

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIPARTIMENTO MEDICINA
EPIDEMIOLOGIA E IGIENE
DEL LAVORO E AMBIENTALE

Codice
archivio.....

Allegato 1

Verbale d'ispezione RM

ACCERTAMENTO ISPETTIVO EFFETTUATO PRESSO IL SITO DI RISONANZA MAGNETICA DELLA
STRUTTURA SANITARIA _____

CON SEDE A _____

Presidio RM **PUBBLICO** **PRIVATO CONVENZIONATO SSN** **SOLO PRIVATO**

In data _____ questo Istituto ha esperito - ai sensi dell'art.7 del d.p.r. del 8/8/94 n° 542 -
un sopralluogo di verifica presso la struttura in oggetto al fine di accertare la conformità
dell'installazione e dell'uso di una apparecchiatura RM ivi installata agli standard di sicurezza.

Apparecchiatura diagnostica: Marca e modello _____

Tecnologia Magnete: **SUPERCONDUTTORE** **PERMANENTE**
RESISTIVO **ALTRO (*)**

(*) Specificare.....

Data Installazione _____ Data Inizio Attività _____

Matricola (se possibile) _____ Intensità di Campo Magnetico statico _____ T

VERIFICA DI PRIMA ISPEZIONE VERIFICA SUCCESSIVA

Personale Inail presente all'accertamento ispettivo:

Personale Inail di supporto per l'espletamento dell'istruttoria documentale preventiva

Struttura sanitaria: _____

Via/P.za/V.le _____ n° _____

Luogo _____ cap _____ Prov _____ Tel _____

Fax _____ e-mail dir.san. _____

Asl competente per territorio : _____

Sede del Dipartimento della Prevenzione

Via/P.za/V.le _____ n° _____

Luogo _____ cap _____ Prov _____ Tel _____

Fax _____ e-mail _____

	unità di personale presenti	ufficio di appartenenza
presidio¹	_____ _____ _____ _____ _____ _____	
Asl	_____ _____ _____ _____ _____	

¹ individuare con (*) il delegato del datore di lavoro che firma “per ricezione” il presente verbale

Legislazione di riferimento

1. d.p.r. n. 542/94
2. d.p.r. n. 14/1/97
3. d.lgs. n. 46/97
4. indicazioni operative Ispesl - 30/05/04
5. d.m. n. 37/08 come modificato dal d.m. 19/05/10
6. d.lgs. n. 81/08
7. d. lgs. N. 106/09
8. indicazioni operative Inail, www.inail.it - 10/09/15
9. d.lgs. n. 159 del 01/08/16
10. legge n. 160 del 07/08/16
11. d.m. 14/01/2021

Norme di buona tecnica

Nella seguente tabella sono riportati, a fine di utilità, i riferimenti nazionali ed internazionali per l'espletamento dei controlli periodici di qualità e sicurezza in RM.

parametri funzionali tomografo	Norma CEI EN 60601-2-33 (2010)
	Circolare Ministero della Sanità del 28/4/92
	Protocollo Eurospin
	Protocollo NEMA
	Protocollo AAPM
	Report AIFM n. 2, 2004
sar	Norma CEI EN 60601-2-33 (2016)
tubo di quench	Direttiva 97/23/CE come emendata dalla direttiva 2014/68/UE
seniore ossigeno	Norma CEI EN 50104
gabbia di faraday	Norme MIL-STD-285
	Norme IEE-STD-299-1997

ACCERTAMENTO ISPETTIVO

SEZIONE **A** - FIGURE PROFESSIONALI INCARICATE

Dati anagrafici dei Responsabili per la Sicurezza del sito RM				
	Nome e Cognome	Laurea+ specializzazione	Telefono	e-mail
MRSCED				
ERS				

Medici **radiologi** operanti in qualità di **MRPD**: _____ **Non radiologi** rilevati come **MRPD**: _____

Definizioni: **MRSCED**: Medico responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica

ERS: Esperto responsabile della sicurezza **MRPD**: Medico responsabile della prestazione diagnostica

SEZIONE **B** - CARATTERISTICHE DEL SITO RM

Elenco dei Locali e/o Aree dedicate all'interno della Zona ad Accesso Controllato (Z.A.C.):

Legenda: [SI]: indica la presenza; [NO]: indica l'assenza

L'ombreggiatura di una casella indica lo stato atteso per quella voce

QUADRO 1 - Ricevimento del paziente (locali o aree "attesi" quali esterni alla ZAC)

	SI	NO	Note
Segreteria/ Accettazione pazienti			
WC deambulanti nei pressi della zona ad accesso controllato			Specificare a circa quanti metri
WC disabili sul piano della diagnostica RM			Specificare se carente nelle dotazioni
Locale/Area* di attesa paz. deambulanti			
Locale/Area* di attesa per paz. barellati			Indicare se codificata procedura
Locale/Area* anamnesi			
Possibilità di espletare visita medica			

* Barrare l'opzione non pertinente.

QUADRO 2 - Caratteristiche generali sito RM (locali/aree interne alla ZAC) *barrare opzione non pertinente

	SI	NO	Note
A sé stante / di transito per altri reparti*	-	-	
Ingresso controllato			
Accessi secondari dedicati al personale (n°: ___)			
Cartellonistica di rischio campi elettromagnetici			
Rivelatore ferromagnetico o sistema sostitutivo			
Etichettatura dispositivi amovibili nel sito RM			
Estintori amagnetici (n°: ____)			
Locale/Area* spogliatoio (n° spogliatoi: ____)			
Cassetta porta oggetti personali			
Locali igienici (nelle note indicare se WCH)			
Locale/Area* di preparazione dedicata			
Ottimizzazione nelle modalità di custodia farmaci			
Dispositivi medici previsti dal d.m. 14/01/2021			
Cicalino acustico d'emergenza e cuffie antirumore			
Locale/area* di emergenza dedicata			
Ottimizzazione nella facilità d'accesso			
Dispositivi medici previsti dal d.m. 14/01/2021			
Ottimizzazione nelle modalità di custodia farmaci			
Identificazione della zona controllata			
Altre linee isomagnetiche segnalate			Specificare:
Locali a campo B > 5 G esterni alla sala RM			
" " " > 5 G esterni alla ZAC (da confinare)			
" " " > 1 G esterni al centro di diagn. per immag.			

QUADRO 3 - Zona Comandi

	SI	NO	Note
Identificazione pulsante di quench			
Identificazione pulsante spegnimento elettronica			
Identificazione pulsante ventilazione emergenza			
Display del termoigrometro presente in sala RM			
Display del termoigrometro del locale tecnico			
Centralina ossigeno			
Interfono e Telecamera			
Controllo visivo della porta di accesso sala RM			

QUADRO 4 - Sala Magnete e Impianti

	SI	NO	Note
Segnaletica di restringimento accesso			
Buona condizione della porta (fingers)			
Sensore O₂ - posizionamento corretto			
Impianto di ventilazione "d'emergenza"			
Canalizzazione locale dedicata alla ripresa "di emergenza" e allocata sulla "testa" del tomografo			
Griglia di sovrappressione (nelle "Note", se presente, specificare l'allocazione)			
Coibentazione totale e garanzia di sicurezza nei tratti accessibili del tubo di quench			
Replica del pulsante di quench e del pulsante di ventilazione di emergenza in sala RM			
Ottimizzazione delle caratteristiche di sicurezza nella zona del terminale del tubo di quench			

QUADRO 5 - Locali di supporto del sito RM

	SI	NO	Note
Locale tecnico RM - - rispetto delle disposizioni previste ai sensi del d.lgs. n. 81/08 - controllo dei parametri microclimatici			
Locale Archivio			
Locale Refertazione			
Altro:			

SEZIONE C - PROCEDURE OPERATIVE

Numero massimo di pazienti che possono essere contemporaneamente presenti all'interno del sito RM sulla base della sua strutturazione : _____

Legenda: [SI]: da spuntare in caso di procedura già formalizzata dal presidio prima dell'ispezione

[NO]: da spuntare in caso di procedura mai formalizzata dal presidio prima dell'ispezione, e che si ritiene debba essere oggetto di prescrizione*

[NN]: da spuntare in caso di procedura *Non Necessaria*

*Note**: da riempire, qualora la procedura divenga oggetto di prescrizione, con il relativo termine

	SI	NO	NN	Note
Procedura di gestione di più pazienti in reparto				
Procedura di gestione dei pazienti barellati				
Procedura per l'effettuazione dell' anamnesi				
Procedura per l'effettuazione della preparazione				

Altre eventuali: _____

SEZIONE D - DOCUMENTAZIONE

<i>Predisposto:</i>	SI	NO	Data di istituzione
Regolamento di sicurezza(ultima versione)			
Programma di garanzia della qualità			
Registro dei controlli di qualità e sicurezza			

QUADRO 1 - Informazioni generali contenute nel Regolamento di Sicurezza

	SI	NO	Note
Rispondenza alle valutazioni di cui al disposto contenuto nell' art. 1co8.h (deroghe) del d.lgs. 159/16			
Allineamento alle Indicazioni Operative INAIL 2015			
Allineamento al d.m. 14/01/2021 (percorso diagnostico)			
Previsti esami su pazienti portatori di pacemaker			
Modello organizzativo specifico in relazione a pazienti con pacemaker (par. D2 d.m. 14/01/2021)			

QUADRO 2 - Norme specifiche contenute nel Regolamento di Sicurezza

Legenda: [Si]: da spuntare qualora il documento risulti effettivamente presente agli atti del Presidio
 [Esp]: da spuntare qualora il documento risulti esposto nel reparto RM

	SI	NO	Esp	Note
Misure di sicurezza				
per i pazienti				
per i lavoratori				
per i volontari/visitatori/accompagnatori				
per il personale delle pulizie				
per il personale addetto al refilling dell'He (comprensivo delle procedure e del percorso)				
per le emergenze + estratto breve				

QUADRO 3 - Documentazione Amministrativa

Legenda: [SI]: da spuntare in caso di atto già trasmesso all'INAIL
 [NO]: da spuntare in caso di atto non ancora trasmesso all'INAIL

	SI	NO	Note
Data del collaudo			
Data di invio della c.a.i.			
Lettera di accettazione MRSCED con CV			
Lettera di accettazione ERS con CV			

QUADRO 4 - Documentazione medica

	Conforme	Non conforme	Note
Paziente			
1. Questionario anamnestico			
2. Consensi informati			
Accessi occasionali (lavoratori accompagnatori, visitatori, ecc...)			
1. Scheda di accesso			

QUADRO 5 - Documentazione Tecnica

N.B. La presente Sezione di riferisce alla documentazione già trasmessa all'INAIL all'atto della "Comunicazione di avvenuta installazione" o acquisita nel corso dell'accertamento ispettivo

Legenda: [SI]: da spuntare in caso di documento già trasmesso all'INAIL o comunque formalmente acquisito nel corso dell'accertamento ispettivo

[NO]: da spuntare in caso di documento mai trasmesso all'INAIL (*), o trasmesso in forma non aggiornata, o comunque non acquisito, ed il cui invio è oggetto di specifica prescrizione indicare:

Note (*)

- o entro quale DATA il presidio deve inviare all'INAIL il documento mancante,
- o se il documento medesimo - pur non inviato - è comunque agli atti del presidio (verifica da espletare nel corso dell'accertamento ispettivo), ed in caso affermativo riportare la dicitura : "PRESENTE"

	SI	NO	Note
Planimetria sito RM			
Curve isomagnetiche			
Teoriche			
Sperimentali			
Collaudo del tomografo (cfr. Sezione G, Quadro 1)			
Test di accettazione			
Gabbia di Faraday (cfr. Sezione G, Quadro 2)			
Collaudo schermatura			
Impianto di ventilazione (cfr. Sezione H, Quadro 1)			
Schema dell'impianto			
Rapporto di collaudo			
Certificazione di conformità ai sensi del d.m. 37/2008 e s.m.i.			
Sistema di monitoraggio dell'ossigeno (cfr. Sezione H, Quadro 2)			
Caratteristiche e rapporto di collaudo			
Certificato di taratura della cella al collaudo			
Tubo di quench			
Certificazione di conformità ai sensi del d.m. 37/2008 e s.m.i.			
Valutazioni tecniche di cui all'art.1 comma 8 lettera h (deroghe) del d.lgs. 159/16 (allegato del DVR aziendale, se parte integrante del RdS specificarlo)			

CONTROLLI PERIODICI DI SICUREZZA E QUALITÀ

SEZIONE E - SORVEGLIANZA FISICA

	1 anno	6 mesi	4 mesi	3 mesi	2 mesi	1 mese
Periodicità						

	Attuata:	SI	NO	Data ultimo evento
Formazione ed Informazione				
NOTE:				

Modalità di attuazione	corsi periodici	corsi <i>una tantum</i>	seminari <i>una tantum</i>	dispense
Periodicità prevista	meno di 1 anno	da 1 a 2 anni	da 3 a 4 anni	5 anni

Legenda: [Esp]: da spuntare qualora il documento risulti esposto nel sito RM;
Nelle "Note" se ne specifichi l'ubicazione

	Predisposto:	SI	NO	Esp	Note
Elenco del Personale autorizzato all'accesso nella ZAC					
Nominativi di MRSCED ed ERS all'ingresso ZAC					
Formalizzazione dell'EQUIPE RM (scelta facoltativa della Struttura)					

SEZIONE F - SORVEGLIANZA MEDICA

Legenda: nelle "note" indicare se l'idoneità è stata rilasciata da Medico Competente o da Medico Autorizzato

	1 anno	6 mesi	altro	Note
Periodicità				a cura del <input type="checkbox"/> Medico Competente Dott..... <input type="checkbox"/> Medico Autorizzato Dott.....

	Presente:	SI	NO	Note
Protocollo di sorveglianza sanitaria riportante il fattore di rischio specifico				
Modello per il rilascio dell'idoneità specifica alla mansione da svolgere in RM				

SEZIONE G - CONTROLLI E VERIFICHE DI QUALITÀ

QUADRO 1 - Tomografo RM

Espletati

Non espletati

Data Test di Accettazione: _____

Utilizzo di tecniche di alta specializzazione

SI NO

Protocollo Specifico cq

SI NO

Quali: _____

	<i>Data</i>	<i>Esito</i>
Ultimo "controllo di qualità" espletato dall'E.R.		

da solo
 avvalendosi di un organismo notificato *

Indicazioni INAIL	Prossimo controllo	Periodicità controlli semestrale

QUADRO 2 - Gabbia di Faraday

Espletati

Non espletati

Data Collaudo: _____

	<i>Data</i>	<i>Esito</i>
Ultima "verifica" effettuata dall'E.R.		

da solo
 avvalendosi di un organismo notificato *

Indicazioni INAIL	Prossimo controllo	Periodicità controlli annuale

* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

SEZIONE H - CONTROLLI DI SICUREZZA SU IMPIANTI ACCESSORI

QUADRO 1 - Impianto di ventilazione in sala RM

Espletati

Non espletati

Data Collaudo: _____

	Data	Esito
Ultimo controllo effettuato dall'E.R.		

da solo
avvalendosi di un organismo notificato *

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Ricambi d'aria in sala RM [volumi/ora]

da collaudo dal controllo del _____

Condizioni d'esercizio **normali**

Condizioni d'esercizio in **emergenza**

tali da garantire

tali da garantire

$\Delta p > 0$

$\Delta p < 0$

Indicazioni INAIL	Prossimo controllo	Periodicità controlli semestrale

QUADRO 2 - Sistema di monitoraggio dell'ossigeno

Espletati

Non espletati

	Dati "iniziali" sulla cella elettrolitica presente
Data installazione	
Tempo di vita atteso	

Data ultima sostituzione cella: _____

Data ultima taratura cella: _____

	Data	Esito
Ultima Verifica di Funzionamento effettuata dall'E.R.		

da solo
avvalendosi di un organismo notificato *

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Soglia di Preallarme
Soglia di Allarme

Dichiarata dall'E.R.

Rilevata in ispezione

%	%
%	%

Indicazioni INAIL	Prossima Verifica	Periodicità semestrale	Prossima Taratura	Periodicità semestrale

* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

ESITO DEL PROCESSO ISPETTIVO

SEZIONE I - CONCLUSIONI

Per quanto di competenza esaminato ed accertato, alla luce dei contenuti di cui:

- agli standard di sicurezza vigenti in Risonanza Magnetica di cui all'art. 2 del d.p.r. 542/94, ed al conseguente d.m. 14/01/2021;
- ed in particolare all'articolo 4 comma 4 del sopra citato d.m. che recita: *"Fatti salvi eventuali obblighi previsti da altre normative, le strutture sanitarie presso cui sono state installate e sono operanti apparecchiature R.M. si adeguano alle disposizioni tecniche e organizzative previste nell'allegato tecnico al presente decreto entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto"*

viste le risultanze dei controlli esperiti, si ritiene che il presidio ispezionato:

- rispetti gli "standard di sicurezza" vigenti, di cui all'art. 2 del d.p.r. 542/94 ed al conseguente d.m. 14/01/2021, in particolare risultando allineato a quanto disposto dall'articolo 4 comma 4 del d.m. medesimo*

presidio pienamente conforme (*)

presidio conforme con richiesta di ottimizzazioni () - cfr. Sezione L, Quadro 1**

- non rispetti i requisiti minimi previsti dagli standard di sicurezza di cui all'art. 2 del d.p.r. 542/94 ed al d.m. 14/01/2021, e quindi l'attività diagnostica non possa continuare*

presidio non conforme - cfr. Sezione L, Quadro 2: sospensione attività per (*)**

1. autodeterminazione della struttura sanitaria
2. determinazione dell'ASL territorialmente competente
3. richiesto intervento del competente Comando dei Carabinieri per la tutela della salute

(*) anche con riferimento al precedente di cui all'art. 3.1.2 caso 1), (**) caso 2), (***) caso 3) con gradi di intervento 1[^], 2[^], 3[^] del già regolamento ISPESL in allegato al Decreto 6 Aprile 2009 - pubblicato in G.U. - Serie Generale n. 102 del 05.05.2009.

Quadro 2 - Presidio non conforme

○ sospensione dell'attività diagnostica per autodeterminazione della struttura sanitaria

L'Inail, avendo provveduto a verificare la conformità del presidio alle indicazioni contenute negli standard di sicurezza di cui all'articolo 2 del d.p.r. 542/94 ed al d.m. 14/01/2021, prende atto della nota (*cf. allegato*) con la quale il Medico Responsabile dell'attività dell'impianto e/o l'Esperto Responsabile della sicurezza e/o altra figura professionale di competenza in materia di sicurezza (indicare).....

prescrive/prescrivono la sospensione dell'attività diagnostica al fine di ripristinare i requisiti minimi previsti per l'osservanza degli standard di sicurezza, così rifacendosi al precedente di cui all'art. 3.1.2 caso 3) - grado di intervento 1[^] del Regolamento di cui all'Allegato 1 del già Decreto ISPESL 6.4.2009.

Fermo restando l'ottemperanza agli atti che verranno - se del caso - formalmente disposti dalla Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente in merito a quanto emerso nel corso del sopralluogo così come riportato nel presente verbale, si ritiene che per la riattivazione dell'attività diagnostica si dovrà dare pedissequo riscontro a quanto evidenziato nel presente quadro 2, che attiene in modo specifico alle gravi mancanze in termini di sicurezza evidenziate, con tempestiva comunicazione degli interventi effettuati, documentati e corredati del benestare dell'Esperto Responsabile, sia all'Inail e all'Asl.

Si rappresenta inoltre che, per quanto attiene il superamento delle altre carenze riscontrate, al fine di una opportuna ottimizzazione delle condizioni di sicurezza presenti all'interno del sito esaminato, il datore di lavoro è tenuto altresì a mettere in atto - nei termini specificati - gli interventi correttivi di cui al quadro 1. L'Inail si riserva un eventuale sopralluogo di verifica.

○ sospensione dell'attività diagnostica per determinazione dell'ASL territorialmente competente

L'Inail, avendo provveduto a verificare la conformità del presidio alle indicazioni contenute negli standard di sicurezza di cui all'articolo 2 del d.p.r. 542/94 e del d.m. 14/01/2021, prende atto della sospensione dell'attività diagnostica intervenuta per determinazione dell'ASL territorialmente competente, così rifacendosi al precedente di cui all'art. 3.1.2 caso 3), grado di intervento 2[^] del Regolamento di cui all'Allegato 1 del già Decreto ISPESL 6.4.2009, della quale s'acquiesce copia che diventa parte integrante del presente verbale. L'attività potrà essere ripresa a seguito di nuova determinazione dell'Asl dopo il ripristino dei requisiti minimi previsti per l'osservanza degli standard di sicurezza nel presente quadro 2, che attiene in modo specifico alle

La completa ottemperanza alle indicazioni impartite dovrà essere comunicata nei termini previsti, rispondendo puntualmente alle medesime, ed allegando tutta la documentazione necessaria a dimostrare l'efficacia delle azioni correttive intraprese:

- a questo Istituto, che resta pertanto in attesa di formale riscontro, presso il seguente indirizzo:

Inail - Dipartimento medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale

Sezione tecnico scientifica di supporto tecnico al SSN in materia di radiazioni

Via Fontana Candida, 1

00040 Monte Porzio Catone (RM)

Segreteria tecnica: accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze:

tel. 0694181328, fax 0694181338

In caso di trasmissione a mezzo mail, indirizzare ESCLUSIVAMENTE alle unità di personale Inail di supporto per l'istruttoria documentale e riportate a pagina 1 del presente verbale¹, e per conoscenza alle unità di personale Inail presenti all'accertamento ispettivo e riportate a pagina 1 del presente verbale² individuandone i corretti indirizzi di posta elettronica nelle tabelle poste qui in calce

N.B. al fine di evitare eventuali disservizi, non inoltrare ad unità di personale Inail non citate a pag. 1 del presente verbale

- all'**Azienda Sanitaria Locale** territorialmente competente, alla quale - in base all'art.7.1 del D.P.R. 542/94 - spetta la vigilanza sulle condizioni di sicurezza nei presidi di RM.

li

Per l'Inail

Per il Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per territorio

**Per ricezione
la "Struttura Sanitaria"**

1

Massimiliano Di Luigi	d.dambrogi@inail.it
Domenico D'Ambrogi	ma.diluigi@inail.it
Wanda D'Amico	w.damico@inail.it

2

Francesco Campanella RESPONSABILE	fr.campanella@inail.it
Maria Antonietta D'Avanzo	m.davanzo@inail.it
Wanda D'Amico	w.damico@inail.it
Massimo Mattozzi	m.mattozzi@inail.it

Allegato 2

Check list Gas anestetici

Ospedale	
Struttura	
Numero lavoratori	
Dirigente	

Locali

	SI	NO	Note
Adeguate cubatura delle sale operatorie			
Efficiente impianto di condizionamento centralizzato, completo di sistema di ventilazione forzata e di sistema di aspirazione all'esterno			
Adeguate numero di ricambi orari di aria/h			
Sistema di umidificazione e deumidificazione, di filtraggio e di regolazione del flusso d'aria			
Sistemi di evacuazione dei gas espirati dal paziente (attivi e passivi)			
Controlli periodici dello stato di efficienza delle macchine (semestrali o più frequenti in caso di elevato inquinamento)			
Condizioni termoigrometriche (T ed umidità relativa)			

Procedure operative

	SI	NO	Note
Presenza di protocolli scritti di comportamento per il personale esposto ad opera dei responsabili delle unità operative			
Informazioni su: <ul style="list-style-type: none">- funzionamento dei sistemi di ventilazione ed evacuazione, dei gas anestetici;- anestetici utilizzati;- frequenza d'uso degli anestetici a seconda della tipologia			
Impiego dell'anestetico inalatorio solo in seguito all'intubazione orotracheale			
Verifica della massima aderenza della maschera sul viso del paziente			

Caricamento dei vaporizzatori all'esterno della sala operatoria			
Verifica dello stato dei raccordi, dei dispositivi di allontanamento dei gas prima dell'induzione dell'anestesia			
Controllo dell'apertura dei flussimetri			
Utilizzo di flussi di gas anestetici ai valori più bassi possibili			
Ossigenazione del paziente prima dell'estubazione			
Azionamento impianto di condizionamento 60 min prima dell'inizio delle sedute operatorie			
Spegnimento impianto 60 min dopo la fine delle sedute operatorie			

Allegato 3

Check-list sull'uso di Formaldeide in soluzione acquosa (formalina)

Ospedale	
Struttura	
Locale (es. segreteria, accettazione, sale operatorie, laboratori, stoccaggio reagenti, stoccaggio rifiuti, ecc.)	
Numero lavoratori	

LOCALI	SI	NO	Note
(compilare una scheda per ogni locale dove è presente formaldeide)			
In questo ambiente vengono conservati e/o manipolati contenitori di formaldeide?			
In questo ambiente si fa uso di formaldeide per la conservazione di materiali biologici prelevati durante interventi chirurgici e biopsie?			
In questo ambiente si fa uso di formaldeide per altri scopi? Specificare			
È presente una cappa per agenti chimici con filtri a carbone attivo?			
È presente una cappa per agenti chimici?			
È presente un altro sistema di aspirazione (bracci aspiranti, banchi aspiranti)? Specificare			
È presente un armadio aspirato per la conservazione di reagenti chimici?			
È presente un sistema di stoccaggio dei rifiuti adatto a prevenire la fuoriuscita di vapori o liquidi contenenti formaldeide?			
PROCEDURE			

Per la conservazione di reperti di piccole dimensioni vengono utilizzati contenitori di sicurezza in cui la soluzione è contenuta nel tappo del flacone?			
Per la conservazione di reperti di medie dimensioni vengono utilizzati contenitori preriempiti ?			
I contenitori preriempiti vengono aperti sotto cappa per introdurre il reperto?			
Reperti di grandi dimensioni vengono immersi in contenitori riempiti al momento?			
Il riempimento o l'apertura di contenitori avviene sempre sotto cappa?			
Durante l'attività lavorativa vengono indossati idonei DPI?			
1. Dispositivi di protezione delle vie respiratorie a carbone attivo			
2. camice			
3. occhiali o visiera			
4. guanti			
si tengono aperti i contenitori con formaldeide per il tempo strettamente necessario?			
ci si assicura dell'ermeticità del contenitore?			
Si fa in modo che sotto cappa non vi siano sostanze incompatibili con la formaldeide (come riportato nella scheda di sicurezza)?			
I DPI vengono tolti solo al di fuori del locale in cui si è lavorato?			

Gli operatori sono adeguatamente formati sulle procedure da seguire (formazione specifica)?			
Sostituzione filtri a carbone attivo			
Gli operatori addetti alla sostituzione dei filtri a carbone attivo eventualmente presenti fanno in modo che nessun altro sia presente durante le operazioni di sostituzione dei filtri?			
chiudono ermeticamente i filtri usati in sacchi di plastica?			

Allegato 4

Check list rischio chimico: farmaci pericolosi e citotossici

Ospedale	
Struttura	
Numero lavoratori	
Dirigente	

Centralizzazione delle strutture e delle attività

	SI	NO	Note
Istituzione unità centralizzata (denominata UFA nel caso di manipolazione di chemioterapici)			
Procedure operative scritte			
Manuale procedure operative			

Valutazione dell'esposizione

	SI	NO	Note
Valutazione modalità di lavoro			
Valutazione carichi di lavoro			
Valutazione misure di prevenzione e di protezione adottate			
Valutazione condizioni igieniche dei locali			
Adozione delle misure necessarie di contenimento (esposizione lavorativa al livello minimo possibile)			
Disposizione operative per una riduzione dei quantitativi di farmaci pericolosi e citotossici necessari			
Riduzione del numero lavoratori esposti			
Isolamento delle lavorazioni a rischio			

Personale dotato di cartellino identificativo (nelle UFA per quanto riguarda i chemioterapici antitumorali)			
---	--	--	--

Locali

	SI	NO	Note
Esistenza locale filtro			
Predisposizione segnaletica di sicurezza			
Pavimenti in materiale plastico non poroso			
Porta a battente con apertura verso l'esterno			
Presenza pulsante di emergenza			
Presenza di punto di decontaminazione			
Lavabo a pedale			
Lavaocchi di sicurezza			
Sistema di ventilazione generale			
Negli ambienti adibiti alla somministrazione di chemioterapici: realizzare almeno 6 ricambi d'aria/ora, efficaci (calcolati con la formula del recovery time).			
Sistema di aspirazione separato da impianto generale			
Presenza pulsante per esclusione sistema di aspirazione in caso di spandimento accidentale			
Presenza di servizi igienici adeguati			

Attrezzature

	SI	NO	Note
Cappa a flusso laminare verticale (per le UFA): DIN 12980:2005 Cappa chimica (per farmaci pericolosi): EN 14175-3-2019			

Cappe dotate di filtri ad alta efficienza			
Cappe dotate di sistemi di espulsione dell'aria filtrata all'esterno			
Controllo periodico del corretto funzionamento delle cappe			
Manutenzione periodica delle cappe			
<p>Contenitori per taglienti e/o simili certificati per il contenimento di materiali contaminati:</p> <p>norma tecnica EN 23907:2013 o altre norme tecniche che prevedano specifiche costruttive equivalenti per efficacia di protezione</p>			

Pulizia dei locali

	SI	NO	Note
Accessori della pulizia unicamente dedicati ai locali			
Procedura di pulizia del luogo meno contaminato al più contaminato			
Adeguate formazione del personale addetto alla pulizia			
Fornitura DPI necessari agli addetti alla pulizia.			

Procedure operative

	SI	NO	Note
Procedure operative in caso di incidente che comporti elevata esposizione a farmaci pericolosi o citotossici.			
Procedure per la conservazione, manipolazione, trasporto e stoccaggio dei farmaci pericolosi o citotossici.			

DPI

	SI	NO	Note
Guanti di protezione idonei al tipo di farmaco e provvisti di marcatura CE e documentazione tecnica comprovante l'adeguatezza rispetto i rischi identificati: -UNI EN 420 -UNI EN 374/1/2/3			
Indumenti di protezione provvisti di marcatura CE e documentazione tecnica comprovante l'adeguatezza rispetto ai rischi identificati: -UNI EN 17491-4 2008 -UNI EN 14605:2005 -UNI EN 14325:2005 -UNI EN ISO 13982-1 e 2:2005 e classificati in Categoria III (Reg. (UE) 2016:425)			
Dispositivi per la protezione delle vie respiratorie: -EN 140 (semimaschera) -EN 143-(filtro/filtri antipolvere P3 da impiegare con la semimaschera) -EN 149 (facciali filtranti antipolvere FFP3)			
Dispositivi per la protezione del volto: -EN 166			
Cuffie monouso			
Corretta conservazione/procedura igienico-sanitaria/disinfezione per DPI non monouso Sostituzione per DPI monouso			

Manipolazione

	SI	NO	Note
Divieto di assunzione cibi/bevande nelle zone di lavoro			
Etichettatura imballaggi e contenitori leggibile e comprensibile			
Vassoi a bordi rialzati per il trasporto dei farmaci preparati			
Recipienti a tenuta per i contenitori dei farmaci			
Kit di emergenza contenente neutralizzanti e sostanze assorbenti e istruzioni da utilizzare in caso di spandimenti accidentali			
Contenitori per la raccolta del vetro con paletta monouso			
Procedure operative da applicare in caso di sversamenti accidentali			
Procedure dettagliate per la preparazione, somministrazione, trasporto e smaltimento dei farmaci pericolosi e citotossici.			

Allegato 5

Check list disinfettanti

Ospedale	
Struttura	
Numero lavoratori	
Dirigente	
Compilatore lista di controllo	

Tutte le unità operative e servizi

	SI	NO	Note
La valutazione del rischio considera l'impiego di disinfettanti			
Sono stati identificati i disinfettanti impiegati			
Sono state elaborate precise indicazioni (procedure) sulle metodologie per l'utilizzo di disinfettanti			
Sono state elaborate specifiche procedure, differenziate in funzione dei			

prodotti, da attuare in caso di contaminazione accidentale ambientale e della persona			
Le procedure e i protocolli sono stati diffusi, in funzione della mansione, tra gli operatori			
Le schede di sicurezza dei prodotti sono disponibili			
Sono assicurati agli operatori mezzi, presidi e materiali per l'attuazione delle norme di prevenzione			
Sono stati forniti agli operatori adeguati dispositivi di protezione individuali e respiratori da utilizzare durante la manipolazione dei prodotti			
Sono state elaborate procedure specifiche per la conservazione dei prodotti			

Allegato 6

Scheda per la verifica delle attività di valutazione e gestione dei rischi da movimentazione manuale di pazienti

In allegato a questa rassegna di informazioni, strumenti, prodotti e approfondimenti tecnici sul rischio da movimentazione manuale dei pazienti e la sua gestione, viene presentata una scheda che può essere utile per la valutazione degli interventi messi in atto per valutare e gestire il rischio da movimentazione dei pazienti utilizzabile sia da parte delle aziende sanitarie per un'autovalutazione e sia da parte degli organi di vigilanza delle Asl per i sopralluoghi.

La scheda che viene presentata è stata elaborata dalla Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione dell'Inail – D. R. Toscana e dal Servizio PISL della Asl 10 – Fiorentina Nord Ovest, con l'obiettivo di mettere a disposizione di coloro che sono chiamati a valutare la correttezza dei documenti redatti dalle aziende uno strumento operativo costruito ad hoc che consenta loro di assolvere nel migliore dei modi al compito di cui sono investiti, garantendo al tempo stesso una omogeneità nei criteri di valutazione. La scheda riprende tutti gli elementi che caratterizzano il rischio da movimentazione di pazienti contenuti nelle Linee Guida SIMLII e nel Technical Report ISO/TR 12296.

La scheda è articolata in domande che prevedono una risposta del tipo sì/no, contiene gli elementi necessari per la valutazione della corretta impostazione del documento di valutazione dei rischi in presenza di mansioni che comportano la movimentazione manuale dei pazienti e è suddivisa in 4 sezioni. Ogni sezione è individuata da una lettera (A,B,C o D).

Più in dettaglio:

- la sezione A si riferisce alla valutazione delle procedure e dei criteri generali adottati dall'azienda nella valutazione dei rischi;
- la sezione B consente di valutare se chi ha redatto il documento ha tenuto conto di tutti i fattori necessari per una corretta valutazione dei rischi in presenza di movimentazione dei pazienti;
- la sezione C si riferisce alla valutazione dei criteri generali adottati dall'azienda per l'individuazione delle misure di prevenzione;
- la sezione D è riservata alle osservazioni e alle conclusioni del valutatore.

Ciascuna domanda è riferita ad un elemento da ricercare all'interno del documento di valutazione del rischio redatto dall'azienda.

Un documento di valutazione del rischio viene ritenuto formalmente completo se il valutatore è in grado di rispondere "sì" a tutte le domande che compongono la griglia. Ciò vuol dire che il datore di lavoro, nell'effettuare la valutazione, ha tenuto conto di tutti gli elementi necessari per arrivare ad una individuazione dei fattori di rischio d'interesse. D'altro canto, però, ciò comunque non implica che il risultato della valutazione (quantificazione del livello di rischio) sia necessariamente corretto.

La presenza di uno o più "no", invece, indica la necessità di richiedere al datore di lavoro le corrispondenti integrazioni al documento. Tale necessità andrà comunque valutata caso per caso (a seconda, per esempio, dell'attività esercitata dall'azienda o delle dimensioni aziendali). Si ritiene in ogni caso indispensabile una integrazione del documento di valutazione se le risposte negative si ritrovano in corrispondenza delle domande che costituiscono la sezione B.

SEZIONE A
Valutazione delle procedure e dei criteri generali adottati nella
valutazione dei rischi

REQUISITI PRELIMINARI E CORRETTEZZA FORMALE DEL DOCUMENTO		
Il documento contiene le informazioni qui di seguito elencate idonee a inquadrare l'azienda in termini di sedi, personale, orari, organigramma della sicurezza?		
	sì	no
DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA		
NOMINATIVO DEL DATORE DI LAVORO		
SEDE/SEDI DEI LAVORI		
DESCRIZIONE DEL CICLO PRODUTTIVO		
NUMERO DIPENDENTI (SUDDIVISO PER REPARTO, MANSIONI E SEDE)		
ORARI E TURNI		
NOMINATIVO DEL RESPONSABILE DEL SPP		
NOMINATIVO DEL RLS		
NOMINATIVO DEL MEDICO COMPETENTE		
NOMINATIVI DEGLI INCARICATI PS		
NOMINATIVI DEI COMPONENTI DELLA SQUADRA ANTINCENDIO		
FIGURE AZIENDALI COINVOLTE NEL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI E MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO		
AUTORE (EVENTUALI COLLABORAZIONI, CONSULENZE)		
CRITERI E PERIODICITÀ DI AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO		
DATA DI STESURA		
FIRMA DEL DATORE DI LAVORO		
PROCEDURA DI INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI DA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI		
	sì	no
Sono stati riferiti infortuni da sforzo?		
Esistono segnalazioni di disturbi/patologie al rachide da parte del medico competente?		
Ci sono state modifiche alle procedure operative, agli ausili o agli arredi da parte degli operatori?		
Sono stati considerati tutti i reparti e tutte le mansioni?		
Esiste una descrizione dettagliata delle mansioni che comportano MO.PAZ. e dei reparti in cui esse si svolgono?		
Sono stati seguiti dei criteri nell'analisi dei pericoli da MO.PAZ. (per reparto, mansione, rischio)?		
Esiste un elenco delle attrezzature e degli ausili alla movimentazione presenti?		
Esiste una procedura di gestione della manutenzione/sostituzione di tali attrezzature?		
E' stato effettuato un sopralluogo in tutti gli ambienti considerati?		
Sono stati coinvolti i lavoratori di ogni ambito considerato mediante colloquio, intervista o questionario?		
E' stato coinvolto il RLS mediante partecipazione al sopralluogo, questionario o intervista?		
E' stato coinvolto l'eventuale medico competente?		
CRITERI ADOTTATI NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI DA MO.PAZ.		
	sì	no
Sono stati utilizzati gli strumenti di conoscenza (registro infortuni, relazione dati anonimi collettivi,...) disponibili per i rischi da MO.PAZ.?		
Sono stati utilizzati i riferimenti normativi e i dati di letteratura (norme tecniche di riferimento, studi di comparto, ...) disponibili per i rischi da MO.PAZ.?		
Sono stati utilizzati strumenti di misura e di valutazione (dinamometro, riprese video,...), disponibili per i rischi da MO.PAZ.?		
E' stata fatta una stima del grado di esposizione al rischio da MO.PAZ. per mansione?		
E' stato valutato se esiste una caratterizzazione temporale delle attività di movimentazione (per es., esistono dei picchi stagionali/mensili/settimanali)?		
Sono state tenute in considerazione le problematiche legate a particolari categorie di lavoratori (lavoratori disabili, lavoratori minorenni, lavoratrici gestanti, lavoratori con prescrizioni particolari...)?		
Sono state individuate soluzioni per i lavoratori con giudizi di idoneità limitata per MO.PAZ.?		

SEZIONE B
Individuazione dei fattori necessari per una corretta valutazione dei rischi in presenza di MO.PAZ.

AZIONI DI SOLLEVAMENTO		
	sì	no
E' stata adottata una metodologia di valutazione del rischio?		
Se sì, quale?		
ASPETTI ORGANIZZATIVI E FORMATIVI		
Carico assistenziale		
Per ogni reparto stati individuati i seguenti fattori?		
Numero e qualifica degli operatori in organico suddiviso per turni		
Numero degli addetti alla movimentazione suddiviso per turni		
Numero di letti		
Tasso di occupazione		
Durata media della degenza		
Numero medio di pazienti non autosufficienti		
Numero medio di pazienti parzialmente collaboranti		
Numero medio pazienti totalmente non collaboranti		
Corso di formazione di almeno 6 ore con esercitazione pratica sugli ausili		
ASPETTI AMBIENTALI		
Dotazione di attrezzature		
Per ogni reparto stati individuati i seguenti fattori?		
Numero di carrozzine e comode		
Requisiti ergonomici:		
Braccioli		
Schienale		
Frenabilità		
Larghezza		
Numero di sollevatori		
Descrizione del tipo di sollevatori		
Adeguatezza alle esigenze di reparto e alle caratteristiche ambientali		
Ausili minori		
Teli ad alto scorrimento		
Rulli		
Materassini ad alto scorrimento		
Disco transfer		
Cintura ergonomica		
Tavole e tavolette		
AMBIENTI DI LAVORO		
BAGNI PER IGIENE DEL PAZIENTE		
Attrezzature:		
Barella-doccia		
Vasca o doccia attrezzata		

Sedile sollevatore per vasca fissa		
Spazio libero adeguato per l'uso di ausili		
Caratteristiche delle porte		
Sono stati valutati gli ingombri non rimovibili		
BAGNI WC		
Spazio libero adeguato per l'uso di ausili		
Caratteristiche delle porte		
Sono stati valutati gli ingombri non rimovibili		
Altezza sanitari		
Maniglioni laterali		
Spazio libero intorno al WC		
CAMERE DI DEGENZA		
Esiste una descrizione di tutte le tipologie di camere presenti?		
Tipologie dei letti		
Adeguatezza degli spazi intorno ai letti		
Adeguatezza degli spazi fra letto e pavimento		
Spondine adeguate		
Poltrone per pazienti		
E' prevista una rotazione nei compiti?		

SEZIONE C
Misure di prevenzione

	sì	no
A seguito della valutazione del rischio, e' stato realizzato un programma delle misure da adottare?		
Sono indicati con chiarezza i tempi e le priorità?		
Sono state individuate delle soluzioni?		
A seguito delle eventuali bonifiche, è stata effettuata una nuova valutazione del rischio?		
I lavoratori sono stati adeguatamente informati e formati in tema di Mo.paz.?		
Quando?		
Esiste un programma di sorveglianza sanitaria mirata?		

SEZIONE D
Documentazione allegata

	sì	no
Documentazione relativa al metodo utilizzato (per es., eventuali schede riassuntive dei parametri valutati)		
Eventuali rilievi (misure, foto, filmati,...)		
Planimetrie con riferimento alle postazioni di lavoro		
Programma di formazione e informazione		
Protocollo di sorveglianza sanitaria		