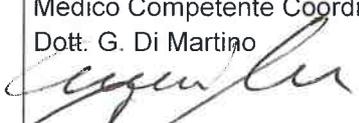
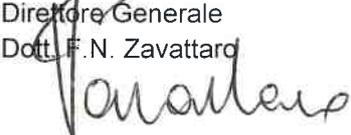


	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI	Rev. 1 06/03/2015	Pag. 1/8
	<b>PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'EVENTO          INFORTUNISTICO</b>	<b>PGSQA46</b>	

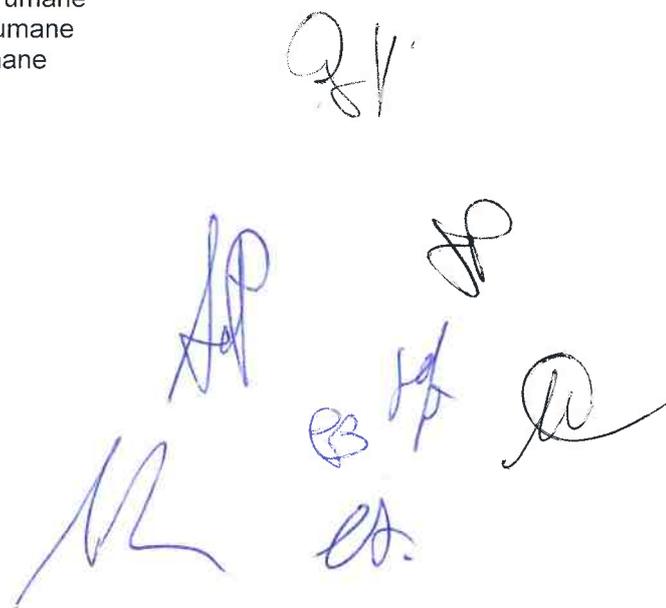
### INDICE

1. SCOPO .....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	2
3. RIFERIMENTI .....	2
4. DEFINIZIONI.....	2
5. RESPONSABILITÀ .....	3
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	4
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	5
8. INDICATORI .....	8
9. DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO .....	8

Data	Descrizione	Redatto	Verificato(SQA)	Approvato
16/07/2014	Emissione (Rev.0)	GdL	Dr.ssa A. Rulli	Direttore Generale Dott. F.N. Zavattaro
06/03/2015	Revisione 1: Gruppo di Lavoro 4. Definizioni 6. Diagramma flusso 7. Descrizione attività	di GdL	Dr.ssa M.B. Di Sciasco 	RSPP Anna Suriani  Medico Competente Coordinatore Dott. G. Di Martino  Direttore Generale Dott. F.N. Zavattaro 

### Gruppo di Lavoro:

Coordinatore: Dott.ssa Maria Vescia dirigente Qualità Accreditamento e Rischio Clinico  
 Ing. Valentina Manso UOC Qualità Accreditamento e Rischio Clinico  
 Dott. Arturo Di Girolamo dirigente Qualità Accreditamento e Rischio Clinico  
 Dott.ssa Anna Suriani RSPP ASL 2 Abruzzo  
 Dott.ssa Manuela Loffredo Responsabile U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane  
 Dott.ssa Cinzia Pagliaro U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane  
 Dott.ssa Cinzia Scalise U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane  
 Dott. Enrico D'Amico U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse umane  
 Dott.ssa Marta Bertonecchi Staff Direzione Generale  
 Dott. Giuseppe Di Martino Coordinatore Medici Competenti  
 Dott. Donato Cieri Medico Competente  
 Dott. Augusto Febbo Medico Competente  
 Dott.ssa Patrizia Di Crisci Medico Competente  
 Dott. Luigi De Socio Medico Competente  
 Dott. Giuseppe Mariotti Direttore Medico P.O. Chieti  
 Dott.ssa Santina Liberatore Direzione medica P.O. Chieti  
 Dott.ssa Marzia Mucci Direttore Medico P.O. Lanciano  
 Dott.ssa Annamaria Abbonizio SAPS ASL 2 Abruzzo  
 Dott.ssa Antonella Abbonizio SAPS ASL 2 Abruzzo  
 Dott. Franco Giancristofaro Responsabile SAPS ASL 2 Abruzzo  
 Dott.ssa Maria Di Felice Direttore Pronto Soccorso P.O. Chieti  
 Dott. Fabrizio Giannandrea Medico Competente



## 1. SCOPO

Scopo della seguente procedura è quello di:

- definire le modalità di intervento in caso di infortuni sul lavoro al fine di uniformare e migliorare le misure tecnico organizzative atte a ridurre gli effetti dannosi di tali incidenti;
- definire i flussi informativi (interni ed esterni) al fine di ottemperare agli obblighi di legge previsti in caso di registrazione e denuncia di infortunio agli organi delegati (INAIL, P.S.) con indicazione delle funzioni attribuite alle diverse figure organizzative coinvolte;
- implementare e mantenere un sistema di controlli e accertamenti finalizzato ad individuare puntualmente e statisticamente gli infortuni.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti gli eventi definiti infortuni che si verificano a carico dei lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e determinato, nonché al personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa nell'Azienda ASL 2 Abruzzo e definisce le modalità per la segnalazione ed il trattamento di essi.

La procedura non si applica a lavoratori dipendenti appartenenti a ditte esterne in quanto l'obbligo di denuncia all'istituto assicuratore è in capo al Datore di lavoro della ditta fornitrice del servizio.

## 3. RIFERIMENTI

- D.Lgs. 38/2000: Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144
- DPR n. 1124/65: Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali
- D.Lgs 81/08 Testo Unico sulla Sicurezza Sul Lavoro
- D.M. 12.09.1958 istituzione del registro degli infortuni
- Norma UNI 7249/2007 Statistiche degli Infortuni sul Lavoro
- D.L 69/2013 Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia.
- Nel nuovo articolo 56 del Dpr 1124/1965 è stabilito che, entro quattro giorni dalla presa visione, con accesso alla banca dati Inail, dei dati sulle denunce infortuni mortali o con prognosi superiore a 30 giorni, la Direzione Territoriale del lavoro procede, su richiesta del lavoratore, di un superstite o dell'Inail, a un'inchiesta per accertare: a) la natura del lavoro al quale era addetto l'infortunato; b) le circostanze, la causa e la natura dell'infortunio, ed eventuali inosservanze alle norme di prevenzione; c) l'identità dell'infortunio ed il luogo; d) la natura ed entità delle lesioni; e) lo stato dell'infortunato; f) la retribuzione; g) in caso di morte le condizioni familiari dell'infortunato.

A decorrere dall'entrata in vigore del presente disciplinare, sono disapplicate le procedure precedentemente in uso in materia. Per tutto quanto non previsto nella presente procedura, si rinvia alle disposizioni di legge vigenti.

- Delibera aziendale 1174/2014 "Regolamento aziendale per la salute e sicurezza dei luoghi di lavoro adottato ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2008, n 81, e s.m.i....."
- D.Lgs 19 febbraio 2014, n. 19 Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

## 4. DEFINIZIONI

- **Infortunio:** evento dannoso, imprevisto, avvenuto per causa violenta, in occasione di lavoro, da cui sia derivato un danno all'integrità psicofisica del lavoratore (morte o inabilità permanente –assoluta o parziale- o inabilità temporanea assoluta che comporti astensione dal lavoro, lesioni da puntura, taglio, o altra contaminazione a rischio biologico). L'occasione di lavoro ricomprende tutte le situazioni, anche ambientali, nelle quali si svolge l'attività lavorativa e da cui può conseguire il rischio per il lavoratore: non è sufficiente, quindi, che l'evento avvenga sul posto di lavoro o durante l'orario di lavoro ma è necessario che esista un rapporto, anche indiretto, di causa ed effetto tra l'attività lavorativa svolta dall'infortunato e l'incidente che causa l'infortunio.

- **"malattia infortunio"**: particolare tipo di patologia morbosa conseguente alla penetrazione nell'organismo umano di germi patogeni in occasione di malattie infettive e parassitarie, per le quali la causa virulenta viene assimilata alla causa violenta.
- **Infortunio in itinere** (D. Lgs. 38/2000 art. 12): è l'infortunio occorso al dipendente durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro. Non rientrano in questa particolare fattispecie di infortunio sul lavoro le interruzioni e le deviazioni dal normale percorso, a meno che vengano effettuate in attuazione di una direttiva del datore di lavoro o per causa di forza maggiore o per esigenze essenziali e improrogabili o nell'adempimento di obblighi penalmente rilevanti (es.: prestare soccorso a vittime di incidente stradale). Si considera infortunio "in itinere" anche quello occorso nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato.
- **Lavoratore (D. Lgs. 81/08 art.2)**: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione.
- **Datore di Lavoro (D. Lgs. 81/08 art. 2)**: 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. Nella ASL 02 Lanciano Vasto Chieti il datore di lavoro è il Direttore Generale.
- **Azienda**: il complesso della struttura organizzata dal datore di lavoro pubblico o privato;
- **Dirigente Responsabile ( Art.1 Definizioni, Delibera aziendale 1174/2014 "Regolamento aziendale per la salute e sicurezza dei luoghi di lavoro adottato ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2008, n 81, e s.m.i.....)**: 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 vigila sul corretto svolgimento della stessa in termini di efficienza, efficacia e rispetto dei requisiti di sicurezza per i lavoratori e per gli utenti
- **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;
- **Preposto di fatto (Art. 3 Delibera aziendale 1174/2014 "Regolamento aziendale per la salute e sicurezza dei luoghi di lavoro adottato ai sensi del Decreto Legislativo 8 Aprile 2008, n 81, e s.m.i....."** ): ...preposto che pur sprovvisto di formale investitura, comporta in materia di tutela e sicurezza sul lavoro l'assunzione delle posizioni di garanzia facenti capo ai soggetti di cui all'art. 2, comma 1, lett. B,d ed e del D.Lgs.81/2008 e s.m.i.
- **PS** :Pronto Soccorso
- **DG** : Direttore Generale
- **DMO**: Direzione Medica Ospedale
- **RSPP** Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- **SPP**: Servizio Prevenzione e Protezione
- **SAPS**: Servizio Aziendale Professioni Sanitarie
- **DVR**: Documento Valutazione Rischi
- **INAIL**: Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro

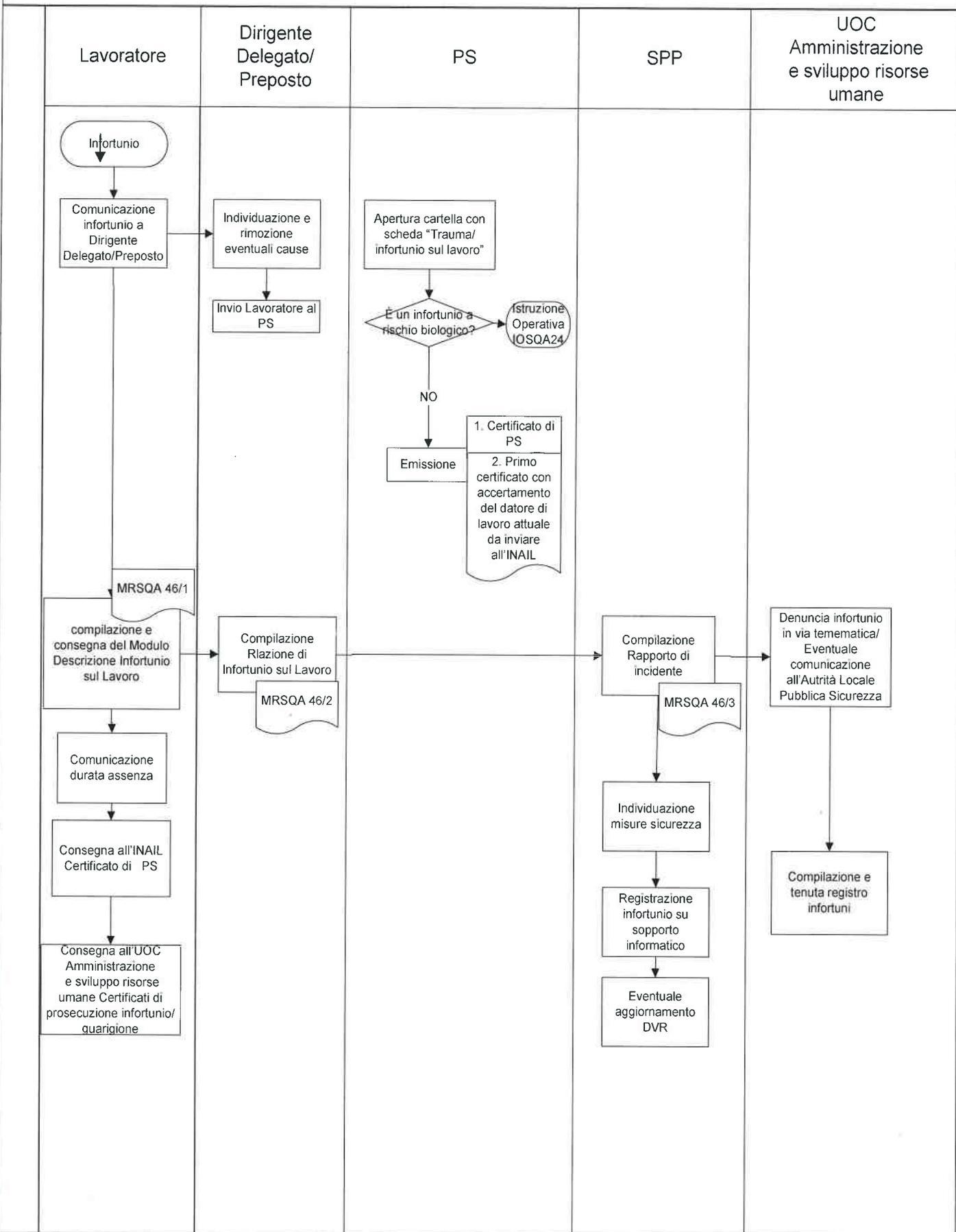
## 5. RESPOSANBILITÀ

Vedi diagramma di flusso

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'EVENTO INFORTUNISTICO	Rev. 1 del 06/03/2015	PGSQA46	Pag. 3/8
--	-----------------------	---------	----------

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Gestione evento infortunistico



## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### 7.1 Adempimenti a carico del lavoratore

L'operatore che incorre in un incidente a rischio biologico deve:

- dare tempestiva comunicazione(art. 52, D.P.R. 1124/65) dell'evento al Dirigente Delegato/Dirigente Responsabile/Preposto/Preposto di fatto, al fine di:
  - essere temporaneamente sostituito;
  - consentire di porre in essere tutte le misure per il ripristino delle condizioni di sicurezza;
  - consentire una tempestiva attuazione della presente procedura a tutela del lavoratore.
- deve recarsi presso il Pronto Soccorso o il Punto di Primo Intervento (quando naturalmente non è impossibilitato) per accedere alla visita medica e alle altre prestazioni mediche di P.S.
- con particolare riferimento all'obbligo di informare il datore di lavoro, il lavoratore, nel più breve tempo possibile, deve consegnare il primo certificato INAIL (prima pagina):
  - se dipendente ospedaliero, alla Direzione Medica Ospedaliera o al S.A.P.S. di presidio o all'Ufficio di Rilevazione delle presenze/assenze di afferenza;
  - se dipendente in area distrettuale, al Direttore/Responsabile di Distretto;
  - negli altri casi, al Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza.

Deve altresì:

- compilare e sottoscrivere l'apposito Modulo Descrizione Infortunio sul Lavoro (MRSQA46/1), riepilogativo delle modalità di svolgimento dell'evento infortunistico;
- informare la U.O. di appartenenza della prevista durata dell'assenza. Quando il lavoratore abbia trascurato di ottemperare all'obbligo predetto ed il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti a conoscenza dell'infortunio, non abbia fatto la denuncia nei termini previsti, non è corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio.

- è altresì tenuto a far pervenire al datore di lavoro i certificati medici attestanti l'inizio, la continuazione e la guarigione dall'infortunio al fine di poter programmare, nel caso il periodo di assenza superi i 60 gg, la visita per la sorveglianza sanitaria.

### 7.2 Adempimenti a carico del Dirigente Responsabile/Dirigente Delegato/Preposto/ Preposto di fatto

Il Dirigente Responsabile/Dirigente Delegato/Preposto/ Preposto di fatto deve:

- assumere i necessari provvedimenti organizzativi per garantire la continuità delle attività istituzionali e adoperarsi per rimuovere eventuali cause che hanno favorito l'infortunio;
- dare disposizione affinché il lavoratore si rechi nel più breve tempo possibile in PS;
- accertarsi che il dipendente si sia recato in Pronto Soccorso
- avviare un'indagine al fine di conoscere le dinamiche dell'infortunio;
- compilare il Modulo "Relazione Infortunio sul Lavoro" (MRSQA46/2) e inviarlo al SSP;

### 7.3 Adempimenti a carico del pronto soccorso

Dopo registrazione al triage, dove vengono inseriti i dati anagrafici e i segni clinici riferiti, l'Infermiere addetto apre la scheda *Trauma – Infortunio sul lavoro – o Infortunio sul lavoro-Incidente stradale (in itinere)* valorizzando i "campi" obbligatori riguardanti:

1. La data e l'ora dell'evento;
2. La sede (città) dove è avvenuto l'infortunio.

Segue la valutazione medica, la eventuale esecuzione degli esami strumentali e consulenze specialistiche del caso. Al termine del percorso diagnostico terapeutico, il dirigente medico che ha seguito il caso, procede, sentito il parere del Direttore del PS ( o un suo delegato) alla chiusura della prestazione con la compilazione di:

1. Certificato di Pronto Soccorso ( o in caso di ricovero Verbale + Scheda di ricovero);
2. Primo Certificato con accertamento del datore di lavoro attuale da inviare all'INAIL(legenda datori di lavoro attuali).

La redazione di questa certificazione prevede la valorizzazione di "campi" obbligatori della scheda informatica quali :

- a) ragione sociale del datore di lavoro;
- b) occupazione e mansione attuale del lavoratore;
- c) tipologia di impiego ( P.A, industria etc).

Sulla Certificazione per inviare il lavoratore all' INAIL vengono riportate integralmente e in automatico tutte le notizie cliniche, anamnestiche, gli esami, le consulenze eseguite, la diagnosi di dimissione e la prognosi dichiarate sul Certificato di Pronto Soccorso.

Il processo si conclude con la stampa del Certificato o Verbale di PS e di 3 copie del "Primo Certificato con accertamento del datore di lavoro attuale da inviare all'INAIL" di cui:

- 1) una, formata di fogli 2, consegnata al lavoratore da esibire all'INAIL competente per territorio di residenza ;
- 2) una, formata da una sola pagina (copia Delegato), consegnata al lavoratore, da recapitare da parte dello stesso al Dirigente Delegato/Preposto;
- 3) una terza copia (copia azienda), formata di fogli 2, che rimane archiviata in PS unitamente alla restante documentazione.

A tutti i lavoratori per i quali viene redatto un certificato INAIL viene raccomandato di:

- recarsi alla sede INAIL di competenza il giorno feriale successivo all'accesso in PS se fisicamente in grado di raggiungere la suddetta sede;
- se il lavoratore viene ricoverato la documentazione per INAIL segue la cartella di ricovero.

Il lavoratore con la dimissione dal PS, se è stata data una prognosi, è autorizzato a lasciare il servizio. Se ricorrono le condizioni viene redatto Referto alla A.G.

Qualora l'evento infortunistico sia classificabile come infortunio a rischio biologico si fa riferimento alla procedura **Istruzione Operativa per la Gestione dell'Infortunio a Rischio Biologico IOSQA24 Rev.0 del 06/03/2015**.

#### 7.4 Gestione DMO/SAPS/Ufficio rilevazione presenze

La Direzione Medica Ospedaliera, in collaborazione con il Responsabile S.A.P.S. di presidio o con l'Ufficio di Rilevazione delle presenze/assenze di appartenenza (ovvero il Direttore/Responsabile di Distretto o il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza, nei casi in cui il dipendente infortunato non sia ospedaliero) provvede tempestivamente a:

- comunicare, entro 24h, l'avvenuto infortunio alla U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane, mediante trasmissione a mezzo e-mail (all'indirizzo: [infortunistica@asl2abruzzo.it](mailto:infortunistica@asl2abruzzo.it)) o fax (al n. 0871-358752 per eventi accaduti a dipendenti dell'area CHIETI-ORTONA o al n. 0872-706726 per eventi accaduti a dipendenti dell'area LANCIANO-VASTO) del **certificato medico di infortunio** e del Modulo Descrizione Infortunio sul Lavoro (MRSQA46/1) riepilogativo delle modalità di svolgimento dell'evento infortunistico compilato e sottoscritto dal dipendente;

## 7.5 Gestione da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione

A seguito di ricevimento della documentazione da parte del **Dirigente Responsabile/Dirigente Delegato/Preposto/ Preposto di fatto**:

- effettua una prima indagine sull'accaduto e può richiedere, se necessario, tutte le analisi necessarie ad assicurare la tutela dei lavoratori.
- Raccoglie le informazioni acquisite compilando il modulo "Rapporto di Incidente" e/o Rapporto di Infortunio (MRSQA46/3).
- Si attiva per verificare la rimozione di eventuali cause che hanno provocato l'infortunio, verifica l'adeguatezza delle misure di prevenzione e protezione in essere e il loro stato di attuazione, individua ulteriori eventuali misure di sicurezza atte ad evitare che l'infortunio si ripeta. In caso di eventi gravi predispone con la Direzione Generale le opportune misure di tutela, organizzando se necessario apposite riunioni che prevedono il coinvolgimento di più attori.
- Registra e cataloga tutti gli infortuni su supporto informatico.
- Elabora ed aggiorna annualmente la statistica sull'andamento degli infortuni, che mette a disposizione dei MC.
- Illustra i dati raccolti nel corso della riunione periodica ex art. 35 DLgs 81/08 e s.m.i.
- Partecipa ai sopralluoghi, in caso di visite ispettive da parte degli organismi di vigilanza preposti, fornendo la dovuta assistenza.

In caso di inchieste su infortuni fornisce agli organismi richiedenti, per conto del Datore di Lavoro, in collaborazione con il Medico Competente, tutte le informazioni richieste in materia di sicurezza.

## 7.6 Gestione U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse Umane

Gli Uffici della U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane provvedono altresì:

- alla denuncia di infortunio in via telematica sul sito istituzionale dell'INAIL;
- alla compilazione e tenuta del Registro degli infortuni aziendale cartaceo o informatico;
- alla comunicazione all'Autorità Locale di Pubblica Sicurezza, qualora si tratti di infortunio pronosticabile non guaribile entro tre giorni escluso quello dell'evento.

I termini per la denuncia di infortunio decorrono dalla data di relativa comunicazione alla UOC Amministrazione e Sviluppo Risorse Umane. Qualora la scadenza dei termini per la denuncia coincida con una giornata festiva, la scadenza è da intendersi prorogata alla prima giornata lavorativa successiva.

Qualora si riscontrino difficoltà tecniche nell'utilizzo dei servizi INAIL per la denuncia di infortunio *on line*, la denuncia viene compilata su modello cartaceo (modulo 4 bis PREST) e trasmessa a mezzo posta elettronica certificata, segnalando nel testo il disservizio registrato ed allegando, quando possibile, la stampa della schermata di errore restituita dal sistema.

Per l'eventuale prosecuzione dell'assenza a titolo di infortunio, il lavoratore deve personalmente recarsi presso gli uffici dell'INAIL per le valutazioni del caso e per la certificazione di prolungamento della prognosi di infortunio. Il relativo certificato INAIL deve essere parimenti consegnato nel rispetto delle modalità sopra

descritte (alla Direzione Medica Ospedaliera o al S.A.P.S. di presidio, al Direttore/Responsabile di Distretto o al Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza) per il successivo inoltro alla U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane, al Servizio Medico Competente e al Servizio Prevenzione e Protezione.

Qualora dalla sede competente INAIL sia richiesta l'acquisizione di documentazione integrativa o la compilazione di specifici questionari, la richiesta medesima viene rimessa al **Dirigente Responsabile/Dirigente Delegato/Preposto/ Preposto di fatto o al SPP**, affinché ne curino l'acquisizione e/o la compilazione e ne trasmetta copia alla U.O.C. Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane per l'inoltro formale all'INAIL. Per gli infortuni pronosticabili non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento, il datore di lavoro deve inviare una comunicazione di infortunio anche all'Autorità locale di Pubblica Sicurezza del Comune in cui è avvenuto l'infortunio (individuata nella Questura nel capoluogo di Provincia, nel Commissariato di Polizia nei Comuni ove il Commissariato medesimo sia istituito e nel Sindaco, nella sua qualità di ufficiale di governo, negli altri Comuni ove non sia istituito il Commissariato di Polizia). A tal fine, la procedura informatizzata di denuncia dell'infortunio sul lavoro prevede una specifica sezione di dati da compilare e da trasmettere all'Autorità di Pubblica Sicurezza. Detto adempimento non sarà più necessario a decorrere dal centottantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del Decreto di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. di definizione delle regole tecniche per la realizzazione ed il funzionamento del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (SINP). Al datore di lavoro compete la tenuta di specifico Registro degli infortuni verificatisi in Azienda istituito con il DM 12 settembre 1958 (ancora in vigore). Il registro deve essere conforme al modello approvato con D.M. 12.9.1958 (e successive modifiche) e deve essere vidimato dall'ASL competente per territorio e conservato sul luogo di lavoro. Detto adempimento non sarà più necessario a decorrere dal centottantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del Decreto di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. di definizione delle regole tecniche per la realizzazione ed il funzionamento del Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (SINP).

## 8. INDICATORI

- N. infortuni/anno
- N. Infortuni Correttamente Denunciati/Totale Infortuni

## 9. DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO

- Modulo Descrizione Infortunio sul Lavoro (MRSQA46/1)
- Modulo di Rapporto Infortunio sul Lavoro (MRSQA46/2)
- Rapporto Incidente/Infortunio (MRSQA46/3)
- Delibera n. 739 del 09/06/2014 D.Lgs 81/08 Regolamento Aziendale per la Sicurezza e Tutela del lavoro.
- Istruzione Operativa per la Gestione dell'Infortunio a Rischio Biologico IOSQA24 Rev.0 del 06/03/2015



S.S.N. REGIONE ABRUZZO  
ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Rev. 1  
DATA 06/03/2015

Pag. 1/2

DESCRIZIONE INFORTUNIO SUL LAVORO

MRSQA46/1

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

profilo prof.le di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

settore/ U.O. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

- INFORTUNIO SUL LUOGO DI LAVORO
- INFORTUNIO IN ITINERE

DATA INFORTUNIO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_ TURNO DI SERVIZIO \_\_\_\_\_

Al momento dell'incidento era presente il Direttore / Responsabile U.O. di appartenenza  Presente  Non Presente

Al momento dell'incidento era presente il Coordinatore / Titolare P.O. UU.OO. di appartenenza  Presente  Non Presente

In caso di assenza al momento dell'evento, è stato successivamente informato il Direttore/ Responsabile U.O. di appartenenza  Si  No

In caso di assenza al momento dell'evento, è stato successivamente informato  Si  No

il Coordinatore / Titolare P.O. UU.OO. di appartenenza

ora di lavoro in cui si è verificato l'incidento (es. 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, ...) \_\_\_\_\_

orario di abbandono del lavoro \_\_\_\_\_ luogo dell'incidento \_\_\_\_\_

luogo di cura \_\_\_\_\_

persone presenti al momento dell'incidento \_\_\_\_\_

#### DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO:

In che modo è avvenuto l'incidento?

**IN PARTICOLARE:** Dove è avvenuto l'incidento?

Che tipo di lavorazione stava svolgendo?

Era il suo lavoro consueto?  Si  No

Al momento dell'infortunio che cosa stava facendo in particolare?
Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?
In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto?

D.P.I. utilizzati al momento dell'infortunio \_\_\_\_\_

Se l'infortunio è avvenuto per caduta dall'alto, indicare l'altezza in metri \_\_\_\_\_(m)

INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO:		
- sono state prestate le cure immediate di I Soccorso ( decontaminazione ferita, etc...)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
- sono state identificate e rimosse le cause dell'infortunio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
- È stata eseguita la profilassi in PS?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Se l'infortunio è avvenuto con mezzo di trasporto indicare:

targa del veicolo \_\_\_\_\_ Assicurazione \_\_\_\_\_

**Spazio riservato ad infortunio in Itinere/Missione**

- Infortunio occorso durante il tragitto dall'abitazione del dipendente al luogo in cui deve essere svolta la prestazione lavorativa;  
 Infortunio occorso durante lo spostamento per recarsi dal luogo di lavoro al luogo in cui deve essere svolta l'attività lavorativa;

**DINAMICA**

Giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore \_\_\_:\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_

- il dipendente stava percorrendo il tragitto più breve?  SI  NO
- erano state impartite specifiche disposizioni in attuazione delle quali erano consentite interruzioni e/o deviazioni dal normale percorso?  SI  NO
- sono intervenute le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia...)?  SI  NO
- erano presenti testimoni?  SI  NO

Data comunicazione infortunio Ufficio (specificare) \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Data comunicazione infortunio Ufficio (specificare) \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_



**RELAZIONE DI INFORTUNIO SUL LAVORO DEL  
DIRIGENTE RESPONSABILE/DIRIGENTE  
DELEGATO/PREPOSTO/ PREPOSTO DI FATTO**

**MRSQA46/2**

**RELAZIONE DI INFORTUNIO SUL LAVORO**

(da compilare a cura del diretto Responsabile dell'infortunato possibilmente il giorno stesso dell'infortunio)

INFORTUNATO \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_ PROFILO \_\_\_\_\_

DATA INFORTUNIO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_ LUOGO INFORTUNIO \_\_\_\_\_ (zona specifica):

**INFORTUNIO SUL POSTO DI LAVORO**

IL LAVORO SVOLTO DALL'INFORTUNATO ERA QUELLO ABITUALE?  SI  NO

**DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO** (specificare come è successo: quale fase di lavoro stava eseguendo, quali impianti /attrezzature/ macchine/mezzi di sollevamento/materiali sono stati coinvolti, ecc.)

**IPOTESI SULLE CAUSE DELL'INFORTUNIO**

- Carenza procedurale.
- Mancato rispetto procedure.
- Comportamento imprudente dell'infortunato.
- Carenza formativa.
- Mancato rispetto informativa DPI.
- Problemi nell'organizzazione del lavoro.
- Situazione non prevedibile.
- Utilizzo di attrezzature inadeguate o difettose.
- Condizioni psico-fisiche dell'infortunato.
- Manutenzione non sufficiente.
- Condizioni di microclima.
- Sottovalutazione del pericolo macchine ed impianti.
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**L'INFORTUNATO HA ABBANDONATO IL POSTO DI LAVORO?**

- SI ALLE ORE \_\_\_\_\_
- NO

**L'INFORTUNATO UTILIZZAVA I D.P.I. NECESSARI E PREVISTI?**

- SI: ELENCARE I D.P.I. \_\_\_\_\_
- NO: ELENCARE QUALI D.P.I. AVREBBE DOVUTO UTILIZZARE \_\_\_\_\_

**PERSONE COINVOLTE:** \_\_\_\_\_

**PERSONE PRESENTI:** \_\_\_\_\_

**INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO:**

- sono state prestate le cure immediate di I Soccorso ( decontaminazione ferita, etc...)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
- sono state identificate e rimosse le cause dell'infortunio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
- È stata eseguita la profilassi in PS?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

 **INFORTUNIO IN ITINERE** **INFORTUNIO IN MISSIONE**

- Infortunio occorso durante il tragitto dall'abitazione del dipendente al luogo in cui deve essere svolta la prestazione lavorativa;*
- Infortunio occorso durante lo spostamento per recarsi dal luogo di lavoro al luogo in cui deve essere svolta l'attività lavorativa;*

**DINAMICA**

Giorno \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

il dipendente stava percorrendo il tragitto più breve?  SI  NOerano state impartite specifiche disposizioni in attuazione delle quali erano consentite interruzioni e/o deviazioni dal normale percorso?  SI  NOsono intervenute le forze dell'ordine (Carabinieri, Polizia...)?  SI  NOerano presenti testimoni?  SI  NO (specificare) \_\_\_\_\_

eventuali ulteriori osservazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome e Nome Dirigente/Delegato/Preposto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

RSPP  si concorda non si concorda

note: \_\_\_\_\_



**RAPPORTO DI INCIDENTE/INFORTUNIO**

**MRSQA46/3**

(da compilare a cura del SPP)

Cognome Nome:	Data di nascita:	Luogo di nascita:	
Residenza:	Qualifica:	P.O./ DSB/ altro:	
U.O. di appartenenza:	Luogo dell'evento:	Data Infortunio:	
		Alle ore:	
Persone Presenti:			
Dinamica dettagliata dell'incidente e/o infortunio:  _____  _____  _____			
DPI previsti:		DPI utilizzati:	

CRITICITA' INDIVIDUATE			
CARENZE PERSONALI		CARENZE FUNZIONALI	
Mancato uso DPI		Progettazione	
Uso non corretto di attrezzature		Macchine a attrezzature	
Sottovalutazione del pericolo		Sostanze	
Inosservanza procedure		Carenza di procedure	
Carenza di informazione		Carenza di manutenzione	
Carenza di formazione		Fattori organizzativi	
Fretta		Stato dei luoghi	
Altro		Altro	
PROVVEDIMENTI ADOTTATI			

Luogo /data \_\_\_\_\_

Compilatore \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



# Azienda Sanitaria Locale

(L.R. 25 - 10 - 1994 n. 72)

66100 CHIETI

Cod. Fisc. Part. IVA 01705480695

Raccolta dati esposizioni biologiche

ModRB001

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Tutor (se studente) \_\_\_\_\_

Anni di servizio \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_ Giorno incidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ora incidente \_\_\_\_\_ : Data abbandono del servizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ : Tel. personale \_\_\_\_\_

**Tipo di esposizione:**

Puntura accidentale  Contatto mucose con materiale biologico

Contatto cutaneo con materiale biologico  Ferita/lesione da strumentario chirurgico

Contatto cute e mucose con materiale biologico  Altro

**Sede del contatto:**  Mano  Avambraccio  Volto  Congiuntiva  Mucosa orale

Altro:

**Stato della cute:**  Cute integra  Cute non integra

**Dispositivo/materiale:**

Ago cavo  Strumento/Ferro Chirurgico  Lancetta

Ago butterfly  CVC (catetere venoso centrale)  Materiale/liquido Biologico

Siringa insulina  CVP (catetere venoso periferico)  Ago da sutura

Altro:

**Materiale/liquido Biologico:**

Sangue  Saliva  Pezzo anatomico

Urina  Feci  Vomito

Altro:

**Come è avvenuta l'esposizione:**

Durante lo smaltimento di un ago/siringa usato/a  Durante la gestione di un CVC

Mentre reincappucciava un ago  Durante l'esecuzione Stick glicemico

Mentre posizionava/sfilava un Butterfly  Durante la gestione del catere vescicale

Mentre posizionava/rimuoveva un CVP  Durante l'igiene personale del paziente

Durante l'utilizzo/lavaggio ferri chirurgici  Durante la gestione della medicazione

Altro:

**Luogo dell'esposizione:**  Stanza paziente  Corridoio  Medicheria  Sala prelievi  Laboratorio

Loc. Proc. Diagnostiche  Sala Parto  Sala settoria  Aree di servizio  Sala Operatoria  Altro

**Vaccinazione Epatite B:**  Vaccinato  Non vaccinato

**Utilizzava i DPI (Dispositivi di Protezione Individuale):**  SI  NO perché non disponibili  NO per dimenticanza

**Fonte di trasmissione per** Ignota ( \_ ) HBV ( \_ ) HCV ( \_ ) HIV ( \_ )

Presenza di altri fattori di rischio: \_\_\_\_\_

*Firma dipendente/Studente*

*Firma Dirigente Medico/Coordinatore*