



UNIVERSITÀ DI PARMA
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Sistema di Gestione UniPR per la Sicurezza sul Lavoro

Sezione SG-03

Monitoraggio e valutazione

SG-03-03

Criteri di valutazione

Versione: R.05

Data: marzo 2020

Redazione elaborato: F. Merusi, N. Cantoni – Servizio Prevenzione e Protezione di Ateneo



Contenuti

1. Premessa	3
2. Criteri per gli indicatori di valenza generale.....	3
3. Criteri specifici	4
Parte 1	4
Parte 2	7

1. Premessa

La parte SG-03-03 del Sistema di Gestione UniPR per la Sicurezza sul Lavoro individua i criteri di valutazione per l'attribuzione dei valori numerici agli indicatori di prestazione in sede di esecuzione delle verifiche interne.

Gli indicatori richiamati nel seguito sono riferiti alla check-list costituente la parte SG-03-02. I criteri di valutazione sono proposti per ridurre la componente soggettiva del giudizio.

2. Criteri per gli indicatori di valenza generale

Indicatore richiedente evidenza scritta:

- **3**: esiste documento scritto, correttamente firmato e registrato;
- **2**: esiste documento firmato (cartaceo o digitale) ma incompleto o da integrare o esiste altro tipo di evidenza scritta (es. e-mail);
- **1**: non vi è documento scritto ma l'utente sostiene di eseguire ciò che viene richiesto; a seguito di ulteriori domande di approfondimento si evince che effettivamente l'argomento è stato preso in considerazione;
- **0**: l'utente non ha documento scritto e non conosce il tema della richiesta.

Indicatore richiedente documentazione da esporre e fruibile dagli utenti:

- **3**: esiste documentazione scritta, presente e visibile in aree comuni dell'edificio;
- **2**: esiste documentazione ma non in quantità sufficiente, da implementare;
- **1**: documentazione non aggiornata;
- **0**: nessuna evidenza scritta.

Indicatore richiedente conoscenza da parte del personale:

- **3**: tutto il personale coinvolto è a conoscenza dell'argomento;
- **2**: la maggior parte del personale è a conoscenza;
- **1**: solo poche persone sono a conoscenza;
- **0**: nessuno del personale coinvolto è a conoscenza dell'argomento.

Indicatore relativo a presenza procedure:

- **3**: Sono presenti procedure scritte e viene registrata la formazione tramite firma;
- **2**: Sono presenti procedure scritte ma non vi è documentazione firmata;
- **1**: Non sono presenti procedure scritte ma il RADRL informa verbalmente il personale non strutturato riguardo le attività più pericolose;
- **0**: Assenza di procedure scritte e nessuna indicazione verbale.

3. Criteri specifici

Parte 1

Indicatore n. 1.1 (Il Consiglio e la Giunta partecipano attivamente alle decisioni inerenti aspetti di salute e sicurezza?):

- **3:** Il Direttore del Dipartimento / Centro fornisce regolarmente comunicazioni inerenti la sicurezza e il Consiglio / Giunta deliberano decisioni (almeno 1 caso l'anno) es.: nomine RADRL, interventi migliorativi per la sicurezza, acquisti per la sicurezza, ecc...;
- **2:** Il Direttore del Dipartimento / Centro fornisce regolarmente (>2 volte all'anno) comunicazioni inerenti la sicurezza e le comunicazioni sono introdotte nel verbale della seduta;
- **1:** Il Direttore del Dipartimento / Centro fornisce saltuariamente (circa 1, 2 volte all'anno) comunicazioni inerenti la sicurezza e le comunicazioni sono introdotte nel verbale della seduta;
- **0:** l'argomento sicurezza non è preso in considerazione.

Indicatore n. 1.2 (Le informazioni generali e le procedure di Ateneo per la sicurezza sono efficacemente divulgate?

Es.: SGSL, MOGM, informativa procedure, ecc.):

- **3:** Vi è evidenza scritta che il Direttore del Dipartimento / Centro ha correttamente informato il personale della struttura;
- **2:** non esiste evidenza scritta che il Direttore del Dipartimento / Centro abbia informato il personale della struttura ma a seguito di ulteriori accertamenti si evince l'argomento è stato divulgato;
- **1:** Vi è evidenza che il Direttore del Dipartimento / Centro ha informato solo una parte del personale della struttura;
- **0:** Il Direttore del Dipartimento / Centro non ha informato il personale della struttura.

Indicatore n. 1.3 (In che modo il Direttore del Dipartimento / Centro vigila sulla corretta applicazione delle norme in materia di sicurezza):

- **3:** il Direttore del Dipartimento / Centro ha richiesto l'effettuazione della vigilanza da parte dei RADRL e dei preposti ed ha organizzato un sistema di vigilanza con compiti e funzioni precisi (es.: è stata formata una commissione con compiti di vigilanza);
- **2:** il Direttore del Dipartimento / Centro ha richiesto l'effettuazione della di vigilanza da parte del personale con specifico riferimento a RADRL e Preposti;
- **1:** il Direttore del Dipartimento / Centro ha richiesto l'effettuazione della vigilanza da parte del personale (es.: è stata fatta una riunione con tecnici in cui si indicata la necessità di vigilare);
- **0:** Non c'è un sistema di controllo.

Indicatore n. 1.4 (Il Dipartimento / Centro esegue un'archiviazione dei giudizi di idoneità, attestati di formazione ed altra documentazione Es.: modulo consegna DPI):

- **3:** il Dipartimento / Centro detiene un archivio con tutta la documentazione in materia di sicurezza per il personale strutturato e non strutturato;
- **2:** il Dipartimento / Centro detiene un archivio degli attestati della formazione E-Learning e i giudizi di idoneità per il personale strutturato;
- **1:** il Dipartimento / Centro detiene un archivio incompleto;
- **0:** Non esiste alcun archivio.



Indicatore n. 1.5 (Esiste un referente ed una procedura di Dipartimento / Centro per la raccolta, conservazione e trasmissione delle SDL e relativi allegati? Nota: SG-00.):

- **3:** È stato individuato un referente di Dipartimento / Centro ed esistono regole interne per la compilazione e trasmissione delle SDL;
- **2:** È stato individuato un referente di Dipartimento / Centro ma non esistono regole interne;
- **1:** Non è stato individuato un referente né esiste una regola riconosciuta per la trasmissione delle SDL;
- **0:** Le SDL non vengono gestite.

Indicatore n. 1.6 (È conosciuta e correttamente divulgata la procedura per la denuncia e segnalazione **infortuni**?

Nota: <https://www.unipr.it/node/18296>):

- **3:** Esiste un referente per la raccolta dei moduli di segnalazione interna e la trasmissione al protocollo di Ateneo, la procedura è sul sito del Dipartimento / Centro ed il personale ne è al corrente;
- **2:** Esiste un referente ed il personale ne è al corrente;
- **1:** Non esiste un referente ma il personale è al corrente della procedura;
- **0:** Il personale non è a conoscenza dell'argomento.

Indicatore n. 1.7 (Il direttore del Dipartimento / Centro ha frequentato i **corsi in materia di sicurezza** per Dirigenti?): (compilazione riservata a SPP)

- **3:** Il Direttore del Dipartimento / Centro possiede tutti gli attestati necessari con relativi eventuali aggiornamenti;
- **2:** Il Direttore del Dipartimento / Centro possiede tutti gli attestati necessari ma uno o più di essi sono scaduti;
- **1:** Il Direttore del Dipartimento / Centro possiede solo alcuni degli attestati necessari;
- **0:** Il Direttore del Dipartimento / Centro non possiede nessun attestato.

Indicatore n. 1.8 (Esiste un'efficace collaborazione e interazione con il SPP?): (compilazione riservata a SPP)

- **3:** L'interazione con il SPP avviene in entrambe le direzioni e gli argomenti sollevati dal Dipartimento / Centro sono sempre rilevanti ai fini della sicurezza;
- **2:** L'interazione con il SPP avviene in entrambe le direzioni e gli argomenti sollevati dal Dipartimento / Centro sono per la maggior parte rilevanti ai fini della sicurezza;
- **1:** L'interazione con il SPP è limitata ai soli adempimenti normativi e avviene in un'unica direzione (solo in risposta a istanza di SPP);
- **0:** L'interazione con il SPP è scarsa ed inefficace, sono registrati episodi in cui non si ottiene risposta.



Indicatore n. 1.9 (Il personale strutturato ha frequentato i **corsi in materia di sicurezza?**): (compilazione riservata a SPP)

- **3:** Tutto il personale strutturato possiede tutti gli attestati necessari con relativi eventuali aggiornamenti;
- **2:** Almeno il 90% del personale strutturato possiede tutti gli attestati necessari con relativi eventuali aggiornamenti;
- **1:** Almeno il 75% del personale strutturato possiede tutti gli attestati necessari con relativi eventuali aggiornamenti;
- **0:** Meno del 75% del personale strutturato possiede tutti gli attestati necessari con relativi eventuali aggiornamenti.

Indicatore n. 1.10 (La struttura predispone quando necessario il **DUVRI e informativa sui rischi** (art. 26, D.lgs. 81/08) per i contratti Es.: forniture, servizi, convenzioni per attività di ricerca, ecc. gestiti dalla struttura?): (compilazione riservata a SPP)

- **3:** esistono DUVRI, correttamente firmati, registrati e specifici per ogni affidamento di contratti o convenzioni con trasferimento temporaneo di personale tra le parti;
- **2:** il DUVRI viene elaborato per tutti i contratti ma viene impiegato sempre lo stesso modello generico e non specifico;
- **1:** viene redatto sporadicamente e non per ogni attività che lo richiede;
- **0:** non è mai stato elaborato alcun DUVRI, pur essendo necessario in funzione dei contratti che il Dipartimento ha affidato in passato.

Indicatore n. 1.11 (Il numero di infortuni e/o malattie professionali evidenzia anomalie?): (compilazione riservata a SPP)

- **3:** non vi sono anomalie nel numero di infortuni e/o malattie professionali e non si sono registrati infortuni dovuti a gravi carenze;
- **2:** esiste una leggera discrepanza nel numero di infortuni e/o malattie professionali rispetto alla media di Ateneo e non si sono registrati infortuni dovuti a gravi carenze;
- **1:** esiste una rilevante discrepanza nel numero di infortuni e/o malattie professionali rispetto alla media di Ateneo e non si sono registrati infortuni dovuti a gravi carenze;
- **0:** Si sono registrati infortuni dovuti a gravi carenze.

Parte 2

Indicatore n. 2.1* (Sono stati individuati gli **Addetti al Primo Soccorso (APS)** e **gli Addetti Antincendio (AA)** in numero adeguato per tutta la durata di apertura della struttura?):

- **3:** Gli APS e AA sono presenti in numero congruo rispetto alle necessità dell'edificio, distribuiti in modo uniforme all'interno degli edifici. Il personale è a conoscenza dei nominativi di APS e AA. L'elenco con nome e numeri degli addetti è presente in ogni laboratorio e spazio di circolazione;
- **2:** Gli APS e AA sono presenti in numero congruo rispetto alle necessità dell'edificio, non distribuiti in modo uniforme all'interno degli edifici. Il personale è a conoscenza dei nominativi di APS e AA o l'elenco con nome e numeri degli addetti è presente in ogni laboratorio e spazio di circolazione;
- **1:** Gli APS e AA non sono presenti in numero congruo rispetto alle necessità dell'edificio, non distribuiti in modo uniforme all'interno degli edifici. Il personale è a conoscenza dei nominativi di APS e AA o l'elenco con nome e numeri degli addetti è presente in ogni laboratorio e spazio di circolazione;
- **0:** il numero di APS e AA è in quantità insufficiente rispetto alle necessità dell'edificio. Il personale non è a conoscenza dei nominativi e non è presente elenco con nome e numeri da contattare.

Indicatore n. 2.2* (Gli **Addetti al Primo Soccorso (APS)** e **gli Addetti Antincendio (AA)** effettuano **controlli** visivi delle attrezzature antincendio, cassette di primo soccorso e dei luoghi di lavoro durante le **ordinarie attività**? Es.: viene verificato il contenuto delle cassette con sostituzione e integrazione dei prodotti scaduti, ordine e corretto utilizzo di archivi, depositi, locali tecnici e vie di fuga?):

- **3:** Gli Addetti effettuano controlli periodici su cassette di primo soccorso, dispositivi antincendio, ordine e corretto utilizzo di archivi, depositi, locali tecnici e vie di fuga;
- **2:** Gli Addetti effettuano controlli periodici solo su cassette di primo soccorso e dispositivi antincendio;
- **1:** Gli Addetti effettuano controlli periodici solo su cassette di primo soccorso;
- **0:** Gli Addetti non svolgono controlli periodici e non sono presenti segnalazioni di alcun tipo.

Indicatore n. 2.3* (Il **Piano di Emergenza** è stato correttamente divulgato e ne sono noti i contenuti?):

- **3:** Vi è evidenza scritta che il Piano di Emergenza è stato divulgato a tutto il personale strutturato e non strutturato del Dipartimento / Centro (es.: e-mail a tutto il personale strutturato e non strutturato e copie del Piano nei laboratori);
- **2:** Vi è evidenza scritta che il Piano di Emergenza è stato divulgato solo al personale strutturato del Dipartimento / Centro;
- **1:** Vi è evidenza scritta che il Piano di Emergenza è stato divulgato solo ad alcune categorie di personale strutturato del Dipartimento / Centro;
- **0:** Il Piano di Emergenza non è stato divulgato.

Indicatore n. 2.4* (Sono state effettuate le **prove di evacuazione** nel corso dell'anno?):

- **3:** esistono i verbali scritti, correttamente registrati e le prove sono state fatte con cadenza semestrale;
- **2:** esistono i verbali scritti, correttamente registrati ma le prove non sono state fatte con cadenza semestrale;
- **1:** esistono alcuni verbali e le prove di evacuazione sono effettuate in modo sporadico;
- **0:** nessuna effettuazione delle prove di evacuazione.

Indicatore n. 2.5* (È presente la **bacheca** con le **chiavi** etichettate ed accessibili? Nota: le chiavi si intendono per tutti i locali dell'Edificio, compresi i locali tecnici):

- **3**: esiste la bacheca con le chiavi presente presso la Direzione o in locale appositamente destinato, ben identificato e sempre accessibile; la bacheca contiene le chiavi di tutti i locali, compresi i locali tecnici, correttamente etichettate;
- **2**: esiste la bacheca ma le chiavi in essa contenute non aprono tutti i locali o non sono correttamente etichettate o la bacheca non è sempre accessibile;
- **1**: esistono varie bacheche dislocate nell'edificio ma non per ogni specifica area;
- **0**: assenza di bacheca con le chiavi e/o assenza della maggior parte delle chiavi.

Indicatore n. 2.6 (Le **cassette** di **primo soccorso** sono presenti e facilmente accessibili? Nota: assenza di cassette in locali chiusi a chiave):

- **3**: Le cassette di primo soccorso sono presenti, accessibili e nessun prodotto risulta scaduto;
- **2**: Le cassette di primo soccorso sono presenti, alcune sono difficilmente accessibili ma nessun prodotto risulta scaduto;
- **1**: Le cassette di primo soccorso sono presenti, alcune sono difficilmente accessibili e diversi prodotti al loro interno risultano scaduti;
- **0**: Tutte le cassette sono difficilmente accessibili e contengono prodotti scaduti.

Indicatore n. 2.7 (La **segnaletica** di sicurezza, di esodo e gestione delle emergenze dell'Edifici e le **planimetrie** di emergenza sono ben visibili e non occultate da arredi?):

- **3**: tutta la segnaletica e le planimetrie sono presenti, aggiornate, sempre visibili ed in numero adeguato oppure sono state trasmesse le opportune richieste di integrazione;
- **2**: la quasi totalità della segnaletica e delle planimetrie è presente e ben visibile;
- **1**: in diversi casi la segnaletica e le planimetrie denotano carenze o non sono ben visibili;
- **0**: la segnaletica e le planimetrie sono presenti ma palesemente oscurate da arredi o attrezzature.

Indicatore n. 2.8 (Le **attrezzature antincendio** e le **targhe ottico acustiche** sono ben visibili e non occultate da arredi?):

- **3**: tutte le attrezzature antincendio e le targhe ottico acustiche sono presenti, ben visibili e di facile accesso oppure sono state trasmesse le opportune richieste di integrazione;
- **2**: la quasi totalità delle attrezzature antincendio e delle targhe ottico acustiche sono ben visibili e di facile accesso;
- **1**: in diversi casi le attrezzature antincendio o targhe ottico acustiche denotano carenze o non sono ben visibili;
- **0**: le attrezzature antincendio o targhe ottico acustiche sono presenti ma palesemente oscurate da arredi o attrezzature.

Indicatore n. 2.9 (Sui cartelli per il **divieto di fumo** è riportato il nominativo aggiornato dell'accertatore?):

- **3:** Sui cartelli per il divieto di fumo è riportato il nominativo aggiornato dell'accertatore;
- **2:** Sui cartelli per il divieto di fumo il nominativo dell'accertatore non presta servizio presso la struttura;
- **1:** Sulla maggior parte dei cartelli per il divieto di fumo manca il nominativo dell'accertatore o non è aggiornato;
- **0:** Sui cartelli per il divieto di fumo non è riportato alcun nominativo.

Indicatore n. 2.10 (Le **scale** e i **vani scala** al servizio della struttura sono tenuti costantemente sgombri?):

- **3:** Tutte le scale e i vani scala risultano sgombri e liberi da ostacoli;
- **2:** Le scale o i vani scala risultano parzialmente occupati da ostacoli e oggetti in disuso che tuttavia non creano pericolo (es.: biciclette o arredi metallici nel sottoscala);
- **1:** Le scale o i vani scala risultano parzialmente occupati da ostacoli e oggetti in disuso che possono creare pericolo (es.: materiali ingombranti non combustibili su pianerottoli);
- **0:** Le scale o i vani scala risultano parzialmente occupati da ostacoli e oggetti in disuso che possono creare immediato pericolo (prodotti infiammabili, sostanze chimiche, accumuli di carta, ecc...);

Indicatore n. 2.11 (Gli **spazi di circolazione** (atri e corridoi) della struttura sono tenuti costantemente sgombri?):

- **3:** Tutti gli spazi di circolazione risultano sgombri per una luce netta di 120 cm, sono presenti esclusivamente arredi metallici e materiali non combustibili;
- **2:** Tutti gli spazi di circolazione risultano sgombri per una luce netta di 120 cm, sono presenti alcune apparecchiature elettriche (es.: fotocopiatrici o macchine del caffè) o carta e similari;
- **1:** Non tutti gli spazi di circolazione risultano sgombri per una luce netta di 120 cm, sono presenti alcune apparecchiature elettriche (es.: fotocopiatrici o macchine del caffè) o carta e similari;
- **0:** Gli spazi di circolazione risultano parzialmente occupati da ostacoli e oggetti in disuso che possono creare immediato pericolo (prodotti infiammabili, sostanze chimiche, accumuli di carta, ecc...);

Indicatore n. 2.12 (Sono rispettate le funzioni e gli utilizzi dei **locali tecnici**? Nota: verifica ordine, chiusi a chiave, non adibiti a magazzino.):

- **3:** tutti i locali tecnici dell'Edificio sono in ordine, non adibiti a magazzino e correttamente identificati, inoltre i locali destinati a sottocentrali, centrali termiche, macchine ascensore e similari sono chiusi a chiave;
- **2:** la quasi totalità dei locali tecnici dell'Edificio sono in ordine, non adibiti a magazzino e correttamente identificati;
- **1:** la quasi totalità dei locali tecnici dell'Edificio non sono in ordine, oppure sono adibiti a magazzino e non correttamente identificati;
- **0:** i locali tecnici costituiscono pericolo per la completa assenza di ordine ed il mancato rispetto della destinazione d'uso; non è possibile l'accesso ai punti di manovra degli impianti.

Indicatore n. 2.13 (Le **utenze elettriche** sono correttamente collegate all'impianto? Nota: presenza di prese multiple (ciabatte), le prolunghie sono utilizzate solo quando strettamente necessario ed eliminando sempre i rischi di inciampo, ecc...):

- **3:** in tutti i locali le utenze elettriche (PC, stampanti, ecc...) sono correttamente collegate all'impianto dell'Edificio; le prese multiple sono assenti nei laboratori e negli uffici sono sollevate da terra, i cavi sono raccolti per non causare rischio di inciampo, non vi sono evidenze di sovraccarico della presa; inoltre sono assenti apparecchi di riscaldamento portatili;
- **2:** nella quasi totalità dei locali le utenze elettriche (PC, stampanti, ecc...) sono correttamente collegate all'impianto dell'Edificio; le prese multiple sono assenti nei laboratori e negli uffici sono sollevate da terra, i cavi sono raccolti per non causare rischio di inciampo, non vi sono evidenze di sovraccarico della presa; inoltre sono assenti apparecchi di riscaldamento portatili;
- **1:** in un numero significativo di locali le utenze elettriche (PC, stampanti, ecc...) non sono correttamente collegate all'impianto dell'Edificio;
- **0:** nella quasi totalità dei locali le utenze elettriche (PC, stampanti, ecc...) non sono correttamente collegate all'impianto dell'Edificio oppure i cavi sono obsoleti, presentano difetti e causano rischio di inciampo.

Indicatore n. 2.14 (Gli **spazi dedicati ad ambienti di lavoro** (studi, uffici, aule, laboratori, ecc.) sono correttamente organizzati? Nota: postazioni VDT sono organizzate in modo adeguato (es.: materiali d'ufficio, taglierina, ecc...), accumuli di materiali cartacei, sovraffollamento dei locali, errato posizionamento di attrezzature, banchi e cappe nei laboratori, illuminazione e piano di lavoro):

- **3:** Tutti gli ambienti sono adeguati (spazi per persona sufficienti e corretto utilizzo e posizione degli arredi);
- **2:** La quasi totalità degli ambienti sono adeguati;
- **1:** La quasi totalità degli ambienti non sono adeguati;
- **0:** La quasi totalità degli ambienti non sono adeguati e sussistono significative carenze.

Indicatore n. 2.15 (Sono presenti fonti di pericolo derivanti da **arredi e/o arredi tecnici di laboratorio**? Nota: considerare assenza di collegamento a muro di scaffalature, armadi vetrine non a norma, spigoli vivi, ecc ...):

- **3:** Tutti gli arredi sono correttamente utilizzati, posizionati e ove necessario ancorati a muro;
- **2:** La quasi totalità degli arredi sono correttamente utilizzati, posizionati e ove necessario ancorati a muro (alcuni arredi presentano materiali a rischio caduta e vetri non di sicurezza);
- **1:** La quasi totalità degli arredi non sono correttamente utilizzati, posizionati o ove necessario ancorati a muro (molti arredi presentano materiali a rischio caduta e vetri non di sicurezza);
- **0:** La quasi totalità degli arredi non sono correttamente utilizzati, posizionati o ove necessario ancorati a muro e sussistono significativi elementi di rischio;

Indicatore n. 2.16 (I **magazzini ed archivi** a disposizione dell'Edificio sono organizzati e gestiti correttamente? Nota: verifica ordine, presenza scarti o rifiuti, segnaletica):

- **3:** i magazzini ed archivi sono correttamente suddivisi per categoria di prodotti, in ordine e la segnaletica è completa;
- **2:** i magazzini ed archivi sono correttamente suddivisi per categoria di prodotti, ma non risultano in ordine o la segnaletica è incompleta;
- **1:** i magazzini ed archivi non sono suddivisi per categoria di prodotti, non sono in ordine e la segnaletica è incompleta;
- **0:** i magazzini ed archivi costituiscono pericolo per la completa assenza di organizzazione e gestione.

Indicatore n. 2.17 (Esiste un **deposito** temporaneo per i **rifiuti speciali**? Nota: locale aerato interno o esterno non ad uso promiscuo - SG-01-06 Gestione rifiuti di laboratorio):

- **3:** Esiste un deposito temporaneo esterno o comunque con accesso diretto dall'esterno che ha caratteristiche idonee per i rifiuti stoccati (porte con aerazione, vasche di contenimento per sversamenti, separazione delle tipologie di rifiuti, etichettatura dei contenitori) e non ad uso promiscuo;
- **2:** Esiste un deposito temporaneo interno all'edificio privo di accesso diretto dall'esterno, ma dotato di tutte le caratteristiche idonee per i rifiuti stoccati (aerazione, vasche di contenimento per sversamenti, separazione delle tipologie di rifiuti, etichettatura dei contenitori) e non ad uso promiscuo;
- **1:** Esiste un deposito temporaneo ma è privo delle caratteristiche idonee per i rifiuti stoccati oppure è ad uso promiscuo;
- **0:** Il deposito temporaneo per i rifiuti speciali è necessario per il tipo di attività ma non presente, quindi i rifiuti sono temporaneamente conservati nei laboratori.

Indicatore n. 2.18 (La struttura smaltisce in modo corretto i **rifiuti speciali**? Nota: Registro carico e scarico, MUD, formulari e identificazione di un referente, è presente una procedura. Procedura SG-01-06):

- **3:** Sono presenti e correttamente compilati sia il Registro carico / scarico che il MUD, sono correttamente archiviati tutti i FIR ed è stato identificato un referente per la gestione dei rifiuti;
- **2:** È presente e correttamente compilato solo il Registro carico / scarico, il MUD, sono correttamente archiviati tutti i FIR ma non è stato identificato un referente per la gestione dei rifiuti;
- **1:** Il Registro carico / scarico o il MUD vengono compilati in modo saltuario e non regolare;
- **0:** I rifiuti speciali non sono gestiti.

Indicatore n. 2.19 (I **depositi reagenti** sono organizzati e gestiti correttamente? Nota: ordine, ventilazione, segnaletica presente, contenitori chiusi e separati per categoria, vaschette e/o bordi di contenimento.):

- **3:** i depositi sono esterni, ventilati, correttamente suddivisi per categoria di prodotti e la segnaletica è completa;
- **2:** i depositi sono interni, ventilati, i prodotti sono contenuti in armadi di sicurezza aspirati, correttamente suddivisi per categoria di prodotti e la segnaletica è completa;
- **1:** i depositi sono interni, ventilati, i prodotti non sono contenuti in armadi di sicurezza aspirati, non correttamente suddivisi per categoria di prodotti e la segnaletica è incompleta;
- **0:** i depositi reagenti costituiscono pericolo per la completa assenza di organizzazione e gestione oppure il deposito è necessario per il tipo di attività ma non presente.

Indicatore n. 2.20 (È presente, completa e aggiornata la **segnaletica** di sicurezza (es.: accesso ai laboratori, campimetria a terra)? Nota: considerare anche segnaletica non normata o standard - SG-01-01 Allegato 3 Segnaletica accesso laboratori):

- **3:** la segnaletica è presente e riporta indicazioni aggiornate relative a classificazione del laboratorio, pericoli presenti, modalità di accesso, DPI, persone di riferimento (RADRL, Tecnici);
- **2:** la segnaletica è presente e aggiornata ma da implementare;
- **1:** la segnaletica è presente ma non aggiornata e incompleta;
- **0:** la segnaletica non è presente.

Indicatore n. 2.21 (Sono presenti le procedure di lavoro che contemplano gli aspetti legati alla salute e sicurezza?):

- **3:** esistono procedure di sicurezza scritte e conservate in laboratorio per ognuna delle attività svolte con maggiore frequenza;
- **2:** esistono procedure di sicurezza scritte e conservate in laboratorio per alcune delle attività svolte con maggiore frequenza;
- **1:** la documentazione è parziale o non totalmente pertinente;
- **0:** l'utente non ha nessun documento sopra descritto e non conosce il tema della richiesta.

Indicatore n. 2.22 (Il RADRL svolge attività di **informazione e formazione integrativa e addestramento** sui rischi e sulle misure di sicurezza specifiche? Nota: procedura SG-01-01 - allegato 2):

- **3:** esiste documentazione scritta e correttamente firmata per lo svolgimento di attività di informazione e formazione integrativa e addestramento ed è correttamente compilato il Registro Presenze in Formazione Attività Specifica;
- **2:** esiste documentazione scritta e correttamente firmata per lo svolgimento di attività di informazione e formazione integrativa e addestramento ma il Registro Presenze in Formazione Attività Specifica non è presente o non correttamente compilato;
- **1:** Non è presente documentazione scritta, correttamente firmata e registrata ma si evince da altra documentazione che il RADRL svolga attività di formazione specifica previo primo accesso in laboratorio (es. mail di convocazione o comunicazione orario per attività di formazione specifica);
- **0:** Non viene svolta attività di formazione specifica.

Indicatore n. 2.23 (I RADRL svolgono alcune attività di valutazione dei rischi ad integrazione dei procedimenti generali svolti dall'Ateneo? Nota: Valutazione dei Rischi D.M. 363 per attività connesse a libertà di insegnamento e ricerca):

- **3:** Nel Dipartimento / Centro i RADRL in collaborazione con il SPP e MC svolgono attività di valutazione dei rischi ad integrazione dei procedimenti generali svolti dall'Ateneo;
- **2:** Il RADRL ha effettuato una valutazione ma senza produrre documentazione scritta, vi sono però chiare evidenze dell'effettuazione della valutazione e delle misure di sicurezza;
- **1:** Nel Dipartimento / Centro esistono dei regolamenti scritti e procedure per accesso e operatività nei laboratori in cui sono compresi gli aspetti di valutazione dei rischi e sicurezza;
- **0:** Esiste solo il DVR generale predisposto dal Magnifico Rettore redatto insieme al SPP e MC.

Indicatore n. 2.24 (Le **schede di sicurezza** (SDS) dei prodotti utilizzati sono **disponibili** in laboratorio? Nota: formato cartaceo o digitale):

- **3:** sono presenti le SDS aggiornate per ogni prodotto presente in laboratorio, archiviate in formato digitale o cartaceo facilmente consultabile e tutto il personale ne è a conoscenza;
- **2:** sono presenti le SDS aggiornate solo per alcuni prodotti presenti in laboratorio, archiviate in formato digitale o cartaceo facilmente consultabile e tutto il personale ne è a conoscenza;
- **1:** sono presenti le SDS aggiornate solo per alcuni prodotti presenti in laboratorio, archiviate in formato digitale o cartaceo ma difficilmente consultabili;
- **0:** assenza di SDS.

Indicatore n. 2.25 (**Lavaocchi e docce di emergenza** sono fruibili e ne viene verificata periodicamente la funzionalità?):

- **3:** esistono lavaocchi e docce di emergenza mantenute in ordine e accessibili, la segnaletica è presente e visibile e vengono eseguite verifiche e flussaggi periodici (ove necessari);
- **2:** esistono lavaocchi e docce di emergenza mantenute in ordine e accessibili, la segnaletica è parziale;
- **1:** esistono lavaocchi e docce di emergenza non mantenute in ordine o difficilmente accessibili e la segnaletica non è presente oppure i lavaocchi sono necessari per il tipo di attività ma non presenti;
- **0:** esistono lavaocchi e docce di emergenza non mantenute in ordine o difficilmente accessibili e totalmente occupate per stoccaggio di materiali diversi.

Indicatore n. 2.26 (I **DPI** presenti sono idonei e vengono utilizzati correttamente? Nota: verificare congruenza dei DPI con l'attività - procedura SG-01-07):

- **3:** i DPI sono adeguati rispetto all'attività e vengono utilizzati correttamente;
- **2:** i DPI sono adeguati rispetto all'attività ma con caratteristiche prestazionali migliorabili ovvero il loro utilizzo è da perfezionare;
- **1:** i DPI non sono adeguati rispetto all'attività, ovvero non sono conformi rispetto alle norme tecniche di riferimento;
- **0:** i DPI risultano in stato totalmente non idoneo, non sono presenti o vengono utilizzato in modo non opportuno.

Indicatore n. 2.27 (Le **cappe chimiche e biologiche** vengono sottoposte a verifiche periodiche per la misura della velocità dell'aria? Nota: almeno entro l'anno sostituzione filtri, misurazione della velocità del flusso laminare - Procedura SG-01-03):

- **3:** esiste evidenza scritta che le cappe vengono verificate con periodicità almeno annuale e ne vengono sostituiti i filtri quando necessario;
- **2:** Non tutte le cappe sono verificate con la corretta periodicità;
- **1:** La quasi totalità delle cappe non viene sottoposta a verifica periodica;
- **0:** Nessuna cappa è stata sottoposta a verifica periodica.

Indicatore n. 2.28 (Le **cappe chimiche e biologiche** vengono adoperate in modo opportuno? Es.: saliscendi abbassato, piano di lavoro in ordine, all'interno della cappa sono detenuti solo i prodotti chimici utilizzati durante il ciclo lavorativo, ecc... - Procedura SG-01-03):

- **3:** Tutte le cappe vengono utilizzate in modo opportuno;
- **2:** La quasi totalità delle cappe viene utilizzata in modo opportuno;
- **1:** La maggior parte delle cappe viene utilizzata in modo opportuno, ma vi sono alcune situazioni critiche (es.: alcune cappe completamente ingombre);
- **0:** La maggior parte delle cappe non viene utilizzata in modo opportuno.

Indicatore n. 2.29 (Lo stoccaggio dei reagenti in laboratorio è corretto e sono presenti ove necessario **armadi di sicurezza?**):

- **3:** i reagenti di laboratorio sono stoccati correttamente all'interno di armadi aspirati (UNI EN 14470-1:2005) connesso con impianto di estrazione, i frigoriferi sono idonei per lo stoccaggio;
- **2:** i reagenti di laboratorio sono stoccati all'interno di armadio aspirato non connesso con impianto di estrazione oppure non conforme a norme tecniche di riferimento, i frigoriferi non sono idonei per lo stoccaggio;
- **1:** i reagenti di laboratorio non sono stoccati all'interno di armadio aspirato, ma non vi sono situazioni critiche (bordi di contenimento, contenitori sigillati, ecc...);
- **0:** i reagenti di laboratorio sono detenuti all'interno del laboratorio senza alcun ordine.

Indicatore n. 2.30 (Le **bombole** di gas compressi sono correttamente posizionate nei **box bombole** e/o **depositi esterni** della struttura? Nota: ordine, cartelli identificativi nome del gas, bombole piene/vuote e compatibilità - procedura SG-01-04):

- **3:** Le bombole di gas compressi sono posizionate nei rispettivi box bombole o depositi, questi risultano ordinati, hanno cartelli identificativi aggiornati e le bombole sono distinte tra piene e vuote;
- **2:** La quasi totalità delle bombole di gas compressi sono posizionate nei rispettivi box bombole o depositi; alcune bombole, esclusivamente di gas inerti, sono posizionate all'interno dell'edificio e i box bombole sono in stato di parziale disordine (cartelli identificativi non aggiornati e/o le bombole non sono distinte tra piene e vuote);
- **1:** La quasi totalità delle bombole di gas compressi non sono posizionate nei rispettivi box bombole e i box bombole sono in stato di complessivo disordine (cartelli identificativi non aggiornati e/o le bombole non sono distinte tra piene e vuote);
- **0:** Le bombole di gas compressi non hanno una corretta e sicura collocazione e presentano diversi rischi per la salute e sicurezza (es.: presenza di bombole non correttamente vincolate a parete, gas infiammabili, gas tossici o nocivi).

Indicatore n. 2.31 (I **dewar** sono correttamente gestiti e posizionati? Nota: procedura SG-01-05):

- **3:** Tutti i dewar vengono gestiti in modo opportuno, non è presente più di un dewar per laboratorio e i depositi sono organizzati in locali ventilati o con rilevatore di minimo ossigeno;
- **2:** Tutti i dewar vengono gestiti in modo opportuno ma in alcuni laboratori è presente più di un dewar, i depositi sono organizzati in locali ventilati o con rilevatore di minimo ossigeno;
- **1:** Alcuni dewar vengono gestiti in modo non conforme, in alcuni laboratori è presente più di un dewar o la ventilazione dei depositi non è sufficiente;
- **0:** La gestione dei dewar crea significative situazioni di rischio.

Indicatore n. 2.32 (Sono presenti e integri tutti i **dispositivi di sicurezza** delle attrezzature di lavoro di laboratori ed officine? Es.: microinterruttore che ne impedisca l'avviamento, idoneità comandi avvio e arresto, corretta gestione di emissione gas e polveri, gestione vibrazioni e rumore, protezioni non manomesse, by-passate o alterate):

- **3:** I dispositivi di sicurezza delle attrezzature sono presenti, integri e mantenuti in buono stato;
- **2:** La quasi totalità dei dispositivi di sicurezza delle attrezzature sono presenti, integri e mantenuti in buono stato;



- **1:** La quasi totalità dei dispositivi di sicurezza delle attrezzature sono presenti, integri e mantenuti in buono stato, ma vi sono alcune criticità rilevanti;
- **0:** Sono presenti diverse criticità rilevanti.

Indicatore n. 2.33 (È presente la **marcatatura CE, Libretto di uso e manutenzione e Dichiarazione di conformità** delle attrezzature utilizzate?):

- **3:** marcatatura CE, Libretto di uso e manutenzione e Dichiarazione di conformità sono presenti e conservati in laboratorio in lingua italiana;
- **2:** marcatatura CE, Libretto di uso e manutenzione e Dichiarazione di conformità sono presenti ma difficilmente reperibili e in lingua italiana o inglese;
- **1:** non sono presenti i suddetti elementi, ma è presente una targhetta con i dati identificativi dell'attrezzatura con norme di indirizzo del costruttore, modello, matricola e anno di produzione;
- **0:** Le attrezzature sono completamente prive di qualsiasi documentazioni.

Indicatore n. 2.34 (Sono state eseguite e registrate le operazioni di **controllo e manutenzione** necessarie al funzionamento delle attrezzature?):

- **3:** esiste evidenza scritta che le attrezzature vengono sottoposte periodicamente a controllo e manutenzione;
- **2:** esiste evidenza scritta che la quasi totalità delle attrezzature vengano sottoposte periodicamente a controllo e manutenzione;
- **1:** esiste evidenza scritta che la quasi totalità delle attrezzature non vengono sottoposte periodicamente a controllo e manutenzione;
- **0:** Nessuna attrezzatura è stata sottoposta a verifica e manutenzione.

Indicatore n. 2.35 (Sono correttamente denunciate le attività che ricadono nel campo della **radioprotezione**):

- **3:** esiste evidenza scritta che tutte le attività che ricadono nel campo della radioprotezione vengono segnalate al Servizio di Fisica Sanitaria e che all'interno di tutti i laboratori sono seguite le istruzioni dell'Esperto qualificato (es.: segnaletica in ordine, DPI presenti, ecc...);
- **2:** vi sono marginali imperfezioni rispetto alla denuncia delle sorgenti e in merito all'attivazione delle misure previste dall'Esperto qualificato;
- **1:** vi sono evidenti lacune rispetto alla denuncia delle sorgenti e in merito all'attivazione delle misure previste dall'Esperto qualificato;
- **0:** Nessuna attività viene segnalata al Servizio di Fisica Sanitaria.

Indicatore n. 2.36 (Sono correttamente denunciate le attività di utilizzo dei **laser**):

- **3:** esiste evidenza scritta che tutte le attività di utilizzo dei laser vengono segnalate al Servizio di Fisica Sanitaria e all'interno di tutti i laboratori sono state seguite le istruzioni del Tecnico sicurezza laser (es.: segnaletica in ordine, DPI presenti, ecc...);
- **2:** vi sono marginali imperfezioni rispetto alla denuncia delle sorgenti laser e in merito all'attivazione delle misure previste dal Tecnico sicurezza laser;
- **1:** vi sono evidenti lacune rispetto alla denuncia delle sorgenti laser e in merito all'attivazione delle misure previste dal Tecnico sicurezza laser;
- **0:** Nessuna attività viene segnalata al Servizio di Fisica Sanitaria.

