

MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO

ai sensi dell'art. 2 comma 1 del DM 19 marzo 2015

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN MARTINO - ORISTANO

A.00 GENERALITÀ

Direttore Generale

Dott. Angelo Maria Serusi


Responsabile del Servizio di
Prevenzione e Protezione

TdP Dott.ssa Mariangela Fadda

Responsabile Tecnico Della
Sicurezza Antincendio


Ing. Massimiliano Pischedda

REVISIONE	DEL	MOTIVO
REV.02	01/07/2024	PRIMA EMISSIONE


 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 2 a 63

SOMMARIO


INDICE DELLE REVISIONI	5
CAPITOLO 1 - GENERALITÀ	6
1. PREMESSA	6
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	7
3. TERMINI E, DEFINIZIONI ED ACRONIMI.....	7
4. ACRONIMI	9
5. PROCEDIMENTI DI PREVENZIONE INCENDI.....	10
5.1 PREVISIONI DI ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE ANTINCENDIO	10
5.2 MISURE DI TUTELA E COMPENSATIVE	11
CAPITOLO 2 – PRINCIPI FONDAMENTALI ED ELEMENTI DEL SGSA	12
1. POLITICA PER LA SICUREZZA ANTINCENDIO.....	12
2. FINALITÀ DEL SGSA	12
3. IL MANUALE DEL SGSA.....	13
3.1 IL MODELLO ADOTTATO	13
3.2 SCOPO DEL MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO	14
3.3 ALLEGATI	15
CAPITOLO 3 – ORGANIZZAZIONE E STRUTTURE DEL PRESIDIO	16
1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	16
2. DESCRIZIONE DELLA SEDE OPERATIVA.....	17
2.1 DATI DELL'UNITÀ PRODUTTIVA.....	17
2.2 DESCRIZIONE GENERALE DEI LUOGHI DI LAVORO.....	18
2.2.1 DESCRIZIONE DEL CONTESTO AMBIENTALE	18
2.2.2 DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA E DELLE ATTIVITA'	19
CAPITOLO 4 - MANUALE OPERATIVO DELLA SGSA	23
1. VALUTAZIONE DEL RISCHIO INCENDIO	23
1.1 CONCETTO DI RISCHIO, MISURE COMPENSATIVE E RISCHIO RESIDUO ACCETTABILE	23
1.1.1 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE RISCHIO INCENDIO	24
1.2 DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INCENDIO	26
1.2.1 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI DI INCENDIO.....	26
1.2.2 IDENTIFICAZIONE DELLE AREE A MAGGIOR RISCHIO D'INCENDIO	28
1.3 MISURE DI PREVENZIONE IN ESSERE	29
1.3.1 MISURE COMPORTAMENTALI	29
1.4 MISURE DI PROTEZIONE IN ESSERE.....	29
1.4.1 COMPARTIMENTAZIONE	29
1.4.2 PERCORSI DI ESODO	29
1.4.3 USCITE DI EMERGENZA	30
1.4.4 SPAZI CALMI	30

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 3 a 63

1.4.5	PUNTI DI RACCOLTA.....	30
1.4.6	SISTEMI DI PROTEZIONE ATTIVA, ATTREZZATURE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA INCENDIO	30
▪	IMPIANTO DI PROTEZIONE ATTIVA A RETE DI IDRANTI	31
▪	IMPIANTO DI RIVELAZIONE FUMI E D'ALLARME ANTINCENDIO	31
▪	ESTINTORI PORTATILI.....	31
▪	ATTREZZATURE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA INCENDIO	32
2.	ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE	33
2.1	ORGANIGRAMMA GENERALE	33
2.2	ATTRIBUZIONI DELLE FIGURE DEL SGSA.....	33
2.2.1	DIRETTORE GENERALE	33
2.2.2	DIRETTORE SANITARIO	33
2.2.3	RESPONSABILE TECNICO DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO	33
2.2.4	RESPONSABILE DEL SERVIZIO TECNICO LOGISTICO E PATRIMONIO	35
2.2.5	RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)	35
2.2.6	RESPONSABILE DI REPARTO E DIRETTORE MEDICO DEL PRESIDIO.....	35
2.2.7	SQUADRE ANTINCENDIO	36
2.2.7.1	ADDETTI ANTINCENDIO DI COMPARTIMENTO.....	36
2.2.7.2	ADDETTI ANTINCENDIO DELLA SQUADRA DI SUPPORTO	37
2.3	ADDETTI AL CENTRO DI GESTIONE EMERGENZE	39
2.3.1	ALTRE FUNZIONI COINVOLTE	39
2.3.1.1	ADDETTI ALLA GESTIONE DEGLI IMPIANTI TECNOLOGICI	39
2.3.1.2	ADDETTI ALLA GESTIONE DEGLI IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE DEI GAS MEDICALI	40
2.3.1.3	SERVIZIO DI VIGILANZA E CONTROLLO ACCESSI.....	40
2.3.1.4	ALTRI SERVIZI.....	40
3.	FORMAZIONE E INFORMAZIONE	41
3.1	FORMAZIONE E INFORMAZIONE AI LAVORATORI.....	41
3.1.1	FORMAZIONE E INFORMAZIONE AI LAVORATORI SUI RISCHI DI INCENDIO.....	41
3.2	INFORMAZIONE AGLI UTENTI	42
3.2.1.1	ISTRUZIONI DA ESPORRE A CIASCUN PIANO	42
3.2.1.2	ISTRUZIONI DA ESPORRE NEI LOCALI CUI HANNO ACCESSO DEGENTI, UTENTI E VISITATORI	42
4.	PIANIFICAZIONE DELLE EMERGENZE	43
4.1	PIANO DI EMERGENZA E EVACUAZIONE - PEE	43
4.2	ESERCITAZIONI E PROVE SIMULATE DI EMERGENZA	44
4.3	FORMAZIONE SPECIFICA DEGLI ADDETTI ANTINCENDIO	45
4.4	SICUREZZA DELLE SQUADRE DI SOCCORSO	46


 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 4 a 63

4.4.1	SICUREZZA PER I SOCCORSI ESTERNI.....	46
4.4.2	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER ATTIVITÀ ANTINCENDIO	46
5.	CONTROLLO OPERATIVO.....	47
5.1	ATTIVITA' PRELIMINARI.....	47
5.2	PROCEDURE DI CONTROLLO GENERALI.....	48
5.3	IMPIANTI TECNOLOGICI	49
5.3.1	IMPIANTI ELETTRICI	50
5.3.1.1	MESSA A TERRA	50
5.3.2	IMPIANTI DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA	50
5.3.3	GRUPPI DI CONTINUITA'.....	51
5.3.4	IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI	51
5.3.5	IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO E VENTILAZIONE.....	51
5.4	IMPIANTI E SISTEMI DI PROTEZIONE ANTINCENDIO	51
5.4.1	IMPIANTO ANTINCENDIO A RETE DI IDRANTI	52
5.4.2	IMPIANTI DI RIVELAZIONE E ALLARME ANTINCENDIO	52
5.4.3	ESTINTORI.....	53
5.4.4	ARMADI ATTREZZATURE ANTINCENDIO	54
5.5	IMPIANTI DI PRODUZIONE DI CALORE E DEPOSITI DI LIQUIDI COMBUSTIBILI	54
5.6	ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI	54
5.7	GESTIONE DEGLI SPAZI A USO SPECIFICO	54
5.7.1	DEPOSITI.....	54
5.7.2	STOCCAGGIO LIQUIDI INFIAMMABILI	55
5.7.3	SPAZI PER LA RICARICA DI CARRELLI ELEVATORI	55
5.8	CONTROLLI DI SORVEGLIANZA PERIODICA	56
5.9	REGISTRO DEI CONTROLLI ANTINCENDIO	56
5.10	CONTROLLO DELLE AREE NON PRESIDATE.....	56
5.11	PROCEDURE DI CONTROLLO DELLA SICUREZZA LEGATA AI CONTRATTI DI APPALTO	57
6.	CONTROLLO DELLE FASI DI ADEGUAMENTO	58
7.	GESTIONE DELLE MODIFICHE.....	59
8.	CONTROLLO E REVISIONE DEL SGSA	60
8.1	SOPRALLUOGHI PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI	60
8.1.1	AUDIT INTERNI AL SGSA	60
8.1.2	RIESAME DELLA DIREZIONE.....	61
9.	DOCUMENTI DEL SGSA.....	63
10.	EMISSIONE E APPROVAZIONE	63

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 5 a 63

INDICE DELLE REVISIONI

REVISIONE	DATA	MOTIVO
REV.01	2017	PRIMA EMISSIONE
REV.02	01/07/2024	NUOVO RTSA

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 6 a 63

CAPITOLO 1 - GENERALITÀ

1. PREMESSA

Il presente Sistema di Gestione della sicurezza Antincendio (di seguito SGSA) viene redatto dal Direttore Generale e Datore di lavoro, ai sensi del D.LGS 81/08, del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, Dott. Angelo Maria Serusi (di seguito DL), in collaborazione con il Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio (di seguito RTSA), ing. Massimiliano Pischedda, con il Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione, T.D.P. Dott.ssa Mariangela Fadda e in accordo con gli organi di Direzione e Controllo del P.O.

Il documento è redatto conformemente al Titolo V, allegato III, del D.M. del 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 D.M. 18/09/2002), ed in base ai principi stabiliti dal D.M. del 02/09/2021.

Il modello di Gestione è redatto in conformità alla realizzazione delle attività e alle opere strutturali e impiantistiche, contenute nel progetto di adeguamento in materia di prevenzione incendi del P.O., redatto dall'Ing. Pisano, regolarmente presentato al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Oristano (istanza COM-OR n.449 del 20/01/2017) e approvato con parere favorevole Prot. 112267 del 24/03/2017.

Il progetto, redatto secondo le direttive del D.M. del 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 D.M. 18/09/2002), prevede l'attuazione e la verifica delle attività/opere necessarie all'adeguamento in fasi successive, con scadenze previste nelle date seguenti (ai sensi del D.L. 29 dicembre 2022 n. 198 recante «Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi» *milleproroghe* 2023):


- I° step: 24 aprile 2016;
- II° step: 24 aprile 2023;
- III° step: 24 aprile 2026;
- IV° step: 24 aprile 2028.

Nelle more del completamento della procedura, il Datore di Lavoro nonché titolare delle attività ha l'obbligo di adottare alcune misure organizzative finalizzate a compensare le non conformità di tipo strutturale, impiantistico e gestionale.

Il modello di S.G.S.A. è strutturato in maniera tale da permettere la gestione, in sicurezza, del rischio incendio residuo, valore dinamicamente decrescente, in relazione alle fasi di adeguamento dell'attività.

In corrispondenza di ciascuna di tali fasi di adeguamento, esso sarà aggiornato, indicando le misure migliorative poste in atto, valutando ed esplicitando i provvedimenti adottati.

I contenuti del presente Manuale sono da ritenersi parte integrante della governance dell'Ospedale San Martino e costituiscono gli elementi imprescindibili per il raggiungimento degli obiettivi di qualità dei servizi offerti.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 7 a 63

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Per la stesura del presente si fa riferimento ai sottoelencati:

D.Lgs. 9 aprile 2008 n° 81 Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007 n° 123 in materia di tutele salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

DM 01/09/2021 Criteri generali per il controllo e la manutenzione degli impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a) , punto 3, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

DM 02/09/2021 Criteri per la gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza e caratteristiche dello specifico servizio di prevenzione e protezione antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a) , punto 4 e lettera b) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

D.M. 9 maggio 2007 Direttive per l'attuazione dell'approccio ingegneristico alla sicurezza antincendio

D.M. 18 settembre 2002 Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private

Decreto 19 marzo 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 settembre 2002

Linee guida UNI INAIL 2001 Linee guida per un sistema di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL)

BS OHSAS 18001:2007 Norma che definisce i requisiti di un sistema di gestione della sicurezza

3. TERMINI E, DEFINIZIONI ED ACRONIMI

Audit o Verifica Ispettiva: processo sistematico di revisione e controllo, indipendente e documentato per ottenere evidenze di criticità e valutarle oggettivamente per determinare azioni migliorative.

Azione Correttiva: azione tesa ad eliminare la causa di una Non Conformità rilevata o di un'altra situazione indesiderabile rilevata.

Azione Preventiva: azione tesa ad eliminare la causa di una non conformità potenziale o di un'altra situazione potenziale indesiderabile.


Documento: informazione ed il suo mezzo di supporto (cartaceo, magnetico, elettronico o disco ottico, fotografico o campione, o una combinazione degli stessi).

Emergenza: l'emergenza può essere definita come una situazione inconsueta, incontrollabile e pericolosa. La non prevedibilità della situazione di emergenza richiede interventi tempestivi che permettano di ridurre le conseguenze dell'evento, mediante l'impiego razionale di uomini e mezzi.

Ente: s'intende l'intero complesso nella sede di Oristano dell'Ospedale San Martino.

Formazione: processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi.

Pericolo: caratteristica propria di un lavoro, processo, sostanza o prodotto che può generare, anche

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 8 a 63

potenzialmente, un danno al lavoratore/i o all'ambiente in termini di accadimento (Frequenza F) o di entità (Magnitudo M).

Pericolo di Incendio è definito dalla possibile presenza contemporanea dei tre elementi che possano generare una reazione di combustione: combustibile, comburente, fonte di innesco

Rischio E' la possibilità (F) che il pericolo possa generare un danno, commisurata all'entità dello stesso (M)

Rischio di incendio E' la possibilità (F) che la presenza contemporanea dei tre elementi che possano generare una reazione di combustione possa generare un incendio, commisurata all'entità dello stesso (M)

Identificazione dei pericoli: processo attraverso il quale si riconosce l'esistenza di un pericolo e se ne definiscono le caratteristiche.

Identificazione dei rischi: processo attraverso il quale si riconosce l'esistenza di rischi specifici lavorativi e se ne definiscono le caratteristiche.

Valutazione dei rischi: 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 ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di Salute e Sicurezza.

Misure di prevenzione misura/attività tesa a mitigare la possibilità (F) di insorgenza di un rischio

Misure di Protezione misura/attività tesa a mitigare l'effetto (M) del danno prodotto dal concretizzarsi del rischio

Misure di esercizio attività di controllo, modifica, attuazione delle misure di prevenzione e protezione adottare per la mitigazione del rischio

Incidente: evento avverso che ha provocato un danno a cose o strutture e non ha provocato infortuni alle persone.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita che produca lesioni corporali obiettivamente riscontrabili, in occasione di un lavoro (attenzione, in qualsiasi attività è possibile il verificarsi di un "incidente" che può determinare un "infortunio". Non è possibile il contrario, cioè non è possibile un "infortunio" senza un "incidente").

Informazione: complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi e dei pericoli in ambiente di lavoro.

Non Conformità: non soddisfacimento di un requisito del SGSA.


Piano di audit: Insieme di uno o più audit pianificati per un arco di tempo definito ed orientati verso uno scopo specifico.

Piano di Emergenza: insieme di procedure che stabiliscono ruoli e responsabilità nella gestione di eventi avversi classificabili come emergenze (tra cui anche l'incendio).

Ospedale: Ospedale San Martino.

Procedura: modalità specificata per realizzare un'attività o un processo.

Registrazione: documento che attesta il raggiungimento dei risultati o fornisce evidenza dello svolgimento di

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 9 a 63

attività.

Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio: parte del Sistema complessivo di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro dell'Ente che definisce regole, risorse, strumenti di controllo e miglioramento delle prestazioni in materia di adeguamento della sicurezza antincendio (art. 30 del D.lgs. 81/2008).

Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro: parte del complessivo sistema organizzativo e gestionale dell'Ente utilizzato per sviluppare e implementare la propria Politica per la Salute e Sicurezza e gestire i rischi (vedi art. 30 del D.lgs. 81/2008).

4. ACRONIMI

I principali acronimi ricorrenti utilizzati nel presente documento sono:

- **AA:** Addetto Antincendio
- **AAS:** Addetto Antincendio della Squadra di supporto
- **AAC:** Addetto Antincendio di Compartimento
- **CGE:** Centro di Gestione Emergenze
- **CED:** Centro Elaborazione Dati
- **DL:** Datore di Lavoro
- **DVR:** Documento di Valutazione dei Rischi (ai sensi del D.lgs. 81/2008)
- **EQ:** Esperto Qualificato
- **GG:** Guardia Giurata
- **MA:** Medico Autorizzato
- **NC:** Non Conformità
- **PEE:** Piano di Emergenza e evacuazione
- **RLS:** Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza
- **RSPP:** Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
- **RTSA:** Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio
- **ST:** Servizio Tecnico
- **RST:** Responsabile Servizio Tecnico
- **SA:** Squadra Antincendio
- **SGSA:** Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio
- **SPP:** Servizio Prevenzione e Protezione
- **UUOO:** Unità Operative
- **VRI:** Valutazione Rischio Incendio
- **VVF:** Vigili del Fuoco

5. PROCEDIMENTI DI PREVENZIONE INCENDI

L'attività svolta nel P.O. San Martino, rientra nei limiti di assoggettabilità del D.P.R. 151/2011, ed in particolare risulta individuata nell'Allegato I alla voce Attività 68.5.C: "Strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani, con oltre 100 posti letto".

All'interno del P.O. sono evidenziabili altre attività soggette al controllo di prevenzione incendi, elencate nella seguente tabella che riassume anche lo stato autorizzativo:

ATTIVITA' PREVALENTE		EDIFICIO	STATO ATTUATIVO ULTIMO
68.5.C	Strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani, con oltre 100 posti letto.	Intero Polo	Parere favorevole del 112267 del 24.03.2017 SCIA di primo step del 05/10/2017
5.2.C	Depositi di gas combustibili compressi e/o liquefatti in serbatoi fissi e/o recipienti mobili per capacità geometrica complessiva da > 10 mc	Stoccaggio Gas Medicinali	Parere favorevole del 112267 del 24.03.2017
74.3.C	Impianti per la produzione di calore alimentati a combustibile solido, liquido o gassoso con potenzialità superiore a 700 kW	Centrale termica. Produzione acqua calda sanitaria e impianti di riscaldamento	Parere favorevole del 112267 del 24.03.2017
4.3.A	Depositi di gas infiammabili disciolti o liquefatti (GPL) in serbatoi fissi di capacità geometrica complessiva da 0,3 a 5 mc.		Parere favorevole del 112267 del 24.03.2017
49.1.A	Gruppi per la produzione di energia elettrica sussidiaria con motori endotermici ed impianti di cogenerazione di potenza complessiva da 25 a 350 kW	Gruppi Elettrogeni	Attività in categoria A Nessuna autorizzazione in essere

5.1 PREVISIONI DI ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE ANTINCENDIO

Il D.M. 19/03/2015 definisce il processo di adeguamento strutturale e organizzativo delle strutture sanitarie secondo attività da porre in atto a step successivi.


Le scadenze dei diversi adeguamenti sono le seguenti:

- I° step: 24 aprile 2016;
- II° step: 24 aprile 2019;
- III° step: 24 aprile 2022;
- IV° step: 24 aprile 2025.

La legge 24 febbraio 2023, n. 14 di conversione, con modificazioni, del D.L. 29 dicembre 2022 n. 198 recante «Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi» (milleproroghe 2023) ha previsto varie proroghe sugli adeguamenti alle disposizioni di prevenzione incendi.

In particolare le nuove scadenze per gli adeguamenti antincendio delle strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, con oltre 25 posti letto sono:

- II° step: 24 aprile 2023;
- III° step: 24 aprile 2026;

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 11 a 63

- IV° step: 24 aprile 2028.


Si rimanda alla consultazione degli allegati seguenti, dove sono esplicitate le indicazioni normative e le scelte per gli adeguamenti antincendio della struttura, non che lo stato attuativo e le previsioni per l'adempimento:

- **All.5.1 Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo organizzativo;**
- **All.5.2 Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo tecnico/strutturale/impiantistico.**

5.2 MISURE DI TUTELA E COMPENSATIVE

In attesa di riqualificare l'intera struttura dal punto di vista antincendio, a seguito della valutazione del rischio incendio ed in armonia con le tempistiche e le modalità di cui al D.M. 19/03/2015, art. 5 comma 2, per il P.O. si adottano le seguenti azioni al fine di raggiungere un livello residuale del rischio incendio socialmente accettabile:

- elaborazione ed adozione del presente Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio;
- nomina del Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio;
- individuazione addetti antincendio di compartimento e componenti squadra di supporto;
- implementazione illuminazione di emergenza;
- implementazione segnaletica sicurezza nei luoghi di lavoro;
- adozione delle procedure di cui agli allegati P.xx al presente;
- implementazione della metodologia dei controlli sugli impianti di energia elettrica;
- implementazione della metodologia dei controlli sugli impianti di climatizzazione e condizionamento;
- implementazione della metodologia dei controlli sugli impianti di distribuzione gas medicali.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 12 a 63

CAPITOLO 2 – PRINCIPI FONDAMENTALI ED ELEMENTI DEL SGSA

1. POLITICA PER LA SICUREZZA ANTINCENDIO

La Direzione Generale, al fine di controllare i processi di adeguamento e miglioramento antincendio in atto presso l'intero complesso ospedaliero, ha stabilito la propria Politica per la Sicurezza Antincendio (**All.01 Politica per la Sicurezza Antincendio**) ed ha identificato il proprio Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio nominando l'Ing. Massimiliano Pischedda con la finalità di attuazione e successiva implementazione del Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio per l'ambito ospedaliero.

2. FINALITÀ DEL SGSA

Il SGSA è stato pianificato secondo quanto disposto dal Decreto del Ministero dell'Interno 19 marzo 2015 (GU 25 marzo 2015 n.70) "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 settembre 2002-Allegato III, Titolo V "Sistema di gestione della sicurezza finalizzato all'adeguamento antincendio nelle strutture sanitarie".

Gestire il rischio incendio attraverso un SGSA permette il conseguimento di notevoli benefici per ciò che riguarda gli aspetti della prevenzione e protezione dai pericoli d'incendio e anche per la gestione dell'emergenza in cui ricade anche il piano di evacuazione in caso di incendio.

Appaiono evidenti i vantaggi che possono essere conseguiti se si rendono sistematici i vari procedimenti relativi, per esempio, ai controlli di adeguatezza, alla formazione, alla gestione dell'emergenza, alla redazione delle più significative procedure di attività lavorative nei plessi ospedalieri.

In subordine, poiché il SGSA costituisce un modello di organizzazione e di gestione di uno specifico fattore di rischio lavorativo (incendio) di per sé, ed in forza dell'art. 30 del D.lgs. 81/2008, se posto in essere, trasferisce le responsabilità dal Datore di Lavoro al soggetto delegato (relativamente al fattore di rischio "incendio").

La filosofia di base del SGSA si fonda sulla sequenza ciclica delle fasi di organizzazione, pianificazione, attuazione, controllo e revisione del sistema, per mezzo di un processo dinamico in costante miglioramento.

Scopo del SGSA dell'Ospedale San Martino è quello di essere progettato, sviluppato e mantenuto attivo secondo quanto prescritto dai principi delineati al capitolo 3 del presente Manuale "Requisiti generali del SGSA" e che:

- sia integrato alla gestione organizzativa complessiva dell'Ente;
- contenga la struttura organizzativa, le responsabilità, le pratiche, le procedure, i processi, le risorse per realizzare la Politica per la Sicurezza Antincendio approvata dal Datore di Lavoro dell'Ospedale San Martino;
- sia adeguato ai processi di attività, alla dimensione, alla natura ed alla complessità dei rischi presenti presso l'Ospedale San Martino.

La sua adozione è inoltre finalizzata:

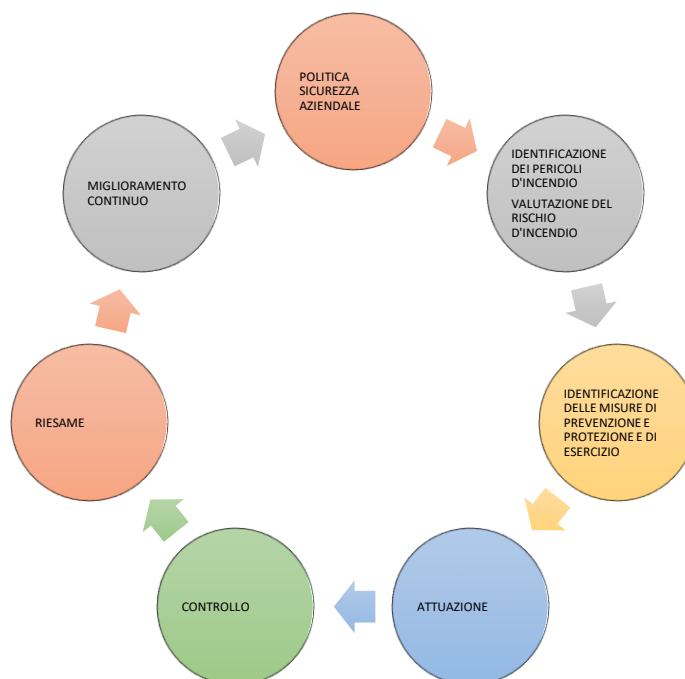
- a disciplinare l'organizzazione per la gestione dei processi di gestione sicurezza antincendio, nell'interesse dell'Ospedale e dei soggetti terzi coinvolti;

- a stabilire misure e metodi per eliminare o minimizzare i rischi e le emergenze incendio per il personale operante all'interno del complesso e per i soggetti terzi;
- a documentare la capacità dell'Ospedale di fornire con regolarità prestazioni e servizi nel rispetto dei requisiti di SGSA;
- a dimostrare la conformità alle leggi applicabili in materia di sicurezza antincendio.

3. IL MANUALE DEL SGSA

3.1 IL MODELLO ADOTTATO

Il SGSA si basa sul modello concettuale del ciclo di Deming "PDCA" (Plane Do Check Act) rappresentato dal seguente diagramma:




Il modello di SGSA sopra rappresentato prevede una successione di passaggi tra loro concatenati, orientati al controllo ed al mantenimento del Sistema e, allo stesso tempo, a far sì che lo stesso possa tendere ad un costante miglioramento. Se si esamina nel suo complesso l'avvicendamento delle fasi inserite nel diagramma sopra rappresentato, emerge chiara la rilevanza di ogni singola fase, ma se ne evidenzia anche il limite in mancanza tanto del passaggio precedente, quando del successivo.

La prima fase è rappresentata dalla Politica della Sicurezza Antincendio approvata dal Direttore Generale dell'Ospedale e DL.

La seconda fase riguarda la pianificazione delle attività di identificazione dei pericoli e di valutazione del Rischio Incendio.

Conclusosi il preliminare momento di identificazione e valutazione dei rischi, il DL, procede all'attenta valutazione delle risorse di cui dispone (umane, tecnologiche, economiche, ecc.) e alla loro mirata e consapevole gestione finalizzata all'attuazione ed esecuzione del SGSA.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 14 a 63	

Attraverso costanti azioni di controllo delle attività e monitoraggio delle prestazioni, il DL valuta, attraverso il proprio RTSA delegato a tale proposito, il grado di adeguatezza, i risultati del SGSA ed il conseguimento degli obiettivi posti in essere per il miglioramento delle prestazioni del Sistema.

3.2 SCOPO DEL MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO

Il documento è redatto e formalizzato con l'obiettivo di sintetizzare le regole di base per governare un appropriato ed efficace SGSA conforme agli standard di riferimento, alle prescrizioni e buone prassi in tema di salute e sicurezza sul lavoro.

Il Manuale funge inoltre da linea guida per il governo dei processi del sistema di gestione della sicurezza finalizzato all'adeguamento antincendio dell'Ospedale San Martino e fornisce, unitamente alle Procedure, ai Piani e alle Istruzioni e agli altri documenti da esso richiamati, la base documentale per le attività di monitoraggio e di auditing, atte a dimostrare la conformità del SGSA alle prescrizioni e norme di riferimento applicabili.

Il Decreto del Ministero dell'Interno 19 Marzo 2015 definisce i punti cardine per la redazione del manuale SGSA, identificabili nei seguenti:

- identificazione e valutazione dei pericoli derivanti dall'attività;
- organizzazione del personale;
- controllo operativo e delle successive fasi di adeguamento;
- gestione delle modifiche;
- pianificazione delle emergenze;
- sicurezza delle squadre di soccorso;
- controllo delle prestazioni con riferimento anche ai cronoprogrammi;
- manutenzione dei sistemi di protezione;
- controllo e revisione del SGSA.

3.3 ALLEGATI

Per il raggiungimento degli obiettivi cui sopra, sono preparati documenti specifici sui diversi punti sopraelencati.

Sono dunque parte integrante del Manuale i seguenti allegati:


CODICE	DOCUMENTO	REVISIONE	DATA
A.01	Politica Per La Sicurezza Antincendio	REV.00	01/07/2024
A.02	Organigramma	REV.00	01/07/2024
A.03	Calcolo del numero degli addetti delle squadre Antincendio	REV.00	01/07/2024
A.03.1	Elenco degli addetti antincendio di compartimento	REV.00	01/07/2024
A.03.2	Elenco degli addetti antincendio della squadra di supporto	REV.00	01/07/2024
A.04	Incarico di Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio	REV.00	01/07/2024
A.04.1	Compiti e mansioni del RTSA	REV.00	01/07/2024
A.05.1	Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo organizzativo	REV.00	01/07/2024
A.05.2	Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo tecnico/strutturale ed impiantistico	REV.00	01/07/2024
A.06	Valutazione del rischio incendio	REV.00	01/07/2024
A.07	Piano di emergenza aziendale	REV.00	01/07/2024
A.08	Istruzioni di sicurezza e planimetrie ai piani.	REV.00	01/07/2024
A.09	Elenco delle ditte autorizzate ai servizi di manutenzione e supporto	REV.00	01/07/2024
A.10	Depositi di materiali combustibili: identificazione e calcolo del carico di incendio	REV.00	01/07/2024
A.11	Informazione e procedure generali di sicurezza fornite alle imprese d'appalto e prestazioni d'opera	REV.00	01/07/2024
A.12	Prospetto economico - Budget per adeguamento antincendio	REV.00	01/07/2024
P.01	Compiti degli addetti antincendio di compartimento	REV 00	01/07/2024
P.02	Compiti degli addetti antincendio della squadra di supporto	REV 00	01/07/2024
P.03	Modalità di stoccaggio e utilizzo dei gas medicali e tecnici	REV 00	01/07/2024
P.03.1	Procedure di emergenza per la gestione degli impianti di distribuzione gas medicali	REV 00	01/07/2024
P.04	Procedure operative per la vigilanza e controllo del sito in emergenza	REV 00	01/07/2024
P.05	Modalità generali per effettuare prove di evacuazione	REV 00	01/07/2024
P.06	Armadi antincendio	REV 00	01/07/2024
P.07	Modalità di controllo e di verifica dell'impianto di estinzione a rete di idranti.	REV 00	01/07/2024
P.08	Modalità di controllo e di verifica dell'impianto IRAI	REV 00	01/07/2024
P.09	Manutenzione degli estintori	REV 00	01/07/2024
P.10	Modalità di stoccaggio dei liquidi infiammabili	REV 00	01/07/2024
P.11	Misure comportamentali	REV 00	01/07/2024
P.12	Procedura operativa per incendi coinvolgenti apparecchiature di risonanza magnetica	REV 00	01/07/2024
P.13	Procedura operativa per incendi coinvolgenti sostanze radioattive	REV 00	01/07/2024
P.14	Modalità esecutive audit interni relativi al rischio incendio	REV 00	01/07/2024
P.15	Acquisizione degli elaborati progettuali e delle certificazioni as built	REV 00	01/07/2024
P.16	Modalità di controllo e di verifica periodica dell'illuminazione di emergenza	REV 00	01/07/2024
P.17	Attività di sorveglianza	REV 00	01/07/2024
P.18	Esodo Progressivo	REV 00	01/07/2024
P.19	Scenari incidentali	REV 00	01/07/2024
P.20	Modalità acquisto materiali con caratteristiche di reazione al fuoco	REV 00	01/07/2024
P.21	Elaborati grafici	REV.00	01/07/2024

CAPITOLO 3 – ORGANIZZAZIONE E STRUTTURE DEL PRESIDIO

1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Di seguito vengono elencati i nominativi di coloro che ricoprono un ruolo di governo, di gestione, organizzativo, di responsabilità o di rappresentanza nella struttura organizzativa del Presidio ospedaliero San Martino di Oristano, di diretta gestione del ASL n° 5 Oristano.


RUOLO	FIGURA AI SENSI DEL D.LGS 81/08	NOMINATIVO
Direttore Generale	Datore di Lavoro	Dott. Angelo Maria Serusi
Direttore Amministrativo		Dott.ssa Rosalba Muscas
Direttore Sanitario		Dott. Antonio Maria Pinna
Direttore Sanitario di presidio P.O San Martino		Dott. Federico Argiolas
Servizio di Prevenzione e Protezione	RSPP	T.D.P. Dott.ssa Mariangela Fadda
	ASPP	T.D.P. Dott.ssa Claudia Spanedda
		T.D.P. Dott. Andrea Congiu
Servizio di Sorveglianza Sanitaria	Medico Competente	Dott.ssa Patrizia Marogna
Responsabile S.C. Servizio Tecnico Logistico e Patrimonio		Ing. Daniele Saba
Responsabile Tecnico Sicurezza Antincendio	RTSA	Ing. Massimiliano Pischedda
Rappresentanti Lavoratori per la Sicurezza	RLS	Erica Pau
		Giulia Gesuato
		Michela Fadda
		Rita Sotgiu
		Michele Zucca
		Lucia Manca

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 17 a 63	

2. DESCRIZIONE DELLA SEDE OPERATIVA

2.1 DATI DELL'UNITÀ PRODUTTIVA

AZIENDA	Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano		
SEDE LEGALE	via Carducci n. 35, Cap 09170 - Oristano		
PRESIDIO OSPEDALIERO	San Martino		
INDIRIZZO	Viale Fondazione Rockefeller, 4, 09170 Oristano (OR)		
GEOLOCALIZZAZIONE	LATITUDINE	39°53'56" N	
	LONGITUDINE	8°35'06" E	
ESTREMI CATASTALI	Foglio 13 Mappale 1278 Subalterno 11		

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 18 a 63

2.2 DESCRIZIONE GENERALE DEI LUOGHI DI LAVORO

2.2.1 DESCRIZIONE DEL CONTESTO AMBIENTALE

Il Presidio Ospedaliero S. Martino di Oristano è costituito da una vasta area (mq. 82,166) all'interno della quale i vari corpi di volumetria ed altezze differenti, sono collegati da percorsi interni, interrati e con tunnel aerei.

L'area confina a nord con la via Rockefeller, a est con l'ex lavatoio comunale e con il Viale S. Martino, a sud con la strada comunale "Is Corteddaris" ed a ovest con varie proprietà private. Al complesso ospedaliero si può accedere dalla via Rockefeller e dal Viale S. Martino.



2.2.2 DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA E DELLE ATTIVITA'

Il Polo Ospedaliero si articola in 7 corpi principali (esclusi i fabbricati che accolgono impianti tecnici quali centrali termiche e/o gruppi elettrogeni).

La planimetria evidenzia la dislocazione dei suddetti (**Allegato T.01 – Planimetria generale del sito**)



La struttura offre assistenza sanitaria in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario, di ricovero diurno, attraverso specialità mediche variegate con una gamma ampia di servizi di diagnosi, terapia e cura.

Attualmente il Presidio dispone di 249 posti letto ed eroga:

- ricoveri ordinari (programmati e d'urgenza);
- ricoveri in degenza diurna (day hospital, day surgery);
- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza e d'emergenza medica
- incluso l'eventuale trasporto presso altre strutture ospedaliere assicurato dal servizio di Pronto Soccorso.

Presso il Presidio sono presenti i seguenti **reparti di degenza/unità operative**, che nella tabella sottostante vengono suddivisi in funzione della dislocazione dei diversi corpi/piani (**Allegato T.02 – Planimetrie**):

PADIGLIONE PIANO	REPARTO	Altezza fabbricato (m)	SUPERFICIE (m)
P	7° ▪ DIREZIONE SANITARIA ▪ DIP. AMMINISTRATIVO ▪ SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	32.94	1.430
	6° ▪ NEUROLOGIA ▪ OTORINO	28.92	1.460
	5° ▪ PEDIATRIA	24.90	/
	4° ▪ GINECOLOGIA ▪ OSTETRICIA	20.88	1.460
	3° ▪ AMBULATORI VARI	16.88	1.460
	2° ▪ ORTOPEDIA	12.84	1.460
	1° ▪ CARDIOLOGIA ▪ EMODINAMICA ▪ UTIC ▪ SALE PARTO	8.82	2.475
	0 ▪ AMBULATORI VARI ▪ 118 ▪ TICKET ▪ AMBULATORIO ORTOPEDIA ▪ DIALISI (parte) ▪ SERVER ▪ ANATOMIA PATOLOGICA ▪ UROLOGIA ▪ CAPPELLA ▪ URP ▪ CUP ▪ CALL-CENTER	4.80	3.890
	-1° ▪ ARCHIVIO ▪ CENTRALE TERMICA ▪ CAMERE MORTUARIE ▪ SALA AUTOPTICA ▪ EX LAVANDERIA ▪ LOCALI TECNICI (ELETTRICISTI) ▪ LOCALI TECNICI (IDRAULICI) ▪ LOCALI TECNICI (GIARDINIERE) ▪ MAGAZZINO GENERALE ▪ MAGAZZINO FARMACEUTICO ▪ LOCALI IMPRESA PULIZIE	0.60	3.890

PADIGLIONE PIANO	REPARTO	Altezza fabbricato (m)	SUPERFICIE (m)
M	2° ▪ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ▪ CHIRURGIA	8,00	2.400
	1° ▪ MEDICINA INTERNA	4,00	2.400
	0° ▪ PSICHIATRIA ▪ NEURORIABILITAZIONE	0,00	2.400
	- 1° ▪ SPOGLIATOIO	-3.42	900
DEA	2° ▪ REPARTO OPERATORIO	8,00	
	1° ▪ RIANIMAZIONE ▪ TERAPIA INTENSIVA	4,00	
	0° ▪ PRONTO SOCCORSO DEA ▪ RADIOLOGIA	0,00	
	- 1° ▪ MAGAZZINO E LOCALI DA DESTINARE	-3.42	
D	1° ▪ NEFROLOGIA E DIALISI	0,00	
L	2° ▪ LABORATORIO ANALISI	8,00	802
	1° ▪ SERVIZIO IMM. TRASFUSIONALE	4,00	802
	0° ▪ FARMACIA OSPEDALIERA	0,00	802
O	1° ▪ DAY HOSPITAL	4,00	713
	0° ▪ STUDI ONCOLOGIA SIT	0,00	713
	-1° ▪ LOCALI TECNICI ▪ ARCHIVIO CARTELLE	-3,50	713
S	0° ▪ NUOVE OPERE E RISTRUTTURAZIONI	0,00	654
	0 ▪ AMBULATORI DIABETOLOGIA	0,00	
	-1° ▪ SALE RIUNIONI (per incontri e formazione del personale)	-3,50	
	▪ GUARDIA MEDICA	-3,50	
	0 ▪ A - GRUPPO ELETTOGENO	0,00	
	0 ▪ B - GRUPPO ELETTOGENO	0,00	
	0 ▪ C - GRUPPO ELETTOGENO	0,00	
	0 ▪ CENTRALE TERMICA	0,00	
	0 ▪ SOTTOCENTRALE ACQUA CALDA	0,00	
	0 ▪ CENTRALE FRIGORIFERA	0,00	
	-1° ▪ LOCALE POMPE ANTINCENDIO	-3,50	
	0 ▪ VASCONI ANTINCENDIO	0,00	
	0 ▪ CENTRALE IDRICA	0,00	
	0 ▪ PARCHEGGIO VISITATORI	0,00	

PADIGLIONE PIANO		▪ REPARTO	Altezza fabbricato (m)	SUPERFICIE (m)
D	1°	▪ NEFROLOGIA E DIALISI		
	2°	▪ LABORATORIO ANALISI		
L	1°	▪ SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE		
	0°	▪ FARMACIA OSPEDALIERA		
O	1°	▪ DAY HOSPITAL		
	0°	▪ STUDI ONCOLOGIA SIT		
	-1°	▪ LOCALI TECNICI, ARCHIVIO CARTELLE		
S	0	▪ AMBULATORI DIABETOLOGIA		
	-1°	▪ SALE RIUNIONI		
		▪ GUARDIA MEDICA		
UFFICI	0	▪ AMBULATORI GINECOLOGIA		
	0	▪ UFFICIO TECNICO		

CAPITOLO 4 - MANUALE OPERATIVO DELLA SGSA

1. VALUTAZIONE DEL RISCHIO INCENDIO

1.1 CONCETTO DI RISCHIO, MISURE COMPENSATIVE E RISCHIO RESIDUO ACCETTABILE

Un pericolo è un qualsiasi fattore/attività sostanza capace di generare un danno.

Il rischio è definibile come la probabilità che un pericolo generi un danno commisurata all'entità dello stesso

Analiticamente, il rischio, qualunque esso sia, si esprime con la formula:

$$R = F \cdot M$$

Dove:

- F esprime la frequenza
- M esprime la magnitudo

Il risultato del prodotto $F \times M$ è un numero adimensionale e quindi difficilmente interpretabile a meno che la valutazione di ogni singolo fattore non venga effettuata attraverso la comparazione matriciale (a tre nel caso specifico) della consistenza dei fattori F e M.

FREQUENZA	Bassa	1	3	2	1
	Media	2	6	4	2
	Alta	3	9	6	3
			3	2	1
			Alta	Media	Bassa
			MAGNITUDO		

Il valore di R così ottenuto rappresenta dunque la determinazione parametrica di quanto sia probabile che l'evento si verifichi e quanto sia alto il danno prodotto.

In funzione del significato attribuito ai gradienti della frequenza e agli effetti della magnitudo, si può realizzare uno schema parametrico del rischio battezzando il livello potenziale

RISCHIO		
BASSO	MEDIO	ALTO

Lo scopo di arrivare a definire una misura del rischio e quello di adottare specifiche misure di prevenzione e protezione capaci di ridurre al minimo il rischio residuo.

Queste misure possono essere gestionali, impiantistiche strutturali di esercizio.

Nello specifico, dal punto di vista della prevenzione incendi, intesa come materia di studio, i pericoli sono determinati dai 3 elementi che possono determinare una reazione di combustione:

- combustibile;
- comburente;
- fonte di innesco.

il rischio di incendio è il rischio che la combinazione dei 3 elementi possa generare un incendio.

1.1.1 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE RISCHIO INCENDIO

Ai sensi del DM 02/09/2021, per le attività soggette ai controlli di prevenzione incendi comprese nell'elenco Allegato al DPR 151/2011, La valutazione del rischio di incendio si intende realizzata con la produzione del progetto secondo la Regola tecnica verticale di riferimento o secondo il DM 03/08/2015 "Codice di prevenzione incendi".

Il rischio residuo accettabile si ottiene dunque attuando tutte le prescrizioni previste da specifiche norme emanate dal legislatore con la possibilità di ottenere deroghe in caso di oggettive difficoltà di attuazione.

Nel caso delle strutture ospedaliere e di quelle assimilabili, la norma di riferimento è il D.M. 18/09/2002, così come modificato dal DM 19 marzo 2015.

All'attuazione delle misure è conseguenziale l'ottenimento di un titolo autorizzativo in materia di prevenzione incendi.

Nel contesto specifico però, il Decreto del Ministero dell'Interno del 19 marzo 2015 introduce un principio innovativo che permette alle strutture sanitarie esistenti alla data di emanazione del decreto, di raggiungere quasi immediatamente il livello di "rischio residuo accettabile", consentendo tra l'altro di ottenere, entro un anno dall'entrata in vigore del Decreto, il titolo autorizzativo all'esercizio dell'attività sanitaria, ovvero la SCIA antincendio di primo step.

Tutto ciò è stato reso possibile con l'introduzione dell'Allegato III del Decreto che prevede delle misure di carattere gestionale che compensano le mancate spese di adeguamento per le strutture e per gli impianti, che andranno adeguati invece in successivi step previsti dalla norma (misure compensative nella fig. 01).

Gli interventi compensativi introdotti si possono così riassumere:

1. Adozione del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA);
2. Nomina di un Responsabile Tecnico Sicurezza Antincendio;
3. Numero congruo di addetti antincendio (di compartimento + squadra antincendio) valutato con le tabelle previste dalla norma.

Tali interventi sono inversamente proporzionali all'avanzamento dell'adeguamento antincendio strutturale ed impiantistico, come da grafico sottostante:

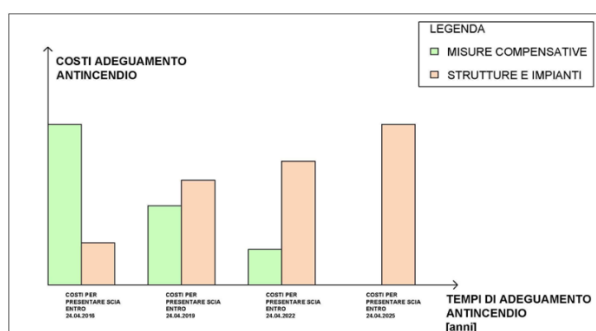



Figura 2

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 25 a 63

Nell'incertezza legata alla tempistica dell'adeguamento di una struttura pubblica, ha previsto, da parte del SPP, la redazione di una valutazione specifica del rischio di incendio.

La metodologia elaborata dal SPP e adottata per definire i compiti, le funzioni e le procedure del presidio antincendio, prevede, al di là della classificazione del livello di rischio delle attività fatta dal legislatore, un'analisi dettagliata del rischio incendio per aree omogenee e secondo i criteri consolidati della valutazione dei rischi.

All'esito di un'analisi quantitativa e/o qualitativa, che permette di valutare, in modo comparato, l'insieme di probabilità e gravità dei massimi scenari incidentali possibili nel luogo di lavoro in esame viene determinato il rischio di incendio tramite un indice numerico che, in una scala graduata, sintetizza il livello di esposizione.

La metodologia adottata per la VRI viene sviluppata secondo le modalità previste dal DM 03/09/2021 procedendo all'analisi di diversi fattori che contraddistinguono il rischio.


I fattori si possono raggruppare in due principali categorie secondo le loro particolari caratteristiche:

- fattori che implementano il rischio incendio;
- fattori che mitigano o contengono il rischio. Di questa categoria fanno parte le misure di prevenzione e protezione. Il rischio è tanto maggiore quanto maggiore è la potenzialità di danno e quanto più carenti sono le misure di prevenzione e protezione attuate.

Ciascun fattore viene valutato tramite una check-list che identifica i parametri che incidono direttamente sul singolo fattore. Una valutazione qualitativa assegna dei coefficienti ponderati. L'interpolazione dei diversi coefficienti determina l'indice del fattore. In prima analisi la VRI viene condotta per aree omogenee.

Le diverse aree omogenee prese in considerazione sono le seguenti:

- aree od impianti a rischio specifico, classificati come attività soggette ai controlli dei VVF ai sensi dell'allegato I al decreto del Presidente della Repubblica 1 agosto 2011, n. 151 (impianti di produzione calore, gruppi elettrogeni, autorimesse, ecc.);
- aree a rischio specifico accessibili al solo personale dipendente (laboratori di analisi e ricerca, depositi, lavanderie, ecc.) ubicate nel volume degli edifici destinati, anche in parte, ad aree dove si svolgono attività di tipo sanitario;
- aree destinate a prestazioni medico-sanitarie di tipo ambulatoriale (ambulatori, centri specialistici, centri di diagnostica, consultori, ecc.) in cui non è previsto il ricovero;
- aree destinate a ricovero in regime ospedaliero e/o residenziale;
- aree adibite ad unità speciali (terapia intensiva, neonatologia, reparto di rianimazione, sale operatorie, terapie particolari, ecc.);
- aree destinate ad altri servizi pertinenti (uffici amministrativi, spazi per riunioni e convegni, mensa aziendale, spazi per visitatori inclusi bar, etc.);
- aree destinate a contenere apparecchiature ad elevata tecnologia oppure sorgenti di radiazioni ionizzanti (sorgenti radioattive, apparecchiature o dispositivi contenenti sorgenti radioattive, apparecchiature ad alta energia di tipo ionizzante e simili) che siano soggette ai provvedimenti autorizzativi di nulla osta per impiego di categoria A e B, ai sensi del decreto legislativo 17 marzo 1995,

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 26 a 63

n. 230, come integrato dal decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 241 e successive modifiche e integrazioni. Sono ricompresi i limitati posti di degenza annessi a dette aree.

Ciò consente successivamente di approfondire la valutazione in modo mirato e cioè in tutti quei settori per i quali la valutazione per area omogenea ha prodotto un alto gradiente di rischio al fine di programmare l'introduzione di specifiche e prioritarie misure per la limitazione del rischio incendio.

I risultati della metodica danno un contributo efficace anche nell'organizzazione della formazione degli operatori, nell'elaborazione di procedure di sicurezza specifiche, nell'introduzione o sostituzione di sostanze e/o attrezzature di lavoro.

La VRI consente di determinare se le esistenti misure di controllo dei rischi incendio siano adeguate o necessitino di miglioramenti. Se sono necessari miglioramenti o nuove misure, la loro scelta è determinata in base al principio di gerarchia delle misure di controllo dei rischi, ossia l'eliminazione dei pericoli ove possibile, seguita dalla riduzione dei rischi (riducendo sia la probabilità di accadimento che la potenziale gravità di un danno), con l'adozione di dispositivi di protezione collettivi o, in ultima analisi, individuali.

Sulla scorta di quanto anzidetto, la Valutazione del Rischio Incendio permette al DL dell'Ospedale San Martino di stabilire strategie prioritarie e preventive per eliminare o controllare il rischio residuo.

Il documento di valutazione rischio incendio estratto dal DVR conservato presso il Servizio Prevenzione e Protezione redatto ai sensi del D.Lgs. 81/2008 (A.06 Valutazione del rischio incendio) al quale si integra quello proposto nell'elaborazione del presente SGSA.

1.2 DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INCENDIO

La valutazione del rischio d'incendio è riassunta nell'**All.06 - Valutazione del rischio di incendio** che riporta quanto prodotto nel DVR dell'attività.


Di seguito si riportano i punti salienti del documento

1.2.1 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI DI INCENDIO

Nel complesso architettonico dell'Ospedale San Martino sono presenti il rischio incendio ed esplosione determinati, in particolare:

- dall'uso di:
 - materiale combustibile e/o altamente combustibile e infiammabile, anche se in quantità molto piccole; di fiamme libere;
 - dalla presenza di depositi di materiali infiammabili / combustibili / radioattivi (come ad esempio nei laboratori di analisi);
- dall'impiego di
 - autoclavi e strumentazione in pressione (rischio esplosione);
 - di apparecchiature laser, bombole di gas, ecc.

In questo ambito, un fattore che determina un incremento ulteriore del rischio deriva dalla contemporanea realizzazione di molteplici lavori di manutenzione/trasformazione che si susseguono all'interno delle strutture

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 27 a 63

sanitarie.

A queste devono aggiungersi le attività ospedaliere che fanno uso di sostanze radioattive elencate nell'allegato A e B del D.Lgs. 230/1995.

Tra le principali cause e pericoli d'incendio presenti inoltre si elencano:

- mancato rispetto del divieto di fumo;
- accumulo o accatastamento improprio, di materiale combustibile che può essere facilmente incendiato (accidentalmente o deliberatamente);
- fattori di natura elettrica: impianti elettrici o utilizzatori difettosi, sovraccaricati, scarsamente mantenuti e non adeguatamente protetti; apparecchi radiotelevisivi e/o piccoli utensili presenti nei reparti; apparecchiature elettroniche (personal computer, apparecchiature medicali) tenute sotto tensione anche quando non utilizzate; riparazioni o modifiche di impianti elettrici effettuate non correttamente; ostruzione della ventilazione di macchinari; apparecchi di condizionamento; cappe di aspirazione; forni; apparecchiature elettriche e di uffici,, server e computer;
- manipolazione e deposito materiali infiammabili/esplosivi/radioattivi/tossici: prodotti per la medicazione e per la pulizia; distribuzione gas medicali; vernici e solventi infiammabili; liquidi infiammabili; autoclavi e recipienti in pressione, prodotti chimici che reagiscono dando luogo a reazioni pericolose; sostanze radiogene, ecc.;
- negligenza nell'uso di fiamme libere e scarsa manutenzione apparecchi generatori di calore: operazioni di saldatura e taglio alla fiamma durante lavori manutenzione ordinaria/ straordinaria, utilizzo non corretto di apparecchi di riscaldamento portatili, apparecchiature di laboratorio, laser, becchi bunsen, bruciatori a gas di cucine;
- errore e comportamento delle maestranze;
- incidente colposo e/o doloso.

1.2.2 IDENTIFICAZIONE DELLE AREE A MAGGIOR RISCHIO D’INCENDIO

L’esamina delle attività sanitarie svolte all’interno dell’Ospedale San Martino unitamente agli agenti e sostanze sanitarie impiegati, permette di poter contenere le aree di pericolo d’incendio, aree ed attività suddivisibili nelle seguenti:

ATTIVITÀ	CARATTERISTICHE		
Centrale termica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipologia		Potenza
	<input type="checkbox"/>	a gas metano	
	<input type="checkbox"/>	a gas gpl	
	<input checked="" type="checkbox"/>	a gasolio	4.420 kW
Gruppo elettrogeno 1 <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipologia		Potenza
	<input type="checkbox"/>	a gas metano	
	<input type="checkbox"/>	a gas gpl	
	<input checked="" type="checkbox"/>	a gasolio	828 kW
Gruppo elettrogeno 2 <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipologia		Potenza
	<input type="checkbox"/>	a gas metano	
	<input type="checkbox"/>	a gas gpl	
	<input checked="" type="checkbox"/>	a gasolio	320 kW
Gruppo elettrogeno 3 <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipologia		Potenza
	<input type="checkbox"/>	a gas metano	
	<input type="checkbox"/>	a gas gpl	
	<input checked="" type="checkbox"/>	a gasolio	640 kW
Gruppo elettrogeno 4 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipologia		Potenza
	<input type="checkbox"/>	a gas metano	
	<input type="checkbox"/>	a gas gpl	
	<input checked="" type="checkbox"/>	a gasolio	120 kW
Ossigeno terapeutico <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Capacità serbatoio		Attività soggetta
	14.000 l		<input checked="" type="checkbox"/>
Sostanze radioattive <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ubicazione		Tipologia
	RADIOLOGIA (corpo DEA – 1° piano) ENDOSCOPIA (corpo M – 2° piano); EMODINAMICA (1° Piano corpo P)		
	Soggette al nulla osta per impiego di categoria A e B di cui al D.lgs. 230/1995		CPI
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Laboratorio di analisi in cui si detengono sostanze infiammabili <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ubicazione		Tipologia
	CORPO L		
	Quantità		Armadi metallici dotati di bacino di contenimento
			<input type="checkbox"/>
Laboratori in cui si utilizzano bombole di gas combustibile <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	UBICAZIONE		TIPOLOGIA GAS
	CORPO L – Piano primo		Acetilene in bombolo
	CAPIENZA GEOMETRICA COMPLESSIVA		
	<input checked="" type="checkbox"/> < 1 l		<input type="checkbox"/> > 1 l
Impianto fotovoltaico <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Installato su strutture ed elementi di copertura e/o di facciata incombustibili		Interposizione tra i moduli fotovoltaici ed il piano di appoggio di uno strato di resistenza al fuoco di almeno EI 30
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

ATTIVITÀ	CARATTERISTICHE		
Autorimessa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DIMENSIONI	POSTI AUTO N.	CPI
	<input type="checkbox"/> > 300 m²		
	<input type="checkbox"/> > 9 veicoli		<input type="checkbox"/>
Depositi <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SUPERFICIE [MQ]	CPI	
	<input type="checkbox"/> > 1.000 m²	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> > 50 quintali di materiale combustibile e/o con carico di incendio > 600 kg/ m²		
Sale operatorie e terapia intensiva <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	UBICAZIONE	N. DEGENZE	
	CORPO DEA - GINECOLOGIA - OSTETRICIA	1	
	CORPO DEA - ORTOPEDIA	1	
	CORPO DEA - CARDIOLOGIA	1	
	CORPO DEA - CHIRURGIA	1	
	CORPO DEA - EMERGENZE	1	
	CORPO DEA – SALA RISVEGLIO	4	
	CORPO P IV°PIANO – GINECOLOGIA - OSTETRICIA	1	

1.3 MISURE DI PREVENZIONE IN ESSERE

Le misure di prevenzione sono finalizzate a ridurre la probabilità che si verifichi un incendio. Parte fondamentale di queste misure sono:

- la formazione e informazione dei lavoratori;
- i controlli;
- le misure comportamentali;
- i regolamenti e i divieti.

1.3.1 MISURE COMPORTAMENTALI

Sono definite, a carattere generale, le misure comportamentali tese a ridurre la probabilità di insorgenza degli incendi. Tali misure sono descritte nell'**Allegato P.11 Misure comportamentali**.

1.4 MISURE DI PROTEZIONE IN ESSERE

Le misure di protezione sono finalizzate a ridurre i danni generati da un incendio. Esse possono essere attive o passive.

1.4.1 COMPARTIMENTAZIONE


Le opere di compartimentazione della struttura sono in via di completamento e previste nel piano di adeguamento secondo i programmi definite dalle indicazioni di legge.

Nei diversi corpi sono e/o saranno previste compartimentazioni per piani e/o reparti.

Saranno altresì compartimentate le aree a maggior rischio d'incendio.

1.4.2 PERCORSI DI ESODO

I percorsi d'esodo sono definiti per zona, reparto, comparto e sono chiaramente indicati nelle planimetrie d'esodo presenti in ogni piano e in ogni punto ove occorra identificazione degli spazi.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 30 a 63	

1.4.3 USCITE DI EMERGENZA

Sono presenti seguenti uscite di emergenza in numero congruo al massimo affollamento previsto, disposte secondo i termini di legge. Ciascuna uscita conduce in luogo sicuro ed è dotata di sistema di apertura facilitato. Le uscite di emergenza non sono mai inferiori a n.2 per piano.

1.4.4 SPAZI CALMI

Le aree di ricollocazione temporanea dei degenti, definite come spazi calmi, sono rappresentate, allo stato attuale, dalle zone o dai reparti collocati sullo stesso piano, più distanti dalla zona interessata dalla presenza del focolaio d'incendio.

Comunque si è provveduto a verificare che gli "spazi calmi" per la ricollocazione dei degenti risultino:

- in grado di ricevere (oltre ai propri normali occupanti) il numero di persone previste per il reparto da evacuare situato al medesimo piano, da cui sia possibile un'ulteriore fuga in senso orizzontale e/o verticale;
- sufficientemente separate o lontane dalle aree di sviluppo dell'incendio, in modo da consentire la permanenza assistita dei degenti in condizioni di relativa sicurezza fino a che l'incendio sia domato o si renda necessario operare un'ulteriore evacuazione verso un "luogo sicuro";
- dotate di uscita per esodo verticale tramite scale di larghezza sufficiente al transito di una barella.

Gli spazi calmi sono adeguatamente segnalati nelle planimetrie nei piani e contemplati nella Planimetria di emergenza (**T.03 Planimetrie d'emergenza**)

1.4.5 PUNTI DI RACCOLTA

I punti di raccolta, che rappresentano i punti di raggruppamento dei degenti e delle persone evacuate, sono individuati principalmente:

- nelle aree esterne;
- nelle adiacenze della camera calda al Pronto soccorso.

La destinazione delle persone dovrà garantire ovviamente un'adeguata distanza dall'incendio per poter organizzare l'assistenza.


I punti di raccolta devono essere mantenuti sgombri da materiali vari, in modo da poter essere sempre utilizzati in caso di necessità.

Per questa attività di vigilanza il compito è affidato ai Dirigenti ed ai Preposti delle singole U.O. dell'area sanitaria, dell'area tecnica e dell'area amministrativa.

I punti di raccolta sono adeguatamente segnalati negli spazi esterni e riportati nelle planimetrie d'emergenza nei piani (**Allegato T.03 Planimetrie d'emergenza**)

1.4.6 SISTEMI DI PROTEZIONE ATTIVA, ATTREZZATURE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA INCENDIO

Il sito dispone delle seguenti dotazioni, attrezzature e dispositivi per far fronte necessità legate alla prevenzione incendi, lotta antincendio, primo soccorso e gestione dell'emergenza.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 31 a 63

▪ **IMPIANTO DI PROTEZIONE ATTIVA A RETE DI IDRANTI**

L'intero sito è protetto da un impianto di protezione attiva a rete di idranti/naspi. La rete antincendio è alimentata da una vasca di riserva idrica posta nel piazzale antistante il reparto oncologia ed è tenuta costantemente in pressione da un gruppo di pressurizzazione antincendio sistemato in apposito locale nella stessa zona.

Lungo l'area da proteggere sono distribuiti i seguenti presidi antincendio:

- N. 115 idranti interni UNI 45.
- N. 9 idranti esterni UNI 70.
- N. 16 naspi.
- N°10 Attacchi autopompa VVF.

La morfologia della rete e la distribuzione delle apparecchiature dell'impianto è riportata nell'Allegato P.21 - Elaborati grafici

▪ **IMPIANTO DI RILEVAZIONE FUMI E D'ALLARME ANTINCENDIO**

Presso gli edifici del presidio, limitatamente alle zone che sono state oggetto di recente ristrutturazione, sono presenti rilevatori automatici fumi/incendio e avvisatori ad azionamento manuale.

Per garantire il buon funzionamento degli impianti indicati è fondamentale mantenere un sistema di controllo programmato e periodico degli stessi, in particolare tali verifiche dovranno riguardare l'efficienza dei dispositivi collegati ai sistemi elettromagnetici di trattenuta e rilascio delle porte tagliafuoco.

La struttura è stata dotata di n° 8 impianti di rilevazione, così suddivisi:

- N. 1 impianto di rilevazione nel corpo **"DEA"** che serve tutto il corpo.
- N. 1 impianto di rilevazione nel corpo **"M"** che serve tutto il corpo.
- N. 1 impianto di rilevazione nel corpo **"O"** che serve il piano seminterrato.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano terra del corpo **"P"** solo a servizio del reparto di anatomia patologica.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano primo del corpo **"P"** a servizio di tutto il piano con la sola esclusione della zona dell'ex blocco operatorio ed ex rianimazione.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano quarto del corpo **"P"** che serve tutto il piano.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano quinto del corpo **"P"** che serve tutto il piano.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano sesto del corpo **"P"** che serve tutto il piano.


La distribuzione delle apparecchiature degli impianti è riportata nell'Allegato P.21 - Elaborati grafici

▪ **ESTINTORI PORTATILI**

Nell'edificio sono presenti e distribuiti uniformemente nelle vie di fuga di tutti i fabbricati e nei locali tecnologici un numero congruo di estintori, di dimensione e agente estinguente adatto all'immediato uso.

La dislocazione degli estintori è riportata per ogni reparto nelle Planimetrie affisse.

La distribuzione e la tipologia degli estintori è riportata nell'Allegato P.21 - Elaborati grafici

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 32 a 63

▪ **ATTREZZATURE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA INCENDIO**




Per consentire una corretta azione di primo intervento in caso di incendio, è stata predisposta un'apposita attrezzatura di emergenza, depositata in appositi armadi di **"Tipo A e di Tipo B"** situati nei reparti/servizi del presidio Ospedaliero.

Con frequenza mensile viene effettuata una sorveglianza delle dotazioni contenute negli armadi e un addetto SAVA registra su apposito modulo l'esito di tali verifiche.

Con frequenza semestrale viene testata l'efficienza delle torce elettriche e dei megafoni.

La distribuzione degli armadi antincendio è riportata nell'Allegato P.21 - Elaborati grafici

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 33 a 63

2. ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

2.1 ORGANIGRAMMA GENERALE

Il Direttore Generale dell'Ospedale San Martino, in accordo con quanto richiesto dalle necessità organizzative interne e dall'adempimento delle vigenti normative, in particolare dal Decreto del Ministero dell'Interno 19 marzo 2015 (GU 25 marzo 2015 n.70), ha identificato le risorse umane necessarie per garantire un'adeguata implementazione del SGSA assegnando compiti, identificando le esigenze formative, strumentali ed organizzative. Per l'organigramma dettagliato si veda **l'Allegato - A.02 Organigramma**.

2.2 ATTRIBUZIONI DELLE FIGURE DEL SGSA

2.2.1 DIRETTORE GENERALE

Al Direttore Generale sono state attribuite mansioni di governo e controllo. Nello specifico:

- nomina il RTSA;
- dispone l'applicazione delle misure contenute nel manuale SGSA attraverso delega al Direttore Medico di presidio, ai Dirigenti responsabili e di Reparto e a tutte le figure di governo interessate;
- verifica periodicamente l'applicazione del SGSA attraverso audit con il RTSA;
- interviene nei confronti delle figure delegate in caso di mancata applicazione delle disposizioni regolamentari (mancata compilazione delle schede di controllo, ingombro vie di fuga ecc.).

2.2.2 DIRETTORE SANITARIO

E' la figura che dirige con autonomia tecnico/funzionale ed economico finanziaria la struttura ospedaliera di cui è preposto e ne è responsabile ai fini organizzativi e gestionali.

Nello specifico, i suoi compiti sono i seguenti


- dispone l'applicazione delle misure contenute nel manuale SGSA per la sua parte di competenza;
- supporta l'attività del RTSA nell'indagine, disposizione e realizzazione dei processi che definiscono e regolano la SGSA.
- verifica periodicamente l'applicazione del SGSA attraverso audit con il RTSA;
- interviene nei confronti dei Dirigenti Responsabili e di Reparto in caso di mancata applicazione delle disposizioni regolamentari (mancata compilazione delle schede di controllo, ingombro vie di fuga ecc.).

2.2.3 RESPONSABILE TECNICO DELLA SICUREZZA ANTINCENDIO

Sulla base di specifici requisiti posseduti di cui all'articolo 2 punto 1 comma b, del Decreto del Ministero dell'Interno 19 marzo 2015, il DL dell'Ospedale ha identificato il proprio RTSA, al fine di predisporre e monitorare la relativa attuazione del SGSA.

Al Responsabile sono state attribuite mansioni di pianificazione, coordinamento e verifica dell'adeguamento antincendio nelle varie fasi previste.

La Deliberazione di nomina del RTSA è contenuta nell'Allegato **A.04 Incarico di Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio**.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 34 a 63

In particolare, il RTSA deve:

- svolgere le mansioni di pianificazione, coordinamento e verifica dell'adeguamento antincendio in conformità con quanto disposto dalla Politica per la sicurezza antincendio;
- predisporre e controllare il documento di strategia nei riguardi della sicurezza antincendio nel quale sono definite le risorse organizzative necessarie all'attuazione del Sistema di Gestione per la Sicurezza Antincendio (SGSA);
- assicurare che il SGSA sia stabilito, attuato e mantenuto attivo attraverso azioni di monitoraggio dello stato d'avanzamento delle attività di adeguamento antincendio del plesso ospedaliero, di verifica dell'attuazione di quanto pianificato nel Manuale del SGSA, di analisi di eventuali criticità e della conseguente definizione delle azioni di miglioramento del SGSA.

Il RTSA ricopre una posizione di staff al Direttore Generale e, per l'espletamento dei compiti, deve essere supportato:


- per gli aspetti organizzativi, dal Direttore tecnico del P.O.;
- per gli aspetti tecnici del SGSA, dal Responsabile dell'Ufficio Tecnico;
- per gli aspetti legati al processo di valutazione dei rischi e alla definizione delle misure di prevenzione e protezione, dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Il Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio non ha responsabilità per la pianificazione ai fini antincendio ed attua solamente e diligentemente le direttive del Direttore Generale (non ha potere di spesa per i lavori di adeguamento relativamente al 2°, 3° e 4° step previsti dal D.M. 19/03/2015).

A cadenza semestrale, salvo situazioni urgenti, il RTSA deve relazionare il Direttore Generale sull'efficacia del SGSA.

Il RTSA in accordo con le specifiche e già presenti strutture preposte alla formazione e con il RSPP è parte propositiva per tutte le iniziative riguardanti la formazione e le esercitazioni.

Le responsabilità di tale funzione sono descritte nell'Allegato **A.04.1 Compiti del Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio**.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 35 a 63	

2.2.4 RESPONSABILE DEL SERVIZIO TECNICO LOGISTICO E PATRIMONIO

E' la figura di raccordo tra l'attività del RTSA e gli organi di gestione e governo.

Nello specifico inoltre;

- ha il compito della pianificazione degli interventi da attuare per l'adeguamento negli step previsti dal D.M. 19/03/2015;
- verifica lo svolgimento delle attività in capo al RTSA supportandolo, con i mezzi tecnici e in termini di risorse umane, nelle attività logistiche di competenza;
- coordina le attività delle ditte che svolgono compiti di manutenzione, controllo, gestione degli impianti tecnologici, disponendo le modalità di intervento in emergenza e a chiamata;
- verifica la corretta applicazione dei contratti con le ditte che svolgono compiti di manutenzione, controllo, gestione degli impianti tecnologici del P.O;
- verifica le attività della ditta che gestisce il servizio di Vigilanza Attiva Antincendio (SAVA).

2.2.5 RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)

Il Servizio di Prevenzione e Protezione provvede:

- all'individuazione dei fattori di rischio di incendio, alla valutazione del rischio e all'individuazione delle misure per la sicurezza, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2, del D.Lgs 81/08 e i sistemi di controllo di tali misure;
- ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35 del D.Lgs 81/08;
- a fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36 del D.Lgs 81/08.

2.2.6 RESPONSABILE DI REPARTO E DIRETTORE MEDICO DEL PRESIDIO


I Direttori/responsabili di reparto sono individuabili nei Dirigenti nominati di Strutture Complesse, semplici dipartimentali e semplici.

Il Direttore medico di Presidio si occupa della gestione generale del presidio lasciando ai sopraindicati l'applicazione delle direttive del Datore di lavoro all'interno dei singoli reparti, compartimenti, strutture, di loro competenza.

Entrambi hanno parte attiva nel SGSA.

A loro sono attribuite le attività di gestione e coordinamento delle emergenze locali, così come previsto dal piano delle emergenze, non che l'individuazione dei loro incaricati in caso di assenza dal reparto/presidio o per la copertura dei turni notturni.

In accordo con le disposizioni del Direttore Generale e in base alle indicazioni del RTSA, i responsabili:

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 36 a 63

- applicano le disposizioni del SGSA;
- verificano, che siano rispettate la disposizione sulla:
 - fruibilità delle vie d'esodo;
 - funzionalità dei presidi di chiamata;
 - presenza continuativa degli addetti antincendio di reparto nel numero disposto dal SGSA;
- comunicano al responsabile del ST qualsiasi problematica legata agli ambienti, alle attrezzature, agli impianti tecnologici.

2.2.7 SQUADRE ANTINCENDIO

Il P.O. è dotato di squadre di addetti alla gestione delle emergenze organizzate per tipologie di area, per piani e per compartimenti.

Gli addetti sono individuati tra il personale operante presso il P.O. o sono dipendenti della ditta Esterna che si occupa dell'implementazione del servizio di vigilanza e di gestione dell'emergenza antincendio (Servizio Attivo di Vigilanza Antincendio).

Le squadre antincendio sono suddivise in due categorie:

- la prima è composta dagli addetti di compartimento, normalmente individuati tra il personale operativo del P.O., che assicurano il primo intervento immediato e che svolgono altre funzioni sanitarie o non;
- la seconda è una squadra di supporto e si occupa dei controlli preventivi e dell'intervento in caso di incendio, anche in supporto agli addetti di compartimento.

Tutte le squadre antincendio operano sulle 24 ore/365 giorni anno con un numero di addetti che rispetta i valori determinati dalle tabelle II, III, IV dell'allegato III del citato Decreto Ministeriale.

Per il calcolo specifico si rimanda all'Allegato **A.03 - Calcolo del numero degli addetti Antincendio**.

2.2.7.1 ADDETTI ANTINCENDIO DI COMPARTIMENTO


Gli addetti antincendio di compartimento sono stati designati come incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio, evacuazione dei luoghi di lavoro e sono scelti, formati e distribuiti nei vari reparti in modo da garantire il loro tempestivo intervento in ogni ambiente di lavoro, H 24.

In ciascun compartimento antincendio viene garantita la presenza di un congruo numero di addetti.

I nominativi degli addetti antincendio sono contenuti nell'Allegato **A.03.1 Elenco degli addetti antincendio di compartimento**.

Gli addetti antincendio di compartimento dovranno frequentare con successo il corso di formazione specifico di Livello 3 (16 ore di formazione) ai sensi del D.M. 02/09/2021 e conseguire l'idoneità tecnica da parte dei VVF e specifica nomina da parte del Responsabile SPP delegato dal Direttore Generale.

Nel caso in cui l'emergenza sia così grave da determinare un'evacuazione parziale o totale, gli addetti dovranno attivarsi nel rispetto delle schede/compiti relative alle diverse tipologie di emergenza, agendo conformemente alla formazione ricevuta, per limitare le conseguenze dell'emergenza e per risolvere situazioni di pericolo grave ed immediato. Nello specifico, in condizioni di emergenza, provvedono allo spegnimento di un principio di

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 37 a 63

incendio, guidano l'evacuazione degli occupanti secondo le procedure adottate, eseguono le comunicazioni previste in caso di emergenza.

Agli addetti sono stati affidati compiti di sorveglianza visiva volti alla verifica della presenza e della corretta collocazione delle attrezzature antincendio, della fruibilità delle vie d'esodo e delle uscite d'emergenza, del corretto posizionamento dei rifiuti e del materiale nei depositi dedicati.

Nei controlli di prevenzione incendi il personale della Squadra Antincendio sensibilizza di volta in volta il personale di settore richiamandolo al rispetto delle corrette norme comportamentali.

La Squadra Antincendio svolge inoltre compiti operativi collegati alla gestione degli eventi incidentali, imprevisti, emergenziali sia all'interno degli edifici dell'Ente che nelle aree verdi e nelle strade interne.

Ciascuna squadra di emergenza è dotata di idoneo strumento di comunicazione con il centro di gestione delle emergenze in maniera tale da consentire l'attivazione tempestiva delle attività di soccorso nella zona interessata dall'emergenza stessa.

Gli Addetti sono chiamati a rivestire il ruolo di COORDINATORE DELLE EMERGENZE DI REPARTO, qualora questo non sia presente nel reparto/piano al momento dell'emergenza.

I compiti e le attribuzioni specifiche delle squadre antincendio di compartimento sono specificati nelle procedure operative contenute nell'Allegato **P.01 – Compiti degli addetti antincendio di compartimento**.

2.2.7.2 ADDETTI ANTINCENDIO DELLA SQUADRA DI SUPPORTO


Gli addetti antincendio della squadra di supporto sono individuati nel personale della società che gestisce il servizio SAVA.

Gli addetti antincendio di compartimento dovranno effettuare con successo il corso di formazione specifico di Livello 3 (16 ore di formazione) ai sensi del D.M. 02/09/2021 e conseguire l'idoneità tecnica da parte dei VVF: è compito del responsabile tecnico della società fornire al responsabile del ST e al RTSA le attestazioni cui sopra.

I nominativi degli addetti antincendio della squadra di supporto sono contenuti nell'allegato **A.03.2 Elenco degli addetti antincendio della squadra di supporto**


Il **SAVA** è finalizzato al completamento delle misure di sicurezza, peculiari dell'attività di prevenzione incendi, a prevenire situazioni di rischio e ad assicurare l'immediato intervento con persone e mezzi tecnici nel caso si verifichi l'evento dannoso. Agli addetti sono affidati compiti di sorveglianza periodica volti alla verifica della presenza e della corretta collocazione delle attrezzature antincendio, della fruibilità delle vie d'esodo e delle uscite d'emergenza, del corretto posizionamento dei rifiuti e del materiale nei depositi dedicati.

Ai controlli di sorveglianza deve seguire report dettagliato al ST e al RSTA, nelle modalità definite dal SGSA e dal contratto d'appalto. In condizione di emergenza, agli addetti alla squadra di supporto sono affidati i compiti di intervento a supporto delle squadre di compartimento, di gestione e coordinamento dell'emergenza generale, di supporto all'intervento dei VVF. Gli addetti della squadra di supporto sono dotati di telefonino e radio ricetrasmittente personale collegata al Centro Gestione Emergenze / Portineria e ciò consente di effettuare nel caso di emergenza dialoghi in diretta, cioè contemporaneamente con tutte le figure previste dal Piano di

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 38 a 63

Emergenza Aziendale dotate di ricetrasmittente.

I compiti e le attribuzioni specifiche delle squadre antincendio di compartimento sono specificati nelle procedure operative contenute nell'Allegato **P.02 – – Compiti degli addetti antincendio della squadra di supporto.**

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
	Pag. 39 a 63		

2.3 ADDETTI AL CENTRO DI GESTIONE EMERGENZE

Secondo quanto disposto dal DM del 18/09/2002 così come modificato e integrato dal D.M. 19/03/2015 il P.O. è dotato di un Centro di Gestione Emergenze (CGE) realizzato secondo quanto prevede il punto 19.3 - Titolo III dell'Allegato al D.M. 19/03/2015.

Il CGE dell'Ospedale San Martino è ubicato nella guardiola d'ingresso presidiata dal servizio SAVA e sarà operativo h 24 e 365 giorni l'anno.

Presso il CGE saranno coordinate tutte le attività di gestione dell'emergenza e sono conservati tutti i documenti necessari alla stessa. Nello specifico saranno sempre disponibili e aggiornati i seguenti:

- Organigramma e recapiti telefonici delle figure interessate al SGSA;
- Piano delle emergenze e allegati;
- planimetrie indicanti:
 - la configurazione generale del sito e il posizionamento dei locali a rischio specifico;
 - viabilità delle aree esterne;
 - vie d'uscita e sistemi delle vie d'esodo;
 - posizionamento presidi antincendio;
 - schemi funzionali degli impianti di protezione attiva antincendio;
 - posizionamento sistemi di arresto degli impianti tecnologici e delle alimentazioni elettriche ordinarie e di emergenza;
 - posizionamento valvole di sezionamento impianti distribuzione gas medicinali;
- elenco degli addetti antincendio di compartimento e numeri telefonici;
- elenco degli addetti antincendio delle squadre di supporto e numeri telefonici;
- numeri telefonici per le comunicazioni interne;
- numeri telefonici necessari in caso di emergenza;
- riferimenti delle ditte esterne incaricate della gestione/manutenzione degli impianti tecnologici

Il CGE sarà sempre presidiato durante le emergenze da una figura individuata all'interno del personale del servizio SAVA, che si occuperà delle attività di coordinamento, di chiamata alle squadre di supporto, di chiamata e supporto alle squadre dei VVF.


L'Ufficio Tecnico ha l'onere di mantenere aggiornati tali documenti e di comunicare al CGE eventuali modifiche.

2.3.1 ALTRE FUNZIONI COINVOLTE

A supporto delle attività di controllo operativo e di gestione delle emergenze sono individuate altre figure:

2.3.1.1 ADDETTI ALLA GESTIONE DEGLI IMPIANTI TECNOLOGICI

La struttura ospedaliera è dotata di servizi di manutenzione, appaltati a ditte esterne, per la gestione, il ripristino, il controllo e la riparazione di qualsiasi impianto sensibile ai fini della sicurezza antincendio. All'interno delle ditte che si occupano delle manutenzioni ordinarie e straordinarie degli impianti tecnologici, dei presidi

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 40 a 63

antincendio, degli impianti di protezione attiva, delle attrezzature speciali e degli ascensori, vengono individuate le figure che intervengono a supporto delle squadre antincendio durante una emergenza.

Il loro compito, definito dal PEE, è quello di gestire i controlli operativi dei suddetti e di operare, previa indicazione dei coordinatori delle emergenze, per l'interruzione delle erogazioni di energia elettrica o di distribuzione dei gas medicinali nei diversi reparti coinvolti dalle emergenze.

L'elenco delle ditte che si occupano delle manutenzioni e dei servizi di supporto, non che i nominativi delle persone abilitate al servizio sono contenute nell'Allegato **A.09 - Elenco delle ditte autorizzate ai servizi di manutenzione e supporto e del personale operativo**

2.3.1.2 ADDETTI ALLA GESTIONE DEGLI IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE DEI GAS MEDICALI

Per via dell'importanza specifica degli impianti di distribuzione dei gas medicali e del possibile impatto in caso di incendio, presso il P.O. opera ditta specializzata nella gestione ordinaria e straordinaria degli impianti di produzione, stoccaggio e distribuzione dei gas medicali.

Agli addetti incaricati vengono attribuiti i compiti di gestione dei suddetti sia durante il normale esercizio che in caso di emergenza.

Le procedure operative per la gestione della sicurezza in esercizio sono contenute nell'Allegato **P.03 - Modalità di stoccaggio e utilizzo gas medicali e tecnici.**

In emergenza gli addetti devono operare per la messa in sicurezza degli impianti.

Le procedure in emergenza sono contenute nell'Allegato **P.03.1 - Procedure di emergenza per la gestione degli impianti di distribuzione gas medicali**

2.3.1.3 SERVIZIO DI VIGILANZA E CONTROLLO ACCESSI

Presso il P.O. è attivo un Servizio di vigilanza e controllo accessi composto dalle guardie particolari giurate che opera sulle 24 ore 365 giorni/annui e collabora con la Squadra Antincendio nella gestione delle emergenze.


La centrale operativa del Servizio vigilanza e controllo accessi riceve le chiamate CGE e coordina, sempre via radio, le chiamate alle guardie giurate. I compiti della squadra di vigilanza in caso di emergenza sono quelli di gestione delle aree esterne e di controllo della viabilità e degli accessi.

Le procedure operative che definiscono le attività del personale addetto sono contenute nell'Allegato **P.04 Procedure operative per la vigilanza e controllo del sito in emergenza.**

2.3.1.4 ALTRI SERVIZI

Inoltre, all'interno dell'Ospedale è previsto che vengano addestrate altre risorse che, nel rispetto dei ruoli, collaborano nella gestione delle emergenze secondo quanto stabilito nel PEE e sono:

- ascensorista;
- tecnico dei servizi ICT (Information Communication & Technology).

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 41 a 63	

3. FORMAZIONE E INFORMAZIONE

3.1 FORMAZIONE E INFORMAZIONE AI LAVORATORI

Ai sensi dell'Art. 36 del D.Lgs 81/08, i datori di lavoro, del P.O. e di tutte le ditte che operano all'interno, provvedono affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:

- sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi alla attività della impresa in generale;
- sulle procedure che riguardano il primo soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro;
- sui nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di cui agli articoli 45 e 46;
- sui nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione, e del medico competente.

Provvedono altresì affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:

- sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia;
- sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e delle miscele pericolose⁷⁹ sulla base delle schede dei dati di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica;
- sulle misure e le attività di protezione e prevenzione adottate.

Ai sensi dell'Art. 37 del D.Lgs 81/08, inoltre, assicurano che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza, anche rispetto alle conoscenze linguistiche, con particolare riferimento a:

- concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organi di vigilanza, controllo, assistenza;
- rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici del settore o comparto di appartenenza dell'azienda.

L'informazione e la formazione devono partire dai vertici apicali della struttura organizzativa.


E' di fondamentale importanza che chi governa l'esercizio del P.O. sia pienamente cosciente dei rischi specifici e delle misure di esercizio, prevenzione e protezione adottate

3.1.1 FORMAZIONE E INFORMAZIONE AI LAVORATORI SUI RISCHI DI INCENDIO

Il processo di informazione sul rischio di incendio viene espletata attraverso:

- la cartellonistica di sicurezza (esterna, mezzi fissi antincendio, luogo di raccolta, planimetrie di piano/di comparto/di stanza, vie di fuga, divieti, obblighi);
- le procedure di sicurezza per attività a rischio specifico di incendio;
- opuscoli formativi e/o video a temi specifici distribuiti agli addetti interni/esterni, alle maestranze e al pubblico.

L'Accordo stato regioni del 21 dicembre 2011, così come stabilito dal comma 2 dell'Art.37 del D.lgas 81/08, definisce le modalità di svolgimento e i contenuti della formazione sui rischi specifici dei lavoratori.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 42 a 63

Per il comparto di appartenenza (sanità) è definita una formazione per il livello di rischio alto che prevede una formazione specifica di 12 h.

La formazione sul rischio specifico di incendio è parte fondamentale del bagaglio formativo di ciascun lavoratore.

Il SPP deve predisporre un piano formativo che affronti in modo esaustivo tutte le indicazioni desunte dal processo di valutazione sul rischio d'incendio. Nella formazione devono essere esplicitate tutte le misure di prevenzione, protezione e d esercizio tese a mitigare il rischio specifico.

Devono essere altresì fornite ai lavoratori tutte le indicazioni contenute nel PEE ivi comprese le procedure di soccorso, evacuazione e comunicazione

La formazione dei lavoratori deve essere aggiornata con cadenza periodica di 5 anni e, in ogni caso si verifichi una diversa valutazione dei rischi e/o una modifica delle procedure operative.

3.2 INFORMAZIONE AGLI UTENTI

3.2.1.1 ISTRUZIONI DA ESPORRE A CIASCUN PIANO

In ciascun piano della struttura sanitaria, in prossimità degli accessi, lungo i corridoi e nelle aree di sosta, devono essere esposte, bene in vista, precise istruzioni relative al comportamento del personale e del pubblico in caso di emergenza corredate da planimetrie del piano medesimo che riportino, in particolare, i percorsi da seguire per raggiungere le scale e le uscite fino al luogo sicuro dinamico.

Tale impegno è osservato all'atto della presentazione della SCIA di primo livello.


3.2.1.2 ISTRUZIONI DA ESPORRE NEI LOCALI CUI HANNO ACCESSO DEGENTI, UTENTI E VISITATORI

In ciascun locale precise istruzioni, esposte bene in vista, devono indicare il comportamento da tenere in caso di incendio.

Le istruzioni devono essere accompagnate da una planimetria semplificata del piano, che indichi schematicamente la posizione del locale rispetto alle vie di esodo, alle scale ed alle uscite. Le istruzioni devono richiamare il divieto di usare i comuni ascensori in caso di incendio ed eventuali altri divieti

Tale impegno è osservato all'atto della presentazione della SCIA di primo livello.

Lo schema di cui sopra deve essere conforme all'Allegato **A.08 - Istruzioni di sicurezza e planimetrie ai piani.**

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 43 a 63

4. PIANIFICAZIONE DELLE EMERGENZE

L'emergenza può essere definita come una situazione inconsueta, incontrollabile e pericolosa. La non prevedibilità della situazione di emergenza richiede interventi tempestivi che permettano di ridurre le conseguenze dell'evento, mediante l'impiego razionale di uomini e mezzi.

Il D.Lgs. 81/2008 all'art. 18 definisce in modo chiaro gli adempimenti datoriali in caso di emergenza.

La necessità di una pianificazione dell'emergenza interna nasce dall'esigenza di ridurre le conseguenze di un evento sinistoso per le persone e le cose in caso di pericolo grave ed immediato che possa interessare l'Ospedale San Martino.

La gestione di un'emergenza in Ospedale è particolarmente complessa perché, per qualunque scenario ipotizzato, comporta l'attuazione di interventi di tipo tecnico (direttamente sull'evento in essere, interruzione di alimentazioni di gas o energia elettrica) e sanitario (mobilitazione dei pazienti, assistenza agli stessi in emergenza, ecc.).

4.1 PIANO DI EMERGENZA E EVACUAZIONE - PEE

Sulla base della legislazione vigente in materia di sicurezza sul lavoro per la tutela delle persone in caso di situazioni di pericolo, si è elaborato il Piano delle emergenze e di evacuazione contenuto nell'Allegato **A.07 - Piano di gestione delle emergenze**).

Il PEE, che costituisce l'insieme di procedure che stabiliscono ruoli e responsabilità nella gestione di eventi avversi classificabili come emergenze, è stato sviluppato nel rispetto dell'attuale organizzazione aziendale, condiviso con le funzioni che principalmente sono coinvolte dalle procedure operative e implementato a seguito della VRI.


Il fulcro del piano di emergenza, con particolare riferimento all'incendio, è costituito dalla centralità operativa della Squadra Antincendio.

Il PEA tratta diversi ambiti tra i quali:

- tipologia di emergenze;
- livelli d'allarme;
- assegnazione compiti;
- responsabilità e funzioni;
- coordinamento dell'emergenza;
- attrezzature;
- procedure di emergenza generali;
- formazione, informazione e sensibilizzazione;
- esercitazioni antincendio e prove di evacuazione (per l'evento incendio).

Il PEE è integrato da una serie di allegati che riguardano:

- modalità operative e responsabilità per fronteggiare specifiche emergenze (incendio, terremoti, allagamenti, fughe di gas, sostanze radioattive, emergenza presso Laboratori, blocco ascensori con

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 44 a 63

persone a bordo...);

- norme comportamentali;
- diagrammi di flusso;
- planimetrie, ecc.

Il PEE è stato concepito in modo da fronteggiare efficacemente una situazione di pericolo sia all'interno di un edificio sia nelle aree esterne.

Questa organizzazione consentirà di avere tempi di risposta rapidi e interventi efficaci e coordinati al verificarsi di un'emergenza, garantendo in tal modo la salvaguardia delle persone e in particolare dei pazienti non autosufficienti.

Il PEE è accessibile a tutto il personale per la consultazione sulla rete intranet aziendale.

Il Piano di emergenza ed evacuazione include anche planimetrie, organizzate in maniera tale che la loro ubicazione renda facilmente individuabile il punto di ubicazione della persona interessata, che illustri in maniera chiara e precisa i percorsi di esodo verso le uscite di emergenza.

Nelle planimetrie sono anche riportate, sempre in maniera chiara e facilmente leggibili, le indicazioni relative ai mezzi e impianti antincendio, l'ubicazione degli allarmi, l'ubicazione dell'interruttore generale dell'alimentazione elettrica, delle valvole di intercettazione del gas, e di altri fluidi combustibili.

Il PEE deve contenere procedure operative per la gestione di particolari scenari di incendio quali:

- incendi coinvolgenti apparecchiature di risonanza magnetica (**P.12 Procedura operativa per incendi coinvolgenti apparecchiature di risonanza magnetica**);
- incendi coinvolgenti sostanze radioattive (**P.13 Procedura operativa per incendi coinvolgenti sostanze radioattive**);
- incendi nelle sale operatorie;
- incendi nei reparti di terapia intensiva;
- incendi in aree esterne;
- incendi nei locali tecnici.


4.2 ESERCITAZIONI E PROVE SIMULATE DI EMERGENZA

Per la preparazione all'emergenza è necessario pianificare le esercitazioni o prove di evacuazione con cadenza periodica (almeno annuale), simulando gli scenari incidentali previsti e l'attuazione dei meccanismi previsti dal Piano di Emergenza ed evacuazione (PEE).

Al fine di testare il piano di emergenza antincendio si organizza con cadenza annuale e in ottemperanza a quanto disposto dal D.M. 02/09/2021, una prova simulata di emergenza.

L'onere dell'organizzazione della prova è a carico del SPP con la collaborazione del RTSA per quanto riguarda gli aspetti operativi.

Tali esercitazioni possono prevedere il coinvolgimento del Comando dei VVF competente per territorio e hanno per scopo l'addestramento del personale interno nella gestione delle prime fasi di una emergenza e la verifica

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 45 a 63

della conoscenza e dell'efficacia delle procedure previste dal PEA in particolare per:

- applicare le procedure di emergenza previste dal PEA;
- verificare la conoscenza delle procedure di emergenza da parte del personale;
- addestrare il personale all'applicazione del PEA e promuovere la conoscenza e la condivisione delle procedure di emergenza;
- verificare l'efficacia dei flussi di comunicazione ed allarme sia interni (comunicazioni interne) che esterni (richiesta di soccorso agli enti esterni);
- verificare la fruibilità e l'efficacia delle misure di protezione aziendale con particolare riferimento alle vie di fuga, alla segnaletica di sicurezza, ai DPI, agli impianti di rivelazione ed allarme, agli impianti ed attrezzature di estinzione, all'illuminazione di emergenza ecc.;
- testare l'efficacia del PEA ed evidenziarne le eventuali carenze;
- proporre possibilità di ottimizzazione delle procedure di emergenza e di eventuale revisione del PEA.

Le prove sono verbalizzate, diffuse agli interessati e conservate dal SPP. Nei verbali, oltre ai dati identificativi dell'unità coinvolta e dei partecipanti, è riportata una sintesi dell'esito delle prove e vengono indicati gli aspetti critici e le relative azioni migliorative proposte e di seguito monitorate.

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.

Si ritiene opportuno effettuare prove di evacuazione anticipate da momenti formativi, che dovranno riguardare non solo aspetti antincendio, ma anche emergenze diverse (es. terremoti, assenza energia elettrica, ecc.).

Le indicazioni generali sullo svolgimento delle prove simulate sono riportate nell'Allegato **P.05 Modalità generali per lo svolgimento delle prove di evacuazione.**


4.3 FORMAZIONE SPECIFICA DEGLI ADDETTI ANTINCENDIO

Il Datore di Lavoro del P.O. e di tutte le ditte che gestiscono le emergenze incendio, dovrà provvedere affinché ciascun addetto antincendio designato riceva adeguata formazione secondo quanto previsto al punto 3.2.5 dell'Allegato III del D.M. 02/09/2021.

La presente Istruzione Operativa ha lo scopo di regolamentare le modalità di formazione ed aggiornamento degli addetti antincendio (secondo quanto previsto al punto 42, lett. c dell'Allegato III del D.M. 19.03.2015) e degli addetti alle emergenze. Nello specifico per le strutture ospedaliere, la formazione degli addetti antincendio dovrà essere basata sui contenuti del Corso di Livello 3.

AGGIORNAMENTO

E' prevista l'obbligatorietà dell'aggiornamento del corso per addetto antincendio e gestione delle emergenze ogni 5 anni secondo il programma contenuto nella tabella seguente.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 46 a 63	

All'occorrenza ciascun addetto antincendio dovrà ricevere a cura del datore di lavoro un adeguato e specifico aggiornamento periodico in relazione all'evoluzione dei rischi e all'insorgenza di nuovi rischi secondo quanto stabilito dall'art. 37 del D.lgs 81/08.

4.4 SICUREZZA DELLE SQUADRE DI SOCCORSO

4.4.1 SICUREZZA PER I SOCCORSI ESTERNI

Per garantire una maggiore sicurezza anche per i soccorritori esterni (es. VV.F.), presso l'area accettazione delle strutture aziendali sono disponibili le piante di emergenza aggiornate.

Presso le strutture aziendali sono presenti armadi antincendio, uno per piano; nei pressi degli stessi sono presenti anche ulteriori estintori, di scorta.

Gli armadi antincendio sono sottoposti a controlli periodici.

L'elenco del materiale contenuto all'interno degli armadietti è disponibile nell'Allegato **P.06 Contenuto e gestione degli armadi antincendio**

4.4.2 DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER ATTIVITÀ ANTINCENDIO

Al fine di proteggere gli addetti incaricati ad intervenire attivamente nelle situazioni di emergenza, sono stati messi a disposizione dei Dispositivi di protezione individuale (DPI) specifici, per la protezione dai rischi residui.


Per la gestione della distribuzione dei DPI presso l'*Ufficio Prevenzione e Protezione* dell'Unità Produttiva sono presenti e mantenuti costantemente aggiornati appositi inventari (sia sotto forma di elenchi che di layout grafici, ovvero su pianta è riportata l'esatta allocazione dei dispositivi da indossare), a disposizione di addetti alla prevenzione incendi. E' inoltre, stata istituita modulistica specifica per la consegna, l'addestramento e la formazione circa l'uso corretto e pratico dei DPI e per gli interventi manutentivi sia interni che da parte delle ditte manutentrici per i DPI di terza categoria. Gli interventi di manutenzione richiesti sono quelli previsti dalle normative vigenti e sono ben dettagliati in modo da non poter dare luogo ad equivoci/interpretazioni errate; per ogni intervento manutentivo da effettuarsi è indicato "*chi deve fare cosa*" e la relativa periodicità; è prevista una supervisione periodica da parte del personale indicato. Gli interventi manutentivi da effettuarsi sono riportati in maniera dettagliata nel registro dei controlli. I DPI specifici per le attività antincendio sono conservati presso armadi antincendio, ubicati in locali segnalati e facilmente accessibili.

Per ogni DPI impiegato il responsabile dell'attività tramite personale competente e qualificato fornisce ai lavoratori:

- istruzioni comprensibili per l'uso;
- informazioni preliminari dei rischi, dai quali il DPI.

Ciascun lavoratore incaricato ad intervenire attivamente in caso di incendio ha ricevuto una formazione adeguata e uno specifico addestramento circa l'uso corretto e l'utilizzo pratico dei DPI.

I DPI identificati e distribuiti per le attività antincendio sono riportati nella tabella in base alle parti del corpo e delle funzioni vitali che devono proteggere.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 47 a 63

5. CONTROLLO OPERATIVO

In questo capitolo sono identificate le attività associate ai rischi incendio per le quali devono essere applicate specifiche misure di controllo. Tali attività sono pianificate ed in alcuni casi formalizzate in Procedure/Istruzioni Operative. Tali procedure, che devono intendersi come ordini scritti, vengono redatte al fine di assicurare che siano condotte le attività lavorative sensibili ai fini antincendio in condizioni di sicurezza e finalizzate a:

- regolamentare le situazioni in cui l'assenza di Procedure o Istruzioni potrebbe portare a deviazioni rispetto alla Politica per la Sicurezza Antincendio ed ai relativi obiettivi ed alla corretta esecuzione delle attività del SGSA,
- garantire in modo pianificato e controllato la gestione ordinaria della attività di prevenzione antincendio,
- identificare i rischi per la sicurezza antincendio relativi ai prodotti e servizi acquistati e/o utilizzati dall'organizzazione,
- garantire adeguata comunicazione delle Procedure ed Istruzioni dei requisiti di sicurezza antincendio ai fornitori ed agli appaltatori,
- definire linee di indirizzo per l'organizzazione del lavoro, in modo da eliminare o ridurre alla fonte i rischi di sicurezza antincendio.

Le procedure di controllo operativo si possono classificare in preventive e/o di esercizio, in ordinarie e/o straordinarie, in normative e/o di regolamento.

In generali si identificano le procedure di controllo nelle seguenti categorie:

- attività preliminari;
- controlli generali;
- controlli di sorveglianza;
- controllo della sicurezza legata ai contratti di appalto.

5.1 ATTIVITA' PRELIMINARI

Le procedure preliminari sono tese alla definizione delle condizioni di esercizio del P.O. in materia di prevenzione incendi.

Si tratta essenzialmente della fase in cui:

- vengono identificati gli impianti e le attrezzature critiche;
- viene raccolta e controllata la documentazione relativa gli impianti tecnologici e alle apparecchiature;
- vengono redatte e diffuse le procedure informative, le istruzioni e i regolamenti;
- vengono programmate e realizzate le attività di adeguamento;
- vengono individuati i soggetti che hanno un ruolo nella gestione della sicurezza antincendio e vengono controllati i requisiti abilitativi.

La gestione degli impianti e delle apparecchiature è in capo al ST.

Gli impianti per i quali è necessario il controllo preliminare sono di seguito elencati:

TIPOLOGIA	PRESENTI
Impianti di trasformazione dell'energia elettrica	
Impianti di distribuzione energia elettrica	X
Impianto di illuminazione di emergenza	X
Impianto di terra	X
Impianti di alimentazione elettrica in emergenza	X
Impianti di protezione dalle scariche atmosferiche	X
Impianto di Rivelazione fumi	X
Impianto di allarme antincendio	X
Impianto di protezione attiva antincendio a rete di idranti	X
Impianto di protezione attiva antincendio automatico	X
Ascensori	X
Montacarichi	X
Impianti antintrusione	
Impianti fotovoltaici	
Impianto antifurto	
Reti dati	X
Impianto di climatizzazione	X
Impianto di riscaldamento	X
Impianto di trattamento ricircolo d'aria	X
Impianti di estrazione fumi in emergenza	X
Impianto di trattamento ricircolo d'aria	X
Impianto di produzione di acqua calda sanitaria	X
Sistema di controllo e gestione degli accessi	X
Sistemi WIFI	
Sistemi di approvvigionamento d'Acqua	
Impianto di trattamento di acque reflue	
Sistema di raccolta e trattamento acque meteoriche	
Impianti di produzione di calore	X
Impianti di distribuzione gas medicali	X
Impianti di distribuzione gas tecnici	X
Impianti di distribuzione gas combustibili	X


Le modalità di acquisizione della documentazione progettuale, delle certificazioni e delle modifiche su impianti tecnologici sono descritte nell'Allegato **P.15 - Acquisizione degli elaborati progettuali e delle certificazioni as built.**

L'identificazione delle apparecchiature critiche è un compito del ST che:

- controlla la corretta installazione;
- raccoglie le certificazioni di prodotto.

5.2 PROCEDURE DI CONTROLLO GENERALI

Nel presente paragrafo sono riportate le azioni, gli accorgimenti, le strategie, i controlli di prevenzione antincendio attuate internamente per la gestione ordinaria della sicurezza antincendio e che sono mirate:

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 49 a 63

- alla riduzione della probabilità di insorgenza di situazioni di emergenza ed in particolare di incendi,
- a garantire che, nel caso in cui fosse necessario fronteggiare un'emergenza, i presidi di sicurezza siano disponibili ed efficaci.

Il primo principio di prevenzione consiste nel non introdurre rischi che possono essere evitati con semplici misure di tipo procedurale. A tal proposito sono definite procedure di controllo su:

- impianti tecnologici;
- impianti e attrezzature di protezione antincendio;
- impianti di produzione di calore e depositi di liquidi combustibili;
- attrezzature elettromedicali;
- gestione degli spazi a uso specifico:
 - depositi;
 - spazi per la ricarica di carrelli elevatori.
- regolamenti e divieti:
 - utilizzo di fiamme libere;
 - divieto di fumo.

5.3 IMPIANTI TECNOLOGICI


Al fine di assicurare che gli impianti tecnologici siano in esercizio e vengano mantenuti secondo la regola dell'arte, sono predisposti controlli periodici e interventi di manutenzione periodica programmata o straordinaria, interni o da parte di ditte specializzate debitamente autorizzate.

Quanto sopra dovrà emergere dai registri di impianto, che saranno redatti dalle varie ditte incaricate di effettuare detti servizi.

Gli impianti elettrici e tecnologici soggetti a controlli periodici sono sottoelencati:

- impianti di trasformazione e distribuzione dell'energia;
 - messa a terra;
 - dispositivi di protezione scariche atmosferiche;
 - illuminazione di emergenza;
- Gruppi di continuità;
- Impianti di distribuzione gas medicali;
- Impianti di riscaldamento, climatizzazione.

L'elenco delle ditte che si occupano delle suddette è inserito nell'Allegato **A.09 Elenco delle ditte incaricate alla manutenzione e supporto**

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
	Pag. 50 a 63		

5.3.1 IMPIANTI ELETTRICI

Al fine di assicurare che gli impianti elettrici vengano esercitati e mantenuti secondo la regola dell'arte in armonia con le norme vigenti ed in particolare con la legge n. 186 dell'1 marzo 1968 e col Decreto del 22 gennaio 2008 n. 37 (così come esplicitato nel punto 17.5 Titolo III del D.M. 19.03.2015), si controllerà sistematicamente che da parte di ditte specializzate vengano eseguiti test e prove, secondo le metodiche previste dalle norme specifiche. L'esito delle verifiche periodiche sarà riportato in apposito rapporto di prova che sarà redatti dalle varie ditte incaricate di effettuare detto servizio.

5.3.1.1 MESSA A TERRA

La verifica di messa a terra è un controllo periodico obbligatorio previsto dal D.P.R. 22 ottobre 2001 n. 462, che richiede a tutti i datori di lavoro con almeno un lavoratore nella propria azienda di far eseguire la verifica degli impianti elettrici, con periodicità biennale.

Tale verifica è cosa diversa dalle verifiche manutentive sull'efficienza degli impianti, che vengono svolte dai soggetti preposti alla manutenzione dei suddetti impianti degli stessi.

L'attività di controllo degli adempimenti di legge è in carico al ST che:

- identifica l'organismo accreditato al controllo;
- definisce le scadenze;
- programma le visite di controllo.

All'esito di eventuali non conformità rilevate:


- definisce le attività di adeguamento;
- designa le figure incaricate a tali attività;
- riprogramma i controlli.

5.3.2 IMPIANTI DI ILLUMINAZIONE DI EMERGENZA

Gli impianti di illuminazione di emergenza seguono la norma UNI CEI 11222, che le definisce sia in fase di progettazione che di manutenzione. La normativa prevede delle verifiche e manutenzioni periodiche.

Le verifiche periodiche sono necessarie a controllare lo stato di funzionamento delle lampade, individuando eventuali anomalie.

Le procedure di manutenzione dell'impianto di illuminazione di emergenza sono contenute nell'Allegato **P.16**
Modalità di controllo e di verifica periodica dell'illuminazione di emergenza

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 51 a 63	

5.3.3 GRUPPI DI CONTINUITÀ

La manutenzione dei gruppi di continuità ha lo scopo di verificare lo stato dell'UPS e delle batterie. Eseguire la pulizia del gruppo di continuità UPS è svolta con l'obiettivo di evitare accumuli di polvere nelle feritoie di areazione e sulle schede che possono provocare surriscaldamento e portare al blocco dell'UPS o nel peggiore dei casi all'avaria del gruppo di continuità. Inoltre, dove possibile e il modello di gruppo di continuità UPS lo prevede, è possibile scorrere nello storico memorizzato dall'UPS e verificare le varie attività svolte in determinati periodi di tempo. Per la manutenzione e controllo al gruppo di continuità UPS è bene prevedere almeno una manutenzione annuale, mentre per le aziende, sono suggerite almeno due manutenzioni annuali. Quando il gruppo di continuità UPS si trova in ambienti particolarmente sporchi o comunque ambienti problematici a causa di: umidità, temperatura (specie nell'intervallo 10 - 30 °C) e/o presenza di polveri (specialmente se oleosa) sarebbero opportune anche tre o quattro manutenzioni annue per garantire una perfetta funzionalità del gruppo di continuità UPS.

La programmazione delle manutenzioni, la scelta del soggetto incaricato, la verifica delle attività manutentive sono in capo al ST che redige apposite liste di controllo.

5.3.4 IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI

Al fine di assicurare che gli impianti di distribuzione dei gas medicali vengano esercitati e mantenuti secondo la regola dell'arte in armonia con le norme vigenti si controllerà sistematicamente che da parte di ditte specializzate vengano eseguiti test e prove, secondo le metodiche previste dalle norme specifiche, sugli apparati installati nell'Ospedale.

5.3.5 IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO E VENTILAZIONE

Al fine di assicurare che gli impianti di condizionamento e ventilazione vengano esercitati e mantenuti secondo la regola dell'arte in armonia con le norme vigenti ed in particolare con la legge n. 186 del 1 marzo 1968 e col Decreto del 22 gennaio 2008 n. 37, si controllerà sistematicamente che da parte di ditte specializzate vengano eseguiti test e prove, secondo le metodiche previste dalle norme specifiche, sugli apparati installati nell'Ospedale.

5.4 IMPIANTI E SISTEMI DI PROTEZIONE ANTINCENDIO

Per mantenere nel tempo un adeguato livello di sicurezza, sono predisposti e attuati programmi di verifiche periodiche, le azioni, gli accorgimenti, le strategie, i controlli di prevenzione antincendio da attuare nello specifico su:

- impianti di protezione attiva antincendio;
- attrezzature e sistemi di protezione antincendio;

I controlli di manutenzione periodica su impianti di protezione attiva e sistemi e attrezzature di protezione, saranno svolti da ditte specializzate, secondo i criteri del D.M. 01/09/2021 "Criteri generali per il controllo e la manutenzione degli impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punto 3, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81".

Questo identifica le norme tecniche di riferimento per l'effettuazione delle verifiche dei controlli e delle ispezioni, riassunte nella seguente tabella.

Impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio	Norme e specifiche tecniche (TS) per verifica, controllo, manutenzione
Estintori	UNI 9994-1
Reti di idranti	UNI 10779, UNI EN 671-3, UNI EN 12845
Impianti sprinkler	UNI EN 12845
Impianti di rivelazione e allarme incendio (IRAI)	UNI 11224
Sistemi di allarme vocale per scopi d'emergenza (EVAC)	UNI ISO 7240-19 o UNI CEN/TS 54-32
Sistemi di evacuazione fumo e calore	UNI 9494-3
Sistemi a pressione differenziale	UNI EN 12101-6
Sistemi a polvere	UNI EN 12416-2
Sistemi a schiuma	UNI EN 13565-2
Sistemi spray ad acqua	UNI CEN/TS 14816
Sistemi ad acqua nebulizzata (water mist)	UNI EN 14972-1
Sistema estinguente ad aerosol condensato	UNI EN 15276-2
Sistemi a riduzione di ossigeno	UNI EN 16750
Porte e finestre apribili resistenti al fuoco	UNI 11473
Sistemi di spegnimento ad estinguente gassoso	UNI 11280 Serie delle norme UNI EN 15004

Tabella 1: Possibili norme e specifiche tecniche (TS) per verifica, controllo e manutenzione di impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio.

L'elenco delle ditte che si occupano delle suddette è inserito nell'Allegato **A.09 - Elenco delle ditte autorizzate ai servizi di manutenzione e supporto**.

5.4.1 IMPIANTO ANTINCENDIO A RETE DI IDRANTI

L'intero sito è protetto da un impianto di protezione attiva a rete di idranti/naspi. La rete antincendio è alimentata da una vasca di riserva idrica posta nel piazzale antistante il reparto oncologia ed è tenuta costantemente in pressione da un gruppo di pressurizzazione antincendio sistemato in apposito locale nella stessa zona.

Lungo l'area da proteggere sono distribuiti i seguenti presidi antincendio:

- N. 115 idranti interni UNI 45.
- N. 9 idranti esterni UNI 70.
- N. 16 naspi.
- N°10 Attacchi autopompa VVF.


La manutenzione ordinaria e straordinaria è in capo a ditta specializzata.

Le modalità di esecuzione dei controlli e la registrazione delle attività specifiche sono contenute nell'Allegato **P.07 Modalità di controllo e di verifica dell'impianto di estinzione a rete di idranti**.

Il posizionamento del gruppo di pressurizzazione, la configurazione della rete e la dislocazione degli idranti e degli attacchi autopompa VVF è individuato nell' **Allegato P.21 – Elaborati grafici**

5.4.2 IMPIANTI DI RIVELAZIONE E ALLARME ANTINCENDIO

Presso gli edifici del presidio, limitatamente alle zone che sono state oggetto di recente ristrutturazione, sono presenti rilevatori automatici fumi/incendio e avvisatori ad azionamento manuale.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 53 a 63

Per garantire il buon funzionamento degli impianti indicati è fondamentale mantenere un sistema di controllo programmato e periodico degli stessi, in particolare tali verifiche dovranno riguardare l'efficienza dei dispositivi collegati ai sistemi elettromagnetici di trattenuta e rilascio delle porte tagliafuoco.

La struttura è stata dotata di n° 8 impianti di rilevazione, così suddivisi:

- N. 1 impianto di rilevazione nel corpo **"DEA"** che serve tutto il corpo.
- N. 1 impianto di rilevazione nel corpo **"M"** che serve tutto il corpo.
- N. 1 impianto di rilevazione nel corpo **"O"** che serve il piano seminterrato.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano terra del corpo **"P"** solo a servizio del reparto di anatomia patologica.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano primo del corpo **"P"** a servizio di tutto il piano con la sola esclusione della zona dell'ex blocco operatorio ed ex rianimazione.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano quarto del corpo **"P"** che serve tutto il piano.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano quinto del corpo **"P"** che serve tutto il piano.
- N. 1 impianto di rilevazione nel piano sesto del corpo **"P"** che serve tutto il piano.

La manutenzione ordinaria e straordinaria è in capo a ditta specializzata.

Le modalità di esecuzione dei controlli e la registrazione delle attività specifiche sono contenute nell'Allegato **P.08 Modalità di controllo dell'impianto IRAI**

Il posizionamento delle centraline di controllo degli impianti, l'aposizione dei sistemi di chiamata EVAC e dei rivelatori è individuata nell' **Allegato P.21 - Elaborati grafici**


5.4.3 ESTINTORI

Nell'edificio sono presenti e distribuiti uniformemente nelle vie di fuga di tutti i fabbricati e nei locali tecnologici:

N.	TIPOLOGIA
208	Estintori a Polvere "55 A – 233B da kg. 6
2	Estintori a Polvere "55 A – 233B da kg. 9
1	Estintori a Polvere "55 A – 233B da kg. 12
4	Estintori carrellati a Polvere "55 A – 233B da kg. 18
157	Estintori a CO2 "113B" in bombole da 5 Kg
17	Estintori a CO2 "113B" in bombole da 2 Kg
2	Estintori a Polvere "55 A – 233B da kg. 9
2	Estintori carrellati a CO2 "113B" in bombole da 30 Kg
1	Estintori carrellati a schiuma in bombole da 50 Kg

La dislocazione degli estintori è riportata per ogni reparto nelle Planimetrie affisse. La manutenzione ordinaria e straordinaria è in capo a ditta specializzata. Le modalità di esecuzione dei controlli e la registrazione delle attività specifiche sono contenute nell'Allegato **P.09 - Manutenzione degli estintori**

Il posizionamento degli armadi antincendio è individuato nell' **Allegato P.21 - Elaborati grafici**

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 54 a 63

5.4.4 ARMADI ATTREZZATURE ANTINCENDIO

Per consentire una corretta azione di primo intervento in caso di incendio, è stata predisposta un'apposita attrezzatura di emergenza, depositata in appositi armadi di "**Tipo A e di Tipo B**" situati nei reparti/servizi del presidio Ospedaliero.

Con frequenza mensile viene effettuata una sorveglianza delle dotazioni contenute negli armadi e un addetto SAVA registra su apposito modulo l'esito di tali verifiche.

Con frequenza semestrale viene testata l'efficienza delle torce elettriche e dei megafoni.

Il posizionamento degli armadi antincendio è individuato nell' **Allegato P.21 - Elaborati grafici**

5.5 IMPIANTI DI PRODUZIONE DI CALORE E DEPOSITI DI LIQUIDI COMBUSTIBILI

Il DPR 16 aprile 2013, n.74 definisce i criteri generali in materia di esercizio, conduzione, controllo, manutenzione e ispezione degli impianti termici per la climatizzazione invernale ed estiva degli edifici e per la preparazione dell'acqua per usi igienici e sanitari.

A regolamentare le procedure di manutenzione di tutti gli impianti di climatizzazione sia invernali che estivi è intervenuto il decreto del 10 febbraio 2014.

La manutenzione ordinaria e straordinaria dell'impianto è demandata a ditta specializzata che si occupa anche di tutte le attività di controllo e gestione.

Il controllo della corretta applicazione dei termini di contratto della ditta incaricata è in capo al ST

5.6 ATTREZZATURE ELETTROMEDICALI

Altre possibili sorgenti d'innescio sono le apparecchiature elettromedicali ad alimentazione elettrica.

Sono programmati ed attuati periodici interventi di verifiche delle condizioni di funzionamento e della corretta installazione, a cura del servizio di Ingegneria Clinica che interviene nel rispetto di procedure di lavoro che dettagliano le attività e gli strumenti di programmazione e controllo.

Gli interventi di verifica di sicurezza elettrica sono documentati e le apparecchiature riportano etichette identificative con la data di avvenuto intervento.

È tassativamente vietato, inoltre, l'uso di apparecchiature elettriche personali da parte del personale dell'Ospedale e dell'utenza (fornelli, riscaldatori, ecc.).


5.7 GESTIONE DEGLI SPAZI A USO SPECIFICO

5.7.1 DEPOSITI

Il DM del 18/09/2002 così come modificato e integrato dal DM 19/03/2015 limita i carichi d'incendio all'interno degli ambienti, in relazione alle caratteristiche strutturali di resistenza al fuoco e di dotazione di impianti di spegnimento automatico.

Rispetto a quest'ambito si dedica un'attenzione particolare in occasione delle valutazioni preliminari sull'idoneità degli ambienti di lavoro in relazione alla variazione di destinazione d'uso.

I depositi vengono identificati e per ciascuno di essi viene calcolato il carico di incendio secondo le procedure

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 55 a 63	

previste dal DM 16/02/2007.

Questo compito è in carico alla società che gestisce il servizio SAVA.

L'identificazione dei depositi di materiali combustibili/inflammabili/esplosivi è contenuta nell'Allegato **A.10**

Depositi di materiali combustibili: identificazione e calcolo del carico di incendio

Le modalità di stoccaggio dei materiali contenuti nei depositi sono definite:


- dalla tipologia dei materiali;
- dalla destinazione d'uso; dalle superfici e dalle attrezzature disponibili nel deposito.

5.7.2 STOCCAGGIO LIQUIDI INFIAMMABILI

Quando è previsto lo stoccaggio e l/o la manipolazione di materiali infiammabili vengono disposte apposite procedure come l'Allegato **P.10 - Modalità di stoccaggio dei liquidi infiammabili**

5.7.3 SPAZI PER LA RICARICA DI CARRELLI ELEVATORI

Le aree destinate alla ricarica accumulatori di carrelli elevatori e simili, nonché le eventuali officine per la manutenzione dei macchinari, saranno ammesse all'interno di locali ad uso esclusivo, ubicati al piano terra, se separati dagli altri ambienti mediante elementi aventi caratteristiche di resistenza al fuoco non inferiori a REI/EI 60 con aperture d'aerazione permanente pari almeno ad 1/30 della superficie in pianta realizzate anche mediante camini a tiraggio naturale. Le eventuali comunicazioni con ambienti di attività pertinente saranno munite di porte EI 60 con autochiusura.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 56 a 63

5.8 CONTROLLI DI SORVEGLIANZA PERIODICA

Oltre alla manutenzione ordinaria e programmata il datore di lavoro deve realizzare una costante sorveglianza su tutte le misure atte a garantire la corretta gestione dell'emergenza.

Con cadenze differenti in funzione del tipo di controllo, si realizzano costanti attività di verifica che, in sintesi, possono essere riassunte nelle seguenti:

- segnaletica di sicurezza;
- impianti e attrezzature di protezione attiva antincendio;
- sistemi di allarme e comunicazione;
- sistemi di compartimentazione (porte tagliafuoco)
- vie d'esodo e uscite di sicurezza;
- illuminazione di emergenza;
- sistemi di intercettazione dei gas combustibili e/o dei liquidi infiammabili.

I controlli di sorveglianza è in capo alla società che gestisce il servizio SAVA

Per ciascuno dei controlli specifici è stabilita modalità e periodicità di verifica attraverso apposite check list e ronde giornaliere.

Nel caso di qualsiasi inefficienza di quanto indicato nei punti suddetti deve essere immediatamente informato il datore di lavoro o il suo sostituto e comunque il RSPP, il RTSA.

Le attività previste dalla sorveglianza periodica sono contenute nell'Allegato sorveglianza periodica

5.9 REGISTRO DEI CONTROLLI ANTINCENDIO


A tale proposito l'art. 5 del D.P.R. n. 37 del 12/01/1998, comma 2, obbliga le aziende ad annotare in un apposito registro tutti gli interventi ed i controlli effettuati al fine di mantenere in efficienza gli impianti elettrici, di illuminazione, di sicurezza, i presidi antincendio, le vie di esodo, gli idranti, gli impianti sprinkler, gli impianti di rivelazione e gli impianti di saturazione ove presenti, i modelli di sicurezza e di controllo delle aree a rischio specifico, le ispezioni finalizzate a limitare i carichi di incendio nei vari ambienti dell'attività, nonché le riunioni di addestramento esercitazioni evacuazione.

Tale registro, deve essere mantenuto costantemente aggiornato e disponibile per i controlli dei Comandi Provinciali dei Vigili del Fuoco.

Al fine di poter dimostrare, in caso di incendio, di aver tenuto un comportamento diligente in conformità alle prescrizioni della norma, è consigliabile anche per tutti i gestori di attività non soggette che operano all'interno della Struttura Sanitaria comprese quelle di minori dimensioni, l'annotazione in un apposito registro delle ispezioni e delle verifiche attuate.

5.10 CONTROLLO DELLE AREE NON PRESIDATE

All'interno dell'Ospedale vi sono zone non costantemente presidiate tra le quali: magazzini, seminterrati, archivi, locali tecnici, reparti e servizi ad esclusivo presidio diurno, spogliatoi, reparti non utilizzati e aree di cantiere).

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 57 a 63	

Tali locali, quando non presidiati, sono resi inaccessibili al personale non autorizzato.

Il Servizio vigilanza e controllo accessi costituito da guardie particolari giurate, alcune volte operanti sulle 24 ore 365 giorni/anno, assolve al controllo operativo della aree interne e degli accessi al presidio e dispone di una centrale di videosorveglianza per il monitoraggio continuo.

5.11 PROCEDURE DI CONTROLLO DELLA SICUREZZA LEGATA AI CONTRATTI DI APPALTO

L'art. 26 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. prevede l'elaborazione da parte del Datore di Lavoro Committente, di un Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DUVRI) che indichi le misure da adottare per neutralizzare i rischi da interferenze, compreso l'incendio, derivanti da lavori affidati ad imprese appaltatrici o lavoratori autonomi all'interno della propria azienda.

Il DUVRI contiene le misure di prevenzione e protezione, le prescrizioni, gli obblighi e le procedure adottate al fine di eliminare o ridurre i rischi derivanti da possibili interferenze tra le attività svolte dalla ditta appaltatrice e quelle svolte dal personale dell'Ospedale San Martino.


Una sezione è dedicata al rischio incendio e prevede oltre ad aspetti collegati al sistema di informazione e coordinamento emergenze, alcune prescrizioni alle quali devono allinearsi i lavoratori delle ditte appaltatrici.

La tabella che segue sintetizza misure e provvedimenti relativi ai rischi da interferenze ambito incendio all'interno dell'Ospedale San Martino.

INTERFERENZE RISCOSE PER L'INCENDIO	INDICE DI RISCHIO (B, M, A)	AREE INTERESSATE	MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	PROVVEDIMENTI
Laboratori di analisi	M		<p>La struttura è dotata di presidi antincendio.</p> <p>I percorsi di esodo sono indicati con apposita segnaletica.</p> <p>All'interno dell'Ospedale è presente la Squadra Antincendio operante nelle 24 ore anche nei giorni festivi addestrata, in caso di necessità, a circoscrivere un evento negativo (incendio, allagamento, ecc.) e per coordinare gli interventi.</p>	<p>Il personale della società appaltatrice deve osservare le misure di tipo organizzativo e gestionale quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> rispetto dell'ordine e della pulizia; formazione dei propri lavoratori; controllo delle misure e procedure di sicurezza. <p>Occorrerà in particolare evitare:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'accumulo di materiali combustibili od infiammabili, l'ostruzione delle vie d'esodo. <p>Qualora il personale della ditta riscontri situazioni di emergenza dovrà comunicarlo al numero 3668104987</p> <p>Il personale in caso di evacuazione della struttura dovrà seguire le indicazioni di esodo presenti o quanto impartito dal personale della Squadra Antincendio.</p>
Laboratori radiogeni	A			
Terapia intensiva	M			
Ossigeno terapeutico	M			
Impianti termici	B			
Aree di tipo D1/D2	B			
Aree di tipo C	M			
Pronto soccorso sanitario	M			

L'elenco delle ditte e dei prestatori d'opera è contenuto nell'Allegato **A.09 Elenco delle ditte autorizzate ai servizi di manutenzione e supporto**

In relazione alle possibili interferenze tra più imprese esterne e/o prestatori d'opera, che operano nell'interesse della struttura ospedaliera, il SGSA prevede come Allegato **A.11 Informazione e procedure generali di sicurezza fornite alle imprese d'appalto e prestazioni d'opera** un documento, che ci si augura venga adottato dal SPP, per regolare i rapporti tra l'Ente committente ed ogni singola impresa/prestatore d'opera.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 58 a 63

6. CONTROLLO DELLE FASI DI ADEGUAMENTO

Il Direttore Generale dell'Ospedale ha stabilito gli obiettivi generali delineati nella Politica per la Sicurezza Antincendio (Allegato **A.01 Politica Per La Sicurezza Antincendio**).


Il processo di definizione e riesame degli obiettivi e di attuazione dei programmi per il loro raggiungimento, rappresenta per l'organizzazione un meccanismo per migliorare continuamente il proprio SGSA e le proprie prestazioni in materia di sicurezza antincendio.

Tra gli obiettivi generali inseriti nella Politica si segnala quello di documentare in modo organico e sistematico il controllo e il miglioramento degli aspetti strutturali e organizzativi relativi alle attività di adeguamento degli adempimenti relativi alla sicurezza antincendio.

Tale obiettivo si esplicita nella formalizzazione e controllo del Documento di strategia nei riguardi della sicurezza antincendio composto (Allegati **A.05.1 Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo organizzativo** e **A.05.2 Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo tecnico/strutturale ed impiantistico**):

- dal Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo organizzativo;
- dal Documento di strategia di adeguamento antincendio sotto il profilo tecnico/strutturale ed impiantistico.

Gli obiettivi generali sono monitorati dal RTSA e da questi, unitamente al RSPP, rendicontati al Direttore Generale.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 59 a 63


7. GESTIONE DELLE MODIFICHE

La filosofia di base è quella di gestire le modifiche strutturali ed organizzative in modo pianificato affinché tali cambiamenti siano esaminati attraverso un'identificazione dei pericoli e una valutazione dei rischi preventive alla loro introduzione. La stessa filosofia ovviamente è alla base del SGSA.

Gli ambiti che devono presupporre una gestione pianificata delle modifiche per ciò che riguarda la prevenzione incendi sono i seguenti:

- introduzione di nuovi prodotti,
- introduzione o modifica agli impianti,
- introduzione o modifica alle apparecchiature,
- appalti o contratti d'opera,
- modifica ai processi operativi o ai sistemi di controllo per strategie aziendali o nuove normative.

L'Ospedale San Martino, attraverso le funzioni delegate in staff dal Direttore Generale (Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio Tecnico, Facility Management, Direzione Acquisti, Direzione Sanitaria ed altre funzioni coinvolte sulla base delle modifiche in atto) valuta, quantifica e si attiva per attuare azioni finalizzate ad eliminare o ridurre i rischi potenziali associati alle modifiche introdotte.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 60 a 63	

8. CONTROLLO E REVISIONE DEL SGSA

Nell'ambito temporale previsto per gli adeguamenti antincendio e, successivamente, a regime, saranno effettuati audit da parte del RTSA. congiuntamente al Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale e con l'ausilio di operatori tecnici afferenti ai Servizi Tecnici ed alla Direzione Sanitaria, sull'andamento del sistema di controllo, verifica e gestione della procedura adottata da questa ASL.

Sarà visionata e verificata l'attuazione degli adeguamenti previsti.

Sarà elaborato dal RTSA un rapporto di audit da inviarsi al Datore di lavoro, al Datore di lavoro delegato, al R.S.P.P., al Responsabile del Servizio di Manutenzione, con indicati anche i tempi per la chiusura di eventuali non conformità e tutto quanto necessario a tal fine.

Inoltre il S.G.S.A. sarà sottoposto comunque a revisione ogni qual volta si presenteranno le scadenze temporali di adeguamento previste dal D.M. 19/03/2015 ovvero farà parte integrante della documentazione allegata alla S.C.I.A., ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. n. 151/2011, da presentare al Comando Provinciale dei VV.F. di competenza.

8.1 SOPRALLUOGHI PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

A cadenza periodica o su espressa richiesta, il RTSA in collaborazione con il SPP (Servizio di Prevenzione e Protezione), con il MC (Medico Competente) ed altre funzioni eventualmente coinvolte, eseguono i sopralluoghi per l'aggiornamento della valutazione dei rischi.

Tale attività presuppone anche valutazioni sullo stato di adeguamento del SGSA. L'attività permette all'RTSA e all'SPP di valutare aspetto organizzativi collegati al SGSA che possono fornire elementi per eventuali modifiche. Ulteriori utili informazioni sullo stato di adeguatezza del SGSA possono arrivare dagli enti esterni (Vigili del Fuoco o ASL o RSL) delegati all'attuazione di sopralluoghi istituzionali.


8.1.1 AUDIT INTERNI AL SGSA

Il monitoraggio periodico previsto per valutare la funzionalità del sistema (audit interno) ha lo scopo di stabilire se il sistema è conforme a quanto pianificato, è correttamente applicato, mantenuto attivo e consente di raggiungere gli obiettivi e consente al Direttore Generale l'adozione delle decisioni strategiche di propria competenza.

L'attività di audit è svolta da personale competente (o reso tale a seguito di adeguata formazione e/o addestramento), che assicura l'obiettività e l'imparzialità, e indipendente al settore di lavoro ove effettua l'audit. Con apposita determina dirigenziale vengono mantenute le persone che devono svolgere le funzioni di "audit". Queste persone verranno, a cura del Datore di Lavoro, opportunamente professionalizzate e formate. Le stesse saranno altamente professionalizzate se appartengono a ditte specializzate di settore che operano su incarico del Direttore Generale.

Lo scopo degli audit interni al SGSA è quello di:

- determinare se il SGSA sia conforme alle disposizioni pianificate, efficacemente attuato, mantenuto attivo, adeguato alla Politica ed ai rispettivi obiettivi stabiliti,

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 61 a 63

- verificare l'adeguamento dei progetti di sicurezza antincendio,
- fornire al DL (Datore di Lavoro), attraverso le risultanze degli audit, informazioni sullo stato di attuazione del SGSA e suggerimenti per il miglioramento della sua efficacia.

Gli audit interni si applicano a tutti i processi del SGSA e riguardano tre livelli di controllo:

- verifiche di carattere organizzativo del SGSA; ovvero le verifiche di sistema applicate per lo più nell'ambito di quanto pianificato nel presente Manuale del SGSA;
- verifiche di controllo operativo, applicate per lo più alle Procedure ed Istruzioni Operative del SGSA implementate presso le Unità Operative dell'Ospedale. Le verifiche di controllo operativo possono coinvolgere tutto il personale nell'ambito del SGSA e sono utili strumenti per valutare il livello di diffusione delle prescrizioni del SGSA a tutti i livelli, l'efficacia delle attività formative ed informative e la conoscenza degli aspetti organizzativi sulla Sicurezza antincendio. Tali verifiche possono essere contestuali ai sopralluoghi attuati dall'RTSA e/o dal MC e/o dal SPP e/o dal RST nell'ambito delle rispettive competenze;
- valutazione di conformità delle prescrizioni legali e sullo stato di adeguamento del SGSA.

Le modalità di esecuzione degli Audit sono oggetto dell'Allegato **P.14 Modalità esecutive audit interni relativi al rischio incendio**

8.1.2 RIESAME DELLA DIREZIONE

Il Riesame del SGSA, i cui dati sono rendicontati dal Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio di concerto con il RSPP, viene attuato dal Datore di Lavoro e può coincidere con la riunione periodica ai sensi dell'articolo 35 del D.lgs. 81/08.


L'attività di Riesame viene altresì effettuata in occasione di eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio, accadimento infortuni gravi e/o qualunque situazione, compresa la programmazione e l'introduzione di nuove tecnologie, processi, attività, che possono avere riflessi e ricadute sulla sicurezza antincendio.

Il Riesame, adeguatamente documentato, assicura che siano raccolte le informazioni necessarie per permettere al DL (Datore di Lavoro) di condurre una valutazione completa sull'efficacia del SGSA ed in particolare sullo stato di adeguamento dei programmi di sicurezza antincendio in atto presso l'Ospedale San Martino.

Le attività di Riesame del SGSA, ed i relativi input ed output, così come definite, completano ed integrano gli scopi ed i contenuti della riunione periodica di sicurezza disposta ai sensi dell'art. 35 D.lgs. 81/08.

In occasione del Riesame il DL, verifica una serie di aspetti utili alla valutazione dell'efficacia del sistema organizzativo riguardanti in particolare:


- i risultati dei sopralluoghi e degli Audit ispettivi interni ed esterni;
- il controllo delle prestazioni;
- lo stato di avanzamento dei programmi di miglioramento organizzativi e strutturali;
- indagini sugli incidenti occorsi e potenziali;

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO		
	A.00	GENERALITÀ	REV.02 01/07/2024
			Pag. 62 a 63

- le azioni correttive e preventive intraprese e quelle ancora in corso;
- le azioni a seguire dai precedenti Riesami;
- le principali modifiche normative e legislative che hanno influenza sul SGSA;
- analisi delle attività di formazione;
- le comunicazioni di particolare interesse provenienti dalle parti interessate esterne;
- altro eventuale.

Al termine della valutazione del report periodico di Riesame il DL definisce gli obiettivi collegati alla Politica per Sicurezza Antincendio per il periodo successivo e si tracciano le linee generali riguardanti le azioni da intraprendere ed i tempi orientativi per la loro attuazione eventualmente aggiornando o adeguando la documentazione del SGSA.

Si ribadisce che la revisione del SGSA deve essere sempre attuata nel passaggio dal primo al secondo step dell'adeguamento antincendio della struttura sanitaria.

 ASL Oristano Azienda socio-sanitaria locale	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE SICUREZZA ANTINCENDIO			
	A.00	GENERALITÀ	REV.02	01/07/2024
			Pag. 63 a 63	

9. DOCUMENTI DEL SGSA

Sono parte integrante del presente documento:

- gli allegati cui al paragrafo 3.3 del Capitolo 2;
- le liste di controllo contenute nell'allegato **L.01 Liste di controllo**.

Tutta la documentazione del SGSA (Manuale del SGSA, allegati al Manuale e documenti di riferimento del SGSA) è archiviata in formato digitale presso gli uffici del S.C. Servizio Tecnico Logistico e Patrimonio il Servizio Prevenzione e Protezione e presso l'ufficio del RTSA.

10. EMISSIONE E APPROVAZIONE

L'emissione e approvazione del presente documento avviene attraverso Deliberazione del Datore di Lavoro a seguito dell'istruttoria del RTSA.