamente alla tematica della Salute e Sicurezza sul Lavoro.

Definire inoltre la modalità per la consultazione e la partecipazione informata, consapevole ed attiva dei lavoratori, anche attraverso i loro RLS.

Sono esclusi da questo processo, in quanto oggetto di altri specifici processi, i seguenti argomenti/attività:

- l'informazione e la formazione;
- le informazioni del Medico Competente/Autorizzato ai lavoratori sulla sorveglianza sanitaria;
- le scelte dei DPI;
- tutte le comunicazioni non inerenti alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Programmare i flussi comunicativi che l'Azienda Sanitaria intende adottare sia verso il personale che a qualsiasi titolo presta servizio nell'Azienda stessa che verso gli utenti esterni, in modo da rendere partecipi al Sistema di gestione tutti i soggetti coinvolti.

Garantire a chiunque faccia richiesta di informazioni (altri enti, personale che a qualsiasi titolo presta servizio nell'Azienda sanitaria e utenti esterni, clienti e fornitori, ecc.) una risposta rapida, affidabile, esauriente e comprensibile.

Definire modalità di comunicazione efficaci con i fornitori/appaltatori affinché siano noti e rispettati i vincoli imposti dal Sistema di gestione interno all'Azienda.

### ELEMENTI DI SISTEMA

#### Comunicazione interna

L'Azienda adotta:

- modalità e strumenti di comunicazione che consentano di condividere le informazioni che contribuiscano alla riduzione dei rischi e alla gestione della salute e sicurezza sul lavoro;
- modalità di comunicazione idonee a far pervenire a tutti i soggetti interessati le informazioni necessarie per consentire loro di esercitare appieno ed in sintonia con gli altri il proprio ruolo.

Il flusso informativo così organizzato deve consentire il trasferimento efficace di informazioni mirate e sintetiche, in grado di rendere ognuno consapevole e partecipe del proprio ruolo e dei compiti a lui attribuiti in materia di salute e sicurezza.

Ciò può avvenire tramite:

- comunicazioni verticali (dall'alta dirigenza verso la base e viceversa)
- comunicazioni orizzontali (da responsabile di processo/funzione a responsabile di processo/funzione, da lavoratore a lavoratore)

L'Azienda:

- diffonde informazioni sui temi della salute e sicurezza e sui soggetti che hanno incarichi specifici nell'ambito del SGSL-AS
- raccoglie osservazioni, commenti e proposte, anche da parte dei lavoratori, sulle misure preventive e protettive, sulle procedure e sui metodi di lavoro adottati e sull'organizzazione del sistema di gestione
- si confronta con le OO.SS.Aziendali in materia di salute e sicurezza
- diffonde al personale, attraverso la predisposizione di un "Piano di Comunicazione SGSL-AS", le informazioni su:
  - o politica della Sicurezza
  - o obiettivi, programmi e progetti di miglioramento e relativo stato di avanzamento
  - o valutazione delle simulazioni di emergenza
  - o infortuni o incidenti
  - o rapporti di non conformità significativi
  - o risultati degli audit

I metodi di comunicazione possono comprendere avvisi al personale, comunicazioni interne, ordini di servizio, ecc. emanati e diffusi per mezzo di bacheche, posta interna, posta elettronica, riunioni specifiche, materiale informativo, segnaletica di sicurezza, ecc. La comunicazione può avvenire anche tramite gli RLS.

In generale, un Piano di Comunicazione dovrebbe contenere almeno i seguenti elementi:

- assegnazione dei ruoli nell'esecuzione dei diversi interventi di comunicazione
- definizione delle modalità e degli strumenti idonei alla comunicazione
- definizione delle eventuali periodicità e scadenze

È opportuno elaborare un Piano che consenta di veicolare le informazioni preventive sulla salute e sicurezza ai lavoratori interessati e, contemporaneamente, permetta ai lavoratori di segnalare immediatamente ogni possibile carenza, problematica, azione di miglioramento, ecc.

Contestualmente vanno definiti le modalità e i criteri di classificazione delle segnalazioni ricevute dai lavoratori ai fini dell'individuazione dei destinatari idonei a trattarle, e le modalità e i tempi di trattazione.

Per definire le modalità di accoglimento e risposta alle richieste di informazione secondo le varie tipologie (in forma scritta, telefonica o diretta) occorre:

- predisporre un sistema di ricezione delle richieste
- definire le figure che hanno la responsabilità di fornire le risposte, prevedendo i tempi e le modalità di risposta a seconda della situazione
- definire un sistema di identificazione ed archiviazione delle richieste delle relative risposte

Quanto sopra descritto non è applicabile agli interventi urgenti a tutela della sicurezza del personale, rispetto ai quali il Dirigente Delegato, il Dirigente, il Preposto e/o il singolo lavoratore devono intervenire secondo le procedure di controllo operativo applicabili al contesto in cui operano.

Le modalità di gestione, identificazione, trattamento, distribuzione, aggiornamento, anche in virtù di flussi comunicativi esterni, della documentazione del Sistema di gestione, sono regolate dal Processo 6: "Documentazione del sistema di gestione" anche per quanto riguarda le informative su leggi, norme ed i loro aggiornamenti nel tempo.

### **Comunicazione esterna**

La comunicazione rappresenta per l'Azienda uno strumento di creazione e di diffusione dei propri valori. Per tale motivo l'Azienda attribuisce particolare importanza alla comunicazione da e verso l'esterno, nella consapevolezza che essa vive in un contesto sociale e opera per la salute dei cittadini.

Pertanto essa tiene attivi una serie di canali comunicativi atti a raccogliere tutte le informazioni provenienti dall'esterno relative ad aspetti di salute e sicurezza e a diffondere all'interno eventuali successive iniziative ritenute utili per il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza e dell'immagine Aziendale sviluppate a seguito delle segnalazioni ricevute.

Per definire le modalità di accoglimento e risposta alle richieste di informazione secondo le varie tipologie (in forma scritta, telefonica, ecc.) occorre:

- predisporre un sistema di ricezione delle richieste

- definire le figure che hanno la responsabilità di fornire le risposte, prevedendo i tempi e le modalità di risposta a seconda della situazione
- definire un sistema di identificazione ed archiviazione delle richieste delle relative risposte.

### Consultazione

L'Azienda sanitaria favorisce la partecipazione di tutti i lavoratori, a tutti i livelli dell'organizzazione e promuove la cooperazione in materia di salute e sicurezza. L'Azienda assicura agli RLS la formazione prevista dalla normativa ed il tempo necessario per ricoprire il proprio ruolo. I lavoratori possono essere coinvolti, secondo le modalità ritenute opportune, in merito a:

- valutazione dei rischi
- misure preventive/protettive (inclusi i DPI)
- piani di emergenza ed evacuazione
- organizzazione della formazione
- informazioni ad esempio su:
  - o farmaci, sostanze e miscele pericolose
  - o macchine e attrezzature
  - o impianti
  - o organizzazione e ambienti di lavoro
  - o processi operativi
  - o risultati delle riunioni periodiche
- raccolta e trattazione di osservazioni, commenti e proposte su:
  - o organizzazione del Sistema di gestione
  - o procedure e metodi di lavoro adottati
  - o piani e programmi di miglioramento
- definizione/pianificazione delle azioni correttive/preventive conseguenti al manifestarsi di non conformità

I lavoratori possono essere consultati anche nel corso di audit interni, ad esempio tramite interviste individuali. L'Azienda raccoglie anche segnalazioni, osservazioni e proposte dei lavoratori; tali comunicazioni vengono gestite secondo quanto previsto dal Piano di Comunicazione del SGSL-AS. Il RLS partecipa al "Riesame del Sistema di gestione" e viene espressamente consultato sulla Politica di sicurezza e sugli obiettivi di miglioramento.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

### *Documentazione*

- Documentazione del sistema di gestione – processo 6
- Definizione ed assegnazione delle responsabilità, autorità e ruoli – processo 3

### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Procedure comunicazione interna/esterna
- Piano di Comunicazione del SGSL-AS
- Verbali di riunioni/incontri

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

### **Comunicazione interna**

Le funzioni Aziendali preposte predispongono il “Piano di Comunicazione del SGSL-AS” e lo sottopongono al Direttore Generale (DL) che lo approva. Le stesse funzioni Aziendali ne curano l’attuazione.

#### *Direttore Generale*

- Approva il “Piano di Comunicazione del SGSL-AS”.
- Effettua riunioni periodiche almeno annuali, con il supporto del RSPP e del RSGSL assicurando che ai RLS vengano fornite preventivamente informazioni necessarie.
- Può attivare consultazioni anche al di fuori dal calendario delle riunioni periodiche su argomenti specifici e per necessità urgenti, e ne fa verbalizzare gli esiti.

#### *RSGSL*

- Redige il “Piano di Comunicazione del SGSL-AS”.
- Collabora con le funzioni Aziendali preposte, per quanto di propria competenza, per l’attuazione del Piano di Comunicazione del SGSL-AS.
- Partecipa alle riunioni periodiche.

#### *Dirigenti Delegati, Dirigenti e Preposti*

- Partecipano alle riunioni periodiche per le rispettive competenze.
- Sono consultati per la redazione del “Piano di Comunicazione del SGSL-AS”.
- Attuano, per quanto di propria competenza, il piano di Comunicazione del SGSL-AS.

*RSPP*

- Organizza riunioni periodiche almeno annuali con il Direttore Generale e gli RLS delle quali cura la verbalizzazione.
- Collabora con l'RSGSL nella redazione, per quanto di propria competenza, del piano di Comunicazione del SGSL-AS.

*MC/MA, EQ, CGSA*

- Partecipano alle riunioni periodiche per le rispettive competenze.
- Attuano, per quanto di propria competenza, il piano di Comunicazione del SGSL-AS.
- Collaborano con l'RSGSL nella redazione, per quanto di propria competenza, del piano di Comunicazione del SGSL-AS.

*RLS*

- Viene consultato in merito a Politica di sicurezza e obiettivi di miglioramento.
- Partecipa alle riunioni annuali in materia di salute e sicurezza.
- Partecipa alle riunioni per il "Riesame del Sistema di gestione".

**MECCANISMO DI VERIFICA**

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto dai processi 13 e 15.

Si riportano a titolo di esempio alcuni indicatori di performance del processo comunicazione e consultazione:

- N° di risposte, nei tempi, in base alle segnalazioni interne ricevute/anno
- n° di risposte, nei tempi, in base alle segnalazioni esterne ricevute/anno
- n° di risposte evase nei tempi rispetto al n° di risposte totali/anno
- n° di informative interne erogate/anno
- n° di informative esterne erogate/anno.

## 10 COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E GESTIONE DELLA FORMAZIONE E INFORMAZIONE

### SCOPO

Definire i criteri, le modalità organizzative e le responsabilità che l'Azienda Sanitaria adotta per l'informazione, la formazione e l'addestramento in tema di salute e sicurezza di tutto il personale in base alle attività svolte.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Definire, attraverso il Protocollo formativo Aziendale in tema di salute e sicurezza, i criteri e le modalità per assicurare a tutti i lavoratori l'accesso all'informazione, alla formazione ed all'addestramento continuo.

Aumentare la consapevolezza e le competenze professionali di ciascun lavoratore in materia di salute e sicurezza, con particolare riguardo per diritti e doveri, fattori di rischio/pericoli, misure di prevenzione e protezione, istruzioni sulle relative modalità d'uso dei DPI, ai fini di una partecipazione concreta al funzionamento del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza (SGSL-AS) nell'ottica del miglioramento continuo.

Definire il piano Aziendale annuale di informazione, formazione e addestramento.

Implementare un sistema informatizzato per il libretto formativo del Lavoratore.

Attivare il monitoraggio del fabbisogno formativo individuale.

In particolare si definisce che il Piano annuale di informazione, formazione e addestramento per la Sicurezza, può anche fare riferimento alle indicazioni contenute nei piani nazionali e regionali per la formazione sanitaria.

Occorre operare la necessaria distinzione tra la formazione che deriva da poteri discrezionali in ordine alla decisione di autorizzare o meno l'intervento formativo e quella obbligatoria, derivante da disposizioni di legge che prevedono specifici interventi formativi, collegati allo svolgimento di particolari attività. Il quadro normativo più articolato in tal senso è quello previsto dal D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.(artt. 36 e 37).

### ELEMENTI DI SISTEMA

#### Formazione

Il RSPP, in base alle risultanze della Valutazione dei Rischi, ed il Medico Competente per la parte di competenza, definiscono le necessità informative, formative e di addestramento in tema di Salute

e Sicurezza sul lavoro redigendo il “Protocollo formativo Aziendale” corrispondente e lo sottopone all’approvazione del Direttore Generale, previa consultazione con gli RLS. Tale Protocollo può essere sviluppato per tipologia di attività o gruppi omogenei professionali presenti in Azienda e deve essere aggiornato in occasione di:

- individuazione/eliminazione fonti di rischio
- mutamenti organizzativi che incidono sui processi produttivi
- introduzione di nuove sostanze o miscele o loro eliminazione
- introduzione di nuove attrezzature/impianti
- trasferimenti e/o cambiamenti di attività e ruoli
- variazioni di sedi o modifica degli ambienti di lavoro
- introduzione o variazione della legislazione e della normativa tecnica

Particolare attenzione, a motivo del contesto ambientale in cui sono svolte, devono assumere la formazione, anche con prove “sul campo”, e l’addestramento degli operatori impegnati in attività rilevanti ai fini dell’esposizione a particolari fattori di rischio. Il Protocollo contiene anche l’articolazione delle attività formative e di aggiornamento per RSPP, ASPP, RLS, incaricati alle emergenze e al primo soccorso, dirigenti, preposti, e altre figure che necessitano di formazione e aggiornamento specifico.

Il RSGSL e il CGSA definiscono il fabbisogno formativo relativo agli auditor qualificati ed al personale addetto alle emergenze e lo inviano al RSPP l’inserimento nel “Protocollo Formativo Aziendale in materia di SSL” di interventi formativi necessari per l’esercizio dell’attività di auditing e il mantenimento della qualifica.

Il Delegato alla Formazione SSL definito al processo 3, nel perseguire gli obiettivi del Protocollo Formativo Aziendale in materia di SSL, con il supporto del RSPP, RSGSL e del CGSA ed in base a quanto emerso dalla consultazione degli RLS, predispone il “Piano annuale di informazione, formazione, addestramento”. Il medesimo supporta il Direttore Amministrativo nella definizione delle risorse economiche necessarie all’attuazione del suddetto piano annuale e successivamente lo sottopone all’approvazione del Direttore Generale.

Il “Piano annuale di informazione, formazione e addestramento per la sicurezza” contiene la pianificazione le attività di informazione, formazione e addestramento previste per l’anno successivo, è conforme al Protocollo Aziendale ed è redatto dal Delegato alla Formazione SSL previa consultazione del RLS.

Al fine di erogare gli interventi formativi, ciascuna Azienda Sanitaria predispone un proprio “albo dei formatori in materia di SSL” che conterrà i curricula dei soggetti individuati come idonei a svolgere attività di formazione e viene detenuto e gestito dal Delegato alla Formazione SSL.



## Informazione

Ciascun lavoratore deve ricevere un'adeguata informazione su:

- i rischi per la sicurezza connessi all'attività dell'Azienda in generale e dell'Unità Operativa presso la quale opera
- i rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni Aziendali in materia di SSL
- le misure e le attività di prevenzione e protezione adottate
- i pericoli connessi all'uso delle sostanze e delle miscele pericolose sulla base delle schede dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica
- le modalità per la corretta gestione dei rifiuti, anche con riferimento a quelli che necessitano di particolari accorgimenti
- le procedure Aziendali che riguardano l'emergenza ed il primo soccorso
- la composizione del Servizio di Prevenzione e Protezione e dell'organizzazione del Medico Competente/Autorizzato
- i nominativi degli incaricati per la gestione delle emergenze e per il primo soccorso
- il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza, l'Organigramma della Sicurezza Aziendale e i suoi aggiornamenti

A tale scopo:

- viene assicurata ai lavoratori un'informazione capillare anche tramite incontri informativi (o con strumenti di pari efficacia) su tematiche specifiche di sicurezza
- la struttura Aziendale fornisce a tutto il personale, per il tramite dei preposti, al momento della presa in carico presso l'Unità Operativa e dopo ogni variazione della valutazione dei rischi, l'informazione sui rischi specifici e sulle procedure di sicurezza
- sono diffuse le norme comportamentali da tenere in situazioni pericolose o di potenziale rischio nello svolgimento delle attività lavorative
- sono diffuse le norme comportamentali da tenere in caso di emergenze interne o di maxiemergenze (divulgazione dei piani di emergenza)

La capillarità delle azioni informative costituisce oggetto di verifica e confronto nelle riunioni periodiche previste dalla normativa vigente. Le attività informative, formative e di addestramento sono registrate a cura del Delegato alla Formazione nel "Libretto formativo del Lavoratore".

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 per la formazione dei lavoratori ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

- Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 per la formazione dei datori di lavoro che svolgono direttamente i compiti di RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi) ai sensi dell'articolo 34, commi 2 e 3, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.
- Accordo Stato-Regioni del 26 gennaio 2006 per la formazione degli Addetti al Servizio Prevenzione e Protezione (ASPP) e del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP).
- Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2012 concernente l'individuazione delle attrezzature di lavoro per le quali è richiesta una specifica abilitazione degli operatori, nonché le modalità per il riconoscimento di tale abilitazione, i soggetti formatori, la durata, gli indirizzi ed i requisiti minimi di validità della formazione, in attuazione dell'articolo 73, comma 5, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche e integrazioni.
- Documento di valutazione dei rischi ai sensi del D. Lgs.81/2008 e s.m.i.
- Norme tecniche e standard di riferimento interni.
- Piani nazionale e regionale per la formazione continua in sanità.
- Evidenze documentali dei risultati delle verifiche di apprendimento.
- Attività informative e formative svolte, ivi comprese quelle specialistiche che comportano l'abilitazione allo svolgimento di particolari mansioni.

#### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Protocollo formativo Aziendale in tema Salute e Sicurezza.
- Piano annuale di informazione, formazione e addestramento per la Sicurezza.
- Report delle verifiche di apprendimento.
- Libretto formativo del personale.
- Albo dei formatori SSL.

---

## **RUOLI E RESPONSABILITÀ**

### *Direttore Generale*

- Approva il Protocollo formativo Aziendale in tema Salute e Sicurezza su proposta del RSPP.
- Approva il "Piano annuale di informazione, formazione e addestramento sulla Sicurezza" su proposta del Delegato alla Formazione SSL a seguito di consultazione dell'RLS.

### *Delegato alla Formazione SSL*

Relativamente al "Piano annuale di informazione, formazione e addestramento sulla Sicurezza":

- pianifica lo svolgimento delle attività di formazione ed addestramento in collaborazione con il RSPP
- garantisce la logistica d'aula idonea per il migliore apprendimento

- individua le risorse per la docenza, che devono essere qualificate da opportuno curriculum
- assicura:
  - la raccolta dei dati relativi alle presenze
  - la gestione e l'archiviazione della documentazione prodotta durante le attività
  - la valutazione dei dati relativi alle verifiche dell'apprendimento
  - monitoraggio e la registrazione dell'attività formativa svolta e, ove richiesto da norme di legge o contrattuali, la certificazione delle competenze acquisite
  - l'invio al Dirigente della Unità Operativa di appartenenza dell'elenco del personale che ha effettivamente partecipato ai corsi
  - la gestione del Libretto formativo del Lavoratore
- collabora con RSPP e RSGSL/CGSA alla programmazione di dettaglio e alla gestione delle attività previste dal piano annuale.

Relativamente alla formazione e al mantenimento della Qualifica degli Auditor SGSL il Delegato alla Formazione SSL ha il compito di effettuare la programmazione di dettaglio e la sua gestione, in collaborazione con l'RSGSL. In particolar modo assicura:

- la corrispondenza dei contenuti alle necessità
- la programmazione dei corsi
- la logistica d'aula idonea per il migliore apprendimento
- l'individuazione delle risorse per la docenza, che devono essere qualificate da opportuno curriculum
- la raccolta dei dati relativi alle presenze
- la gestione ed archiviazione della documentazione prodotta durante le attività
- l'archiviazione della certificazione rilasciata al superamento dell'esame e l'aggiornamento del Libretto formativo del Lavoratore
- l'invio al RSGSL dell'elenco degli auditor qualificati con la copia degli attestati di qualifica al fine di permettergli di tenere aggiornato l'elenco degli auditor qualificati.

#### *RSPP*

- Cura la redazione, l'aggiornamento e l'archiviazione del "Protocollo formativo Aziendale in tema Salute e Sicurezza" in collaborazione con il RSGSL ed il CGSA
- collabora con il Delegato alla Formazione per la redazione del Piano annuale di informazione, formazione e addestramento sulla Sicurezza"
- collabora con il Delegato alla Formazione ed il RSGSL per la programmazione di dettaglio e la gestione delle attività previste dal Piano annuale di informazione, formazione e addestramento per la Sicurezza.

#### *RSGSL /CGSA*

- Individua il fabbisogno formativo per gli auditor qualificati e lo invia al RSPP per l'inserimento nel Protocollo Formativo Aziendale

- collabora con il Delegato alla formazione SSL per la programmazione annuale e la gestione delle attività previste dal Protocollo Formativo Aziendale.

#### RLS

- È consultato definizione del “Protocollo formativo Aziendale in tema Salute e Sicurezza”
- è consultato nella pianificazione delle necessità informative, formative e di addestramento sulla salute, sicurezza necessarie per la predisposizione del “Piano annuale di informazione, formazione e addestramento sulla Sicurezza”.

### MECCANISMI DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti e specificati a margine dei rispettivi piani informativi e formativi. Devono essere valutati l'efficacia della formazione e i livelli effettivi di competenza; ciò può anche comportare lo svolgimento di valutazioni durante i programmi di formazione e/o controlli adeguati in sito per stabilire se il livello di competenza richiesto è stato conseguito.

Si elencano possibili indicatori di sistema:

- N° di interventi formativi pianificati/realizzati:
  - o per ruolo/figura professionale e livello di rischio
  - o per figure incaricate di attività - verifiche nell'ambito del SGSL
  - o rispetto ad assunzioni, cambi di mansione, trasferimenti del personale
  - o rispetto ai cambiamenti legislativi, tecnici, strutturali, organizzativi
  - o statistiche sulle verifiche di apprendimento e sulle valutazioni degli interventi formativi - informativi – di addestramento
  - o non conformità, incidenti, infortuni legati al non rispetto di requisiti (procedure, istruzioni operative, legislazione, ecc.) trattati nelle attività formative.

## 11 CONTROLLO OPERATIVO

Il controllo operativo è lo strumento tecnico ed organizzativo con cui l'Azienda svolge le proprie attività integrando nei propri processi i requisiti di salute e sicurezza sul lavoro in attuazione di quanto stabilito nell'ambito del proprio sistema di gestione sicurezza, in conformità alla politica definita dall'Azienda e alla propria valutazione dei rischi e alle disposizioni di legge in materia.

Esso si attua attraverso l'Identificazione e la definizione di procedure, istruzioni che regolano:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- i processi di prevenzione e protezione finalizzati al contenimento e superamento dei rischi stessi.

Sulla base della normativa applicabile e delle risultanze della valutazione dei rischi l'RSPP, l'RSGSL e il CGSA definiscono le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative, ai fini di una loro gestione efficiente.

Le procedure, i piani e i relativi scadenziari delle attività di controllo vengono definiti per ogni funzione e reparto dai rispettivi responsabili, in collaborazione con l'organizzazione della SSL.

Le attività di controllo operativo sono oggetto di informazione, formazione e addestramento di cui al processo 10.

Nelle procedure di controllo operativo l'Azienda:

- definisce e identifica i ruoli e le responsabilità e garantisce la formazione del personale incaricato di misure, rilevazioni e registrazioni,
- definisce gli strumenti e le risorse necessarie,
- stabilisce l'eventuale necessità di registrazione delle rilevazioni effettuate, i parametri di misura e i limiti di riferimento da rispettare,
- definisce il flusso per il trasferimento dei dati relativi alle rilevazioni effettuate ai dirigenti responsabili, all'RSPP/RSGSL/CGSA, al DL e a quanti debbano accedere a tali informazioni in virtù del loro ruolo e responsabilità in materia di SSL.

Ai fini delle presenti linee di indirizzo, i processi lavorativi oggetto del controllo operativo sono quelli identificati dal "Processo 5- Identificazione ed elencazione dei processi".

L'attuazione dei controlli previsti si svolge con le modalità indicate al processo 12- Sorveglianza e misurazioni. Particolare attenzione al rispetto dei requisiti di controllo operativo deve essere posta durante lo svolgimento degli audit interni (processo 14) e dei riesami della direzione (Processo 15).

## 11.1. ATTIVITÀ DI AREA CRITICA

### SCOPO

Definire le modalità organizzative, le responsabilità, le procedure e le istruzioni che regolano, nell'ambito delle attività relative all'area Dipartimento di Emergenza e Accettazione/Pronto Soccorso, Osservazione Breve ed Astanteria, Rianimazione e Terapia Intensiva/Sub-Intensiva, Emergenza Sanitaria Territoriale/118, nonché:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- le attività finalizzate alla prevenzione e al contenimento dei rischi individuati.

Sono escluse le attività di gestione delle emergenze, calamità, ecc., che vengono definiti al punto 11.13 - Gestione della sicurezza antincendio e delle emergenze

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri delle attività del Dipartimento di Emergenza e Accettazione/Pronto Soccorso, Osservazione Breve ed Astanteria, Rianimazione e Terapia Intensiva/Sub-Intensiva, Emergenza Sanitaria Territoriale/118.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di sistema e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al SGSL-AS.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL, l'RSGL in collaborazione con l'RSPP definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGL, in collaborazione con i responsabili dei reparti e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, elabora per ciascuna attività le procedure di sistema e le relative revisioni. Il RSPP in collaborazione con i responsabili dei reparti e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, elabora per ciascuna attività le procedure di sicurezza, le istruzioni operative e le relative revisioni.

Le procedure devono migliorare:

1. la gestione del paziente per gli aspetti relativi a: soccorso sul territorio, triage (anamnesi, individuazione di eventuali condizioni di infettività, ecc.), movimentazione e trasporto del paziente non autosufficiente, gestione soggetti critici, avviamento al trattamento, raccolta/conservazione delle informazioni,
2. la gestione delle informazioni che possono influire sulla sicurezza degli operatori relative ai pazienti presenti (i.e. sospette malattie infettive che necessitano di livelli di contenimento superiori al II),
3. la gestione del trasporto pazienti dal territorio alle strutture sanitarie e dai DEA in altre Unità Operative per diagnosi strumentali, consulenze, ecc.,
4. la gestione dei rapporti fra i sanitari e gli accompagnatori che stazionano in sala d'attesa, con particolare attenzione alle modalità di rilascio di informazioni critiche e alla gestione degli eventuali episodi di violenza nei confronti del personale,
5. gestione del rischio chimico e biologico (farmaci, disinfettanti, gas medicali, aghi e taglienti, agenti patogeni, ecc.),
6. la gestione di tutti gli ambienti (gestione aree di attesa, emergenza, aree di isolamento e percorsi per pazienti infetti, ecc.; pulizia e sanificazione, salubrità, sicurezza, programmazione dei tempi e caratteristiche di utilizzo, ecc.),
7. la gestione del trasporto, somministrazione, smaltimento di farmaci, sangue, emoderivati,
8. la raccolta e smaltimento dei rifiuti.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10)

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- DVR
- DUVRI
- Manuale del SGSL-AS
- Procedure, istruzioni e programmi di lavoro in uso
- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- Linea Guida UNI INAIL 2001
- Eventuali altri standard nazionali e internazionali relativi alle attività svolte

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Sanitario (Delegato al Governo Clinico e Processi sanitari ed assistenziali)*

- Approva le procedure di sistema elaborate dal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approva le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaborate dal RSPP, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle strutture coinvolte.

*Direttore del dipartimento, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure, delle istruzioni operative.
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP, al RSGSL e al Direttore sanitario problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

*RSPP*

- Sulla base del DVR redige le procedure di sua competenza.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

*RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

*RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni, trasmette le segnalazioni ricevute dai lavoratori.

## MECCANISMO DI VERIFICA

Le verifiche avvengono in conformità con quanto previsto nel processo 12, “controlli ed azioni correttive” e processo 13 “infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive”. L’Azienda deve adottare adeguati meccanismi di verifica sull’efficacia e efficienza del sistema e delle procedure adottate, identificando adeguati indicatori di prestazione. Ad esempio alcuni indicatori di prestazione possono essere:

- n° malattie professionali o infortuni tra i lavoratori
- n° incidenti e quasi incidenti avvenuti nel periodo in esame
- n° di errori / confusione di anamnesi, referti, campioni
- n° e frequenza delle deviazioni dalle procedure durante l’effettuazione delle visite/interventi/analisi/terapie
- tempi di turnover dei materiali
- frequenza dei danni alle apparecchiature e delle manutenzioni su danno.



## 11.2. ATTIVITÀ DI RICOVERO AREA MEDICA

### SCOPO

Identificare le procedure di sistema, istruzioni operative che regolano:

- processi operativi relativi all'attività svolta nell'area medica che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- processi di prevenzione, gestione diretta e contenimento dei rischi individuati.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di sistema e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle principali attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al sistema di gestione.

Identificare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri dell'attività nei reparti di degenza, medicina generale e specialistica, medicina nucleare e radioterapia, malattie infettive, residenze sanitarie assistite (RSA) e hospice.

Verificare la coerenza di quanto realizzato in linea con le politiche Aziendali e con la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i responsabili dei reparti e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative.

Il RLS segnala criticità e propone miglioramenti alle procedure ed istruzioni.

A titolo di esempio si riportano alcune tipologie di procedure/istruzioni operative da poter redigere:

- 1) Accoglienza e collocazione del paziente (valutazione e gestione dell'ingresso del paziente in reparto).

- 2) Assistenza e gestione del paziente (somministrazione pasti; cura della persona e movimentazione del paziente non autosufficiente; modalità per i prelievi ematici e/o di altri campioni; esecuzione di esami diagnostici a letto; somministrazione di terapie (parenterali, endovena, ecc.) anche pericolose (antiblastici).
- 3) Preparazione, trasporto, somministrazione, smaltimento di farmaci antiblastici o pericolosi.
- 4) Trasporto del paziente in altro servizio.
- 5) Smaltimento rifiuti.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- DVR
- DUVRI
- Manuale del SGSL-AS
- Procedure, istruzioni e programmi di lavoro in uso
- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- Linea Guida UNI INAIL 2001
- Eventuali altri standard disponibili

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Sanitario (Delegato al Governo Clinico e Processi sanitari ed assistenziali)*

- Approva le procedure di sistema elaboratedal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approva le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaboratedal RSPP, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

*Direttore del Dipartimento/Distretto, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure, delle istruzioni operative
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP, al RSGSL e al Direttore sanitario problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

*RSPP*

- Sulla base del DVR redige le procedure di sua competenza.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

**RSGSL**

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

**RLS**

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni, trasmette le segnalazioni ricevute dai lavoratori.

---

**MECCANISMO DI VERIFICA**

Alcuni esempi di indicatori di sistema rilevabili in un periodo di tempo stabilito (es.: anno):

- n° di non conformità rilevate nell'applicazione delle procedure
- n° di infortuni e incidenti causati dalla non applicazione delle procedure
- n° di ore di addestramento su procedure e istruzioni di lavoro
- n° di procedure elaborate/aggiornate/eliminate

Alcuni esempi sono:

- n° di pazienti accettati nel reparto senza valutazione di patologie respiratorie
- n° di pazienti non collaboranti accettati in reparto senza disponibilità di adeguato numero di sollevatori (1 sollevatore ogni 8 pazienti- cfr MAPO)
- n° di volte/anno in cui il reparto si è trovato sprovvisto di: gas tecnici, cateteri, ecc.

### 11.3. ATTIVITÀ DI RICOVERO AREA CHIRURGICA

#### SCOPO

Identificare le procedure di sistema, istruzioni operative che regolano:

- processi operativi relativi all'attività svolta nell'area chirurgica che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- processi di prevenzione, gestione diretta e contenimento dei rischi individuati.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs81/2008 e s.m.i, un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

#### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di sistema e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle principali attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al sistema di gestione.

Identificare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri dell'attività nei reparti di ricovero e degenza di chirurgia generale e specialistica, Daysurgery, sale operatorie e sale parto, radiologia interventistica ed emodinamica.

Verificare la coerenza di quanto realizzato in linea con le politiche Aziendali e con la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

#### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e Il RSPP, in collaborazione con i responsabili dei reparti e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative. Il RLS segnala criticità e propone miglioramenti alle procedure ed istruzioni.

A titolo di esempio si riportano alcune tipologie di procedure/istruzioni operative da poter redigere per il controllo operativo:

1. Accoglienza e collocazione del paziente (valutazione e gestione dell'ingresso del paziente in reparto);
2. assistenza e gestione del paziente (somministrazione pasti; cura della persona e movimentazione del paziente non autosufficiente; modalità per i prelievi ematici e/o di altri campioni; esecuzione di esami diagnostici a letto; somministrazione di terapie (parenterali, endovena, ecc...) anche pericolose (antiblastici);
3. isolamento dei pazienti infettati da germi multiresistenti;
4. gestione del rischio derivante dall'utilizzo di strumenti e attrezzature (radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, parti in movimento, taglienti, ecc.);
5. gestione del rischio chimico e biologico (farmaci, disinfettanti, gas medicali, aghi e taglienti, ecc.);
6. gestione di tutti i materiali di consumo;
7. gestione delle sale operatorie (pulizia, salubrità, sicurezza, programmazione dei tempi e caratteristiche di utilizzo, ecc.);
8. gestione della preparazione, trasporto, somministrazione, smaltimento di farmaci, sangue, emoderivati;
9. raccolta e smaltimento dei rifiuti.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

- Linea Guida UNI INAIL 2001
- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- DVR
- DUVRI
- Manuale del SGSL-AS
- Procedure, istruzioni in uso
- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- Eventuali altri standard nazionali e internazionali relativi alle attività svolte.

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Sanitario (Delegato al Governo Clinico e Processi sanitari ed assistenziali)*

- Approva le procedure di sistema elaboratedal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

- Approva le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaborate dal RSPP, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

*Direttore del Dipartimento/Distretto, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure, delle istruzioni operative
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP, al RSGSL e al Direttore sanitario problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

*RSPP*

- Sulla base del DVR redige le procedure di sua competenza.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

*RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

*RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni, trasmette le segnalazioni ricevute dai lavoratori.

## MECCANISMO DI VERIFICA

Le verifiche avvengono in conformità con quanto previsto nel processo 12, “controlli ed azioni correttive” e processo 13 “infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive”. L’Azienda deve adottare adeguati meccanismi di verifica sull’efficacia e efficienza del sistema e delle procedure adottate, identificando adeguati indicatori di prestazione. Ad esempio alcuni indicatori di prestazione possono essere:

- n° malattie professionali o infortuni tra i lavoratori
- n° incidenti e quasi incidenti avvenuti nel periodo in esame
- n° di errori / confusione di anamnesi, referti, campioni
- n° e frequenza delle deviazioni dalle procedure durante l’effettuazione delle visite/interventi/analisi/terapie
- tempi di turnover dei materiali
- frequenza dei danni alle apparecchiature e delle manutenzioni su danno.

## 11.4. ATTIVITÀ AREA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA

### SCOPO

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni operative che regolano, nell'ambito delle attività relative all'area ambulatoriale e diagnostica:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- i processi di prevenzione e contenimento dei rischi individuati.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs81/2008 e s.m.i, un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri delle attività ambulatoriali e diagnostiche. Tali attività ricomprendono ad esempio: chirurgia ambulatoriale, medicina ambulatoriale, day hospital/dialisi, riabilitazione, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di sistema e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di gestione.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e Il RSPP, in collaborazione con i Dirigenti Delegati, l'Esperto Qualificato, Direttori/Responsabili dei reparti/servizi e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative.

Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) La gestione degli aspetti di sicurezza per i lavoratori in relazione alla presenza di pazienti potenzialmente infetti (sicurezza respiratoria, rischio infettivo generale, ..),
- 2) la gestione del paziente per gli aspetti relativi a: accoglienza (anamnesi, individuazione di eventuali condizioni di infettività, ecc. e avviamento al trattamento, raccolta/conservazione delle informazioni, sicurezza e benessere durante il trattamento),
- 3) gestione del paziente non autosufficiente: movimentazione e trasporto,
- 4) la gestione dei campioni da analizzare e dei referti,
- 5) la gestione della strumentazione e delle apparecchiature (uso, manutenzione, pulizia e sterilizzazione) e del relativo materiale di consumo,
- 6) gestione del rischio derivante dall'utilizzo di strumenti e attrezzature (radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, parti in movimento, taglienti, ecc.),
- 7) gestione del rischio chimico e biologico (farmaci, disinfettanti, gas medicali, aghi e taglienti, ecc.),
- 8) la gestione di tutti i materiali di consumo,
- 9) la gestione di tutti gli ambienti, comprese le sale operatorie (pulizia, salubrità, sicurezza, programmazione dei tempi e caratteristiche di utilizzo, ecc.),
- 10) la gestione della preparazione, trasporto, somministrazione, smaltimento di farmaci, sangue, emoderivati,
- 11) la raccolta e smaltimento dei rifiuti,

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- DVR
- DUVRI
- Manuale del SGSL-AS
- Procedure, istruzioni e programmi di lavoro in uso
- Manuali dei costruttori, libretti d'uso e di manutenzione di macchine/attrezzature/ impianti
- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- Linea Guida UNI INAIL 2001
- Eventuali altri standard nazionali e internazionali relativi alle attività svolte



## RUOLI E RESPONSABILITÀ

### *Direttore Generale*

- Nomina l'Esperto Qualificato

### *Direttore Sanitario (Delegato al Governo Clinico e Processi sanitari ed assistenziali)*

- Approva le procedure di sistema elaborate dal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approva le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaborate dal RSPP, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

### *Direttore del Dipartimento/Distretto, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure, delle istruzioni operative.
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP, al RSGSL e al Direttore sanitario problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

### *RSPP*

- Sulla base del DVR redige le procedure di sua competenza.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

### *RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

### *Esperto Qualificato*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative di sua competenza.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

### *RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni, trasmette le segnalazioni ricevute dai lavoratori.

## MECCANISMO DI VERIFICA

Le verifiche avvengono in conformità con quanto previsto nel processo 12, "controlli ed azioni correttive" e processo 13 "infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive".

L'Azienda deve adottare adeguati meccanismi di verifica sull'efficacia e efficienza del sistema e delle procedure adottate, identificando adeguati indicatori di prestazione. A titolo non esaustivo si riportano alcuni esempi di indicatori di prestazione:

- n° malattie professionali o infortuni tra i lavoratori
- n° incidenti e quasi incidenti avvenuti nel periodo in esame
- n° di errori / confusione di anamnesi, referti, campioni
- n° e frequenza delle deviazioni dalle procedure durante l'effettuazione delle visite/interventi/analisi/terapie (es. eventi imprevisti)
- tempi di turnover dei materiali
- frequenza dei danni alle apparecchiature e delle manutenzioni.

## 11.5. ATTIVITÀ AREA DISTRETTUALE

### SCOPO

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni operative che regolano, nell'ambito delle attività relative all'area distrettuale:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- i processi di prevenzione e contenimento dei rischi individuati.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i., un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri dell'attività dell'area distrettuale. Tali attività comprendono ad esempio: consultorio, assistenza domiciliare / continuità assistenziale, assistenza protesica, assistenza soggetti deboli / TSMREE, poliambulatorio, vaccinazioni pediatriche, broncopneumologia screening guardia medica, dip.to/centro salute mentale.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di sistema e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di gestione.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabili dei reparti/servizi e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative.

Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) La gestione degli aspetti di sicurezza per i lavoratori in relazione alla presenza di pazienti potenzialmente infetti (sicurezza respiratoria, rischio infettivo generale, ecc.),
- 2) la gestione del paziente per gli aspetti relativi a: trattamenti presso domicilio, screening, ecc.,
- 3) gestione del paziente non autosufficiente: movimentazione e trasporto,
- 4) la gestione dei campioni da analizzare e dei referti,
- 5) la gestione della strumentazione e delle apparecchiature (uso, manutenzione, pulizia e sterilizzazione) e del relativo materiale di consumo,
- 6) gestione del rischio derivante dall'utilizzo di strumenti e attrezzature,
- 7) gestione del rischio chimico e biologico (farmaci, disinfettanti, gas medicali, aghi e taglienti, ecc.),
- 8) la gestione di tutti i materiali di consumo,
- 9) la gestione di tutti gli ambienti, (pulizia, salubrità, sicurezza, programmazione dei tempi e caratteristiche di utilizzo, ecc.),
- 10) la gestione della preparazione, trasporto, somministrazione, smaltimento di farmaci, emoderivati,
- 11) la raccolta e smaltimento dei rifiuti.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- DVR
- DUVRI
- Manuale del SGSL-AS
- Procedure, istruzioni operative in uso
- Legislazione comunitaria, nazionale (D. Lgs.81/2008 e s.m.i.), regionale, locale
- Linea Guida UNI INAIL 2001
- Eventuali altri standard nazionali e internazionali relativi alle attività svolte

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Sanitario (Delegato al Governo Clinico e Processi sanitari ed assistenziali)*

- Approva le procedure di sistema elaborate dal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approva le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaborate dal RSPP, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

*Direttore del Distretto, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure, delle istruzioni operative.
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP, al RSGSL e al Direttore sanitario problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

*RSPP*

- Sulla base del DVR redige le procedure di sua competenza.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

*RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

*RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni, trasmette le segnalazioni ricevute dai lavoratori.

## MECCANISMO DI VERIFICA

Vedi processo 12, “controlli ed azioni correttive” e processo 13 “infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive”.

Alcuni esempi di indicatori di sistema rilevabili in un periodo di tempo stabilito (es.: anno):

- n° di non conformità rilevate nell'applicazione delle procedure
- n° di infortuni e incidenti causati dalla non applicazione delle procedure
- n° di ore di addestramento su procedure e istruzioni di lavoro
- n° di procedure elaborate/aggiornate/eliminate.

## 11.6. ATTIVITÀ AREA DELLA PREVENZIONE

### SCOPO

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni operative che regolano, nell'ambito delle attività relative all'area della prevenzione:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- i processi di prevenzione e contenimento dei rischi individuati.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i., un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri dell'attività dell'area della prevenzione. Tali attività comprendono ad esempio: vigilanza veterinaria, vigilanza igiene alimenti e ambienti di lavoro, disturbi del comportamento alimentare e stili di vita, screening di popolazione, sorveglianza epidemiologica e profilassi malattie infettive.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di sistema e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di gestione.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento, Responsabili dei reparti/servizi e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative.

Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) La gestione degli aspetti di sicurezza per i lavoratori in relazione alle attività svolte sul territorio (sopralluoghi, indagini, campionamenti, ecc.),
- 2) gestione del paziente veterinario: movimentazione, trattamento e trasporto,
- 3) la gestione dei campioni da analizzare e dei referti,
- 4) la gestione della strumentazione e delle apparecchiature (uso, manutenzione, pulizia e sterilizzazione) e del relativo materiale di consumo,
- 5) gestione del rischio chimico e biologico.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- DVR
- DUVRI
- Manuale del SGSL-AS
- Procedure, istruzioni operative in uso
- Legislazione comunitaria, nazionale (D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.), regionale, locale.
- Linea Guida UNI INAIL 2001
- Eventuali altri standard nazionali e internazionali relativi alle attività svolte

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Sanitario (Delegato al Governo Clinico e Processi sanitari ed assistenziali)*

- Approva le procedure di sistema elaborate dal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approva le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaborate dal RSPP, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

*Direttore del Dipartimento, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure, delle istruzioni operative.
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP, al RSGSL e al Direttore sanitario problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

*RSPP*

- Sulla base del DVR redige le procedure di sua competenza.

- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

#### *RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

#### *RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni, trasmette le segnalazioni ricevute dai lavoratori.

---

### MECCANISMO DI VERIFICA

Vedi processo 12, “controlli ed azioni correttive” e processo 13 “infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive”.

Alcuni esempi di indicatori di sistema rilevabili in un periodo di tempo stabilito (es.: anno):

- n° di non conformità rilevate nell’applicazione delle procedure
- n° di infortuni e incidenti causati dalla non applicazione delle procedure
- n° di ore di addestramento su procedure e istruzioni di lavoro
- n° di procedure elaborate/aggiornate/eliminate.



**11.7. ATTIVITÀ AREA INTERDIPARTIMENTALE / INTERSETTORIALE****SCOPO**

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni di lavoro che regolano, nell'ambito delle attività relative all'area interdipartimentale/intersectoriale:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- i processi di prevenzione e contenimento dei rischi individuati.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i., un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

**OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI**

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri delle attività all'area interdipartimentale/intersectoriale. Tali attività comprendono ad esempio: farmacia, centro trasfusionale, medicina legale e sterilizzazione.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di lavoro e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di Gestione.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

**ELEMENTI DI SISTEMA**

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento, Responsabili dei reparti e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative.

Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) La gestione degli aspetti di sicurezza per i lavoratori (movimentazione dei carichi, videoterminali, microclima, ecc.),
- 2) la gestione della strumentazione e delle apparecchiature (uso, manutenzione, pulizia e sterilizzazione) e del relativo materiale di consumo,
- 3) gestione del rischio derivante dall'utilizzo di strumenti e attrezzature (ustioni, parti in movimento, taglienti, ecc.),
- 4) gestione del rischio chimico e biologico (cancerogeni e mutageni, antiblastici, farmaci, disinfettanti, gas medicali, aghi e taglienti, ecc.),
- 5) la gestione di tutti i materiali di consumo,
- 6) la gestione di tutti gli ambienti, (pulizia, salubrità, sicurezza, programmazione dei tempi e caratteristiche di utilizzo, ecc.),
- 7) la gestione della preparazione, trasporto, somministrazione, smaltimento di farmaci, sangue, emoderivati,
- 8) la raccolta e smaltimento dei rifiuti.

Tali processi sono organizzati in maniera differenziata in funzione delle diverse aree rappresentate, comportando un flusso di attività specifiche, articolate e controllate a livello territoriale o a livello centrale; ciò perché i dipartimenti sono aggregati di funzioni di area omogenea, che svolgono compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica a livello operativo, mentre i distretti sono articolazioni territoriali organizzative e funzionali che hanno il compito di coordinare tutte le attività socio-sanitarie in un determinato ambito territoriale. Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- Linee Guida UNI INAIL 2001
- DVR
- DUVRI
- Procedure, istruzioni operative in uso
- Manuali dei costruttori, libretti d'uso e di manutenzione di macchine/attrezzature/ impianti
- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- Eventuali altri standard nazionali e internazionali relativi alle attività svolte

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Sanitario (Delegato al Governo Clinico e Processi sanitari ed assistenziali)*

- Approva le procedure di sistema elaborate dal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approva le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaborate dal RSPP, in collaborazione con il Direttore del dipartimento, e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

*Direttore del Dipartimento, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure, delle istruzioni operative.
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP, al RSGSL e al Direttore sanitario problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

*RSPP*

- Sulla base del DVR redige le procedure di sua competenza.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

*RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

*RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni, trasmette le segnalazioni ricevute dai lavoratori.

## MECCANISMO DI VERIFICA

Vedi processo 12, “controlli ed azioni correttive” e processo 13 “infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive”.

Alcuni esempi di indicatori di sistema rilevabili in un periodo di tempo stabilito (es.: anno):

- n° di non conformità rilevate nell'applicazione delle procedure
- n° di infortuni e incidenti causati dalla non applicazione delle procedure
- n° di ore di addestramento su procedure e istruzioni di lavoro
- n° di procedure elaborate/aggiornate/eliminate.

**11.8. ATTIVITÀ AREA APPALTI, FORNITURE E SERVIZI DI SUPPORTO****SCOPO**

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni di lavoro che regolano, nell'ambito delle attività relative all'area appalti, forniture e servizi di supporto:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- i processi di prevenzione e contenimento dei rischi individuati.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i., un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

**OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI**

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri delle attività all'area appalti, forniture e servizi di supporto. Tali attività ricomprendono, ad esempio, la gestione dei lavori, dei servizi e delle forniture di beni.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di lavoro e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di Gestione.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

**ELEMENTI DI SISTEMA**

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i Direttori/Responsabili dei unità operative e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure e le istruzioni operative. Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) La gestione degli aspetti di sicurezza per i lavoratori dipendenti e degli appaltatori derivanti dai rischi interferenziali (DUVRI, PSC, PSS,...),

- 2) La gestione degli appalti relativamente agli elementi in materia di SSL (capitolati speciali d'appalto, costi della sicurezza, qualificazione delle imprese appaltatrici, riunioni di cooperazione e coordinamento, ...),
- 3) La gestione documentale inerente la sicurezza degli appaltatori (certificazioni, personale, formazione, attrezzature, macchinari,...),
- 4) La gestione documentale dei materiali, sostanze e attrezzature oggetto di fornitura (certificazioni reazione al fuoco, tossicità, uso e manutenzione, schede di sicurezza,...),
- 5) La gestione documentale dei cantieri temporanei e mobili (certificazioni attrezzature, formazione personale, POS, collaudi, certificazioni prevenzione incendi, piani di manutenzione strutture ed impianti,...).

Tali processi sono organizzati in maniera differenziata in funzione delle diverse aree rappresentate, comportando un flusso di attività specifiche, articolate e controllate a livello territoriale o a livello centrale; ciò perché i dipartimenti sono aggregati di funzioni di area omogenea, che svolgono compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica a livello operativo.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- Linee Guida UNI INAIL 2001
- DVR
- DUVRI, PSC, PSS
- Manuali dei costruttori, libretti d'uso e di manutenzione di macchine/attrezzature/ impianti
- Procedure esistenti di fornitura di beni
- Procedure esistenti di acquisizione di servizi
- Procedure esistenti di gestione dei cantieri temporanei e mobili
- Dichiarazioni di conformità e certificazioni e collaudi
- Piani di Manutenzione dei fabbricati
- Progetti preliminari, definitivi, eseguiti ed AS-BUILT
- Schede di sicurezza delle sostanze chimiche
- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale
- Eventuali altri standard nazionali e internazionali relativi alle attività svolte

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Amministrativo, Direttore Area Tecnica, Responsabile Ingegneria Clinica (Delegati DL)*

- Approvano le procedure di sistema elaboratedal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Areae con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approvano le procedure di sicurezza e le istruzioni operative elaboratedal RSPP, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Area e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.

*Direttore del Dipartimento/Area, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure e delle istruzioni operative.
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP e al RSGSL problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.
- Approvano il DUVRI, PSC, predisposto dalle figure previste dalla normativa vigente, nell'ambito della funzione di Responsabile Unico del Procedimento/Responsabile dei Lavori.
- Partecipano alle riunioni di cooperazione e coordinamento.
- Attuano e controllano il rispetto delle procedure e delle istruzioni operative da parte degli appaltatori.

*RSPP*

- Collabora alla redazione per quanto di competenza alla stesura dei capitolati speciali d'appalto.
- Propone al Direttore del Dipartimento/Area, i Dirigenti ed i Preposti che assumono la funzione di RUP il DUVRI.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.
- Partecipa alle riunioni di cooperazione e coordinamento.

*RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

*RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni operative.

## MECCANISMO DI VERIFICA

Vedi processo 12, "controlli ed azioni correttive" e processo 13 "infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive". Alcuni esempi di indicatori di sistema rilevabili in un periodo di tempo stabilito (es.: anno):

- n° di non conformità rilevate nell'applicazione delle procedure
- n° di infortuni e incidenti causati dalla non applicazione delle procedure
- n° di ore di addestramento su procedure e istruzioni di lavoro
- n° di procedure elaborate/aggiornate/eliminate.

**11.9. ATTIVITÀ AREA FABBRICATI, ATTREZZATURE DI LAVORO E IMPIANTI****SCOPO**

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni di lavoro che regolano, nell'ambito delle attività relative all'area fabbricati, attrezzature e impianti:

- i processi operativi che possono generare rischi per la salute e la sicurezza
- i processi di prevenzione e contenimento dei rischi individuati.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i., un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

**OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI**

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri delle attività all'area fabbricati, attrezzature e impianti. Tali attività ricomprendono ad esempio: la gestione della manutenzione dei fabbricati, l'utilizzo, la gestione e manutenzione di macchine, attrezzature di lavoro e impianti, attrezzature elettromedicali/sanitarie.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche dei documenti di pianificazione degli interventi, delle procedure di lavoro e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di Gestione.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

**ELEMENTI DI SISTEMA**

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i Direttori/Responsabili dei unità operative e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative.

Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) La gestione degli aspetti di sicurezza per i lavoratori (rischio elettrico, rischio incendio, cadute dall'alto, incidenti stradali, movimentazione manuale dei carichi, ecc.),
- 2) La pianificazione, programmazione, verifiche e monitoraggio delle attività manutentive (manutenzione ordinaria, straordinaria e su guasto),
- 3) La gestione dei collaudi e delle verifiche periodiche,
- 4) la gestione della strumentazione e delle macchine ed autoveicoli (uso, manutenzione, pulizia e sanificazione) e del relativo materiale di consumo,
- 5) gestione del rischio derivante dall'utilizzo di strumenti e attrezzature (parti in movimento, taglienti, ecc.),
- 6) gestione del rischio chimico e biologico (solventi, vernici e colle, lubrificanti e carburanti, filtri canalizzazioni, impianti fognari, ecc.),
- 7) la gestione di tutti i materiali di consumo,
- 8) la gestione di tutti gli ambienti, (pulizia, salubrità, sicurezza, programmazione dei tempi e caratteristiche di utilizzo, ecc.),
- 9) la gestione della carico, trasporto e scarico materiali,
- 10) la raccolta e smaltimento dei rifiuti e dei materiali di risulta.

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10) e nel caso di attività appaltate ricadenti nel campo di applicazione dell'art. 26 del D. Lgs. 81/2008 es.m.i. si attua anche quanto previsto dal processo 11.8 – Attività Area appalti lavori, forniture e servizi di supporto.

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Legislazione vigente applicabile
- Normative tecniche di riferimento
- Manuali ed Istruzioni operative specifiche di impianto
- Manuali d'uso e manutenzione delle attrezzature di lavoro
- Elenco delle attrezzature di lavoro e degli impianti in uso
- Planimetrie dei locali e dei siti
- DVR
- DUVRI
- Caratteristiche costruttive delle strutture
- Verbali di sanzioni/prescrizioni comminate da Enti di controllo esterni
- Linee Guida UNI INAIL 2001



- Modulo di segnalazione di infortuni, mancati infortuni, incidenti e non conformità

#### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Piani di manutenzione
- Istruzioni operative specifiche di impianto
- Report di manutenzione
- Piani ispezione/controllo e monitoraggio specifici
- Verbali di sanzioni/prescrizioni comminati da Enti di controllo esterni
- Database degli impianti
- Metodologie per l'analisi delle criticità
- Verbali di presa in carico e messa in servizio, uso e manutenzione
- Registro di controllo e manutenzione delle attrezzature di lavoro

## **RUOLI E RESPONSABILITÀ**

### *Direttore Area Tecnica, Responsabile Ingegneria Clinica (Delegati DL)*

- Approvano le procedure di sistema elaborate dal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Area e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approvano le procedure di sicurezza, di emergenza e le istruzioni operative elaborate da RSPP e CGSA, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Area e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Producono, raccolgono e custodiscono le certificazioni di competenza relative alla sicurezza di impianti, fabbricati e attrezzature elettromedicali/sanitarie e provvedono alla tenuta di tale documentazione.
- Provvedono ai collaudi di impianti, fabbricati e attrezzature elettromedicali/sanitarie, prima dell'entrata in uso, accertando che siano corredati delle certificazioni e marcature obbligatorie, nonché dei manuali d'uso e manutenzione.
- Supportano il RSPP nella VdR provvedendo per fabbricati, impianti ed attrezzature elettromedicali/sanitarie di competenza, all'individuazione dei fattori di rischio.
- Gestiscono la tenuta e tengono aggiornati i manuali d'uso e i libretti di manutenzione delle attrezzature e macchinari, rendendoli disponibili ai lavoratori ed al RSPP per la VdR.

### *Direttore del Dipartimento/Area, i Dirigenti ed i Preposti*

- Collaborano con RSPP e RSGSL per la redazione delle procedure e delle istruzioni operative.
- Attuano le procedure e ne verificano la corretta applicazione.
- Segnalano al RSPP e al RSGSL problemi e non-conformità nello svolgimento delle attività.

- Attuano e controllano il rispetto delle procedure e delle istruzioni operative da parte degli appaltatori.

#### *RSPP*

- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.
- Analizza le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal processo 13.

#### *RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

#### *RLS*

- Segnala criticità ed eventuali azioni di miglioramento a procedure ed istruzioni operative.

---

### MECCANISMO DI VERIFICA

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al processo 14 – “Audit interni”.

L’Azienda deve adottare criteri di verifica dell’efficienza e dell’efficacia della manutenzione dei fabbricati, l’utilizzo, della gestione e manutenzione di macchine, impianti, attrezzature di lavoro ed elettromedicali/sanitarie, tenendo conto di:

- risultati degli esami a vista e/o prove
- verbali di verifica periodica
- segnalazioni di infortuni, mancati infortuni, incidenti e non conformità
- verbali di sanzioni/prescrizioni comminati da Enti di controllo esterni
- rapporti di manutenzione

A titolo esemplificativo sono riportati alcuni indicatori di prestazione:

- tempo di fermo delle attrezzature di lavoro e degli impianti rispetto alle ore previste di lavoro
- tempo tra due guasti successivi
- n. di manutenzioni a guasto
- n. di non conformità
- n. di non conformità/osservazioni derivanti da audit.

### 11.10. GESTIONE RISORSE UMANE

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni di lavoro che regolano, nell'ambito delle attività relative alla gestione delle risorse umane.

Il processo riguarda infatti sia la prima assegnazione sia la frequente mobilità interna necessaria a garantire l'erogazione dei servizi sanitari, da cui scaturiscono una serie di obblighi in merito alla sicurezza sul lavoro in capo al datore di lavoro, quali ad esempio, la valutazione del rischio specifico, la sorveglianza sanitaria, l'informazione/formazione sui rischi presenti nella struttura dove il lavoratore andrà ad operare.

#### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri delle attività alla gestione delle risorse umane. Tali attività ricomprendono ad esempio: l'inserimento presso il nuovo servizio/unità di assegnazione, la mobilità interna del personale e la cessazione dal servizio.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di lavoro e delle istruzioni operative per lo svolgimento in sicurezza delle attività, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di Gestione.

Verificare la coerenza di quanto realizzato con le politiche Aziendali e la pianificazione delle attività, nonché il rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

#### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPD collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative. La gestione riguarda tutto il personale, sia con rapporto a tempo determinato che indeterminato, assimilabile; in particolare a:

- lavoratore dipendente ospedaliero (art.2 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)
- lavoratore dipendente universitario strutturato (art. 2 e art. 3 punto 6 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)
- ricercatori, dottorandi, assegnisti e tirocinanti (art.2 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)
- lavoratore in somministrazione (art. 3 punto 5 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)
- collaborazioni coordinate e continuative (art.3 punto 7 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)
- frequentatori volontari (art.2 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)
- studenti delle scuole di specializzazione e dell'università

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i Direttori/Responsabili dei unità operative e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative. Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) La gestione delle assunzioni (personale dipendente, collaborazioni, ecc.)
- 2) le procedure per l'inserimento nel reparto di assegnazione
- 3) la gestione della mobilità interna
- 4) la gestione dei soggetti in formazione (tirocini, dottorati, specializzazioni, frequenze volontarie, ecc.).

Le attività di Controllo Operativo sono oggetto di Informazione, Formazione e Addestramento (processo 10).

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- Linee Guida UNI INAIL 2001
- CCNL di riferimento

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

##### *Direttore Generale*

- Recluta il dipendente o assimilato ne dispone l'inserimento in servizio.

##### *Direttore Amministrativo (Delegato al Governo Amministrativo e processi di supporto)*

- Formalizza il contratto o similare con il dipendente o assimilato e stabilisce l'assegnazione al reparto.

##### *Dirigenti Delegati*

- Dispongono e gestiscono gli spostamenti del dipendente tra le varie unità operative Aziendali.
- Attivano il percorso di inserimento/cambio di assegnazione del dipendente secondo la presente procedura.
- Erogano, per quanto di competenza, la Formazione, Informazione ed addestramento al dipendente o assimilato.

##### *Dirigente/Preposto*

- Inserisce il dipendente all'interno del reparto.

- Verifica che il lavoratore osservi le eventuali limitazioni e prescrizioni riportate nel giudizio di idoneità.
- Fornisce informazioni sui processi lavorativi del reparto, DPI, procedure di sicurezza e procedure di emergenza.

#### *RSPP*

- Valuta o aggiorna i rischi specifici di mansione del dipendente.
- Supporta, per quanto di competenza, il Delegato alla Formazione SSL nell'erogare la formazione, l'informazione e l'addestramento – processo 10.

#### *Esperto Qualificato*

- Valuta o aggiorna la classificazione di radio-esposizione del dipendente.
- Supporta, per quanto di competenza, il Delegato alla Formazione SSL nell'erogare la formazione, l'informazione e l'addestramento.

#### *Medico Competente/Autorizzato*

- Attua il "Protocollo di sorveglianza sanitaria" al dipendente interessato.
- Aggiorna la cartella sanitaria del dipendente.
- Fornisce informazioni ai lavoratori sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, lo mette al corrente della necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività.

#### *RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sua competenza e le propone al Delegato per la loro approvazione.

---

### **MECCANISMO DI VERIFICA**

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto al procedura "12 – controlli e azioni correttive".

### 11.11. GESTIONE DPI E DPC

#### SCOPO

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni di lavoro che regolano l'individuazione, la scelta, l'acquisto, la distribuzione o l'installazione, l'addestramento dei lavoratori al corretto utilizzo, la manutenzione e lo smaltimento dei DPI e dei DPC, nonché la segnalazione delle anomalie/near miss/infortuni.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i., un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro.

#### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare, propri della gestione dei DPI e dei DPC.

Definire lo schema, i contenuti minimi e le caratteristiche delle procedure di lavoro e delle istruzioni operative necessarie per la gestione dei DPI e dei DPC, in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e nel rispetto degli impegni di miglioramento nel tempo della salute e sicurezza dei lavoratori.

#### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il RSPP, in collaborazione con i Direttori/Responsabili dei unità operative e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure di sistema e le istruzioni operative. Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) L'identificazione e la scelta dei Dispositivi di Protezione Individuali e Collettivi (adeguatezza, conformità normativa, ecc.).
- 2) La determinazione del fabbisogno e le procedure di acquisizione (monitoraggio consumo monouso, vetustà, requisiti di capitolato, verifica delle campionature, ecc.).
- 3) La distribuzione, l'addestramento e la gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale al personale (registrazione, modalità d'impiego, monitoraggio stato di conservazione, ecc.).

- 4) Le attività di controllo dell'efficienza dei DPI e DPC (FIT TEST qualitativi e/o quantitativi, analisi ambientali, ecc.).

Le procedure relative a progettazione, erogazione, verifica e controllo in ambito di informazione, formazione ed addestramento fanno riferimento al processo 10 "Competenza, consapevolezza e gestione della formazione e informazione".

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- DVR
- Manuale del SGSL-AS
- Procedure, istruzioni operative in uso
- Manuali dei costruttori, libretti d'uso e di manutenzione di macchine/attrezzature/ impianti
- Fogli informativi DPI
- Legislazione comunitaria, nazionale, regionale, locale D. Lgs.81/2008 e s.m.i.
- Linea Guida UNI INAIL 2001.

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

##### *Dirigenti Delegati*

- Approvano le procedure di sistema elaborate dal RSGSL, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Area e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Approvano le procedure di sicurezza, di emergenza e le istruzioni operative elaborate da RSPP, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Area e con i Dirigenti delle diverse strutture coinvolte.
- Forniscono le adeguate risorse necessarie alla corretta gestione dei DPI assicurando l'approvvigionamento.

##### *Dirigenti e Preposti*

- Assicurano che i lavoratori ricevano la formazione e l'addestramento circa il corretto utilizzo dei DPI in collaborazione con il RSPP ed il Delegato alla Formazione SSL.
- Consegnano i DPI e ne verifica l'efficienza, la manutenzione ed il corretto utilizzo.
- Dispongono, sovrintendono e vigilano sull'utilizzo dei DPI da parte dei lavoratori e, in caso di persistenza dell'inosservanza, informa il dirigente.
- Segnalano l'eventuale necessità di introdurre nuove tipologie di DPI.
- Segnalano eventuali difetti/inconvenienti rilevati sui DPI.

*RSPP*

- Definisce sulla base della valutazione dei rischi il tipo e le caratteristiche minime dei DPI ed aggiorna periodicamente le liste dei DPI necessari anche alla luce di nuovi elementi di valutazione.
- Collabora all'organizzazione di corsi di formazione e addestramento sull'uso dei DPI.
- Collabora alla verifica del rispetto del corretto uso dei DPI.
- Informa i Rappresentanti dei Lavoratori (RLS) sugli esiti delle valutazioni e sulle scelte adottate, nel corso delle riunioni periodiche.
- Collabora alla verifica del rispetto delle procedure e delle prestazioni e ne riporta i risultati al datore di lavoro segnalando eventuali criticità nella gestione e uso dei DPI.

*Medico Competente*

- Effettua accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni all'uso dei DPI.
- Partecipa alla scelta dei DPI per la parte di sua competenza.

*RSGSL*

- Definisce le caratteristiche e i punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.
- Redige le procedure di sistema e le propone al Delegato per la loro approvazione.

*RLS*

- Viene consultato sulla scelta dei DPI.

**MECCANISMO DI VERIFICA**

Fa riferimento ai processi 12 "controlli e azioni correttive" e 13 "infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive e azioni preventive".



## 11.12. GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

### SCOPO

Definire le responsabilità, le procedure di sistema e le istruzioni di lavoro che regolano la sorveglianza sanitaria e la gestione della relativa documentazione; in particolare:

- assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i., un'adeguata gestione della sorveglianza sanitaria, attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie,
- assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 230/1995 e s.m.i., un'adeguata gestione della sorveglianza medica dei lavoratori esposti alle radiazioni ionizzanti, attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi.

Definire le modalità organizzative, le responsabilità, le procedure e le istruzioni che regolano la sorveglianza medica dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti e la gestione della relativa documentazione.

Prevedere, inoltre, sistemi di verifica che controllino la complessiva applicazione e la sua efficacia.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Assicurare la tutela dello stato di salute dei lavoratori e soggetti equiparati, in relazione all'ambiente di lavoro, alle attrezzature con rischio per la salute specifico, sostanze chimiche ed agenti biologici eventualmente impiegati/presenti, ai fattori di rischio professionali ed ai processi lavorativi e conseguentemente garantire che i lavoratori svolgano mansioni per le quali siano idonei.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL, il Coordinatore dei Medici Competenti ed Autorizzati e l'Esperto Qualificato collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare nei processi e nelle attività lavorative.

Il RSGSL e il Coordinatore dei MC/MA, in collaborazione con l'EQ ed i Dirigenti Delegati, definiscono per ciascuna attività le procedure di sistema e le istruzioni operative. Le procedure devono permettere ad esempio:

- 1) Il coordinamento delle attività del Medico Competente e del Medico Autorizzato (riunione periodica di sicurezza e sopralluoghi negli ambienti di lavoro, comunicazioni ai lavoratori, ecc.),
- 2) il Protocollo di Sorveglianza Sanitaria e Medica in relazione a pericoli/mansioni/attività, in funzione di quanto rilevato nella valutazione dei rischi,

- 3) le modalità di esecuzione della Sorveglianza Sanitaria e Medica,
- 4) le modalità di comunicazione delle informazioni relative alla idoneità/inidoneità e allo stato di salute dei lavoratori,
- 5) il sistema di raccolta dati sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, con indicazione di:
  - reparti di lavoro
  - attività cui il lavoratore è ed è stato adibito
  - elenco dei rischi specifici individuati
  - periodicità dei controlli e date dei controlli.

#### RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

- Linee Guida UNIINAIL2001
- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- D. Lgs 230/1995 e s.m.i.
- D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e s.m.i.
- DVR
- Manuale SGSL-AS
- Protocollo di Sorveglianza Sanitaria e Medica
- Relazione Tecnica Radio-esposizione e classificazione dei lavoratori
- Registro degli esposti ad agenti cancerogeni, ove necessario
- Registro degli esposti ad agenti biologici
- Procedure operative aziendali

#### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Cartella sanitaria e di rischio del lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria e/o medica
- Dati dei lavoratori sulla sorveglianza sanitaria in forma anonima
- Verbale di sopralluogo negli ambienti di lavoro

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

##### *Direttore Generale*

- Approva il Programma di sorveglianza sanitaria.
- Approva il Protocollo di sorveglianza medica per gli esposti a radiazioni ionizzanti.
- Nomina il Coordinatore dei MC/MA, i Medici Competenti e i Medici Autorizzati.

*Dirigenti Delegati, Dirigenti*

- Assicurano al Medico Competente le condizioni necessarie e le risorse per lo svolgimento di tutti i suoi compiti.
- Assicura al lavoratore la disponibilità di tempo per sottoporsi ai controlli sanitari, sia programmati che straordinari.
- Gestisce la documentazione relativa ai giudizi di idoneità e alla sorveglianza sanitaria nel suo complesso.

*Preposto*

- Verifica che il lavoratore osservi le limitazioni e prescrizioni riportate nel giudizio di idoneità.

*Coordinatore dei Medici Competenti e dei Medici Autorizzati, Medico Competente, Medico Autorizzato*

- Elabora il Programma di sorveglianza sanitaria.
- Elabora il Protocollo di sorveglianza medica per gli esposti a radiazioni ionizzanti.
- Effettua la sorveglianza sanitaria e Medica.
- Gestisce le cartelle sanitarie e di rischio.
- Gestisce il Documento Sanitario Personale.
- Cura la compilazione dei registri degli esposti (per esposizione a: agenti cancerogeni amianto e agenti biologici del gruppo 3 e 4).
- Effettua sopralluoghi negli ambienti di lavoro.
- Fornisce informazioni ai lavoratori sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, lo mette al corrente della necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività.

*Esperto Qualificato*

- Fornisce al medico autorizzato le informazioni relative alla sorveglianza fisica dei lavoratori anche a seguito di esposizioni accidentali o di emergenza.
- la verifica periodica dell'efficacia dei dispositivi di protezione individuali specifici e delle tecniche di radioprotezione.

**MECCANISMO DI VERIFICA**

I meccanismi di verifica sono definiti in conformità a quanto previsto ai processi 12, 13 e 14. Sono elencati, di seguito, possibili indicatori di *performance* in tema di sorveglianza sanitaria:

- Andamento delle malattie professionali denunciate
- Malattie professionali riconosciute/malattie professionali denunciate
- n. di accertamenti eseguiti/n. di accertamenti pianificati
- n. di visite di idoneità/n. di richieste di cambio di mansione.

**11.13. GESTIONE DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO E DELLE EMERGENZE****SCOPO**

Definire criteri, modalità organizzative e responsabilità per stabilire e mantenere attivi piani e procedure atti ad individuare i possibili scenari di emergenza e le risposte conseguenti dell'Azienda Sanitaria individuando, conseguentemente, ruoli e responsabilità nell'ambito del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio e delle emergenze territoriali che abbiano ripercussioni sulla sicurezza del personale Aziendale e della struttura.

Assicurare, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.81/2008 e s.m.i, un'adeguata gestione delle attività attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi alla sicurezza sul lavoro ed alla sicurezza antincendio.

**OBIETTIVI/RISULTATI ATTESI**

Prevenire e/o ridurre possibili danni che potrebbero essere associati alle situazioni di emergenza attraverso:

- individuare gli scenari emergenziali relativamente ad ogni unità operativa, servizio e area della struttura sanitaria o territoriali che coinvolgano la struttura sanitaria stessa,
- prevenire e limitare pericoli per le persone nella struttura sanitaria,
- elaborare piani di emergenza al fine di gestire eventuali situazioni pericolose per la salute e per la sicurezza di tutte le persone presenti nella struttura sanitaria, definendo esattamente i compiti di ognuno all'interno della struttura/area durante la fase di emergenza,
- coordinare gli interventi, a tutti i livelli, del personale e degli appaltatori presenti all'interno dell'Azienda sanitaria,
- predisporre procedure per la simulazione delle situazioni di emergenza previste dal piano di emergenza Aziendale,
- mettere in sicurezza il personale e le persone presenti nelle strutture interessate dall'emergenza, tenendo conto della possibile presenza di soggetti con limitazioni alla mobilità o alla vista o udito e in generale di soggetti non autosufficienti,
- intervenire, dove necessario, con un primo soccorso sanitario,
- coordinare l'intervento interno con quello di eventuali mezzi esterni (V.V.FF. – enti pubblici),

Un elemento essenziale per la gestione delle emergenze in azienda è l'adozione di un sistema di ruoli, strategie, procedure, programmi, controlli e verifiche specifico per la sicurezza antincendio che prende il nome di Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA) che si integra pienamente con il SGSL-AS.

Il SGSA è un processo che si sviluppa per tutta la durata della vita dell'attività, ed ha l'obiettivo d'individuare gli aspetti e le criticità da controllare/monitorare e si prefigge i seguenti obiettivi:

- consentire la realizzazione di una strategia per il miglioramento e/o l'adeguamento antincendio della struttura sanitaria,
- garantire, nel tempo, un congruo livello di sicurezza della struttura sanitaria in caso di incendio.

Il SGSA è elaborato tenendo conto dei seguenti fattori:

- valutazione dei rischi
- individuazione e valutazione di aspetti ambientali in condizioni di emergenza
- impatto sul territorio circostante della situazione di emergenza
- esperienza pregressa interna/esterna
- evidenze di emergenze/incidenti pregressi
- presenza di sostanze e/o impianti pericolosi

Risultato atteso: la limitazione dei danni a persone, strutture, impianti e attrezzature attraverso una corretta gestione dell'emergenza tale da consentire, ove possibile il funzionamento delle strutture essenziali per l'assistenza sanitaria anche in condizioni di emergenza in conformità alla politica definita dall'Azienda, alle disposizioni di legge in materia e al Sistema di Gestione.

## ELEMENTI DI SISTEMA

Sulla base degli elementi che emergono dal processo di valutazione dei rischi e dal processo di pianificazione degli obiettivi e dei traguardi del SGSL-AS, il RSGSL, il CGSA e il RSPP collaborano per la definizione delle caratteristiche e dei punti critici da controllare.

Il CGSA e il RSPP, in collaborazione con i Responsabili della Gestione delle Emergenze, con l'Esperto Qualificato ed i Direttori/Responsabili delle unità operative e delle funzioni specifiche eventualmente presenti, definiscono per ciascuna attività le procedure, le istruzioni operative. Le procedure devono permettere ad esempio:

- pianificazione dell'emergenza e definizione degli scenari di crisi,
- gestione massiccio afflusso di feriti per maxiemergenza territoriale,
- gestione delle esercitazioni per la simulazione emergenza (livelli di simulazione, tempi di risposta, registrazione dei risultati, ecc.),
- gestione degli addetti alle emergenze (addetti di compartimento, antincendio e primo soccorso, comitato di crisi aziendale),

- pianificazione del mantenimento del livello di sicurezza antincendio (manutenzione presidi antincendio e di primo soccorso, gestione della segnaletica, certificazioni verifiche, registro dei controlli, ecc.),
- definizione degli obiettivi e traguardi e conseguenti piani di miglioramento/adequamento antincendio,
- gestione pazienti, studenti, tirocini e visitatori.

La suddivisione e classificazione delle diverse tipologie di emergenza è definita, in termini di salute e sicurezza degli operatori, in base alla gravità ipotizzabile dello scenario incidentale e/o in riferimento allo svolgimento delle attività lavorative. In base alla gravità ipotizzabile, è possibile la suddivisione in classi, ad esempio:

- situazioni incidentali localizzate in una limitata area, che non implicano pericoli per le persone;
- scenario che coinvolge una zona dell'Azienda Sanitaria non limitata, che può comportare conseguenze per la sicurezza dei lavoratori presenti, e per la cui gravità è necessario l'intervento di mezzi e personale appositamente addestrato;
- scenario incidentale che può comportare rilevanti effetti anche nelle aree limitrofe non di pertinenza del sito dell'Azienda Sanitaria.

In base alla classificazione dell'emergenza sono predisposte le azioni e gli strumenti di risposta. Particolare attenzione deve essere rivolta alla formazione e all'addestramento del personale coinvolto, che deve risultare in grado di adottare le adeguate misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza. In particolare si dovrà prevedere almeno la gestione dei seguenti scenari emergenziali:

- Incendio
- Terremoto
- Black-out elettrico/impiantistico
- Cedimento strutturale
- Allagamento
- Nucleare/Biologico/Chimico/Radiologico
- Eventi atmosferici estremi
- Caduta Aeromobile
- Minaccia terroristica/folle/allarme bomba
- Massiccio afflusso di feriti

---

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Decreto Legislativo 81/2008 s.m.i.

- Linee guida UNI INAIL 2001
- BS OHSAS 18001:2007
- Decreto Ministeriale 10/03/1998 "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro"
- Decreto Ministeriale 18/09/2002 "Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private."
- Decreto Ministeriale 19/03/2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al Decreto 18/09/2002"
- Decreto Ministeriale 16/2/2007 "Classificazione di resistenza al fuoco di prodotti ed elementi costruttivi di opere da costruzione"
- Decreto Ministeriale 09/5/2007 "Direttive per l'attuazione dell'approccio ingegneristico alla sicurezza antincendio"
- Decreto Ministeriale 22/1/2008 n. 37 "Riordino delle disposizioni in materia di attività di installazione degli impianti all'interno degli edifici"
- Decreto Ministeriale 30/11/1983 "Termini, definizioni generali e simboli grafici di prevenzione incendi"
- Decreto Ministeriale 14/01/2008 "Nuove norme tecniche per le costruzioni"
- Decreto Ministeriale 20/12/2012 "Regola tecnica di prevenzione incendi per gli impianti di protezione attiva contro l'incendio installati nelle attività soggette a controllo di prevenzione incendi"

#### *Norme tecniche*

- UNI EN 15004 – 1: "Installazioni fisse antincendio - Sistemi a estinguenti gassosi - Parte 1: Progettazione, installazione e manutenzione"
- UNI CEN/TS 14816: "Installazioni fisse antincendio – sistemi spray ad acqua – progettazione, installazione e manutenzione"
- UNI 12845: "Installazioni fisse antincendio – sistemi automatici a sprinkler – progettazione, installazione e manutenzione"
- UNI 11224: "Controllo iniziale e manutenzione dei sistemi di rivelazione incendi"
- UNI 10779: "Impianti di estinzione incendi - Reti di idranti - Progettazione, installazione ed esercizio"
- UNI 10365: "Apparecchiature antincendio – dispositivi di azionamento di sicurezza per serrande tagliafuoco – prescrizioni"
- UNI 9994: "Apparecchiature per estinzione incendi; estintori d'incendio; manutenzione".
- UNI 9795: "Sistemi Fissi Automatici di Rivelazione e di Segnalazione Allarme d'Incendio Progettazione, Installazione ed Esercizio"
- UNI 9494: "Evacuatori di fumo e calore – caratteristiche, dimensionamento e prove"

- UNI EN 1866-1:2007: “Estintori d'incendio carrellati - Parte 1: caratteristiche, prestazioni e metodi di prova”
- UNI EN 671-3 “Sistemi fissi di estinzione incendi – sistemi equipaggiati con tubazioni – Parte 3 manutenzione dei naspi antincendio con tubazioni semirigide e idranti a muro con tubazioni flessibili”
- UNI EN 54: “Sistemi di rivelazione e di segnalazione d’incendio”
- UNI EN 3 “Estintori d'incendio portatili - Parte 7: Caratteristiche, requisiti di prestazione e metodi di prova”

#### *Registrazioni/Documenti prodotti*

- Piano di Emergenza
- Documento strategico con obiettivi e traguardi di miglioramento/adequamento della sicurezza antincendio ed emergenze
- Piano per il mantenimento/adequamento della sicurezza antincendio e relativo cronoprogramma
- Verbali delle prove di evacuazione
- Attestati di formazione degli addetti alle emergenze
- Modulo di segnalazione di non conformità
- Rapporto di non conformità
- Lettere di nomina degli addetti al emergenze
- Registro antincendio
- Procedure operative
- Manuale del SGSL-AS

---

## **RUOLI E RESPONSABILITÀ**

### *Direttore Generale*

- Approva i Piani di emergenza, formazione e addestramento del personale incaricato per la gestione delle emergenze, comunicazione con l’esterno.
- Stabilisce obiettivi e traguardi di miglioramento/adequamento per la Sicurezza Antincendio ed emergenze.
- Designa il Coordinatore per la Gestione della Sicurezza Antincendio (CGSA).
- Designa i lavoratori incaricati alla gestione delle emergenze (Addetti Antincendio, Primo Soccorso, Responsabile Emergenze ed Evacuazione, CCA, ecc.) su proposta del CGSA.

### *Responsabile della Gestione dell'emergenza*

- Collabora con il CGSA, mettendo a disposizione le informazioni di sua competenza utili per la corretta gestione delle emergenze.



- Collabora e supporta il CGSA nella predisposizione del piano di Emergenza ed Evacuazione Aziendale.
- Svolge un ruolo direttivo nella fase di gestione dell'evento incidentale, e rappresentativo nel caso di rapporti con le autorità ed i mezzi di informazione sino all'arrivo del Datore di Lavoro.
- In collaborazione con il Comitato di Crisi Aziendale assicura la corretta applicazione del Piano di emergenza, nel caso di accadimento di scenari di emergenza.

#### *Coordinatore Gestione Sicurezza Antincendio (CGSA)*

- Pianifica, verifica e coordina le attività necessarie al mantenimento e/o al raggiungimento dei livelli di sicurezza antincendio previsti dalle norme di settore, con il supporto dei Delegati coinvolti nelle medesime.
- Collabora con il DL nella individuazione degli obiettivi di miglioramento/adequamento, e nella definizione degli indicatori e dei relativi criteri di misura per la Sicurezza Antincendio.
- Riceve ed organizza la documentazione in materia di Prevenzione Incendi prodotta dai Delegati o Dirigenti secondo la procedura Aziendale del SGSL.
- Supporta il Datore di Lavoro, Delegato o Dirigente nell'organizzazione dei rapporti con servizi pubblici competenti in materia di Primo Soccorso, salvataggio, lotta antincendio e gestione dell'emergenza.
- Effettua interviste con il Datore di Lavoro e con i Delegati per identificare eventuali altre prescrizioni o accordi volontari sottoscritti dall'Azienda.
- Supporta il RSGSL nell'analisi delle attività soggette alle norme di prevenzione incendi e gestione delle emergenze e conseguentemente individua i processi del Sistema relativi alla Gestione Antincendio da aggiornare e/o revisionare.
- Partecipa quale componente al Comitato di Crisi Aziendale.
- Verifica, controlla e propone l'aggiornamento al RSGSL del Sistema relativamente alla gestione delle emergenze.
- Riporta tali requisiti nell'apposito registro annotando le eventuali scadenze da rispettare.

#### *Direttore Area Tecnica (delegato del DL)*

- Collabora con il CGSA per la pianificazione degli interventi di miglioramento/adequamento della sicurezza antincendio.
- Progetta e realizza gli ambienti di lavoro, secondo le norme di Prevenzione Incendi, le linee guida per l'edilizia sanitaria ed ospedaliera e le norme tecniche specifiche nonché obiettivi e traguardi di adeguamento per la Sicurezza Antincendio.
- Realizza, gestisce e verifica, installazione e manutenzione dei presidi e strutture finalizzate alla prevenzione incendi e cura la tenuta del registro apposito.
- Controlla e garantisce il mantenimento in stato di efficienza dei percorsi d'esodo e di fuga, la loro illuminazione, nonché le compartimentazioni e i punti di raccolta.

- Partecipa al comitato di crisi aziendale e attua gli interventi in emergenza per la messa in sicurezza dei fabbricati e degli impianti.
- Identifica, installa e gestisce la manutenzione ed aggiornamento della segnaletica di sicurezza, emergenza, obbligo, e divieto.

#### *Dirigenti Delegati ed EQ*

- Supportano il Datore di Lavoro e/o il Responsabile dell’Emergenza e il CGSA nell’organizzazione dei rapporti con servizi pubblici competenti in materia di Primo Soccorso, salvataggio, lotta antincendio e gestione dell’emergenza.
- Collaborano e supportano il CGSA nella predisposizione dei Piani di Emergenza e delle procedure connesse aziendali.
- Organizzano strutture, mezzi ed equipaggiamenti necessari alla gestione delle emergenze.
- Assicurano la formazione degli incaricati per la gestione delle emergenze.
- Attuano le procedure previste in caso di pericolo e/o emergenza assicurando la corretta osservanza da parte dei preposti e lavoratori.
- Partecipano al Comitato di Crisi Aziendale e attua gli interventi in emergenza per quanto di competenza.

#### *Dirigenti ePreposti*

- Sovrintendono e vigilano sulla osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni Aziendali (procedure ed istruzioni operative) 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, informano i loro superiori diretti.
- Verificano affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico.
- Richiedono l’osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e danno istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato e inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa.
- Informano 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.
- Segnalano 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 vengano a conoscenza sulla base della formazione ricevuta.

#### *RSPP*

- Collabora con il CGSA all’elaborazione del Piani di Emergenza.

- Visita gli ambienti di lavoro al fine di verificare lo stato dei locali, l'accessibilità delle vie di fuga, il funzionamento di impianti e attrezzature.
- Informa gli RLS sugli esiti delle prove di evacuazione.
- Verifica la tenuta del registro antincendio.
- Verifica la formazione ed l'addestramento delle squadre di emergenza.

#### *Incaricati per la gestione delle emergenze*

- Mettono in sicurezza l'impianto interessato, eventualmente procedendo ad una messa in sicurezza d'emergenza dietro ordine del Responsabile dell'emergenza.
- Attivano le misure in materia di emergenza e si attengono a quanto previsto dagli appositi Piani/Procedure e Istruzioni di Emergenza.

#### *Medico Competente*

- Fornisce l'idoneità fisica degli addetti alle emergenze.

#### *RLS*

- È consultato in merito alla formazione degli addetti alle emergenze.
- Analizza i verbali delle prove di evacuazione.

## MECCANISMO DI VERIFICA

È necessario pianificare le esercitazioni con cadenza periodica, simulando gli scenari incidentali previsti e l'attuazione dei meccanismi previsti dal Piano di Emergenza. L'esito delle prove di emergenza simulata può evidenziare la necessità di procedere al riesame di piani e procedure, ad adeguamenti impiantistici e rinnovo attrezzature, all'aggiornamento della formazione e dell'addestramento, allo svolgimento di incontri con gli addetti e il personale. Eventuali osservazioni possono essere inserite nel piano di miglioramento al fine di prendere in considerazione tutti gli aspetti legati alla gestione delle emergenze.

L'Azienda è chiamata a riesaminare i propri piani e procedure di preparazione e risposta alle emergenze anche dopo che sono occorsi incidenti o situazioni di emergenza. Vedere processo 12 "controlli e azioni correttive" e processo 13 "infortuni, mancati infortuni, incidenti, non conformità, azioni correttive ed azioni preventive". A titolo d'esempio sono riportati possibili indicatori di performance:

- Rispetto crono-programma interventi di miglioramento/adeguamento sicurezza antincendio;
- n. prove di emergenza svolte/pianificate
- tempi/costi della revisione del piano di emergenza a seguito della prova
- n. di emergenze verificatesi nel periodo di riferimento
- entità dei danni causati dalle emergenze verificatesi

- esiti delle prove di evacuazione
- efficacia dei sistemi di protezione durante il verificarsi di una emergenza
- non conformità rilevate nei sistemi di protezione.

## 12 SORVEGLIANZA E MISURAZIONI

### SCOPO

Identificare, implementare e mantenere attive procedure per monitorare e misurare le prestazioni Aziendali in termini di salute e sicurezza.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Monitorare in maniera sistematica le prestazioni Aziendali in termini di salute e sicurezza (performances) al fine di verificarne l'efficacia e il miglioramento nel tempo.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Il monitoraggio delle prestazioni di sicurezza è elemento centrale per il sistema di gestione. Il processo di sorveglianza e misurazioni prevede che l'Azienda attivi delle verifiche sugli elementi del SGSL-AS che possano comportare pericoli e rischi per la SSL, con modalità e frequenze predefinite. Si vuole in questo modo verificare soprattutto che quanto attuato sia in linea con gli obiettivi prefissati; le attività di tale processo devono per quanto possibile essere basate su elementi numerici, oggettivi e confrontabili nel tempo come definiti nel processo 8 - La pianificazione di obiettivi e traguardi e definizione degli indicatori di performance del SGSL.

Le attività oggetto di sorveglianza e misurazioni, la modalità e la frequenza delle stesse sono identificate a seguito della Valutazione dei Rischi e, in generale nella fase di pianificazione del SGSL-AS; sono definite dal RSGSL che viene allo scopo supportato dal CGSA e dal RSPP.

Tali attività sono svolte generalmente da risorse interne dell'Azienda, sia in autocontrollo da parte dell'operatore addetto o dal preposto/Dirigente, sia da parte del RSPP che dell'eventuale Delegato identificato nel processo 3, ma possono comportare, per aspetti specialistici, il ricorso a risorse esterne all'Azienda.

L' RSGSL supportato dal CGSA e dal RSPP provvede a:

- pianificare la sorveglianza e le misurazioni definendone i tempi, i compiti e le responsabilità,
- identificare, nel rispetto del processo 3, il personale incaricato di effettuare attività di sorveglianza e misurazioni e, ove necessario, formarlo ed addestrarlo allo svolgimento di tali attività per il tramite del Delegato alla Formazione SSL,
- definire le modalità con cui sono gestiti gli eventuali strumenti di misura utilizzati,
- definire, nel caso si affidino attività di sorveglianza e misurazioni a terzi, le caratteristiche professionali degli affidatari e le specifiche tecniche con cui tali attività devono essere espletate,

- definire le modalità di comunicazione dei risultati.

La sorveglianza e le misurazioni riguardano almeno:

- l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione specifiche per la tutela della SSL nelle diverse attività/processi lavorativi, individuati e definiti dal SGSL-AS,
- l'aggiornamento delle normative applicabili e il rispetto degli obblighi che ne derivano,
- la corretta attuazione delle procedure di lavoro e istruzioni operative (ad es. i processi/attività produttive, le manutenzioni, ecc),
- le verifiche periodiche degli impianti e delle macchine, la gestione degli agenti chimici, cancerogeni, mutageni, biologici, la gestione dei materiali radioattivi, la gestione delle dotazioni e dei presidi di sicurezza,
- gli indicatori di prestazioni degli obiettivi individuati in sede di pianificazione.

Il personale che attua le attività di sorveglianza, monitoraggio e di misurazione deve riportare i relativi risultati in prima istanza al RSPP per l'aggiornamento della valutazione dei rischi e per la predisposizione del piano/misure di adeguamento/miglioramento, ed in seconda istanza al RSGSL che, in caso di non conformità, deve attivare il processo di gestione delle non conformità e di pianificazione/attuazione delle azioni correttive. (processo 13).

Gli esiti del monitoraggio sono oggetto del riesame della Direzione (processo 15). I risultati del processo di sorveglianza e misurazioni devono essere comunicati all'eventuale Organismo di Vigilanza, perché possa utilizzarli per le azioni di controllo di competenza. Per attuare il processo di sorveglianza e misurazioni devono inoltre essere definiti:

- Indicatori che rappresentino l'Azienda dal punto di vista della gestione della salute e della sicurezza,
- modalità, tempi e responsabilità di analisi, archiviazione e registrazione dei dati necessari al calcolo degli indicatori.

A titolo esemplificativo, si elencano alcuni indicatori di performance per quanto riguarda la sicurezza:

- numero di sanzioni da parte degli enti di controllo
- indice di frequenza degli infortuni
- indice di gravità degli infortuni
- incidenti:
  - o numero delle indagini di incidente
  - o numero delle azioni correttive
- quasi incidenti:
  - o numero dei quasi incidenti
  - o numero delle indagini di quasi incidente
  - o numero delle azioni correttive

- non conformità:
  - o numero non conformità rilevate
  - o numero delle azioni correttive
  - o frequenza e distribuzione nelle diverse strutture Aziendali delle non conformità
- numero dei mancati incidenti rilevati o malfunzionamenti che possono avere impatto diretto sulla sicurezza delle persone,

### **Misure appaltate ad esterni**

Le misure specialistiche finalizzate al monitoraggio di parametri di salute e sicurezza sul lavoro che comportano la necessità di professionalità o strumentazione specifiche possono essere appaltate ad aziende terze specializzate. A titolo esemplificativo tali misure possono riguardare:

- rumore
- gas anestetici
- chemioterapici ed antitumorali
- cariche microbiche
- aldeidi
- ecc.

La gestione dell'appalto deve essere condotta in conformità a quanto riportato nel processo 8-Attività area appalti forniture e servizi di supporto. Per la scelta dell'appaltatore è necessario redigere un'apposita procedura che stabilisca il livello minimo di prestazioni per la tipologia di lavoro svolto.

A titolo esemplificativo si riportano alcuni parametri che è opportuno richiedere:

- il tipo di misura da realizzare e la norma tecnica di riferimento,
- l'accuratezza necessaria del dato analitico in funzione della misurazione da effettuare,
- eventuali precisazioni in merito alla modalità per la realizzazione del servizio (modalità di campionamento, numero lavoratori coinvolti, ecc.) e per la comunicazione dei risultati,
- eventuali requisiti professionali specialistici del fornitore quale ad esempio per i laboratori qualificazione ai sensi della norma tecnica UNI CEI EN ISO/IEC 17025.

Gli esiti delle misurazioni vengono comunicati al RSGL per il monitoraggio e al RSPP per la Valutazione dei Rischi.

### **Gestione degli strumenti di misura**

Per il monitoraggio delle prestazioni del sistema può essere necessario ricorrere, ad esempio nei casi previsti dalla normativa, all'effettuazione di misure ambientali relative ai diversi fattori di rischio individuati nel processo di Valutazione. In tali casi, l'Azienda sanitaria, per le misure che decide di effettuare in autonomia, assicura l'accuratezza e la precisione delle misure stesse,

nonché una corretta gestione della strumentazione. Quest'ultima attività deve essere adeguatamente proceduralizzata in tutte le sue fasi. Quanto sopra implica:

- la valutazione preliminare dei requisiti tecnico-funzionali della strumentazione da acquisire in relazione agli obiettivi e all'accuratezza della misura richiesti e alle metodologie di indagine,
- la selezione dei fornitori per l'approvvigionamento,
- la selezione dei laboratori esterni cui affidare la taratura degli strumenti, se non effettuata all'interno dell'Azienda,
- la predisposizione di un piano di taratura degli strumenti,
- la predisposizione di un piano di verifica periodica degli strumenti di misura (verifica funzionalità e corretto stato, manutenzione secondo libretti d'uso e manuali del fabbricante), per accertarne il mantenimento nel tempo della loro affidabilità e dell'integrità, in accordo ai requisiti previsti dalle norme vigenti,
- l'identificazione delle responsabilità (custodia, manutenzione, taratura e dismissione) all'interno del processo di gestione della strumentazione di misura.

L'incaricato della gestione della strumentazione dovrà essere opportunamente individuato, tra il personale Aziendale, sulla base delle competenze professionali, dell'esperienza in materia, acquisita e dimostrata, ed essere adeguatamente formato.

La taratura può essere svolta:

- all'interno dell'Azienda sanitaria (disponendo di campioni riferibili ai campioni nazionali): per questo si dovranno stabilire delle "istruzioni" di taratura, in funzione della precisione richiesta,
- all'esterno, presso laboratori accreditati.

Nel caso in cui la misura preveda l'utilizzo di software (SW), è necessario garantire la sicurezza e l'affidabilità dei dati nelle diverse fasi (acquisizione, calcolo, registrazione, mantenimento e trasferimento) e la rispondenza ai requisiti funzionali, attraverso procedure per il mantenimento delle funzioni dei sistemi impiegati. Il software utilizzato deve essere validato.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

### Riferimenti

- Tutti i processi che prevedono meccanismi di verifica e/o l'utilizzo di indicatori
- Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi e pianificazione del loro controllo - Processo 7
- Attività area appalti, forniture e servizi di supporto – processo 11.8
- Documentazione del sistema di gestione – processo 6
- UNI EN ISO 9001:2008 ( § 7.6 " Apparecchiature di controllo misura e collaudo ")
- Documentazione tecnica strumentazione (Manuali d'uso e manutenzione del fabbricante)
- UNI CEI EN ISO/IEC 17025



*Registrazioni/Documenti prodotti*

- Registro degli indicatori di performance
- Elenco fornitori
- Elenco strumentazione di misura, opportunamente e univocamente identificata
- Scheda anagrafica per ogni strumento, nella quale annotare gli esiti della taratura o allegare i certificati di taratura provenienti da laboratori esterni
- Scadenario interventi di taratura e manutenzione strumenti
- Procedura per utilizzo della strumentazione
- Procedura segnalazione danneggiamenti/richiesta manutenzione
- Procedura acquisto, verifica periodica delle prestazioni, taratura, manutenzione, dis.m.i.ssiione della strumentazione
- Procedura per esecuzione interna della taratura della strumentazione
- Procedura gestione rapporti con laboratori esterni
- Procedura per valutazione prestazioni dei laboratori Aziendali
- Procedura gestione e controllo del sistema informativo dei laboratori in accordo a ISO/IEC17025.

**RUOLI E RESPONSABILITÀ***Direttore Generale*

- Approva il set di indicatori e la programmazione delle osservazioni e misurazioni.
- Riesamina le prestazioni Aziendali in termini di salute e sicurezza.

*Dirigenti Delegati*

- Collaborano con RSGSL alla definizione degli indicatori e applicano le attività programmate e la loro registrazione.
- Valutano la necessità di acquisto degli strumenti di controllo e le relative caratteristiche tecniche in relazione all'uso.

*RSPP*

- Collabora con RSGSL alla definizione di indicatori e alle attività di monitoraggio e di misurazione necessarie per la valutazione delle prestazioni Aziendali in termini di salute e sicurezza.

*RSGSL*

- Propone le modalità per effettuare sorveglianza e monitoraggio e il set di indicatori raccordandosi con Dirigenti Delegati, CGSA ed RSPP e consultandosi con RLS.

*Dirigenti e Preposti*

- Sono responsabili della custodia, taratura e manutenzione della strumentazione
- Gestiscono i campioni di riferimento per la taratura.

*RLS*

- È consultato in occasione della definizione di nuovi indicatori.

**MECCANISMO DI VERIFICA**

Indicatori di prestazione del processo in esame possono essere:

- registrazioni e misure effettuate rispetto a quelle pianificate
- affidabilità e adeguatezza degli strumenti di misura.

## 13 INFORTUNI, INCIDENTI, NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE ED AZIONI PREVENTIVE - IL MODELLO “SBAGLIANDO S’IMPARA”

### SCOPO

Definire i criteri per la gestione di infortuni o malattie o decessi, mancati infortuni (near miss), incidenti, non conformità, anche comportamentali, e per la definizione e gestione delle azioni conseguenti, secondo le linee guida UNI/INAIL. La rilevazione e l'analisi delle situazioni di non conformità, anche comportamentali, degli incidenti e degli infortuni o malattie o decessi è elemento centrale per il corretto funzionamento del sistema. Il coinvolgimento del personale nell'analisi delle cause e nella ricerca delle soluzioni, oltre che l'individuazione dei soggetti responsabili delle azioni preventive e correttive e dei tempi per la loro realizzazione, rappresentano uno degli elementi cardine del SGSL.

L'organizzazione deve individuare le procedure affinché siano definite le responsabilità e autorità per analizzare e gestire detti eventi. Lavorare in condizioni controllate significa che le attività critiche sono oggetto di monitoraggio e nel caso in cui si verificano situazioni difformi da quanto pianificato, vengano intraprese azioni per tornare a condizioni conformi e per evitare situazioni pericolose o d'emergenza.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Infotuni o malattie o decessi, mancati infortuni (near miss), incidenti e non conformità, anche di tipo comportamentale, devono essere rilevati e indagati. L'incidente occorso ed altre simili circostanze devono essere analizzati per identificarne le cause primarie (determinanti) ed i fattori che hanno influenzato le conseguenze (modulatori).

Il resoconto dell'indagine, con evidenziate le cause primarie, i fattori che vi hanno contribuito e le misure correttive, deve essere presentato alla dirigenza, per consentire di attuare e documentare le misure proposte per il trattamento. L'obiettivo di un'indagine è quello di prevenire il ripetersi dell'evento dannoso ad essa correlato, identificandone le circostanze e rivelandone le cause primarie e i fattori che vi hanno contribuito. Identificare e correggere una causa può, inoltre, prevenire altri incidenti, apparentemente non ad essa collegati.

### ELEMENTI DI SISTEMA

L'indagine deve essere condotta il più presto possibile a seguito del verificarsi dell'evento dannoso. L'organizzazione deve dotarsi di una procedura che preveda:

- l'acquisizione iniziale dell'evento sicura e tempestiva nonché utile per la gestione del rischio, a prescindere dagli obblighi di natura amministrativa imposti dalla legislazione vigente (DPR n.124 30/06/1965 "testo unico assicurazione obbligatoria infortuni sul lavoro e malattie professionali" e s.m.i.) e fare in modo che tutti gli "attori della sicurezza" (dirigenti, preposti, lavoratori, RLS, RSPP, MC, ecc.) siano vincolati all'impiego di tale strumento. Ove necessario e/o possibile occorre prevedere la raccolta di notizie specifiche sull'evento anche diverse ed eccedenti quelle minime richieste dalla citata normativa vigente anche riferite dalla eventuale vittima. Tale comunicazione potrebbe essere implementata con appositi modelli predisposti dal RSPP ed immediatamente disponibili ai lavoratori; L'intervista ai lavoratori coinvolti nell'evento e a tutti i testimoni per scoprire le circostanze che lo hanno determinato e i fattori che vi hanno contribuito (fattore, umano, ambientale, macchine e attrezzature, etc.), includendo diversi giorni precedenti,
- l'esame del luogo dell'evento e l'identificazione dei fattori ad esso associati,
- interviste ad altro personale, ove necessarie a circostanziare l'evento,
- la compilazione dei moduli di registrazione da parte di un soggetto formato (es. preposto) e l'analisi è condotta dal RSPP in collaborazione con il preposto ed il dirigente e con la partecipazione dei lavoratori coinvolti.

La relazione finale dovrebbe includere:

1. una sintesi che illustra gli avvenimenti salienti dell'evento;
2. un racconto dettagliato (descrizione) delle circostanze dell'evento;
3. l'analisi e i commenti che conducono alle conclusioni o risultanze, stabilendone la/e cause primarie che hanno determinato l'evento, e, in caso di infortunio o malattia o decesso, i fattori che hanno modulato gli eventuali danni fisici,
4. indicazioni immediate ed a lungo termine mirate a prevenire eventi simili e a correggerne le cause d'origine.

Il coinvolgimento del personale nell'analisi delle cause e nella ricerca delle soluzioni, oltre che l'individuazione dei soggetti responsabili delle azioni preventive e correttive e dei tempi per la loro realizzazione, richiede una adeguata azione formativa per il trasferimento delle competenze necessarie alla rilevazione e alla descrizione dell'evento nonché all'individuazione all'adozione e monitoraggio di efficacia delle misure correttive.

A tal fine l'organizzazione deve individuare le procedure affinché siano definite le responsabilità e autorità per analizzare e gestire detti eventi, nonché deve assicurare l'adeguata formazione (vedi dopo programma di formazione sul modello multifattoriale per l'individuazione delle cause e la descrizione della dinamica infortunistica) sugli strumenti e metodologie utilizzate a tale scopo.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- BS OHSAS 18001:2007
- linee guida UNI INAIL 2001
- modulistica di registrazione
- linee guida per l'applicazione della metodologia di analisi infortuni/incidenti(INFOR.MO.)
- software per la gestione integrata del metodo INFOR.MO.

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

### *Direttore Generale*

- Approva le procedure di sistema elaborate dal RSGSL.

### *Dirigenti Delegati, Dirigenti e Preposti*

- Collaborano con il RSGSL per la predisposizione del processo "gestione delle non conformità, infortuni o malattie o decessi, mancati infortuni incidenti".
- Assegnano le risorse necessarie per l'effettuazione del processo.
- Valutano i risultati (analisi e proposte di trattamento) e autorizzano il trattamento.
- Predispongono le azioni conseguenti.
- Attuano il piano esecutivo del trattamento.

### *RSGSL*

- Organizza la procedura "gestione delle non conformità, infortuni o malattie o decessi, mancati infortuni incidenti" selezionando il personale coinvolto nelle fasi operative della stessa.
- Assegna le tempistiche di effettuazione dell'attività.
- Predisporre il piano esecutivo del trattamento (attività specifiche, scadenze e persone responsabili della fase).

### *RSPP*

- Collabora con il RSGSL.
- Raccoglie i dati scaturiti dall'indagine, procede all'analisi e valuta il trattamento, coadiuvato dal preposto e ne dà comunicazione al RSGSL.
- Gestisce le comunicazioni con le strutture coinvolte e con i dirigenti delegati, dirigenti, i preposti, gli RLS e i lavoratori.

### *RLS*

- È informato sull'andamento infortunistico.

## MECCANISMO DI VERIFICA

Per l'effettuazione della verifica verranno definiti e presi a riferimento i principali indicatori qualitativi di prestazione, atti a verificare il sistema sia in termini di efficacia che di efficienza, sia per valutarne il livello di realizzazione e di mantenimento.

Allo scopo diventano significativi gli indicatori maggiormente rappresentativi, fra cui:

### Indicatori di esito

- numero quasi incidenti per unità temporale, per reparto, per mansione
- numero incidenti per unità temporale, per reparto, per mansione
- infortuni o malattie o decessi (indice di frequenza, indice di gravità) per unità temporale, per reparto, per mansione,

se si applica l'analisi delle dinamiche con metodologie multifattoriali:

- numero delle segnalazioni
- numero delle segnalazioni trattate
- numero delle azioni correttive proposte

### Indicatori di processo

- registrazione degli eventi secondo metodologie di analisi multifattoriale per l'individuazione delle cause (es. INFOR.MO.)
- responsabile della registrazione
- capacità di descrizione dell'evento
- capacità di individuare i fattori causali
- individuazione azioni preventive e correttive aperte nelle verifiche interne ed esterne per unità temporale o per reparto
- efficacia delle azioni correttive attuate

### Indicatori di costo

- diretti
- indiretti.

## 14 AUDIT INTERNI

### SCOPO

L'audit è un esame sistematico, documentato e indipendente finalizzato a determinare se quanto pianificato e predisposto dal sistema viene efficacemente attuato, è idoneo al conseguimento degli obiettivi ed è coerente con la politica definita in materia di salute e sicurezza.

Obiettivo per cui si effettuano attività di audit è garantire che il SGSL sia:

- Conforme ai requisiti della legislazione vigente e delle norme di riferimento,
- coerente con standard, regolamenti, procedure interni esistenti,
- coerente con la politica adottata in termini di salute e sicurezza,
- rispondente a quanto pianificato ed attuato all'interno dell'organizzazione in termini di tutela della salute e della sicurezza,
- efficacemente mantenuto,
- atto a soddisfare il conseguimento degli obiettivi definiti e/o l'eventuale riallineamento,
- sottoposto a riesame a seguito degli audit interni effettuati.

Pertanto gli audit vanno intesi come momenti di verifica sistematica, documentata, effettuata da parte terza indipendente, finalizzati a valutare nel complesso le prestazioni dell'organizzazione in termini di SSL, in termini di rispondenza, e di efficacia e coerente rispetto a quanto definito, pianificato, attuato e gestito operativamente.

### RISULTATI ATTESI

L'attività di audit prevede, come risultati attesi, il rispetto dei requisiti di legge, degli standard interni, delle procedure Aziendali e dei requisiti di sistema, da concretizzarsi tramite verifiche periodiche programmate e strutturate di tutti i processi interni.

Le verifiche devono consentire l'adozione di eventuali azioni correttive e preventive necessarie al mantenimento del SGSL ma devono anche garantire il processo interno di miglioramento continuo e la verifica della connessa efficace attuazione.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Per l'effettuazione degli audit interni devono essere definiti:

- criteri adottati per la conduzione delle verifiche,

- elementi fondamentali degli audit (non conformità, correzione/trattamento, requisito, azione correttiva, azione preventiva, ecc.),
- programmazione periodica delle verifiche (frequenza, processi da sottoporre a verifica e inserimento di nuovi processi, ecc.),
- modalità di gestione delle non conformità e delle azioni di miglioramento, inclusi i tempi di intervento,
- organizzazione delle visite di audit,
- profili professionali degli auditors e dei lead auditors e le modalità del coinvolgimento dei RLS,
- classificazione dei risultati dell'audit per i processi verificati,
- contenuti del rapporto di audit.

### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- UNI-EN 19011:2012
- BS OHSAS 18001:2007
- Linee Guida UNI INAIL 2001
- Manuale del Sistema di Gestione
- Registri delle azioni correttive e azioni preventive
- Attestati di qualificazione e/o formazione per auditor interni
- Procedure Aziendali interne
- Verbali e/o rapporti di audit.

### RUOLI E RESPONSABILITÀ

La declinazione delle responsabilità è strettamente connessa al ruolo definito all'interno dell'Azienda Sanitaria e conseguente sia all'organigramma sia al sistema di deleghe adottato e reso pubblico, essa prevede che:

#### *Direttore Generale*

- Approva il processo delle verifiche ispettive interne.
- Assegna le risorse necessarie per l'effettuazione degli audit.
- Valuta i risultati e approva le azioni conseguenti attraverso il riesame della direzione –processo 15.

#### *RSGSL*

- Predisporre il processo degli audit interni, selezionando gli auditor.
- Assegna le tempistiche di effettuazione audit.
- Approva il programma di audit.



- Raccoglie i dati consuntivi dell'audit da sottoporre al riesame del SGSL.
- Approva le azioni correttive e ne monitorano l'attuazione.

#### *Lead auditor*

- Predispose il piano esecutivo dell'audit.
- Coordina il team di audit.
- Emette il rapporto di audit e i verbali di non conformità.
- Gestisce le comunicazioni con le strutture soggette a verifica e con DL e RSGSL.

#### *Auditor*

- Collaborano con il Lead auditor nello svolgimento dell'audit, nella redazione del rapporto, nella formalizzazione delle non conformità.

#### *Dirigenti Delegati, Dirigenti e Preposti, RLS, Lavoratori*

- Collaborano attivamente all'effettuazione degli audit.
- Predispongono le azioni correttive per quanto di propria competenza.

---

### MECCANISMO DI VERIFICA

Per l'effettuazione della verifica verranno definiti e presi a riferimento i principali indicatori di prestazione, atti a verificare il sistema sia in termini di efficacia e di efficienza, sia per valutarne il livello di realizzazione e di mantenimento.

Allo scopo diventano significativi gli indicatori maggiormente rappresentativi, fra cui:

- numero di audit effettuati/programmati per anno
- numero di non conformità/audit
- numero azioni correttive/audit
- numero di osservazioni/audit
- numero azioni preventive/ audit
- tempi medi degli interventi di correzione
- tempi medi degli interventi di prevenzione
- rispetto dei tempi e delle modalità di svolgimento dell'audit
- percentuale di non conformità gravi/raccomandazioni/segnalazioni/consigli rispetto al totale rilevato
- tempi di trasmissione dei verbali di audit
- completezza dei verbali di audit.

## 15 RIESAME DELLA DIREZIONE

### SCOPO

Il riesame ha lo scopo analizzare gli elementi del sistema per verificare la necessità di apportare modifiche alle procedure e alle modalità operative adottate. In particolare deve:

- valutare l'applicazione e l'efficacia del SGSL;
- valutare se la politica, gli obiettivi ed i traguardi sono commisurati ai rischi effettivi;
- valutare l'adeguatezza dell'organizzazione rispetto alla politica Aziendale e alle sue prestazioni;
- valutare se il sistema è in grado di adattarsi prontamente ai cambiamenti del contesto interno ed esterno (nuove leggi, nuove strutture, nuove attrezzature, nuovi impianti);
- analizzare eventuali criticità organizzative e tecnologiche;
- elaborare nuovi piani di miglioramento.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Gli interventi che scaturiscono dal riesame devono intervenire essenzialmente su politica e obiettivi di SSL, prestazioni di SSL e risorse del sistema attraverso nuovi obiettivi e programma di miglioramento, azioni di adeguamento, piano formativo. Le decisioni del Riesame, riportate in un apposito verbale, devono essere rese disponibili attraverso la comunicazione e messe a disposizione dei lavoratori.

### ELEMENTI DEL SISTEMA

Gli elementi che il riesame deve prendere in considerazione sono essenzialmente:

- risultati delle valutazioni del rispetto delle prescrizioni legali cogenti e volontarie
- risultati degli audit interni
- risultati delle attività di consultazione
- segnalazioni provenienti da esterni
- analisi delle prestazioni di SSL
- risultati del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi
- analisi di incidenti, infortuni, malattie professionali, azioni correttive e preventive
- cambiamento di condizioni lavorative
- evoluzioni legislative.

Il riesame periodico può essere gestito con una procedura specifica o all'interno del manuale e deve essere realizzato almeno una volta all'anno, salvo cambiamenti organizzativi, tecnologici, normativi. Almeno una volta all'anno il riesame deve corrispondere alle caratteristiche di cui

all'art. 35 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.(Riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi), quanto a figure coinvolte e ad ordine del giorno trattato.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- BS OHSAS 18001:2007
- Linee Guida UNI INAIL 2001
- Manuale del Sistema di Gestione.

### *Registrazione/Documenti prodotti*

- verbale del riesame della precedente riunione
- politica Aziendale
- rapporti degli audit interni
- programma di miglioramento
- registro delle non conformità, azioni correttive e preventive
- registro delle manutenzioni
- rilevazione fabbisogno formativo e piano di formazione e addestramento.

## RUOLI E RESPONSABILITA'

### *Direttore Generale*

- Indice riesame della direzione.
- Presiede la riunione di riesame.
- Valuta il raggiungimento degli obiettivi Aziendali in materia di SSL.
- Approva i nuovi obiettivi e le azioni di miglioramento che scaturiscono dall'attività di riesame della direzione.
- Effettua, se lo ritiene opportuno, riesami anche ad intervalli più brevi rispetto ad un anno o anche limitati a specifici aspetti.

### *RSGSL*

- Predisporre i contenuti del riesame della direzione.
- Fornisce la documentazione necessaria per la realizzazione del riesame.
- Collabora con il DG alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi Aziendali di SSL.
- Partecipa alla definizione dei nuovi obiettivi e del nuovo piano di miglioramento.
- Redige il verbale del riesame.
- Archivia il verbale del riesame.

**MECCANISMI DI VERIFICA**

I meccanismi di verifica in merito ai contenuti e della realizzazione di quanto stabilito nell'ambito del riesame avvengono attraverso audit interni secondo quanto stabilito nel processo 14 o attraverso audit esterni.

## 16 ORGANISMO DI VIGILANZA

### SCOPO

Individuare un Organismo di Vigilanza (OdV) che risponda a quanto previsto dal D. Lgs.231/2001 e s.m.i.in considerazione delle peculiarità dell'art 30 e quindi dei reati presupposto di cui all'art 300 del D. Lgs.81/2008 e s.m.i.

L'OdV infatti è richiesto dall'art. 6 del D. Lgs.231/2001 e s.m.i. Secondo questa previsione normativa, è necessario che l'organo dirigente, oltre ad aver adottato il Modello conformemente agli elementi sopra esposti, abbia *“affidato il compito di vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Modello e di curarne l'aggiornamento a un organismo dell'ente dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo”*(D.Lgs.231/2001- Art. 6, co. 1, lett. B).

L'OdV è pertanto un organismo Aziendale dotato di autonomia, poteri di iniziativa e controllo per verificare e monitorare nel tempo l'effettività, l'adeguatezza, il mantenimento e l'aggiornamento del modello organizzativo ai sensi del D. Lgs.231/2001 e s.m.i.A seconda della complessità Aziendale può essere mono o plurisoggettivo.La durata in carica, la revoca e la sostituzione dei componenti è regolata dallo statuto dell'organismo. Ai fini delle presenti Linee di indirizzo tale organismo attua il suo ruolo verso il MOG per la prevenzione dei reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi e gravissime ( art. 589 e 590 del codice penale) commessi con violazione delle norme di tutela degli infortuni e dell'igiene del lavoro. Le sanzioni rispetto alla responsabilità amministrativa connesse a tali reati sono declinate all'art. 25 septies del D. Lgs. 231/2001 es.m.i. (art. 300 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.).Queste linee di indirizzo SGSL-AS non danno indicazioni rispetto alla prevenzione degli altri reati contemplati nel D. Lgs. 231/2001 esm.i.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Obiettivo dell'Organismo di Vigilanza è garantire un controllo complessivo sull'idoneità del sistema (o del modello Organizzativo) esercitando un doppio controllo sia sulla effettiva efficacia e validità delle regole, sia sulla corretta applicazione delle stesse, al fine di ottenere l'efficacia esimente per l'Azienda Sanitaria prevista dall'art. 30 del D. Lgs.81/2008 e s.m.i.

### ELEMENTI DI SISTEMA

E' necessario costituire per ogni Azienda sanitaria (o meglio per ogni SGSL o MOG)un OdV con i seguenti compiti(vedasi nel dettaglio il processo 3):

- vigilare sull'osservanza delle prescrizioni e delle regole del SGSL da parte di tutti gli attori ai vari livelli dell'organizzazione;

- verificare l'adeguatezza del modello, ossia la sua reale capacità di prevenire i comportamenti che possono favorire situazioni pericolose, infortuni incidenti malattie professionali e violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- accertare il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del modello;
- proporre aggiornamenti della politica e del SGSL in relazione alle novità legislative e regolamentari, al mutare delle condizioni organizzative interne, in recepimento degli esiti del monitoraggio interno del sistema;
- valutare l'effettivo recepimento delle proprie segnalazioni da parte dell'organo dirigente compresa l'irrogazione delle sanzioni disciplinari.

Le attività attraverso le quali l'OdV realizza le proprie attività sono:

- conduzione di indagini interne per l'accertamento di presunte violazioni delle prescrizioni del presente Modello;
- coordinamento con i Responsabili delle diverse funzioni/aree per i vari aspetti attinenti l'attuazione del Modello secondo un'apposita procedura;
- verifiche sul campo direttamente o anche tramite l'effettuazione degli audit interni;
- controlli sull'effettiva presenza, la regolare tenuta e l'efficacia della documentazione richiesta in conformità a quanto previsto dal Modello.

Inoltre l'OdV è destinatario di informazioni che devono riguardare sia l'evoluzione delle attività che le violazioni del modello.

L'OdV di norma esplica le proprie attività attraverso una riunione che si svolge con cadenza almeno mensile. Le riunioni vengono verbalizzate e i verbali vengono inviati all'Alta Direzione. L'OdV ha libero accesso presso tutte le funzioni e le strutture dell'Azienda senza necessità di autorizzazione preventiva; può richiedere ed ottenere ogni informazione e dato ritenuto necessario per lo svolgimento della sua attività; può avvalersi di tutte le strutture dell'organizzazione e, se ritenuto necessario, di consulenti esterni.

Per lo svolgimento dei suoi compiti l'Organismo di Vigilanza dispone di un'adeguata dotazione di risorse (tecniche ed economiche) assegnate, annualmente dal Datore di Lavoro. In particolare l'OdV si avvale di una struttura tecnica permanente – costituita dalla struttura Aziendale con a capo il RSGSL - che presidia l'integrità del sistema e supporta sul piano tecnico l'OdV nella gestione delle sue funzioni.

Si riportano di seguito le attività, che dovrebbero essere oggetto di informazioni dirette all'OdV sulle quali basare l'attività di vigilanza.

#### **A) Valutazione dei Rischi**

- DVR vigente e ogni successivo aggiornamento o allegato sottoscritto da DL.
- Verbali delle riunioni periodiche.

- Rapporti controlli ispettivi interni/Preposti (con apposita procedura).
- Segnalazione criticità/anomalia da parte dei lavoratori (anche in merito ai Dispositivi di protezione individuale e collettiva) (con apposita procedura).
- Verbali di sopralluogo del RSPP e del MC.
- Verbale riunione/consultazione RLS (con apposita procedura).
- Modalità di gestione di sostanze chimiche pericolose, di utilities (linea di O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>ecc), dei gas anestetici e delle bombole.
- Piano di miglioramento.

#### **B) Luoghi, postazioni e attrezzature di lavoro**

- Adempimenti tecnico-amministrativi e documentali attestanti la conformità ai requisiti di sicurezza di luoghi di lavoro, postazioni di lavoro, macchine impianti ed attrezzature di lavoro (con apposita procedura).
- Certificato di agibilità.
- Certificazioni di conformità CE di attrezzature macchine impianti o documentazione alternativa che ne attesti la conformità normativa.
- SCIA relativa agli aspetti antincendio o ove previsto CPI.
- Certificazione di conformità (o rispondenza) di impianti elettrici, messa a terra e scariche atmosferiche o documentazione alternativa che ne attesti la conformità alla normativa cogente e relative.
- Documentazione connessa con le attrezzature
- Ogni altra documentazione inerente.

#### **C) Appalti comprescantieri temporanei e mobili**

- Adempimenti connessi con l'applicazione procedure previste dal processo 11.8 (evidenza della scelta dell'appaltatore con i requisiti previsti, DUVRI, nomine CSE CSP, PSC; PSS ecc. ). Progetti, nomine delle figure responsabili ai sensi della normativa sui cantieri edili (Responsabile dei lavori, CSP, CSE, Direttore dei Lavori).
- Contratti d'appalto, d'opera o di somministrazione sottoscritti dal contraente.

#### **D) Formazione, informazione e addestramento dei Lavoratori**

- Piano di formazione/informazione dei lavoratori ivi compresi quelli con diritto a formazione specifica (dirigenti, preposti, Addetti emergenze e primo socc., ecc.).
- Statistiche complessive relative alla formazione erogata ed agli esiti della verifica dell'efficacia della formazione compresa la verifica nel tempo.

**E) Prevenzione incendi, primo soccorso e gestione delle emergenze**

- Piano di Emergenza e di Evacuazione (ivi compresi i nominativi degli addetti e i criteri di scelta degli stessi).
- Piano di miglioramento/adequamento della sicurezza antincendio.
- Registro Antincendio comprendente la registrazione di tutti i relativi controlli, verifiche, interventi di manutenzione, informazione e formazione, Certificati di Prevenzione Incendi (o deroghe), ecc.
- Esiti delle simulazioni d'emergenza.
- Situazioni di reale emergenza verificatesi, la risposta del piano di emergenza e le conseguenze.

**F) Sorveglianza Sanitaria**

- Dati aggregati relativi alla sorveglianza sanitaria.
- Ricorsi avverso i giudizi di inidoneità.
- I casi di malattie professionali.

**G) Sistema di verifica e controllo**

- Risultati del processo di monitoraggio e misurazione con particolare rilevanza agli eventuali scostamenti o non conformità emerse.
- Andamenti degli indicatori di prestazione.
- Esiti degli audit interni.
- Risultati delle indagini su infortuni gravi e malattie professionali.

**H) Riesame della direzione**

- Verbale del riesame della direzione ivi compresi i nuovi piani di miglioramento e di formazione.

E' importante ribadire che l'azione dell'OdV si svolge idealmente con "continuità di azione", pertanto anche se i contenuti dei flussi informativi di cui sopra vengono analizzati durante la riunione periodica, all'OdV vengono trasmesse tempestivamente tutte le informazioni concernenti:

- Gli eventi infortunistici occorsi e le malattie professionali denunciate;
- la commissione di reati previsti dalla normativa vigente in materia di SSL e comportamenti non in linea con le procedure, con i sistemi di controllo, con la Politica SSL e in generale con le specifiche regole comportamentali adottate dall'Azienda per la prevenzione degli infortuni sul lavoro;
- le notizie relative a procedimenti intrapresi da organi di vigilanza quali ad esempio autorità delle ASL o vigili del fuoco, dall'ispettorato del lavoro, da organi di polizia giudiziaria o da



qualsiasi altra autorità, dai quali si evinca lo svolgimento di indagini per i reati a carico dell'Azienda;

- i rapporti preparati dai responsabili delle varie funzioni dai quali possano emergere fatti, eventi od omissioni con profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme;
- provvedimenti disciplinari avviati, le sanzioni comminate ed eventuali archiviazioni.

### 16.1. COMPOSIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'ODV

Le Aziende Sanitarie che adottano questa linea guida devono definire la composizione di un proprio OdV per il MOG idoneo a prevenire i reati in materia di SSL, di cui all'art. 25 *septies* del D. Lgs. 231/2001 e s.m.i. (art. 300 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

I suoi componenti possono anche integrare un Organismo di Vigilanza, già eventualmente costituito, deputato alla sorveglianza di un MOG implementato nell'Azienda Sanitaria per prevenire anche ulteriori reati contemplati dal D. Lgs. 231/2001 e s.m.i.

Le Aziende Sanitarie nominano l'OdV con atto deliberativo del Direttore Generale a seguito dell'invio della proposta e conseguente parere favorevole della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria – Area Sicurezza nei Luoghi di Lavoro della Regione Lazio. Nel caso di OdV plurisoggettivo uno dei membri deve ricoprire il ruolo di Presidente.

La Regione Lazio, a supporto delle Aziende Sanitarie, costituisce il Coordinamento Regionale Auditor SGSL-AS quale elemento di comunicazione tra gli OdV e la sopraccitata Direzione Regionale e definisce i principi di comportamento degli OdV, inoltre può richiedere alle Direzioni delle Aziende Sanitarie le informazioni ritenute utili al monitoraggio dell'andamento dei rischi nel Servizio Sanitario Regionale, attraverso un pannello di controllo con indicatori significativi, può esprimere parere sull'efficacia dell'implementazione del SGSL-AS.

Il medesimo Coordinamento conseguentemente può proporre metodologie, procedure, linee d'indirizzo per il miglioramento complessivo ed omogeneo della SSL nell'ambito del SSR. I membri di un OdV devono avere le seguenti caratteristiche:

- **Autonomia e indipendenza.** I requisiti di autonomia e indipendenza dell'OdV si riferiscono alla funzionalità dell'Organismo e allo svolgimento dei compiti attribuitigli dalla normativa di riferimento. Ne consegue che l'Azienda Sanitaria, nell'istituzione dell'OdV, deve garantire l'autonomia dell'iniziativa di controllo da ogni forma di interferenza e/o di condizionamento da parte di chiunque e, in particolare, da parte del Datore di Lavoro.

Al riguardo sono previsti dalla Legislazione nazionale e regionale vigente, con il fine di verificare il corretto funzionamento delle Aziende Sanitarie altri organi quale ad esempio l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance che ha i requisiti di autonomia ed

indipendenza nonché competenze specifiche nella legislazione sanitaria, management, auditing, ecc.

Pertanto i relativi componenti nominati con un percorso che prevede la garanzia di autonomia e di indipendenza previsto dalla normativa di settore, possono concorrere alla costituzione dell'OdV, garantendo la coerenza di informazioni e disposizioni da sottoporre al riesame della Direzione. In questo modo si genera una cultura della SSL all'interno e all'esterno dell'Azienda che si integra con gli scopi di una corretta gestione e di un efficiente apparato di controllo, mediante un sistema organizzato di scambio incrociato di informazioni tra le varie funzioni ed organi della medesima e l'OdV senza peraltro generare una sovrapposizione di competenze e funzioni.

Per una completezza dell'OdV le Aziende Sanitarie devono prevedere almeno un componente che abbia competenze in materia di Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro previste al punto seguente.

Allo scopo la Regione Lazio ha costituito un apposito coordinamento di Auditor SGSL-AS abilitati e costituito dagli RSPP delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio nell'ambito della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria – Area Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dal quale le Aziende medesime possono individuare tale Componente garantendo comunque l'autonomia ed indipendenza.

Coerentemente ai principi sopra riportati, al fine di salvaguardare la caratteristica di indipendenza dell'OdV, non possono essere nominati quali componenti:

- a) coloro che esercitano funzioni in materia di SSL all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OdV o nell'Asl territorialmente competente;
- b) coloro che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni;
- c) coloro che hanno legami di parentela o di affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative;
- d) la condanna con sentenza anche non irrevocabile per aver commesso uno dei reati di cui all'art. 25 septies D. Lgs. 231/2001 e s.m.i.;
- e) la condanna ad una pena che comporta l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici ovvero l'interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche;
- f) l'esistenza di procedimenti penali pendenti per uno dei reati di cui al D. Lgs. 231/2001 e s.m.i.

Inoltre dovrà essere garantita l'assenza di reciprocità dei componenti tra le Aziende Sanitarie del SSR. È essenziale inoltre che all'OdV non siano attribuiti compiti operativi all'interno dell'Azienda, che potrebbero minarne l'obiettività in sede di verifica del Modello.

- **Professionalità.** Il requisito della professionalità attiene il complesso delle conoscenze, delle competenze e degli strumenti che l'OdV deve possedere per svolgere efficacemente i suoi compiti, ricomprendendo metodologie e tecniche specifiche proprie sia dell'attività ispettiva che dell'attività di analisi dei sistemi di controllo, oltreché competenze giuridiche e in particolare penalistiche. Per l'acquisizione di tali conoscenze e strumenti, l'OdV può e deve avvalersi di tutte le risorse Aziendali competenti e quindi nel nostro caso soprattutto del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale che assolve le funzioni di una struttura tecnica permanente a supporto dell'OdV degli auditor interni.

Per quanto attiene alla professionalità del componente specialista in SGSL è necessario che sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- 1) Certificazione come auditor di terza parte del settore sanità o almeno possesso di attestato di partecipazione, con superamento dell'esame finale, di un corso di auditor SGSL qualificato da ente qualificato da un ente di certificazione del personale e aver effettuato almeno 15 giornate di audit (di cui max 5 in affiancamento e almeno 5 come RGVI).
- 2) Certificazione come progettista o almeno possesso di attestato di partecipazione, con superamento dell'esame finale, di un corso di progettista/consulente di SGSL qualificato da un ente di certificazione del personale avendo seguito la realizzazione di almeno tre sistemi in aziende del settore sanità.
- 3) RSPP da almeno 5 anni nel settore sanità e di aver superato l'esame finale di un corso progettisti o auditor SGSL qualificato da ente accreditato.

## DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- D. Lgs 231/2001 es.m.i.
- D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- Tutta la documentazione del SGSL-AS

## RUOLI E RESPONSABILITÀ

### *Direttore Generale*

- Nomina l'OdV e sanziona i comportamenti non conformi in attuazione del codice disciplinare dell'Azienda.

### *Presidente dell'OdV*

- Presiede l'organismo, convoca le riunioni, approva i verbali e tiene i rapporti con i vertici (allegato 8).

*Membri dell'OdV*

- Collaborano con il Presidente per l'espletamento dei compiti dell'organismo.

**MECCANISMO DI VERIFICA**

Per questa peculiare sezione delle linee guida il meccanismo di verifica coincide esattamente con l'attività dell'OdV. Non vi sono ulteriori verifiche per l'attività dell'OdV e pertanto di rimanda integralmente a quanto suesposto.

## 17 CODICE DISCIPLINARE E SISTEMA SANZIONATORIO INTERNO

### SCOPO

Emanare un codice disciplinare e sistema sanzionatorio interno da applicare in caso di violazione delle norme e disposizioni contenute nel modello organizzativo e gestionale.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Definire e formalizzare un codice disciplinare e sistema sanzionatorio interno, attraverso il quale individuare e sanzionare comportamenti che costituiscono o che possono favorire:

- violazione/elusione del sistema di controllo
- mancato rispetto delle procedure e prescrizioni previste dal MOG
- mancato rispetto degli obblighi previsti dalla legislazione in materia di salute e sicurezza
- commissione di reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

### ELEMENTI DI SISTEMA

Il codice disciplinare e il sistema sanzionatorio interno deve definire le sanzioni previste per ogni funzione Aziendale ed articularle rispetto alla gravità e reiterazione delle violazioni commesse, in particolare in relazione:

- all'intenzionalità del comportamento
- alla rilevanza della violazione di norme o disposizioni
- al grado di negligenza, imprudenza o imperizia
- al livello delle responsabilità connesse alle mansioni attribuite
- al tipo di conseguenze (ad esempio: danno economico e/o d'immagine Aziendale, danno di tipo fisico e di salute delle persone, ecc.).

Nel definire il tipo e l'entità delle sanzioni è opportuno tener conto delle disposizioni previste dal contratto collettivo di lavoro applicato e dallo statuto dei lavoratori di cui alla legge 300/1970 e s.m.i. Il Direttore Generale comunica il proprio sistema disciplinare e il sistema sanzionatorio interno a tutti i soggetti interessati quali ad esempio:

- Responsabile del Sistema di Gestione
- Dirigenti
- Preposti
- Lavoratori
- Auditor/gruppo di audit

- Organismo di Vigilanza
- RSPP e addetti.

L'Azienda deve inoltre, definire idonee modalità per selezionare, tenere sotto controllo e, ove opportuno, sanzionare collaboratori esterni, appaltatori, fornitori e altri soggetti aventi rapporti contrattuali con l'Azienda stessa (nei casi in cui via sia un qualche rilevanza sulla SSL Aziendale).

Perché tali modalità siano applicabili l'Azienda deve prevedere che nei singoli contratti siano inserite specifiche clausole applicative con riferimento ai requisiti e comportamenti richiesti ed alle sanzioni previste per il loro mancato rispetto, fino alla risoluzione del contratto stesso.

#### DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- D.Lgs.231/2001 es.m.i.
- D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- Tutta la documentazione del SGSL-AS
- Statuto dei lavoratori (Legge 300/1970 e s.m.i.)
- Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro
- Contratti di appalto e fornitura/DUVRI

#### RUOLI E RESPONSABILITÀ

*Direttore Generale*

- Definisce e formalizza il codice disciplinare e individua il soggetto preposto all'irrogazione delle sanzioni.

#### MECCANISMO DI VERIFICA

Il meccanismo di verifica è direttamente correlato al numero di sanzioni comminate in applicazione del codice disciplinare.