



Atto adottato dall'azienda

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE		665/DG <small>numero</small>	23 Lug. 2018 <small>data</small>
Oggetto: Stipula di convenzione tra l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata e la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli per attività di collaborazione per supporto cardiocirurgico all'attività di cardiologia interventistica e chirurgia vascolare. Revoca Deliberazione n. 1120/DG del 31.12.2015. Adozione atti conseguenti			
<p>Esercizio 2018 Conto _____</p> <p>Centro di Costo 11010200 _____</p> <p>Sottoconto n. 502011226 _____</p> <p>Budget:</p> <p>- Assegnato € _____</p> <p>- Utilizzato € _____</p> <p>- Presente Atto € _____</p> <p>- Residuo € _____</p> <p>ovvero schema allegato <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale Dr. Pasquale Ferrari F.to Dr.ssa Angela Giuzio _____</p> <p>Data 20 Lug. 2018 _____</p>	<p style="text-align: center;">U.O.S.D. PROPONENTE AFFARI GENERALI</p> <p style="text-align: center;">F.to _____ Estensore Simona Bartolucci</p> <p>Il Responsabile del procedimento: Dr.ssa Maria Rita Corsetti</p> <p>Data 19.07.2018 Firma F.to _____</p> <p>Il Dirigente della U.O.S.D. proponente: Dr.ssa Maria Rita Corsetti</p> <p>Data 19.07.2018 Firma F.to _____</p> <p>Proposta n° 680 del 19.07.2018 _____</p>		
<p style="text-align: center;">PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data 23// 2018 _____</p> <p style="text-align: center;">IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Antonio Fortino F.to</p>	<p style="text-align: center;">PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data 20//7/18 _____</p> <p style="text-align: center;">IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dr. Cristiano Camponi F.to</p>		
<p>La presente deliberazione si compone di n. _____ pagine di cui n. _____ pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.</p>			



Esercizio 2018	Conto	Esercizio 2019	Conto
Centro di Costo 11010200		Centro di Costo 11010200	
Sottoconto n. 502011226		Sottoconto n. 502011226	
Budget:		Budget:	
- Assegnato		- Assegnato	
- Utilizzato		- Utilizzato	
- Presente Atto € 15.950,00		- Presente Atto € 18.850,00	
- Residuo		- Residuo	
Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/>		Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/>	
Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale Dr. Pasquale Ferrari F.to Dr.ssa Angela Giuzio		Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale Dr. Pasquale Ferrari F.to Dr.ssa Angela Giuzio	
Data 20 lug. 2018		Data	

IL DIRIGENTE DELLA U.O.S.D. AFFARI GENERALI

in qualità di Responsabile del Procedimento ai sensi della Legge 241/1990 e s.m.i

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

PREMESSO che, su proposta del Direttore della U.O.C. di Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica, con Deliberazione n. 1120/DG del 31.12.2015, è stata approvata la stipula di una convenzione con la Fondazione Policlinico A. Gemelli (di seguito Fondazione) per attività di collaborazione per prestazioni di cardiocirurgia in favore dei pazienti dell'Azienda Ospedaliera presi in carico dalle UU.OO.CC. di Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica e Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica;

che detta convenzione, tuttavia, non ha avuto seguito per sopraggiunti mancati accordi attuativi con la Fondazione;

che, successivamente, è stata avviata una consultazione con altre Aziende Ospedaliere con adeguato know how professionale, per verificare la disponibilità alla stipula di una convenzione, della durata di un anno, finalizzata ad acquisire la consulenza professionale necessaria per lo svolgimento di una collaborazione per l'attività di consulenza e di supporto alle suddette UU.OO.CC.;

che tale consultazione non ha dato esito positivo;

CONSIDERATO che l'Azienda Ospedaliera dispone, altresì, di una U.O.C. di Chirurgia Vascolare che effettua interventi altamente innovativi e in aree nosologiche "di confine" con quelle cardiologiche interventistiche;

che i Direttori delle UU.OO.CC. di Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica, Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica e di Chirurgia Vascolare hanno presentato alla Direzione Aziendale una proposta di revisione della convenzione e i relativi protocolli sanitari al fine di assicurare un alto livello di sicurezza delle cure erogate con immediata possibilità di intervento nonché di ampliare le competenze per l'approccio interdisciplinare al paziente cardiovascolare con condizioni cliniche complesse

che, pertanto, la Direzione Aziendale ha avviato una nuova trattativa con la Fondazione Policlinico A. Gemelli;

che, con nota prot. n. 7903 del 14.03.2018, il testo della proposta di atto convenzionale corredato di tutti gli allegati, elaborati in attuazione delle indicazioni impartite dalla Direzione Aziendale, è stato trasmesso alla Fondazione per la preventiva condivisione dello stesso, al fine di poter procedere all'adozione dell'atto deliberativo di approvazione e, successivamente, alla sottoscrizione dell'atto convenzionale;

che è intercorsa corrispondenza tra gli Enti finalizzata ad addivenire ad una stesura concordata e condivisa dei contenuti anche alla luce della nuova normativa in materia di privacy di cui al Regolamento (UE) 2016/679;

che in data 13.07.2018 si è addivenuti alla stesura del testo condiviso dell'Atto di designazione e nomina - ai sensi e per gli effetti degli artt. 4, comma 7 e 8, e 28 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (UE) 2016/679 - della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, quale Responsabile Esterno dei trattamenti dei dati personali, effettuati tramite la convenzione di che trattasi (cfr. All. F della convenzione);

- RITENUTO** di procedere alla stipula della convenzione per attività di collaborazione per supporto cardiocirurgico all'attività di cardiologia interventistica e chirurgia vascolare con la Fondazione, della durata di un anno a decorrere dalla data di sottoscrizione da parte della Fondazione stessa;
- di approvare il testo della convenzione che, allegata al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale, dando atto che la sottoscrizione tra le parti della convenzione stessa avverrà in modalità elettronica mediante dispositivo digitale ai sensi dell'art. 15 comma 2-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. e dell'art. 24 del D.lgs 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i e verrà scambiata tra le parti medesime a mezzo di posta elettronica certificata –PEC;
- altresi, di revocare la Deliberazione n. 1120/DG del 31.12.2015;
- di stabilire che l'Azienda Ospedaliera corrisponderà alla Fondazione, per l'attività di che trattasi, un compenso onnicomprensivo pari ad €1.450,00 ad accesso, prevedendo una frequenza di n. 2 accessi mensili dalle ore 9.00 alle ore 14.00;
- di individuare il Direttore U.O.C. Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica, Dott. Francesco Prati, quale Responsabile del procedimento relativamente all'attuazione della convenzione di che trattasi, assumendo la piena responsabilità in termini di spesa e liquidazione;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;
- ATTESTATO** in particolare che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

PROPONE

per i motivi dettagliatamente esposti in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di procedere alla stipula della convenzione per attività di collaborazione per supporto cardiocirurgico all'attività di cardiologia interventistica e chirurgia vascolare con la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, della durata di un anno a decorrere dalla data di sottoscrizione da parte della Fondazione;
- di approvare il testo della convenzione che, allegata al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale, dando atto che la sottoscrizione tra le parti della convenzione stessa avverrà in modalità elettronica mediante dispositivo digitale ai sensi dell'art. 15 comma 2-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. e dell'art. 24 del D.lgs 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i e verrà scambiata tra le parti medesime a mezzo di posta elettronica certificata –PEC;
- altresì, di revocare la Deliberazione n. 1120/DG del 31.12.2015;
- di stabilire che l'Azienda Ospedaliera corrisponderà alla Fondazione, per l'attività di che trattasi, un compenso onnicomprensivo pari ad €1.450,00 ad accesso, prevedendo una frequenza di n. 2 accessi mensili dalle ore 9.00 alle ore 14.00;

- di individuare il Direttore U.O.C. Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica, Dott. Francesco Prati, quale Responsabile del procedimento relativamente all'attuazione della convenzione di che trattasi, assumendo la piena responsabilità in termini di spesa e liquidazione;
- di prevedere che il costo complessivo presunto di € 34.800,00 trova riferimento:
 - quanto ad € € 15.950,00 al conto n. 502011226 "altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria da privato (intraregionale)" del bilancio 2018;
 - quanto ad € 18.850,00 al conto n. 502011226 "altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria da privato (intraregionale)" del bilancio 2019.

**Il Dirigente della U.O.S.D.
Dr.ssa Maria Rita Corsetti**

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- IN VIRTU'** dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00031 del 30 gennaio 2014 e prorogati con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00019 del 30.01.2017;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;
- PRESO ATTO** altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;
- VISTO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

ritenuto di dover procedere

DELIBERA

di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposta.

La U.O.S.D. Affari Generali curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

**IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Ilde Coiro**

F.to

**CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE PER
SUPPORTO CARDIOCHIRURGICO ALL'ATTIVITA' DI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E CHIRURGIA
VASCOLARE**

TRA

**L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni –
Addolorata** (in seguito, anche “Azienda Ospedaliera”), codice fiscale e
partita IVA n. 04735061006, in persona del Direttore Generale, Dr.ssa Ilde
Coiro, domiciliato per la carica in Via dell'Amba Aradam, 9 – 00184 Roma

E

La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli (in seguito,
anche “Fondazione” e, insieme con l'Azienda, “Parti”), codice fiscale e partita
IVA n. 13109681000, in persona del Direttore Generale, Prof. Marco
Elefanti, domiciliato per la carica in Largo Francesco Vito, 1 – 00168 Roma

PREMESSO

– che l'Azienda Ospedaliera costituisce polo di riferimento per la
cardiologia nell'ambito della rete regionale ed esegue in tale ambito
prestazioni di alta complessità nelle due U.O.C. di Cardiologia d'Urgenza con
Unità coronarica e di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica;

– che l'Azienda Ospedaliera dispone, altresì, di una U.O.C. di Chirurgia
Vascolare che effettua interventi altamente innovativi e in aree nosologiche
“di confine” con quelle cardiologiche interventistiche, a configurare in tal
modo una risposta integrata e multidisciplinare a bisogni assistenziali
cardiovascolari complessi;

- che la Fondazione ha la titolarità e la gestione del Policlinico Universitario Agostino Gemelli (di seguito, anche “Policlinico Gemelli” o “Policlinico”), ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale;
- che i Direttori delle UU.OO.CC. richiamate hanno proposto l’avvio di una collaborazione in ambito cardiocirurgico con la Fondazione al fine di assicurare un alto livello di sicurezza delle cure erogate con immediata possibilità di intervento nonché di ampliare le competenze per l’approccio interdisciplinare al paziente cardiovascolare con condizioni cliniche complesse;
- che la Direzione dell’Azienda Ospedaliera ha valutato positivamente la proposta e intende, quindi, avviare con la Fondazione una collaborazione in ambito cardiocirurgico in favore dei pazienti dell’Azienda presi in carico dalla U.O.C. di Cardiologia d’Urgenza con Unità Coronarica, dalla U.O.C. di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica e dalla U.O.C. di Chirurgia Vascolare;
- che tale collaborazione contribuirà ad elevare lo standard qualitativo dell’assistenza cardiovascolare presso l’Azienda Ospedaliera considerato che le UU.OO.CC. di cardiologia rappresentano ad oggi un centro di riferimento sul territorio per l’urgenza cardiologica;
- che la Direzione Sanitaria della Fondazione ha espresso parere favorevole alla stipulazione della presente convenzione;
- che, dall’esame degli atti acquisiti, non emergono pareri ovvero circostanze non favorevoli alla stipula di cui trattasi.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1 – PREMESSE E ALLEGATI

Le premesse e gli allegati sono parte integrante della presente convenzione.

Art. 2 – OGGETTO DELLA COLLABORAZIONE

La Fondazione si impegna a fornire all'Azienda Ospedaliera collaborazione in ambito cardiocirurgico nelle sotto indicate forme:

a) attività di consulenza e di supporto alle UU.OO.CC. di Cardiologia d'urgenza con unità coronarica, Cardiologia e riabilitazione cardiologica e Chirurgia Vascolare dell'Azienda;

b) accesso del personale medico delle UU.OO.CC. dell'Azienda Ospedaliera all'Heart Team della Fondazione per la discussione multidisciplinare, in accordo con le linee guida scientifiche, dei casi clinici complessi. Tale attività sarà svolta, con cadenza anche quotidiana, tramite video-conferenza, secondo un protocollo concordato tra le Parti, il quale assicuri in ogni caso il pieno rispetto delle esigenze di servizio e la regolarità dell'attività istituzionale della Fondazione;

c) consulenze cardiocirurgiche in situ ritenute necessarie a definire l'indicazione a intervento cardiocirurgico di pazienti in regime di ricovero che presentino un quadro clinico complesso con indicazione di un potenziale intervento ad alto rischio;

d) Stand-by cardiocirurgico effettivo in situ, per supporto in sicurezza alle attività programmate dal Servizio di Emodinamica e/o di Elettrofisiologia afferenti alle UU.OO.CC. dell'Azienda ed alle attività programmate dall'U.O.C. di Chirurgia Vascolare;

e) Follow up congiunto presso l'Azienda di casi sottoposti ad intervento di

emergenza.

In caso di necessità d'intervento di emergenza in corso di stand-by, l'intervento chirurgico sarà realizzato dall'equipe della Fondazione, costituita da un cardiocirurgo esperto, da un cardioanestesista e da un perfusionista, coadiuvata da medici specialisti e da infermieri dell'Azienda Ospedaliera di comprovata qualificazione.

L'operatività della sala operatoria (apparecchiature, materiali, impianti) ed il personale di supporto (infermieri, anestesisti) saranno a carico dell'Azienda Ospedaliera, secondo quanto previsto dai protocolli operativi condiviso tra le Parti **(All. A e B)**.

Eventuali trasferimenti e accessi, presso il Policlinico Gemelli, di pazienti cardiocirurgici, selezionati presso i servizi clinici dell'Azienda, avverranno in conformità con le norme vigenti e nel rispetto delle condizioni di urgenza e delle liste d'attesa del medesimo Policlinico. Il follow up post ricovero, di cui alla precedente lett. e), avverrà – nel rispetto di ogni norma e linea guida applicabile – con modalità condivise, assicurando la continuità e la massima efficacia della prestazione assistenziale.

Restano comunque ferme e impregiudicate la piena autonomia dell'Azienda nel riferimento dei pazienti ad altre strutture sanitarie nonché l'osservanza della normativa della macro-area per l'urgenza/emergenza cardiocirurgica.

**Art. 3 – MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'E
PROTOCOLLI OPERATIVI PER LA CONSULENZA E LO STAND
BY**

L'attività di consulenza e di supporto alle UU.OO.CC. di Cardiologia

d'urgenza con unità coronarica, Cardiologia e riabilitazione cardiologica e Chirurgia Vascolare dell'Azienda, sarà prestata dall'equipe della Cardiochirurgia del Policlinico, con una frequenza di nr. 2 accessi mensili dalle 9.00 alle 14.00. Le date degli accessi saranno fissate – nel rispetto dell'esigenza di assicurare il regolare svolgimento delle prestazioni istituzionali erogate dalla Fondazione – secondo un calendario preventivamente concordato dalle Parti.

Le concrete modalità operative per l'attuazione della suddetta attività di collaborazione e di supporto sono definite e regolate nel "Protocollo Chirurgico e Anestesiologico" condiviso tra le Parti **(All. B)**.

Ai fini dell'esecuzione della presente convenzione vengono individuati i seguenti referenti per tutti gli adempimenti di rispettiva competenza:

- per l'Azienda Ospedaliera il Prof. Francesco Prati, Direttore della U.O.C. di Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica;
- per la Fondazione il Prof. Massimo Massetti, Direttore Responsabile U.O.C. di Cardiochirurgia.

I referenti redigono, con modalità condivise e con la partecipazione dei vari soggetti coinvolti, uno o più Protocolli operativi con cui si descrivono dettagliatamente sia l'attività di consulenza sia quella di stand by, articolandoli secondo le fasi di selezione dei pazienti con approccio multidisciplinare, la preospedalizzazione, l'esecuzione delle procedure, l'attivazione dello stand by e le regole di intervento, le cure intensive, l'eventuale trasferimento in continuità di cura presso il Policlinico e il follow up dei casi trattati.

I Protocolli definiscono altresì le responsabilità di ciascuna delle parti interessate, il ruolo delle singole figure professionali, le verifiche ed i controlli tecnici da eseguirsi di routine e la modulistica necessaria, incluso il modulo per il consenso informato del paziente.

I Protocolli sono proposti e firmati dai Direttori delle strutture competenti e approvati dalle Direzioni Sanitarie dei due Enti.

Art. 4 – COMPENSO

L'Azienda Ospedaliera si impegna a:

- corrispondere alla Fondazione, per l'attività di collaborazione oggetto della presente convenzione, un compenso omnicomprensivo, per ciascun accesso, pari ad € 1.450,00, IVA esente;
- a trasmettere alla Fondazione, con cadenza mensile, un prospetto riepilogativo dell'attività svolta da ciascun componente dell'equipe di Cardiochirurgia (**All. C**) che indichi i giorni e gli orari in cui le attività sono state svolte.

Art. 5 – MODALITA' DI PAGAMENTO

Il corrispettivo di cui all'art. 4 sarà saldato, a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Fondazione (codice IBAN IT 42 B 02008 05314 000400266478), dall'Azienda Ospedaliera entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data della fattura emessa dalla Fondazione.

Art. 6 – DURATA

La presente convenzione ha la durata di un anno a decorrere dalla data di sottoscrizione da parte della Fondazione, e potrà essere rinnovata dalle Parti soltanto con accordo scritto.

Ciascuna Parte potrà recedere dalla presente convenzione con un preavviso di 30 giorni.

Le Parti precisano che eventuali modifiche ed integrazioni alla presente Convenzione avranno efficacia e potranno essere apportate, previo accordo dei contraenti, esclusivamente con la forma scritta.

Art. 7 – ASPETTI ASSICURATIVI

L'Azienda Ospedaliera assume piena ed esclusiva responsabilità per le prestazioni assistenziali da essa erogate ai pazienti, anche valendosi dei servizi oggetto del presente accordo.

L'Azienda Ospedaliera presso la quale l'equipe e/o i professionisti del Policlinico svolge/svolgono l'attività oggetto della presente convenzione, provvede, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

Con riferimento alla responsabilità civile verso terzi, l'Azienda è allo stato in regime di ritenzione in proprio del rischio assicurativo (c.d. autoassicurazione).

Resta inteso che l'A.O. eserciterà – secondo quanto previsto nella legge 8 marzo 2017, n. 24e s.m.i.– il diritto di rivalsa in caso di dolo o colpa grave dell'equipe e/o dei professionisti del Policlinico che manleverà i propri dipendenti per le fattispecie di che trattasi.

I professionisti incaricati si impegnano a compilare il modulo allegato contenente i dati e recapiti personali **(All. D)**.

Art. 8 – ASPETTI FISCALI

Si dà atto che la sottoscrizione tra le parti della presente convenzione avviene in modalità elettronica mediante dispositivo digitale ai sensi dell'art. 15 comma 2-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. e dell'art. 24 del D.lgs 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i e scambiata tra le parti medesime a mezzo di posta elettronica certificata –PEC.

Ai sensi del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, la presente convenzione e gli allegati sono soggetti all'imposta di bollo a carico della Fondazione.

L'Azienda Ospedaliera assolverà all'obbligo dell'imposta di bollo in modo virtuale - art. 15 D.P.R. 642/72 aut. Ag. Entrate RMI prot. n. 344048/2010 - previa corresponsione da parte della Fondazione dell'importo suddetto sull'IBAN aziendale IT81W0200805160000400007365.

La presente convenzione sarà registrata in caso d'uso e le conseguenti spese saranno a carico della parte che lo ritenesse necessario.

Art. 9 – CODICE ETICO

La Fondazione dichiara di conoscere ed accettare il Codice Etico approvato dall'Azienda Ospedaliera e si impegna a rispettarne tutte le disposizioni. In caso di violazione di tali disposizioni, l'Azienda Ospedaliera avrà facoltà di risolvere la presente Convenzione ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

L'Azienda dichiara di conoscere e accettare il contenuto del Codice Etico adottato dalla Fondazione Gemelli (consultabile sul sito internet: www.policlinicogemelli.it) e si impegna a rispettarne tutte le disposizioni. In caso di violazione di tali disposizioni la Fondazione avrà facoltà di risolvere il presente accordo, ai sensi dell'art. 1456 cod .civ.

Art. 10 – SICUREZZA

Per l'erogazione delle prestazioni oggetto del servizio secondo criteri di autonomia tecnica, la Fondazione si avvarrà, nel rispetto dei protocolli condivisi tra le Parti, di risorse, locali e attrezzature messe a disposizione dall'Azienda Ospedaliera.

La Fondazione garantisce l'idoneità tecnico professionale del proprio personale coinvolto nello svolgimento delle attività oggetto del presente accordo ivi compresa la idoneità alla mansione specifica con indicazione dei rischi e classificazione del personale.

Il personale inviato presso l'Azienda Ospedaliera sarà dotato del dosimetro la cui lettura competerà all'Esperto Qualificato della Fondazione per la valutazione della dose in continuità con quanto effettuato presso il Policlinico ai fini della classificazione del personale.

L'Azienda Ospedaliera garantisce il costante e integrale rispetto delle norme in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, anche con riferimento specifico ad eventuali rischi da interferenza ed alla radioprotezione. Essa garantisce, inoltre, l'idoneità tecnico professionale del proprio personale coinvolto, già formato per lo svolgimento delle attività oggetto del presente accordo, e la piena idoneità e conformità a norma degli spazi e delle attrezzature utilizzate nella (o, comunque, funzionali alla) esecuzione di tali attività.

L'Azienda Ospedaliera metterà a disposizione per gli interventi di cardiocirurgia la camera operatoria della Chirurgia Vascolare, classificata ISO7 a flusso turbolento, sanificata secondo le vigenti normative e standard tecnici.

Pertanto, l'Azienda Ospedaliera assume la responsabilità per la corretta osservanza di tutti adempimenti connessi alla tutela della salute e sicurezza, ivi compresa l'informativa in merito ai rischi specifici esistenti nei luoghi di esecuzione del Servizio, e alle misure di prevenzione e di emergenza adottate, anche in conseguenza dell'interferenza tra i soggetti coinvolti.

A tal riguardo, l'Azienda Ospedaliera: a) trasmette alla Fondazione il proprio documento di valutazione dei rischi e si impegna ad effettuare le specifiche informative di cui al comma precedente a favore del personale della Fondazione coinvolto nonché ad aggiornare la Fondazione in merito ad eventuali aggiornamenti; b) provvede, prima dell'avvio delle attività di cui alla presente convenzione, alla individuazione di ogni eventuale possibile rischio da interferenza e ove necessario, alla conseguente elaborazione del DUVRI destinato a diventare parte integrante della presente convenzione con annessa quantificazione dei costi.

Il personale della cardiocirurgia dovrà recarsi presso l'Azienda Ospedaliera avendo già ricevuto la formazione generale e specifica sui rischi propri della mansione e su quanto riportato nel DUVRI.

L'Azienda Ospedaliera integrerà inoltre tale formazione; a questo riguardo, il personale della Fondazione dovrà recarsi presso il Dott. Prati e presso U.O.S.D. Prevenzione e Protezione per ricevere tutte le eventuali ulteriori informazioni integrative.

ART. 11 – PRIVACY

Le Parti si impegnano a eseguire il Servizio oggetto del presente accordo nel pieno rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali, di

cui al Regolamento UE 2016/679 ed alla normativa nazionale vigente.

L'Azienda, in qualità di Titolare del trattamento dei dati privacy, nomina la Fondazione quale Responsabile esterno del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 **(All. F)**.

ELENCO ALLEGATI:

- Protocollo chirurgico e anestesiologicalo **(All. A)**
- Protocollo organizzativo **(All. B)**
- Modulo prospetto riepilogativo dell'attività svolta dal Cardiocirurgo/
Cardioanestesista/ Perfusionista **(All. C)**
- Modulo contenente i dati e recapiti personali del professionista
incaricato **(All. D)**
- Documento valutazione dei rischi interferenti dell'Azienda Ospedaliera
(All. E)
- Atto di nomina della Fondazione quale Responsabile esterno dati privacy
(All. F)

Roma,

Per la Fondazione

Il Direttore Generale

(Prof. Marco Elefanti)

Roma,

Per l'Azienda

Il Direttore Generale

(Dr.ssa Ilde Coiro)

PREMEDICAZIONE ANESTESIOLOGICA

- Visita e colloquio col paziente, informandolo su quello che potrebbe accadere qualora l'intervento di cardiologia strutturale si complicasse e richiedesse un intervento cardiocirurgico.
- Valutare la presenza di prevedibili difficoltà all'IOT, presenza di denti mobili o protesi dentarie.
- Esecuzione del test di Allen.
- Ottenere il consenso informato all'anestesia facendo firmare il modulo apposito al paziente.
- Verificare la presenza del consenso scritto all'intervento ed all'eventuale trasfusione.
- Controllare la presenza in cartella dei seguenti esami:
SMA, Emocromo, PEC, ECG, Rx torace, Eco Doppler tronchi epiaortici, Sierologia per lue ed epatite B, Gruppo sanguigno.
- Compilare un'apposita scheda di valutazione preoperatoria relativa all'intervento valvolare percutaneo ed all'eventuale cardiocirurgia in emergenza.

PREPARAZIONE DELLA SALA OPERATORIA

Controllo del normale funzionamento delle apparecchiature di sala:

- fonte di ossigeno, respiratore automatico, aspiratore, monitor, defibrillatore, pacemaker esterno, laringoscopio e tubi O.T.
- Eventuale rabbocco del vaporizzatore degli anestetici per inalazione.
- Controllo ed eventuale sostituzione della calce sodata.
- Collegamento dello scarico dell'apparecchio di anestesia all'apposita presa a muro ed accensione della pompa per lo smaltimento dei gas anestetici.

Farmaci da preparare prima dell'inizio dell'intervento:

- Propofol 1% in siringa da 20 ml
 - Esmeron 50 mg
 - Cefazolina 2g in 10ml S.F. in siringa da 10 ml
 - Effortil 10 mg (1f) in 10 ml S.F. in siringa da 10 ml
 - CaCl₂ 1 gr (1f) in siringa da 20 ml
 - Dopamina 2000 mcg in 20 ml SF (100 mcg/mL).
- (Usando una siringa da 20 ml si aspira 1 cc di dopamina e lo si porta a 20 con SF.

Successivamente si eliminano 19 ml di tale soluzione e si ridiluisce a 20 con SF).

- Siringa da 2,5 ml per Fentanil (puro: 1cc = 50mcg)
- Siringa da 20 ml vuota per protamina
- Siringhe da 2ml eparinate per esecuzione EAB n. 10
- Pompa siringa con siringa da 50 mL contenente Remifentanil 5 mg diluito a 50 mL con soluzione fisiologica (concentrazione 100 mcg/mL).
- Pompa siringa con siringa da 50 mL contenente Propofol 400 mg (2 fiale da 20 mL all'1%)

ARRIVO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA

Sala di preanestesia

- Verifica dell'identità del paziente (nome e data di nascita).
- Ulteriore verifica dello stato di digiuno e della presenza o meno di protesi dentarie mobili.
- Trasferimento sul letto operatorio e posizionamento della piastra dell'elettrobisturi.

Trasferimento in sala operatoria e monitoraggio

- Accensione del materassino termico a 38°.
- Ossigenazione del paziente mediante ventimask al 50%
- Monitoraggio della pulsossimetria
- Monitoraggio ECG:
Posizionamento di 5 elettrodi adesivi e loro connessione al cavo ECG (spalla dx rosso, spalla sx giallo, coscia dx nero, coscia sx verde, V₅ bianco). Copertura accurata degli elettrodi con cerotto. Si monitorizzano simultaneamente DII e V₅.
- In caso di reintervento o accesso minitoracotomico posizionare le placche esterne dispoable per defibrillazione facendo attenzione a non invadere il campo operatorio.
- Cannulazione venosa periferica previa anestesia locale con xilocaina 2% mediante agocannula 16 – 14 gauge. In caso di reintervento o intervento sui grossi vasi verrà posizionata una seconda via venosa dopo l'induzione dell'anestesia.
- Cannulazione dell'arteria radiale dal lato non dominante, previa anestesia locale, mediante agocannula 20-gauge e connessione al sistema di lavaggio / monitoraggio. In caso di intervento sull'aorta toracica cannulare l'arteria radiale dx. Qualora sia previsto l'uso di una arteria radiale come graft, la via venosa e l'arteria verranno posizionate dal lato controlaterale.

Dopo l'induzione e l'intubazione orotracheale:

- Cannulazione venosa centrale (giugulare interna dx in prima istanza).
Da eseguire con la più rigorosa asepsi (camice sterile). In caso di intervento di disostruzione carotidea prestare attenzione al lato da operare verificando il referto angiografico.
- CVC a tre vie e catetere di Swan Ganz: in tutti gli interventi in CEC e negli interventi sui grossi vasi in pazienti con compromissione ventricolare (frazione di eiezione < 40%, vaste aree ipocinetiche e acinetiche, presenza di aneurisma ventricolare, infarto recente, severa malattia trivasale, lesioni valvolari associate), CVC a tre vie:: interventi sui grossi vasi.
- Colori del sistema di monitoraggio:
Rosso: arteria radiale
Blu: atrio destro
Giallo: arteria polmonare
- Posizionamento del catetere vescicale e verifica del suo corretto funzionamento. Connessione a un sistema di rilevazione orario della diuresi. La diuresi verrà rilevata allo scadere di ogni ora, prima di entrare in CEC, alla fine della CEC, alla fine dell'intervento.
- Posizione del paziente sul tavolo operatorio:
Teli sotto il torace ed il capo, reggibraccia laterali. Evitare l'iperestensione del capo, assicurare un normale posizionamento degli arti superiori e inferiori al fine di evitare lesioni nervose periferiche, verificare il normale funzionamento della via arteriosa e venosa periferica.
- Connessione al defibrillatore delle placche interne e verifica del loro funzionamento (shock asincrono di prova a 30J).
- Posizionamento della sonda di rilevazione della temperatura nasofaringea.

PROTOCOLLO CHIRURGICO E ANESTESIOLOGICO

- Eventuale posizionamento della sonda per TEE (può essere posizionata anche al momento dell'intubazione)

TEMPI PRINCIPALI PER L'ESECUZIONE EAB ARTERIOSI E POLMONARI E PER LE VALUTAZIONI EMODINAMICHE

1. Preinduzione, in respiro spontaneo
2. Postinduzione
3. Dopo sternotomia
4. Dopo l'uscita di CEC
5. Fine intervento

PRINCIPALI TEMPI DELL'INTERVENTO

A. Pre-CEC

1. Induzione dell'anestesia e connessione al R.A.
2. Incisione cute
3. Sternotomia
4. Eparinizzazione
5. Cannulazione dei grossi vasi
6. Prelievo per autotrasfusione

B. CEC

1. Inizio CEC
2. Clampaggio aortico
3. Protezione miocardica mediante cardioplegia
4. Intervento
5. Purga dell'aria
6. Declampaggio e ripresa attività elettrica
7. Assistenza
8. Ripresa della ventilazione
9. Svezamento e fine CEC

C. Post-CEC

1. Decannulazione
2. Protaminizzazione
3. Controllo dell'emostasi
4. Sternosintesi
5. Sutura cute e fine intervento.

A. Pre-CEC

1. Introduzione del SNG mediante pinza di Magill prima dell'IOT, se si prevede una intubazione facile.
2. IOT con tubo OT cuffiato e lubrificato con pomata alla xilocaina
negli uomini \varnothing n°9, accorciato a 26 cm
nelle donne \varnothing n°8, accorciato a 25 cm
3. Impostazione del respiratore dopo IOT:
Volume minuto (It): 8 mL/Kg
Frequenza respiratoria: 10 atti/min
FiO₂: 50% (miscela aria e O₂)
Monitoraggio continuo di SpO₂ ed ETCO₂

4. Al momento della sternotomia interrompere la ventilazione al fine di evitare lesioni pleuriche.

5. Scoagulazione:

Monitoraggio mediante ACT (tempo di coagulazione attivato).

Esecuzione: prelievo, mediante siringa non eparinata, di 2 ml di sangue arterioso. Avvio della conta dei secondi al momento del contatto del sangue con la polvere della provetta. Agitare la provetta, inserirla nella macchina e ruotarla in senso orario finché non si accende la luce verde.

a) Prelievo di base: prima del prelievo per EAB preinduzione.

b) Eparinizzazione: Eparina 1cc = 50 mg o 5000 U.I.

In arteria polmonare: 3mg/kg

Esecuzione ACT dopo 2-3 min: valori > 300 sec consentono l'aspirazione del sangue col cardiotoimo dal campo operatorio, > a 400 (480) sec consentono l'ingresso in CEC.

In caso di valori < 400 sec somministrare la dose addizionale di 1 mg/kg ed eseguire ACT dopo 5min.

PROTOCOLLO CHIRURGICO E ANESTESIOLOGICO

Ripetere l'ACT ogni 20' qualora l'ingresso in CEC sia ritardato.

6. Al momento della cannulazione aortica assicurare una pressione sistolica non superiore a 100 mmHg.
Segnalare la presenza eventuale di bolle d'aria sulla linea arteriosa.
7. Prelievo per auto trasfusione.
Salasso normovolemico una volta posizionata la cannula venosa, se l'ematocrito e le condizioni emodinamiche lo consentono. (Il salasso può altresì essere eseguito subito dopo l'ingresso in CEC).

Considerando che il volume stimato di sangue (VSS) in ml di un individuo adulto è pari a:

$$VSS = \text{peso in kg} * 70$$

e che la massa dei globuli rossi (MGR) è data da:

$$MGR = Ht * VSS$$

una volta in CEC l'Ht sarà dato da:

$$Ht \text{ in CEC} = MGR / (VSS + \text{Volume del prime})$$

La quantità di sangue da prelevare è quindi data dalla seguente formula:

$$VSS * \{ (Ht \text{ pre-CEC} - Ht \text{ desiderato pre-CEC}) / (Ht \text{ pre-CEC} + Ht \text{ desiderato pre-CEC}) / 2 \}$$

dove

$$Ht \text{ desiderato pre-CEC} = MGR. \text{ desiderata} / VSS$$

$$MGR. \text{ desiderata} = (Ht \text{ desiderato in CEC}) * (VSS + \text{Volume del prime})$$

8. Rivalutazione delle pupille prima di entrare in CEC annotando eventuali anomalie di diametro e simmetria.

B. CEC

1. All'inizio della CEC:

- a) valutare il drenaggio venoso: avvisare il chirurgo in presenza di edema e cianosi della testa e del collo. La PVC risulterà aumentata.
- b) valutare il flusso arterioso: escludere dissezione aortica o maldirezione della cannula aortica.
- c) valutare il corretto funzionamento dell'ossigenatore.
- d) interrompere la ventilazione una volta raggiunti i flussi pieni.
- e) supplementare la curarizzazione
- f) ritirare di 5 cm il catetere di S.G. per prevenire il suo dislocamento in avanti.

2. Durante la CEC:

- a) assicurare la coagulazione: monitoraggio ACT ogni 20 min in particolare durante CEC normotermica o durante il riscaldamento.
- b) verificare una corretta protezione miocardica e una corretta esecuzione della cardioplegia per quanto riguarda tempi e modalità (es. infusione della cardioplegia ogni 15-20' o in caso di ripresa dell'attività elettrica; segnalare un eventuale malposizionamento della cannula della retroplegia o una eccessiva (>40 mmHg) pressione di infusione).
- c) eseguire EAB ogni 20-30 min correggendo eventualmente l'esame per la temperatura in caso di CEC ipotermica.
- d) assicurare una adeguata pressione media di perfusione, se necessario con la somministrazione di vasocostrittori.
- e) assicurare un ematocrito di fine CEC non inferiore al 20%.
- f) al momento della purga dell'aria posizionare il paziente in Trendelenburg e ventilare col va e vieni al fine di rimuovere l'aria sequestrata nelle vene polmonari. Sospendere la ventilazione manuale poco prima del declampaggio.
- e) se la ripresa elettrica avviene in F.V. defibrillare inizialmente con 2.5 J e con successivi incrementi di 2.5-5J fino a 30 -50J. Assicurare una adeguata potassiemia, somministrare eventualmente, in caso di inefficacia della defibrillazione, 1 mg/kg di lidocaina.
- f) correggere eventuali squilibri elettrolitici (iper, ipopotassiemia) e acido-base.
- g) osservare l'ECG in tutte le derivazioni e comunicare al chirurgo eventuali alterazioni;
- h) valutare il corretto funzionamento del pace-maker esterno e assicurare, se necessario, un adeguato pacing atriale, ventricolare o sequenziale.
- i) somministrare CaCl_2 5-10 mg/kg.
- j) iniziare l'eventuale infusione di inotropi non più di 5 minuti prima della cessazione della CEC.
- k) riprendere la ventilazione a FiO_2 1 aumentando di 1-2 lt il VM impiegato nel pre-CEC. Assicurarsi dell'assenza di pneumotorace e che la cavità pleurica sia stata aspirata.
- l) Svezamento dalla CEC:
 - correggere eventuali alterazioni del ritmo
 - assicurare una adeguata frequenza cardiaca
 - assicurare un adeguato precarico (evitare il sovraccarico)
 - somministrare eventualmente inotropi
 - somministrare eventualmente vasodilatatori.

C. Post-CEC

1. Protaminizzazione.

PROTOCOLLO CHIRURGICO E ANESTESIOLOGICO

Viene iniziata una volta raggiunta una emodinamica stabile, in assenza di grossolane fonti di sanguinamento, dopo decannulazione della via venosa e dopo aver aspirato il sangue per l'ultima volta dal campo col cardiotomo.

La protamina va somministrata lentamente (rischio di ipotensione) a una dose in mg pari all'eparina somministrata in precedenza (considerare anche i 100 mg di eparina del prime).

(Altra opzione: si somministrano 1-1.3 mg per ogni mg di eparina presente al momento estrapolata dalla curva dose-risposta che correla l'ACT alla dose di eparina).

Determinare l'ACT dopo 3-4 minuti.

2. Al momento della rimozione della cannula aortica assicurare una pressione sistolica non superiore a 100.
3. Reinfondere l'autosalasso una volta osservata l'assenza di importanti fonti chirurgiche di sanguinamento.
4. Somministrare in media 50mg di protamina ogni 500 ml di emodiluito reinfuso.
5. Segnalare al chirurgo eventuali alterazioni ECG o emodinamiche prestando particolare attenzione alla fase successiva alla sternosintesi (es. inginocchiamento di graft)

TRASPORTO DEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA

1. Assicurarsi con anticipo del normale funzionamento a batteria di eventuali pompe per infusione
2. Chiudere con un guanto i drenaggi toracici o lasciare i drenaggi connessi al sistema di aspirazione.
3. Portare i tubi del circuito respiratorio in un telo sterile e usare per il trasporto lo stesso va e vieni della sala operatoria.
4. Farmaci da portare in T.I.: Diprivan, Dopamina, Effortil
5. Assicurare al paziente una adeguata sedazione.
6. Monitorare ECG, PA, pulsossimetria sul monitor da trasporto.
7. Una volta trasferito sul letto sollevare il torace del paziente di circa 30°
8. Giunti in T.I. connettere il pz al R.A. in SIMV 10 a FiO₂ 1 ed auscultare il torace bilateralmente.
9. Assicurarsi del normale collegamento dei drenaggi al sistema di aspirazione.
10. Controllare diametro e reattività pupillare.

PROTOCOLLI DI ANESTESIA CARDIOCHIRURGICA

	<u>TPS</u> mg/kg	<u>FENTANIL</u> mcg/kg	<u>PcBr</u> mg/kg	<u>DBP</u> mg	<u>N₂O</u> %	<u>ISOFLUORANO</u> %
A) Induzione	4 - 5	3 - 4	0.1	---	---	---
B) Incisione	---	3 - 4	---	2.5 - 5	---	0.5 - 1
C) Sternotomia	---	3 - 4	---	2.5 - 5	50	0.5 - 1
D) Inizio CEC	1	3 - 4	0.5	---	---	---
E) Riscaldamento	---	3 - 4	---	---	---	---
F) Fine CEC	---	3 - 4	---	---	---	---
G) Punti sternali	---	3 - 4	---	---	---	---

L'anestesia può essere supplementata con propofol somministrato in boli o in infusione continua (1-2 mg/Kg/h o secondo le necessità)

INDUZIONE:
 TPS => 2-3 mg/kg
 PcBr => 0.1 mg/kg
 Sufentanil => 0.5-1 μ /kg

MANTENIMENTO: Sufentanil => infusione continua 1 μ /kg/h ed eventuali boli di mantenimento
 Propofol => infusione continua secondo le necessità (0-2 mg/kg/h o più)

PROTOCOLLO DI ANESTESIA CON MIDAZOLAM IN CARDIOCHIRURGIA

L'infusione di midazolam viene avviata dopo l'induzione dell'anestesia, che si realizza nella forma consueta.

PROTOCOLLO CHIRURGICO E ANESTESIOLOGICO

Viene preparata una pompa siringa contenente midazolam diluito in soluzione fisiologica in modo da ottenere una concentrazione pari a 1mg/cc. L'infusione viene dosata secondo lo schema di 1ml/h per ogni 10kg di peso corporeo (esempio paziente di 70kg, 7cc/h), che equivale alla dose di 0.1mg/kg/h. Durante CEC l'infusione può essere aumentata a 2ml/h per ogni 10kg di peso corporeo (nell'esempio precedente 14cc/h).

L'infusione viene sospesa al termine della procedura chirurgica, e in T.I. l'eventuale sedazione viene realizzata mediante boli di Propofol.

Sono esclusi da tale protocollo i seguenti casi:

- Pazienti di età >75aa
- Pazienti con stenosi carotidea significativa e/o precedenti cerebrovascolari, o sottoposti ad intervento combinato di TEA C.I. + CABG/SV, per i quali è prevista una CEC ipotermica
- Pazienti con insufficienza renale (creatininemia >1.7mg/dl)
- Pazienti con insufficienza epatica
- Pazienti con BPCO di grado avanzato
- Pazienti affetti da miopatie
- Pazienti con storia di intolleranza alle benzodiazepine

Esiste un antidoto del midazolam, il flumazenil (ANEXATE).

Per l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni – Addolorata

Direttore U.O.C. Cardiologia
e Riabilitazione Cardiologica
Dott. Cesare Greco

Direttore f.f. U.O.C. Chirurgia
Vascolare
Dott. Gabriele Pogany

Direttore U.O.C. Cardiologia
d'Urgenza con Unità
Coronarica
Dott. Francesco Prati

Per la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli

Direttore Responsabile
Struttura Complessa
Cardiochirurgia
Prof. Massimo Massetti

Per approvazione:

Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero
San Giovanni – Addolorata
Dott. A. Fortino

Direttore Sanitario
Fondazione Policlinico Universitario Agostino
Gemelli
Dott. A. Cambieri

Roma,

Roma,

INTERVENTI DI STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE INTERVENTO

Organizzazione logistica

Il Team del Policlinico Gemelli, coordinato dal prof. Massetti, si impegna ad effettuare n. 2 sedute mensili di stand-by cardiocirurgico presso la sala chirurgica ubicata nel Corpo C, 2° piano ed adibita all'effettuazione di interventi di chirurgia vascolare.

Nella sala verrà collocato un macchinario di circolazione extra-corporea ed un sistema di contropulsazione, entrambi in dotazione all'Ospedale Militare Celio .

Si noti che la sala presenta le caratteristiche tecniche per l'effettuazione di cardiocirurgia complessa, poiché già in uso per interventi di chirurgia vascolare.

Durante l'effettuazione dello stand-by cardiocirurgico saranno presenti in sala un medico cardiocirurgo, un medico cardioanestesista ed un tecnico perfusionista della Cardiocirurgia del Policlinico Gemelli, nonché due infermieri specializzati al lavoro di sala operatoria (ferristi) ed un medico anestesista appartenenti alla nostra Azienda Ospedaliera. Nel caso in cui si renda necessaria l'attivazione della sala a causa del complicarsi di procedure cardiologiche, una volta effettuato l'intervento cardiocirurgico, si collocherà il paziente presso la rianimazione della nostra Azienda. Il dott. D'Ambrosio si è reso disponibile a garantire la gestione di un posto letto in occasione delle due sedute mensili

Finalità dello stand-by cardiocirurgico

Nelle mattinate in cui la sala chirurgica verrà destinata allo stand-by cardiocirurgico verranno effettuati interventi di cardiologia interventistica e strutturale nonché di elettrofisiologia. In particolare verranno eseguite procedure di posizionamento di protesi aortiche percutanee (TAVI), interventi di MitraClip mitralica per ridurre l'insufficienza della valvola mitralica, interventi di chiusura dell'auricola sinistra nei soggetti in fibrillazione atriale e per i quali non si possa impiegare la terapia anticoagulante ed in generale interventi di cardiologia strutturale valvolare in via di sviluppo (applicazione di protesi mitraliche o tricuspидali).

Verranno inoltre effettuate procedure di interventistica coronarica più complessa, tra cui la disostruzione delle coronarie con occlusione completa (CTO). Si tratta di procedure a rischio maggiore in quanto richiedenti tecniche più aggressive per la ricanalizzazione coronarica ed aventi un rischio aumentato di infarto o tamponamento cardiaco da versamento pericardico.

PROTOCOLLO ORGANIZZATIVO

Sarà possibile effettuare procedure elettrofisiologiche più spinte che prevedono la puntura del setto inter-atriale ed in generale l'ablazione di vie accessorie nelle cavità di sinistra del cuore. Ci riferiamo a casi di fibrillazione atriale o di tachicardia ventricolare. Sempre relativamente al settore aritmologico si potranno effettuare interventi di estrazione di pacemaker. La manovra va effettuata con stand-by cardochirurgico poiché può essere complicata da tamponamento cardiaco causato da versamento pericardico.

Infine, la nostra chirurgia vascolare potrà effettuare con l'ausilio dello stand-by cardochirurgico casi complessi di chirurgia dell'arco aortico e dell'aorta ascendente, richiedenti l'utilizzo della circolazione extra-corporea.

Per l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni – Addolorata

Direttore U.O.C. Cardiologia
e Riabilitazione Cardiologica
Dott. Cesare Greco

Direttore f.f. U.O.C. Chirurgia
Vascolare
Dott. Gabriele Pogany

Direttore U.O.C. Cardiologia
d'Urgenza con Unità
Coronarica
Dott. Francesco Prati

Per la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli

Direttore Responsabile
Struttura Complessa
Cardiochirurgia
Prof. Massimo Massetti

Per approvazione:

Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero
San Giovanni – Addolorata
Dott. A. Fortino

Direttore Sanitario
Fondazione Policlinico Universitario Agostino
Gemelli
Dott. A. Cambieri

Roma,

Roma,

AII. C

Alla Fondazione A. Gemelli
C.A.....
RECAPITO.....

Oggetto: CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE PER SUPPORTO
CARDIOCHIRURGICO ALL'ATTIVITA' DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E CHIRURGIA
VASCOLARE

Si comunica che nel mese di _____
il/la Dott./Dott.ssa _____ in servizio presso il
Policlinico, si è recato presso _____, al fine di
svolgere l'attività prevista in convenzione. L'attività è stata prestata con le seguenti modalità che
rientrano nel disposto della convenzione che disciplina l'attività stessa:

GIORNO	ORARIO	Ore rese
	Dalle ore _____ alle ore _____	
	Dalle ore _____ alle ore _____	
	Dalle ore _____ alle ore _____	
	Dalle ore _____ alle ore _____	
	Dalle ore _____ alle ore _____	
	Dalle ore _____ alle ore _____	
	Dalle ore _____ alle ore _____	
	Dalle ore _____ alle ore _____	

Firma del Dipendente incaricato dal
Policlinico

Firma del Responsabile dell'esecuzione
della Convenzione DR. F. PRATI
dell'Azienda Ospedaliera

All. D

ALL'AZIENDA OSPEDALIERA COMPLESSO
OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA
c.a. Dott. Francesco Prati

Oggetto: CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE PER SUPPORTO CARDIOCHIRURGICO
ALL'ATTIVITA' DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E CHIRURGIA VASCOLARE - **Dati / recapiti personali
dell'incaricato**

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a.....il.....

residente in Via.....

Comune.....

tel.....cell.....

e-mail.....

pec.....

Data,

Firma

**Ai sensi del Regolamento UE 2016/679, l'Azienda Ospedaliera si impegna ad utilizzare i dati personali
forniti dagli interessati esclusivamente per le finalità inerenti allo svolgimento della Convenzione.**



U.o.s.d. Prevenzione e Protezione

DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI INTERFERENTI

(art. 26, comma 3, D.Lgs. 81/2008 come modificato ed integrato dal D.Lgs. 106/2009)

CONVENZIONE PRESTAZIONI DI CARDIOCHIRURGIA INTERVENTISTICA E CHIRURGIA VASCOLARE POLICLINICO GEMELLI

Azienda o Ente Committente: Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Giovanni Addolorata

Azienda sede dei lavori, forniture o servizi del DUVRI: Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Giovanni Addolorata e Britannico"

Datore di lavoro: Dr.ssa Ilde Coiro

Redattore del DUVRI: Fabrizio Longhi

DUVRI DINAMICO

Il Direttore Generale aziendale

Dr.ssa Ilde Coiro

Il Direttore Generale Policlinico A.Gemelli

Prof. Marco Elefanti

R.U.P: Prof. Francesco Prati

RSPP: Dott. Giuseppe Brienza.....

INTRODUZIONE	3
CONDIZIONI PRELIMINARI PER LE DITTE ESTERNE	4
DISPOSIZIONI GENERALI PER LA SICUREZZA DELL'APPALTO	4
ANAGRAFICA COMMITTENTE	5
ADDETTI ANTINCENDIO	7
ANAGRAFICA ESECUTORI, PRESTATORI, FORNITORI E OGGETTI DEI CONTRATTI	8
RISCHI INTERFERENTI DEI LUOGHI E MISURE (INTERNI)	9
ATTIVITA' DEL COMMITTENTE: RISCHI PRESENTI NEI LUOGHI DI LAVORO DELL'AZIENDA	13
VALUTAZIONE DEI RISCHI INTERFERENZIALI	18
RISCHIO BIOLOGICO	22
RISCHIO CHIMICO	25
RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI	26
RISCHIO INCENDIO	27
STIMA DEI COSTI PER LA SICUREZZA DA INTERFERENZA	28
SISTEMA DI VERIFICA	29
INFORMAZIONI UTILI	30
GESTIONE DELLE EMERGENZE	31
Antincendio Piano Di Emergenza Ed Evacuazione	31
Incendio	31
Fughe di Gas	32
Terremoto	32
Allagamenti	33
Primo Soccorso	33
Infortunio/ malore	34
CONCLUSIONI	36

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata nell'attuare una politica organizzativa volta al rispetto ed alla valorizzazione dei lavoratori nell'ambito del posto di lavoro ha proceduto ad emanare il "regolamento per la sicurezza e la salute sul lavoro" con la Delibera D.G. sul sistema di gestione 676 del 16.9.16. Tale regolamento è alla base della costruzione di un sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro così come richiamato anche dal nuovo T.U. D.Lgs. 81/08. Anche l'esternalizzazione di attività aziendali può determinare l'incremento di occasioni d'infortunio a causa della promiscuità del lavoro, dovuto alla presenza di più operatori all'interno dei medesimi luoghi, tanto maggiormente quanto più complessa è l'azienda committente o più elevati sono i rischi in essa presenti o quanto più basso è il livello di sicurezza raggiunto o quanto meno affidabile è il prestatore esterno.

Il presente documento costituisce assolvimento all'obbligo disposto dall'articolo 26, comma 3 del DLgs. 81/2009, come modificato ed integrato dal DLgs. 106/2009.

L'obiettivo primario che si prefigge è quello di eliminare o, ove ciò non sia stato possibile, di ridurre al minimo, in relazione all'evoluzione tecnologica, i cosiddetti rischi interferenti, cioè i rischi dovuti alla presenza simultanea nei luoghi di lavoro di questa Azienda, in cui si ha la disponibilità giuridica, di più operatori economici che svolgono lavori o forniture o servizi per nostro conto, in aggiunta alle attività normalmente espletate da questa azienda.

Il documento, per la complessità e la varietà di tutti i servizi presenti in Azienda, è attualmente un allegato DUVRI che concorre insieme ad altri allegati DUVRI alla realizzazione di un Documento Unico, il DUVRI dell'Azienda, che contempla contemporaneamente, per luoghi di lavoro autonomi sotto il profilo prevenzionale, tutte le attività affidate a terzi. Proprio per raggiungere tale documento finale, valutata la complessità e la variabilità delle lavorazioni affidate a terzi, che possono svolgersi all'interno dell'Azienda S.Giovanni-Addolorata, si procede in prima istanza con l'elaborazione di diversi allegati, aggiornati per ciascuna attività appaltata, che analizzano i rischi in funzione dell'evoluzione dei lavori, servizi e forniture. Il documento individua tutti i rischi interferenti, le relative misure di prevenzione e protezione e i soggetti obbligati ad attuarle. Dispone, inoltre, un sistema di controllo dell'attuazione delle suddette misure, sia da parte dell'azienda esecutrice/fornitrice/prestatrice che da parte di questa azienda committente, per rendere quanto più possibile efficace in termini prevenzionistici.

Il presente documento è redatto **come DUVRI DINAMICO**, i rischi interferenti potenzialmente presenti, dovrà essere oggetto di aggiornamenti continui. Il RUP, che curerà tutte le fasi attuative dell'appalto è incaricato di sovrintendere a tutte le lavorazioni oggetto di gara coordinando e curando tutti gli adempimenti di legge, avvalendosi per gli aspetti di sicurezza, ove ritenuto necessario, anche del SPP. I protocolli d'intervento recepiranno tutte le informazioni e saranno oggetto di tutte le integrazioni eventualmente necessarie per ridurre i rischi da interferenza. La ditta affidataria è tenuta al recepimento delle "Informazioni Dettagliate" del "Piano di Emergenza", delle "Linee guida TBC", del "DVR Rischio Biologico e protocolli post esposizione" delle "Planimetrie dei locali assegnati" e alla loro acquisizione unitamente al "Capitolato Prestazionale" allegati al presente Documento e depositati presso la U.O.C. Cardiologia d'Urgenza.

CONDIZIONI PRELIMINARI PER LE DITTE ESTERNE

Si ricorda che tutte le imprese esterne hanno l'obbligo di provvedere al rispetto di tutti gli obblighi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii. Tutto il personale dell'impresa appaltatrice che presterà servizio all'interno dell'Azienda dovrà:

- essere munito di tesserini di identificazione in ottemperanza ed in conformità con l'articolo 18 lettera u) del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. Tutto il personale dell'appaltatore deve esporre per tutto il tempo di permanenza nella sede del committente la tessera di riconoscimento corredata di fotografia contenente le sue generalità e l'indicazione del datore di lavoro;
- essere regolarmente assunto ed in regola con i premi assicurativi INAIL;
- ricevere adeguata e completa informazione, formazione ed addestramento sui rischi specifici relativi alle loro mansioni ai sensi degli articoli 36 e 37 del D.Lgs. 81/2008, nonché sui contenuti e le procedure del presente DUVRI e nel Documento Informazioni Dettagliate;
- essere in possesso del giudizio di idoneità alla mansione specifica, sottoponendosi ai protocolli di sorveglianza sanitaria previsti dal Medico Competente dell'impresa appaltatrice. L'elenco nominativo dei dipendenti dovrà essere trasmesso al RUP unitamente ai giudizi di idoneità alla mansione specifica e al PES. E' fatto obbligo alla ditta aggiudicataria trasmettere qualunque variazione, dovendo il RUP avere sempre agli atti un elenco aggiornato. Il RUP potrà richiedere in ogni momento di verificare, anche a campione, la presenza di giudizi di idoneità in corso di validità.
- indossare ove previsti, i Dispositivi di Protezione Individuale così come evidenziato dalla valutazione dei rischi che la ditta appaltatrice deve stilare ai sensi dell'art. 18 lettera d) del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. per le lavorazioni che si svolgono presso l'AO con individuazione dei rischi specifici;
- attenersi scrupolosamente alle procedure e disposizioni dell'Azienda
- essere formato per il rischio incendio elevato

DISPOSIZIONI GENERALI PER LA SICUREZZA DELL'APPALTO

Di seguito vengono elencate le disposizioni generali cui dovranno attenersi le imprese appaltatrici:

- Prima di accedere alle aree interessate dall'intervento, occorre che il RUP e/o il DEC ponga in essere le misure di prevenzione e protezione concordate riportate nel presente DUVRI DINAMICO sulla base delle tempistiche e modalità di effettuazione delle attività previste nel capitolato e nell'offerta tecnica
- E' fatto obbligo di attenersi a tutte le indicazioni segnaletiche presenti (divieti, pericoli, dispositivi emergenza, ecc.), e al rispetto del senso di marcia delle vie di circolazione interne;
- Non si devono ingombrare le vie di fuga con attrezzature e materiali vari. In particolare è rigorosamente vietato depositare anche solo momentaneamente in prossimità delle uscite di emergenza (sia aree interne sia aree esterne degli edifici) qualsiasi oggetto, mezzo o materiale;
- Non si devono lasciare nelle aree di lavoro attrezzature incustodite che possono costituire fonte di pericolo se non dopo averle messe in sicurezza;
- Non si devono spostare, occultare o togliere i presidi e la segnaletica di sicurezza, se non in caso di assoluta necessità e solo dopo avere sentito il RSPP della sede oggetto dello svolgimento delle attività contrattuali;
- E' severamente vietato fumare in tutti i locali dell'Azienda;
- L'impresa dovrà utilizzare, per l'esecuzione dei lavori oggetto dell'appalto, esclusivamente macchine o attrezzature conformi alle vigenti Norme di Legge e di buona tecnica;

ANAGRAFICA COMMITTENTE

COMMITTENTE

AZIENDA O ENTE COMMITTENTE

Denominazione	Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Giovanni Addolorata
Indirizzo	Via dell'Amba Aradam, 9
CAP, Città e Provincia	00184 ROMA RM
Nazione	ITALIA
Telefono e Fax	0677051 0677053253

SOGGETTO COMMITTENTE

Nominativo	Dr.ssa Ilde Coiro
Qualifica	Direttore Generale
Indirizzo	Via dell'Amba Aradam, 9
CAP, Città e Provincia	00184 ROMA
Nazione	ITALIA
Telefono e Fax	0677051 0677053340

REDATTORE DEL DUVRI

Nominativo	Fabrizio Longhi
Qualifica	TdP
Indirizzo	Via dell'Amba Aradam, 9
CAP, Città e Provincia	00184 ROMA
Nazione	ITALIA
Telefono e Fax	0677053458 0677053463
E-Mail	flonghi@hsangiovanni.roma.it

AZIENDA SEDE DEI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E OGGETTO DEL DUVRI

Denominazione	Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Giovanni Addolorata
Indirizzo	Via dell'Amba Aradam, 9
CAP, Città e Provincia	00184 ROMA RM
Nazione	ITALIA
Telefono e Fax	0677051 0677053253

DATORE DI LAVORO

Nominativo	Dr.ssa Ilde Coiro
Indirizzo	Via dell'Amba Aradam, 9
CAP, Città e Provincia	00184 ROMA
Nazione	ITALIA
Telefono e Fax	0677051 0677053340
Medico competente	Dott. Tomei Francesco
DIRIGENTI DELEGATI	Riferimento SGSL Deliberazione 1055 e successivi aggiornamenti: ing. Caracciolo, anche quale RUP del RTSA

RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

spp@hsangiovanni.roma.it

Nominativo	Dott. Giuseppe Brienza
Indirizzo	Via dell'Amba Aradam, 9
CAP, Città e Provincia	00184 ROMA
Nazione	ITALIA
Telefono	0677053455
E-Mail	gbrienza@hsangiovanni.roma.it

ADDETTI SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Francesco Arcaro	Tel. 3457	farcaro@hsangiovanni.roma.it
Fabrizio Longhi	Tel. 3458	flonghi@hsangiovanni.roma.it
Pietro Longo	Tel. 3366	plongo@hsangiovanni.roma.it
Guido Agli	Tel. 3460	gagli@hsangiovanni.roma.it
Marco Ambrosetti	Tel. 3037	mambrosetti@hsangiovanni.roma.it

ADDETTI ANTINCENDIO

SQUADRA ADDETTI ANTINCENDIO (PRESIDI OSPEDALIERI)	Sono presenti n° 229 addetti – elenco allegato al PEE
SQUADRA ADDETTI ANTINCENDIO (PALAZZINA SEDE LEGALE)	Sono presenti n° 12 addetti – elenco allegato al PEIVAC
SQUADRA ADDETTI PRIMO SOCCORSO	Sono presenti n° 476 addetti – elenco allegato al PEE

ANAGRAFICA ESECUTORI, PRESTATORI, FORNITORI E OGGETTI DEI CONTRATTI

ESTREMI CONTRATTUALI

Contratto di	Oggetto dell'Appalto è: <i>Convenzione per attività di collaborazione per prestazioni di cardiocirurgia e chirurgia vascolare- Policlinico Gemelli</i> , presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni – Addolorata
Del	2018
Durata	Un anno dalla data di sottoscrizione

R.U.P. /D.E.C.

Per conto Committente	R.U.P. Prof. Francesco Prati – U.O.C. Cardiologia d'Urgenza
------------------------------	---

AFFIDATARIO

Tipologia	Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Sede legale: Roma; Largo Francesco Vito n.1 Codice Fiscale e P. IVA n. 13109681000
------------------	--

ORGANIGRAMMA SICUREZZA

DATORE DI LAVORO

Nominativo	Direttore Generale – Dott. Marco Elefanti
-------------------	---

RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nominativo	Dr. Giampaolo de Cassan
-------------------	-------------------------

PERSONALE IMPIEGATO NELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO

Chirurghi	Prof. Massimo Massetti Dr. Piergiorgio Bruno
------------------	---

L'affidatario sarà tenuto a garantire una propria organizzazione interna della prevenzione e tutela della salute e sicurezza sul lavoro nel rispetto del D.Lgs 81/08 e dovrà prima dell'avvio del servizio comunicare al RUP i nominativi e relativi recapiti telefonici dei soggetti che ricoprono incarichi relativi alla sicurezza dei lavoratori. Ove il RUP di gara si farà carico di trasferire tutta la documentazione inerente il DUVRI e la Sicurezza al direttore del esecuzione del Contratto ove non coincidente.

RISCHI INTERFERENTI DEI LUOGHI E MISURE (INTERNI)

LUOGO DI LAVORO

Luogo	La C.O. Chirurgia Vascolare situata nel secondo blocco operatorio al piano 2° del presidio S.Giovanni. corpo C.
Descrizione	La mappa dei luoghi è consultabile sul portale aziendale all'indirizzo www.hsangiovanni.roma.it

ATTIVITA'

Attività	Sanitaria
Inizio	dalla data di sottoscrizione
Fine	Dopo un anno
Orario	Due accessi mensili dalle ore 09,00 alle 14,00
Descrizione	<p>La Fondazione si impegna a fornire all'Azienda Ospedaliera collaborazione in ambito cardiocirurgico nelle sotto indicate forme:</p> <p>a) attività di consulenza e di supporto alle UU.OO.CC. di Cardiologia d'urgenza con unità coronarica, Cardiologia e riabilitazione cardiologica e Chirurgia Vascolare dell'Azienda;</p> <p>b) accesso del personale medico delle UU.OO.CC. dell'Azienda Ospedaliera all'Heart Team della Fondazione per la discussione multidisciplinare, in accordo con le linee guida scientifiche, dei casi clinici complessi. Tale attività sarà svolta, con cadenza anche quotidiana, tramite video-conferenza, secondo un protocollo concordato tra le Parti, il quale assicuri in ogni caso il pieno rispetto delle esigenze di servizio e la regolarità dell'attività istituzionale della Fondazione;</p> <p>c) consulenze cardiocirurgiche in situ ritenute necessarie a definire l'indicazione a intervento cardiocirurgico di pazienti in regime di ricovero che presentino un quadro clinico complesso con indicazione di un potenziale intervento ad alto rischio;</p> <p>d) Stand-by cardiocirurgico effettivo in situ, per supporto in sicurezza alle attività programmate dal Servizio di Emodinamica e/o di Elettrofisiologia afferenti alle UU.OO.CC. dell'Azienda ed alle attività programmate dall'U.O.C. di Chirurgia Vascolare;</p> <p>e) Follow up congiunto presso l'Azienda di casi sottoposti ad intervento di emergenza.</p> <p>In caso di necessità d'intervento di emergenza in corso di stand-by, l'intervento chirurgico sarà realizzato dall'equipe della Fondazione, costituita da un cardiocirurgo esperto, da un cardioanestesista e da un perfusionista, coadiuvata da medici specialisti e da infermieri dell'Azienda Ospedaliera di comprovata qualificazione.</p> <p>L'operatività della sala operatoria (apparecchiature, materiali, impianti) ed il personale di supporto (infermieri, anestesisti) saranno a carico dell'Azienda Ospedaliera, secondo quanto previsto dai protocolli operativi condiviso tra le Parti</p> <p>Eventuali trasferimenti e accessi, presso il Policlinico Gemelli, di pazienti cardiocirurgici selezionati presso i servizi clinici dell'Azienda, avverranno in conformità con le norme vigenti e nel rispetto delle condizioni di urgenza e delle liste d'attesa del medesimo Policlinico. Il follow up post ricovero, di cui alla precedente lett. e), avverrà – nel rispetto di ogni norma e linea guida applicabile – con modalità condivise, assicurando la continuità e la massima efficacia della prestazione assistenziale.</p> <p>Restano comunque ferme e impregiudicate la piena autonomia dell'Azienda nei riferimenti dei pazienti ad altre strutture sanitarie nonché l'osservanza della normativa della macro-area per l'urgenza/emergenza cardiocirurgica</p>
Procedure	L'attività di consulenza e di supporto alle UU.OO.CC. di Cardiologia d'urgenza con unità coronarica, Cardiologia e riabilitazione cardiologica e Chirurgia Vascolare dell'Azienda sarà prestata dall'equipe della Cardiocirurgia del Policlinico, con una frequenza di nr. 2

accessi mensili dalle 9.00 alle 14.00. Le date degli accessi saranno fissate – nel rispetto dell’esigenza di assicurare il regolare svolgimento delle prestazioni istituzionali erogate dalla Fondazione – secondo un calendario preventivamente concordato dalle Parti.

Le concrete modalità operative per l’attuazione della suddetta attività di collaborazione e di supporto sono definite e regolate nel “Protocollo Chirurgico e Anestesiologico” condiviso tra le Parti

Ai fini dell’esecuzione della presente convenzione vengono individuati i seguenti referenti per tutti gli adempimenti di rispettiva competenza:

- per l’Azienda Ospedaliera il Prof. Francesco Prati, Direttore della U.O.C. di Cardiologia d’Urgenza con Unità Coronarica;
- per la Fondazione il Prof. Massimo Massetti, Direttore Responsabile U.O.C. di Cardiochirurgia.

FASI DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI DI INTERFERENZA

La valutazione dei rischi coordinata tra Committente ed Appaltatore, con particolare riferimento ai rischi di interferenza, stabilisce le misure di prevenzione e protezione ritenute necessarie per il controllo dei rischi stessi.

Tra le misure di prevenzione e riduzione dei rischi connessi alle interferenze evidenziate di massima importanza sono quelle di informazione e formazione reciproca. In ogni caso la UCSC, già tenuta alla formazione del personale del servizio in gara per tutti gli aspetti inerenti il corretto utilizzo, comunicata al SPP con lettera del Prof. Massetti prot. n°02/18 del 13 luglio 2018, il cui contenuto terrà conto delle informazioni inerenti i rischi aziendali presenti nella documentazione trasmessa e nel presente DUVRI (allegati, procedura e DVR TBC, procedura infortunio a rischio biologico e protocollo post esposizione, piano di emergenza, DVR Blocco Operatorio). Esso dovrà essere valutato ed approvato dall'Azienda Sanitaria in sede di riunione di cooperazione e coordinamento, sentito il parere dell'RSPP. Il RSPP Aziendale resta a disposizione per ogni eventuale delucidazione o informazione inerenti i rischi aziendali

...Alla definizione di dette misure si perviene attraverso un processo di valutazione che si svolge secondo le seguenti fasi:

FASE 1. Comunicazione di dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui le imprese appaltatrici e i lavoratori autonomi sono destinati a operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate.

In fase di richiesta di lavori o servizi, l'Azienda fornisce all'appaltatore un documento, denominato DUVRI STATICO in cui sono riportati:

- *le informazioni generali e specifiche sui rischi per i luoghi di lavoro del committente (cfr anche documento "informazioni dettagliate);*
- *le misure di prevenzione adottate;*
- *le misure stabilite per la gestione delle emergenze;*
- *le procedure ed i regolamenti di sicurezza per gli appaltatori.*

FASE 2. Verifica dell'idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori loro affidati.

La verifica dell'idoneità tecnico professionale delle imprese appaltatrici e subappaltatrici, che il committente è obbligato ad effettuare, si effettua con la richiesta e il controllo sugli appaltatori e subappaltatori del possesso di requisiti quali l'iscrizione alla Camera di commercio, la certificazione sulla regolarità contributiva, la dichiarazione (punto 13) relativa agli adempimenti del D.Lgs.81/2008 s.m.i., documentazione relativa agli obblighi dal D. Lgs. 163/06 s.m.i., ecc. Tale verifica è effettuata in sede di gara. La verifica del mantenimento nel tempo di tali requisiti è a carico del Direttore esecuzione del contratto.

FASE 3. Cooperazione con gli appaltatori per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro incidenti sull'attività lavorativa oggetto dell'appalto e coordinamento degli interventi attraverso lo scambio di informazioni reciproche.

Al fine di consentire la corretta gestione della procedura di coordinamento e cooperazione, l'appaltatore fornisce, oltre alle informazioni di cui sopra, copia del documento della sicurezza per l'esecuzione delle lavorazioni presso il sito del committente (leggasi piano operativo della sicurezza POS, ove previsto) specifico per l'oggetto dell'appalto. Prima della stipula del contratto di appalto, il committente, per il tramite del RUP che gestirà l'appalto, e l'appaltatore effettuano sopralluoghi e riunioni specifiche, coinvolgendo i rispettivi RSPP e i servizi del committente interessati nella gestione e buon funzionamento dell'appalto, allo scopo di cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro incidenti sull'attività lavorativa oggetto dell'appalto e per coordinare gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, preoccupandosi di attuare un'opera di informazione reciproca anche al fine di eliminare i rischi dovuti ad interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera complessiva. L'esito di tale incontro/i è riportato nel verbale di sopralluogo, cooperazione e coordinamento, all'interno del quale è tra l'altro riportato il nominativo del responsabile dei lavori nominato dall'impresa appaltatrice e sono indicate le misure di prevenzione e protezione collettive e individuali da adottare anche al fine di evitare le interferenze ove non già descritte nel presente DUVRI. Al fine di non compromettere la validità delle misure di prevenzione e protezione adottate, la Società Appaltatrice non potrà subappaltare i lavori senza preventiva comunicazione ed approvazione del committente, salvo quanto regolamentato dal Capitolato Tecnico.

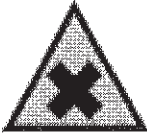
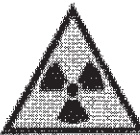
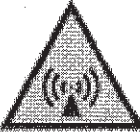


FASE 4. Integrazione del documento unico di valutazione dei rischi d' interferenze preliminare (DUVRI STATICO) e sottoscrizione del DUVRI DINAMICO.

Terminata la fase preliminare di ricognizione dei pericoli, l'Azienda sanitaria integra il documento unico di valutazione dei rischi di interferenza preliminare e redige il DUVRI dinamico, in cui sono descritti, per quanto di rilievo ai fini della prevenzione nella gestione dell'appalto:

- luoghi ed attività svolte dal committente
- attività svolte dall'appaltatore
- rischi derivanti dalle interferenze tra le attività
- misure di prevenzione e protezione stabilite di comune accordo per l'eliminazione dei rischi da interferenza per l'oggetto dell'appalto, ivi incluse quelle necessarie per la presenza di ulteriori appaltatori. Il documento viene sottoposto alla firma congiunta con l'Appaltatore. Atteso il carattere "dinamico" il DUVRI viene revisionato al mutare delle situazioni originarie, quali l'intervento di subappalti, lavoratori autonomi, ulteriori forniture e pose in opera nonché in caso di modifiche di tipo tecnico, logistico o organizzativo che si sono rese necessarie nel corso dell'esecuzione delle attività previste.

ATTIVITA' DEL COMMITTENTE: RISCHI PRESENTI NEI LUOGHI DI LAVORO

DELL'AZIENDA

<p>AGENTI CHIMICI e CANCEROGENI</p> 	<p>Uso di reagenti di laboratorio, disinfettanti, decontaminanti, gas anestetici e medicinali antiblastici.</p> <p>I reparti dove sono presenti queste sostanze sono prevalentemente i Laboratori, le Sale Operatorie (corpo C e Presidio Britannico) e Day Surgery, l'Anatomia Patologica, i Reparti e Day Hospital di Oncoematologia (UOC Ematologia, Oncologia), endoscopie, Malattie dell'apparato respiratorio e DH, i locali tecnologici, officine, la Centrale di Sterilizzazione e gli ambienti dove si eseguono le disinfezioni degli strumenti.</p> <p>Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi.</p>
<p>AGENTI BIOLOGICI</p> 	<p>E' un rischio ubiquitario; gli ambienti a rischio maggiore sono i reparti delle degenze e dei Day Hospital, il reparto Malattie Apparato Respiratorio (MAR), i reparti Afferenti al Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e tutti i reparti di intensiva, le chirurgie, la ginecologia e il blocco parto le Sale Operatorie, l'Anatomia Patologica e la Sala Autoptica, i Laboratori, il Centro trasfusionale, la Dialisi. .</p> <p>Le aree sono ad accesso controllato e limitato secondo le indicazioni della Direzione Medica PO.</p> <p>I rifiuti sanitari sono raccolti in contenitori a tenuta e opportunamente segnalati, sono collocati nei reparti, e stoccati provvisoriamente in locali dedicati in attesa dello smaltimento. E' presente una procedura Aziendale per lo smaltimento dei rifiuti</p> <p>Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi.</p>
<p>RADIAZIONI IONIZZANTI</p> 	<p>Le sorgenti di radiazioni ionizzanti possono essere differenti, in particolare si può essere in presenza di rischio da irradiazione (apparecchi RX e sorgenti sigillate), oppure in presenza di rischio anche (o solo) da contaminazione (sorgenti non sigillate).</p> <p>L'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti in ambito ospedaliero (macchine RX, sorgenti rappresentate da radioisotopi – in forma sigillata e non) avviene nelle aree radiologiche tradizionali (radiodiagnostica e TAC).</p> <p>L'accesso alle Zone Controllate è segnalato e regolamentato mediante apposita cartellonistica.</p>
<p>RADIAZIONI NON IONIZZANTI</p> 	<p>Uso di sistemi ed apparecchiature sorgenti di campi magnetici statici ed in radiofrequenza, microonde, luce (visibile, ultravioletto, infrarosso).</p> <p>Esposizione a radiazioni elettromagnetiche della stessa natura della luce o delle onde radio, dovute all'uso di sistemi ed apparecchiature che comportano campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici con frequenze alte.</p> <p>Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi.</p>
<p>CAMPI MAGNETICI</p> 	<p>Nei locali destinati a diagnostica con Risonanza Magnetica Nucleare le radiazioni sono dovute a presenza del campo magnetico statico; si impone la massima attenzione poiché esso è SEMPRE ATTIVO: non possono essere introdotti elementi metallici nelle stanze in cui è presente il magnete, in quanto possono verificarsi seri danni alle apparecchiature di gravi incidenti qualora all'interno sia presente il paziente od il personale. Negli ambienti della radiologia del San Giovanni e dell'Addolorata sono presenti tomografi a RMN</p> <p>Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi. Nei locali della radioterapia, che ospitano gli acceleratori lineari, sono presenti campi elettromagnetici che cessano non appena l'apparecchiatura viene spenta</p>
<p>RADIAZIONI LASER</p> 	<p>Impiego di apparecchi laser, pericolosi particolarmente per l'occhio: emettono un particolare tipo di luce, in una sola direzione, concentrando grandi quantità di energia in breve tempo e in un punto preciso.</p> <p>Apparecchiature utilizzate in sale operatorie e ambulatori (UOC oculistica, CO Otorinolaringoiatria, acceleratori lineari della radioterapia) e per usi fisioterapici.</p> <p>Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi.</p>




<p>ENERGIA</p> 	<p>In ogni ambiente sanitario esistono impianti ed apparecchiature elettriche, conformi a specifiche norme, verificati e gestiti dagli uffici Tecnici. Ogni intervento o utilizzo di energia deve essere effettuato con precisa autorizzazione e accordi con il Responsabile della suddette strutture. Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi.</p>
<p>MOVIMENTAZIONI CARICHI</p> 	<p>Movimento delle merci all'interno della Struttura sanitaria. Le movimentazioni possono avvenire sia manualmente che con mezzi meccanici. Operazioni di movimentazione interessano anche altri servizi appaltati (es distribuzione biancheria, trasporto apparecchiature elettromedicali gestore manutenzioni, trasporto materiali per interventi manutenzione gestore multi servizio, servizio distribuzione gas medicali etc), i reparti sono dotati di carrelli. Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi L'utilizzo di queste attrezzature di proprietà della committenza è precluso alla ditta appaltatrice, salvo autorizzazioni specifiche.</p>
 <p>CADUTE</p>	<p>Possono essere presenti negli ambienti di lavoro e nei percorsi zone con pavimenti bagnati, ostacoli sui percorsi, pozzetti aperti. Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi</p>
<p>RISCHIO DI INCENDIO EMERGENZA ED EVACUAZIONE</p>	<p>I luoghi di lavoro sono dotati di idonei mezzi e sistemi per la prevenzione e protezione incendi. Sono presenti vie ed uscite di emergenza, luoghi filtro e punti di raccolta, idonei a garantire l'esodo ordinato e sicuro delle persone presenti. Le uscite di emergenza e i percorsi di fuga sono opportunamente individuati da segnaletica conforme ed illuminate in condizioni ordinarie e di emergenza. Nell'attività è presente la squadra per la gestione delle emergenze, formata ed addestrata secondo le disposizioni vigenti.</p>
<p>STRUTTURE E FABBRICATI</p>	<p>Gli ambienti di lavoro sono di norma idonei per altezza, superficie e cubatura al tipo di lavoro svolto ed al numero di lavoratori presenti. Sono presenti all'interno delle strutture locali igienico-assistenziali idonei e riforniti di sufficienti mezzi ordinari per l'igiene della persona. Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi.</p>
<p>LUOGHI DI LAVORO</p>	<p>L'organizzazione dei locali di lavoro è realizzata in modo da rispondere ai requisiti di sicurezza generale degli ambienti di lavoro. I luoghi di lavoro sono illuminati naturalmente e/o artificialmente, con luminosità sufficiente in relazione alle attività da svolgere. Le condizioni microclimatiche sono adeguate alla tipologia di lavoro svolto</p>
<p>IMPIANTI TECNOLOGICI E DI SERVIZIO</p>	<p>Gli impianti sono realizzati e sottoposti a manutenzione e verifica periodica secondo le disposizioni tecniche e normative vigenti. L'accesso ai locali tecnici a rischio specifico è riservato alle sole persone autorizzate ed ove necessario, sono stabilite le procedure specifiche. Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi</p>
<p>LOCALI A RISCHIO SPECIFICO (DEPOSITI DI MATERIALI, DEPOSITI BOMBOLE, ARCHIVI, ECC.)</p>	<p>Sono in uso attrezzature conformi ai requisiti di sicurezza previsti dalla vigente normativa. L'accesso ai locali è riservato al solo personale autorizzato. Ove necessario, è presente segnaletica conforme atta ad individuare le fonti di pericolo, le prescrizioni ed i divieti connessi.</p>

TABELLA GENERALE RISCHI STANDARD INTERFERENZE

Interferenza	cause/effetti	Misure di prevenzione e protezione adottate	Fattore di rischio (PxD)	Misure di prevenzione e protezione da adottare
Rischio elettrico	<ul style="list-style-type: none"> • Uso improprio impianti elettrici, sovraccarichi e di corto circuiti • Elettrocuzioni Incendio • Black out 	Gli impianti dell'A.O. sono realizzati e mantenuti in conformità alle norme CEI e alla D.M. 37/08 s.m.i.	basso	Si dispone l'utilizzo di apparecchiature rispondenti alle vigenti norme e sottoposte a verifiche preventive di sicurezza e manutenzione periodica ed il corretto uso degli impianti elettrici dell'A.O.
Rischio meccanico	<ul style="list-style-type: none"> • uso di macchine con relative parti in movimento inadeguate • blocco di ascensori e montacarichi 	<p>Macchine rispondenti alle norme di sicurezza, marcatura CE.</p> <p>Costante manutenzione periodica e formazione degli operatori all'utilizzo.</p> <p>Procedura di emergenza per sblocco ascensore</p>	basso	Si dispone: l'utilizzo di apparecchiature rispondenti alle vigenti norme e sottoposte a verifiche preventive di sicurezza e manutenzione periodica nel rispetto dei manuali d'uso e manutenzione che dovrà sempre essere disponibile nelle immediate vicinanze per la sua tassativa consultazione; il corretto uso degli impianti elevatori dell'A.O.
Incidenti e/o investimenti di persone e mezzi	<ul style="list-style-type: none"> • utilizzo dei mezzi di trasporto (Automezzi, carrelli, transpallets) 	<p>Utilizzo di idonei mezzi rispondenti alle vigenti normative, sottoposti a regolare manutenzione come previsto dal costruttore nel manuale d'uso e manutenzione, utilizzato da personale adeguatamente istruito e formato.</p> <p>Delimitazione delle aree di carico e scarico.</p>	basso	<p>Si dispone il rispetto di bassissima velocità di movimento, attivazione di segnalazione sonora e luminosa di presenza e transito.</p> <p>Definizione con le strutture preposte degli idonei percorsi di transito e di carico/scarico.</p> <p>Divieto di manovrare contemporaneamente ad altri automezzi nelle aree di carico e scarico</p>
Caduta di oggetti dall'alto	<ul style="list-style-type: none"> • Errato posizionamento di confezioni da scaffali, contenitori trasportati su carrelli, ecc.) • Infortuni 	Utilizzo di idonee scaffalature ancorate a punti fissi.	basso	<p>Si dispone il corretto posizionamento dei contenitori, l'utilizzo idonei bidoni e carrelli per il trasporto.</p> <p>Definizione con le strutture preposte degli idonei percorsi di transito e movimentazione.</p>
Caduta per ostacoli e/o pavimenti resi scivolosi	<ul style="list-style-type: none"> • Sversamento accidentale di liquidi • Abbandonare ostacoli sui percorsi 	Pavimenti antiscivolo	basso	<p>Si dispone l'eliminazione degli ostacoli; uso di idonei DPI (calzature antiscivolo); far apporre segnaletica mobile per pavimenti bagnati o per limitare l'accesso temporaneo.</p> <p>Definizione con le strutture preposte degli idonei percorsi di transito.</p>

Caduta di persone dall'alto	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo di scale inadeguate o mezzi impropri • Concomitanza di personale ditta e personale A.S. e/o personale altre ditte 	Utilizzo di idonee scale marcate CE che consentano all'operatore di accedere ai ripiani degli scaffali.	basso	Evitare lavorazioni che espongono l'operatore al rischio di caduta dall'alto (H < 2 metri). Organizzazione del lavoro evitando concomitanze di personale A.O.
Rischio biologico	<ul style="list-style-type: none"> • contatto con materiale potenzialmente infetto • accesso ad aree a rischio di contaminazione con pazienti infetti (es. TBC) • da punture con aghi e taglienti infetti 	Sono applicate in azienda le procedure di prevenzione previste dalle raccomandazioni universali, precauzioni standard per l'igiene respiratoria e di isolamento. Disponibilità per utilizzo di idonei DPI. Uso di appositi contenitori per rifiuti.	Alto	Prima di ogni intervento richiedere la formale autorizzazione al responsabile di Reparto / Servizio che darà informazione su rischi aggiuntivi e istruzioni per interventi: permesso di lavoro. Raccomandate la vaccinazione Antiepatite B e antiinfluenzale, oltre alle vaccinazioni obbligatorie. In caso di infortunio o contatto con materiale potenzialmente infetto, applicare la procedura di follow-up post esposizione sotto la sorveglianza del proprio Medico competente. Applicare la procedura in caso di esposizione con pazienti affetti da TBC. Raccomandato lo screening da parte del MC della UCSC Utilizzo di DPI e formazione del personale.
Rischio chimico	<ul style="list-style-type: none"> • in caso di sversamenti spandimenti accidentali 	Per le attività in oggetto, è previsto l'uso di disinfettanti chimici, quali Septoscrub, Septaman alcolico. Utilizzo di gas anestetici	Non irrilevante (cfr anche documento informazioni dettagliate)	Qualora si rendesse necessario impiegare sostanze chimiche pericolose l'impiego dovrà essere preventivamente autorizzato dal referente dell'appalto dall'A.O. Le sostanze impiegate dovranno essere corredate dalle schede di sicurezza e ogni prodotto utilizzato.
Rischio incendio	<ul style="list-style-type: none"> • Esodo forzato Inalazione gas tossici • Ustioni 	Presenza di mezzi di estinzione di primo intervento (estintori, manichette, coperte antifiamma). Addestramento antincendio ed alle Procedure di Emergenza.	alto	Si dispone il divieto di fumo e utilizzo fiamme libere. Ad operazioni ultimate, deve essere lasciata la zona interessata sgombra e libera da materiali di risulta combustibili In caso di emergenza attuare le procedure di emergenza previste dal Piano Emergenza Evacuazione aziendale.
Impiego di sostanze infiammabili	<ul style="list-style-type: none"> • in caso di sversamenti / spandimenti accidentali 	Per le attività in appalto, non sono previste sostanze infiammabili.	trascurabile	Si dispone l'attuazione delle procedure previste in caso d'emergenza
Rischio di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	<ul style="list-style-type: none"> • Accesso accidentale ad aree a rischio di radiazioni 	Il rischio radiazioni ionizzanti è presente solo ad apparecchiature attive in locali adeguatamente segnalati. Presenza di segnaletica di	alto	segnaletica e divieto di accesso a zone con luce accesa indicante il funzionamento; prima di ogni intervento richiedere formale autorizzazione al responsabile di Reparto/Servizio che darà

		Sicurezza. Per le attività in appalto è previsto l'accesso ad aree con rischio da radiazioni come la C.O. Chirurgia Vascolare		Istruzioni per interventi in assenza rischio: permesso di lavoro. Per il personale è un rischio specifico
Rischi strutturali/ Luoghi di Lavoro	• altezze, numero di porte e uscite di emergenza, luci di emergenza inadeguate.	Le strutture dell'A.O. sono realizzate e mantenute in conformità alle specifiche norme di riferimento.	basso	Ad operazioni ultimate, deve essere lasciata la zona interessata sgombra e libera da materiali di risulta (smaltiti a carico dell'appaltatore secondo la normativa di legge).
Rischi trasversali / organizzativi	• Sovrapposizione delle attività appaltatore con il committente o altri appaltatori	Esecuzione attività potenzialmente interferenti con sfasamento temporale dalle attività della committenza	medio	Si dispone l'attuazione di procedure specifiche per il coordinamento rischi atte a evitare i rischi connessi alle attività interferenti, data la complessità delle attività in essere presso l'A.O., le attività manutentive non devono essere eseguite in contemporanea con altre attività nello stesso ambiente, locale o area.
Presenza concomitante di persone estranee alla lavorazione	• pazienti, visitatori, personale ditta, personale di altre ditte e personale A.O.	Organizzazione del lavoro evitando concomitanze di personale.	medio	Si dispone di attuare procedure specifiche di coordinamento rischi per evitare i rischi interferenti (informazione reciproca e costante sulle attività concomitanti/interferenti e sui rischi, riunioni di coordinamento rischi, verifiche Congiunte sulla base del presente Duvri). Impiegare personale idoneamente informato ed istruito, vigilando sul rispetto delle procedure concordate. Non interferire con la normale attività sanitaria, ambulatoriale, diagnostica e di degenza svolta nei locali dell'A.O.

VALUTAZIONE DEI RISCHI INTERFERENZIALI

Premesso che il comma 1 dell'art. 26 del D.Lgs. 81/08 e smi esclude la valutazione dei rischi d'interferenza nei luoghi sottratti alla disponibilità giuridica del Committente, si rappresenta che:

- le attività oggetto dell'appalto dovranno essere effettuate secondo il progetto del servizio.
- i rischi espressi nella tabella rischi interferenza rappresentano una ricognizione dei rischi relativi alla tipologia della prestazione nell'ambito degli ambienti ove verrà erogato il servizio.

L'identificazione delle fonti di rischio da interferenze è stata guidata dalle conoscenze disponibili su norme di legge e standard tecnici, dati desunti dalle esperienze ed il contributo dato dai soggetti che a vario titolo hanno partecipato alla valutazione stessa. Tutte le attività finalizzate alla valutazione dei rischi ed sono state svolte secondo criteri predefiniti derivati dalle "LINEE GUIDA per la valutazione ed il controllo dei rischi, pubblicate dall'ISPESL e definite ed approvate nel 1996 dalle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e dagli Istituti centrali". La valutazione preliminare ha riguardato sostanzialmente tutti i rischi di interferenza cui potenzialmente sono esposti i lavoratori del Committente e dell'Appaltatore, tuttavia, i sistemi di valutazione e quantificazione impiegati nella valutazione, sono stati diversi, in funzione del fatto che le azioni preventive e protettive fossero o no stabilite a priori. Si è provveduto alla quantificazione del rischio in termini analitici attraverso una stima dell'entità delle esposizioni. La stima del rischio è stata effettuata valutando due parametri fondamentali:

- **gravità** del danno che potrebbe derivare a una o più persone;
- **probabilità** che il danno si manifesti.

La probabilità, quando possibile, è stata valutata tenendo conto di tre fattori tutti direttamente legati ad aspetti che contribuiscono a causare una situazione potenzialmente pericolosa:

- probabilità che si manifesti l'evento pericoloso;
- probabilità che vi siano persone esposte all'evento pericoloso;
- probabilità che le persone esposte riescano a sfuggire i potenziali danni derivanti dall'evento pericoloso.

Nelle successive tabelle 1 e 2 sono descritte le scale della Probabilità **P** e del Danno **D** ed i criteri per l'attribuzione dei valori.

Tabella 1 - Scala delle Probabilità "P"

VALORE	LIVELLO	DEFINIZIONI/CRITERI
4	ALTAMENTE PROBABILE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esiste una correlazione diretta tra la mancanza rilevata ed il verificarsi del danno ipotizzato per i lavoratori. ➤ Si sono già verificati danni per la stessa mancanza rilevati nella stessa Agenzia o in Aziende simili o situazioni operative simili (consultare le banche dati delle fonti di danno, infortuni e malattie professionali dell'Agenzia, dell'ISPEL, etc.). ➤ Il verificarsi del danno conseguente la mancanza rilevata non susciterebbe alcuno stupore in Agenzia.
3	PROBABILE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La mancanza rilevata può provocare un danno ,anche se non in modo automatico o diretto. ➤ E' noto qualche episodio in cui alla mancanza ha fatto seguito il danno. ➤ Il verificarsi del danno ipotizzato, susciterebbe una moderata sorpresa in Agenzia.
2	POCO PROBABILE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La mancanza rilevata può provocare un danno solo su concatenazioni sfortunate di eventi. ➤ Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi. ➤ Il verificarsi del danno ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
1	IMPROBABIL E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La mancanza rilevata può provocare un danno per concomitanza di più eventi poco probabili indipendenti. ➤ Non sono noti episodi già verificatisi. Il verificarsi del danno susciterebbe incredulità.

Tabella 2 - Scala dell'entità del Danno "D"

VALORE	LIVELLO	DEFINIZIONI/CRITERI
4	GRAVISSIMO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infortunio o episodio di esposizione acuta con effetti letali o di invalidità totale. ➤ Esposizione cronica con effetti letali e/o totalmente invalidanti.
3	GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infortunio o episodio di esposizione acuta con effetti di invalidità parziale. ➤ Esposizione cronica con effetti irreversibili parzialmente invalidanti.
2	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infortunio o episodio di esposizione acuta con inabilità reversibile. ➤ Esposizione con effetti reversibili.
1	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infortunio o episodio di esposizione acuta con inabilità rapidamente reversibile. ➤ Esposizione con effetti rapidamente reversibili.

Definiti il danno e la probabilità, il rischio viene automaticamente graduato mediante la formula:

$$P \text{ (PROBABILITÀ)} \times D \text{ (DANNO O MAGNITUDO)} = R \text{ (RISCHIO)}$$

ed è raffigurabile in un'opportuna rappresentazione grafico-matriciale del tipo indicato nell'esempio sotto riportato, avente in ascisse la gravità del danno atteso ed in ordinate la probabilità del suo verificarsi.

Esempio di Matrice di Valutazione del Rischio "R"

PROBABILITÀ	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4
	DANNO			

I rischi maggiori occupano in tale matrice le caselle in alto a destra (danno letale, probabilità elevata), quelli minori le posizioni più vicine all'origine degli assi (danno lieve, probabilità trascurabile), con tutta la serie di posizioni intermedie facilmente individuabili. La valutazione numerica e cromatica indica l'indice di rischio "IR" definibile per la fonte di rischio individuata.

Tabella 3 - Scala dell'entità dell'Indice di Rischio "IR"

VALORE	DEFINIZIONE RISCHIO
$IR > 8$	ALTO - Il rischio è alto e richiede un monitoraggio continuo ed un elevato livello di attenzione
$4 \leq IR \leq 8$	MEDIO - Il rischio è sotto controllo ma richiede attenzione per contenerne e/o ridurne l'entità
$2 \leq IR \leq 3$	BASSO - Il rischio è sotto controllo ad un livello accettabile, conformemente alle norme di riferimento
$IR = 1$	TRASCURABILE - Il rischio è insignificante ora e non è ragionevolmente prevedibile che aumenti in futuro

Si riporta nelle schede seguenti l'analisi dei rischi da potenziali interferenze nelle aree oggetto di appalto.

Di seguito vengono analizzati con maggior dettaglio, per la rilevanza rivestita, i seguenti rischi da interferenza:

- Rischio Biologico
- Rischio Chimico
- Radiazioni ionizzanti
- Rischio Incendio

Da ciò emergono i seguenti rischi da interferenza:

- a. lavorazioni effettuate da personale aziendale in contemporanea con i cardiocirurghi
- b. flusso di utenti.
- c. Flusso di pazienti deambulanti, in barella e in carrozzina
- d. personale sanitario (Medici, infermieri, tecnici, ausiliari etc)
- a. flusso personale ditte in out-sourcing per i numerosi servizi di supporto: pulizie, biancheria, OO.SS. etc)

Si descrivono in dettaglio alcuni rischi e procedure per le quali potrebbe sussistere un rischio da interferenza.

RISCHIO BIOLOGICO

	Descrizione	<p>Rischio connesso alla presenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di attività cliniche ed al possibile contatto dei lavoratori con agenti biologici, inteso come qualsiasi microrganismo, anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano, che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni e al contatto con ambienti. • contatto con materiale potenzialmente infetto accesso ad aree a rischio di contaminazione e con pazienti infetti (es. TBC, cfr DVR specifico TBC) da punture con aghi e taglienti infetti. • di polveri che possono costituire il carrier di microrganismi, che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni. • Di aghi e taglienti • Interventi con effettuazione di procedure invasive
	Valutazione (PxG)	9 (Probabilità=3, Gravità=3) Rischio Alto

MISURA

[+++]	Luogo	Tutti i locali dell'Azienda Ospedaliera debbono essere considerati a rischio biologico.
	Descrizione	<p>Nel caso specifico il personale che accede ai luoghi dell'Azienda è personale ad altissima professionalità che già effettua lo stesso tipo di attività presso i reparti e le sale operatorie dell'UCSC. L'esposizione a rischio biologico deve considerarsi un rischio specifico di tali operatori, certamente però l'attività influenza i livelli di rischio.</p> <p>Coordinamento da parte del RUP con il CPSE titolare della posizione organizzativa del Blocco Operatorio, per le consegne o le verifiche da effettuare relativamente all'attività e alle necessità organizzative, strumentali e delle apparecchiature necessarie per gli interventi di cardiocirurgia. La CPSE deve essere sempre allertata anche quando inizia l'attività in standBy, che deve essere opportunamente pianificata tenuto conto della condizione di urgenza emergenza che ne può scaturire con attivazione della sala operatoria.</p> <p>Preavvertita anche la Direzione Medica PO. I lavori possono aver luogo solo se il CPSE, o suo delegato permette e sovrintende all'accesso nella sala operatoria singolarmente individuata con le indicazioni specifiche al fine di garantire il rispetto delle misure di sicurezza.</p> <p>Adottare metodi di lavoro appropriati per ridurre al minimo il rischio di esposizione.</p> <p>Adottare misure igieniche adeguate (pulizia programmata dei luoghi, informazione e formazione del personale, ecc.). Utilizzo misure di prevenzione universali (standards). Rispetto delle "linee guida aziendali per la prevenzione del rischio biologico" scaricabili dall'intranet aziendale-informazioni utili-SPP- Rischio biologico, DVR TBC, DVR</p>

		<p>Rischio Biologico, DVR DPI.</p> <p>Utilizzo di DPI appropriati ove prescritto per accesso ad aree a rischio di contaminazione con pazienti infetti (es la mascherina FFP2 dovrà essere disponibile ed indossata ove prescritto dal CPSE se presenti pazienti con patologie e rischio infettivo a trasmissione aerea)</p> <p>La mascherina FFP3 dovrà essere indossata nelle stanze di confinamento/isolamento con pazienti con patologia a trasmissione orale.</p> <p>Prima di ogni intervento: Raccomandata la vaccinazione anti epatite B e antinfluenzale, lo screening per la Tuberculosis, oltre alle vaccinazioni obbligatorie a tutto il personale consulente.</p> <p>In caso di infortunio o contatto con materiale potenzialmente infetto, recarsi in Pronto soccorso per il le prime cure e successivamente applicare la procedura di follow-up post esposizione per puntura d'ago o contatto con liquidi biologici, ed osservare la procedura per personale a contatto con pazienti affetti da TBC sotto la sorveglianza del Medico Competente della UCSC.</p> <p>Utilizzo di DPI propri dell'attività e formazione del personale. I DPI per i rischi interferenti saranno forniti dalla Azienda Ospedaliera.</p>
		<p>La sorveglianza fisica e medica in materia di radiazioni ionizzanti dovrà essere garantita dalla UCSC, essendo gli accessi frazionati ed essendo l'attività svolta in AO lo stesso tipo di quella effettuata presso l'UCSC.</p> <p>I dosimetri dovranno essere portati dal personale della UCSC, la cui lettura sarà a carico dell'esperto qualificato della UCSC.</p> <p>Il Personale dell'UCSC si atterrà al rispetto di tutti i protocolli Aziendali, ivi compresi quelli inerenti lo smaltimento di rifiuti contenenti agenti biologici.</p> <p>I Cardiochirurghi dovranno preventivamente essere formati e conoscere tutte le attrezzature necessarie alla loro attività, e aver preventivamente visionato insieme al CPSE della sala Vascolare del Blocco operatorio la presenza del materiale/attrezzature/strumentario occorrente.</p>
	<p>Prima dell'inizio della prestaz/fornitura</p>	<p>Prima di accedere all'area e durante</p>

La Valutazione conclusiva del rischio delle UU.OO in ordine di livelli di rischio

Di seguito si riporta la valutazione conclusiva delle aree tenuto conto dei diversi livelli di classificazione emersi in applicazione delle diverse metodologie con la relativa classificazione delle aree per livelli di rischio, con obbligo di osservare le misure di prevenzione standard. Ove le metodologie indicavano livelli di rischio diversi si è assegnato il livello di rischio più alto in adozione di un criterio di massima tutela e cautela Per la valutazione conclusiva si è tenuto conto:

- dei criteri di valutazione espressi;
- dei risultati emersi in applicazione alla metodologia Careggi;
- dei risultati del monitoraggio infortuni a rischio biologico IRB;
- delle denunce obbligatorie di malattie infettive con particolare riguardo agli agenti di classe 3,;
- della valutazione del rischio a TBC

La valutazione del rischio indica per il personale della UOC Cardiologia d'urgenza un livello di rischio Alto, anche in considerazione delle modalità di lavoro (interventi effettuati in condizioni di emergenza/urgenza, meno frequentemente in elezione, invasività delle manovre, attività su arterie.

Per il rischio specifico sulla TBC la struttura Ospedaliera è classificata sulla base delle linee guida Ministeriali del 7.2.13 come struttura di classe E per il presidio San Giovanni.

Si ritiene opportuno, sulla base della valutazione del rischio biologico legato sia allo storico di precedenti casi che alle manovre effettuate su possibili pazienti potenzialmente infetti indicare i reparti a maggior rischio per le decisioni del medico Competente della ditta aggiudicataria:

UOC Pronto Soccorso e Breve Osservazione
UOC Medicina d' Urgenza
Reparti di Medicina
UOC Gastroenterologia
UOC Otorinolaringoiatria
UOC Patologia Clinica
UOC Anatomia patologica
UOC Radiodiagnostica
UOC Malattie apparato respiratorio (MAR)
UOC Ginecologia e Ostetricia
UOC Cardiologia con Unità coronarica
UOC Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica

RISCHIO CHIMICO

	Descrizione	<p>Rischio chimico connesso alla presenza di agenti chimici pericolosi per la salute, classificati o classificabili, ai sensi di legge, come sensibilizzanti, irritanti, corrosivi, nocivi, tossici, cancerogeni, mutageni, teratogeni, ecc. oppure agenti chimici che, pur non essendo classificabili come pericolosi, possono comportare un rischio a causa di loro proprietà chimico-fisiche, chimiche o tossicologiche e del modo in cui sono utilizzati o presenti, o ai quali è stato assegnato un valore limite di esposizione professionale in base all'elenco dell'allegato XXXVIII del DLgs. 81/2008 e ss.mm.ii.</p> <p>Si segnala l'utilizzo di gas anestetici nei blocchi operatori (cfr DVR Rischio chimico)</p>
	Valutazione (PxG)	4 (Probabilità=2, Gravità=2) Rischio Non Irrilevante
		MISURA
[+++]	Luogo	Nei blocchi operatori è previsto l'uso di disinfettanti chimici, quali Septoscrub, Septaman alcolico ecc.
	Descrizione	<p>Coordinamento da parte del CPSE che, rilascia il permesso di acceso alle aree di lavoro sentito preventivamente il DMPO, il CPSE o Responsabile degli ambienti interessati con le indicazioni specifiche al fine di garantire il rispetto delle misure di sicurezza.</p> <p>Prima dell'inizio delle lavorazioni il personale esterno dovrà, in una specifica riunione, ricevere almeno le seguenti informazioni:</p> <p>a) - modalità di accesso e percorsi da utilizzare per l'ingresso alle aree di lavoro;</p> <p>b) - procedure di allarme, sistemi informativi, ecc. al fine della corretta gestione delle possibili emergenze;</p> <p>c) - presenza di pericoli nelle aree di lavoro.</p> <p>Isolare e difendere dalla propagazione degli agenti pericolosi i locali in cui questi sono presenti o utilizzati.</p> <p>Adottare misure igieniche adeguate per ridurre al minimo la possibilità di contatto accidentale con agenti chimici pericolosi (pulizia programmata dei luoghi, informazione e formazione del personale, ecc.).</p> <p>I lavori possono aver luogo solo se il CSE/Direttore Lavori ha rilasciato il permesso di eseguire le attività in luoghi specifici.</p> <p>Ridurre al minimo la durata dell'esposizione al rischio</p>
	Prima dell'inizio della prestazione/fornitura	Sempre

RISCHIO DA RADIAZIONI IONIZZANTI

	Descrizione	Le radiazioni ionizzanti sono onde elettromagnetiche o particelle subatomiche capaci di ionizzare la materia. Le più comuni radiazioni ionizzanti non corpuscolate sono rappresentate dai raggi X usati da molti anni nella diagnostica radiologica, nella radiologia interventistica, negli interventi di emodinamica, elettrofisiologia, CPRE.
	Valutazione (PxG)	6 (Probabilità=3, Gravità=3) Rischio Alto
		MISURA
[+++]	Luogo	Tale rischio sarà presente in tutte le sezioni Radiologiche dell'Azienda e nei blocchi operatori dove viene usata la scopia ed in particolare nella C.O. Chirurgia Vascolare. Obbligatorio l'uso di tutti i DPI.
	Descrizione	<p>Per i cardiocirurghi è un rischio specifico, debbono essere già formati su tale rischio. In ogni caso dovrà essere posto a conoscenza delle ditte il <i>Regolamento interno di sicurezza e protezione per apparecchi rx fissi</i> dell'Azienda.</p> <p>Ad ogni buon conto si riporta l'estratto di quanto elaborato dall'Esperto Qualificato per le zone Controllate e sorvegliate anche se il funzionamento delle sale con personale potrà avvenire solo per prove di funzionamento e collaudo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>L'accesso alla sezione è limitato alle persone autorizzate indicate nell'apposito cartello posto all'ingresso/i della stessa.</i> 2. <i>Durante l'esecuzione degli esami radiologici o radioscopici, le porte della sezione dovranno essere sempre chiuse.</i> 3. <i>Usare con cura ed in modo corretto i dispositivi ed i mezzi di protezione, sia personali che del paziente, messi a disposizione, nonché gli strumenti di sorveglianza dosimetrica individuale in dotazione.</i> 4. <i>Segnalare immediatamente al Direttore della UOC, al dirigente o al preposto le deficienze dei dispositivi e dei mezzi di sicurezza, di segnalazione, di protezione e di misurazione.</i> 5. <i>Informare immediatamente l'E.Q. di ogni circostanza che comporti un pericolo immediato o grave.</i> 6. <i>Durante l'emissione di radiazioni, il personale dovrà ripararsi dietro le barriere protettive messe a disposizione.</i> 7. <i>In generale, nessuno, oltre il paziente dovrà trovarsi nella sala Rx, durante l'esecuzione dell'indagine. Nel caso di esami che richiedano la presenza di uno o più operatori, in prossimità della sorgente Rx, è obbligatorio che essi indossino il grembiule e gli altri indumenti protettivi disponibili e si pongano, ove possibile, al riparo delle barriere fisse o mobili previste. In tal caso il dosimetro individuale andrà posto al di sotto dell'indumento protettivo. In ogni caso il numero degli operatori suddetti andrà ridotto al minimo indispensabile.</i> 8. <i>Utilizzare i dispositivi di protezione per il paziente evitando di esporre il personale autorizzato ad esposizione eccezionale concordata.</i>

	<p>9. Nel caso di esposizione volontaria, le persone (famigliari e non addetti) che prestano assistenza a pazienti sottoposti ad esami radiologici, devono essere dotate di indumenti protettivi e non devono essere in età fertile.</p> <p>10. Gli operatori addetti alla radiodiagnostica non dovranno mai esporre al fascio diretto il corpo intero.</p> <p>11. Il personale femminile dovrà notificare il proprio stato di gravidanza, non appena accertato, al Direttore della UOC, il quale provvederà all'immediato allontanamento.</p> <p>12. Non lasciare l'impianto radiogeno incustodito senza disinserire l'alimentazione.</p> <p>* Estratto dal Regolamento interno di protezione e sicurezza per apparecchi fissi dell'Azienda</p>
Prima dell'inizio della prestazione/fornitura	All'occorrenza

RISCHIO INCENDIO

	Descrizione	L'Azienda Ospedaliera S.Giovanni Addolorata è considerata a rischio incendio elevato
	Valutazione (PxG)	9 (Probabilità=1, Gravità=9) Rischio Alto
		MISURA
[+++]	Luogo	Tutti i presidi dell'Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata, presentano tale potenziale con bassa probabilità di accadimento ma elevata magnitudo del danno.
	Descrizione	<p>Il personale della ditta, dovrà essere formato rispetto a quanto contenuto nel piano di emergenza ed evacuazione Aziendale che del piano di Maxiafflusso, dove sono previsti compiti specifici anche per il personale delle ditte esterne.</p> <p>Nel formare i propri lavoratori dovranno essere anche formalizzate le istruzioni specifiche con le norme di comportamento previste in caso di incendio, la conoscenza degli addetti antincendio Aziendali (ASE) etc.</p> <p>Presenza di mezzi di estinzione di primo intervento (estintori, manichette, coperte antifiamma).</p> <p>Addestramento antincendio ed alle Procedure di Emergenza.</p> <p>Sistemi di rilevazione automatica.</p> <p>Rispetto rigoroso del conformità CE di tutte le apparecchiature.</p> <p>Tutte le necessità di alimentazione delle apparecchiature dovranno essere condivise e autorzzate dalla UOC Manutenzione al fine di scongiurare sovraccarichi o fonti di innesco. Qualsiasi modifica sull'impianto elettrico dovrà comportare l'aggiornamento della documentazione di conformità di impianto</p>
	Prima dell'inizio della prestazione/fornitura	Sempre

STIMA DEI COSTI PER LA SICUREZZA DA INTERFERENZA

Premesso che l'art. 2087 del Codice Civile obbliga il Datore di Lavoro ad: "adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro",

l'Appaltatore è pertanto obbligato a farsi carico di tutti i costi derivanti dall'applicazione della legislazione e delle norme tecniche vigenti al fine di salvaguardare la salute e la sicurezza dei propri lavoratori. Per questo principio, ad esempio, le spese da sostenere per dotare i lavoratori dei dispositivi di protezione individuale non rientrano nei costi della sicurezza, a meno che tali dispositivi si rendano necessari per la presenza di interferenze tra lavorazioni di due soggetti imprenditoriali diversi. In base a quanto indicato nella Determinazione n. 3/2008 del 5 marzo 2008, dell'Autorità per la Vigilanza sui Lavori Pubblici, la stima dei costi della sicurezza deve essere eseguita secondo le disposizioni di cui al DPR 222/2003. Gli oneri della sicurezza determinati devono essere compresi nell'importo totale dei lavori (cioè devono essere inclusi nel computo di progetto) ed individuano la parte del costo dell'opera o del servizio da non assoggettare a ribasso d'offerta. L'Appaltatore deve invece indicare obbligatoriamente nell'offerta i costi della sicurezza specifici afferenti all'esercizio dell'attività svolta dalla propria impresa; la Stazione Appaltante dovrà valutare, anche in quei casi in cui non si procede alla verifica delle offerte anomale, la congruità dei costi indicati rispetto all'entità e alle caratteristiche del servizio. In situazioni particolari od ove ritenuto opportuno, comunque definibili in sede di Riunione di Cooperazione e Coordinamento, l'Azienda Ospedaliera potrà farsi carico della misura di sicurezza aggiuntiva senza farla gravare in alcun modo sull'appaltatore. Sulla base dei rischi interferenti analizzati, qualora le interferenze sono eliminabili con procedure tecnico organizzative o con oneri a carico della stazione Appaltante e fatta eccezione per le misure preventive e protettive di carattere comportamentale/prescrittivo che non generano costi, sono stati individuati i costi (non soggetti a ribasso) in fase preliminare che riguardano le misure preventive e protettive necessarie all'eliminazione o la riduzione di tali rischi interferenti.

Alla luce di quanto analizzato si espongono di seguito le voci richiamate nelle misure di sicurezza per i rischi interferenti emersi.

Le voci di prezzo relativamente al servizio sono i seguenti:

	Misure di sicurezza previste	Quant/ore	Prezzo	Totale €
1	Incontri di informazione specifica sul coordinamento rischi, riunioni di coordinamento, comunicazioni, segnalazioni ed elaborazione procedure.	2	100 €	200,00 €
2	Formazione del personale presente nelle sedi aziendali con corso sulle procedure di emergenza ed evacuazione e rischi specifici Azienda S.Giovanni-Addolorata	2	100 €	200,00 €
	DPI per patologie a trasmissione aerea (TBC, meningiti, varicella etc) FFP3	2	100 €	200 €
Totale costi della sicurezza da non sottoporre a ribasso d'asta				600,00 €

N.B. il costo orario dei corsi di formazione per il personale sopra riportato è onnicomprensivo della fornitura del materiale didattico, del costo dei docenti, dell'uso della sala ed attrezzature connesse che l'Azienda aggiudicataria dovrà effettuare.

SISTEMA DI VERIFICA

Il presente documento, sarà condiviso in sede di riunione congiunta con il RUP o con il Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) se diverso dal RUP da parte del committente e con il referente della UCSC.

A seguito dell'assegnazione del servizio, dovrà essere effettuata una riunione con le figure interessate per elaborare il verbale di riunione di coordinamento, in cui saranno riportate e discusse le eventuali modifiche ed integrazioni al presente documento. La riunione sarà convocata e coordinata dal RUP che si avvarrà, ove ritenuto necessario, della consulenza del SPP per eventuali integrazioni in merito alle misure di prevenzione e sicurezza. Il presente DUVRI dinamico potrà essere aggiornato sulla base di tutte le informazioni emerse con le relative integrazioni e modifiche sotto la responsabilità del RUP o del DEC se diverso dal RUP, e/o del Dirigente titolare del potere decisionale e di spesa relativo alla gestione dell'appalto descritto.

Durante la riunione congiunta:

1. sarà nominato il referente per l'esecuzione del contratto, se diverso dal RUP, che dovrà verificare l'applicazione delle disposizioni contenute nel documento, e in caso di inosservanze da parte della ditta è tenuto a comunicarle al suo Direttore di U.O.C. e al RUP.
2. sarà nominato il referente dell'impresa appaltatrice (Responsabile dei servizi), il quale avrà il compito di far applicare le disposizioni del DUVRI, di comunicare le eventuali modifiche da apportare al documento, consultato anche il RSPP della propria ditta, al referente per l'esecuzione del contratto a seguito di mutate esigenze di carattere tecnico, logistico, e organizzativo incidenti sulle modalità realizzative, e di trasmettere ai lavoratori dell'impresa gli eventuali cambiamenti in merito;
3. saranno stabiliti i criteri di aggiornamento del documento e la tempistica delle eventuali successive riunioni di coordinamento.
4. Saranno stabilite le procedure operative che il RUP/DEC vorrà individuare.

INFORMAZIONI UTILI

Call Center Impianti Tecnologici

Nel mese di giugno 2009 è stato attivato il Call Center degli impianti tecnologici.

Il Call Center, attivo H24, consente di monitorare e classificare le tipologie degli interventi ed indirizzare le segnalazioni al giusto operatore.

Ogni richiesta di intervento di manutenzione per guasti e/o malfunzionamenti dei seguenti impianti:

- elettrico
- riscaldamento/climatizzazione
- antincendio
- idrico
- chiamata infermiere

deve essere quindi necessariamente inoltrata telefonicamente al numero 5312 comunicando:

- Nome del richiedente
- Descrizione della richiesta di intervento
- CDC e luogo dell'intervento

Le richieste trasmesse difformemente a quanto sopra, non potendo essere registrate, rimarranno inevase.

CHIAMATA POSTO DI POLIZIA PRESSO IL PRONTOSOCORSO 5285 (attivo dalle 08.00-20.00) o tramite 5293

GESTIONE DELLE EMERGENZE

Le vie di fuga e le uscite di emergenza sono adeguatamente segnalate per mezzo di apposita cartellonistica ed illuminazione di emergenza e/o sicurezza. In caso di emergenza si rimanda alle procedure illustrate sinteticamente qui di seguito. Il personale dell'Impresa Appaltatrice dovrà seguire un comportamento che non ostacoli le norme generali in essere all'interno degli spazi del Committente per la prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze, compreso il pronto soccorso. Per questo motivo si riportano sinteticamente le procedure di gestione dell'antincendio, dell'evacuazione e del pronto soccorso attualmente vigenti.

Antincendio Piano Di Emergenza Ed Evacuazione

Il Piano di Emergenza ed Evacuazione vigente è riportato sinteticamente in forma grafica su dei quadri, esposti presso le diverse unità operative dell'Azienda, all'interno di ciascun presidio e contenenti la planimetria dell'edificio, i percorsi d'esodo, l'ubicazione dei sistemi antincendio, i numeri di telefono e una sintesi della gestione delle emergenze

L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata per la tipologia delle attività è da considerarsi con rischio incendio elevato.

In caso di emergenze/ segnalazioni relative all'antincendio il numero da chiamare è il 5555.

In ogni caso i numeri di telefono per attivare gli enti esterni sono:

112 { VIGILI DEL FUOCO
EMERGENZA SANITARIA
CARABINIERI – pronto intervento
POLIZIA DI STATO (numero interno posto di polizia 06-7705-5285)

E' fatto obbligo di rispettare tutte le procedure dell'Azienda Ospedaliera.

Il lavoratori individuati dalla ditta appaltatrice andranno informati e formati sul piano di evacuazione Aziendale e sui comportamenti da tenere

Se alcuni lavoratori esterni sono stati designati quali addetti alla gestione delle emergenze in aiuto alle squadre interne presenti nell'unità produttiva essi, dopo aver interrotto il loro lavoro, devono raggiungere immediatamente il luogo di ritrovo designato e mettersi a disposizione del Coordinatore delle Emergenze per tutti i possibili ed eventuali supporti.

Si riportano sinteticamente le principali indicazioni contenute nel Piano di emergenza che il personale della ditta dovrà seguire:

Incendio

Al segnale di allarme il personale esterno deve:

- interrompere il lavoro;
- Attivare tramite il 5555 la squadra di emergenza specificando l'ubicazione dell'incendio per tutti i presidi e il 3312 per la sede legale;
- Mantenere la calma;
- Se si conoscono le modalità d'uso dei mezzi d'estinzione portatili, agire tempestivamente. E' fatto divieto a chiunque non abbia avuto una preparazione specifica di tentare di estinguere un incendio con le dotazioni mobili esistenti e specialmente quando le fiamme hanno forte intensità espansiva. La corretta operazione da compiere è quella di avvisare gli addetti, segnalare l'evento pacatamente ai presenti e riversare ai preposti l'incarico di chiamare i soccorsi pubblici.

- Allontanare eventuali persone presenti nel luogo pericoloso, disinserire elettricamente le varie macchine ed attrezzature normalmente utilizzate, chiudere le condutture di adduzione di gas metano o liquidi infiammabili, allontanare il materiale infiammabile;
- Attenersi scrupolosamente a quanto intimato dall'Addetto all'Antincendio.
- allontanarsi dai locali seguendo le indicazioni delle squadre di emergenza, portarsi all'ingresso in attesa dei soccorsi; accompagnare i soccorritori sul luogo dell'incendio.
- Se richiesto dal coordinatore delle emergenze, occuparsi di eventuali portatori di handicap, o persone agitate, facendo in modo che raggiungano il luogo sicuro, occupandosi di loro fino all'arrivo dei soccorsi.
- In caso di allarme, uscire dallo stabile e dirigersi verso i punti di raccolta stando presso di essi in attesa dell'arrivo dell'addetto antincendio;
- Rimanere a disposizione per collaborare all'eventuale allontanamento di mezzi, macchine e prodotti;
- Non utilizzare percorsi diversi da quelli identificabili sulle planimetrie esposte e dai cartelli presenti negli ambienti; in caso d'incendio è proibito categoricamente utilizzare ascensori e montacarichi per l'evacuazione.
- Al di là di suggerimenti tecnici è opportuno che durante le operazioni di evacuazione ciascuno mantenga un comportamento ispirato a sentimenti di solidarietà, civismo e collaborazione verso gli altri.
- Tenere sempre a mente i numeri 5555 (numero emergenza interno) e "112" (Vigili del Fuoco, Polizia, Emergenza Sanitaria). 5285 (Posto di polizia interno)..

Fughe di Gas

- Chi per primo rileva la presenza di fughe di gas avvisa l'Addetto Antincendio presente dell'emergenza in corso;
- Arieggiare tutto il locale aprendo porte e finestre;
- In caso di allarme, uscire dallo stabile e dirigersi verso i punti di raccolta stando presso di essi in attesa dell'arrivo dell'Addetto Antincendio;
- Se richiesto dall'Addetto Antincendio, rimanere a disposizione per collaborare all'eventuale chiusura delle condotte gas e alla disattivazione dell'impianto elettrico;
- Se richiesto dall'Addetto Antincendio, occuparsi di eventuali portatori di handicap, o persone agitate, facendo in modo che raggiungano il luogo sicuro, occupandosi di loro fino all'arrivo dei soccorsi;
- Non intervenire direttamente se non espressamente richiesto dal Responsabile dell'Antincendio;
- Non utilizzare:
 - torce elettriche
 - fiammiferi
 - accendini
- Non fumare e, comunque, spegnere immediatamente la sigaretta;
- Non azionare nessun interruttore elettrico o di accensione di macchine e/o attrezzature

Terremoto

- Restare calmi;
- Prepararsi a fronteggiare ulteriori scosse di terremoto;
- Cercare di addossarsi alle pareti perimetrali od in aree d'angolo in quanto strutture più resistenti;
- Allontanarsi da:
 - muri non portanti,
 - finestre,
 - specchi,
 - vetrine,
 - lampadari,
 - scaffali,

- strumenti e apparati elettrici
- Aprire le porte con cautela e attenzione,
- Prima di transitare, saggiare la tenuta di
 - scale
 - pavimenti
 - pianerottoli
- Spostarsi lungo i muri maestri;
- Discendere le scale mantenendo il peso all'indietro, per evitare di caricare troppo il gradino;
- Verificare la presenza di crepe orizzontali sulla muratura: sono indice di sollecitazioni abnormi verso l'esterno;
- Terminare le scosse, uscire dallo stabile e dirigersi verso i punti di raccolta stando presso di essi, in attesa dell'arrivo dell'Addetto Antincendio / Evacuazione;
- Se richiesto dall'Addetto Antincendio/Evacuazione, occuparsi di eventuali portatori di handicap, o persone agitate, facendo in modo che raggiungano il luogo sicuro, occupandosi di loro fino all'arrivo dei soccorsi;
- Non usare accendini e/o fiammiferi, le scosse potrebbero aver lesionato le tubazioni gas;
- Non usare i telefoni dell'azienda se non in caso di estrema urgenza;
- Non usare ascensori o montacarichi.

Allagamenti

- Mantenere la calma;
- Avvertire ed informare immediatamente l'Addetto Antincendio, specificando l'ubicazione della perdita o della zona allagata;
- Rimanere a disposizione per collaborare all'eventuale allontanamento di persone, mezzi, macchine e prodotti;
- In caso di allarme, uscire dallo stabile e dirigersi verso i punti di raccolta stando presso di essi in attesa dell'arrivo dell'Addetto Antincendio;
- Se richiesto dall'Addetto Antincendio, occuparsi di eventuali portatori di handicap, o persone agitate, facendo in modo che raggiungano il luogo sicuro, occupandosi di loro fino all'arrivo dei soccorsi;
- Non usare i telefoni dell'azienda se non in caso di estrema urgenza

Minaccia armata e presenza folle (non prevede evacuazione): Chiamare Il Posto Di Polizia 5285 o chiamando il 5293 collegato tramite Teledrin Dedicato

Mantenere la calma;

- Non abbandonare i posti di lavoro e non affacciarsi alle porte del locale per curiosare all'esterno;
- Restare ciascuno al proprio posto e con la testa china se la minaccia è diretta;
- Non offrire maggiore superficie ad azioni di offesa fisica;
- Non contrastare con i propri comportamenti le azioni compiute dall'attentatore/folle;
- Mantenere la calma ed il controllo delle proprie azioni per offese ricevute e non deridere i comportamenti squilibrati del folle;
- Qualsiasi azione e/o movimento compiuto deve essere eseguito con naturalezza e con calma (nessuna azione che possa apparire furtiva - nessun movimento che possa apparire una fuga o una reazione di difesa);
- Se la minaccia non è diretta e si è certi delle azioni attive di contrasto delle Forze di Polizia, porsi seduti o distesi a terra ed attendere ulteriori istruzioni dal responsabile del settore.

Primo Soccorso

Al segnale di allarme il personale esterno deve attenersi alle disposizioni che verranno impartite dal Coordinatore delle Emergenze.

In caso di emergenze/ segnalazioni relative al primo soccorso:

- cercare l'aiuto del primo sanitario disponibile
- recarsi presso il pronto soccorso aziendale ove l'infortunato sia in grado di spostarsi
- chiamare il 5293 per attivare l'emergenza sanitaria sul posto richiedendo l'arrivo del "Rianimatore DEA" di turno, ove il soggetto affetto da malore non sia spostabile al pronto soccorso e richieda invece assistenza sul posto. Specificare chiaramente l'ubicazione dell'infortunato

In ogni caso i numeri di telefono per attivare l'ente esterno dell'emergenza sanitaria è il 112

Nel caso che l'incidente sia avvenuto nel suo luogo di lavoro, dopo aver richiesto i soccorsi, deve interrompere il suo lavoro attendendo l'arrivo dei soccorsi esterni e/o interni e prestare, se competente ed in possesso di idoneo addestramento e formazione, tutta l'assistenza necessaria.

Infortunio/ malore

- Mantenere la calma;
- Recarsi immediatamente presso il Pronto Soccorso dell'Azienda, in caso di impossibilità a muoversi **chiamare il 5293** per attivare i soccorsi sul posto, specificando:
 - il luogo dove si è verificato l'evento
 - un numero telefonico interno, se possibile,per facilitare le comunicazioni e l'arrivo dell'anestesista rianimatore in guardia al DEA nel presidio San Giovanni.
- Rimanere a disposizione per fornire qualsiasi informazione necessaria all'identificazione dell'accaduto;
- Rimanere a disposizione per collaborare all'eventuale intervento del sanitario;
- In caso di richiesta e se il danno non è tale da richiedere l'intervento dell'autoambulanza, rimanere a disposizione per l'accompagnamento dell'infortunato presso il presidio ospedaliero;
- Non intervenire direttamente sull'infortunato, ma avvisare immediatamente un medico;
- Attenersi scrupolosamente a quanto richiesto dal sanitario;
- Applicare le presenti istruzioni anche nel caso di infortunio di gravità apparentemente trascurabile.

NORME DI COMPORTAMENTO PER IL PERSONALE DELLE DITTE ESTERNE

Udita la comunicazione di evacuazione, il personale di tutte le ditte esterne operante nell'A.O. deve:

1. Sospendere immediatamente ogni attività;
2. Mettere in sicurezza tutte le apparecchiature elettriche e disattivare tutte le fonti di innesco di propria competenza;
3. Unirsi al personale Aziendale e attenersi alle loro istruzioni, in quanto essi hanno già ricevuto una specifica informazione, hanno la conoscenza dei luoghi aziendale e sanno come comportarsi; ove possibile dare supporto al personale Aziendale nel direzionare l'utenza verso le vie di esodo
4. Seguire i percorsi di fuga segnalati, in modo ordinato e con calma, senza correre e senza creare allarmismi e confusione;
5. Dirigersi verso le uscite di emergenza segnalate;
6. In presenza di fumo o fiamme è opportuno coprirsi la bocca ed il naso con fazzoletti, possibilmente molto umidi e camminare mantenendo una posizione abbassata per respirare aria più pulita;
7. Non tornare indietro per nessun motivo;
8. Non percorrere le vie di esodo contrariamente al flusso
9. Non ostruire gli accessi dello stabile con automezzi o permanendo in prossimità di essi dopo l'uscita;
10. Dirigersi verso i punti di raccolta segnalati e rimanere negli stessi comunicando l'avvenuta evacuazione in attesa di istruzioni o del segnale di fine emergenza.
12. Qualora vi fosse impedimento assoluto ad uscire dai luoghi coinvolti perché tutte le vie di uscita fossero impraticabili, entrare in una stanza, chiudere bene la porta e renderla il più possibile stagna infilando stoffa od altro nelle fessure, segnalare la propria posizione per telefono al 06-7705-5555 o al coordinatore dell'emergenza ed attendere con calma l'arrivo dei soccorritori.

CONCLUSIONI

Dallo studio sui rischi interferenti effettuato sulla quantità e sulla modalità della convenzione per le **“PRESTAZIONI DI CARDIOCHIRURGIA INTERVENTISTICA E CHIRURGIA VASCOLARE POLICLINICO GEMELLI”** per l’Azienda Ospedaliera S.Giovanni Addolorata, si fa presente che esistono rischi da lavorazioni interferenti.

Entro 30 giorni dall’aggiudicazione dell’appalto, l’appaltatore, presa visione del presente DUVRI, ha la facoltà di presentare proposte integrative (come previsto dall’art. 131 Codice dei contratti pubblici D.Lgs. 163/2006), relative a diverse misure organizzative o comportamentali, che saranno oggetto di valutazione da parte della stazione appaltante. Tali integrazioni, in nessun caso, genereranno una rideterminazione dei costi.

Azienda Ospedaliera
“Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata”

Atto di designazione e nomina - ai sensi e per gli effetti degli artt. 4, comma 7 e 8, e 28 del Regolamento (UE) 2016/679 – di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, quale Responsabile Esterno dei trattamenti dei dati personali, effettuati tramite la Convenzione avente ad oggetto **“Convenzione per attività di collaborazione per supporto cardiocirurgico all’attività di cardiologia interventistica e chirurgia vascolare”**.

L'Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata", con sede legale in Roma alla via dell'Amba Aradam,9, C.A.P. 00184 Codice Fiscale e Partita Iva n. 04735061006, rappresentata legalmente dal Direttore Generale *pro tempore* Dottoressa Ilde Coiro in ragione della sua carica e, agli effetti del presente atto, elettivamente domiciliato ove sopra (di seguito "Azienda"),

PREMESSO CHE

Viene sottoscritta la Convenzione avente ad oggetto: "**Convenzione per attività di collaborazione per supporto cardiocirurgico all'attività di cardiologia interventistica e chirurgia vascolare**", di cui il presente atto costituisce allegato ed ha decorrenza, nella sua efficacia, dalla data di sottoscrizione della Convenzione da parte della Fondazione, (d'ora in avanti per brevità denominata anche Convenzione), tra le seguenti parti:

L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata ed la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, con sede legale in Largo Francesco Vito I, C.A.P. 00168 Roma, rappresentata in persona del Direttore Generale, Prof. Marco Elefanti, che interviene per conto della Fondazione, in ragione della sua carica e, agli effetti del presente atto, elettivamente domiciliato ove sopra (di seguito "Fondazione");

- L'Azienda tratta i dati personali in conformità alle disposizioni del Regolamento (UE) 679/2016;
- L'Azienda intende designare la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli "Responsabile del trattamento" dei dati dalla medesima Fondazione effettuato nell'ambito dell'esecuzione della Convenzione sopra specificata;
- La Fondazione nella persona del Direttore Generale Prof. Marco Elefanti, ha manifestato, giusto anche quanto pattuito nella citata Convenzione, la propria disponibilità ad assolvere l'incarico ai sensi degli artt. 4 comma 8 ed 28 del Regolamento (UE) 679/2016;
- L'Azienda intende definire e individuare i compiti e le responsabilità spettanti, in forza delle rispettive funzioni, ai sensi del vigente Regolamento (UE) 679/2016 in materia di protezione di dati personali;
- La sottoscrizione del presente atto da parte della Fondazione, nella persona del suo legale rappresentante, comporterà l'integrale accettazione del contenuto dello stesso e delle clausole, nonché delle dichiarazioni ivi contenute, da parte della medesima Fondazione.

CIO' PREMESSO

che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto,

l'Azienda in persona come sopra, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati ex art. 4 comma 7 del Regolamento (UE) 679/2016,

DESIGNA e NOMINA

La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, con sede legale in Largo Francesco Vito I, C.A.P. 00168 Roma, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali - d'ora in avanti Responsabile – nei limiti degli obblighi assunti con la sottoscrizione della Convenzione **“Convenzione per attività di collaborazione per supporto cardiocirurgico all'attività di cardiologia interventistica e chirurgia vascolare”**

ARTICOLO I – RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

L'Azienda, ai sensi dell'art. 28 comma I del Regolamento (UE) 679/2016, riconosce nello specifico, che la Fondazione, in termini di risorse umane e strumentali, è stata ritenuta dotata di garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che i trattamenti soddisfino i requisiti del Regolamento (UE) 679/2016, anche in termini di sicurezza e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato, così come previsto dall'Articolo 28, comma I del Regolamento (UE) 679/2016, è tale da consentire la designazione e nomina a responsabile esterno del trattamento dei dati appresso indicati.

La Fondazione si impegna, preventivamente, a segnalare al Titolare qualsiasi mutamento sostanziale dei suddetti requisiti, che in qualche modo possa sollevare incertezze sul mantenimento degli stessi.

ARTICOLO 2 – SUB RESPONSABILE

[articolo 28, comma 2 del Regolamento (UE) 679/2016]

Il Responsabile esterno del trattamento non ricorre ad un altro Responsabile se non previa autorizzazione scritta, del Titolare del trattamento, l'Azienda, e più precisamente:

quando la Fondazione intenda avvalersi di un altro responsabile del trattamento (Sub responsabile) per l'esecuzione di specifiche attività di trattamento per conto del titolare del trattamento, è tenuta, pertanto, a richiedere l'autorizzazione scritta all'Azienda, con congruo preavviso a mezzo PEC almeno 30 giorni prima: ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it

Nel caso in cui il Responsabile esterno del trattamento (Responsabile primario) ricorra ad un altro Responsabile del trattamento (Sub responsabile) per l'esecuzione di specifiche attività di trattamento per conto del Titolare del trattamento, su tale altro Responsabile del trattamento sono imposti, mediante un convenzione o un altro atto giuridico a norma del diritto dell'Unione o degli Stati membri, gli stessi obblighi in materia di protezione dei dati contenuti nel presente atto per il Responsabile del trattamento, prevedendo in particolare garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del regolamento.

Nel caso in cui l'altro Responsabile del trattamento (Sub responsabile) ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, il Responsabile iniziale (Responsabile primario) conserva

nei confronti del Titolare del trattamento, l'Azienda, l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi dell'altro Responsabile anche ai fini del risarcimento di eventuali danni causati dal trattamento, così come previsto dall'art. 82 paragrafo 1 Regolamento (UE) 679/2016.

E' fatto salvo il caso in cui si dimostri che l'evento dannoso non è imputabile all'altro Responsabile esterno (Sub responsabile) così come previsto dall'art. 82 paragrafo 3 Regolamento (UE) 679/2016.

ARTICOLO 3 – DURATA DEL TRATTAMENTO

[articolo 28 comma 3 del Regolamento (UE) 679/2016]

La presente designazione ha efficacia dal giorno della data di sottoscrizione della Convenzione da parte della Fondazione, per la durata di 1 (uno) anno, facendo salvo quanto previsto dall'art.6 "Durata" della Convenzione stessa. Ciò ad eccezione del caso di anticipata revoca della designazione medesima da parte del Titolare, il quale, in persona come sopra, dichiara di riservarsi espressamente tale facoltà.

L'Azienda, in persona come sopra, dichiara di riservarsi, ai sensi dell'art. 28 comma 3 lettera h del Regolamento (UE) 679/2016, la facoltà di effettuare verifiche ed ispezioni periodiche, anche per mezzo di report e sopralluoghi in contraddittorio, al fine di vigilare sulla puntuale osservanza delle vigenti disposizioni in materia, ivi compreso il profilo relativo alla sicurezza, nonché delle istruzioni previste dalla presente Convenzione.

ARTICOLO 4 – NATURA DEL TRATTAMENTO – FINALITA' DEL TRATTAMENTO

[articolo 28 comma 3 del Regolamento (UE) 679/2016]

Per tutta la durata contrattuale e per i trattamenti riportati nell'oggetto del convenzione gli stessi saranno da effettuarsi negli ambiti di seguito riportati:

- **natura del trattamento dei dati:**
 - automatizzata e non automatizzata.
- **finalità del trattamento:**
 - sanitaria;
 - ricerca scientifica.

ARTICOLO 5 – TIPOLOGIA DEI DATI TRATTATI – CATEGORIE DEI SOGGETTI INTERESSATI

[articolo 28 comma 3 del Regolamento (UE) 679/2016]

In questi ambiti vengono trattati dati della seguente fattispecie:

- Identificativi;
- Sensibili;
- Genetici;

- Biometrici;
- Dati relativi alla salute;

Per le seguenti categorie di interessati:

- Pazienti (Soggetti vulnerabili);
- Minori.

ARTICOLO 6 – ISTRUZIONI

La Fondazione in qualità di responsabile del trattamento, in persona del suo legale rappresentante, in persona come sopra, dichiara di aver ricevuto, esaminato e compreso le istruzioni di trattamento impartite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 28 comma 3 lettera a del Regolamento (UE) 679/2016, e di seguito riportate, che si impegna per sé o suoi aventi causa, a rispettare nell'esecuzione dell'incarico affidatole:

- a) assicurare che i trattamenti siano svolti nel pieno rispetto delle istruzioni fornite dall'Azienda, delle norme e di ogni prescrizione contenuta nel Regolamento (UE) 679/2016, nelle norme di legge vigenti e nei relativi allegati, compresi i codici deontologici, delle future modificazioni ed integrazioni, nonché informarsi e tenere conto dei provvedimenti, dei comunicati ufficiali, delle autorizzazioni generali emessi dall'autorità di controllo nazionale (Garante privacy) o da altra autorità Europea (Garante Europeo della protezione dei dati, Comitato Europeo per la protezione dei dati / già Gruppo di lavoro articolo 29);
- b) assicurare che i dati personali siano utilizzati esclusivamente per lo svolgimento delle attività contrattuali, attenendosi alle prescrizioni di legge e alle previsioni del convenzione medesimo, non effettuare di propria iniziativa alcuna operazione di trattamento diversa da quelle indicate e non diffondere o comunicare, in alcun caso, i dati in questione a soggetti estranei all'esecuzione del trattamento.

La Fondazione in qualità di responsabile del trattamento informa immediatamente il titolare del trattamento qualora, a suo parere, un'istruzione violi il Regolamento (UE) 679/2016 altre disposizioni, nazionali o dell'Unione, relative alla protezione dei dati.

Per i profili organizzativi e applicativi del presente atto, le parti indicano sin d'ora i referenti ed i relativi elementi di contatto:

per il Titolare – Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata:

1. DPO per i profili di protezione dei dati;
2. Il Responsabile U.O.S.D. Sviluppo e Gestione Incremento delle Tecnologie Informatiche per i profili informatici;
3. Il Direttore U.O.C. di Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica, dott. Francesco Prati.

Per il responsabile - Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli:

1. DPO per i profili di protezione dei dati (dpo@policlinicogemelli.it);

2. Responsabile Sistemi Informativi per i profili informatici;
3. Direttore Responsabile U.O.C. di Cardiocirurgia, prof. Massimo Massetti.

ARTICOLO 7 – PERSONE AUTORIZZATE AL TRATTAMENTO

[articolo 29 del Regolamento (UE) 679/2016]

Il Responsabile esterno del trattamento deve designare quali persone autorizzate i soggetti ai quali affidare operazioni relative al trattamento e che abbiano accesso ai dati personali ai sensi dell'articolo 29 del Regolamento (UE) 679/2016.

La designazione di persone autorizzate deve essere effettuata per iscritto, individuando puntualmente gli ambiti di trattamento consentito ed impartendo le necessarie istruzioni sulle modalità di trattamento, definendo regole e modelli di comportamento che assicurino la riservatezza e il rispetto del divieto di comunicazione e diffusione dei dati ai quali gli incaricati stessi hanno accesso.

Il Responsabile esterno del trattamento deve tenere un registro aggiornato con l'elenco nominativo di tutti le persone autorizzate con i trattamenti affidati ed i relativi profili di autorizzazione di accesso ai dati ed il relativo patto di riservatezza da far sottoscrivere ai soggetti autorizzati.

Tali designazioni ed il suddetto patto di riservatezza sono disponibili presso la Fondazione e saranno esibiti su richiesta del Titolare.

L'Azienda dovrà essere tempestivamente informata in merito ad ogni variazione nella designazione delle persone autorizzate coinvolte nelle attività di cui alla Convenzione in essere tra le parti.

La mancata designazione è considerata grave inadempimento e costituisce condizione di clausola risolutiva espressa ai sensi e per gli effetti dell'art. 12 del presente atto. ex art. 1456 c.c.

ARTICOLO 8 – OBBLIGHI DEL RESPONSABILE

ESTERNO DEL TRATTAMENTO

[articolo 29 del Regolamento (UE) 679/2016]

a) formazione

Il Responsabile esterno del trattamento deve provvedere a predisporre un percorso formativo per le persone autorizzate (individuate ai sensi dell'art. 7 del presente atto) sulle modalità di gestione sicura e sui comportamenti prudenziali nella gestione dei dati personali.

b) vigilanza

Il Responsabile esterno del trattamento deve vigilare sull'operato delle persone autorizzate, archiviare, custodire e conservare i dati personali oggetto del trattamento – ivi inclusi i documenti elettronici – per tutta la durata del Convenzione, fatto salvo il rispetto di eventuali termini di legge stabiliti per alcune categorie di dati e/o documenti;

c) misure tecniche

Il Responsabile esterno del trattamento, relativamente ai sistemi che trattano dati personali dal medesimo gestiti, dovrà adottare misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato ai rischi di perdita, danneggiamenti ed accessi non autorizzati, ai sensi degli artt. 32 e 36, comma 3, lettera c) del Regolamento (UE) 679/2016, limitatamente ai poteri ed ai doveri conferiti a seguito della stipula del sopramenzionato Convenzione;

Il Responsabile esterno del trattamento dovrà, inoltre, conformarsi alle misure di cui al Provvedimento emanato dall'Autorità Garante, in data 27 novembre 2008, entrato in vigore in data 15 dicembre 2009, in materia di protezione dei dati personali.

Il Responsabile esterno del trattamento sarà tenuto a verificare la costante adeguatezza delle misure in essere, così da ridurre al minimo i rischi di perdita e distruzione, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta; Il Responsabile esterno del trattamento è tenuto a segnalare tempestivamente, e rimuovere, qualsiasi eventuale carenza sulle misure di sicurezza adottate in conformità al Regolamento (UE) 679/2016 o su qualunque altro aspetto relativo ai trattamenti conferiti che dovesse comportare responsabilità civili e/o penali per il Titolare;

d) trattamento presso il responsabile esterno

Il Responsabile esterno del trattamento è tenuto a trattare i dati in modo lecito e secondo correttezza, nel rispetto dei principi di legittimità, adeguatezza, esattezza, pertinenza e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati, compresi i tempi di conservazione non superiori al conseguimento delle suddette finalità, in conformità a quanto disposto dall'articolo 5 del Regolamento (UE) 679/2016.

Ove il Responsabile esterno del trattamento rilevi la sua impossibilità a rispettare le istruzioni impartite dal Titolare e le disposizioni emanate dall'autorità di controllo italiana ed europea (Garante Europeo della protezione dei dati, Garante Italiano e Comitato Europeo per la protezione dei dati / già Gruppo di lavoro articolo 29), anche per caso fortuito o forza maggiore (danneggiamenti, anomalia di funzionamento delle protezioni e controllo accessi, ecc.), deve attuare, comunque, le possibili e ragionevoli misure di salvaguardia e deve avvertire immediatamente il Titolare e concordare eventuali ulteriori misure di protezione, nel rispetto degli obblighi di cui agli articoli da 32 a 36 ed in conformità a quanto disposto dall'Art.28, comma 3, lettera f) del Regolamento (UE) 679/2016.

e) patto di riservatezza

Il Responsabile esterno del trattamento, le persone da lui autorizzate e gli Amministratori di sistema designati sono sottoposti al segreto d'ufficio in relazione alle informazioni acquisite in relazione alle attività svolte.

Il Responsabile esterno del trattamento è obbligato a far sottoscrivere alle persone da lui autorizzate ed agli Amministratori di sistema designati un patto di riservatezza . Tale patto di riservatezza è

contenuto negli atti di designazione degli incaricati autorizzati e degli Amministratori di sistema, disponibili presso la Fondazione.“

ARTICOLO 9 – AMMINISTRATORI DI SISTEMA

Il Responsabile esterno del trattamento al fine di individuare i soggetti da nominare quali Amministratori di sistema, deve far riferimento alla valutazione delle caratteristiche soggettive e alla definizione che di tali figure viene data nell’ambito del Provvedimento del Garante e nei successivi documenti interpretativi e/o integrativi.

Il Responsabile esterno del trattamento si impegna, con riferimento ai propri dipendenti, a dare attuazione a quanto previsto nel Provvedimento Generale del Garante del 27 novembre 2008 (“Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratore di sistema”), e successive modifiche e integrazioni, per l’attribuzione del ruolo di Amministratori di sistema.

In particolare, il Responsabile esterno del trattamento deve nominare per iscritto e in modo individuale gli Amministratori di sistema, relativi alla propria struttura organizzativa, indicando i rispettivi ambiti di competenza e le funzioni attribuite a ciascuno.

Il Responsabile deve conservare e mantenere aggiornato l’elenco degli Amministratori di sistema con l’elenco delle funzioni ad essi attribuite.

Tali designazioni ed il patto di riservatezza di cui al punto 8 sono disponibili presso la Fondazione e saranno esibiti su richiesta del Titolare.

La mancata designazione è considerata grave inadempimento e costituisce condizione di clausola risolutiva espressa ex art. 1456 c.c. ai sensi e per gli effetti dell’art. 12 del presente atto.

Controllo e registrazione degli accessi ai dati

Il Responsabile esterno del trattamento, per i trattamenti effettuati anche parzialmente presso le proprie sedi e/o presso le sedi del Titolare con propri strumenti e/o sistemi informativi, dovrà registrare e proteggere i dati inerenti gli accessi degli Amministratori di sistema, attenendosi alle disposizioni del Provvedimento sopracitato.

Il Responsabile esterno del trattamento ha l’obbligo per gli amministratori di sistema (compresi coloro che svolgono la mansione di amministratore di rete, di data base o i manutentori), di conservare gli “access log” in archivi immutabili e inalterabili per la durata prevista dalla normativa vigente.

Il Responsabile esterno del trattamento deve verificare, almeno annualmente, l’operato degli Amministratori di sistema al fine di accertare che le persone mantengano le caratteristiche soggettive richieste dall’autorità di controllo italiana ed europea e per verificare la rispondenza del loro operato alle misure organizzative, tecniche e di sicurezza poste in essere per i trattamenti dei dati personali.

Comunicazione e diffusione di dati

Il Responsabile esterno del trattamento non può comunicare e/o diffondere dati senza l'esplicita autorizzazione del Titolare, fatte salve le particolari esigenze di riservatezza espressamente esplicitate dall'Autorità Giudiziaria. In tali casi gli oneri economici relativi al soddisfacimento delle richieste non potranno essere addebitati al Titolare.

ARTICOLO 10 – Richiesta di esercizio dei diritti dell'Interessato

[articoli 12-23 del Regolamento (UE) 679/2016]

Il Responsabile esterno del trattamento si impegna ad adottare misure tecniche e organizzative adeguate per assistere il Titolare nel dare seguito ad eventuali richieste ricevute per l'esercizio dei diritti dell'interessato così come previsto dal capo III (articoli 12-23) del Regolamento (UE) 679/2016 e a mettere a disposizione del Titolare tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi di cui all'art. 28, consentendo e contribuendo alle attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzate dal titolare del trattamento o da un altro soggetto da questi incaricato, compresa l'Autorità Garante nell'espletazione delle sue funzioni.

Il Responsabile esterno del trattamento comunicherà tempestivamente al Titolare del trattamento le richieste di esercizio dei diritti ai sensi dell'art. 12 e ss. del Regolamento (UE) 679/2016 effettuate da pazienti la cui titolarità dei dati appartiene all'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata.

ARTICOLO 11 – Cancellazione dei dati

al termine del trattamento

Al termine delle operazioni di trattamento affidate, nonché all'atto della cessazione per qualsiasi causa del trattamento da parte del Responsabile o del rapporto sottostante, il Responsabile a discrezione del Titolare sarà tenuto a: restituire al Titolare i dati personali oggetti del trattamento oppure a provvedere alla loro integrale distruzione, salvi solo i casi in cui la conservazione dei dati sia richiesta da norme di legge od altri fini.

In entrambi i casi il Responsabile provvederà a rilasciare al Titolare apposita dichiarazione per iscritto contenente l'attestazione che presso il Responsabile non esista alcuna copia dei dati personali di titolarità del Titolare.

Il Titolare si riserva il diritto di effettuare controlli e verifiche volte ad accertare la veridicità della dichiarazione.

ARTICOLO 12 – DATA BREACH

In caso di violazione dei dati personali, il responsabile si impegna a informare il titolare, per il tramite del direttore U.O.C. di Cardiologia d'Urgenza con Unità Coronarica, dott. Francesco Prati, entro

48 ore dal momento in cui è stata accertata la violazione. La comunicazione è effettuata a mezzo PEC al seguente indirizzo: ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it.

Qualora la violazione venga accertata in giorno prefestivo e/o festivo, la comunicazione sarà effettuata tramite email del DPO della Fondazione. .

raccolte:

Il Responsabile comunica al Titolare le seguenti informazioni contenute nella “Scheda Evento”:

Data evento, indicazione della data, anche presunta, della violazione e del momento in cui se ne è avuta conoscenza;

Data e ora in cui si è avuta conoscenza della violazione;

Fonte segnalazione;

Tipologia violazione e di informazioni coinvolte;

Descrizione evento anomalo;

Numero interessati coinvolti;

Numerosità di dati personali di cui si presume una violazione;

Indicazione del luogo in cui è avvenuta la violazione dei dati, specificando altresì se essa sia avvenuta a seguito di smarrimento di dispositivi o di supporti portatili;

Sintetica descrizione dei sistemi di elaborazione o di memorizzazione dei dati coinvolti, con indicazione della loro ubicazione

Il Responsabile procede ad effettuare le attività necessarie ai fini dell'accertamento dell'evento e ai fini della relativa notifica nel rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 33 e 34 del Regolamento (UE) 679/2016, con le modalità stabilite dalle procedure interne alla Fondazione adottate in tema di Data Breach. Effettuate le analisi dell'evento previste e accertata la violazione

Il Responsabile si impegna a garantire il rispetto della suddetta tempistica, nonché a manlevare e tenere indenne il Titolare da qualsiasi danno, pretesa, risarcimento, e/o sanzione possa derivare al Titolare dalla mancata osservanza di tali obblighi.

Il responsabile si impegna a fornire la più ampia collaborazione al Titolare medesimo nonché alle Autorità di Controllo competenti e coinvolte al fine di soddisfare ogni applicabile obbligo imposto dalla normativa pro tempore applicabile (es. notifica della violazione dei dati personali all'Autorità Controllo competente; eventuale comunicazione di una violazione dei dati personali agli interessati).

ARTICOLO 13 – Rapporti con l'autorità di controllo il Garante

Il Responsabile deve collaborare con il Titolare nei rapporti con il Garante ed in particolare deve:

- essere aggiornato sulle iniziative normative e, in genere, sulle attività del Garante;
- collaborare per l'attuazione di eventuali specifiche istruzioni;
- rendere disponibile ogni informazione in caso di contenzioso.

ARTICOLO 14 – CLAUSOLA RISOLUTIVA

ESPRESSA ex art 1456 c.c.

Inoltre, impregiudicato quanto stabilito nel Convenzione, l' Azienda in persona come sopra, dichiara di riservarsi, in caso di inosservanza da parte della società, delle disposizioni di legge in materia di protezione dei dati personali ed in via esemplificativa, ma non esaustiva:

- del divieto di comunicazione e di diffusione dei dati personali, nonché dell'obbligo di non trattare i dati oggetto del Convenzione per finalità diverse da quelle previste dal Convenzione medesimo;
- delle sopra riportate istruzioni;
- di perdita, da parte della società quale Responsabile del trattamento, dei requisiti di cui all'art. 28 del Regolamento 679/2016 la facoltà di risolvere il Convenzione, ai sensi dell'art. 1456 c.c., con revoca immediata della nomina in oggetto.

ARTICOLO 15 – MANLEVA CONTRATTUALE

Il Responsabile esterno del trattamento si obbliga a rimborsare al titolare del trattamento le somme eventualmente versate e pagate come risarcimento di danni a terzi derivanti da trattamento dei dati non conforme alle previsioni del Regolamento 679/2016.

ARTICOLO 15 – Norma di chiusura

La nomina del responsabile esterno avrà la medesima durata del convenzione. Qualora questo venisse meno o perdesse efficacia e per qualsiasi motivo, anche la presente nomina verrà automaticamente meno senza bisogno di comunicazioni o revoche, e il Responsabile non sarà più legittimato a trattare i dati del Titolare.

Roma,

Il Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero
San Giovanni Addolorata
Dott.ssa Ilde Coiro

Roma,

Il Direttore Generale
Policlinico Universitario
Agostino Gemelli
Prof. Marco Elefanti

DATA BREACH

Modello

Scheda evento

Data evento (anche presunta) Indicando la data, anche presunta, della violazione e del momento in cui se ne è avuta conoscenza	
Data e ora in cui si è avuta conoscenza della violazione	
Fonte segnalazione	
Tipologia violazione e di informazioni coinvolte	
Descrizione evento anomalo	
Numero interessati coinvolti	
Numerosità di dati personali di cui si presume una violazione	
Indicazione del luogo in cui è avvenuta la violazione dei dati, specificando altresì se essa sia avvenuta a seguito di smarrimento di dispositivi o di supporti portatili	
Sintetica descrizione dei sistemi di elaborazione o di memorizzazione dei dati coinvolti, con indicazione della loro ubicazione	

Deliberazione N.665/DG DEL 23 Lug. 2018

Si attesta che la deliberazione: è st6
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data 23. Lug. 2018_____

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data: 23 Lug. 2018_____

data di esecutività: 23 Lug. 2018_____

Deliberazione originale
Composta di 80 fogli
Esecutiva il, **23 Lug. 2018**
Il Dirigente della UOSD Affari Generali
(Dr.ssa Maria Rita Corsetti)

F.to