

Allegato 1 – Scheda analisi iniziale

Descrizione organizzazione e sito	
Dati societari	sede legale, ragione sociale, Iscrizione registro Imprese, codice fiscale, partita IVA ecc.
Definizione dell'organizzazione oggetto del MOG	struttura sociale, persone,
Organigramma	collegamenti tra le funzioni aziendali e quelle della sicurezza (rspp, aspp, mc, rls ecc.)
Procedure operative di sicurezza e salute del lavoro	se esistono
Collocazione/Descrizione dell'azienda	
Collocazione geografica e ubicazione	Indirizzo, contesto (urbano/extra), raggiungibilità ecc.
Presenza di elementi significativi di interferenza circostanti	presenza di aziende a rischio incidente rilevante, scuole, ospedali ecc. se ciò può essere significativo a seguito dei processi gestiti dall'azienda
Descrizione luoghi di lavoro	la struttura: superfici, piani edificio, destinazioni d'uso, numero di scale, vie d'uscita ecc.
Presenza di attività lavorative interferenti (imprese in appalto, lavoratori autonomi, terziarizzazione di parte delle lavorazioni, ecc.)	Valutare se vi sono e di che tipo attività lavorative svolte da terzi che interferiscono nella attività aziendali.
Andamento incidenti, infortuni e malattie professionali	
Incidenti	eventi correlati al lavoro, non previsti, potenzialmente pericolosi ma che non determinano danni alle persone. Analisi dell'evento, causa, persone/cose coinvolte, eventuali ripercussioni ecc. n. eventi, ripetibilità, confronto nei periodi lunghi/brevi, ecc.
Infortuni	evento correlati al lavoro, non previsti e che hanno causato danni alle persone. Analisi dell'evento, causa, persone/mansioni coinvolte, eventuali ripercussioni ecc. n. eventi, ripetibilità, confronto nei periodi lunghi/brevi, ecc.
Malattie professionali	malattie causate dalla attività lavorativa (patologie, esposizione, rischi collegati, periodo di esposizione ecc.). n. malattie, periodo di interesse, mansioni coinvolte, processo coinvolto, ecc.
Emergenze	eventi inaspettati e imprevedibili che determinano condizioni di pericolo grave ed immediato (ad esempio incendi, eventi sismici, fughe di sostanze pericolose, ecc.). Analisi dell'accaduto, cause, danni, persone/cose coinvolte, tempi, ripristino condizioni regolarità ecc. n. eventi, ripetibilità, tempi, ripristino, mancanza di procedure, procedure non corrette ecc.

Allegato 2 – Piano di miglioramento – Modulo pianificazione obiettivi e attuazione della politica

POLITICA	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	PRIORITÀ INTERVENTO*	COSTI	TEMPI	RESPONSABILE

*: stabilire una graduatoria degli interventi, dal più urgente al meno urgente.

****Indicatori**

Ai soli fini del presente documento per indicatore si intende un parametro capace di misurare sinteticamente il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali; gli indicatori contribuiscono alla valutazione che l'Alta direzione effettua sul MOG anche in fase di riesame: ad esempio percentuali, rapporti, coefficienti eccetera.

A titolo esemplificativo si elencano possibili indicatori per il sistema:

- **PIANIFICAZIONE**
Obiettivi realizzati rispetto a obiettivi pianificati
Percentuale di realizzazione degli obiettivi rispetto al tempo pianificato
- **FORMAZIONE INFORMAZIONE ADDESTRAMENTO**
N° interventi formativi pianificati/realizzati:
 - per ruolo/figura professionale e livello di rischio
 - per figure incaricate di attività/verifiche nell'ambito del SG
 - rispetto a assunzioni/cambi ruolo/trasferimenti del personale
 - rispetto ai cambiamenti legislativi/tecnici/strutturali/organizzativiStatistiche sulle verifiche di apprendimento e sulle valutazioni degli interventi formativi/informativi/addestrativi
- **MANUTENZIONE**
Numero di guasti imprevisti
Tempi di fermo impianti per guasti su ore di funzionamento
- **VALUTAZIONE DEI RISCHI**
Tempo di eventuale adeguamento della VDR rispetto a cambiamenti previsti (strutturali/organizzativi/procedurali /legislativi, eccetera) e imprevisti (incidenti, infortuni, eccetera)
Numero eventi negativi per rischi non valutati adeguatamente nella VDR
Numero di quasi infortuni o quasi incidenti rilevati o malfunzionamenti che potrebbero avere impatto diretto sulla salute e sicurezza delle persone
- **COMUNICAZIONE/COINVOLGIMENTO**
Rispetto delle scadenze delle riunioni periodiche
Segnalazioni trasmesse dal personale/Suggerimenti migliorativi forniti dal personale
Percentuale di risposte fornite al personale rispetto alle segnalazioni e ai suggerimenti
- **MONITORAGGIO**
Misure effettuate rispetto a quelle pianificate.
- **INFORTUNI e MALATTIE PROFESSIONALI**
Numero infortuni e malattie professionali (MP).
 - Indice di gravità
 - Indice di frequenza
 - Indice di assenza media per infortuni ed MP
 - Numero di infortuni e danni alla salute dei lavoratori sottoposti ad analisi delle cause rispetto al totale
 - Completezza delle registrazioni dei dati relativi agli infortuni
 - Numero di dichiarazioni del Medico Competente/ASL di idoneità alla mansione specifica (permanenti, temporanee, con limitazioni)
- **EMERGENZE**
Prove di emergenza svolte rispetto a quelle pianificate
Tempi e costi delle revisioni del piano di emergenza a seguito delle prove di evacuazione
- **INCIDENTI**
Numero incidenti
Indice di frequenza incidenti
Numero di indagini eseguite dall'azienda per individuare le cause degli incidenti avvenuti sul totale
- **NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE**
Numero e frequenza delle non conformità rilevate
Costi associati alle non conformità (per danni diretti e indiretti, trattazione e correzione)
Tempi di apertura e chiusura delle Azioni Correttive
Valutazione di efficacia delle Azioni Correttive
- **RIESAME**
Rispetto scadenze riunioni di riesame pianificate
Completezza della documentazione
Assenza di persone o funzioni convocate.

Allegato 3 – Elenco normativa applicabile

Riferimento normativo	Contenuto/materia	Funzione aziendale interessata	Responsabile aggiornamento e diffusione	Ultima verifica aggiornamento

Allegato 4

SCHEDA MANUTENZIONE MACCHINA					
TIPOLOGIA DI MACCHINA: MATR		MARCA:		MOD.	
Intervento effettuato	Parti eventualmente sostituite	Data dell'intervento	Firma del manutentore	Data prossimo intervento	NOTE
.....
.....
.....
.....
.....
		..			
.....
.....
.....
.....
.....
		..			

SCHEDA CONSEGNA/GESTIONE DPI						
Cognome:.....		Nome.....		mansione.....		
DPI	Data consegna • a seguito di formazione • a seguito di addestramento, in ogni caso, per i DPI di terza categoria e per gli otoprotettori	Firma del lavoratore	Data prossima consegna (ove prevista) ¹	Riservato a DPI di terza categoria ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1992 n.457		
				Intervento di manutenzione effettuato	Firma del manutentore	Data prossimo intervento

¹ Salvo consegna anticipata per anomalie o usura dei DPI

Allegato 6 - Programma annuale di formazione, informazione e addestramento[illegible]

I: Informazione

F: Formazione

A: Addestramento

Allegato 7 - Registro presenze partecipanti

Registro presenze partecipanti

Argomento/i trattato/i: _____

Obiettivo/i: _____

Durata in ore : _____

Nome – Cognome – Firma formatore/i: _____

Soggetto formatore interno o esterno _____

Responsabile progetto formativo _____

Data: _____

COGNOME	NOME	FIRMA LAVORATORE		GIUDIZIO APPRENDIMENTO
		In entrata	In uscita	
				<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
				<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
				<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
				<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
				<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
				<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
				<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO

Allegato 8 - Scheda formazione/informazione/addestramento lavoratore

SCHEDA FORMAZIONE/ INFORMAZIONE E ADDESTRAMENTO DEL LAVORATORE

DATA DI AGGIORNAMENTO SCHEDA: _____

NOME E COGNOME DEL LAVORATORE: _____

Corso seguito/Seminario/convegno/ documentazione consegnata	Numero ore	data	Note

Allegato 9 - Registro addestramento lavoratore

REGISTRO ADDESTRAMENTO LAVORATORE

Data: _____

Lavoratore: Nome _____ Cognome _____

Mansione Lavorativa: _____ Reparto: _____

indicare la tipologia: Durata: giorni/ore:

Addestramento in ordine a:

<input type="checkbox"/> utilizzo di DPI	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di attrezzatura/e	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di strumento/i	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di impianto/i	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di sostanza/e	_____	_____
<input type="checkbox"/> utilizzo di macchine	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____

☐ svolgimento delle operazioni di: _____

Il lavoratore ha superato positivamente la verifica e risulta ora competente a svolgere l'attività di:

Firma Lavoratore

Firma dell'addestratore

ELENCO DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA

[illegible]

Allegato 11 – Modulo rilevazione: situazione pericolosa – incidente – non conformità

Dati Compilatore: Nome Cognome In qualità di Firma Data

☐
SITUAZIONE PERICOLOSA

☐
INCIDENTE

☐
NON CONFORMITÀ

DATI RILEVAZIONE EVENTO

dati segnalatore

NOME
COGNOME
FIRMA

data

ora

reparto/ luogo
posizione

macchina/attrezzatura
impianto/altro

numero di persone esposte

DESCRIZIONE EVENTO

POSSIBILI CAUSE. (DESCRIZIONE/DETTAGLI)

AZIONI DA INTRAPRENDERE (AC/AP)

Data Completamento
AC/AP

Firma/e
responsabile

Responsabile/i di
attuazione

Firma/e

Stima del tempo
degli interventi

Data verifica
efficacia

Firma/e
responsabile

AC: azione correttiva

AP: azione preventiva

Allegato 12 - Modulo rilevazione infortunio

DATI INFORTUNATO

Nome	Cognome	mansione
Indossava i DPI?	SI <input type="checkbox"/> quali? _____	NO <input type="checkbox"/> NON PREVISTI <input type="checkbox"/>

DATI INFORTUNIO

Data	Ora	Reparto/luogo/posizione	Macchina/attrezzatura/Impianto
Persone presenti _____			

DESCRIZIONE EVENTO:

(parte del corpo interessata)

Caduto da <input type="checkbox"/>	Si è punto <input type="checkbox"/>	Schiacciato da <input type="checkbox"/>	Urtato da <input type="checkbox"/>	Esposto a <input type="checkbox"/>
Caduto in piano <input type="checkbox"/>	Si è tagliato <input type="checkbox"/>	Travolto/investito da <input type="checkbox"/>	Punto da <input type="checkbox"/>	A contatto <input type="checkbox"/>
Ha urtato contro <input type="checkbox"/>	Si è colpito con <input type="checkbox"/>	Impigliato/agganciato <input type="checkbox"/>	Tagliato da <input type="checkbox"/>	Ha inalato <input type="checkbox"/>
Ha calpestato <input type="checkbox"/>	Movimento scoord. <input type="checkbox"/>	Sforzo eccessivo <input type="checkbox"/>	Piede male <input type="checkbox"/>	Ha ingerito <input type="checkbox"/>
Dove e come?				
Eventuali comportamenti pericolosi				
Possibili cause				

Inviato al Pronto Soccorso ☐ Medicato in Azienda ☐ certificato medico successivo ☐

DATI COMPILATORE

Nome	Cognome	mansione	firma

AZIONI DA INTRAPRENDERE

Azioni	Correttive/Preventive	Responsabili di attuazioni	Data	Sigla

DATI COMPILATORE

Nome	Cognome	RSPP/D.L.	Firma	Data
Presenza visione RLS/RLST		13	Firma	

Allegato 13 - Piano di Monitoraggio

PIANO MONITORAGGIO

Obiettivo/elemento da verificare	Indicatore	Modalità di controllo	Periodicità	Addetto al controllo	Firma/Data	Esito della verifica	Note
						<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo	
						<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo	
						<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo	
						<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo	
						<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo	

Allegato 14 – Programma degli/dell’audit interno

N°	ATTIVITÀ SOGGETTA A AUDIT (intera azienda, unità produttiva, cantiere, ecc.)	OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL’AUDIT AUDITOR	DATA	NOTE

Data: _____

Approvato dal DL/incaricato: _____

Firma

Allegato 15 – Piano di audit

AZIENDA		PIANO DELL'AUDIT dell'unità produttiva:	
Date di svolgimento:			
OBIETTIVI: <input type="checkbox"/> Verificare il sistema aziendale per l'adempimento degli obblighi giuridici in materia di SSL <input type="checkbox"/> Verificare la conformità nell'applicazione di disposizioni interne in materia di SSL. <input type="checkbox"/> Verificare la rispondenza ai requisiti del MOG			
ESTENSIONE: <input type="checkbox"/> l'audit si svilupperà a tutti i luoghi e per tutte le attività dell'unità produttiva, ivi comprese quelle affidate a Ditte esterne, che ricadono sotto l'area di responsabilità dell'organizzazione stessa. <input type="checkbox"/> L'audit si svilupperà su una parte dei luoghi di lavoro:.....			
PERSONE COINVOLTE: NOMINATIVI <input type="checkbox"/> DATORE DI LAVORO <input type="checkbox"/> RSPP (SE NECESSARIO) <input type="checkbox"/> RLS/RLST (SE NECESSARIO) <input type="checkbox"/> MEDICO COMPETENTE (SE NECESSARIO) <input type="checkbox"/> DIRIGENTI (SE NECESSARIO) <input type="checkbox"/> PREPOSTI (SE NECESSARIO) <input type="checkbox"/>			
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO: <input type="checkbox"/> NORME DI LEGGE vigenti in materia di SSL; <input type="checkbox"/> MOG <input type="checkbox"/> EVENTUALI STANDARD DI RIFERIMENTO: <input type="checkbox"/> BS OHSAS 18001 <input type="checkbox"/> Linee Guida SGSL – UNI 2001 <input type="checkbox"/> UNI EN ISO 19011.			
		NOMINATIVO	Struttura di appartenenza
Responsabile del gruppo di audit			
Auditor			
UNITÀ ORGANIZZATIVE E PROGRAMMA DELLA VERIFICA: la verifica sarà effettuata in tutti i luoghi e per tutte le attività dell'Unità Produttiva secondo la stima temporale riportata nella tabella che segue; la tempistica indicata potrà subire modifiche in fase di esecuzione, in funzione dell'evolversi delle attività di verifica e delle necessità che potrebbero emergere.			
AREA/ATTIVITA'	ORA	PERSONE dell'azienda COINVOLTE	AUDITOR
1° GIORNATA			
Riunione di apertura			
Pausa pranzo			
Riunione di chiusura			
Eventuale seconda giornata di audit			
Ora di avvio			
Pausa pranzo			
Riunione di chiusura			
IL RESPONSABILE DEL GRUPPO DI AUDIT(se presente)		AUDITOR	

Azienda:		Data:	Verbale n:			
N°	ATTIVITÀ CONTROLLATA	DIFFORMITÀ RISCONTRATA	RESPONSABILE	RAPPORTO NC NUMERO	AUDITOR	ANNOTAZIONI

Giudizio sul grado di funzionamento del MOG nell'unità auditata:

SI ALLEGA COPIA DEL PIANO DI AUDIT ED I RAPPORTI DI NC	Auditor/ Responsabile gruppo di auditor: NOME _____
	FIRMA: _____

FIRMA DEL DL/o suo incaricato _____

Allegato 17 – Riesame periodico del modello organizzativo

RIESAME PERIODICO DEL MOG 1/3		
DATA:	Presenti	Firma
Note:	DL	
	RSPP	
	MC (ove nominato)	
	OdV	
	DIRIGENTE	
Risultati del monitoraggio interno con riferimento al grado di raggiungimento degli obiettivi		
Esiti/Problematiche		
Documentazione di supporto		
Decisioni		
Esiti delle azioni intraprese nel precedente riesame e la loro efficacia		
Esiti/Problematiche		
Documentazione di supporto		
Decisioni		
Dati sugli infortuni e malattie professionali		
Esiti/Problematiche		
Documentazione di supporto		
Decisioni		
Relazioni del Medico Competente (se nominato)		
Esiti/Problematiche		
Documentazione di supporto		
Decisioni		
Pericoli e valutazione dei rischi		
Esiti/Problematiche		
Documentazione di supporto		
Decisioni		
Esiti delle analisi delle cause di incidenti, situazioni pericolose o eventuali situazioni di emergenza		
Esiti/Problematiche		
Documentazione di supporto		
Decisioni		

RIESAME PERIODICO DEL MOG 2/3	
Rapporti sulle prove di emergenza	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Realizzazione e risultati delle azioni correttive e preventive del modello intraprese	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Informazioni sulla consultazione e coinvolgimento dei lavoratori	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Rapporti sulla formazione e addestramento effettuati	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Risultati di eventuali esiti di audit esterni (seconda o terza parte)	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Violazioni significative delle procedure del modello organizzativo	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Risultati dell'audit interno	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Report o segnalazioni da parte dell'OdV	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	

RIESAME PERIODICO DEL MOG 3/3	
<ul style="list-style-type: none"> (FACOLTATIVO). Cambiamenti organizzazione: (nuove lavorazioni, personale, contratti, nuove leggi, novità in relazione al progresso scientifico e tecnologico ecc) 	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
<ul style="list-style-type: none"> (FACOLTATIVO). Scelta, gestione, efficacia DPI 	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
<ul style="list-style-type: none"> (FACOLTATIVO). Sorveglianza sanitaria 	
Esiti/Problematiche	
Documentazione di supporto	
Decisioni	
Validità della politica di SSL	Indicare se confermato o indicare le modifiche allegando nuova versione
Ulteriori decisioni intraprese	
Documenti di OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> • Programma di miglioramento (Allegato 2) • Programma annuale di formazione (Allegato 6) •
Altro	

RIUNIONE PERIODICA

Data riunione: _____ Durata riunione: _____

Firma del datore di lavoro (o suo rappresentante).....

Partecipanti	Nome e Cognome	Convocato	Presente (SI/NO)	Firma
RSPP		SI		
RLS/RLST		SI		
MC (ove nominato)		SI		
Dirigente		SI - NO		

ARGOMENTI TRATTATI ex art. 35 D.lgs.: 81/08	INTERVENTI:	PROBLEMI EMERSI:	CONCLUSIONI:
documento di valutazione dei rischi			
andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria			
criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale			
programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute			