

## VERBALE D'ISPEZIONE RM

ACCERTAMENTO ISPETTIVO EFFETTUATO PRESSO IL SITO DI RISONANZA MAGNETICA DELLA

STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_

CON SEDE A \_\_\_\_\_

Presidio RM **PUBBLICO** ☐ **PRIVATO CONVENZIONATO SSN** ☐ **SOLO PRIVATO** ☐

In data \_\_\_\_\_ questo Istituto ha esperito - ai sensi dell'art.7 del D.P.R. del 8/8/94 n° 542 - un sopralluogo di verifica presso la struttura in oggetto al fine di accertare la conformità dell'installazione e dell'uso di una apparecchiatura RM ivi installata agli standard di sicurezza.

**Apparecchiature diagnostiche:** Marca e modello (1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_

**Tecnologia Magneti:** **SUPERCONDUTTORE** ☐ ☐ ☐ ☐ **PERMANENTE** ☐ ☐ ☐ ☐**RESISTIVO** ☐ ☐ ☐ ☐ **ALTRO (\*)** ☐ ☐ ☐ ☐

(\*) Specificare.....

Data Installazione (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_

Data Inizio Attività (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_

Matricole (se possibile) (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_

Intensità di Campo Magnetico statico (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_

**VERIFICA DI PRIMA ISPEZIONE** ☐ ☐ ☐ ☐**VERIFICA SUCCESSIVA** ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4

1 2 3 4

**Ispettori INAIL presenti all'accertamento ispettivo:****Personale INAIL di Supporto Tecnico Scientifico:**

**Denominazione Struttura Sanitaria:** \_\_\_\_\_

Via/P.za/V.le \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**ASL competente per territorio:** \_\_\_\_\_

**Sede del Dipartimento della Prevenzione**

Via/P.za/V.le \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

|                                    | Personale presente                              | Qualifica / Ruolo/Ufficio |
|------------------------------------|---|---------------------------|
| <b>Per il Presidio<sup>1</sup></b> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |                           |
| <b>Per l'ASL</b>                   | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |                           |

<sup>1</sup> Individuare con (\*) colui/colei che firma "per ricezione" il presente verbale

## Legislazione di riferimento

1. D.M. del 29/11/85
2. D.M. del 2/8/91
3. D.M. del 3/8/93
4. D.P.R. n. 542/94
5. D.P.R. del 14/1/97
6. D.Lgs. n. 46/97
7. Indicazioni Operative ISPESL, [www.ispesl.it](http://www.ispesl.it) - 30/05/04
8. D.M. n. 37/08 come modificato dal D.M. 19/05/10
9. D.Lgs. n. 81/08
10. D. Lgs. 106/09
11. Indicazioni Operative INAIL, [www.inail.it](http://www.inail.it) - 10/09/15
12. Decreto Legislativo n. 159 del 01/08/16
13. Legge n. 160 del 07/08/16

## Norme di Buona Tecnica

Al fine di fornire un'indicazione pratica per l'utente, nella seguente tabella sono riportati i riferimenti per l'espletamento dei controlli periodici di qualità e sicurezza in RM.

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Parametri funzionali tomografo</b> | Norma CEI EN 60601-2-33 (2010)                              |
|                                       | Circolare Ministero della Sanità del 28/4/92                |
|                                       | Protocollo Eurospin   |
|                                       | Protocollo NEMA   |
|                                       | Protocollo AAPM   |
|                                       | Report AIFM n. 2, 2004                                      |
| <b>SAR</b>                            | Norma CEI EN 60601-2-33 (2016)                              |
| <b>Tubo di quench</b>                 | Direttiva 97/23/CE come emendata dalla direttiva 2014/68/UE |
| <b>Sensore ossigeno</b>               | Norma CEI EN 50104  |
| <b>Gabbia di Faraday</b>              | Norme MIL-STD-285   |
|                                       | Norme IEE-STD-299-1997                                      |

# ACCERTAMENTO ISPETTIVO

## SEZIONE **A** - FIGURE PROFESSIONALI INCARICATE

| Dati anagrafici dei Responsabili per la Sicurezza del sito RM |                |                            |          |     |
|---|----------------|----------------------------|----------|-----|
|   | Nome e Cognome | Qualifica/Specializzazione | Telefono | Fax |
| (1)MRS  |                |                            |          |     |
| (1) ERS   |                |                            |          |     |
| (2)MRS  |                |                            |          |     |
| (2)ERS  |                |                            |          |     |
| (3)MRS  |                |                            |          |     |
| (3)ERS  |                |                            |          |     |
| (4)MRS  |                |                            |          |     |
| (4)ERS  |                |                            |          |     |

Numero di Medici operanti in qualità di **MRP** (1) : \_\_\_\_ **MRP** (2) : \_\_\_\_ **MRP** (3): \_\_\_\_ **MRP** (4): \_\_\_\_

*Definizioni:*

**MRS**: Medico responsabile per la sicurezza **ERS**: Esperto responsabile della sicurezza

**MRP**: Medico responsabile della prestazione

## SEZIONE **B** - CARATTERISTICHE DEL SITO RM

### QUADRO 1 - Ricevimento del paziente S/N (SI/NO) I/O (IN/OUT)

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | Note | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|------|---|---|---|---|
| Segreteria/ Accettazione pazienti                                |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| WC deambulanti   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| WC disabili  |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| <b>Modalità di accettazione del paziente</b>                     |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Locale/ Area* di attesa <b>paz. deambulanti</b>                  |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Locale/ Area* di attesa per <b>paz. barellati</b>                |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| <b>Modalità di raccolta dei dati per l'anamnesi del paziente</b> |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| <b>Locale/Area*</b> dedicata ed identificata                     |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Possibilità di espletare visita medica                           |   |   |   |   |      | - | - | - | - |

\* Barrare l'opzione non pertinente.

**QUADRO 2 - Caratteristiche generali sito RM S/N**

I/O

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | Note | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|------|---|---|---|---|
| A sé stante / di transito per altri reparti*                     | - | - |   |   |      | - | - | - | - |
| <b>Ingresso controllato</b>                                      |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Accessi secondari dedicati al personale (n°: ____)               |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| <b>Cartellonistica</b> di rischio campi elettromagnetici         |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Copia affissa del regolamento di sicurezza                       |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Rivelatore mobile di metalli                                     |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Estintori amagnetici (n°: ____)                                  |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| <b>Modalità di preparazione del paziente</b>                     |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Locale/ Area* <b>spogliatoio</b> (n° spogliatoi: ____)           |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Cassetta porta oggetti personali                                 |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| <b>Locale/Area*</b> di preparazione dedicata                     |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Ottimizzazione nelle modalità di custodia farmaci                |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Dispositivi di protezione dal rumore                             |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Dispositivo acustico "emergenza paziente"                        |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| <b>Modalità di gestione delle emergenze mediche sul paziente</b> |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| <b>Locale/area*</b> di emergenza dedicata                        |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Ottimizzazione nella facilità d'accesso                          |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Barella amagnetica   |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Ottimizzazione nelle modalità di custodia farmaci                |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Possibilità di intervento "in tempo reale"                       |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| <b>Valutazioni sulle curve isomagnetiche</b>                     |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Segnalazione confini della zona controllata                      |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| Segnalazione (opzionale) della linea dei 200 mT                  |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| <b>Locali a campo B &gt; 5 G</b> esterni alla sala RM            |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| " " " " > 5 G esterni alla ZAC                                   |   |   |   |   |      | - | - | - | - |
| " " " " > 1 G esterni al presidio                                |   |   |   |   |      | - | - | - | - |

\* Barrare l'opzione non pertinente.

**QUADRO 3 - Zona Consolle**

S/N

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | Note |
|---|---|---|---|---|------|
| Identificazione <b>pulsante di quench</b>               |   |   |   |   |      |
| Identificazione <b>pulsante spegnimento elettronica</b> |   |   |   |   |      |
| Identificazione <b>pulsante ventilazione emergenza</b>  |   |   |   |   |      |
| <b>Sensore del termoigrometro</b> in sala RM            |   |   |   |   |      |
| Display del termoigrometro visibile/in consolle         |   |   |   |   |      |
| <b>Centralina ossigeno</b>                              |   |   |   |   |      |
| Visiva  |   |   |   |   |      |
| Interfono   |   |   |   |   |      |
| Telecamera  |   |   |   |   |      |

INAIL – Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale

Sezione tecnico scientifica di Supporto Tecnico al SSN in materia di Radiazioni (SSTR)

Responsabile SSTR: Dott. Francesco Campanella

Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze

tel. 0694181245 0694181328, fax 06 94181338, Via Fontana Candida, 1 – 00078 Monteporzio Catone (RM)

**QUADRO 4 - Sala Magnete**

S/N

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | Note |
|--|---|---|---|---|------|
| Accesso controllato e regolamentato  |   |   |   |   |      |
| Buona condizione della porta di accesso (fingers)  |   |   |   |   |      |
| Pulsante di quench   |   |   |   |   |      |
| Sensore O <sub>2</sub> - posizionamento corretto   |   |   |   |   |      |
| Presenza impianto di ventilazione "normale"  |   |   |   |   |      |
| Presenza impianto di ventilazione "d'emergenza"  |   |   |   |   |      |
| Canalizzazione dedicata alla ripresa "di emergenza" e allocata sulla "testa" del tomografo |   |   |   |   |      |
| Ottimizzazione delle caratteristiche di sicurezza per l'uscita del tubo di quench          |   |   |   |   |      |

**QUADRO 5 - Locali di supporto del sito RM**

S/N

I/O

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | Note | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|
| Locale tecnico RM - rispetto delle disposizioni previste ai sensi del D.Lgs. n. 81/08 |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Locale Archivio   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Locale Refertazione   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |
| Altro:  |   |   |   |   |      |   |   |   |   |

**SEZIONE C - PROCEDURE OPERATIVE**

Numero massimo di pazienti che possono essere contemporaneamente presenti all'interno del sito RM sulla base della sua strutturazione : \_\_\_\_\_

**Legenda:** [S=SI]: in caso di procedura già formalizzata dal presidio prima dell'ispezione

[N=NO]: in caso di procedura mai formalizzata dal presidio prima dell'ispezione, e che si ritiene debba essere oggetto di prescrizione\*

[NN]: in caso di procedura *Non Necessaria*

**Note\*:** da riempire, qualora la procedura divenga oggetto di prescrizione, con il termine entro il quale ottemperare

S/N/NN

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | Note |
|---|---|---|---|---|------|
| Procedura di gestione di più pazienti in reparto        |   |   |   |   |      |
| Procedura di gestione dei <b>pazienti barellati</b>     |   |   |   |   |      |
| Procedura per l'effettuazione dell' <b>anamnesi</b>     |   |   |   |   |      |
| Procedura per l'effettuazione della <b>preparazione</b> |   |   |   |   |      |

**Altre eventuali:**

**INAIL** - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale

**Sezione tecnico scientifica di Supporto Tecnico al SSN in materia di Radiazioni (SSTR)**

**Responsabile SSTR: Dott. Francesco Campanella**

Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze

tel. 0694181245 0694181328, fax 06 94181338, Via Fontana Candida, 1 - 00078 Monteporzio Catone (RM)

**SEZIONE D - DOCUMENTAZIONE**

| <i>Predisposto:</i>             | <i>SI</i> | <i>NO</i> | <i>Data di emissione</i> |
|---------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| <b>Regolamento di SICUREZZA</b> |           |           |                          |

**QUADRO 1 - Informazioni generali contenute nel Regolamento di Sicurezza**

|  | <i>SI</i> | <i>NO</i> | <i>Note</i> |
|--|-----------|-----------|-------------|
| Rispondenza alle valutazioni di cui al disposto contenuto nell' art. 1 lett. h del D.Lgs. 159/16 |           |           |             |
| Allineamento alle Indicazioni Operative INAIL 2016   |           |           |             |

**QUADRO 2 - Norme specifiche contenute nel Regolamento di Sicurezza**

*Legenda:* [Si]: da spuntare qualora il documento risulti effettivamente presente agli atti del Presidio  
[Esp]: da spuntare qualora il documento risulti esposto nel reparto RM

|  | <i>SI</i> | <i>NO</i> | <i>Esp</i> | <i>Note</i> |
|--|-----------|-----------|------------|-------------|
| <b>Misure di sicurezza</b>                         |           |           |            |             |
| per i pazienti                                     |           |           |            |             |
| per i lavoratori                                   |           |           |            |             |
| per i volontari/visitatori/accompagnatori          |           |           |            |             |
| per il personale delle pulizie                     |           |           |            |             |
| per il personale addetto al refilling dell'He      |           |           |            |             |
| per le emergenze                                   |           |           |            |             |
| <b>Estratto breve delle procedure di emergenza</b> |           |           |            |             |

**QUADRO 3 - Documentazione Amministrativa**

*Legenda:* [SI]: da spuntare in caso di atto già trasmesso all'INAIL o all'ISPESL  
[NO]: da spuntare in caso di atto non ancora trasmesso all'INAIL o all'ISPESL  
*Note:* da riempire in caso di prescrizioni o di acquisizione in sede di ispezione

|   | <i>SI</i> | <i>NO</i> | <i>Note</i> |
|---|-----------|-----------|-------------|
| Data di inizio attività diagnostica                     |           |           |             |
| Lettera di accettazione MRS con CV                      |           |           |             |
| Lettera di accettazione ERS con CV                      |           |           |             |
| Richiesta di deroga ai sensi art. 1.h del D.lgs. 159/16 |           |           |             |

**QUADRO 4 - Documentazione Medica**

*Legenda:* [SI]: da spuntare in caso di atto già trasmesso all'INAIL o all'ISPESL, o comunque formalmente acquisito nel corso dell' ispezione  
[NO]: da spuntare in caso di atto da acquisire successivamente all'ispezione

|                                 | <i>Conforme</i> | <i>Non conforme</i> | <i>Note</i> |
|---------------------------------|-----------------|---------------------|-------------|
| Questionario anamnestico        |                 |                     |             |
| Consenso informato del paziente |                 |                     |             |

**INAIL** – Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale

**Sezione tecnico scientifica di Supporto Tecnico al SSN in materia di Radiazioni (SSTR)**

**Responsabile SSTR: Dott. Francesco Campanella**

Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze

tel. 0694181245 0694181328, fax 06 94181338, Via Fontana Candida, 1 – 00078 Monteporzio Catone (RM)

**QUADRO 5 – Documentazione Tecnica (RM 1)**

**N.B. La presente Sezione di riferisce alla documentazione già trasmessa all'INAIL o all'ISPESL all'atto della "Comunicazione di avvenuta installazione" o acquisita nel corso dell'accertamento ispettivo**

*Legenda:* [SI]: da spuntare in caso di documento già trasmesso all'INAIL o all'ISPESL o comunque formalmente acquisito nel corso dell'accertamento ispettivo

[NO]: da spuntare in caso di documento mai trasmesso all'INAIL o all'ISPESL(\*), o trasmesso in forma non aggiornata, o comunque non acquisito, ed il cui invio è oggetto di specifica prescrizione

*Note (\*)* : indicare:

- entro quale DATA il presidio deve inviare all'INAIL o all'ISPESL il documento mancante,
- se il documento medesimo – pur non inviato – è comunque agli atti del presidio (verifica da espletare nel corso dell'accertamento ispettivo), ed in caso affermativo riportare la dicitura : "PRESENTE"

|  | SI | NO | Note |
|--|----|----|------|
| <b>Planimetria sito RM</b>   |    |    |      |
| <b>Curve isomagnetiche</b>   |    |    |      |
| Teoriche   |    |    |      |
| Sperimentali   |    |    |      |
| <b>Collaudo del tomografo ( cfr. Sezione G, Quadro 1)</b>                |    |    |      |
| Test di accettazione   |    |    |      |
| <b>Gabbia di Faraday (cfr. Sezione G, Quadro 2)</b>                      |    |    |      |
| Collaudo schermatura   |    |    |      |
| <b>Impianto di ventilazione (cfr. Sezione H, Quadro 1)</b>               |    |    |      |
| Schema dell'impianto   |    |    |      |
| Rapporto di collaudo   |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
| <b>Sistema di monitoraggio dell'ossigeno (cfr. Sezione H, Quadro 2)</b>  |    |    |      |
| Caratteristiche e rapporto di collaudo                                   |    |    |      |
| Certificato di taratura della cella al collaudo                          |    |    |      |
| <b>Tubo di quench</b>  |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
|  |    |    |      |
| <b>Valutazioni tecniche di cui all'art.1 lettera h del D.Lgs. 159/16</b> |    |    |      |



**QUADRO 5 – Documentazione Tecnica (RM 2)**

**N.B. La presente Sezione di riferisce alla documentazione già trasmessa all'INAIL o all'ISPESL all'atto della "Comunicazione di avvenuta installazione" o acquisita nel corso dell'accertamento ispettivo**

*Legenda:* [SI]: da spuntare in caso di documento già trasmesso all'INAIL o all'ISPESL o comunque formalmente acquisito nel corso dell'accertamento ispettivo

[NO]: da spuntare in caso di documento mai trasmesso all'INAIL o all'ISPESL(\*), o trasmesso in forma non aggiornata, o comunque non acquisito, ed il cui invio è oggetto di specifica prescrizione

*Note (\*)* : indicare:

- o entro quale DATA il presidio deve inviare all'INAIL o all'ISPESL il documento mancante,
- o se il documento medesimo – pur non inviato – è comunque agli atti del presidio (verifica da espletare nel corso dell'accertamento ispettivo), ed in caso affermativo riportare la dicitura : "PRESENTE"

|  | SI | NO | Note |
|--|----|----|------|
| <b>Planimetria sito RM</b>   |    |    |      |
| <b>Curve isomagnetiche</b>   |    |    |      |
| Teoriche   |    |    |      |
| Sperimentali   |    |    |      |
| <b>Collaudo del tomografo ( cfr. Sezione G, Quadro 1)</b>                |    |    |      |
| Test di accettazione   |    |    |      |
| <b>Gabbia di Faraday (cfr. Sezione G, Quadro 2)</b>                      |    |    |      |
| Collaudo schermatura   |    |    |      |
| <b>Impianto di ventilazione (cfr. Sezione H, Quadro 1)</b>               |    |    |      |
| Schema dell'impianto   |    |    |      |
| Rapporto di collaudo   |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
| <b>Sistema di monitoraggio dell'ossigeno (cfr. Sezione H, Quadro 2)</b>  |    |    |      |
| Caratteristiche e rapporto di collaudo                                   |    |    |      |
| Certificato di taratura della cella al collaudo                          |    |    |      |
| <b>Tubo di quench</b>  |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
|  |    |    |      |
| <b>Valutazioni tecniche di cui all'art.1 lettera h del D.Lgs. 159/16</b> |    |    |      |

**QUADRO 5 – Documentazione Tecnica (RM 3)**

**N.B. La presente Sezione di riferisce alla documentazione già trasmessa all'INAIL o all'ISPESL all'atto della "Comunicazione di avvenuta installazione" o acquisita nel corso dell'accertamento ispettivo**

*Legenda:* [SI]: da spuntare in caso di documento già trasmesso all'INAIL o all'ISPESL o comunque formalmente acquisito nel corso dell'accertamento ispettivo

[NO]: da spuntare in caso di documento mai trasmesso all'INAIL o all'ISPESL(\*), o trasmesso in forma non aggiornata, o comunque non acquisito, ed il cui invio è oggetto di specifica prescrizione

*Note (\*)* : indicare:

- o entro quale DATA il presidio deve inviare all'INAIL o all'ISPESL il documento mancante,
- o se il documento medesimo – pur non inviato – è comunque agli atti del presidio (verifica da espletare nel corso dell'accertamento ispettivo), ed in caso affermativo riportare la dicitura : "PRESENTE"

|  | SI | NO | Note |
|--|----|----|------|
| <b>Planimetria sito RM</b>   |    |    |      |
| <b>Curve isomagnetiche</b>   |    |    |      |
| Teoriche   |    |    |      |
| Sperimentali   |    |    |      |
| <b>Collaudo del tomografo ( cfr. Sezione G, Quadro 1)</b>                |    |    |      |
| Test di accettazione   |    |    |      |
| <b>Gabbia di Faraday (cfr. Sezione G, Quadro 2)</b>                      |    |    |      |
| Collaudo schermatura   |    |    |      |
| <b>Impianto di ventilazione (cfr. Sezione H, Quadro 1)</b>               |    |    |      |
| Schema dell'impianto   |    |    |      |
| Rapporto di collaudo   |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
| <b>Sistema di monitoraggio dell'ossigeno (cfr. Sezione H, Quadro 2)</b>  |    |    |      |
| Caratteristiche e rapporto di collaudo                                   |    |    |      |
| Certificato di <b>taratura</b> della cella al collaudo                   |    |    |      |
| <b>Tubo di quench</b>  |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
|  |    |    |      |
| <b>Valutazioni tecniche di cui all'art.1 lettera h del D.Lgs. 159/16</b> |    |    |      |

**QUADRO 5 – Documentazione Tecnica (RM 4)**

**N.B. La presente Sezione di riferisce alla documentazione già trasmessa all'INAIL o all'ISPESL all'atto della "Comunicazione di avvenuta installazione" o acquisita nel corso dell'accertamento ispettivo**

*Legenda:* [SI]: da spuntare in caso di documento già trasmesso all'INAIL o all'ISPESL o comunque formalmente acquisito nel corso dell'accertamento ispettivo

[NO]: da spuntare in caso di documento mai trasmesso all'INAIL o all'ISPESL(\*), o trasmesso in forma non aggiornata, o comunque non acquisito, ed il cui invio è oggetto di specifica prescrizione

*Note (\*)* : indicare:

- o entro quale DATA il presidio deve inviare all'INAIL o all'ISPESL il documento mancante,
- o se il documento medesimo – pur non inviato – è comunque agli atti del presidio (verifica da espletare nel corso dell'accertamento ispettivo), ed in caso affermativo riportare la dicitura : "PRESENTE"

|  | SI | NO | Note |
|--|----|----|------|
| <b>Planimetria sito RM</b>   |    |    |      |
| <b>Curve isomagnetiche</b>   |    |    |      |
| Teoriche   |    |    |      |
| Sperimentali   |    |    |      |
| <b>Collaudo del tomografo ( cfr. Sezione G, Quadro 1)</b>                |    |    |      |
| Test di accettazione   |    |    |      |
| <b>Gabbia di Faraday (cfr. Sezione G, Quadro 2)</b>                      |    |    |      |
| Collaudo schermatura   |    |    |      |
| <b>Impianto di ventilazione (cfr. Sezione H, Quadro 1)</b>               |    |    |      |
| Schema dell'impianto   |    |    |      |
| Rapporto di collaudo   |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
| <b>Sistema di monitoraggio dell'ossigeno (cfr. Sezione H, Quadro 2)</b>  |    |    |      |
| Caratteristiche e rapporto di collaudo                                   |    |    |      |
| Certificato di taratura della cella al collaudo                          |    |    |      |
| <b>Tubo di quench</b>  |    |    |      |
| Certificazione di conformità ai sensi del D.M. n. 37/2008 e s.m.i.       |    |    |      |
|  |    |    |      |
| <b>Valutazioni tecniche di cui all'art.1 lettera h del D.Lgs. 159/16</b> |    |    |      |

# CONTROLLI PERIODICI DI SICUREZZA E QUALITÀ

## SEZIONE E - SORVEGLIANZA FISICA

|             | 1 anno | 6 mesi | 4 mesi | 3 mesi | 2 mesi | 1 mese |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Periodicità |        |        |        |        |        |        |

|                            | Attuata: | SI | NO | Data ultimo evento |
|----------------------------|----------|----|----|--------------------|
| Formazione ed Informazione |          |    |    |                    |
|                            |          |    |    |                    |

| Modalità di attuazione | corsi periodici | corsi una tantum | seminari una tantum | dispense |
|------------------------|-----------------|------------------|---------------------|----------|
|                        |                 |                  |                     |          |

Note: \_\_\_\_\_

Legenda: [Esp]: da spuntare qualora il documento risulti esposto nel sito RM - Nelle "Note" se ne specifichi l'ubicazione

|  | Predisposto: | SI | NO | Esp | Note |
|--|--------------|----|----|-----|------|
| Elenco del Personale autorizzato all'accesso nella ZAC |              |    |    |     |      |

Legenda:[RS]: da spuntare qualora le medesime siano state esplicitamente inserite nel Regolamento di Sicurezza

|  | Fornite in sede di formazione/informazione dall'E.R.: | SI | NO | RdS | Note |
|--|---|----|----|-----|------|
| Indicazioni operative al personale per la minimizzazione del rischio di esposizione professionale valutato sulla base del D.Lgs. 159/16, eventualmente integrato sulla base di quanto già previsto dal D.M. 2/8/1991 |   |    |    |     |      |

## SEZIONE F - SORVEGLIANZA MEDICA

Legenda: Note, indicare se l'idoneità è stata rilasciata dal Medico Competente o dal Medico Autorizzato

|             | 1 anno | 6 mesi | altro | Note  |
|-------------|--------|--------|-------|---|
| Periodicità |        |        |       | a cura del<br><input type="checkbox"/> Medico Competente Dott.....<br><input type="checkbox"/> Medico Autorizzato Dott..... |

|   | Espressa: | SI | NO | Note |
|---|-----------|----|----|------|
| Protocollo di sorveglianza sanitaria ed idoneità specifica all'attività in RM |           |    |    |      |

**SEZIONE G - CONTROLLI E VERIFICHE DI QUALITÀ - RM 1****QUADRO 1 - Tomografo RM**☐ Espletati☐ Non espletati

Data Test di Accettazione: \_\_\_\_\_

|   | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|---|-------------|--------------|
| Ultimo "controllo di qualità" espletato dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Gabbia di Faraday**☐ Espletati☐ Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|  | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|--|-------------|--------------|
| Ultima "verifica" effettuata dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

**SEZIONE H - CONTROLLI DI SICUREZZA SU IMPIANTI ACCESSORI****QUADRO 1 - Impianto di ventilazione in sala RM**☐ Espletati☐ Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|                                       | Data | Esito |
|---------------------------------------|------|-------|
| Ultimo controllo effettuato dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

Ricambi d'aria in sala RM [volumi/ora]

da collaudo ☐ dal controllo del \_\_\_\_\_ ☐Condizioni d'esercizio **normali**Condizioni d'esercizio in **emergenza**
☐  
☐

tali da garantire  
tali da garantire

 $\Delta p > 0$   
☐  
☐
 $\Delta p < 0$   
☐  
☐

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Sistema di monitoraggio dell'ossigeno**☐ Espletati☐ Non espletati

|                    | Dati "iniziali" sulla cella elettrolitica installata |
|--------------------|--|
| Data installazione |  |
| Tempo di vita      |  |

Data ultima sostituzione cella: \_\_\_\_\_

Data ultima taratura cella: \_\_\_\_\_

|   | Data | Esito |
|---|------|-------|
| Ultima Verifica di Funzionamento effettuata dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

|                      | Dichiarata dall'E.R. | Rilevata in ispezione |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Soglia di Preallarme | %                    | %                     |
| Soglia di Allarme    | %                    | %                     |

| Indicazioni INAIL | Prossima Verifica | Periodicità |  | Prossima Taratura | Periodicità |
|-------------------|-------------------|-------------|--|-------------------|-------------|
|                   |                   |             |  |                   |             |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale

Sezione tecnico scientifica di Supporto Tecnico al SSN in materia di Radiazioni (SSTR)

Responsabile SSTR: Dott. Francesco Campanella

Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze

tel. 0694181245 0694181328, fax 06 94181338, Via Fontana Candida, 1 - 00078 Monteporzio Catone (RM)

**SEZIONE G - CONTROLLI E VERIFICHE DI QUALITÀ - RM 2**

**QUADRO 1 - Tomografo RM**

☐ Espletati

☐ Non espletati

Data Test di Accettazione: \_\_\_\_\_

|   | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|---|-------------|--------------|
| Ultimo "controllo di qualità" espletato dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

|  |
|--|
|  |
|  |

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Gabbia di Faraday**

☐ Espletati

☐ Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|  | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|--|-------------|--------------|
| Ultima "verifica" effettuata dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

|  |
|--|
|  |
|  |

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

**SEZIONE H - CONTROLLI DI SICUREZZA SU IMPIANTI ACCESSORI****QUADRO 1 - Impianto di ventilazione in sala RM**☐ Espletati☐ Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|                                       | Data | Esito |
|---------------------------------------|------|-------|
| Ultimo controllo effettuato dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

Ricambi d'aria in sala RM [volumi/ora]

da collaudo ☐ dal controllo del \_\_\_\_\_ ☐Condizioni d'esercizio **normali**Condizioni d'esercizio in **emergenza**
☐  
☐

tali da garantire  
tali da garantire

 $\Delta p > 0$   
☐  
☐
 $\Delta p < 0$   
☐  
☐

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Sistema di monitoraggio dell'ossigeno**☐ Espletati☐ Non espletati

|                    | Dati "iniziali" sulla cella elettrolitica installata |
|--------------------|--|
| Data installazione |  |
| Tempo di vita      |  |

Data ultima sostituzione cella: \_\_\_\_\_

Data ultima taratura cella: \_\_\_\_\_

|   | Data | Esito |
|---|------|-------|
| Ultima Verifica di Funzionamento effettuata dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

Soglia di Preallarme  
Soglia di Allarme

Dichiarata dall'E.R.

Rilevata in ispezione

|   |   |
|---|---|
| % | % |
| % | % |

| Indicazioni INAIL | Prossima Verifica | Periodicità |  | Prossima Taratura | Periodicità |
|-------------------|-------------------|-------------|--|-------------------|-------------|
|                   |                   |             |  |                   |             |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97



**SEZIONE G - CONTROLLI E VERIFICHE DI QUALITÀ - RM 3**

**QUADRO 1 - Tomografo RM**

☐ Espletati

☐ Non espletati

Data Test di Accettazione: \_\_\_\_\_

|   | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|---|-------------|--------------|
| Ultimo "controllo di qualità" espletato dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

|  |
|--|
|  |
|  |

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Gabbia di Faraday**

☐ Espletati

☐ Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|  | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|--|-------------|--------------|
| Ultima "verifica" effettuata dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

|  |
|--|
|  |
|  |

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

**SEZIONE H - CONTROLLI DI SICUREZZA SU IMPIANTI ACCESSORI****QUADRO 1 - Impianto di ventilazione in sala RM**☐ Espletati☐ Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|                                       | Data | Esito |
|---------------------------------------|------|-------|
| Ultimo controllo effettuato dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

Ricambi d'aria in sala RM [volumi/ora]

da collaudo ☐ dal controllo del \_\_\_\_\_ ☐Condizioni d'esercizio **normali**Condizioni d'esercizio in **emergenza**
☐  
☐

tali da garantire

tali da garantire

 $\Delta p > 0$  $\Delta p < 0$ 
☐  
☐
☐  
☐

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Sistema di monitoraggio dell'ossigeno**☐ Espletati☐ Non espletati

|                    | Dati "iniziali" sulla cella elettrolitica installata |
|--------------------|--|
| Data installazione |  |
| Tempo di vita      |  |

Data ultima sostituzione cella: \_\_\_\_\_

Data ultima taratura cella: \_\_\_\_\_

|   | Data | Esito |
|---|------|-------|
| Ultima Verifica di Funzionamento effettuata dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐  
☐

Soglia di Preallarme

Soglia di Allarme

Dichiarata dall'E.R.

Rilevata in ispezione

|   |   |
|---|---|
| % | % |
| % | % |

| Indicazioni INAIL | Prossima Verifica | Periodicità | Prossima Taratura | Periodicità |
|-------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
|                   |                   |             |                   |             |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale

Sezione tecnico scientifica di Supporto Tecnico al SSN in materia di Radiazioni (SSTR)

Responsabile SSTR: Dott. Francesco Campanella

Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze

tel. 0694181245 0694181328, fax 06 94181338, Via Fontana Candida, 1 - 00078 Monteporzio Catone (RM)

**SEZIONE G - CONTROLLI E VERIFICHE DI QUALITÀ - RM 4**

**QUADRO 1 - Tomografo RM**

☐ Espletati

☐ Non espletati

Data Test di Accettazione: \_\_\_\_\_

|   | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|---|-------------|--------------|
| Ultimo "controllo di qualità" espletato dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

|  |
|--|
|  |
|  |

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Gabbia di Faraday**

☐ Espletati

☐ Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|  | <i>Data</i> | <i>Esito</i> |
|--|-------------|--------------|
| Ultima "verifica" effettuata dall'E.R. |             |              |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

|  |
|--|
|  |
|  |

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

**SEZIONE H - CONTROLLI DI SICUREZZA SU IMPIANTI ACCESSORI****QUADRO 1 - Impianto di ventilazione in sala RM**☐

Espletati

☐

Non espletati

Data Collaudo: \_\_\_\_\_

|                                       | Data | Esito |
|---------------------------------------|------|-------|
| Ultimo controllo effettuato dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐

Ricambi d'aria in sala RM [volumi/ora]

da collaudo ☐dal controllo del \_\_\_\_\_ ☐Condizioni d'esercizio **normali**Condizioni d'esercizio in **emergenza**☐

tali da garantire  
tali da garantire

$\Delta p > 0$

☐

$\Delta p < 0$

☐

| Indicazioni INAIL | Prossimo controllo | Periodicità controlli |
|-------------------|--------------------|-----------------------|
|                   |                    |                       |

**QUADRO 2 - Sistema di monitoraggio dell'ossigeno**☐

Espletati

☐

Non espletati

|                    | Dati "iniziali" sulla cella elettrolitica installata |
|--------------------|--|
| Data installazione |  |
| Tempo di vita      |  |

Data ultima sostituzione cella: \_\_\_\_\_

Data ultima taratura cella: \_\_\_\_\_

|   | Data | Esito |
|---|------|-------|
| Ultima Verifica di Funzionamento effettuata dall'E.R. |      |       |

da solo  
avvalendosi di un organismo notificato \*

☐

|                      | Dichiarata dall'E.R. | Rilevata in ispezione |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Soglia di Preallarme | %                    | %                     |
| Soglia di Allarme    | %                    | %                     |

| Indicazioni INAIL | Prossima Verifica | Periodicità |  | Prossima Taratura | Periodicità |
|-------------------|-------------------|-------------|--|-------------------|-------------|
|                   |                   |             |  |                   |             |

\* ai sensi dell'Allegato 11 al D. Lgs. 46/97

INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale

Sezione tecnico scientifica di Supporto Tecnico al SSN in materia di Radiazioni (SSTR)

Responsabile SSTR: Dott. Francesco Campanella

Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze

tel. 0694181245 0694181328, fax 06 94181338, Via Fontana Candida, 1 - 00078 Monteporzio Catone (RM)

## ESITO DEL PROCESSO ISPETTIVO

### SEZIONE I - CONCLUSIONI

Per quanto di competenza esaminato ed accertato, alla luce dei contenuti di cui:

- agli standard di sicurezza vigenti in Risonanza Magnetica di cui all'art. 2 del D.P.R. 542/94, ovvero gli allegati 1 e 4 del DM 2.8.91 e gli allegati A e B del DM 3.8.93;
- alla Circolare del già Ministero della Sanità, Direzione Generale degli Ospedali, Divisione II, del 28 aprile 1992 che recita: *"Nel sottolineare come i controlli, sia fisici sia medici, previsti dal D.M. 2/8/91 siano indispensabili per la sicurezza dei lavoratori, si ritiene che una pianificazione **corretta** di detti controlli ed il relativo espletamento periodico possa essere di **supporto**, anche per gli **Organi preposti**, nella **valutazione dei requisiti necessari a soddisfare eventuali richieste** (convenzionamento, ampliamento di reparti, ecc...)"*,

*viste le risultanze dei controlli esperiti,*

si ritiene che il presidio ispezionato:

- ☐ *rispetti i requisiti minimi degli standard di sicurezza vigenti, di cui all'art. 2 del D.P.R. 542/94, ed abbia le caratteristiche di cui alla circolare ministeriale 28 Aprile 1992 sopra richiamata*

**Presidio Pienamente CONFORME (\*)**

RM 1 ☐ RM 2 ☐ RM 3 ☐ RM 4 ☐

**Presidio CONFORME con richiesta di ottimizzazioni (\*\*) - cfr. Sezione L, Quadro 1**

RM 1 ☐ RM 2 ☐ RM 3 ☐ RM 4 ☐

- ☐ *non rispetti i requisiti minimi previsti dagli standard di sicurezza di cui all'art. 2 del D.P.R. 542/94,*

*l'attività diagnostica non può continuare*

RM 1 ☐ RM 2 ☐ RM 3 ☐ RM 4 ☐

**Presidio NON CONFORME -cfr. Sezione L, Quadro 2: SOSPENSIONE ATTIVITA' PER (\*\*\*)**

- 1. autodeterminazione della struttura sanitaria** ☐
- 2. determinazione dell'ASL territorialmente competente** ☐
- 3. richiesto intervento del competente Comando dei Carabinieri per la tutela della Salute** ☐

(\*) Ai sensi di quanto previsto nell'art. 3.1.2 caso 1), (\*\*) caso 2), (\*\*\*) caso 3) con gradi di intervento 1<sup>^</sup>, 2<sup>^</sup>, 3<sup>^</sup> dal regolamento ISPESL in allegato al Decreto 6 Aprile 2009 - pubblicato in G.U. - Serie Generale n. 102 del 05.05.2009.

L'INAIL, avendo provveduto a verificare la conformità del presidio alle indicazioni contenute negli standard di sicurezza di cui all'articolo 2 del DPR 542/94, ritengono che, al fine di **ottimizzare** le condizioni di sicurezza all'interno del medesimo, il datore di lavoro debba mettere in atto gli interventi correttivi di seguito riportati,

- Indicazioni di ottimizzazione finalizzate alla piena conformità del sito RM ai disposti di legge vigenti - ai sensi di quanto previsto dall'art. 3.1.2 - caso 2) del Regolamento di cui all'Allegato 1 del Decreto ISPESL 6.4.2009.



*entro e non oltre \_\_\_\_\_ giorni dal rilascio del presente verbale*

A large, faint, dotted outline of the word "WAVE" is centered on a background of horizontal lines. The letters are designed for tracing practice. The 'W' is formed by four connected strokes, the 'A' by three, the 'V' by two, and the 'E' by three. The entire word is rendered in a light gray, dotted font.





A large, faint, dotted outline of the word "WAVE" is centered on a sheet of lined paper. The letters are designed for tracing practice. The paper has horizontal blue lines and a vertical red margin line on the left side.

**QUADRO 2 - Presidio NON CONFORME****○ Sospensione dell'attività diagnostica per AUTODETERMINAZIONE della struttura sanitaria**

L'INAIL, avendo provveduto a verificare la conformità del presidio alle indicazioni contenute negli standard di sicurezza di cui all'articolo 2 del DPR 542/94, **prende atto** della nota (cfr. allegato) con la quale il Medico Responsabile e/o l'Esperto Responsabile e/o altro di competenza.....per la sicurezza del sito RM prescrive/prescrivono la sospensione dell'attività diagnostica, al fine di ripristinare i requisiti minimi previsti per l'osservanza degli standard di sicurezza - *ai sensi di quanto previsto dall'art. 3.1.2 caso 3) - grado di intervento 1<sup>a</sup> del Regolamento di cui all'Allegato 1 del Decreto ISPESL 6.4.2009.*

Fermo restando l'ottemperanza agli atti che verranno - se del caso - formalmente disposti dalla Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente in merito a quanto emerso nel corso del sopralluogo così come riportato nel presente verbale, si ritiene che per la riattivazione dell'attività diagnostica si dovrà dare pedissequo riscontro a quanto evidenziato nel presente **Quadro 2**, che attiene in modo specifico alle gravi mancanze in termini di sicurezza evidenziate, con tempestiva comunicazione degli interventi effettuati, documentati e corredati del benestare dell'Esperto Responsabile, sia all'INAIL e all'ASL. (Fax INAIL 06.94181439 - 437)

Si rappresenta inoltre che, per quanto attiene il superamento delle altre carenze riscontrate, al fine di una opportuna ottimizzazione delle condizioni di sicurezza presenti all'interno del sito esaminato, il datore di lavoro è tenuto altresì a mettere in atto - nei termini specificati - **gli interventi correttivi di cui al Quadro 1**. L'INAIL si riserva di effettuare eventuale sopralluogo di verifica.

**○ Sospensione dell'attività diagnostica per DETERMINAZIONE dell'ASL territorialmente competente**

L'INAIL, avendo provveduto a verificare la conformità del presidio alle indicazioni contenute negli standard di sicurezza di cui all'articolo 2 del DPR 542/94, **prende atto della sospensione dell'attività diagnostica intervenuta per determinazione dell'ASL territorialmente competente, ai sensi di quanto previsto dall'art. 3.1.2 caso 3), grado di intervento 2<sup>a</sup> del Regolamento di cui all'Allegato 1 del Decreto ISPESL 6.4.2009**, della quale si acquisisce copia degli atti che diventano parte integrante del presente verbale. L'attività potrà essere ripresa a seguito di nuova determinazione dell'ASL dopo il ripristino dei requisiti minimi previsti per l'osservanza degli standard di sicurezza nel presente **Quadro 2**, che attiene in modo specifico alle gravi mancanze in termini di sicurezza evidenziate.

Per quanto esaminato ed accertato dagli ispettori INAIL responsabili del procedimento

---

---

---

---

---





La completa ottemperanza alle indicazioni impartite dovrà essere comunicata nei termini previsti, rispondendo puntualmente alle medesime, ed allegando tutta la documentazione necessaria a dimostrare l'efficacia delle azioni correttive intraprese:

- a questo Istituto, che resta pertanto in attesa di formale riscontro, presso il seguente indirizzo:

**INAIL - Dipartimento Medicina, Epidemiologia, Igiene del lavoro e Ambientale (DiMEILA)**

**Sezione tecnico scientifica di Supporto Tecnico al SSN in materia di Radiazioni (SSTR)**

Via Fontana Candida, 1

00040 Monteporzio Catone (RM)

Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze:

tel.0694181245 0694181328, fax 0694181338

*In caso di trasmissione a mezzo mail, indirizzare al personale addetto alla Segreteria Tecnica - Accertamenti ispettivi in corso, gestione database e ottemperanze<sup>2</sup>, e per conoscenza al personale ispettivo presente all'accertamento espletato (da verificare consultando pag.1 del presente verbale)<sup>3</sup>*

- all'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, alla quale – in base all'art.7.1 del D.P.R. 542/94 – spetta la vigilanza sulle condizioni di sicurezza nei presidi di RM.

li \_\_\_\_\_

**Per l'INAIL**

**Gli Ispettori incaricati  
Responsabili del procedimento ispettivo**

.....

**Per il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL competente per territorio**

.....

**Per Ricezione  
Il Presidio RM esaminato**

.....

2

|                     |  |
|---------------------|--|
| Ari Fiorelli        | <a href="mailto:a.fiorelli@inail.it">a.fiorelli@inail.it</a>   |
| Domenico D'Ambrogio | <a href="mailto:d.dambrogio@inail.it">d.dambrogio@inail.it</a> |

3

|                           |                          |  |
|---------------------------|--------------------------|--|
| Francesco Campanella      | <b>RESPONSABILE SSTR</b> | <a href="mailto:fr.campanella@inail.it">fr.campanella@inail.it</a> |
| Massimo Mattozzi          |                          | <a href="mailto:m.mattozzi@inail.it">m.mattozzi@inail.it</a>       |
| Laura Moretti             |                          | <a href="mailto:la.moretti@inail.it">la.moretti@inail.it</a>       |
| Maria Antonietta D'Avanzo |                          | <a href="mailto:m.davanzo@inail.it">m.davanzo@inail.it</a>         |