



AZIENDA SPECIALE SERVIZI SANITARI VERGIATE

Via G. Di Vittorio, 2 - 21029 Vergiate (Va)

P. IVA 02021020124 - C.C.I.A.A. 172230/1996 VA

Determinazione n. 14 del 15/05/2020

OGGETTO: Emergenza COVID19 - Nomina del Comitato aziendale di verifica periodica della corretta applicazione dei protocolli da parte di tutti i dipendenti.

Il Direttore dell'Azienda Speciale Servizi Sanitari di Vergiate

Richiamato l'art. 21 lettera h) del vigente Statuto Aziendale che precisa che il Direttore, come Capo del Personale, dirige il personale dell'Azienda

Viste le disposizioni contenute nel DPCM 26 aprile 2020 che prevedono che all'interno delle Aziende venga istituito un Comitato di verifica periodica della corretta applicazione dei protocolli da parte di tutti i dipendenti durante l'emergenza covid-19;

Ritenuto pertanto di dover provvedere alla nomina di detto Comitato, che sarà composto dai seguenti membri:

- il sottoscritto Direttore d'Azienda
- dott.ssa Roberta Spagnoli, Direttrice di farmacia
- dott.ssa Luciana Apostolo, rappresentante sindacale interna
- geometra Matteo Segala, RSPP per l'Azienda
- dottor Guido Perina, medico competente;

Dato atto che i suddetti commissari hanno accettato l'incarico;

Dato atto altresì che il Comitato verificherà a cadenza quindicinale il rispetto delle azioni contenute nell'allegata check-list, che di seguito si riassumono:

- analisi dettagliata della presente procedura e richiesta di eventuali aggiornamenti;
- analisi dettagliata delle condizioni presenti nella sede al momento e individuazione delle misure da mettere in atto per colmare il gap;
- adozione, nel limite delle proprie funzioni, degli interventi necessari volti ad eliminare il gap di cui al punto precedente;
- interfaccia preferenziale per i lavoratori della sede, circa dubbi o preoccupazioni in merito alla condizione in corso;
- verifica del mantenimento delle condizioni di rispetto delle procedure aggiungendo qualsiasi indicazione utile al miglioramento del sistema di prevenzione del contagio.

DETERMINA

per le motivazioni espresse in narrativa,

1. di nominare il Comitato aziendale di verifica periodica della corretta applicazione dei protocolli da parte di tutti i dipendenti nelle persone seguenti:

- il sottoscritto Direttore d'Azienda
- dott.ssa Roberta Spagnoli, Direttrice di farmacia
- dott.ssa Luciana Apostolo, rappresentante sindacale interna
- geometra Matteo Segala, RSPP per l'Azienda
- dottor Guido Perina, medico competente;

2. dare atto che il Comitato suddetto effettuerà con cadenza quindicinale le verifiche del rispetto delle azioni contenute nell'allegata check-list che di seguito si riassumono:

- analisi dettagliata della presente procedura e richiesta di eventuali aggiornamenti;
- analisi dettagliata delle condizioni presenti nella sede al momento e individuazione delle misure da mettere in atto per colmare il gap;
- adozione, nel limite delle proprie funzioni, degli interventi necessari volti ad eliminare il gap di cui al punto precedente;
- interfaccia preferenziale per i lavoratori della sede, circa dubbi o preoccupazioni in merito alla condizione in corso;
- verifica del mantenimento delle condizioni di rispetto delle procedure aggiungendo qualsiasi indicazione utile al miglioramento del sistema di prevenzione del contagio.

DIRETTORE D'AZIENDA
(Dott. Zanetta Giovanni)



Art.7 DPCM 11/03/2020
Protocollo di Intesa del 14/03/2020
D.Lgs.81/08 e ss.mm.ii.

Allegato VIII: Check list verifica adempimenti generali - piano anti contagio

Voce	Attuato	In corso	Non applicabile
Massimo utilizzo del lavoro agile per le attività che possono essere svolte presso il proprio domicilio			
Incentivazione di ferie e congedi retribuiti			
Sospensione delle attività dei reparti aziendali non indispensabili			
Applicazione del protocollo anticontagio (vedere anche sezione 2)			
Rispetto della distanza di 1 metro			
Uso della mascherina quando non sia possibile rispettare la distanza di 1 metro			
Incentivazione delle operazioni di sanificazione del luogo di lavoro, anche utilizzando ammortizzatori sociali			
Limitare al massimo gli spostamenti all'interno delle sedi di lavoro			
Contingentare l'accesso agli spazi comuni			
Differenziazione degli orari di ingresso, uscita e pause			
Affissione della cartellonistica riportata nel protocollo			
Eliminazione degli spostamenti tra aree di competenze diverse			
Verifica delle distanze di 1 metro tra un operatore e l'altro, in particolare tra un operatore e chi gli sta dietro			
Rispetto della distanza di 1 metro in reception, rispetto a chi viene accolto			
Eliminazione di accessi dall'esterno o adozione della procedura di autorizzazione			
Presenza di igienizzante per le mani nei bagni			
Svolgimento dei lavori in appalto solo in orari dove non sono presenti operatori			
Sanificazione della postazione e attrezzature prima dell'inizio del turno			
Sanificazione dei bagni più volte al giorno			
Sanificazione delle aree break dopo gli intervalli di fruizione definiti			
L'ufficio personale è informato di come comportarsi in caso di notizia di positività			
Note del Responsabile di sede			

In data: ___/___/_____ il sottoscritto _____ in qualità di Responsabile di sede, ha effettuato il sopralluogo del sito, provvedendo a compilare la presente checklist. Vengono informati il Datore di Lavoro, il RSPP ed RLS/RLST sugli esiti del presente controllo, anche tramite invio informatico del modello compilato

Firma del Responsabile _____

