



**CONSORZIO DI BONIFICA**  
della romagna occidentale

# SISTEMA DI GESTIONE DELLA FUNZIONE SICUREZZA E SALUTE SUL LAVORO

*ai sensi dell'art.30 del D.Lgs. 81/2008*

## PS-05 INDAGINI SU INCIDENTI ED INFORTUNI

Revisione	Data	Causale revisione
00	21 novembre 2017	Prima emissione
01	27 novembre 2018	Correzione data, ridefinizione contenuti e allegati

Competenze	Nome	Funzione	Firma
Elaborazione	Dott. Riccardo Suprani	Responsabile servizio di prevenzione e protezione	
	Ing. Ilaria Dal Borgo	Addetto servizio di prevenzione e protezione	
Verifica ed approvazione	Ing. Elvio Cangini	Direttore tecnico	
Presenza visione	Dott. Giovanni Costa	Direttore Generale	
Autorizzazione	P.A. Alberto Asioli	Datore di lavoro	

## SOMMARIO

1.0	SCOPO .....	3
2.0	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	3
3.0	RIFERIMENTI NORMATIVI .....	3
4.0	ABBREVIAZIONI E TERMINOLOGIA.....	3
5.0	INFORTUNI, INCIDENTI E QUASI INCIDENTI .....	3
5.1	<i>Infortuni</i> .....	3
5.1	<i>Incidenti e quasi incidenti</i> .....	4
6.0	ALLEGATI.....	4

 <p>CONSORZIO DI BONIFICA della romagna occidentale</p>	<p>Sistema di gestione della funzione sicurezza e salute sul lavoro (ai sensi dell'art.30 del D.Lgs. 81/2008)</p> <p><b>PROCEDURA OPERATIVA PO-SGS-05</b> <b>Indagini su infortuni ed incidenti</b></p>	<p>Revisione Novembre 2018 Pag. 3 di 4</p>
--	---	--

## 1.0 SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di definire il metodo che il Consorzio adotta per analizzare gli infortuni, valutare gli incidenti ed i quasi incidenti.

## 2.0 CAMPO DI APPLICAZIONE

Infortuni, incidenti e quasi incidenti (near miss).

## 3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

- D. Lgs 9 aprile 2008, n. 81;
- BS OHSAS 18001:2007
- Manuale SGS

## 4.0 ABBREVIAZIONI E TERMINOLOGIA

**SGS:** Sistema di Gestione della Sicurezza

**CONSORZIO:** Consorzio di Bonifica della Romagna Occidentale

**DL:** Datore di Lavoro

**RSPP:** Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

**RLS:** Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza

**MC:** medico competente

**SSL:** Salute e Sicurezza sul lavoro

**INFORTUNIO:** evento occorso ad un lavoratore con conseguente danno

**INCIDENTE:** evento occorso ad un lavoratore senza conseguente danno, ma potenzialmente dannoso

**QUASI INCIDENTE:** situazione pericolosa, senza coinvolgimento di lavoratori, e potenzialmente dannosa

**COMITATO DIRETTIVO:** organo composto da DL, Direttore Tecnico, RSPP, MC, Responsabile Ufficio del personale, con capacità decisionale in merito alla SSL.

## 5.0 INFORTUNI, INCIDENTI E QUASI INCIDENTI

### 5.1 INFORTUNI

In caso di infortunio sul lavoro, dopo gli interventi di pronto soccorso utili e necessari all'eventuale infortunato, devono essere informati tempestivamente dell'accaduto i componenti del Comitato Direttivo per la SSL (DL, RSPP, MC, RLS ed Ufficio del Personale) con una breve ma precisa relazione verbale e, nel caso, si deve ottemperare alle disposizioni impartite.

Successivamente il preposto deve compilare il MODP6-SGS "Relazione di Infortunio" avendo cura di registrare:

 <p>CONSORZIO DI BONIFICA della romagna occidentale</p>	<p>Sistema di gestione della funzione sicurezza e salute sul lavoro (ai sensi dell'art.30 del D.Lgs. 81/2008)</p> <p><b>PROCEDURA OPERATIVA PO-SGS-05</b> <b>Indagini su infortuni ed incidenti</b></p>	<p>Revisione Novembre 2018 Pag. 4 di 4</p>
--	---	--

- Dati dell'infortunato e del luogo di lavoro
- Data e luogo dell'accadimento
- Testimoni presenti
- Descrizione dettagliata dell'evento
- Individuazione delle cause e delle eventuali responsabilità
- Conseguenze dell'accadimento
- Primi interventi disposti ed effettuati
- Eventuali commenti e suggerimenti per evitare il ripetersi dell'accadimento

La Relazione deve essere inoltrata/consegnata a DL ed RSPP entro 48 ore dall'accadimento.

Avendo il Consorzio adottato il modello organizzativo ex D. Lgs 231/2001, la stessa comunicazione deve essere inviata all'organismo di vigilanza.

In seguito ad un infortunio l'RSPP insieme al preposto coinvolto deve analizzarne le cause e dare disposizioni correttive (se necessarie) affinché non si ripetano eventi simili.

I risultati delle investigazioni, delle analisi e delle concause accertate devono essere documentati.

Le predette azioni da intraprendere devono essere appropriate all'ampiezza dell'evento, commisurate all'importanza del rischio e finalizzate ad evitarne assolutamente il ripetersi ed al progressivo miglioramento dei punti critici evidenziati.

Prima di approvare le Azioni Correttive e/o le Azioni /Preventive individuate, il Comitato Direttivo deve valutare le implicazioni e gli eventuali effetti negativi che le stesse possono avere su Processi, Servizi, Salute e Sicurezza.

Nel caso, queste azioni devono essere oggetto di una Valutazione dei Rischi ed opportunamente modificate e riformulate.

Tutte le decisioni prese devono essere registrate ed approvate dal Comitato Direttivo.

## 5.2 INCIDENTI E QUASI INCIDENTI

Anche in caso di incidente il preposto deve compilare il modulo MODP6-SGS e dare così avvio a tutte le indagini necessarie anche se non ci sono danni alle persone, così come previsto per gli infortuni.

Può accadere, tuttavia, che il preposto non sia a conoscenza di tale evento. Pertanto devono essere sensibilizzati TUTTI I LAVORATORI ad inoltrare al preposto le segnalazioni delle situazioni pericolose di cui vengono a conoscenza, anche soltanto verbalmente.

## 6.0 ALLEGATI

MODP5-SGS

MODP6-SGS

## ANALISI INFORTUNI

**Obiettivo: individuare la causa di un infortunio per prevenirne il ripetersi**

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Luogo dell'infortunio:

Nome del lavoratore:

Data infortunio:

Giorno:

Ora

### 2. DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO E DELL'ATTIVITA' SVOLTA AL MOMENTO DEL VERIFICARSI DELLO STESSO

### 3. DESCRIZIONE DEL LUOGO DOVE SI E' VERIFICATO L'INFORTUNIO (ALLEGANDO ANCHE RILEVI FOTOGRAFICI)

### 4. TESTIMONI PRESENTI E RELATIVE DICHIARAZIONI

### 5. CONDIZIONI DI RISCHIO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carente manutenzione di attrezzatura o macchinario; | <input type="checkbox"/> Vestiario inadatto;   |
| <input type="checkbox"/> Attrezzatura difettosa;                             | <input type="checkbox"/> Procedure di lavoro non adeguate;                                 |
| <input type="checkbox"/> Carente manutenzione dell'edificio;                 | <input type="checkbox"/> Viabilità;  |
| <input type="checkbox"/> Illuminazione inadatta;                             | <input type="checkbox"/> Aiuto inadeguato per sollevamento di carico pesante;              |
| <input type="checkbox"/> Ventilazione inadatta;                              | <input type="checkbox"/> Contatto con prodotti chimici nocivi e/o tossici, irritanti, etc; |
| <input type="checkbox"/> Superficie scivolosa o non sicura;                  | <input type="checkbox"/> Rumore eccessivo;   |
| <input type="checkbox"/> Sistemi di avviso inadeguati (cartelli o segnali)   | <input type="checkbox"/> Altro   |

### 6. AZIONI NON SICURE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Operare senza permesso;                             | <input type="checkbox"/> Mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale; |
| <input type="checkbox"/> Mancato rispetto degli avvenimenti;                 | o Elmetto;   |
| <input type="checkbox"/> Operare a velocità non sicura;                      | o Occhiali;  |
| <input type="checkbox"/> Mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza;      | o Guanti;  |
| <input type="checkbox"/> Usare attrezzatura non sicura o in modo non sicuro; | o Scarpe/stivali di sicurezza;   |
| <input type="checkbox"/> Posizione o postura non sicura;                     | o Altro DPI _____  |
| <input type="checkbox"/> Scherzi grossolani;                                 | <input type="checkbox"/> Mancata osservanza delle prescrizioni di sicurezza;         |
| <input type="checkbox"/> Azione di un'altra persona;                         | <input type="checkbox"/> Non rispetto delle istruzioni;                              |
|  | <input type="checkbox"/> Altro   |

### 7. CAUSA CHE CONTRIBUISCE ALL'INFORTUNIO

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intossicazione;                            | <input type="checkbox"/> Intento volontario di creare infortunio;   |
| <input type="checkbox"/> Attitudine impropria;                      | <input type="checkbox"/> Stato nervoso – eccitabile del lavoratore; |
| <input type="checkbox"/> Volontario: non rispetto delle istruzioni; | <input type="checkbox"/> Mancanza di abilità;                       |
| <input type="checkbox"/> Distrazione – disattenzione;               | <input type="checkbox"/> Infortunio preesistente                    |
| <input type="checkbox"/> Fatica                                     | <input type="checkbox"/> DPI non adeguato?                          |

**8. SPECIFICARE I PUNTI EVIDENZIATI NELLE SEZIONI 5, 6 E 7 (5 volte perché)**

**9. OGGETTO AZIONE CORRETTIVA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nuova formazione di persona/e coinvolte;    | <input type="checkbox"/> Migliorare la manutenzione di _____;             |
| <input type="checkbox"/> Nuovi dispositivi sicurezza DPI;            | <input type="checkbox"/> Intensificare le verifiche ispettive             |
| <input type="checkbox"/> Migliorare la manutenzione dell'edificio;   | <input type="checkbox"/> Migliorare il progetto o la costruzione;         |
| <input type="checkbox"/> Organizzare una vigilanza sulle operazioni; | <input type="checkbox"/> Assegnare agli operai differenti tipi di lavoro; |
| <input type="checkbox"/> Miglioramento della condizione fisica;      | <input type="checkbox"/> Elaborare procedura operativa di sicurezza       |
| <input type="checkbox"/> Emanare istruzione operativa                | <input type="checkbox"/> Verificare DPI in uso                            |
|  | <input type="checkbox"/> Altro _____                                      |

**10. TEMPI DI ATTUAZIONE AZIONE CORRETTIVA E RESPONSABILE REALIZZAZIONE**

Compilato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**A cura del Comitato Direttivo nella figura dell'RSPP**

**11. AZIONE CORRETTIVA N. \_\_\_\_\_**

Azione correttiva attuata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**12. VERIFICA EFFICACIA AZIONE CORRETTIVA**

Data \_\_\_\_\_ verifica effettuata da \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

## ANALISI QUASI INCIDENTE

**Obiettivo: individuare la causa di un quasi incidente per prevenirne il ripetersi**

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Luogo del quasi incidente:

Nome del lavoratore:

Data quasi incidente:

Giorno:

Ora

### 2. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' SVOLTA AL MOMENTO DEL MANCATO INCIDENTE

### 3. DESCRIZIONE DEL LUOGO DOVE SI E' VERIFICATO IL QUASI INCIDENTE (ALLEGANDO ANCHE RILEVI FOTOGRAFICI)

### 4. TESTIMONI PRESENTI E RELATIVE DICHIARAZIONI

### 5. CONDIZIONI DI RISCHIO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carente manutenzione di attrezzatura o macchinario; | <input type="checkbox"/> Vestiario inadatto;   |
| <input type="checkbox"/> Attrezzatura difettosa;                             | <input type="checkbox"/> Procedure di lavoro non adeguate;                                 |
| <input type="checkbox"/> Carente manutenzione dell'edificio;                 | <input type="checkbox"/> Viabilità;  |
| <input type="checkbox"/> Illuminazione inadatta;                             | <input type="checkbox"/> Aiuto inadeguato per sollevamento di carico pesante;              |
| <input type="checkbox"/> Ventilazione inadatta;                              | <input type="checkbox"/> Contatto con prodotti chimici nocivi e/o tossici, irritanti, etc; |
| <input type="checkbox"/> Superficie scivolosa o non sicura;                  | <input type="checkbox"/> Rumore eccessivo;   |
| <input type="checkbox"/> Sistemi di avviso inadeguati (cartelli o segnali)   | <input type="checkbox"/> Altro   |

### 6. AZIONI NON SICURE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Operare senza permesso;                             | <input type="checkbox"/> Mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale; |
| <input type="checkbox"/> Mancato rispetto degli avvenimenti;                 | ○ Elmetto;   |
| <input type="checkbox"/> Operare a velocità non sicura;                      | ○ Occhiali;  |
| <input type="checkbox"/> Mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza;      | ○ Guanti;  |
| <input type="checkbox"/> Usare attrezzatura non sicura o in modo non sicuro; | ○ Scarpe/stivali di sicurezza;   |
| <input type="checkbox"/> Posizione o postura non sicura;                     | ○ Altro DPI _____  |
| <input type="checkbox"/> Scherzi grossolani;                                 | <input type="checkbox"/> Mancata osservanza delle prescrizioni di sicurezza;         |
| <input type="checkbox"/> Azione di un'altra persona;                         | <input type="checkbox"/> Non rispetto delle istruzioni;                              |
|  | <input type="checkbox"/> Altro   |

### 7. CAUSA CHE CONTRIBUISCE ALL'INCIDENTE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intossicazione;                            | <input type="checkbox"/> Intento volontario di creare infortunio;   |
| <input type="checkbox"/> Attitudine impropria;                      | <input type="checkbox"/> Stato nervoso – eccitabile del lavoratore; |
| <input type="checkbox"/> Volontario: non rispetto delle istruzioni; | <input type="checkbox"/> Mancanza di abilità;                       |
| <input type="checkbox"/> Distrazione – disattenzione;               | <input type="checkbox"/> Infortunio preesistente                    |
| <input type="checkbox"/> Fatica                                     | <input type="checkbox"/> DPI non adeguato?                          |

**8. SPECIFICARE I PUNTI EVIDENZIATI NELLE SEZIONI 5, 6 E 7 (5 volte perché)**

**9. OGGETTO AZIONE CORRETTIVA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nuova formazione di persona/e coinvolte;    | <input type="checkbox"/> Migliorare la manutenzione di _____;             |
| <input type="checkbox"/> Nuovi dispositivi sicurezza DPI;            | <input type="checkbox"/> Intensificare le verifiche ispettive             |
| <input type="checkbox"/> Migliorare la manutenzione dell'edificio;   | <input type="checkbox"/> Migliorare il progetto o la costruzione;         |
| <input type="checkbox"/> Organizzare una vigilanza sulle operazioni; | <input type="checkbox"/> Assegnare agli operai differenti tipi di lavoro; |
| <input type="checkbox"/> Miglioramento della condizione fisica;      | <input type="checkbox"/> Elaborare procedura operativa di sicurezza       |
| <input type="checkbox"/> Emanare istruzione operativa                | <input type="checkbox"/> Verificare DPI in uso                            |
|  | <input type="checkbox"/> Altro _____                                      |

**10. TEMPI DI ATTUAZIONE AZIONE CORRETTIVA E RESPONSABILE REALIZZAZIONE**

Compilato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**A cura del Comitato Direttivo nella figura dell'RSPP**

**11. AZIONE CORRETTIVA N. \_\_\_\_\_**

Azione correttiva attuata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**12. VERIFICA EFFICACIA AZIONE CORRETTIVA**

Data \_\_\_\_\_ verifica effettuata da \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_