



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2024

N. 726

Data 24/04/2024

OGGETTO: SCHEMA DI CONVENZIONE TRA L'ASL DI PESCARA E L'ASSOCIAZIONE ITALIANA GENITORI - PESCARA (A.GE) PER LA REALIZZAZIONE DELLE FINALITÀ RIPORTATE NEL "PROGETTO ANDREA".

OGGETTO: schema di convenzione tra l'ASL di Pescara e l'Associazione *Italiana Genitori - Pescara (A.GE)* per la realizzazione delle finalità riportate nel "*Progetto Andrea*".

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della relazione del Direttore dell'U.O.C. Direzione Amministrativa dei PP.OO. e Territoriali proponente che qui di seguito si riporta integralmente:

PREMESSO che

❖ **l'Associazione Italiana Genitori - Pescara** è iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), giusta Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo/Dipartimento Lavoro – Sociale n. **DPG022/111 del 18/05/2023** successivamente rettificata con Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo n. **DPG022/183 del 26/09/2023**;

❖ la suddetta Associazione persegue, senza scopo di lucro, esclusivamente finalità civiche e di utilità sociale come meglio specificato nel "*Progetto Andrea*", **allegato n. 1** allo schema di convenzione quale parte integrante e sostanziale di esso, dove si riporta, tra l'altro, cheomissis..... "*L'Associazione, opera all'interno delle scuole, già riconosciuta dal MIUR con Circolare n° 255 del 1991 che consente "ai suoi rappresentanti di entrare nelle istituzioni a rendere più incisiva e funzionale la partecipazione, a diffondere materiale informativo per collegare la vita della scuola a quella più vasta e complessa della comunità sociale"* (cfr. anche *Direttiva n° 16 del 5/02/00*)omissis..... "*Promuovere e tutelare la salute dei bambini rappresenta un intervento prioritario per Age e va attuato attraverso la collaborazione e, se possibile, la "partnership" con soggetti pubblici e/o privati siano essi genitori, pediatri, educatori, operatori sanitari, Aziende sanitarie, etc.*"omissis.....;

❖ l'Associazione *Italiana Genitori - Pescara (A.GE)* con nota mail del 11.12.2023 ha presentato una relazione riepilogativa del succitato "*Progetto Andrea*" unitamente a richiesta di rinnovo della Convenzione in oggetto, nonché, ha avuto contatti con diversi uffici di questa ASL tra i quali l'U.O.C. *Direzione Amministrativa dei PP.OO. e Territoriali* presso cui è stato iniziato il relativo procedimento amministrativo;

DATO ATTO che

❖ ad apposite richieste di pareri sull'argomento in data 20.12.2023 dell'U.O.C. *Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri e Territoriali* di questa ASL, anche in esito all'avvicendamento presso l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile del relativo dirigente medico responsabile, Dott. Renato Cerbo (uscente) con la Dott.ssa Elena Gennaro (neonominata), sono stati forniti riscontri positivi sia dal suddetto Dott. R. Cerbo che dalla subentrante Dott.ssa E. Gennaro in data 20.03.2024, oltre che dal Direttore f.f. del Dipartimento di Salute Mentale di questa ASL, Dott. Vittorio Di Michele e dal Direttore della U.O.C. di Pediatria, Dott. Maurizio Aricò;

❖ nell'ambito dei summenzionati pareri favorevoli, il Direttore della U.O.C. di Pediatria ha posto come unica condizione che gli interventi e/o le attività proposte dall'Associazione A.GE potranno essere svolte esclusivamente previa richiesta/assenso del personale medico di reparto e con le modalità dagli stessi approvate;

❖ il Direttore f.f. del Dipartimento di Salute Mentale con e-mail del 22.03.2024 ed il Direttore della U.O.C. di Pediatria con e-mail del 25.03.2024 hanno indicato rispettivamente, quali Referenti di circostanza, il Dr. Giuseppe Viani del CSM e la Dr.ssa Barbara Di Mascio della Pediatria;

EVIDENZIATO che

- ❖ lo schema di convenzione proposto è stato oggetto di osservazioni e valutazioni tra le parti, fino ad approvazione avvenuta con e-mail del 18/03/2024 trasmessa dall'ufficio competente dell'*Associazione Italiana Genitori - Pescara* (A.GE) all'U.O.C. *Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri e Territoriali* di questa ASL e conservata agli atti insieme al resto della documentazione di riferimento;
- ❖ secondo lo schema di convenzione (**allegato n. 2**), il rapporto instaurato tra l'ASL di Pescara e l'*Associazione Italiana Genitori - Pescara* (A.GE), loro volontari e/o collaboratori esterni, non potrà comportare e/o trasformarsi in nessun caso in rapporto di pubblico impiego, né offrire la possibilità a detti volontari/collaboratori di avanzare altre pretese e/o di instaurare rapporti contrattuali di qualsivoglia forma di lavoro;

VISTI

- ❖ il Decreto Legislativo n.117/2017 (c.d. Codice del Terzo Settore);
- ❖ la Legge Regionale n. 37/1993;
- ❖ l'interpello n. 22 del 08/01/2021 in tema di imposta di bollo e di registro, riguardante le Associazioni operanti nel Terzo Settore, rivolto all'Agenzia delle Entrate;
- ❖ il Regolamento Aziendale che disciplina i rapporti con le Associazioni di Volontariato approvato con Deliberazione di questa ASL n. 642 del 13 Maggio 2011;
- ❖ la Deliberazione di questa ASL n.705 del 28 Giugno 2012;

VISTE altresì le *Lettere di Designazione a Responsabile esterno del trattamento dati personali* e relativi "allegati L2" predisposti dall'Ufficio Privacy di questa ASL in data 05.04.2024, riferiti allo schema di convenzione di cui all'oggetto e conservati agli atti;

ATTESO l'impegno dell'*Associazione Italiana Genitori - Pescara* (A.GE) per garantire la **copertura assicurativa** dei loro volontari e collaboratori esterni coinvolti nella realizzazione del progetto in argomento avendo particolare riguardo alle garanzie per **responsabilità civile verso terzi, infortuni e malattie**;

VISTO lo schema di convenzione con relativi **sette allegati** (1- relazione riepilogativa sul "*Progetto Andrea*"; 2- Documento sui principali rischi presenti all'interno dell'ASL; 3-Protocollo sulle misure anti COVID-19; 4- *Lettera di Designazione a Responsabile esterno del trattamento dati personali* per l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile; 5- Allegato L2 sulla Privacy "*Principi di Trattamento, Diritti degli Interessati e Misure di Sicurezza*" per l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile; 6- *Lettera di Designazione a Responsabile esterno del trattamento dati personali* per l'U.O. di Pediatria; 7- Allegato L2 sulla Privacy "*Principi di Trattamento, Diritti degli Interessati e Misure di Sicurezza*" per l'U.O. di Pediatria), tutti a loro volta allegati al presente atto quali parti integranti e sostanziali di esso, tra l'**Associazione Italiana Genitori - Pescara (A.GE)** e l'**ASL di Pescara** per la realizzazione delle finalità riportate nel più volte menzionato "*Progetto Andrea*";

Acquisito il parere tecnico favorevole in merito, espresso dal Dirigente proponente ai sensi della legge 7 agosto 1990 n. 241 e ss.mm.ii., che ne attesta la regolarità e la completezza;

Dato atto dell'attestazione resa, in ordine alla regolarità amministrativo – contabile e tecnica del presente provvedimento, dal Dirigente proponente nella sua qualità di Responsabile della U.O.C. Direzione Amministrativa dei PP.OO. e Territoriali;

Acquisiti, per quanto di competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo d'Azienda e dal Direttore Sanitario d'Azienda;

D E L I B E R A

per tutto quanto sopra indicato e che qui si intende integralmente richiamato

- 1) **APPROVARE** l'allegato schema di convenzione con relativi **sette allegati** (1- relazione riepilogativa sul "*Progetto Andrea*"; 2- Documento sui principali rischi presenti all'interno dell'ASL; 3-Protocollo sulle misure anti COVID-19; 4- *Lettera di Designazione a Responsabile esterno del trattamento dati personali* per l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile; 5- Allegato L2 sulla Privacy "*Principi di Trattamento, Diritti degli Interessati e Misure di Sicurezza*" per l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile; 6- *Lettera di Designazione a Responsabile esterno del trattamento dati personali* per l'U.O. di Pediatria; 7- Allegato L2 sulla Privacy "*Principi di Trattamento, Diritti degli Interessati e Misure di Sicurezza*" per l'U.O. di Pediatria), tutti a loro volta allegati al presente atto quali parti integranti e sostanziali di esso, tra **l'Associazione Italiana Genitori - Pescara (A.GE)** e **l'ASL di Pescara** per la realizzazione delle finalità riportate nel più volte sopra menzionato (in narrativa) "*Progetto Andrea*";
- 2) **AUTORIZZARE**, per l'effetto, la conseguente stipula della Convenzione tra *l'Associazione Italiana Genitori - Pescara (A.GE)*, iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore - RUNTS - (giusta Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo/Dipartimento Lavoro – Sociale n. DPG022/111 del 18/05/2023 successivamente rettificata con Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo n. DPG022/183 del 26/09/2023) e *l'ASL di Pescara* come sopra specificato al punto 1;
- 3) **DARE ATTO** che il Direttore f.f. del Dipartimento di Salute Mentale con e-mail del 22.03.2024 ed il Direttore della U.O.C. di Pediatria con e-mail del 25.03.2024 hanno indicato rispettivamente, quali Referenti del progetto in argomento, il Dr. Giuseppe Viani del CSM e la Dr.ssa Barbara Di Mascio della Pediatria;
- 4) **PUNTUALIZZARE** che la stipula della presente Convenzione non comporterà in alcun modo per l'ASL di Pescara instaurazione di rapporto di pubblico impiego nei confronti dei volontari ed eventuali altri soggetti coinvolti dalla suddetta *Associazione Italiana Genitori - Pescara (A.GE)*, né la possibilità per gli stessi di avanzare altre pretese e/o di instaurare rapporti contrattuali di qualsivoglia forma di lavoro;
- 5) **PRENDERE ATTO** che dal presente provvedimento non deriva alcun onere economico-finanziario a carico del bilancio dell'ASL di Pescara, salvo quanto eventualmente previsto nell'allegato schema di convenzione, atteso l'impegno dell'Associazione a provvedere alle coperture assicurative come specificato in narrativa ed all'art. 5 di detto schema di convenzione;
- 6) **DISPORRE**
 - ❖ l'esatta compilazione e sottoscrizione delle previste *Lettere di Designazione a Responsabile esterno del trattamento dati personali e relativi "allegati L2"* (allegati allo schema di convenzione in oggetto) conformemente a quanto previsto dal D. Lgs n. 196/2003 e ss.mm.ii.;
 - ❖ l'osservanza di quanto previsto all'art. 6 dell'allegato schema di convenzione in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro conformemente alle prescrizioni di cui al D. Lgs. n. 81/2008;
- 7) **DARE MANDATO** all'U.O.C. Affari Generali e Legali di questa ASL per la trasmissione del presente provvedimento alla Direzione Medica dei PP.OO., alla U.O.C. *Direzione Amministrativa dei PP.OO. e Territoriali*, al Dipartimento di Salute Mentale, alle UU.OO. di *Neuropsichiatria Infantile e Pediatria* del P.O. di Pescara, all'U.P.P.S.I. (Ufficio Prevenzione e Protezione Sicurezza Interna) ed all'Ufficio *Privacy e Sicurezza delle Informazioni* di questa ASL

per quanto di rispettiva competenza;

8) **CONFERIRE** alla presente Deliberazione immediata esecutività;

9) **PUBBLICARE** la presente Deliberazione sull'Albo Pretorio online di questa ASL ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013.

RELAZIONE PER CONVENZIONE A.GE-PROGETTO ANDREA

L'Associazione Italiana Genitori NAZIONALE nasce nel 1968 su iniziativa di un gruppo di genitori, coordinati da Ennio Rosini, animati da un forte senso civico e da una grande passione per la famiglia, la scuola, l'educazione.

Ai sensi del DPR 301/2005 e del D.M. 14 del 18 febbraio 2002, l'AGE è presente attivamente nel FoNAGS (Forum Nazionale Associazioni Genitori nella Scuola) presso il MIUR e in tutti i FoRAGS costituiti a livello regionale.

L'associazione, opera all'interno delle scuole, già riconosciuta dal MIUR con Circolare n° 255 del 1991 che consente *"ai suoi rappresentanti di entrare nelle istituzioni a rendere più incisiva e funzionale la partecipazione, a diffondere materiale informativo per collegare la vita della scuola a quella più vasta e complessa della comunità sociale"* (cfr. anche Direttiva n° 16 del 5/02/00).

L'Associazione, inoltre, è coinvolta nelle attività promosse dal MIUR nell'informare i genitori in ordine alle opportunità di scelta e di cooperazione che la normativa riserva loro. In molte realtà locali le Associazioni Genitori realizzano, in convenzione con le scuole, attività complementari ed integrative in orario extra – curricolare (DPR 567/96 e successive modifiche).

Per la realizzazione dei propri scopi, l'A.Ge organizza e favorisce iniziative ed attività finalizzate a promuovere la salute dei bambini e degli adolescenti.

È diritto fondamentale di ogni bambino quello di raggiungere il massimo livello possibile di salute e benessere senza distinzione di etnia, genere, età, condizione sociale e possibilità economica. Promuovere e tutelare la salute dei bambini rappresenta un intervento prioritario per Age e va attuato attraverso la collaborazione e, se possibile, la *"partnership"* con soggetti pubblici e/o privati siano essi genitori, pediatri, educatori, operatori sanitari, Aziende sanitarie, etc. L'impegno di AGE per la salute dei bambini si realizza anche attraverso la promozione di iniziative realizzate in collaborazione e con il sostegno di Società scientifiche e di enti preposti accreditati e che comprendono laboratori del Gruppo di Sostegno alla Genitorialità ed il periodico *"Conoscere per Crescere"*, diffuso da Editeam negli studi medici pediatrici e nelle scuole.

Nel sito www.age.it e nella pagina Facebook *"Associazione Genitori AGE"* vengono proposte e promosse le iniziative, nonché i contributi proposti dalle sezioni locali su tematiche attuali di interesse (cyberbullismo; educazione all'affettività e alla sessualità, educazione alla salute, etc.).

L'esperienza della *"Scuola Genitori A.Ge"*, si è dimostrata particolarmente efficace per risultati formativi e per il consenso suscitato tra i genitori e gli educatori, facilitando, in questo modo, *"l'empowerment"* e *"l'accountability"* dei singoli soggetti verso tematiche educative, assistenziali e di recupero delle situazioni di emarginazione, anche ai sensi delle leggi 285/97 e 328/2000.

In questo caso, la specificità dell'impostazione e della metodologia consiste nel condurre i genitori e gli educatori ad acquisire competenze e recuperare o formarsi l'autostima indispensabile per trovare ed attivare soluzioni dentro e fuori l'ambiente domestico.

A fronte dei profondi mutamenti in atto nel contesto socio-culturale, l'AGE ha operato un ammodernamento del proprio assetto associativo valorizzando le nuove forme comunicative nel pieno rispetto della tradizione identitaria. Organizzata a livello nazionale in Uffici che supportano le associazioni locali con servizi qualificati, l'Associazione fa parte del Tavolo inter-associativo per l'Educazione presso la CEI, del Consiglio consultivo degli utenti radiotelevisivi presso il Garante per le Comunicazioni, del Copercom – Coordinamento delle Associazioni per la Comunicazione, del Forum delle Associazioni Familiari, del Forum del Terzo Settore, del Coordinamento promosso dall'Unicef in Italia per i diritti dei minori.

L'associazione genitori Pescara Onlus si è costituita il 27 dicembre 1977 e si ispira ai valori della Costituzione Italiana e all'etica cristiana, persegue l'obiettivo di aiutare i genitori a svolgere il loro

ruolo educativo, in famiglia, nella scuola e nella società, promuovendo adeguate politiche familiari in grado di rispondere ai cambiamenti e alla complessità della vita sociale.

L'AGE Pescara è presente dal 1997 nel reparto di pediatria nell'Ospedale Civile Santo Spirito di Pescara il "Progetto Andrea", si tratta di un progetto di umanizzazione del ricovero in ospedale dei bambini per patologia acute, questa iniziativa è attiva in **Abruzzo e nel Lazio**.

Si esplica svolgendo una serie di iniziative ludiche e Creative e conforto di tipo morale e materiale all'interno dei reparti **di neuropsichiatria e pediatria con lo scopo di dare supporto integrativo al personale permanente nell'affrontare tematiche legate all'età evolutiva e dell'adolescenza, differenziando gli interventi nell'area della prevenzione, della cura e della riabilitazione rivolgendosi ai minori e agli adolescenti con problematiche, a rischio e con disabilità e alle famiglie e alle scuole. Tutte le attività sono** realizzate sotto la guida di volontari appositamente formati dall'AGE e con l'ausilio di psicologi abilitati, i quali con amore e costanza aiutano il bambino e i genitori a superare il trauma del ricovero ospedaliero, avendo come obiettivo l'attenzione sia all'aspetto fisico che psichico del bambino e della famiglia con l'aiuto di esperte psicologhe che operano con l'AGE. Le ns. volontarie con scrupolo, preparazione qualificata, seria e nel rispetto della privacy, assicurano la loro presenza nel reparto in modo discreto ma efficace f attivo e costante, offrendo ai genitori e al bambino sia spazi per un ascolto intelligente e rispettoso sia per uno scambio di presenza nel caso i genitori avessero la necessità di assentarsi per un tempo limitato.

Sono stati organizzati anche una serie di incontri gratuiti per gruppi di genitori che ne avevano fatto richiesta e sotto la guida attenta e competente di Psicologi, nell'ambito dei quali sono stati trattati argomenti come la gestione dell'ansia in caso di ospedalizzazioni molto lunghe, la gestione della solitudine e delle difficoltà percepite dal bambino quando una lunga ospedalizzazione separa una parte della famiglia dall'altra parte che resta a casa, la gestione degli incubi notturni. Inoltre dal 1 giugno 2019 si è attivato uno "Sportello d'Ascolto", **50 ore rivolto** ai genitori e ai piccoli degenti per offrire loro l'opportunità di interfacciarsi con operatori formati alla relazione d'aiuto, all'ascolto e al supporto psicologico al disagio prolungato e ripetitivo.

Il tutto nel rispetto della legge sulla privacy e al trattamento dei dati personali.

Pescara 23 novembre 2023

in fede,

dott.ssa Carmela Di Blasio

Presidente Age associazione Italiana Genitori Pescara



L'associazione Age Pescara, può stipulare progetti, presso la Asl Pescara con Organizzazioni di Volontariato esclusivamente nell'eventuale ipotesi in cui queste ultime abbiano già un rapporto convenzionale in essere con questa ASL.

Pescara: 23 Novembre 2023
dott.ssa Carmela Di Blasio
presidente age Pescara





CONVENZIONE PER LA REALIZZAZIONE DEL “Progetto Andrea” DI UMANIZZAZIONE DEI RICOVERI DI BAMBINI CON PATOLOGIE ACUTE PRESSO LE UU.OO. DI PEDIATRIA E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELL’ASL DI PESCARA

TRA

l’Azienda Sanitaria Locale di Pescara (di seguito denominata anche ASL) avente sede legale e domicilio fiscale in Pescara (PE) alla via Renato Paolini n. 45/47 - 65124 Pescara, C.F. e P.IVA n. 01397530682, rappresentata nella persona del **Direttore Generale Dott. Vero Michitelli** nominato dalla Giunta Regionale della Regione Abruzzo con D.G.R.A. n. 570 del 11/09/2023 e domiciliato per la carica presso la sede dell’Azienda medesima in Pescara (PE) alla via Renato Paolini n. 45/47

E

l’Associazione Italiana Genitori - Pescara (A.GE) (di seguito denominata anche Associazione o A.GE), avente sede legale in Pescara alla Piazza Santa Caterina da Siena n. 4 - codice fiscale 80009670680 - rappresentata nella persona del **Presidente Dott.ssa Carmela Di Blasio** nata aomissis..... ilomissis..... - codice fiscaleomissis..... - domiciliata per la carica in Pescara alla Piazza Santa Caterina da Siena n. 4.

PREMESSO CHE

❖ **l’Associazione Italiana Genitori - Pescara** è iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), giusta Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo/Dipartimento Lavoro – Sociale n. **DPG022/111 del 18/05/2023** successivamente rettificata con Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo n. **DPG022/183 del 26/09/2023**;

❖ la predetta Associazione persegue, senza scopo di lucro, esclusivamente finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale a favore degli associati e di terzi secondo quanto previsto all’art. 5 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017 (c.d. Codice del Terzo Settore). In particolare l’A.GE andrà a supportare l’attività istituzionale, non sostituibile né in tutto né in parte, svolta presso questa ASL dal personale dipendente, come meglio specificato all’art. 2 della presente Convenzione;

❖ l’Associazione con nota mail del 11.12.2023 indirizzata al Direttore Generale e, per conoscenza, ad altri Uffici oltre che al Direttore della U.O.C. *Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri e Territoriali* dell’ASL di Pescara, nonché ulteriori relative note integrative conservate agli atti, ha chiesto di poter realizzare il “Progetto Andrea” di umanizzazione dei ricoveri di bambini con patologie acute presso le UU.OO. di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile dell’ASL di Pescara come meglio illustrato nel Progetto stesso **allegato n. 1** al presente atto quale parte integrante e sostanziale di esso;

Visto il Decreto Legislativo n. 117/2017 (c.d. Codice del Terzo Settore);

Vista la Legge Regionale n. 37/1993;

Visto l'interpello n. 22 del 08/01/2021 in tema di imposta di bollo e di registro, riguardante le Associazioni operanti nel Terzo Settore, rivolto all'Agenzia delle Entrate;

Visto il Regolamento Aziendale che disciplina i rapporti con le Associazioni di Volontariato approvato con Deliberazione di questa ASL n. 642 del 13 Maggio 2011;

Vista la Deliberazione di questa ASL n.705 del 28 Giugno 2012

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – Premessa

La premessa è parte integrante e sostanziale della presente Convenzione.

Art. 2 – Finalità del progetto e attività da svolgere

Le finalità del "Progetto Andrea", presentato dall'Associazione Italiana Genitori – Pescara, sono riportate nello stesso succitato progetto **allegato n. 1** al presente atto quale parte integrante e sostanziale di esso, dove infatti si riporta, tra l'altro, cheomissis..... *"L'associazione, opera all'interno delle scuole, già riconosciuta dal MIUR con Circolare n° 255 del 1991 che consente "ai suoi rappresentanti di entrare nelle istituzioni a rendere più incisiva e funzionale la partecipazione, a diffondere materiale informativo per collegare la vita della scuola a quella più vasta e complessa della comunità sociale" (cfr. anche Direttiva n° 16 del 5/02/00)omissis..... "Promuovere e tutelare la salute dei bambini rappresenta un intervento prioritario per Age e va attuato attraverso la collaborazione e, se possibile, la "partnership" con soggetti pubblici e/o privati siano essi genitori, pediatri, educatori, operatori sanitari, Aziende sanitarie, etc."omissis.....*

Resta inteso che gli interventi e/o le attività proposte potranno essere svolte esclusivamente previa richiesta/assenso del personale medico di reparto e con le modalità dagli stessi approvate. Eventuali condizioni contenute nell'istanza di stipula Convenzione e loro allegati/atti integrativi, dovranno essere compatibili con quanto riportato nella presente Convenzione e considerate inapplicabili nelle sole parti contrastanti.

Art. 3 – Modalità di erogazione del servizio

Per la realizzazione del progetto in argomento, l'Age metterà a disposizione gratuita dell'ASL di Pescara alcuni volontari che svolgeranno un'attività di supporto mai sostitutiva di quella istituzionalmente svolta dal personale del S.S.N.

Art.4 -Natura del rapporto

Con la presente Convenzione l'ASL di Pescara non assume alcun impegno economico-finanziario, nonché, si precisa fin d'ora che il rapporto instaurato tra Associazione, loro volontari e/o collaboratori esterni non potrà comportare e/o trasformarsi in nessun caso in rapporto di pubblico impiego con questa ASL, né offrire la possibilità a detti volontari/collaboratori di avanzare altre pretese e/o di instaurare rapporti contrattuali di qualsivoglia forma di lavoro.

Non sono previsti rimborsi da parte dell'ASL di Pescara delle eventuali spese sostenute e documentate sia da volontari e/o collaboratori esterni e sia dall'Associazione, salvo che non sia diversamente previsto da atti normativi di riferimento.

Art. 5 – Obblighi dell'Associazione di Volontariato

In conformità all'art 18 del vigente Codice del Terzo Settore, l'Associazione si obbliga a fornire per l'intero periodo di durata del progetto idonea **assicurazione**, in favore dei propri volontari e collaboratori esterni coinvolti, contro **infortuni, malattie e responsabilità civile** verso terzi, nonché, si obbliga a sostenere qualsiasi eventuale spesa che dovesse derivare dall'attuazione della presente Convenzione.

L'Associazione si farà garante del rispetto delle norme in materia di **igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro** da parte dei volontari ed altri soggetti coinvolti - ex art. 3, comma 12 bis, D. Lgs n. 81/2008 e ss.mm.ii - per effetto del quale ricorre l'obbligo di fornire al volontario/soggetto coinvolto apposite informazioni sui rischi esistenti negli ambienti in cui è chiamato ad operare nonché sulle misure di prevenzione ed emergenza adottate.

Inoltre l'Associazione, con la stipula della presente Convenzione, si impegna a:

- a) osservare le norme in materia di protezione dei dati personali in conformità a quanto riportato nel successivo articolo 7. L'Associazione si impegna altresì a collaborare con l'ASL al fine di dare riscontro ad eventuali richieste avanzate dal *Garante della privacy*, da altra autorità pubblica e/o dagli interessati al trattamento dei dati;
- b) verificare che i flussi di dati personali all'interno dell'Associazione e la comunicazione di dati verso terzi avvengano con procedure idonee a rispettare la riservatezza dei soggetti coinvolti;
- c) far frequentare dai propri volontari ed altri soggetti coinvolti le strutture delle UU.OO. interessate secondo modalità ed orari concordati con i Direttori delle stesse e comunque nel rispetto delle prioritarie finalità medico-assistenziali;
- d) osservare tutte le **disposizioni interne** dell'ASL di Pescara avendo particolare riguardo a quelle in materia di Protezione dei Dati Personali;
- e) rispettare il vigente Regolamento Aziendale sulle collaborazioni tra l'ASL di Pescara e le Associazioni di Volontariato;
- f) rispettare altresì il vigente Codice Etico adottato dall'ASL di Pescara (pubblicato sul sito aziendale) e darne conoscenza ai propri volontari/dipendenti e collaboratori esterni affinché adottino un comportamento conforme;
- g) autorizzare l'ASL in qualunque momento, senza preavviso ed in presenza di un rappresentante dell'Associazione, a svolgere attività ispettiva ed a verificare la conformità dell'operato con tutto quanto previsto nella presente Convenzione avendo particolare riguardo al personale, alla strumentazione ed alle procedure operative.

Art. 6 – Sicurezza e Sorveglianza Sanitaria

In conformità al D. Lgs. n. 81/2008 (Testo Unico in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), il volontario/soggetto coinvolto dell'Associazione che svolge attività nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato esponendosi ai relativi rischi, è **equiparato agli altri lavoratori ai soli fini dell'adozione delle misure di prevenzione e sicurezza**. Pertanto l'ASL garantisce le misure generali e specifiche per la protezione della salute del volontario/soggetto coinvolto esclusivamente nell'ambito delle attività svolte in locali e spazi dell'ASL stessa. Il volontario/soggetto coinvolto è tenuto all'informazione ed all'osservanza delle disposizioni normative vigenti in tema di prevenzione e sicurezza nonché di quelle ulteriori eventualmente dettate dai Regolamenti dell'ASL. In conformità a quanto dispone la vigente normativa in materia, l'ASL è tenuta a fornire formazione pertinente sui rischi più specifici e sulle misure di prevenzione e protezione che devono essere adottate in relazione alle attività svolte dai volontari/soggetti coinvolti, nonché, la fornitura di eventuali dispositivi di protezione individuale (DPI) e quant'altro utile per lo svolgimento dell'attività in sicurezza.

Il datore di lavoro adotta tutte le misure utili a eliminare o, ove ciò non sia possibile, a ridurre al minimo i rischi di interferenza tra prestazione del soggetto volontario e altre attività che si svolgono nell'ambito della medesima organizzazione.

Il Medico Competente dell'ASL effettua la sorveglianza sanitaria in funzione della valutazione del rischio nei casi previsti dal Decreto Legislativo n. 81/2008. L'Associazione però sarà tenuta a prenotare/inviare presso l'*Ufficio del Medico Competente* dell'ASL di Pescara (Servizio di Medicina Preventiva - "*Ufficio Prevenzione e Protezione per la Sicurezza Interna*" - UPPSI - tel 0854253991/3/0) i suddetti volontari/soggetti coinvolti per la citata visita di sorveglianza sanitaria al termine della quale sarà rilasciato apposito relativo certificato d'idoneità;

L'Associazione, loro volontari e soggetti coinvolti (oltre al personale strutturato e quello appartenente a Persone Giuridiche esterne operanti nelle strutture ASL) sono tutti tenuti ad osservare le indicazioni e gli obblighi contenuti nei seguenti atti che si allegano alla presente Convenzione:

- Documento sui principali rischi presenti all'interno dell'ASL di Pescara ed indicazioni di tipo preventivo (art. 3, comma 12bis, D. Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii.) (**allegato 2**).
- Protocollo sulle misure anti COVID-19 da osservare negli ambienti di lavoro dell'ASL di Pescara al fine di contrastare e contenere la circolazione del SARS-CoV-2 (**allegato 3**);

Art. 7 - Trattamento dati personali

Le Parti contraenti dichiarano di essere informate sulle disposizioni previste per il trattamento dei dati personali e pertanto, in caso di trattamento di dati personali relativi alla presente Convenzione, garantiscono a tutela della privacy per sé, per i propri dipendenti, collaboratori e/o chiunque altro sia autorizzato, il rispetto della normativa prevista dal Regolamento UE 2016/679 ("*Regolamento generale sulla protezione dei dati*"), dal D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. (D. Lgs. n. 101 del 10/08/2018), dai provvedimenti del *Garante per la protezione dei dati personali* e da ogni altra disposizione nazionale e comunitaria applicabile in materia.

l'Associazione contraente assume la qualifica di **Responsabile del trattamento** per i dati trattati di titolarità dell'ASL di Pescara nonchè si impegna all'esatta compilazione e sottoscrizione della prevista *Lettera di Designazione a Responsabile esterno del trattamento dati personali* che si allega alla presente Convenzione (**allegato 4** - giusto art. 28 GDPR). **Titolare del trattamento** è da individuarsi nella persona del Legale Rappresentante dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara.

Il personale dell'Associazione non può rivelare, durante e dopo la scadenza della presente Convenzione, in alcun modo ed in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta né può svolgere attività che comporti divulgazione di informazioni protette dal succitato Decreto Legislativo.

L'Associazione si impegna ad osservare e far osservare ai propri dipendenti e soggetti coinvolti le prescrizioni del presente articolo oltre alle eventuali prescrizioni del Titolare e ad adottare nei confronti del personale che dovesse violarli i provvedimenti sanzionatori previsti, nell'ambito del rispetto dei doveri d'ufficio, in relazione alla gravità dell'inosservanza.

Le Parti dichiarano reciprocamente di essere informate e, per quanto di ragione, espressamente acconsentire che i dati personali comunque raccolti in conseguenza e durante la vigenza della presente Convenzione vengano trattati esclusivamente per le finalità della Convenzione stessa, mediante consultazione, elaborazione manuale e/o automatizzata.

Art. 8 – Durata della convenzione

La presente Convenzione sarà firmata digitalmente e sarà valida dalla data di sottoscrizione dell'ultimo soggetto firmatario per un periodo di **tre anni**, salvo disdetta motivata di una delle parti da comunicare con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni mediante lettera raccomandata A.R. o PEC.

Art. 9 – Imposte di Bollo e Spese di Registrazione

La presente Convenzione è esente dalle imposte di bollo e di registro, come previsto dall'articolo 8, comma 1 della Legge n. 266 del 11.08.1991.

Art. 10 – Foro competente

Le Parti si impegnano a risolvere gli eventuali conflitti concernenti applicazione, interpretazione, esecuzione e risoluzione della presente Convenzione mediante tentativo di accordo bonario. In caso contrario, espressamente convengono di accettare in via esclusiva la giurisdizione del Foro di Pescara.

Art. 11 – Norma finale

Per tutto quanto non espressamente previsto nella presente Convenzione, si applicano le vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia.

Letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale

dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara

Dott. Vero Michitelli

(firmato digitalmente)

Il Presidente dell'Associazione

Italiana Genitori - Pescara (A.GE)

Dr.ssa Carmela Di Blasio

(firmato digitalmente)

La presente Convenzione è conforme allo schema approvato con **Deliberazione ASL Pescara n. ____**
del _____.



PRINCIPALI RISCHI PRESENTI NELL'AZIENDA USL DI PESCARA ED INDICAZIONI DI TIPO PREVENTIVO

(art. 3 comma 12 bis, D.Lgs 81/2008 e s.m.i.)



Prot. N. 0063108/21 del 07/05/2021

STATO DELLE REVISIONI					
Rev. N.	Data	Descrizione	Redatta da	Emessa da	Approvata da
0	03/05/2021	Prima emissione	dr. G. Camplone	Ing. A. Busich	Dott. V. Ciamponi
			Firmato digitalmente	Firmato digitalmente	Firmato digitalmente

Sommario

PREMESSA.....	3
1.NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	4
2. GESTIONE DEL DOCUMENTO.....	5
2.1 Principi Generali.....	5
2.2 Aggiornamento.....	5
3. ORGANIGRAMMA AZIENDALE.....	5
4. OBBLIGHI GENERALI.....	6
5.RISCHI POTENZIALMENTE PRESENTI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO.....	6
5.1 Rischi connessi alle strutture e impianti.....	6
5.2 Rischi per informazione, formazione ed addestramento insufficienti.....	7
5.3 Rischi connessi all'impianto elettrico.....	7
5.4 Rischi connessi a presenza di gas medicali.....	8
5.5 Rischio di Incendio.....	8
5.6 Rischi da scivolamento e cadute.....	9
5.7 Rischi derivanti da macchine ed attrezzature.....	9
5.8 Rischi da amianto.....	9
6. RISCHI SPECIFICI DELL'AZIENDA ASL PESCARA.....	10
6.1 Rischio biologico.....	10
6.2 Rischio da irritazione delle vie respiratorie.....	12
6.3 Rischio da esposizione ad antitumorali.....	12
6.4 Rischio da radiazioni ionizzanti – NON ionizzanti - CEM.....	12
6.5 Rischio da asfissia – ustioni da freddo.....	12
7. NORME DI SICUREZZA E MISURE DI EMERGENZA.....	13

PREMESSA

L'accesso all'interno di un luogo di lavoro di un lavoratore di una diversa organizzazione rappresenta una delle situazioni più delicate ai fini della sicurezza e salute, perché introduce elementi e situazioni di rischio del tutto nuovi ed anche potenzialmente estranei alla tipica attività aziendale che lì normalmente si svolge.

Questo insieme di situazioni vengono definiti Rischi interferenti:

- rischi derivanti da sovrapposizioni di attività svolte da lavoratori di organizzazioni diverse;
- rischi immessi nel luogo di lavoro da lavoratori appartenenti a organizzazioni diverse;
- rischi esistenti nel luogo di lavoro ulteriori rispetto a quelli specifici dell'attività propria;
- rischi derivanti da modalità di esecuzione particolari (che comportano rischi ulteriori rispetto a quelli specifici dell'attività svolta), richieste esplicitamente dall'azienda ospitante;
- rischi derivanti dalle attività svolte nei confronti di eventuali soggetti terzi saltuariamente presenti dove fornisce la sua prestazione.

L'Azienda USL di Pescara segue una politica di sicurezza nella prevenzione degli infortuni sul lavoro e si adopera al fine di diffondere tale cultura della sicurezza anche ai frequentatori, studenti e volontari, che si trovano nelle strutture aziendali.

Lo scopo del documento, che descrive i principali rischi presenti nell'Azienda è quello di informare i frequentatori sui rischi potenzialmente presenti al fine di adeguare il loro comportamento alla politica della sicurezza perseguita in Azienda.

In particolare ai sensi dell'art.3 comma 12-bis del D.Lgs. 81/2008 il documento mira a far in modo che ogni frequentatore possa:

- a) Essere informato su rischi e misure di prevenzione e di emergenza
- b) Aver garantita l'attuazione delle misure utili ad eliminare o ridurre al minimo i rischi da interferenze tra la propria prestazione e le altre attività che si svolgano nell'ambito dell'organizzazione che li ospita.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione Interno potrà, in caso di richiesta di informazioni particolareggiate, fornire ulteriori indicazioni.

I frequentatori, studenti e i volontari, dovranno pertanto collaborare per prevenire incidenti od infortuni mediante il rispetto delle indicazioni di tipo preventivo, contenute nel documento.

1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Gli articoli del D.Lgs. n.81 del 9 aprile 2008 che si occupano di volontariato sono:

Articolo 3

comma 12-bis "Nei confronti dei volontari di cui alla legge 1° agosto 1991, n. 266, e dei volontari che effettuano servizio civile si applicano le disposizioni relative ai lavoratori autonomi di cui all'articolo 21. Con accordi tra il volontario e l'associazione di volontariato o l'ente di servizio civile possono essere individuate le modalità di attuazione della tutela di cui al precedente periodo. Ove il volontario svolga la propria prestazione nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro, questi è tenuto a fornire al volontario dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti negli ambienti in cui è chiamato ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività. Egli è altresì tenuto ad adottare le misure utili ad eliminare o, ove ciò non sia possibile, ridurre al minimo i rischi da interferenze tra la prestazione del volontario e altre attività che si svolgano nell'ambito della medesima organizzazione."

Articolo 21

"(Disposizioni relative ai componenti dell'impresa familiare di cui all'articolo 230-bis del codice civile e ai lavoratori autonomi)

1. I componenti dell'impresa familiare di cui all'articolo 230-bis del codice civile, i lavoratori autonomi che compiono opere o servizi ai sensi dell'articolo 2222 del codice civile, i coltivatori diretti del fondo, i soci delle società semplici operanti nel settore agricolo, gli artigiani e i piccoli commercianti devono:

- a) utilizzare attrezzature di lavoro in conformità alle disposizioni di cui al titolo III;*
- b) munirsi di dispositivi di protezione individuale ed utilizzarli conformemente alle disposizioni di cui al titolo III;*
- c) munirsi di apposita tessera di riconoscimento corredata di fotografia, contenente le proprie generalità, qualora effettuino la loro prestazione in un luogo di lavoro nel quale si svolgano attività in regime di appalto o subappalto.*

2. I soggetti di cui al comma 1, relativamente ai rischi propri delle attività svolte e con oneri a proprio carico hanno facoltà di:

- a) beneficiare della sorveglianza sanitaria secondo le previsioni di cui all'articolo 41, fermi restando gli obblighi previsti da norme speciali;*
- b) partecipare eventualmente a corsi di formazione specifici in materia di salute e sicurezza sul lavoro, incentrati sui rischi propri delle attività svolte, secondo le previsioni di cui all'articolo 37, fermi restando gli obblighi previsti da norme speciali."*

Articolo 26

Obblighi connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione

"1. Il datore di lavoro, in caso di affidamento di lavori, servizi e forniture all'impresa appaltatrice o a lavoratori autonomi all'interno della propria azienda, o di una singola unità produttiva della stessa, nonché nell'ambito dell'intero ciclo produttivo dell'azienda medesima, sempre che abbia la disponibilità giuridica dei luoghi in cui si svolge l'appalto o la prestazione di lavoro autonomo:

a) verifica, con le modalità previste dal decreto di cui all'articolo 6, comma 8, lettera g), l'idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori, ai servizi e alle forniture da affidare in appalto o mediante contratto d'opera o di somministrazione...omissis..

b) fornisce agli stessi soggetti dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui sono destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività...omissis.."

2. GESTIONE DEL DOCUMENTO

2.1 Principi Generali

Il presente documento si prefigge i seguenti obiettivi:

1. individuare i rischi dovuti alle interferenze;
2. individuare le misure atte ad eliminare le interferenze;
3. fornire informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente e sulle misure di prevenzione adottate;

2.2 Aggiornamento

Il presente documento viene aggiornato a seguito di modifiche dell'organizzazione del lavoro, rilevanti ai fini della salute e della sicurezza dei lavoratori, o a seguito di infortuni significativi ed è correlato all'evoluzione della emergenza legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 (cosiddetto "coronavirus") causa della malattia COVID-19.

3. ORGANIGRAMMA AZIENDALE

Datore di lavoro	dr. Vincenzo Ciamponi
Responsabile del servizio di prevenzione e protezione	ing. Antonio Busich
Medico competente	dr. Giovanni Di Nicolantonio dr.ssa Dina Di Giuseppe
Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)	Patrizia Sulprizio, Antonio Sgarro, Nicola Spadaccini, Angelo Pancione, Tiziana Camarra
Addetti al servizio di prevenzione e protezione	dr. Galileo Camplone dr.ssa Stefania De Iulii

4. OBBLIGHI GENERALI

Si ricordano qui di seguito alcune disposizioni di carattere generale:

- a) Il personale viene accompagnato all'inizio sul luogo di lavoro dal responsabile della struttura (UO, UF, reparto) o da suo delegato (caposala, capotecnico, ecc.) e per la gestione delle emergenze prende conoscenza delle vie di fuga e dei presidi antincendio.
- b) Il personale per poter accedere ed operare negli edifici ed aree di pertinenza dell'Azienda deve rispettare le seguenti disposizioni:
 1. esporre la tessera di riconoscimento;
 2. indossare gli indumenti di lavoro ed eventuali Dispositivi di Protezione Individuale;
 3. rispettare il divieto di fumo;
 4. attuare tutte le misure di prevenzione e protezione previste;
 5. attenersi e rispettare le indicazioni della segnaletica stradale, aziendale e di sicurezza;
 6. non ingombrare con materiali e attrezzature i percorsi di esodo e le uscite di emergenza;
 7. non lasciare incustoditi materiali e attrezzature che possono costituire fonte potenziale di pericolo in luoghi di transito e di lavoro;
 8. movimentare i materiali e le attrezzature in sicurezza, evitandone il trasporto e la collocazione in equilibrio instabile;
 9. i veicoli adibiti al trasporto di persone e materiali devono procedere a non più di 10 Km/h.
10. è assolutamente vietata la sosta nelle aree riservate ai mezzi di soccorso ed ai disabili;
11. spazi ed attrezzature comuni quali ascensori o corridoi devono essere correttamente utilizzati.
12. non usare materiali, attrezzature, apparecchiature impianti e mezzi di trasporto di proprietà dell'Azienda se non previa autorizzazione;
13. non abbandonare rifiuti di nessun genere, provvedendo al loro smaltimento;
14. eliminare eventuali depositi di sostanze che rendono sdruciolevole il pavimento, a causa di spandimento accidentale;

5. RISCHI POTENZIALMENTE PRESENTI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

5.1 Rischi connessi alle strutture e impianti

- Rischi per la presenza di personale non correttamente informato, formato e addestrato.
- Rischi connessi all'impianto elettrico.
- Rischi connessi a presenza di gas medicali.
- Rischi da pericolo di incendio.
- Rischi da scivolamento e cadute.
- Rischi derivanti da macchine ed attrezzature.
- Rischi da amianto.
- Rischi da esposizione ad agenti biologici.
- Rischio da irritazione delle vie respiratorie.
- Rischio da radiazioni ionizzanti – NON ionizzanti - CEM
- Rischio da esposizione ad antiblastici
- Rischio da asfissia – ustioni da freddo.

5.2 Rischi per informazione, formazione ed addestramento insufficienti

Le conoscenze dei lavoratori incaricati per l'esecuzione di una procedura di lavoro devono essere sottoposte a continue verifiche e specifiche attività di addestramento. Nel caso contrario, il rischio di danno a carico del lavoratore è elevato.

Durante l'esecuzione di qualsiasi attività lavorativa occorre assicurarsi che siano presenti un numero adeguato di lavoratori con conoscenze e competenze tali da poter garantire i seguenti aspetti:

1. che il lavoro sia eseguito conformemente alle procedure e alle istruzioni;
2. che durante il lavoro si possa gestire qualsiasi delle possibili emergenze ipotizzabili;

5.3 Rischi connessi all'impianto elettrico

Il personale nello svolgimento delle proprie attività può essere oggetto di contatti elettrici indiretti dovuti a malfunzionamento di macchine ed impianti. Di seguito si riportano le principali norme di comportamento da adottarsi per l'utilizzo degli impianti elettrici.

Divieto di intervento, manipolazione su strumentazioni elettriche di pertinenza dell'Azienda Sanitaria.

Nel caso in cui si sospettino anomalie di qualsiasi tipo avvertire immediatamente il personale del Servizio Tecnico Manutentivo ASL Pescara, utilizzando il Centralino Aziendale al numero telefonico 085-4521.

Divieto di utilizzare componenti non conformi alle norme

Tutta la sicurezza di un impianto finisce quando si usano utilizzatori elettrici (ad esempio spine, adattatori, prese multiple) non rispondenti alle norme; nell'acquisto di materiale elettrico verificare la presenza del marchio di qualità (es. IMQ) e/o della marcatura CE.

Particolare cura deve essere posta nell'uso proprio di apparecchiature elettriche.

Un impianto o un apparecchio elettrico anche ben costruiti possono diventare pericolosi se utilizzati o conservati in maniera impropria.

Valgono le seguenti avvertenze:

Non effettuare mai riparazioni sugli impianti elettrici o sulle macchine se non si è in possesso delle caratteristiche di professionalità previste dalla legislazione vigente.

Un impianto elettrico o una apparecchiatura nati sicuri possono, per errato uso diventare pericolosi.

Inoltre la manomissione di un impianto o di un componente fa perdere agli stessi la garanzia del costruttore.

Verificare le parti soggette ad usura e richiedere la sostituzione delle parti usurate.

Non utilizzare componenti elettrici o macchine per scopi non previsti dal costruttore.

In questi casi l'uso improprio del componente può ingenerare situazioni di rischio, elettrico o meccanico, non previsti all'atto della sua costruzione.

Seguire scrupolosamente le indicazioni riportate nel libretto di uso e manutenzione.

Non usare apparecchiature elettriche in condizioni di rischio elettrico accresciuto (ad esempio con le mani bagnate, con i piedi immersi nell'acqua o in ambienti umidi).

In questi casi possono diventare pericolose anche tensioni abitualmente non pericolose

Gli apparecchi nei quali siano penetrati liquidi o che abbiano subito urti gravi (es. cadute) devono essere sottoposti a revisione

Non lasciare apparecchiature elettriche (cavi, prolunghe, ecc.) abbandonate sulle vie di transito.

In questi casi, oltre ad essere occasione di inciampo e di caduta di persone, i componenti sono soggetti a deterioramento meccanico non previsto dal costruttore con conseguenti situazioni di rischio.

5.4 Rischi connessi a presenza di gas medicali

Nei locali dei PP.OO. è presente l'impianto di distribuzione di gas medicali, dove sono presenti bombole di gas contenenti O₂, adeguatamente protette, il servizio è integralmente gestito dalla ditta appaltatrice.

Tuttavia si ricorda che se nell'ambiente di lavoro sono presenti serbatoi di liquidi e/o gas in pressione infiammabili e si svolgano attività lavorative che generino fiamme libere tipo taglio e saldatura, sono possibili rischi di esplosione, pertanto si prescrive tassativamente l'utilizzo di dispositivi cercametalli per tutte quelle attività che prevedano la foratura/modifica/demolizione di pareti/pavimenti/soffitti all'interno dei presidi dell'Asl di Pescara e di non usare attrezzature calde nelle vicinanze dei sistemi di somministrazione trattati con ossigeno al fine di evitare eventuali inneschi nelle ossigeno.

5.5 Rischio di Incendio

Si invita ad osservare quanto previsto dal DM 10/3/98 ed in particolare tutte le possibili misure di tipo organizzativo e gestionale come:

- rispetto dell'ordine e della pulizia;
- controlli sulle misure di sicurezza; predisposizione di un regolamento interno sulle misure di sicurezza da osservare;
- informazione e formazione dei lavoratori.

Di seguito si riportano le principali norme di comportamento da adottarsi in caso di incendio.

Quando bisogna avvisare il personale addetto

1. appena si vede lo sviluppo di fumo
2. appena si vede un principio di incendio

Che cosa bisogna conoscere

1. ubicazione dei presidi antincendio
2. ubicazione delle vie di fuga e delle uscite di sicurezza

Se l'incendio si sprigiona nella propria stanza e non lo si può spegnere

1. chiudere bene la porta della stanza
2. dare immediatamente l'allarme ed allontanare eventuali persone presenti nei luoghi pericolosi

Nel caso in cui l'incendio è fuori dalla stanza e il fumo sviluppatosi rende impraticabile l'evacuazione occorre rimanere all'interno della stanza stessa avendo cura di:

1. chiudere bene la porta della stanza;
2. cercare di sigillare la porta della stanza con panni, se possibile bagnati con acqua;
3. aprire la finestra e chiedere aiuto, evitando di sporgersi eccessivamente;

4. se c'è fumo respirare attraverso un fazzoletto o un indumento di cotone, possibilmente bagnato, sdraiarsi a terra per respirare meglio

Come comportarsi

1. restare calmi
2. uscire dalla stanza e chiudere la porta, abbandonare lo stabile senza indugi, ordinatamente e con calma, non creare allarmismo o confusione, non spingere, non gridare, non correre
3. se c'è fumo camminare abbassati e proteggersi la bocca ed il naso con un fazzoletto bagnato
4. raggiungere le scale e le uscite
5. non utilizzare ascensori
6. non tornare indietro per nessun motivo
7. non sostare lungo i corridoi e nelle vicinanze delle uscite dello stabile.

5.6 Rischi da scivolamento e cadute

I passaggi dei luoghi di lavoro ordinari si presentano generalmente in buone condizioni di conservazione; in alcuni tratti di pavimentazione esterna ai PP.OO. non è possibile escludere completamente la presenza di piccole buche, avvallamenti o limitati danneggiamenti delle pavimentazioni.

I pavimenti sono generalmente mantenuti asciutti, durante le operazioni di lavaggio dei pavimenti la ditta incaricata ha l'obbligo di segnalare la presenza di pavimento scivolosi; non è possibile comunque escludere la presenza, anche per eventi accidentali, di tratti di pavimentazioni o scale resi sdruciolevoli per la presenza di liquidi od altri materiali.

Prima dell'inizio il personale esterno dovrà ricevere adeguate informazioni sulle modalità di accesso e percorsi da utilizzare per l'ingresso alle aree di lavoro.

5.7 Rischi derivanti da macchine ed attrezzature

Il personale deve essere preventivamente autorizzato ad utilizzare macchine ed attrezzature del committente, in caso di accesso a luoghi con presenza di macchine ed attrezzature in attività occorre rispettare le disposizioni di accesso previste per i locali.

5.8 Rischi da amianto

Le pareti esterne dell'edificio "C" del "Covid Hospital" del P.O. di Pescara sono costituite da pannelli che contengono all'interno fibre di amianto. Può costituire un rischio per la salute la rimozione o la perforazione degli stessi poiché la potenziale pericolosità dei materiali di amianto dipende dall'eventualità/possibilità che siano rilasciate fibre aerodisperse nell'ambiente che possano venire inalate.

Tuttavia si ricorda che la sola presenza di amianto non rappresenta in sé una fonte di pericolo: la potenziale nocività è legata allo sfaldamento dei materiali che lo contengono, che può avvenire per danneggiamento accidentale o per usura in assenza di manutenzione.

In tali condizioni i materiali possono disperdere e liberare facilmente le fibre nell'ambiente.

6. RISCHI SPECIFICI DELL'AZIENDA ASL PESCARA

6.1 Rischio biologico

Per RISCHIO BIOLOGICO si intende la potenziale esposizione (per contatto cutaneo, inalazione, ingestione) ad agenti biologici (microrganismi, colture cellulari ed endoparassiti umani) che potrebbero provocare infezioni, allergie o intossicazioni.

Le modalità di esposizione più frequenti agli agenti biologici sono: puntura, taglio, contatto cutaneo o con mucose (bocca, occhi), tagli o abrasioni con macchine od attrezzature, oggetti, superfici.

In relazione alle attività lavorative effettuate dal personale sanitario, il rischio potenziale di esposizione si può manifestare come evento accidentale con contaminazione di cute o di lesione percutanea con contatto di liquido biologico infetto e/o paziente con patologia infettiva.

L'aggiornamento del rischio biologico è correlato all'evoluzione della emergenza legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 (cosiddetto "coronavirus") causa della malattia COVID-19.

Misure precauzionali Emergenza Covid-19

Alla data di redazione del presente documento, l'Azienda ha integralmente attuato le misure di prevenzione e protezione associate al rischio descritto sono contenute nel "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro" del 14 Marzo 2020 così come integrato dal Protocollo del 24.04.2020 che stabilisce che le attività lavorative siano svolte in condizioni che assicurino adeguati livelli di protezione alle persone che lavorano. La mancata applicazione del suddetto Protocollo determina la sospensione dell'attività fino al ripristino delle condizioni di sicurezza.

Presso questa azienda, è in vigore la Delibera DG n. 1384 del 10/11/2020 per la regolamentazione dei tamponi oro-rino-faringei, in esecuzione all'Ordinanza del presidente della Giunta Regionale n.93 del 29/10/2020 e del Protocollo dell'agenzia Sanitaria Regionale approvato il 23/10/2020 dal CREA – Comitato Regionale Emergenza, valevole per i dipendenti della A. USL di Pescara e per tutti i lavoratori che accedono per motivi professionali nelle strutture aziendali. Pertanto è necessario ottemperarne alla regolamentazione, secondo la frequenza prevista per l'area di attività di ogni lavoratore. A tal proposito fino al termine dello Stato di Emergenza, l'Azienda Sanitaria di Pescara si impegna ad eseguire, per il tramite della l'U.O.C. di Microbiologia e Virologia del Presidio Ospedaliero di Pescara, prestazioni di microbiologia consistenti in analisi e refertazione di tamponi oro/naso faringei per la ricerca RNA di SARS CoV2. Il test dovrà essere richiesto al Medico competente, attraverso il Responsabile della UO che ospita il frequentatore che altresì vigilerà sull'adempimento all'obbligo. La ASL di Pescara provvederà, a proprie spese, ad analizzare e refertare i campioni nelle 48/72 ore successive alla loro acquisizione.

Inoltre i soggetti non specificatamente autorizzati sono interdetti ad accedere nelle aree ad "alto rischio" per il contagio, ma anche nei reparti dove sono ricoverati pazienti negativi, devono essere informati preventivamente del rischio specifico presente dal coordinatore della UO o dal personale sanitario e dovranno attenersi alle raccomandazioni fornite al fine di favorire un corretto uso e consumo dei DPI previsti che eventualmente saranno forniti al bisogno.

Esempi di Dispositivi di protezione individuale (DPI) forniti nelle aree alto rischio	
Situazione	Dpi raccomandati
Reparto/stanza/ambiente dove è ricoverato caso di Covid	Mascherina chirurgica o filtrante respiratorio FFP2, Protezione facciale, Camice impermeabile a maniche lunghe, Guanti. Nota: il paziente deve indossare mascherina chirurgica
Reparto/stanza/ambiente dove è ricoverato caso di Covid in cui si possono generare aerosol	Filtrante respiratorio FFP2/FFP3, Protezione facciale, Camice impermeabile a maniche lunghe, Guanti, Occhiali di protezione. Nota: il paziente deve indossare mascherina chirurgica

Inoltre ogni lavoratore esterno, nell'accesso in azienda, si impegna a rispettare tutte le disposizioni di cui a seguire e rispettare le seguenti misure igienico-sanitarie:

- lavare frequentemente le mani con prodotti igienizzanti;
- evitare il contatto ravvicinato con persone che manifestino sintomi di infezioni respiratorie acute, i quali comunque devono allontanarsi dal luogo di lavoro e contattare il proprio medico curante;
- evitare abbracci e strette di mano;
- mantenimento, nei contatti sociali, di una distanza interpersonale di almeno un metro;
- igiene respiratoria (starnutire e/o tossire in un fazzoletto o nell'incavo del gomito evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie);
- evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri;
- non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani;
- tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene (es. tossire portandosi un fazzoletto alla bocca, ecc.);
- non prendere farmaci antivirali e antibiotici, a meno che siano prescritti dal medico;
- i lavoratori sono tenuti a mantenere la postazione di lavoro in ordine e pulizia;
- mantenere la distanza di sicurezza (minimo 1 metro dai colleghi o altre persone). Se vi fossero condizioni di impossibilità dovuta al lavoro o alla gestione di un'emergenza occorre indossare le mascherine e gli altri dispositivi di protezione individuale previsti;
- indossare i previsti Dispositivi di Protezione Individuale per la specifica attività lavorativa.
- preliminarmente all'accesso, al lavoratore sarà rilevata la temperatura corporea mediante strumentazione a distanza e senza registrazione dei dati;
- rispettare gli obblighi indicati dalla cartellonistica e dalle informative affisse.

In ultimo si ricorda che:

- è vietato accedere in azienda nel caso si abbiano avuti contatti stretti con persone positive al virus nei 10 giorni precedenti o provenga da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS. In tali casi i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- è fatto obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali (tosse e o difficoltà respiratoria) e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria;
- informare tempestivamente, attraverso la propria direzione laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (Tosse e o difficoltà respiratoria e febbre improvvisa sopra i 37,5). In tali casi saranno applicate le procedure emergenziali atte a tutelare tutti i presenti;
- i soggetti affetti da immunodepressione o da patologie cronico-degenerative come diabete, cardio vascolopatie, bronco pneumopatie, nefropatie devono contattare il proprio medico competente al fine di valutare specifiche azioni di prevenzioni e tutela.

L'Azienda vuole ricordarvi che per gestire efficacemente questa emergenza globale è fondamentale il contributo di tutte le persone, andando a garantire il comune soddisfacimento degli interessi sanitari, sociali ed economici.

6.2 Rischio da irritazione delle vie respiratorie

Il rischio si manifesta quando vengono eseguiti lavori in presenza di sostanze chimiche e/o preparati contenenti agenti chimici irritanti per le vie respiratorie, contraddistinti da specifico pittogramma. Prima dell'inizio dei lavori il personale esterno dovrà ricevere preventive ed adeguate informazioni sulla eventuale presenza di sostanze pericolose nelle aree di lavoro.

6.3 Rischio da esposizione ad antiblastici

Durante le attività lavorative in UFA, i frequentatori possono venire a contatto accidentalmente con residui di farmaci antiblastici. Quando accedono in UFA gli operatori devono indossare gli idonei DPI (guanti- mascherine – calzari) ed utilizzare attrezzature di pulizia specifiche per l'UFA. In caso di contatto con farmaci antiblastici recarsi tempestivamente al Pronto Soccorso per attivare le procedure aziendali esistenti.

6.4 Rischio da radiazioni ionizzanti – NON ionizzanti - CEM

Nei locali dove sono presenti radiofarmaci e/o apparecchiature per radiodiagnostica - RMN – i frequentatori possono accedere solo dopo aver acquisito il permesso dal Coordinatore o dal Responsabile del reparto/servizio, nelle zone controllate solo se dotati di dosimetro personale.

6.5 Rischio da asfissia – ustioni da freddo

Il rischio da asfissia è dovuto alla presenza di azoto nell'aria e conseguente mancanza di O₂. Questo rischio può presentarsi nei locali di Criobiologia in caso di cattivo funzionamento dell'impianto o dei contenitori di azoto. I locali della criobiologia sono dotati di rilevatori e misuratori della concentrazione di ossigeno nell'ambiente; la scarsa concentrazione di O₂ viene segnalata anche all'esterno dei locali con allarmi ottici e sonori.

Nei locali di criobiologia la temperatura ambientale è inferiore a 19°C per i requisiti richiesti dalle apparecchiature presenti nei locali. Gli addetti della ditta appaltatrice prima di entrare nei locali di criobiologia devono indossare gli idoneo abbigliamento da lavoro contro il freddo (guanti – giacca imbottita – cappello). L'accesso nei locali di criobiologia è consentito solo dopo aver avvisato al

sala regia, come riportato nelle procedure presenti sulla porta di ingresso in criobiologia. Il rischio di ustioni da freddo si ha solo in caso di contatto con azoto liquido contenuto nei serbatoi ad una T -197 °C. Questa tipologia di rischio è in realtà molto basso.

In caso di dubbi sul comportamento da tenere, sospendere le attività ed interfacciarsi con il Servizio di Prevenzione e Protezione per la Sicurezza Interna della Azienda USL di Pescara.

7. NORME DI SICUREZZA E MISURE DI EMERGENZA

A termini dell'Art. 26 D. Lgs. 09 aprile 2008 n. 81 coordinato con D. Lgs. 03 agosto 2009 si forniscono dettagliate informazioni sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività.

Misure di prevenzione e protezione

Tutto il personale delle ditte esterne che opera all'interno della struttura oggetto del contratto ha l'obbligo di avvertire preventivamente il Responsabile della Struttura prima dell'inizio dei lavori al fine di coordinare gli interventi in maniera sicura.

Si riporta di seguito l'elenco delle principali misure di prevenzione e protezione adottate nella struttura.

Ovunque:

- ⌚ è vietato fumare;
- ⌚ è fatto obbligo di attenersi a tutte le indicazioni segnaletiche (divieti, pericoli, obblighi, dispositivi di emergenza, evacuazione e salvataggio) contenute nei cartelli indicatori e negli avvisi dati con segnali visivi e/o acustici;
- ⌚ è vietato accedere senza precisa autorizzazione a zone diverse da quelle interessate ai lavori;
- ⌚ è vietato trattenersi negli ambienti di lavoro al di fuori dell'orario stabilito con il Committente;
- ⌚ è vietato compiere, di propria iniziativa, manovre o operazioni che non siano di propria competenza e che possono perciò compromettere anche la sicurezza di altre persone;
- ⌚ è vietato ingombrare passaggi, corridoi e uscite di sicurezza con materiali di qualsiasi natura;
- ⌚ è vietato sostare con autoveicoli al di fuori delle aree adibite a parcheggio, fatto salvo per il tempo strettamente necessario al carico/scarico del materiale.
- ⌚ nelle zone autorizzate al transito veicolare, procedere a passo d'uomo rispettando la segnaletica ed il codice della strada.
- ⌚ Il personale all'interno delle strutture Sanitarie deve essere munito ed indossare in modo visibile l'apposita tessera di riconoscimento.

Nei Reparti Ospedalieri e laboratori (chimici, biologici), in particolare:

- ⌚ è vietato conservare ed assumere cibi e bevande;
- ⌚ il personale deve:

- ✓ rispettare le elementari norme igieniche (ad es. lavarsi le mani alla fine del lavoro e non portare oggetti alla bocca);
- ✓ indossare, ove previsto, i dispositivi di protezione individuale (DPI): guanti, occhiali, mascherine, ecc.;
- ✓ attenersi alle istruzioni fissate per ogni laboratorio dal Responsabile dello stesso.

🕒 il personale non deve:

- ✓ entrare nei locali se non espressamente autorizzato, soffermandosi nei laboratori esclusivamente per il tempo necessario all'intervento;
- ✓ fare operazioni per le quali non sia autorizzato.

Procedura d'emergenza adottate

È tassativo prendere visione delle misure delle procedure di emergenza.

Al verificarsi di una qualsiasi emergenza tutti sono tenuti ad attivarsi senza compromettere la propria e l'altrui incolumità contattando gli addetti alle emergenze della struttura (vedi parte 2).

Ogni edificio dispone di piante di emergenza su cui sono riportate:

- vie di esodo e uscite di sicurezza;
- ubicazione dei mezzi antincendio;
- cassette di pronto soccorso;
- quadri elettrici.

Al segnale di evacuazione è necessario avviarsi verso le uscite di sicurezza. È vietato l'uso degli ascensori in caso di emergenza.

I numeri di telefono per attivare gli enti esterni sono:

NUMERI TELEFONICI DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA

ENTE PREPOSTO	CONTATTO
Corpo Vigili del Fuoco INCENDIO ALLAGAMENTO CALAMITA' NATURALI	115
CARABINIERI	112
POLIZIA	113
EMERGENZA SANITARIA E PRIMO SOCCORSO	118

PROTOCOLLO CONDIVISO DELLE MISURE PER IL CONTRASTO ED IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO DEL COMITATO PER L'APPLICAZIONE E LA VERIFICA DELLE REGOLE DEL PROTOCOLLO DELL'AZIENDA USL DI PESCARA

Premessa

L'attuazione di misure di prevenzione/protezione della salute degli operatori sanitari è una strategia vantaggiosa sia per la comunità che per il singolo lavoratore. Infatti, l'adeguata applicazione di tali misure può limitare la trasmissione e la circolazione del SARS-CoV-2 e quindi mantenere i servizi sanitari "efficienti", anche in situazioni di emergenza.

Gli interventi di prevenzione sono finalizzati a migliorare l'organizzazione del lavoro e a definire strategie per incrementare una corretta comunicazione e percezione del rischio, contrastando la disinformazione.

La condivisione delle strategie di comunicazione sul luogo di lavoro e delle procedure da attuare per affrontare le emergenze rende l'operatore sanitario maggiormente consapevole sui rischi lavorativi. In particolare, non solo come norma generale ma anche in riferimento a questa specifica infezione, è fondamentale aumentare la consapevolezza dei lavoratori sull'importanza di rimanere a casa e lontano da luoghi di lavoro in caso di comparsa di sintomi respiratori, al fine di prevenire la diffusione del rischio.

La gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro prevede l'attuazione di misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (art. 15 del D.Lgs 81/08) tra cui "l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico; la sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, o è meno pericoloso; la limitazione al minimo del numero dei lavoratori che sono, o che possono essere, esposti al rischio; l'utilizzo limitato degli agenti chimici, fisici e biologici sui luoghi di lavoro; la priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale".

Il primo e più importante livello di intervento è l'applicazione delle precauzioni standard, insieme di misure di prevenzione delle infezioni, che dovrebbero applicarsi in tutte le strutture sanitarie (ospedali, ambulatori medici, centri diagnostici, strutture che forniscono altri servizi sanitari) alle quali accedono pazienti e/o utenti di cui non sono note le effettive condizioni di salute. Pertanto, tenuto conto della contingente situazione di emergenza pandemica in cui i soggetti portatori di coronavirus possono essere scarsamente sintomatici, rappresentando una fonte inconsapevole di trasmissione della malattia, ben si comprende il ruolo delle sopra richiamate precauzioni.

Deve ancora sottolinearsi che la buona organizzazione del lavoro, la chiarezza dei ruoli, il rispetto di percorsi dedicati e delle procedure, accompagnati da una corretta comunicazione, informazione e formazione, rappresentano misure di prevenzione collettiva di fondamentale importanza.

In ogni caso, per tutte le operazioni che prevedono il contatto con casi sospetti o confermati di COVID-19, alle misure collettive devono essere affiancate misure di protezione individuale che, in relazione al rischio correlato alle specifiche mansioni, devono prevedere l'utilizzo di presidi medici e/o di dispositivi di protezione individuale (DPI).

I DPI sono una misura efficace per la protezione dell'operatore sanitario se rapportati al contesto di lavoro, alla mansione, al tipo di attività lavorativa in concreto svolta e se inseriti in un più ampio contesto di controlli procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici.

In coerenza con le disposizioni normative emanate in relazione alla emergenza COVID-19 e con le linee guida OMS, come recepite dal Gruppo di Lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità per la prevenzione e il controllo delle infezioni, i livelli di protezione variano in funzione del tipo di paziente e dal tipo di contatto assistenziale.

In generale, senza mai prescindere dalle misure generali di prevenzione, saranno necessarie per gli operatori sanitari precauzioni aggiuntive che comprendono l'utilizzo corretto dei DPI, adeguata sensibilizzazione e addestramento sulle modalità di utilizzo, vestizione, svestizione e di smaltimento.

Su questi ultimi aspetti si raccomanda di seguire con attenzione le procedure riportate nella Circolare del Ministero della Salute del 22 febbraio 2020 e efficacemente rappresentate nel video realizzato dall'ISS e dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, in collaborazione con OMS.

Considerazioni sul contesto normativo

Già le previsioni normative di cui al Titolo X – Esposizione ad agenti biologici – del D. Lgs 81/2008 e s.m.i. delineano obblighi in capo al datore di lavoro in riferimento alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori che comprendono misure tecniche, organizzative, procedurali, igieniche, d'emergenza, d'informazione e formazione, di sorveglianza sanitaria; tali misure vanno adottate in riferimento alla valutazione dei rischi. Quest'ultima deve tener conto altresì (art. 271, c. 1, e) “delle eventuali ulteriori situazioni rese note dall'autorità sanitaria competente che possono influire sul rischio”, come è l'attuale situazione di emergenza pandemica da SARS-CoV-2. Pertanto, le già previste misure di tutela per il rischio da agenti biologici vanno integrate dalle indicazioni individuate ad hoc dagli organismi di riferimento a livello nazionale e internazionale.

I lavoratori sono tenuti al rispetto di tutte le misure di prevenzione individuate. Il c. 1 dell'art. 20 del decreto D. Lgs 81/2008, secondo cui “ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti su luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni...”, applicato al contesto del settore sanitario evoca la riflessione sulla stretta relazione tra tutela della salute e sicurezza sul lavoro e gestione del rischio clinico, ancora più in situazioni di gestione di epidemie.

Pertanto, è auspicabile un approccio integrato che includa la valutazione e la gestione dei rischi, la formazione, l'informazione, la sensibilizzazione, la comunicazione ed il monitoraggio nel tempo, anche nell'ottica di un miglioramento continuo dell'organizzazione del lavoro.

Di seguito saranno affrontati tutti i punti previsti tenendo conto di quanto già in vigore prima della Emergenza Covid-19 e delle misure emesse dall'azienda a partire dal mese di Marzo 2020.

1. Informazione

L'azienda ha informato tutti i lavoratori e chiunque entri in azienda circa le disposizioni delle Autorità, affiggendo all'ingresso e nei luoghi maggiormente visibili dei locali aziendali, apposite informative, in particolare, le informazioni riguardano:

- l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia e l'autorità sanitaria;
- la consapevolezza e l'accettazione del fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere in azienda e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con

- persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, etc.) in cui i provvedimenti dell'Autorità impongono di informare il medico di famiglia e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
- l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nell'accedere e transitare in azienda (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene);
 - l'impegno a informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;

L'azienda ha fornito una informazione adeguata sulla base delle mansioni e dei contesti lavorativi, con particolare riferimento al complesso delle misure adottate cui il personale deve attenersi in particolare sul corretto utilizzo dei DPI per contribuire a prevenire ogni possibile forma di diffusione di contagio.

Si evidenzia infine la necessità di informare gli operatori sanitari in tempo reale sulla situazione epidemiologica ospedaliera ed aziendale in modo che tutti siano a conoscenza di cosa sta succedendo in ospedale e possano regolarsi di conseguenza per cercare di contenere al meglio la diffusione del virus.

2. Modalità ingresso in azienda

Con la disposizione del Direttore Generale prot. 57833 del 29/04/2020 è stata recepita la Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale dell'Abruzzo n.44 del 20 aprile 2020 che prevede il "...Divieto di accesso a chi presenta sintomi simil-influenzali e temperatura corporea superiore a 37,5°..."

Il personale, prima dell'accesso al luogo di lavoro è sottoposto al controllo della temperatura corporea¹, se la temperatura rilevata risulterà superiore ai 37,5°, non sarà consentito l'accesso ai luoghi di lavoro.

Le persone in tale condizione saranno momentaneamente isolate e fornite di mascherine non dovranno recarsi al Pronto Soccorso, ma dovranno contattare nel più breve tempo possibile il proprio medico curante e seguire le sue indicazioni.

L'ingresso in azienda di lavoratori già risultati positivi all'infezione da COVID 19 dovrà essere preceduto da una preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.

¹ Questa operazione costituisce un trattamento di dati personali e, pertanto, deve avvenire ai sensi della disciplina privacy vigente.

A tal fine si suggerisce di rilevare la temperatura e non registrare il dato acquisto. È possibile identificare l'interessato e registrare il superamento della soglia di temperatura solo qualora sia necessario a documentare le ragioni che hanno impedito l'accesso ai locali aziendali. È necessario fornire l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Si ricorda che l'informativa può omettere le informazioni di cui l'interessato è già in possesso e può essere fornita anche oralmente. Quanto ai contenuti dell'informativa, con riferimento alla finalità del trattamento potrà essere indicata la prevenzione del contagio da COVID-19 e con riferimento alla base giuridica può essere indicata l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d), del DPCM 11 marzo 2020 e con riferimento alla durata dell'eventuale conservazione dei dati si può far riferimento al termine dello stato d'emergenza.

È necessario definire le misure di sicurezza e organizzative adeguate a proteggere i dati. In particolare, sotto il profilo organizzativo, occorre individuare i soggetti preposti al trattamento e fornire loro le istruzioni necessarie. A tal fine, si ricorda che i dati possono essere trattati esclusivamente per finalità di prevenzione del contagio da COVID-19 e non devono essere diffusi o comunicati a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali "contatti stretti di un lavoratore risultato positivo al COVID-19).

Infine in caso di isolamento momentaneo dovuto al superamento della soglia di temperatura, assicurare modalità tali da garantire la riservatezza e la dignità del lavoratore. Tali garanzie devono essere assicurate anche nel caso in cui il lavoratore comunichi di aver avuto, al di fuori del contesto aziendale, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 e nel caso di allontanamento del lavoratore che durante l'attività lavorativa sviluppi febbre e sintomi di infezione respiratoria e dei suoi colleghi.

3. Modalità accesso utenti e fornitori esterni

3.1 Utenti

In linea generale l'accesso delle persone alla struttura sanitaria deve essere consentito solo a chi ne ha effettiva necessità, tenendo conto dei volumi di afflusso ed in modo da evitare gli assembramenti, privilegiando, quanto più possibile, l'accesso alle prestazioni sanitarie previa prenotazione (Circolare Min. Salute n.11408/2020).

In ogni caso agli ingressi della struttura, deve essere previsto l'obbligo di DPI nonché il controllo del loro uso corretto; deve altresì essere predisposta la distribuzione di soluzione igienizzante per l'igiene delle mani.

Né operatori sanitari, né utenti devono circolare all'interno degli spazi comuni dell'Ospedale senza le mascherine di Protezione Individuali.

L'accompagnamento di pazienti è consentito solo per minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti e per donne in gravidanza.

L'accesso alle aree ambulatoriali, di degenza, diagnostiche e comunque alle aree sanitarie interne ai presidi, gli utenti sono valutati preliminarmente sia per la presenza di TC > 37,5°C che di eventuali sintomi respiratori in atto.

Infine è in vigore la procedura "MISURE PRECAUZIONALI PER I FAMILIARI/CAREGIVERS CHE ASSISTONO PAZIENTI MINORENNI E/O DISABILI CON INFEZIONE SOSPETTA O CONFERMATA DA Sars-CoV-2" sono Versione 1 - Revisione 0 del 30/10/2020, a cura del Gruppo Operativo Epidemiologico, consultabile sul sito internet www.ausl.pe.it

4.2 Fornitori

Per l'accesso di fornitori esterni sono attuate procedure di ingresso, transito e uscita, al fine di ridurre le occasioni di contatto con il personale in forza nei reparti/uffici coinvolti.

Se possibile, gli autisti dei mezzi di trasporto restano a bordo dei propri mezzi. Per le necessarie attività di approntamento delle attività di carico e scarico, il trasportatore deve attenersi alla rigorosa distanza di almeno 1 metro.

E' stato ridotto, per quanto possibile, l'accesso ai visitatori; qualora fosse necessario l'ingresso di visitatori esterni (impresa di pulizie, manutenzione...), gli stessi sono informati che devono rispettare tutte le regole aziendali.

L'Azienda ha informato le imprese esterne o i lavoratori che operano a vario titolo (appalto, trasporto, ecc.) ed hanno accesso ai luoghi di lavoro aziendali sulla necessità di garantire la distanza interpersonale di almeno 1 metro e, conseguentemente, di rimodulare modalità di accesso e comportamenti da adottare.

L'Azienda verifica che i lavoratori esterni che, operano a vario titolo (appalto, trasporto, ecc.) ed hanno accesso ai luoghi di lavoro aziendali siano già forniti dei DPI anti-contagio prima dell'accesso.

L'Azienda ha organizzato le eventuali relazioni con i fornitori/clienti riducendo al minimo la necessità di contatto e privilegiando modalità informatiche per la trasmissione e lo scambio della documentazione.

Qualora non sia possibile evitare lo scambio di documentazione cartacea, si rispettano le seguenti regole e procedure:

- Mantenere la distanza di almeno un metro.
- Per gli sportelli front-office e le postazioni dove è previsto il colloquio tra personale esterno e quello interno sono state posizionate barriere separatori trasparenti (tipo separatori parafiatto) adatte al passaggio di documenti da verificare/firmare.

- Regolare l'accesso al front office in modo da evitare assembramenti rispettando sempre la distanza di sicurezza di almeno 1 metro.
- Prevedere accessi contingentati preferendo le modalità su appuntamento.
- Disporre adeguato ricambio di aria degli ambienti.
- Dotare gli spazi di ricevimento di distributori di soluzione disinfettante.

Le operazioni di carico e scarico rappresentano un momento di interferenza e potenziale occasione di contagio.

Nell'area di carico/scarico si possono valutare particolari misure tecniche, ad esempio:

- aggiunta di tavoli di lavoro così da garantire la distanza tra le persone;
- installazione di separatori trasparenti (tipo quelli degli uffici postali) per evitare il contatto;
- inserimento di distanziatori;
- evidenziazione di linee di sosta per obbligare le persone al rigoroso rispetto della distanza di almeno un metro evitando il contatto tra persone.

L'Azienda ha comunicato preventivamente agli appaltatori le informazioni e le procedure da osservare nello svolgimento del lavoro all'interno dei locali aziendali. L'azienda come committente è tenuta a dare, all'impresa appaltatrice, completa informativa dei contenuti del Protocollo aziendale e deve vigilare affinché i lavoratori della stessa o delle aziende terze che operano a qualunque titolo nel perimetro aziendale, ne rispettino integralmente le disposizioni.

L'appaltatore e l'appaltante possono elaborare una procedura unica e condivisa per garantire il rispetto degli obblighi precauzionali.

L'Azienda si riserva di escludere o interrompere l'attività dell'appaltatore nel caso di mancato rispetto delle procedure aziendali o convenute.

L'azienda in qualità di committente e le imprese appaltatrici favoriscono la loro collaborazione con le autorità terze nella lotta al contagio; ed è garantita la vigilanza del committente sul rispetto delle disposizioni anche riguardo al personale delle imprese terze che operano nei locali/cantieri del committente stesso.

In caso dei lavoratori dipendenti da aziende terze che operano nelle strutture aziendali (es. manutentori, fornitori, addetti alle pulizie o vigilanza) che risultassero affetti da COVID-19 accertata con tampone, l'appaltatore dovrà informare immediatamente il committente ed entrambi dovranno collaborare fornendo elementi utili all'individuazione di eventuali contatti stretti.

Infine a partire da dicembre 2020 anche i lavoratori delle ditte esterne si dovranno sottoporre al test mediante tampone molecolare (vedi successivo punto 12.1 Tampone rino-oro-faringeo).

4. Pulizia e sanificazione in azienda

L'azienda assicura la pulizia giornaliera e la sanificazione al bisogno dei locali, degli ambienti, delle postazioni di lavoro e delle aree comuni.

Nel caso di presenza di una persona con COVID-19 all'interno dei locali aziendali, si procede alla pulizia e sanificazione dei suddetti secondo le disposizioni della circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020 del Ministero della Salute nonché alla loro ventilazione.

In azienda le procedure aziendali in uso, predisposte a tal proposito dal Gruppo Operativo Epidemiologico, sono consultabili sul sito internet www.ausl.pe.it

- 1) Procedure di sanificazione ambientale da implementare in presenza di casi di colonizzazione/infezione da microrganismi "Alert" Versione 1 – Revisione 0 del 24/02/2015.

5. Precauzioni igieniche personali

È documentato che i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono a contatto stretto con paziente affetto da COVID-19, in primis gli operatori sanitari impegnati in assistenza diretta ai casi, e il personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni biologici di un caso di COVID-19, senza l'impiego e il corretto utilizzo dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei. L'elevata circolazione del virus e l'alto numero di casi di COVID-19 ha comportato una riorganizzazione in molti ospedali con modifiche organizzative che hanno portato al raggruppamento dei pazienti con questa malattia in determinate aree delle strutture con una maggiore esposizione anche a procedure a rischio di generare aerosol. Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito alle modalità e ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.

Le più efficaci misure di prevenzione da applicare sia nell'ambito comunitario che sanitario, includono:

- praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone o, se questi non sono disponibili, con soluzioni/gel a base alcolica. In ambito sanitario è raccomandato l'uso preferenziale di soluzioni/gel a base alcolica, in modo da consentire l'igiene delle mani al letto del paziente in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto, prima di manovre a settiche, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici in vicinanza del paziente);
- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
- tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
- indossare la mascherina chirurgica nel caso in cui si abbiano sintomi respiratori ed eseguire l'igiene delle mani dopo avere rimosso ed eliminato la mascherina;
- evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori.

6. Dpi - Dispositivi di protezione individuali

Precauzioni aggiuntive sono necessarie per gli operatori sanitari al fine di preservare sé stessi e prevenire la trasmissione del virus in ambito sanitario e sociosanitario. Tali precauzioni includono l'utilizzo corretto dei DPI e adeguata sensibilizzazione e addestramento alle modalità relative al loro uso, alla vestizione, svestizione ed eliminazione, tenendo presente che alla luce delle attuali conoscenze, le principali modalità di trasmissione del SARS-CoV-2 sono attraverso droplets e per contatto, a eccezione di specifiche manovre e procedure a rischio di generare aerosol.

È quindi sempre particolarmente importante praticare l'igiene delle mani per prevenire la trasmissione da contatto, soprattutto in relazione con l'utilizzo corretto dei DPI.

L'uso di mezzi di protezione individuale non è alternativo a tutte le altre misure di prevenzione che devono essere messe in atto in rapporto alla specifica attività lavorativa.

In merito alla formazione si ricorda che per il comparto sanitario sono necessari una formazione ed addestramento "sul campo" per il corretto trattamento dei pazienti e, pertanto, per la sua effettuazione si devono adottare idonei protocolli di sicurezza per prevenire la diffusione del COVID-19.

Il DPI per COVID-19 - come correttamente richiamato nel Rapporto COVID-19 2/2020 del ISS – va considerato una misura aggiuntiva e non sostitutiva di una corretta politica d'isolamento mediante azioni di tipo organizzativo e tecnico (distanziamento fisico, barriere, norme igieniche, ecc.). Oltre ai requisiti essenziali di salute e sicurezza nella scelta dei DPI è necessario tenere conto delle caratteristiche specifiche del luogo di lavoro e del Lavoratore; il DPI non solo non deve comportare un rischio maggiore di quello che previene, ma deve essere anche adeguato alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro e tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore stesso. È importante rilevare che è ormai letteratura consolidata quella relativa alle sensibilizzazioni e/o reazioni allergiche da contatto con determinati prodotti chimici o materiali da parte del corpo umano; compito del Datore di Lavoro, supportato dal RSPP e dal Medico Competente verificare e proporre la scelta di DPI che evitino tali situazioni e nel caso di condizioni particolari del singolo lavoratore è necessario definire le modalità di lavoro dello stesso sulla scorta delle indicazioni del Medico Competente.

È necessario rilevare che, indossare DPI al di fuori delle indicazioni, oltre a determinare carenze degli stessi e costi ingiustificati, può creare un falso senso di sicurezza che può portare all'abbandono di altre misure preventive essenziali ed il potenziale rischio di contagio, continuando ad indossarli all'esterno dell'area di assistenza.

Diversi studi hanno accertato che nella popolazione sono presenti persone che pur non presentando sintomi sono portatori del COVID-19. Se tutti i lavoratori indossano le mascherine si evita la diffusione del virus nell'ambiente di lavoro, proteggendo quindi sé stessi e la popolazione. Le mascherine servono pertanto a proteggere tutti i lavoratori da una possibile contaminazione con il virus, rispettivamente attraverso le goccioline di saliva.

Si tratta di una protezione collettiva in quanto la fase emergenziale di massiccia diffusione sul territorio del virus CovSars-2 non consente di indentificare a priori i portatori dello stesso. A tal scopo è fondamentale che tutti i lavoratori portino sempre con sé i mezzi di protezione individuale.

7.1 Idoneità DPI

Per far fronte alle difficoltà di approvvigionamento di determinati DPI e Dispositivi Medici sono state sostituite, temporaneamente, le procedure per la loro immissione sul mercato europeo o per la loro esportazione, rispettivamente, con l'autorizzazione dell'INAIL o con quella dell'ISS, essenzialmente basate sulla valutazione della documentazione presentata dai fabbricanti, in quanto spesso elaborata al di fuori della rete degli Organismi Notificati e delle Norme Europee (DL n. 18 del 17 marzo 2020, art. 15 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19").

In questo quadro, inoltre risulta in vigore anche l'ulteriore disposizione art.5-bis punto 2 del TESTO COORDINATO DEL DECRETO-LEGGE (DL n. 18/2020, coordinato con la legge di conversione n. 27, del 24 aprile 2020 «Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi») secondo cui, fino al termine dell'emergenza, *“è consentito l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali di efficacia protettiva analoga a quella prevista per i dispositivi di protezione individuali previsti dalla normativa vigente. L'efficacia di tali dispositivi è valutata preventivamente dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'art.2 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n.630 del 3 febbraio 2020”*.

Pertanto grazie alla suddetta norma gli Organismi centrali di riferimento per la valutazione, secondo procedura in deroga, in pratica sono tre: INAIL, ISS e il CTS di riferimento della Struttura Commissariale.

Questi organismi valutano i dispositivi con specifico riferimento alle caratteristiche previste dalle norme tecniche che nel contesto emergenziale sono quelle previste a livello internazionale (Europeo, Asiatico, USA).

A seguito di parere POSITIVO il prodotto è commercializzato e può essere messo in uso nelle condizioni in cui è stato sottoposto alla valutazione, quindi con confezionamento, marchi, informazioni presenti all'importazione. È di tutta evidenza che gli aspetti "informativi" o "labelling" sugli stessi variano nei diversi paesi e non solo per la lingua, ma sono accettati t.q.

Inoltre mentre INAIL e ISS rendono noto sul proprio portale gli elenchi dei DPI validati, la Struttura Commissariale pubblica l'esito delle valutazioni del CTS sul proprio sito ma consente l'accesso ai dati unicamente ai referenti Regionali.

Negli elenchi sono indicati il nome del dispositivo, il fabbricante e l'esito della valutazione del CTS (nel sito della ASST di Mantova è presente lo stralcio delle autorizzazioni rilasciate dalla struttura commissariale limitatamente ai dispositivi che sono stati ricevuti dalla Regione Lombardia).

Infine quasi tutti i suddetti DPI riportano l'indicazione per uso "non Medical", ma questo non costituisce elemento ostativo per l'utilizzo, in quanto l'efficacia dei dispositivi viene valutata in termini di protezione da rischi, in particolare per l'utilizzo volto a evitare la diffusione del contagio da Coronavirus.

7. Gestione spazi comuni (mensa, spogliatoi, aree fumatori, distributori automatici)

Il Governo, con Decreto Legge 14 gennaio 2021 n.2 ha prorogato lo stato di emergenza al 30 aprile 2021. È prorogata inoltre al 30 aprile 2021 l'operatività di specifiche disposizioni connesse all'emergenza COVID, in scadenza al 31 gennaio 2021: decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito con modifiche dalla Legge 14 luglio 2020 n.74.

Secondo indicazioni ministeriali l'accesso agli spazi comuni (mensa, spogliatoi, distributori di bevande e/o snack, etc.) deve essere contingentato, con la previsione di una ventilazione continua dei locali, di un tempo ridotto di sosta all'interno di tali spazi e con il mantenimento della distanza di sicurezza di 1 metro tra le persone che li occupano.

All'interno della azienda è tuttora consentita l'attività del bar interno, con l'obbligo di assicurare in ogni caso il rispetto della distanza interpersonale di almeno un metro e di esporre all'ingresso un cartello che riporti il numero massimo di persone ammesse contemporaneamente, sulla base dei protocolli e delle linee guida vigenti.

È consentita la fruizione dei distributori automatici, rimarcando la obbligatorietà di attenersi scrupolosamente a quanto contenuto nelle disposizioni regionali in merito (allegato - OPGR n.74).

Sono obbligatori i seguenti comportamenti:

- Prima di accedere al distributore, recarsi in bagno per lavarsi le mani, avendo cura di rispettare le istruzioni di lavaggio esposte all'interno dei bagni stessi. Solo dopo, recarsi presso il distributore automatico.
- Divieto di avvicinarsi a meno di un metro dagli altri lavoratori che stanno usufruendo del distributore, o stanno consumando quanto prelevato.
- Qualora gli spazi non permettessero di rispettare tali distanze, rimanere all'esterno dell'area di ristoro avendo cura di mantenere la distanza di almeno un metro dagli altri lavoratori in coda.

- Dopo aver prelevato la bevanda o il cibo, non sostare nei pressi del distributore ma posizionarsi ad una distanza di almeno un metro dalla macchinetta, e dagli altri lavoratori che stanno consumando cibi e/o bevande.
- Una volta terminato, abbandonare l'area break per permettere la fruizione in sicurezza da parte di altri lavoratori.

Rispetto all'organizzazione di spazi e percorsi interni, è opportuno siano limitati al minimo gli spostamenti all'interno ed è stato richiesto al personale e agli utenti che siano rispettate le indicazioni sull'utilizzo degli ascensori riservati, fornite con specifica cartellonistica/segnaletica.

8. Organizzazione aziendale (turnazione e smart working, rimodulazione attività)

È necessario rilevare che il settore sanitario si trova di fronte ad una emergenza da ascrivere nell'ambito del rischio biologico inteso nel senso più ampio del termine, che investe l'intera popolazione indipendentemente dalla specificità del "rischio lavorativo proprio" derivante dalla propria Mission.

Come è noto, il rischio biologico è un rischio specifico delle attività sanitarie e la sua valutazione si trova nell'apposito capitolo dedicato all'interno del Documento di Valutazione dei Rischi; detto ciò si renda comunque necessario un aggiornamento dello stesso in funzione delle disposizioni emergenziali COVID-19 in quanto le stesse hanno avuto un sostanziale impatto sulle normali procedure e protocolli presenti in questo comparto produttivo.

È di tutta evidenza, inoltre, che la situazione emergenziale di carattere sociale, nazionale e non, investendo l'intera popolazione, è connotata da un indice di rischio determinato dalla particolare evoluzione del fenomeno, dalle condizioni soggettive dei singoli, nonché da un'indeterminazione valutativa che non può che essere rimessa alle alte Istituzioni, sia per complessità che per entità del rischio nonché per le misure di prevenzione da adottare. Ne consegue che le misure di contenimento, di prevenzione e comportamentali sono, per forza di cose, rimesse al Governo, ISS, alle Regioni ed ai Gruppi di esperti chiamati ad indicare in progress le misure ed i provvedimenti che via via si rendono più opportuni in ragione della valutazione evolutiva dell'emergenza sul territorio nazionale e regionale.

In tale ottica, considerando l'impossibilità per le Aziende del comparto sanitario di poter interrompere le attività, il margine di valutazione e di intervento appare evidentemente circoscritto all'integrazione delle misure, emanate dalle Autorità, nei vari processi produttivi all'interno delle Aziende stesse.

Conseguentemente - fattore molto più importante - è necessaria un'attuazione attenta e responsabile delle predette misure assicurando che tutto il personale vi si attenga e regolamentando che le attività siano svolte con un attivo coinvolgimento consapevole del personale medesimo.

Fermo restando che obbligo di realizzare il processo di valutazione, controllo e gestione dei rischi lavorativi riguarda essenzialmente il Datore di Lavoro, tuttavia, dal punto di vista tecnico, operativo e procedurale, il Datore di Lavoro si deve avvalere del supporto del Servizio di Prevenzione e Protezione e dei Medici Competenti, del coinvolgimento dell'intera "linea produttiva" aziendale rappresentata dai Delegati del Datore di Lavoro, dai Dirigenti e dai Preposti, essendo gli stessi, al contempo, depositari di importanti conoscenze e titolari di obblighi, nonché della consultazione dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e della Rappresentanza sindacale aziendale.

Infatti la conversione in legge del D.lg. 8 aprile 2020, n. 23 ha introdotto uno "schema" per la responsabilità dei datori di lavoro pubblici e privati. Questi adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del codice civile mediante l'esatta applicazione delle prescrizioni contenute nel Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del Covid-19 negli ambienti di lavoro,

sottoscritto il 24 aprile 2020. Il rispetto dei protocolli rappresenta, dunque, la concretizzazione del generale obbligo di diligenza.

8.1 Smart working - Decreto Ministeriale 19 Ottobre 2020

Le misure del provvedimento, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 2020, in vigore fino al 31 dicembre 2020 è stato prorogato con Decreto del 23 dicembre 2020 fino al 31 gennaio 2021.

Il testo contempera l'esigenza di contrasto alla pandemia con la necessità di continuità nell'erogazione dei servizi. Di seguito i punti salienti:

- ciascuna amministrazione con immediatezza assicura su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale lo svolgimento del lavoro agile almeno al 50% del personale impegnato in attività che possono essere svolte secondo questa modalità. Può farlo in modalità semplificata ancora fino al 31 dicembre 2020;
- gli enti, tenendo anche conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, assicurano in ogni caso le percentuali più elevate possibili di lavoro agile, compatibili con le loro potenzialità organizzative e con la qualità e l'effettività del servizio erogato;
- il lavoratore agile alterna giornate lavorate in presenza e giornate lavorate da remoto, con una equilibrata flessibilità e comunque alla luce delle prescrizioni sanitarie vigenti e di quanto stabilito dai protocolli di sicurezza;
- le amministrazioni adeguano i sistemi di misurazione e valutazione della performance alle specificità del lavoro agile. Il dirigente, verificando anche i feedback che arrivano dall'utenza e dal mondo produttivo, monitora le prestazioni rese in smart working da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo;
- lo smart working si svolge di norma senza vincoli di orario e luogo di lavoro, ma può essere organizzato per specifiche fasce di contattabilità, senza maggiori carichi di lavoro. In ogni caso, al lavoratore sono garantiti i tempi di riposo e la disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. Inoltre, i dipendenti in modalità agile non devono subire penalizzazioni professionali e di carriera;
- le amministrazioni si adoperano per mettere a disposizione i dispositivi informatici e digitali ritenuti necessari, ma comunque rimane consentito l'utilizzo di strumentazione di proprietà del dipendente;
- l'amministrazione favorisce il lavoro agile per i lavoratori disabili o fragili anche attraverso l'assegnazione di mansioni diverse e di uguale inquadramento. In ogni caso, promuove il loro impegno in attività di formazione;
- nella rotazione del personale, l'ente fa riferimento a criteri di priorità che considerino anche le condizioni di salute dei componenti del nucleo familiare del dipendente, della presenza di figli minori di quattordici anni, della distanza tra la zona di residenza o di domicilio e la sede di lavoro, ma anche del numero e della tipologia dei mezzi di trasporto utilizzati e dei relativi tempi di percorrenza;
- data l'importanza della continuità dell'azione amministrativa e della rapida conclusione dei procedimenti, l'ente individua comunque ulteriori fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita rispetto a quelle adottate.

9. Gestione entrata e uscita dei dipendenti

L'allegato 6 del DPCM 26 aprile 2020 riporta le indicazioni specifiche per quanto riguarda le modalità di ingresso in azienda dei lavoratori, le precauzioni igieniche personali e entrata/uscita dall'azienda.

Rispetto alle modalità di ingresso in azienda, (ART.2) il Protocollo conferma che il personale possa essere sottoposto al controllo della temperatura corporea (con più di 37,5° non è consentito l'accesso ai luoghi di lavoro). Sono già state attivate delle azioni, che il Comitato (di cui all'art.13) potrà verificare operativamente secondo la specificità organizzativa aziendale:

- rilevare a temperatura e non registrare il dato acquisto;
- fornire l’informativa sul trattamento dei dati personali;
- in caso di isolamento momentaneo dovuto al superamento della soglia di temperatura, si dovrebbe assicurare modalità tali da garantire la riservatezza e la dignità del lavoratore;
- informare preventivamente chi intende fare ingresso in azienda del divieto di accesso per chi, negli ultimi 14 giorni, ha avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19;
- astenersi dal richiedere informazioni aggiuntive in merito alla persona risultata positiva.

L’ ingresso in azienda di lavoratori già risultati positivi all’infezione da COVID 19 dovrà essere preceduto dalla certificazione medica da cui risulti la “avvenuta negativizzazione” del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.

Tutte le attività di controllo degli accessi devono comunque essere gestiti evitando forme di assembramento (es. apponendo segnali per distanziare le persone).

Così come l'ingresso, anche l'uscita dei lavoratori assume un'importanza rilevante, e quindi deve essere gestita seguendo le indicazioni.

10. Spostamenti, riunioni, eventi interni e formazione

Per quanto possibile, al fine di rispettare le distanze di sicurezza, sulle ordinarie vetture aziendali, possono essere trasportati sui sedili posteriori al massimo due passeggeri distanziati il più possibile e muniti di idonei dispositivi individuali di sicurezza, bisogna evitare di occupare il posto disponibile vicino al conducente. Gli occupanti devono essere forniti di idonee mascherine o DPI.

Durante l’uso dei mezzi deve essere disposta l’aerazione naturale, evitando l’utilizzo di aria condizionata e soprattutto della funzione ricircolo. Passeggeri e conducenti dovranno indossare idonee mascherine o DPI.

I mezzi di trasporto devono essere adeguatamente puliti ed areati.

Secondo indicazioni ministeriali, gli spostamenti all’interno dell’azienda devono essere limitati al minimo indispensabile e nel rispetto delle indicazioni aziendali.

Non sono consentite le riunioni in presenza. Se necessarie ed urgenti, nell’impossibilità di collegamento a distanza, dovrà essere ridotta al minimo la partecipazione necessaria e, comunque, dovranno essere garantiti il distanziamento interpersonale e un'adeguata pulizia e areazione dei locali.

11.1 Formazione

Per conciliare le necessarie misure di sicurezza e l’erogazione della formazione, si ritiene che la modalità on line sia conveniente per gli attuali fabbisogni aziendali, in particolare per rispettare l’obbligo di formazione del personale neoassunto che nell’Azienda ha subito l’interruzione dal mese di marzo 2020 e che in base all’Accordo Stato Regioni del 21/12/2011 e secondo gli Artt. 36/37 del D.Lgs 81/08 in ambito di Sicurezza sul lavoro, è uno degli obblighi fondamentali previsti dalla normativa vigente.

In questo periodo di emergenza da COVID-19, in considerazione delle difficoltà operative determinate dalle misure di contenimento, vi sono due le questioni fondamentali da valutare in materia di aggiornamento della formazione su salute e sicurezza sul lavoro, ovvero la possibilità di proseguire lo svolgimento dell’attività lavorativa ed il fatto che per poter ugualmente svolgere la formazione prevista sia possibile utilizzare modalità di formazione a distanza.

Le indicazioni governative del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali riportano testualmente: “... in coerenza con il principio introdotto dall’articolo 103, comma 2, del Decreto-legge n. 18 del 2020 si ritiene che la mancata effettuazione dell’aggiornamento non precluda lo svolgimento dell’attività lavorativa.

Fermo restando, naturalmente, l'obbligo di completare l'aggiornamento immediatamente dopo la fase emergenziale. Inoltre, al fine di contemperare l'esigenza del contenimento delle attività con il necessario aggiornamento delle competenze in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, si ritiene ammissibile, in via temporanea, lo svolgimento delle attività formative in videoconferenza esclusivamente con modalità sincrona, ad esclusione della parte pratica dei corsi, in modo da garantire la verifica delle presenze dei soggetti da formare e la piena interazione tra questi ultimi e i docenti (ad esempio assicurando la condivisione del materiale didattico, la possibilità di formulare domande, etc.)."

Sono stati tenuti Corsi sulle "Procedure di vestizione/svestizione dei DPI previsti per il rischio Sars-Cov-2 e sulle principali Misure di prevenzione e controllo della trasmissione" dalla Coordinatrice del Gruppo Operativo Epidemiologico Aziendale (G.O.E.), Dott.ssa Dalia Palmieri, e dall'Infermiera del G.O.E., Dott.ssa Maria Marvi Monzon, e si sono svolti in orario di servizio, con obbligo di timbratura.

Sono stati effettuati, in accordo con la Direzione Sanitaria, con l'Ufficio Prevenzione e Protezione Sicurezza Interna, con il Dipartimento di Prevenzione e l'Ufficio Formazione e Aggiornamento della Asl, presso l'Aula Biblioteca del P.O. Pescara, i locali dell'Ufficio Formazione e quelli messi a disposizione dalle Strutture territoriali aziendali (RSA e DSB), per un totale di n° 71 Corsi della durata di 2 ore circa/ciascuno a partire dal 20 febbraio 2020, per un totale di 1136 lavoratori formati.

I lavoratori hanno partecipato su base volontaria (con priorità, nella fase iniziale, al Personale operante nel 118, P.S., Malattie Infettive e Rianimazione), agli Operatori delle Ditte in outsourcing (Ditta Dussmann pulizie e Ditta Servizi Ospedalieri), al Personale MMG e della Continuità Assistenziale e alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.).

Inoltre presso questa azienda sanitaria, è contestuale all'atto dell'assunzione di ciascun lavoratore, l'attivazione di un account personale di posta elettronica aziendale, allo scopo di costituire un canale di comunicazione ufficiale, utilizzato per inviare e ricevere tutte le informazioni, gli avvisi e le notizie di carattere istituzionale.

11. Gestione di una persona sintomatica in azienda

Tra i vari scenari ipotizzabili, va considerato il rischio di una riattivazione di focolai nei luoghi di lavoro, è quindi necessario mettere quindi in atto una serie di misure volte a contrastarli. Pertanto, vanno rafforzate, in azienda, tutte le misure di igiene già richiamate e va altresì attuata la procedura del controllo della temperatura corporea sui lavoratori, prima dell'accesso al luogo di lavoro, secondo le modalità di cui al citato Protocollo.

Se la temperatura corporea risulterà superiore ai 37,5° C, non sarà consentito l'accesso ai luoghi di lavoro. Le persone in tale condizione saranno momentaneamente isolate e fornite di mascherine, non dovranno recarsi al Pronto Soccorso, ma dovranno contattare nel più breve tempo possibile il proprio medico curante e seguire le sue indicazioni.

Relativamente alla gestione di un lavoratore che presenta sintomi mentre è al lavoro, ugualmente saranno valide le misure sopra citate. Pertanto, nel caso in cui in azienda un lavoratore sviluppi febbre e sintomi di infezione respiratoria quali la tosse, lo deve dichiarare immediatamente e si dovrà procedere al suo isolamento, in base alle disposizioni dell'Autorità sanitaria.

Se non si dispone di locali da adibire specificamente all'isolamento, possono utilizzarsi aree delimitate, chiuse da porte e dotate di aerazione naturale, dove il lavoratore può soggiornare il tempo necessario ad organizzare il rientro in sicurezza al domicilio. Il lavoratore contatta telefonicamente il proprio medico curante e seguirà le sue indicazioni, senza recarsi al Pronto Soccorso.

In caso di isolamento momentaneo dovuto al superamento della soglia di temperatura, è necessario assicurare modalità tali da garantire la riservatezza e la dignità del lavoratore. Tali garanzie devono essere assicurate anche nel caso in cui il lavoratore comunichi di aver avuto, al di fuori del contesto aziendale, contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 e nel caso di allontanamento del lavoratore che durante l'attività lavorativa sviluppi febbre e sintomi di infezione respiratoria e dei suoi colleghi.

12. Sorveglianza sanitaria/medico competente/rls

Il medico competente, secondo la definizione dell'articolo 2, comma 1, lettera h del Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, è un sanitario in possesso dei titoli professionali e dei requisiti previsti dall'articolo 38 dello stesso decreto, che collabora alla valutazione dei rischi ed effettua la sorveglianza sanitaria, a tutela dello stato di salute e della sicurezza dei lavoratori.

In particolare il medico competente:

- collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e alla redazione del DVR (documento della valutazione dei rischi)
- collabora all'attuazione di programmi di promozione della salute
- effettua la sorveglianza sanitaria, ove necessaria come misura di tutela della salute dei lavoratori.

La sorveglianza sanitaria, di esclusiva competenza del medico competente, comprende l'effettuazione di visite mediche preventive, per valutare l'idoneità del lavoratore allo svolgimento della mansione specifica, e l'effettuazione di visite mediche periodiche, finalizzate a controllare lo stato di salute dei lavoratori e il permanere dei requisiti di idoneità allo svolgimento della mansione specifica.

La sorveglianza sanitaria nella fase emergenziale prosegue rispettando le misure igieniche contenute nelle indicazioni del Ministero della Salute (cd. decalogo), è garantita l'effettuazione di visite preassuntive/preventive, per cambio mansione, al rientro dopo 60 giorni di malattia e le visite straordinarie su richiesta del lavoratore.

Nell'integrare e proporre tutte le misure di regolamentazione legate al COVID-19 il medico competente collabora con il Datore di Lavoro e i RLS.

Sono state incrementate, nell'ambito dell'organizzazione aziendale, l'attività di collaborazione del Medico Competente con le altre figure aziendali della prevenzione e di informazione, con particolare riferimento alla necessità di:

- Adempimenti a quanto previsto dalla autorità sanitarie competenti.
- Osservanza con rigore delle misure igieniche per le malattie a diffusione respiratoria (igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie).
- Informativa su l'utilizzo corretto dei DPI e sul corretto smaltimento degli stessi.
- Informativa di natura organizzativa/gestionale, adeguate alla azienda, in merito al profilo di rischio dei suoi lavoratori ed al contesto di esposizione.
- Collaborazione con il Datore di Lavoro per l'aggiornamento del documento di valutazione dei rischi (DVR), se necessario, valutando il rischio di esposizione ad agenti biologici e l'adozione delle conseguenti misure del caso.
- Aggiornare la formazione e l'informazione nei confronti dei lavoratori rispetto al rischio biologico ed alle misure di prevenzione adottate.

- Segnalare all'azienda situazioni di particolare fragilità e patologie attuali o pregresse dei dipendenti con la consapevolezza che l'azienda provvede alla loro tutela nel rispetto della privacy.
- Coinvolgimento alla ripresa delle attività, per le identificazioni dei soggetti con particolari situazioni di fragilità e per il reinserimento lavorativo di soggetti con pregressa infezione da COVID-19.

Nell'ambito delle attività di sorveglianza sanitaria effettuata ai sensi del D.Lgs. 81/08 s.m.i., ci si attiene rigorosamente alle misure di prevenzione della diffusione delle infezioni per via respiratoria nonché alla rigorosa applicazione delle indicazioni per la sanificazione e disinfezione degli ambienti previste dalle circolari ministeriali.

Infine è stato implementato un sistema di prenotazione delle visite dei lavoratori, in modo tale che nelle sale di attesa non soggiorni più di un lavoratore alla volta e informative/raccomandazioni specifiche affinché non si presentino alla visita soggetti con febbre o sintomi respiratori anche lievi, e sono state effettuate le visite periodiche e gli esami strumentali nel rispetto alla scadenza periodica prevista nel piano di sorveglianza sanitaria.

12.1 Tampone rino-oro-faringeo

Regolamentazione dell'esecuzione dei tamponi oro-rino-faringei ai lavoratori della Azienda UsI Pescara.

Sulla base di quanto riportato dal documento "Protocollo Tamponi al Personale Sanitario e Socio-Sanitario" dell'Agenzia Sanitaria Regionale si definiscono di seguito le indicazioni per l'effettuazione dei tamponi molecolari sul personale sanitario delle strutture sanitarie della A. USL di Pescara, definendo il livello di rischio delle varie aree lavorative.

Le Aree a rischio elevato comprendono l'area intensiva e subintensiva Covid; tutti i reparti di degenza Covid; il 118; il pronto soccorso; le Usca; il personale che opera in strutture socio-sanitarie con mansioni di assistenza diretta a ospiti "fragili" e pertanto rientrano in questa definizione il personale operante in:

- MID-COVID
- MALATTIE INFETTIVE
- PNEUMOLOGIA
- RIANIMAZIONE
- RADIOLOGIA
- PRONTO SOCCORSO
- 118
- DIALISI
- RSA
- ADI
- USCA
- CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
- HOSPICE
- ONCO-EMATOLOGIA
- GASTROENTEROLOGIA

Le Aree a rischio medio sono gli ospedali di comunità; le unità operative cliniche e chirurgiche in cui sono ricoverati pazienti positivi asintomatici; assistenza domiciliare e trasporto di pazienti Covid positivi; attività svolta dai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, che può variare da medio a elevato rischio in funzione della tipologia di pazienti e delle manovre assistenziali da eseguire.

Le Aree a rischio basso, infine, sono le attività di assistenza nelle unità operative cliniche e chirurgiche in cui non sono ricoverati pazienti Covid positivi o sospetti; i Dipartimenti di prevenzione in relazione alle attività svolte; pronto soccorso e radiologia in assenza di soggetti Covid positivi o accesso di soggetti fragili; assistenza domiciliare a pazienti non Covid positivi o sospetti; aree amministrative in relazione alle attività svolte.

I tamponi dovranno essere effettuati:

- per gli operatori delle aree a rischio elevato, ogni 15 giorni;
- per quelli delle aree a rischio medio, ogni 25 giorni;
- per quelli a rischio basso ogni 40 giorni.

Il prelievo del tampone di ciascun operatore sarà effettuato da un operatore sanitario formato, che già esegue tale attività per i degenti, direttamente all'interno della UOC\UOSD di appartenenza, con il coinvolgimento dei Direttori e dei Dirigenti Responsabili, che comunicheranno l'esito alla UOS Medico Competente.

Nel caso di un focolaio in un reparto l'organizzazione dei necessari controlli per i contatti stretti (pazienti/operatori) è in capo dei Direttori e dei Dirigenti Responsabili, con l'eventuale coinvolgimento e supporto della UOS Medico Competente per la valutazione preliminare.

Le visite pre-assuntive prevedono nel protocollo l'esecuzione del tampone. Il personale neoassunto, tecnico e amministrativo che quindi non opera in una U.O. sanitaria sarà indirizzato dalla UOS Ufficio del Medico Competente presso i punti prelievi dei Presidi Ospedalieri e Territoriali che già eseguono il prelievo del tampone per l'utenza.

L'eventuale rifiuto da parte di un lavoratore a sottoporsi all'esecuzione del tampone, equivarrebbe a infrangere l'obbligo del lavoratore di sottoporsi alla Sorveglianza Sanitaria (D.Lgs.81/2008 art. 20 lettera i) e costituirebbe fattispecie per il deferimento al consiglio di disciplina.

Regolamentazione dell'esecuzione dei tamponi oro-rino-faringei ai lavoratori esterni.

Per il personale delle ditte fornitrici quali ad esempio: servizio lavanolo, mensa e distribuzione pasti, manutenzione impianti ecc. sarà onere dei medici competenti delle rispettive ditte sottoporre i propri dipendenti al tampone e fornire alla UOS Ufficio del Medico Competente della Azienda UsI Pescara il relativo referto.

La periodicità dovrà essere la stessa prevista per il personale sanitario sulla base delle aree di attività.

12.2 Lavoratori fragili

In merito alle situazioni di particolare fragilità le "Indicazioni operative" del Ministero della salute del 29 aprile 2020 sottolineavano l'opportunità che il medico competente fosse coinvolto nella identificazione dei soggetti con particolari situazioni di fragilità, raccomandando di porre particolare attenzione ai soggetti fragili anche in relazione all'età.

All'epoca, in merito a tali situazioni di fragilità, i dati epidemiologici rilevavano una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione (>55 anni di età), nonché in presenza di co-morbilità tali da caratterizzare una condizione di maggiore rischio, come riportato nel Documento Tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di

prevenzione, approvato dal Comitato Tecnico Scientifico, di cui all'OCDPC n. 630 del 2020, e pubblicato dall'INAIL in data 23 aprile 2020.

I dati epidemiologici recenti hanno chiaramente mostrato una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione in presenza di alcune tipologie di malattie cronico degenerative (ad es. patologie cardiovascolari, respiratorie e dismetaboliche) che, in caso di comorbilità con l'infezione da SARS-CoV-2, possono influenzare negativamente la gravità e l'esito della patologia.

Il concetto di fragilità va dunque individuate in quelle condizioni dello stato di salute del lavoratore/lavoratrice rispetto alle patologie preesistenti che potrebbero determinare, in caso di infezione, un esito più grave o infausto e può evolversi sulla base di nuove conoscenze scientifiche sia di tipo epidemiologico sia di tipo clinico.

Con specifico riferimento all'età, va chiarito che tale parametro, da solo, anche sulla base delle evidenze scientifiche, non costituisce elemento sufficiente per definire uno stato di fragilità nelle fasce di età lavorative. Peraltro, se quale parametro venisse individuata la sola età, non sarebbe necessaria una valutazione medica per accertare la condizione di fragilità: non è, infatti, rilevabile alcun automatismo fra le caratteristiche anagrafiche e di salute del lavoratore e la eventuale condizione di fragilità; in tale contesto, la "maggiore fragilità" nelle fasce di età più elevate della popolazione va intesa congiuntamente alla presenza di comorbilità che possono integrare una condizione di maggior rischio.

Tale evoluzione delle evidenze in tema di fragilità in caso di possibili infezioni da SARSCoV-2 è stata altresì recepita nel Rapporto ISS COVID-19 n. 58 del 22 agosto 2020, pubblicato a cura di ISS, INAIL, Ministero della salute e Ministero dell'istruzione, in collaborazione con Regione Emilia-Romagna e Regione Veneto e la Fondazione Bruno Kessler, e approvato dalla Conferenza Unificata ai sensi dell'art. 9, comma 1, del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281 (Rep. Atti n. 108/CU del 28 agosto 2020).

Ai lavoratori e alle lavoratrici è assicurata la possibilità di richiedere al datore di lavoro l'attivazione di adeguate misure di sorveglianza sanitaria, in ragione dell'esposizione al rischio da SARS-CoV-2, in presenza di patologie con scarso compenso clinico (a solo titolo esemplificativo, malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche). Le eventuali richieste di visita dovranno essere corredate della documentazione medica relativa alla patologia diagnosticata (con modalità che garantiscano la protezione della riservatezza), a supporto della valutazione del medico competente.

Figure preposte a rilasciare la certificazione di lavoratore "fragile"

Con la Circolare Presidenza del Consiglio dei Ministri 27 Marzo 2020, sono chiariti che sono organi abilitati a certificare la condizione di cui all'articolo 26, comma 2 sia i medici preposti ai servizi di medicina generale (c.d. medici di base), che i medici convenzionati con il S.S.N.

Infine per il reintegro progressivo di lavoratori dopo l'infezione da SARS-CoV-2, il medico competente, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza, effettua la "visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione" (D. Lgs 81/08 e s.m.i, art. 41 c. 2 lett. e-ter).

13. Aggiornamento protocollo di regolamentazione

Provando a sintetizzare, si possono distinguere due interventi di aggiornamento:

- 1- I processi lavorativi dell'Azienda non subiscono variazioni e pertanto le precauzioni del COVID-19 vengono inserite nei normali processi lavorativi verificando se le misure esistenti ricomprendano quanto previsto specificatamente per il COVID-19 e l'indice di rischio sia commisurato a quello

determinato precedentemente. In questo caso rimane comunque fondamentale l’emanazione di aggiornamenti di protocolli e procedure in vigore e un retraining formativo al personale.

- 2- I processi lavorativi dell’Azienda subiscono un cambiamento sostanziale - è il caso ad esempio della creazione di ospedali/reparti COVID-19 – e conseguentemente l’aggiornamento del DVR diviene indispensabile non solo per l’aspetto COVID-19, ma anche – e soprattutto – perché si è modificata l’attività lavorativa e il DVR in vigore non rappresenta più le condizioni esistenti.

Ciò peraltro è previsto all’art.29 co. 3 del D.Lgs. 81/08 s.m.i. - “3. La valutazione dei rischi deve essere immediatamente rielaborata, nel rispetto delle modalità di cui ai commi 1 e 2, in occasione di modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, - omissis –” – determinando conseguentemente l’emissione di un documento che analizzi e valuti TUTTI i rischi presenti in tali strutture/reparti, rischio COVID-19 incluso. Il nuovo documento come per il precedente dovrà riportare i relativi indici di rischio per mansione/fase lavorativa nonché misure, procedure, protocolli attuati e DPI impiegati per la riduzione dei rispettivi rischi presenti.

A tal fine si ricorda la pubblicazione del Documento di Valutazione del Rischio biologico Rev.1 del 31 marzo 2020, riguardante l’emergenza Covid-19 è reperibile sul sito aziendale.

Composizione Comitato Aziendale

ing. Antonio Busich	RSPP/Coordinatore CA	
dr. Antonio Caponetti	Direttore Sanitario f.f.	
dr. Giovanni Di Nicolantonio	Medico Competente	
dr.ssa Dina Di Giuseppe	Medico Competente	
dr. Antonio Sgarro	RLS	
dr. Angelo Pancione	RLS	
dr.ssa Tiziana Camarra	RLS	
sig.ra Patrizia Sulprizio	RLS	
sig. Nicola Spadaccini	RLS	
dr. Vittorio Di Michele	ANAO ASSOMED – Area Sanità	
dr.ssa Mirella Triozzi	FVM – Area Sanità	
dr. Antonio Calabrese	FASSID – Area Sanità	
dr. Guido Patriarca	UIL FPL – Area Sanità	
dr. Adriano Lauri	FESMED – Area Sanità	
dr.ssa Maria Gabriella Costanzo	AAROI EMAC – Area Sanità	
dr. Renato Cerbo	FP CGIL – Area sanità	
dr.ssa Francesca Rancitelli	UIL FPL – Area Funzioni Locali	
ing. Vincenzo Lo Mele	FEDIRETS – Area Funzioni Locali	

In rappresentanza della UOSD Ufficio Prevenzione e Protezione per la Sicurezza Interna il dr. Galileo Camplone, la dr.ssa Stefania De Iulii e il sig. Giuseppe Di Paolo.



Regione Abruzzo – ASL 03 Pescara

**LETTERA DI DESIGNAZIONE A RESPONSABILE DEL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Art. 28 Regolamento UE 679/2016

Regolamento
Aziendale Privacy –
Allegato 5

**PRY-RT-001
Rev. 2.0
Del 30/04/2021**

Sede Legale:

Via Renato Paolini, 45

65124 Pescara

P. IVA 01397530982

**II SOGGETTO AUTORIZZATO AL TRATTAMENTO
DI DATI PERSONALI CON DELEGA (SATD)**

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

DR. DI MICHELE VITTORIO

Prot. n. _____

Pescara, li _____

Spett.le	Associazione Italiana Genitori (A. GE)
Indirizzo	Piazza Santa Caterina da Siena n. 4
Località	Pescara
P.IVA	80009670680
Tel	334 673 0754
MAIL	_____

Oggetto: Accordo per la Designazione a Responsabile del Trattamento dei Dati Personali dell' Associazione Italiana Genitori (A. GE) Accordo per la Protezione dei Dati (APD) – ai sensi dell'Art. 28 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 679/2016 (GDPR – General Data Protection Regulation) e della vigente normativa di settore.

Il sottoscritto Dott. Di Michele Vittorio in qualità di Soggetto Autorizzato al Trattamento con Delega (di seguito anche SATD) della ASL di Pescara – Titolare del trattamento dei dati personali - considerato che:

- La ASL di Pescara – in qualità di TITOLARE del Trattamento di Dati Personali – è tenuta a tutti gli adempimenti di legge;
- La designazione a Responsabile del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 679/2016 (di seguito GDPR – General Data Protection Regulation – o Regolamento) viene intesa essere rivolta a soggetti esterni alla struttura del Titolare;
- Il presente accordo integra e specifica gli obblighi derivanti dal Contratto/Convenzione) tra la ASL di

Pescara (di seguito "ASL PE" o "Titolare") e l'**Associazione Italiana Genitori A. GE** di Pescara (di seguito il "Fornitore" o il "Responsabile") con particolare riferimento agli obblighi di protezione dei dati; con il presente accordo designa ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE 679/2016

l'Associazione Italiana Genitori A. GE

quale Responsabile del Trattamento dei dati personali trattati per conto della ASL di Pescara in attuazione della convenzione stipulata tra le parti per la realizzazione del "PROGETTO ANDREA" di umanizzazione dei ricoveri di bambini con patologie acute presso le UU.OO. di pediatria della Asl di Pescara.

Il presente Accordo sulla Protezione dei Dati (di seguito anche APD) si applica a tutte le attività svolte dal Responsabile nell'ambito del trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (di seguito "Regolamento" o "GDPR"), del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali – di seguito "Codice" – come modificato dal D. Lgs. 101/2018) e della vigente normativa di settore, nell'ambito della Delibera, ivi comprese le attività svolte dai propri soggetti autorizzati al trattamento o terze parti (es.: sub-responsabili), designate dal Responsabile, che trattino dati per conto del Titolare (ASL PE).

Di seguito verranno intesi il Responsabile e la ASL di Pescara congiuntamente come le "**Parti**" e ciascuna singolarmente come la "**Parte**"; inoltre ogni riferimento al Titolare dovrà essere inteso come effettuato al SATD Dott. Di Michele Vittorio ed ogni comunicazione al Titolare dovrà essere trasmessa al seguente indirizzo PEC protocollo.aslpe@pec.it) all'att.ne del SATD sopra indicato e per conoscenza all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle informazioni.

Articolo 1 – Oggetto, natura, finalità e durata del trattamento

- 1) Il presente APD si applica al trattamento dei dati personali svolto dal Fornitore in qualità di Responsabile del Trattamento per conto della ASL di Pescara, quale Titolare del Trattamento, ai sensi della Delibera e definisce gli obblighi delle Parti in materia di tutela dei dati personali;
- 2) La Natura, la finalità e l'ambito del trattamento sono definiti da tutti i trattamenti di dati personali effettuati nell'esecuzione dei servizi previsti dalla Delibera e riportati nell'Allegato 1 al presente Accordo sulla Protezione dei Dati (APD);
- 3) Ciascuna Parte è esclusivamente responsabile per il proprio rispetto delle disposizioni di legge applicabili in materia di protezione dei dati personali;
- 4) Il Responsabile è tenuto al rispetto delle istruzioni impartite dal Titolare in materia di protezione dei dati personali.
- 5) La durata del trattamento dei dati personali dei Terzi Interessati da parte del Fornitore corrisponde alla durata riportata nella Delibera sulla base di quanto indicato nel Contratto;
- 6) Nell'Ambito di Trattamento definito, il Titolare chiede al Responsabile di trattare i dati nel rispetto dei seguenti principi:
 - a) trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato («liceità, correttezza e trasparenza»);
 - b) raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità («limitazione della finalità»);
 - c) adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati («minimizzazione dei dati»);
 - d) esatti e, se necessario, aggiornati; devono essere adottate tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati («esattezza»);
 - e) conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati («limitazione della conservazione»);

- f) trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali («integrità e riservatezza»).

Articolo 2 – Tipologie di dati personali e categorie di interessati

- 1) I soggetti i cui dati personali sono oggetto del trattamento da parte del Responsabile ai sensi del presente APD possono essere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dipendenti e collaboratori della ASL, terzi incaricati, a qualunque titolo, dalla ASL, pazienti, controparti contrattuali della ASL e, in generale, terze parti rispetto alle quali la ASL agisce come titolare del trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (congiuntamente i "Terzi Interessati"), del Codice e della vigente normativa di settore.
- 2) I dati personali trattati possono consistere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, in recapiti, dati identificativi, informazioni relative allo stato di salute.

Articolo 3 – Istruzioni

- 1) Il Responsabile effettua il trattamento dei dati personali esclusivamente sulla base delle istruzioni ricevute dal Titolare in forma scritta: il dettaglio delle operazioni consentite è indicato nell'Allegato 1 al presente APD. Il presente APD e la Delibera con i suoi allegati costituiscono parte delle istruzioni fornite dal Titolare per il trattamento dei dati personali, per il tramite del Soggetto Autorizzato al Trattamento con Delega, al Fornitore e potranno essere integrate, in qualunque momento, da eventuali specifiche disposizioni, conformi alla legge applicabile in materia di Protezione dei Dati, ove ritenuto necessario da parte del Titolare.
- 2) Qualsiasi istruzione aggiuntiva o modificata rispetto a quanto previsto nella Delibera e nel presente APD dovrà essere trasmessa dalla ASL al Fornitore per iscritto e comunicata via PEC e/o raccomandata a/r. Tale ulteriore istruzione diverrà efficace entro 30 giorni dalla data di comunicazione (invio).
- 3) Si intendono istruzioni in forma scritta documenti quali (a titolo esemplificativo e non esaustivo): Procedure, Circolari, Comunicazioni, Regolamenti, Disciplinari, Materiale didattico per la formazione, ecc...
- 4) È fatto obbligo al Responsabile di:
 - a) Impegnarsi alla riservatezza secondo quanto previsto dall'art. 4 del presente APD;
 - b) adottare le misure di sicurezza richieste ai sensi dell'Art. 32 del GDPR, come previsto dall'art. 5 del presente APD;
 - c) fornire assistenza al Titolare del Trattamento secondo quanto previsto dall'art. 6 del presente APD;
 - d) rispettare gli obblighi di conservazione, riconsegna e cancellazione dei dati secondo quanto previsto dall'Art. 7 del presente APD;
 - e) impegnarsi a supportare il Titolare nella segnalazione e gestione di eventuali Violazioni di Dati Personali secondo quanto previsto dall'art.8 del presente APD;
 - f) impegnarsi a supportare il Titolare nell'esecuzione della Valutazione di Impatto secondo quanto previsto dall'art.9 del presente APD;
 - g) nominare i Soggetti Autorizzati al Trattamento dei dati (ex Incaricati al Trattamento dei Dati) ai sensi dell'art. 28.3.b) del Reg. UE 679/2016 e dell'art. 2-quaterdecies del Codice, conferendo loro apposite istruzioni sulle norme e le procedure da osservare e provvedendo alla relativa formazione come previsto dall'art. 10 del presente APD;
 - h) ove necessario designare i sub-Responsabili del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE 679/2016, conferendo loro apposite istruzioni sulle norme e le procedure da osservare, secondo quanto previsto dall'art. 11 del presente APD;
 - i) ove applicabile assolvere agli adempimenti per gli Amministratori di Sistema secondo quanto previsto dall'art. 12 del presente APD;
 - j) coadiuvare il Titolare nei rapporti con le autorità come previsto dall'Art. 13 del presente APD;

- k) rispettare gli ulteriori obblighi e responsabilità e le disposizioni finali secondo quanto previsto rispettivamente dagli artt. 14 e 15 del presente APD;
- l) redigere ed aggiornare una lista nominativa dei Soggetti Autorizzati al Trattamento e degli eventuali sub-Responsabili e verificare annualmente l'ambito del trattamento consentito ai medesimi e ogni volta che si verifichi un caso di modifica dell'assegnazione degli incarichi (es.: quiescenza, trasferimento, nuovo autorizzato);
- m) controllare le operazioni di trattamento svolte dagli autorizzati ed eventualmente dai sub-Responsabili e la conformità all'ambito di trattamento consentito;
- n) comunicare immediatamente al titolare non oltre le 12 ore successive al loro ricevimento (da parte propria o dei propri sub-Responsabili), ogni richiesta, ordine o attività di controllo da parte del Garante o dell'Autorità Giudiziaria;
- o) organizzare, gestire e supervisionare tutte le operazioni di trattamento dei dati personali affinché esse vengano effettuate nel rispetto delle disposizioni normative in materia di protezione di dati personali e predisporre tutti i documenti richiesti dai relativi adempimenti;
- p) rispettare tutto quanto ulteriormente disciplinato dal presente APD.

Articolo 4 – Riservatezza

- 1) Il Responsabile si impegna a mantenere la riservatezza dei dati a cui ha accesso ed è soggetto a tale obbligo;
- 2) Il Responsabile garantisce che i soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali per proprio conto (Soggetti Autorizzati e Sub-Responsabili) si siano impegnati contrattualmente a mantenere la riservatezza dei dati e siano soggetti a tale obbligo.

Articolo 5 – Sicurezza del trattamento

- 1) Il Responsabile si impegna ad adottare tutte le misure richieste dall'Art. 32 del GDPR e le procedure tecniche e organizzative in materia stabilite dal Titolare.
- 2) In particolare - in considerazione dello stato dell'arte, della natura, dell'oggetto, del contesto e delle finalità del trattamento, nonché dei rischi derivanti, in particolare, dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso, in modo accidentale o illegale, a dati personali trattati, il Responsabile si impegna a mettere in atto le misure tecniche e organizzative identificate dal Titolare e indicate nell'Allegato 2 al presente APD.
- 3) In caso di non completa attuazione delle misure previste nell'Allegato 2, il Responsabile, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente APD, predisponde un piano di implementazione finalizzato a colmare le eventuali lacune e la cui scadenza verrà concordata con il SATD, sentito il parere del DPO, con la collaborazione dell'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni.
- 4) L'allegato 2 al presente APD, ai sensi dell'art. 28.3 lett. h) del Regolamento, verrà preso a riferimento come parte *delle attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzati dal titolare del trattamento o da un altro soggetto da questi incaricato.*
- 5) Qualora il Responsabile intendesse apportare modifiche alle misure tecniche e organizzative previste nell'Allegato 2 al presente APD, in considerazione del progresso e sviluppo tecnologico, effettuerà una preventiva idonea comunicazione, via PEC (protocollo.aslpe@pec.it), al Titolare e, per conoscenza, al Soggetto Autorizzato con Delega sottoscritto e all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni, fermo restando che tali modifiche non potranno comportare l'approntamento di un livello di protezione inferiore rispetto a quanto previsto dalle misure di cui all'Allegato 2 al presente accordo.

Articolo 6 – Assistenza

- 1) Tenendo conto della natura del trattamento dei dati personali svolto dal Responsabile, come descritto nel Contratto allegato alla Delibera, esso si impegna ad assistere il Titolare, approntando le adeguate misure tecniche e organizzative, nella misura in cui ciò sia possibile, per consentire al Titolare di permettere ai Terzi Interessati l'esercizio dei diritti di cui agli Artt. da 15 a 22 del GDPR.

- 2) Il Responsabile dovrà informare il Titolare, senza ingiustificato ritardo, qualora un Terzo Interessato eserciti nei suoi confronti o di uno dei sub-responsabili (ved. Art. 11 del presente APD) uno dei diritti di cui agli Artt. da 15 a 22 del GDPR.
- 3) Tenendo conto della natura del trattamento, come descritto nel Contratto allegato alla Delibera e nel presente APD, e delle informazioni di volta in volta messe a disposizione, il Responsabile si impegna ad assistere il Titolare a garantire il rispetto degli obblighi di cui agli Artt. da 32 a 36 del GDPR.

Articolo 7 – Conservazione, Riconsegna e Cancellazione

- 1) I dati personali trattati dal Titolare, che siano oggetto di trattamento da parte del Responsabile nell'ambito dell'esecuzione delle attività previste dal Contratto allegato alla Delibera, alla cessazione del Contratto stesso, dovranno essere restituiti al Titolare entro un termine massimo di 30 giorni dalla cessazione dei servizi.
- 2) In mancanza di diverse istruzioni successive, il Titolare chiede sin d'ora al Responsabile (e questi agli eventuali sub-responsabili) di procedere con la cancellazione di tutte le copie di dati personali in proprio possesso a seguito della cessazione, da parte del Responsabile o del sub-responsabile, dei servizi in relazione ai quali esegue il trattamento dei dati personali, salvo che la legge applicabile obblighi il Responsabile (o il sub-responsabile) alla conservazione dei dati personali trattati.

Articolo 8 – Violazioni di Dati Personali (cd. “Data Breach”)

- 1) Il Responsabile si impegna ad informare il Titolare, senza ingiustificato ritardo e comunque entro 12 ore dal momento in cui ne sia venuto a conoscenza, di ogni violazione della sicurezza che comporti accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai Dati Personali trasmessi, conservati o comunque trattati.
- 2) Il Responsabile si impegna inoltre, ai sensi dell'art. 28.3, lett. f), tenuto conto della natura del trattamento e delle informazioni a sua disposizione, a prestare ogni necessaria collaborazione al Titolare in relazione all'adempimento degli obblighi sullo stesso gravanti di notifica delle suddette violazioni all'Autorità ai sensi dell'art. 33 del GDPR o di comunicazione della stessa agli interessati ai sensi dell'art. 34 del GDPR.
- 3) La comunicazione dovrà essere trasmessa all'att.ne del Titolare mediante comunicazione a mezzo PEC all'indirizzo protocollo.aslpe@pec.it. Tale comunicazione dovrà essere inviata per conoscenza anche al DPO e all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni Articolo 9 – Valutazione D'impatto (CD. “DATA PROTECTION IMPACT ASSESSMENT”)
- 1) Il Responsabile, ai sensi dell'art. 28.3, lett. f), s'impegna fin da ora, tenuto conto della natura del trattamento e delle informazioni a propria disposizione, a fornire al Titolare ogni elemento utile all'effettuazione della valutazione di impatto sulla protezione dei dati (DPIA – Data Protection Impact Assessment), qualora il Titolare sia tenuto ad effettuarla ai sensi dell'art. 35 del Regolamento, nonché ogni collaborazione nell'effettuazione della eventuale consultazione preventiva al Garante ai sensi dell'art. 36 del Regolamento stesso.

Articolo 10 – Soggetti Autorizzati al Trattamento

- 1) Il Responsabile garantisce che l'accesso ai Dati Personali sarà limitato esclusivamente ai propri dipendenti e collaboratori, previamente identificati per iscritto e formalmente autorizzati (ex art. 2-*quaterdecies* del Codice), il cui accesso ai Dati Personali sia necessario per l'esecuzione dei Servizi previsti dal Contratto allegato alla Delibera.
- 2) Il Responsabile si impegna a fornire ai propri dipendenti e collaboratori, deputati a trattare i Dati Personali del Titolare, le istruzioni necessarie per garantire un corretto, lecito e sicuro trattamento, curarne la formazione, vigilare sul loro operato, vincolarli alla riservatezza su tutte le informazioni acquisite nello svolgimento della loro attività, anche per il periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, e a comunicare al Titolare, su specifica richiesta, l'elenco aggiornato degli stessi.

Articolo 11 – Sub-responsabili del Trattamento

- 1) Per l'esecuzione di specifiche attività per conto della ASL nell'ambito del Contratto, il Responsabile potrà avvalersi di sub-responsabili del trattamento (ciascuno un "Sub-responsabile del Trattamento") ai sensi del GDPR (art. 28.2/28.4). I Sub-responsabili del Trattamento sono autorizzati a trattare dati personali dei Terzi Interessati esclusivamente allo scopo di eseguire le attività per le quali tali dati personali siano stati forniti al Responsabile ed è fatto loro divieto di trattare tali dati personali per altre finalità. Se il Responsabile ricorrerà a Sub-responsabili del Trattamento, essi saranno vincolati, per iscritto, mediante un contratto o un altro atto giuridico a norma del diritto dell'Unione o degli Stati membri, agli stessi obblighi in materia di protezione dei dati contenuti nel presente APD tra il Titolare del trattamento e il Responsabile, prevedendo in particolare garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento. Qualora il Sub-responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, il Responsabile conserva nei confronti del titolare del trattamento l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi del Sub-responsabile.
- 2) Il Responsabile si impegna a informare anticipatamente il Titolare, anche con mezzi elettronici (indirizzo PEC indicato nelle premesse e nell'art. 8 del presente APD), laddove intenda designare o sostituire un Sub-responsabile del Trattamento. La comunicazione al Titolare dovrà contenere l'elencazione dettagliata delle attività, previste dal Contratto, affidate al sub-Responsabile e dovrà essere effettuata 15 giorni prima dell'operazione di designazione o sostituzione; tale operazione si intenderà accettata laddove il Titolare non sollevi obiezioni per iscritto entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione da parte del Responsabile.
- 3) Il Responsabile si impegna a informare anticipatamente il Titolare, anche con mezzi elettronici (indirizzo PEC indicato nelle premesse e nell'art. 8 del presente APD), laddove intenda cessare il rapporto esistente con un sub-Responsabile del Trattamento senza procedere ad una sua sostituzione. Questa operazione prevede che le attività affidate al sub-Responsabile vengano riprese in carico da parte del Responsabile o riassegnate ad uno degli altri sub-Responsabili già designati. La comunicazione della cessazione al Titolare, comprensiva del dettaglio delle attività e della relativa riassegnazione, dovrà essere effettuata 15 giorni prima dell'operazione di cessazione.
- 4) Qualora il Titolare sollevi obiezioni su uno o più Sub-responsabili del Trattamento, darà indicazioni al Responsabile sulle relative motivazioni. In tal caso, quest'ultimo potrà:
 1. proporre altro Sub-responsabile del Trattamento in sostituzione del Sub-responsabile del Trattamento per il quale il Titolare abbia sollevato obiezioni; o
 2. adottare misure tese a superare le obiezioni del Titolare (qualora le obiezioni fossero superabili).
- 5) L'elenco completo ed aggiornato dei Sub-responsabili del Trattamento che verranno eventualmente incaricati dal Responsabile per l'esecuzione di attività di trattamento dei dati di cui al Contratto dovrà essere inviato al Titolare, all'indirizzo PEC protocollo.aslpe@pec.it, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente APD. Tale comunicazione dovrà essere inviata per conoscenza anche all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni.
- 6) Il Fornitore è responsabile nei confronti del Titolare per l'adempimento del Sub-responsabile del Trattamento ai propri obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di Protezione dei Dati Personali e dal presente APD.
- 7) Nel caso in cui il Responsabile abbia necessità di ricorrere a un Sub-responsabile del Trattamento situato in un Paese terzo (extra UE), dovrà darne preventiva comunicazione al Titolare per l'approvazione e, eventualmente, per definire e concordare le modalità di trasferimento dei dati personali conformi a quanto previsto dagli Artt. 44 e seguenti del GDPR. Il Responsabile dovrà garantire inoltre che siano adottate adeguate misure tecniche e organizzative affinché il trattamento soddisfi i requisiti del GDPR, sia assicurata la protezione dei diritti dei Terzi Interessati e le opportune misure di sicurezza siano documentate.

Articolo 12 – Amministratori di Sistema

- 1) Ove applicabile in relazione ai prodotti e servizi forniti, il Responsabile si impegna a conformarsi al Provvedimento generale del Garante per la protezione dei dati personali del 27 novembre 2008

“Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratore di sistema”, così come modificato dal Provvedimento del Garante del 25 giugno 2009, e ad ogni altro pertinente provvedimento dell’Autorità.

- 2) In riferimento ai sistemi informatici (interni o esterni alle strutture dell’Azienda Sanitaria) di trattamento dei dati del Titolare, per i quali il Responsabile (o un suo Sub-responsabile) nomina uno o più Amministratori di Sistema (di seguito anche “AdS”), il Responsabile si impegna a:
1. designare quali Amministratori di Sistema le figure professionali dedicate alla gestione e alla manutenzione di impianti di elaborazione o di loro componenti con cui vengono effettuati trattamenti di Dati personali, fornendo al Titolare, su richiesta, informazioni sulle valutazioni effettuate per le designazioni;
 2. effettuare un’elencazione analitica degli ambiti di operatività consentiti a ciascuno in base al relativo profilo di autorizzazione assegnato e fornendo, su richiesta, informazioni relative alle valutazioni alla base delle designazioni;
 3. predisporre e conservare l’elenco contenente gli estremi identificativi delle persone fisiche qualificate quali Amministratori di Sistema e le funzioni ad essi attribuite;
 4. comunicare periodicamente (almeno una volta l’anno, entro il 31/12) al Titolare l’elenco aggiornato degli Amministratori di Sistema, specificandone l’ambito di responsabilità (sistemi, database, reti, applicativi, etc.) ed i dati di contatto per l’attivazione di eventuali procedure di emergenza;
 5. comunicare tempestivamente (entro 3 giorni dall’ingresso, sostituzione o cessazione degli AdS) al Titolare eventuali variazioni che saranno riportate nell’elenco, specificando eventuali ingressi, sostituzioni o cessazioni, l’ambito di responsabilità (sistemi, database, reti, applicativi, etc.) e le eventuali credenziali di autenticazione introdotte o dismesse e, solo per i nuovi AdS, i dati di contatto per l’attivazione di eventuali procedure di emergenza;
 6. verificare annualmente l’operato degli Amministratori di Sistema, informando il Titolare circa le risultanze di tale verifica;
 7. conservare, ove di competenza, i file di log in conformità a quanto previsto nel suddetto provvedimento (qualora i sistemi siano installati presso le strutture del Responsabile o di suoi sub-Responsabili) o renderli disponibili per la conservazione da parte del Titolare (qualora i sistemi siano installati presso le strutture del Titolare);
 8. garantire una rigida separazione dei compiti tra chi autorizza e/o assegna i privilegi di accesso (credenziali di Amministratore) e chi effettua le attività tecnico-sistemistiche sui medesimi sistemi.

Articolo 13 – Rapporti con le Autorità

- 1) Il Responsabile, su richiesta del Titolare, si impegna a coadiuvare quest’ultimo nella difesa in caso di procedimenti dinanzi all’autorità di controllo o all’autorità giudiziaria che riguardino il trattamento dei Dati Personali di propria competenza.

Articolo 14 – Ulteriori Obblighi e Responsabilità

- 1) Il Responsabile mette a disposizione del Titolare tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi di cui alla normativa in materia di protezione dei dati personali e/o delle istruzioni del Titolare di cui al presente atto di designazione e consente al Titolare del trattamento l’esercizio del potere di controllo e ispezione, prestando ogni ragionevole collaborazione alle attività di audit effettuate dal Titolare stesso o da un altro soggetto da questi incaricato o autorizzato, con lo scopo di controllare l’adempimento degli obblighi e delle istruzioni di cui al presente APD.
- 2) Il Titolare darà comunicazione al Responsabile della propria intenzione di svolgere un Audit comunicandone l’oggetto, la tempistica, la data, e la durata dell’Audit.
- 3) Il Titolare fornirà al Responsabile una relazione scritta di natura confidenziale contenente il riepilogo dell’oggetto e dei risultati dell’Audit.
- 4) Il Responsabile si impegna altresì a:
 1. effettuare almeno annualmente un rendiconto in ordine all’esecuzione delle istruzioni ricevute dal Titolare (e relativi adempimenti eseguiti) ed alle conseguenti risultanze;

2. collaborare, se richiesto dal Titolare, con gli altri Responsabili del trattamento, al fine di armonizzare e coordinare l'intero processo di trattamento dei Dati Personali;
 3. realizzare quant'altro sia ragionevolmente utile e/o necessario al fine di garantire l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati, nei limiti dei compiti affidati con il presente atto di designazione;
 4. informare prontamente il Titolare di ogni questione rilevante ai fini di legge, in particolar modo, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nei casi in cui abbia notizia o ritenga a suo parere che il trattamento dei Dati Personali violi la normativa vigente o presenti comunque rischi specifici per i diritti, le libertà fondamentali e/o la dignità dell'interessato.
- 5) Resta inteso che qualora il Responsabile (o eventuali suoi Sub-responsabili) determini autonomamente le finalità e i mezzi di trattamento in violazione delle istruzioni impartite dal Titolare, sarà considerato, a sua volta, Titolare del trattamento, assumendo i conseguenti oneri, rischi e responsabilità (art. 28.10 del Regolamento).

Articolo 15 – Disposizioni Finali

- 1) La presente designazione non comporta alcun diritto per il Responsabile ad uno specifico compenso o indennità o rimborso per l'attività svolta, né ad un incremento del compenso spettante allo stesso in virtù del Contratto.
- 2) Gli allegati al presente APD fanno parte integrante dello stesso: essi costituiscono parte integrante del Registro dei Trattamenti del Responsabile e dovranno essere mantenuti aggiornati da parte del Responsabile.
- 3) La mancata sottoscrizione del presente accordo non consentirà di dare attuazione di quanto previsto nel Contratto.
- 4) Le comunicazioni che si intendono fatte annualmente da parte del Responsabile, devono essere inviate entro e non oltre il 31/12 di ogni anno.
- 5) Resta inteso che la mancata esecuzione delle istruzioni contenute nel presente APD, costituisce una violazione del Contratto, di cui il presente APD è parte integrante, del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 (come modificato dal D.Lgs. 101/2018) oltre che di quanto disposto dalla normativa vigente.
- 6) Il presente Accordo sulla Protezione dei Dati Personali, comprensivo dei relativi allegati, deve essere restituito, opportunamente sottoscritto digitalmente entro 7 giorni dal ricevimento a mezzo PEC. La restituzione dovrà anch'essa essere effettuata a mezzo PEC all'indirizzo protocollo.aslpe@pec.it
- 7) Per tutto quanto non previsto dal presente atto di designazione si rinvia alle disposizioni generali vigenti ed applicabili in materia di protezione dei dati personali.
- 8) Indicare gli eventuali dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) nominato dal Fornitore:

Il Soggetto Autorizzato al Trattamento con
Delega (SATD)

Dott. Di Michele Vittorio

Per ricezione ed integrale accettazione
del Responsabile

Dr.ssa Carmela Di Blasio

ALLEGATO 1 – Ambito di Trattamento, Categorie di attività e Impatto

Scheda di Trattamento n.1

Nella scheda seguente (una per ogni trattamento), nell'ambito dei servizi erogati per conto della ASL di Pescara, vengono definiti i seguenti punti: l'ambito di Trattamento e le categorie di attività svolte dal Responsabile; le informazioni sotto riportate sono necessarie per la compilazione dei Registri di Trattamento da parte del Responsabile (art. 30.2 del Regolamento).

Cod.	Voce	Descrizione
1	<u>AMBITO DI TRATTAMENTO</u>	
1.1	Trattamento	Convenzione con l'Associazione Italiana Genitori Onclus - AGE
1.2	Finalità del trattamento	<p>realizzazione del "PROGETTO ANDREA" di umanizzazione dei ricoveri di bambini con patologie acute presso la UOC di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE della Asl di Pescara.</p> <p>Si esplica svolgendo una serie di iniziative ludiche e creative e conforto di tipo morale e materiale all'interno del reparto di pediatria e nel reparto di neuropsichiatria infantile dando supporto integrative al personale permanente nell'affrontare tematiche legate all'età evolutiva e dell'adolescenza, differenziando gli interventi nell'area della prevenzione, della cura e della riabilitazione rivolgendosi ai minori e agli adolescenti con problematiche, a rischio e con disabilità e alle famiglie.</p> <p>Tutte le attività sono realizzate sotto la guida di volontari appositamente formati dall'AGE e con l'ausilio di psicologi abilitati, i quali con amore e costanza aiutano il bambino e i genitori a superare il trauma del ricovero ospedaliero, avendo come obiettivo l'attenzione sia all'aspetto fisico che psichico del bambino e della famiglia con l'aiuto di esperte psicologhe che operano con l'AGE.</p> <p>Le volontarie assicurano la loro presenza nel reparto in modo discreto ma efficace, fattivo e costante, offrendo ai genitori e al bambino sia spazi per un ascolto intelligente e rispettoso sia per uno scambio di presenza nel caso i genitori avessero la necessità di assentarsi per un tempo limitato.</p>
1.3	Categorie di interessati	<input type="checkbox"/> Pazienti <input type="checkbox"/> Dipendenti/collaboratori <input checked="" type="checkbox"/> Minori <input checked="" type="checkbox"/> Familiari dei minori <input type="checkbox"/> Altro
1.4	Categorie di Dati Personali oggetto di trattamento	<input checked="" type="checkbox"/> nominativo <input type="checkbox"/> Telefono, mail <input type="checkbox"/> Dati sulle abitudini di vita e sul lavoro <input type="checkbox"/> Origine razziale ed etnica <input type="checkbox"/> Convinzioni religiose <input type="checkbox"/> Opinioni politiche <input type="checkbox"/> Adesioni a partiti, sindacati o associazioni <input type="checkbox"/> Dati di carattere filosofico <input checked="" type="checkbox"/> Dati relativi alla Salute <input type="checkbox"/> Dati relativi alla vita sessuale <input type="checkbox"/> Geolocalizzazione <input type="checkbox"/> Dati giudiziari <input type="checkbox"/> Dati genetici o biometrici <input type="checkbox"/> Dati pseudo-sensibili (stato di bisogno o di disagio, finanziari)

		<input type="checkbox"/> Altri dati a maggior tutela (HIV, violenze, IVG)
1.5	Categorie di Destinatari	
1.6	Durata del trattamento	3 anni dalla sottoscrizione della convenzione
1.7	Durata della Conservazione	Vedi delibera
1.8	Trasferimento di dati personali verso un paese terzo o un'organizzazione internazionale	<input type="checkbox"/> NO
2	CATEGORIE DI ATTIVITÀ RELATIVE AL TRATTAMENTO (OPERAZIONI DI TRATTAMENTO – SI/NO)	
2.1	Raccolta	<input type="checkbox"/>
2.2	Registrazione	<input type="checkbox"/>
2.3	Organizzazione	<input type="checkbox"/>
2.4	Strutturazione	<input type="checkbox"/>
2.5	Conservazione	<input type="checkbox"/>
2.6	Adattamento o Modifica	<input type="checkbox"/>
2.7	Estrazione	<input type="checkbox"/>
2.8	Consultazione	x
2.9	Uso	x
2.10	Comunicazione mediante trasmissione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione	<input type="checkbox"/>
2.11	Raffronto o Interconnessione	<input type="checkbox"/>
2.12	Limitazione	
2.13	Cancellazione o Distruzione	
2.14	Trasferimento verso un paese terzo o una organizzazione internazionale	

Sede Legale:

Via Renato Paolini, 45

65124 Pescara

P. IVA 01397530982

**II SOGGETTO AUTORIZZATO AL TRATTAMENTO
DI DATI PERSONALI CON DELEGA (SATD)
UOC PEDIATRIA
DR. MAURIZIO ARICO'**

Prot. n. _____

Pescara, li _____

Spett.le	Associazione Italiana Genitori (A. GE)
Indirizzo	Piazza Santa Caterina da Siena n. 4
Località	Pescara
P.IVA	80009670680
Tel	334 673 0754
MAIL	_____

Oggetto: Accordo per la Designazione a Responsabile del Trattamento dei Dati Personali dell' *Associazione Italiana Genitori (A. GE)* Accordo per la Protezione dei Dati (APD) – ai sensi dell'Art. 28 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 679/2016 (GDPR – General Data Protection Regulation) e della vigente normativa di settore.

Il sottoscritto Dott. Maurizio Aricò in qualità di Soggetto Autorizzato al Trattamento con Delega (di seguito anche SATD) della ASL di Pescara – Titolare del trattamento dei dati personali - considerato che:

- La ASL di Pescara – in qualità di TITOLARE del Trattamento di Dati Personali – è tenuta a tutti gli adempimenti di legge;
- La designazione a Responsabile del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 679/2016 (di seguito GDPR – General Data Protection Regulation – o Regolamento) viene intesa essere rivolta a soggetti esterni alla struttura del Titolare;
- Il presente accordo integra e specifica gli obblighi derivanti dal Contratto/Convenzione) tra la ASL di

Pescara (di seguito "ASL PE" o "Titolare") e l'**Associazione Italiana Genitori A. GE** di Pescara (di seguito il "Fornitore" o il "Responsabile") con particolare riferimento agli obblighi di protezione dei dati; con il presente accordo designa ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE 679/2016

l'Associazione Italiana Genitori A. GE

quale Responsabile del Trattamento dei dati personali trattati per conto della ASL di Pescara in attuazione della convenzione stipulata tra le parti per la realizzazione del "PROGETTO ANDREA" di umanizzazione dei ricoveri di bambini con patologie acute presso le UU.OO. di pediatria della Asl di Pescara.

Il presente Accordo sulla Protezione dei Dati (di seguito anche APD) si applica a tutte le attività svolte dal Responsabile nell'ambito del trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (di seguito "Regolamento" o "GDPR"), del D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali – di seguito "Codice" – come modificato dal D. Lgs. 101/2018) e della vigente normativa di settore, nell'ambito della Delibera, ivi comprese le attività svolte dai propri soggetti autorizzati al trattamento o terze parti (es.: sub-responsabili), designate dal Responsabile, che trattino dati per conto del Titolare (ASL PE).

Di seguito verranno intesi il Responsabile e la ASL di Pescara congiuntamente come le "**Parti**" e ciascuna singolarmente come la "**Parte**"; inoltre ogni riferimento al Titolare dovrà essere inteso come effettuato al SATD Dott. Maurizio Aricò ed ogni comunicazione al Titolare dovrà essere trasmessa al seguente indirizzo PEC protocollo.aslpe@pec.it) all'att.ne del SATD sopra indicato e per conoscenza all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle informazioni.

Articolo 1 – Oggetto, natura, finalità e durata del trattamento

- 1) Il presente APD si applica al trattamento dei dati personali svolto dal Fornitore in qualità di Responsabile del Trattamento per conto della ASL di Pescara, quale Titolare del Trattamento, ai sensi della Delibera e definisce gli obblighi delle Parti in materia di tutela dei dati personali;
- 2) La Natura, la finalità e l'ambito del trattamento sono definiti da tutti i trattamenti di dati personali effettuati nell'esecuzione dei servizi previsti dalla Delibera e riportati nell'Allegato 1 al presente Accordo sulla Protezione dei Dati (APD);
- 3) Ciascuna Parte è esclusivamente responsabile per il proprio rispetto delle disposizioni di legge applicabili in materia di protezione dei dati personali;
- 4) Il Responsabile è tenuto al rispetto delle istruzioni impartite dal Titolare in materia di protezione dei dati personali.
- 5) La durata del trattamento dei dati personali dei Terzi Interessati da parte del Fornitore corrisponde alla durata riportata nella Delibera sulla base di quanto indicato nel Contratto;
- 6) Nell'Ambito di Trattamento definito, il Titolare chiede al Responsabile di trattare i dati nel rispetto dei seguenti principi:
 - a) trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato («liceità, correttezza e trasparenza»);
 - b) raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità («limitazione della finalità»);
 - c) adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati («minimizzazione dei dati»);
 - d) esatti e, se necessario, aggiornati; devono essere adottate tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati («esattezza»);
 - e) conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati («limitazione della conservazione»);

- f) trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali («integrità e riservatezza»).

Articolo 2 – Tipologie di dati personali e categorie di interessati

- 1) I soggetti i cui dati personali sono oggetto del trattamento da parte del Responsabile ai sensi del presente APD possono essere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dipendenti e collaboratori della ASL, terzi incaricati, a qualunque titolo, dalla ASL, pazienti, controparti contrattuali della ASL e, in generale, terze parti rispetto alle quali la ASL agisce come titolare del trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (congiuntamente i "Terzi Interessati"), del Codice e della vigente normativa di settore.
- 2) I dati personali trattati possono consistere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, in recapiti, dati identificativi, informazioni relative allo stato di salute.

Articolo 3 – Istruzioni

- 1) Il Responsabile effettua il trattamento dei dati personali esclusivamente sulla base delle istruzioni ricevute dal Titolare in forma scritta: il dettaglio delle operazioni consentite è indicato nell'Allegato 1 al presente APD. Il presente APD e la Delibera con i suoi allegati costituiscono parte delle istruzioni fornite dal Titolare per il trattamento dei dati personali, per il tramite del Soggetto Autorizzato al Trattamento con Delega, al Fornitore e potranno essere integrate, in qualunque momento, da eventuali specifiche disposizioni, conformi alla legge applicabile in materia di Protezione dei Dati, ove ritenuto necessario da parte del Titolare.
- 2) Qualsiasi istruzione aggiuntiva o modificata rispetto a quanto previsto nella Delibera e nel presente APD dovrà essere trasmessa dalla ASL al Fornitore per iscritto e comunicata via PEC e/o raccomandata a/r. Tale ulteriore istruzione diverrà efficace entro 30 giorni dalla data di comunicazione (invio).
- 3) Si intendono istruzioni in forma scritta documenti quali (a titolo esemplificativo e non esaustivo): Procedure, Circolari, Comunicazioni, Regolamenti, Disciplinari, Materiale didattico per la formazione, ecc...
- 4) È fatto obbligo al Responsabile di:
 - a) Impegnarsi alla riservatezza secondo quanto previsto dall'art. 4 del presente APD;
 - b) adottare le misure di sicurezza richieste ai sensi dell'Art. 32 del GDPR, come previsto dall'art. 5 del presente APD;
 - c) fornire assistenza al Titolare del Trattamento secondo quanto previsto dall'art. 6 del presente APD;
 - d) rispettare gli obblighi di conservazione, riconsegna e cancellazione dei dati secondo quanto previsto dall'Art. 7 del presente APD;
 - e) impegnarsi a supportare il Titolare nella segnalazione e gestione di eventuali Violazioni di Dati Personali secondo quanto previsto dall'art.8 del presente APD;
 - f) impegnarsi a supportare il Titolare nell'esecuzione della Valutazione di Impatto secondo quanto previsto dall'art.9 del presente APD;
 - g) nominare i Soggetti Autorizzati al Trattamento dei dati (ex Incaricati al Trattamento dei Dati) ai sensi dell'art. 28.3.b) del Reg. UE 679/2016 e dell'art. 2-quaterdecies del Codice, conferendo loro apposite istruzioni sulle norme e le procedure da osservare e provvedendo alla relativa formazione come previsto dall'art. 10 del presente APD;
 - h) ove necessario designare i sub-Responsabili del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE 679/2016, conferendo loro apposite istruzioni sulle norme e le procedure da osservare, secondo quanto previsto dall'art. 11 del presente APD;
 - i) ove applicabile assolvere agli adempimenti per gli Amministratori di Sistema secondo quanto previsto dall'art. 12 del presente APD;
 - j) coadiuvare il Titolare nei rapporti con le autorità come previsto dall'Art. 13 del presente APD;

- k) rispettare gli ulteriori obblighi e responsabilità e le disposizioni finali secondo quanto previsto rispettivamente dagli artt. 14 e 15 del presente APD;
- l) redigere ed aggiornare una lista nominativa dei Soggetti Autorizzati al Trattamento e degli eventuali sub-Responsabili e verificare annualmente l'ambito del trattamento consentito ai medesimi e ogni volta che si verifichi un caso di modifica dell'assegnazione degli incarichi (es.: quiescenza, trasferimento, nuovo autorizzato);
- m) controllare le operazioni di trattamento svolte dagli autorizzati ed eventualmente dai sub-Responsabili e la conformità all'ambito di trattamento consentito;
- n) comunicare immediatamente al titolare non oltre le 12 ore successive al loro ricevimento (da parte propria o dei propri sub-Responsabili), ogni richiesta, ordine o attività di controllo da parte del Garante o dell'Autorità Giudiziaria;
- o) organizzare, gestire e supervisionare tutte le operazioni di trattamento dei dati personali affinché esse vengano effettuate nel rispetto delle disposizioni normative in materia di protezione di dati personali e predisporre tutti i documenti richiesti dai relativi adempimenti;
- p) rispettare tutto quanto ulteriormente disciplinato dal presente APD.

Articolo 4 – Riservatezza

- 1) Il Responsabile si impegna a mantenere la riservatezza dei dati a cui ha accesso ed è soggetto a tale obbligo;
- 2) Il Responsabile garantisce che i soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali per proprio conto (Soggetti Autorizzati e Sub-Responsabili) si siano impegnati contrattualmente a mantenere la riservatezza dei dati e siano soggetti a tale obbligo.

Articolo 5 – Sicurezza del trattamento

- 1) Il Responsabile si impegna ad adottare tutte le misure richieste dall'Art. 32 del GDPR e le procedure tecniche e organizzative in materia stabilite dal Titolare.
- 2) In particolare - in considerazione dello stato dell'arte, della natura, dell'oggetto, del contesto e delle finalità del trattamento, nonché dei rischi derivanti, in particolare, dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso, in modo accidentale o illegale, a dati personali trattati, il Responsabile si impegna a mettere in atto le misure tecniche e organizzative identificate dal Titolare e indicate nell'Allegato 2 al presente APD.
- 3) In caso di non completa attuazione delle misure previste nell'Allegato 2, il Responsabile, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente APD, predispone un piano di implementazione finalizzato a colmare le eventuali lacune e la cui scadenza verrà concordata con il SATD, sentito il parere del DPO, con la collaborazione dell'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni.
- 4) L'allegato 2 al presente APD, ai sensi dell'art. 28.3 lett. h) del Regolamento, verrà preso a riferimento come parte *delle attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzati dal titolare del trattamento o da un altro soggetto da questi incaricato.*
- 5) Qualora il Responsabile intendesse apportare modifiche alle misure tecniche e organizzative previste nell'Allegato 2 al presente APD, in considerazione del progresso e sviluppo tecnologico, effettuerà una preventiva idonea comunicazione, via PEC (protocollo.aslpe@pec.it), al Titolare e, per conoscenza, al Soggetto Autorizzato con Delega sottoscritto e all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni, fermo restando che tali modifiche non potranno comportare l'approntamento di un livello di protezione inferiore rispetto a quanto previsto dalle misure di cui all'Allegato 2 al presente accordo.

Articolo 6 – Assistenza

- 1) Tenendo conto della natura del trattamento dei dati personali svolto dal Responsabile, come descritto nel Contratto allegato alla Delibera, esso si impegna ad assistere il Titolare, approntando le adeguate misure tecniche e organizzative, nella misura in cui ciò sia possibile, per consentire al Titolare di permettere ai Terzi Interessati l'esercizio dei diritti di cui agli Artt. da 15 a 22 del GDPR.

- 2) Il Responsabile dovrà informare il Titolare, senza ingiustificato ritardo, qualora un Terzo Interessato eserciti nei suoi confronti o di uno dei sub-responsabili (ved. Art. 11 del presente APD) uno dei diritti di cui agli Artt. da 15 a 22 del GDPR.
- 3) Tenendo conto della natura del trattamento, come descritto nel Contratto allegato alla Delibera e nel presente APD, e delle informazioni di volta in volta messe a disposizione, il Responsabile si impegna ad assistere il Titolare a garantire il rispetto degli obblighi di cui agli Artt. da 32 a 36 del GDPR.

Articolo 7 – Conservazione, Riconsegna e Cancellazione

- 1) I dati personali trattati dal Titolare, che siano oggetto di trattamento da parte del Responsabile nell'ambito dell'esecuzione delle attività previste dal Contratto allegato alla Delibera, alla cessazione del Contratto stesso, dovranno essere restituiti al Titolare entro un termine massimo di 30 giorni dalla cessazione dei servizi.
- 2) In mancanza di diverse istruzioni successive, il Titolare chiede sin d'ora al Responsabile (e questi agli eventuali sub-responsabili) di procedere con la cancellazione di tutte le copie di dati personali in proprio possesso a seguito della cessazione, da parte del Responsabile o del sub-responsabile, dei servizi in relazione ai quali esegue il trattamento dei dati personali, salvo che la legge applicabile obblighi il Responsabile (o il sub-responsabile) alla conservazione dei dati personali trattati.

Articolo 8 – Violazioni di Dati Personali (cd. “Data Breach”)

- 1) Il Responsabile si impegna ad informare il Titolare, senza ingiustificato ritardo e comunque entro 12 ore dal momento in cui ne sia venuto a conoscenza, di ogni violazione della sicurezza che comporti accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai Dati Personali trasmessi, conservati o comunque trattati.
- 2) Il Responsabile si impegna inoltre, ai sensi dell'art. 28.3, lett. f), tenuto conto della natura del trattamento e delle informazioni a sua disposizione, a prestare ogni necessaria collaborazione al Titolare in relazione all'adempimento degli obblighi sullo stesso gravanti di notifica delle suddette violazioni all'Autorità ai sensi dell'art. 33 del GDPR o di comunicazione della stessa agli interessati ai sensi dell'art. 34 del GDPR.
- 3) La comunicazione dovrà essere trasmessa all'att.ne del Titolare mediante comunicazione a mezzo PEC all'indirizzo protocollo.aslpe@pec.it. Tale comunicazione dovrà essere inviata per conoscenza anche al DPO e all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni Articolo 9 – Valutazione D'impatto (CD. “DATA PROTECTION IMPACT ASSESSMENT”)
- 1) Il Responsabile, ai sensi dell'art. 28.3, lett. f), s'impegna fin da ora, tenuto conto della natura del trattamento e delle informazioni a propria disposizione, a fornire al Titolare ogni elemento utile all'effettuazione della valutazione di impatto sulla protezione dei dati (DPIA – Data Protection Impact Assessment), qualora il Titolare sia tenuto ad effettuarla ai sensi dell'art. 35 del Regolamento, nonché ogni collaborazione nell'effettuazione della eventuale consultazione preventiva al Garante ai sensi dell'art. 36 del Regolamento stesso.

Articolo 10 – Soggetti Autorizzati al Trattamento

- 1) Il Responsabile garantisce che l'accesso ai Dati Personali sarà limitato esclusivamente ai propri dipendenti e collaboratori, previamente identificati per iscritto e formalmente autorizzati (ex art. 2-*quaterdecies* del Codice), il cui accesso ai Dati Personali sia necessario per l'esecuzione dei Servizi previsti dal Contratto allegato alla Delibera.
- 2) Il Responsabile si impegna a fornire ai propri dipendenti e collaboratori, deputati a trattare i Dati Personali del Titolare, le istruzioni necessarie per garantire un corretto, lecito e sicuro trattamento, curarne la formazione, vigilare sul loro operato, vincolarli alla riservatezza su tutte le informazioni acquisite nello svolgimento della loro attività, anche per il periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, e a comunicare al Titolare, su specifica richiesta, l'elenco aggiornato degli stessi.

Articolo 11 – Sub-responsabili del Trattamento

- 1) Per l'esecuzione di specifiche attività per conto della ASL nell'ambito del Contratto, il Responsabile potrà avvalersi di sub-responsabili del trattamento (ciascuno un "Sub-responsabile del Trattamento") ai sensi del GDPR (art. 28.2/28.4). I Sub-responsabili del Trattamento sono autorizzati a trattare dati personali dei Terzi Interessati esclusivamente allo scopo di eseguire le attività per le quali tali dati personali siano stati forniti al Responsabile ed è fatto loro divieto di trattare tali dati personali per altre finalità. Se il Responsabile ricorrerà a Sub-responsabili del Trattamento, essi saranno vincolati, per iscritto, mediante un contratto o un altro atto giuridico a norma del diritto dell'Unione o degli Stati membri, agli stessi obblighi in materia di protezione dei dati contenuti nel presente APD tra il Titolare del trattamento e il Responsabile, prevedendo in particolare garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento. Qualora il Sub-responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, il Responsabile conserva nei confronti del titolare del trattamento l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi del Sub-responsabile.
- 2) Il Responsabile si impegna a informare anticipatamente il Titolare, anche con mezzi elettronici (indirizzo PEC indicato nelle premesse e nell'art. 8 del presente APD), laddove intenda designare o sostituire un Sub-responsabile del Trattamento. La comunicazione al Titolare dovrà contenere l'elencazione dettagliata delle attività, previste dal Contratto, affidate al sub-Responsabile e dovrà essere effettuata 15 giorni prima dell'operazione di designazione o sostituzione; tale operazione si intenderà accettata laddove il Titolare non sollevi obiezioni per iscritto entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione da parte del Responsabile.
- 3) Il Responsabile si impegna a informare anticipatamente il Titolare, anche con mezzi elettronici (indirizzo PEC indicato nelle premesse e nell'art. 8 del presente APD), laddove intenda cessare il rapporto esistente con un sub-Responsabile del Trattamento senza procedere ad una sua sostituzione. Questa operazione prevede che le attività affidate al sub-Responsabile vengano riprese in carico da parte del Responsabile o riassegnate ad uno degli altri sub-Responsabili già designati. La comunicazione della cessazione al Titolare, comprensiva del dettaglio delle attività e della relativa riassegnazione, dovrà essere effettuata 15 giorni prima dell'operazione di cessazione.
- 4) Qualora il Titolare sollevi obiezioni su uno o più Sub-responsabili del Trattamento, darà indicazioni al Responsabile sulle relative motivazioni. In tal caso, quest'ultimo potrà:
 1. proporre altro Sub-responsabile del Trattamento in sostituzione del Sub-responsabile del Trattamento per il quale il Titolare abbia sollevato obiezioni; o
 2. adottare misure tese a superare le obiezioni del Titolare (qualora le obiezioni fossero superabili).
- 5) L'elenco completo ed aggiornato dei Sub-responsabili del Trattamento che verranno eventualmente incaricati dal Responsabile per l'esecuzione di attività di trattamento dei dati di cui al Contratto dovrà essere inviato al Titolare, all'indirizzo PEC protocollo.aslpe@pec.it, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente APD. Tale comunicazione dovrà essere inviata per conoscenza anche all'Ufficio Privacy e Sicurezza delle Informazioni.
- 6) Il Fornitore è responsabile nei confronti del Titolare per l'adempimento del Sub-responsabile del Trattamento ai propri obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di Protezione dei Dati Personali e dal presente APD.
- 7) Nel caso in cui il Responsabile abbia necessità di ricorrere a un Sub-responsabile del Trattamento situato in un Paese terzo (extra UE), dovrà darne preventiva comunicazione al Titolare per l'approvazione e, eventualmente, per definire e concordare le modalità di trasferimento dei dati personali conformi a quanto previsto dagli Artt. 44 e seguenti del GDPR. Il Responsabile dovrà garantire inoltre che siano adottate adeguate misure tecniche e organizzative affinché il trattamento soddisfi i requisiti del GDPR, sia assicurata la protezione dei diritti dei Terzi Interessati e le opportune misure di sicurezza siano documentate.

Articolo 12 – Amministratori di Sistema

- 1) Ove applicabile in relazione ai prodotti e servizi forniti, il Responsabile si impegna a conformarsi al Provvedimento generale del Garante per la protezione dei dati personali del 27 novembre 2008

“Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratore di sistema”, così come modificato dal Provvedimento del Garante del 25 giugno 2009, e ad ogni altro pertinente provvedimento dell’Autorità.

- 2) In riferimento ai sistemi informatici (interni o esterni alle strutture dell’Azienda Sanitaria) di trattamento dei dati del Titolare, per i quali il Responsabile (o un suo Sub-responsabile) nomina uno o più Amministratori di Sistema (di seguito anche “AdS”), il Responsabile si impegna a:
1. designare quali Amministratori di Sistema le figure professionali dedicate alla gestione e alla manutenzione di impianti di elaborazione o di loro componenti con cui vengono effettuati trattamenti di Dati personali, fornendo al Titolare, su richiesta, informazioni sulle valutazioni effettuate per le designazioni;
 2. effettuare un’elencazione analitica degli ambiti di operatività consentiti a ciascuno in base al relativo profilo di autorizzazione assegnato e fornendo, su richiesta, informazioni relative alle valutazioni alla base delle designazioni;
 3. predisporre e conservare l’elenco contenente gli estremi identificativi delle persone fisiche qualificate quali Amministratori di Sistema e le funzioni ad essi attribuite;
 4. comunicare periodicamente (almeno una volta l’anno, entro il 31/12) al Titolare l’elenco aggiornato degli Amministratori di Sistema, specificandone l’ambito di responsabilità (sistemi, database, reti, applicativi, etc.) ed i dati di contatto per l’attivazione di eventuali procedure di emergenza;
 5. comunicare tempestivamente (entro 3 giorni dall’ingresso, sostituzione o cessazione degli AdS) al Titolare eventuali variazioni che saranno riportate nell’elenco, specificando eventuali ingressi, sostituzioni o cessazioni, l’ambito di responsabilità (sistemi, database, reti, applicativi, etc.) e le eventuali credenziali di autenticazione introdotte o dismesse e, solo per i nuovi AdS, i dati di contatto per l’attivazione di eventuali procedure di emergenza;
 6. verificare annualmente l’operato degli Amministratori di Sistema, informando il Titolare circa le risultanze di tale verifica;
 7. conservare, ove di competenza, i file di log in conformità a quanto previsto nel suddetto provvedimento (qualora i sistemi siano installati presso le strutture del Responsabile o di suoi sub-Responsabili) o renderli disponibili per la conservazione da parte del Titolare (qualora i sistemi siano installati presso le strutture del Titolare);
 8. garantire una rigida separazione dei compiti tra chi autorizza e/o assegna i privilegi di accesso (credenziali di Amministratore) e chi effettua le attività tecnico-sistemistiche sui medesimi sistemi.

Articolo 13 – Rapporti con le Autorità

- 1) Il Responsabile, su richiesta del Titolare, si impegna a coadiuvare quest’ultimo nella difesa in caso di procedimenti dinanzi all’autorità di controllo o all’autorità giudiziaria che riguardino il trattamento dei Dati Personali di propria competenza.

Articolo 14 – Ulteriori Obblighi e Responsabilità

- 1) Il Responsabile mette a disposizione del Titolare tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi di cui alla normativa in materia di protezione dei dati personali e/o delle istruzioni del Titolare di cui al presente atto di designazione e consente al Titolare del trattamento l’esercizio del potere di controllo e ispezione, prestando ogni ragionevole collaborazione alle attività di audit effettuate dal Titolare stesso o da un altro soggetto da questi incaricato o autorizzato, con lo scopo di controllare l’adempimento degli obblighi e delle istruzioni di cui al presente APD.
- 2) Il Titolare darà comunicazione al Responsabile della propria intenzione di svolgere un Audit comunicandone l’oggetto, la tempistica, la data, e la durata dell’Audit.
- 3) Il Titolare fornirà al Responsabile una relazione scritta di natura confidenziale contenente il riepilogo dell’oggetto e dei risultati dell’Audit.
- 4) Il Responsabile si impegna altresì a:
 1. effettuare almeno annualmente un rendiconto in ordine all’esecuzione delle istruzioni ricevute dal Titolare (e relativi adempimenti eseguiti) ed alle conseguenti risultanze;

2. collaborare, se richiesto dal Titolare, con gli altri Responsabili del trattamento, al fine di armonizzare e coordinare l'intero processo di trattamento dei Dati Personali;
 3. realizzare quant'altro sia ragionevolmente utile e/o necessario al fine di garantire l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati, nei limiti dei compiti affidati con il presente atto di designazione;
 4. informare prontamente il Titolare di ogni questione rilevante ai fini di legge, in particolar modo, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nei casi in cui abbia notizia o ritenga a suo parere che il trattamento dei Dati Personali violi la normativa vigente o presenti comunque rischi specifici per i diritti, le libertà fondamentali e/o la dignità dell'interessato.
- 5) Resta inteso che qualora il Responsabile (o eventuali suoi Sub-responsabili) determini autonomamente le finalità e i mezzi di trattamento in violazione delle istruzioni impartite dal Titolare, sarà considerato, a sua volta, Titolare del trattamento, assumendo i conseguenti oneri, rischi e responsabilità (art. 28.10 del Regolamento).

Articolo 15 – Disposizioni Finali

- 1) La presente designazione non comporta alcun diritto per il Responsabile ad uno specifico compenso o indennità o rimborso per l'attività svolta, né ad un incremento del compenso spettante allo stesso in virtù del Contratto.
- 2) Gli allegati al presente APD fanno parte integrante dello stesso: essi costituiscono parte integrante del Registro dei Trattamenti del Responsabile e dovranno essere mantenuti aggiornati da parte del Responsabile.
- 3) La mancata sottoscrizione del presente accordo non consentirà di dare attuazione di quanto previsto nel Contratto.
- 4) Le comunicazioni che si intendono fatte annualmente da parte del Responsabile, devono essere inviate entro e non oltre il 31/12 di ogni anno.
- 5) Resta inteso che la mancata esecuzione delle istruzioni contenute nel presente APD, costituisce una violazione del Contratto, di cui il presente APD è parte integrante, del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 (come modificato dal D.Lgs. 101/2018) oltre che di quanto disposto dalla normativa vigente.
- 6) Il presente Accordo sulla Protezione dei Dati Personali, comprensivo dei relativi allegati, deve essere restituito, opportunamente sottoscritto digitalmente entro 7 giorni dal ricevimento a mezzo PEC. La restituzione dovrà anch'essa essere effettuata a mezzo PEC all'indirizzo protocollo.aslpe@pec.it
- 7) Per tutto quanto non previsto dal presente atto di designazione si rinvia alle disposizioni generali vigenti ed applicabili in materia di protezione dei dati personali.
- 8) Indicare gli eventuali dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) nominato dal Fornitore:

Il Soggetto Autorizzato al Trattamento con
Delega (SATD)

Dott. Maurizio Aricò

Per ricezione ed integrale accettazione
del Responsabile

Dr.ssa Carmela Di Blasio

ALLEGATO 1 – Ambito di Trattamento, Categorie di attività e Impatto

Scheda di Trattamento n.1

Nella scheda seguente (una per ogni trattamento), nell'ambito dei servizi erogati per conto della ASL di Pescara, vengono definiti i seguenti punti: l'ambito di Trattamento e le categorie di attività svolte dal Responsabile; le informazioni sotto riportate sono necessarie per la compilazione dei Registri di Trattamento da parte del Responsabile (art. 30.2 del Regolamento).

Cod.	Voce	Descrizione
1	<u>AMBITO DI TRATTAMENTO</u>	
1.1	Trattamento	Convenzione con l'Associazione Italiana Genitori Onclus - AGE
1.2	Finalità del trattamento	<p>realizzazione del "PROGETTO ANDREA" di umanizzazione dei ricoveri di bambini con patologie acute presso le UU.OO. di pediatria della Asl di Pescara.</p> <p>Si esplica svolgendo una serie di iniziative ludiche e creative e conforto di tipo morale e materiale all'interno del reparto di pediatria e nel reparto di neuropsichiatria infantile dando supporto integrative al personale permanente nell'affrontare tematiche legate all'età evolutiva e dell'adolescenza, differenziando gli interventi nell'area della prevenzione, della cura e della riabilitazione rivolgendosi ai minori e agli adolescenti con problematiche, a rischio e con disabilità e alle famiglie.</p> <p>Tutte le attività sono realizzate sotto la guida di volontari appositamente formati dall'AGE e con l'ausilio di psicologi abilitati, i quali con amore e costanza aiutano il bambino e i genitori a superare il trauma del ricovero ospedaliero, avendo come obiettivo l'attenzione sia all'aspetto fisico che psichico del bambino e della famiglia con l'aiuto di esperte psicologhe che operano con l'AGE.</p> <p>Le volontarie assicurano la loro presenza nel reparto in modo discreto ma efficace, fattivo e costante, offrendo ai genitori e al bambino sia spazi per un ascolto intelligente e rispettoso sia per uno scambio di presenza nel caso i genitori avessero la necessità di assentarsi per un tempo limitato.</p>
1.3	Categorie di interessati	<input type="checkbox"/> Pazienti <input type="checkbox"/> Dipendenti/collaboratori <input checked="" type="checkbox"/> Minori <input checked="" type="checkbox"/> Familiari dei minori <input type="checkbox"/> Altro
1.4	Categorie di Dati Personali oggetto di trattamento	<input checked="" type="checkbox"/> nominativo <input type="checkbox"/> Telefono, mail <input type="checkbox"/> Dati sulle abitudini di vita e sul lavoro <input type="checkbox"/> Origine razziale ed etnica <input type="checkbox"/> Convinzioni religiose <input type="checkbox"/> Opinioni politiche <input type="checkbox"/> Adesioni a partiti, sindacati o associazioni <input type="checkbox"/> Dati di carattere filosofico <input checked="" type="checkbox"/> Dati relativi alla Salute <input type="checkbox"/> Dati relativi alla vita sessuale <input type="checkbox"/> Geolocalizzazione <input type="checkbox"/> Dati giudiziari <input type="checkbox"/> Dati genetici o biometrici <input type="checkbox"/> Dati pseudo-sensibili (stato di bisogno o di disagio, finanziari)

		<input type="checkbox"/> Altri dati a maggior tutela (HIV, violenze, IVG)
1.5	Categorie di Destinatari	
1.6	Durata del trattamento	3 anni dalla sottoscrizione della convenzione
1.7	Durata della Conservazione	Vedi delibera
1.8	Trasferimento di dati personali verso un paese terzo o un'organizzazione internazionale	<input type="checkbox"/> NO
2	CATEGORIE DI ATTIVITÀ RELATIVE AL TRATTAMENTO (OPERAZIONI DI TRATTAMENTO – SI/NO)	
2.1	Raccolta	<input type="checkbox"/>
2.2	Registrazione	<input type="checkbox"/>
2.3	Organizzazione	<input type="checkbox"/>
2.4	Strutturazione	<input type="checkbox"/>
2.5	Conservazione	<input type="checkbox"/>
2.6	Adattamento o Modifica	<input type="checkbox"/>
2.7	Estrazione	<input type="checkbox"/>
2.8	Consultazione	x
2.9	Uso	x
2.10	Comunicazione mediante trasmissione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione	<input type="checkbox"/>
2.11	Raffronto o Interconnessione	<input type="checkbox"/>
2.12	Limitazione	
2.13	Cancellazione o Distruzione	
2.14	Trasferimento verso un paese terzo o una organizzazione internazionale	

Principi, Diritti e Misure Tecniche e Organizzative – Requisiti/Schede di Audit

Si indicano, in base alla loro applicabilità in relazione al servizio erogato per conto del Titolare, i principi di trattamento e i diritti degli interessati, secondo le indicazioni del Regolamento UE 679/2016, del D.Lgs. 196/2003 (così come modificato dal D.Lgs. 101/2018) unitamente alle misure di sicurezza previste.

Le indicazioni fornite nel presente allegato relative alle misure di sicurezza sono estrapolate dalle Linee Guida ENISA relative alla sicurezza dei trattamenti di dati personali: esse dovranno essere riportate all'interno del Registro dei Trattamenti del Responsabile.

Principi di Trattamento e Diritti degli Interessati

Req.	Principi e Diritti (riferimenti agli articoli del Reg. UE 679/2016)
A.1	Art. 5.1.b – Misure per garantire la limitazione della finalità del trattamento (dati non utilizzati per altre finalità)
A.2	Art. 5.1.c – Misure per garantire la minimizzazione dei dati del trattamento
A.3	Art. 5.1.d – Misure per garantire la esattezza/qualità dei dati
A.4	Art. 5.1.e – Misure per garantire la limitazione della conservazione
A.5	Art. 15 – Misure per garantire il diritto di Accesso dell'interessato
A.6	Art. 16 – Misure per garantire il diritto di Rettifica
A.7	Art. 17 – Misure per garantire il diritto alla Cancellazione ("Oblio") – ove applicabile
A.8	Art. 18 – Misure per garantire il diritto alla Limitazione del Trattamento
A.9	Art. 19 – Misure per garantire l'obbligo di Notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del Trattamento
A.10	Art. 20 – Misure per garantire il diritto alla portabilità dei dati – ove applicabile
A.11	Art. 21 – Misure per garantire il diritto di Opposizione
A.12	Art. 22 - Misure per garantire la sicurezza in caso di processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la <i>profilazione</i>

Misure di Sicurezza

Il perimetro di sicurezza definito come ambito di applicazione delle misure di sicurezza di seguito elencate è costituito dal servizio effettuato dal Responsabile per conto della ASL di Pescara; di conseguenza le seguenti misure sono applicabili all'organizzazione, alle informazioni/dati, agli strumenti HW, SW e di rete ed al personale coinvolti nell'erogazione del servizio contrattualizzato.

Le presenti misure di sicurezza verranno utilizzate quale riferimento per l'esecuzione degli audit previamente concordati.

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
Politiche di sicurezza e procedure per la protezione dei dati personali	1.1	Il Responsabile deve disporre di una propria regolamentazione (o politica di sicurezza) in materia di protezione dei dati personali conforme alla normativa vigente e che disciplini i servizi erogati per conto del Titolare.
	1.2	La regolamentazione di cui al punto precedente deve essere riesaminata e aggiornata almeno su base annuale.
	1.3	La regolamentazione deve essere approvata dalla Direzione e comunicata a tutti i dipendenti e alle parti esterne interessate.
	1.4	La regolamentazione deve disciplinare almeno i seguenti punti: ruoli e responsabilità del personale, misure tecniche e organizzative di base adottate per la sicurezza dei dati personali, per i responsabili e sub-responsabili del trattamento dei dati e per le altre terze parti coinvolte nel trattamento dei dati personali.
Ruoli e responsabilità	2.1	I ruoli e le responsabilità relativi al trattamento dei dati personali devono essere chiaramente definiti e assegnati in conformità con la politica di sicurezza.
	2.2	Durante le riorganizzazioni interne o le cessazioni e il cambio di impiego, devono essere chiaramente definite le modalità di revoca dei diritti e delle responsabilità con le rispettive procedure di passaggio di consegne.
	2.3	Deve essere effettuata una chiara individuazione e designazione delle persone incaricate di compiti specifici di sicurezza, compresa la nomina di un responsabile della sicurezza.
Riservatezza del personale	3.1	Il Responsabile deve garantire che tutto il personale comprenda le proprie responsabilità e gli obblighi relativi al trattamento dei dati personali. I ruoli e le responsabilità devono essere chiaramente comunicati durante la fase di attivazione del Servizio/Contratto.
	3.2	Prima di assumere i propri compiti, il personale del Responsabile deve essere invitato a riesaminare e concordare la Regolamentazione di sicurezza dell'organizzazione e firmare i rispettivi accordi di riservatezza e di non divulgazione.
Formazione	4.1	Il Responsabile deve garantire che tutto il personale sia adeguatamente formato sui controlli di sicurezza previsti per il servizio e per gli eventuali sistemi informatici ad esso correlati. Il personale coinvolto nel trattamento dei dati personali deve inoltre essere adeguatamente informato e periodicamente aggiornato in merito ai requisiti in materia di protezione dei dati e agli obblighi previsti dalla normativa vigente attraverso regolari campagne di sensibilizzazione.
	4.2	Il Responsabile deve disporre programmi di formazione (relativi alla protezione dei dati personali e alla sicurezza delle informazioni) strutturati e regolari per il proprio personale, compresi programmi specifici per l'inserimento di eventuali nuovi arrivati (es.: job rotation, nuove assunzioni, ecc...).
Politica controllo accessi	5.1	Specifici diritti di accesso devono essere assegnati a ciascun ruolo (coinvolto nel trattamento di dati personali) in base al principio di necessità e di pertinenza.
	5.2	Deve essere definita una politica di controllo degli accessi. Nel documento l'organizzazione deve determinare le regole di controllo di accesso appropriate, i diritti di accesso e le restrizioni per specifici ruoli degli utenti verso i processi e le procedure relative ai dati personali.
	5.3	La segregazione dei ruoli per gestire il controllo degli accessi (ad es. Richiesta di accesso, autorizzazione di accesso, amministrazione degli accessi) dovrebbe essere chiaramente definita e documentata.
Controllo accessi e autenticazione	6.1	Ove fornita dall'Organizzazione, deve essere attuata la politica di controllo accessi applicabile a tutti gli utenti che accedono ai sistemi IT, con particolare riguardo agli aspetti relativi alla creazione, approvazione, riesame ed eliminazione degli account.
	6.2	L'uso di account generici (non personali) deve essere evitato. Nei casi in cui ciò sia necessario, l'utilizzo deve essere autorizzato dal referente dell'Organizzazione. Qualora tale autorizzazione fosse fornita, è necessario garantire che tutti gli utenti che usano l'account generico abbiano gli stessi ruoli e responsabilità.
	6.3	Sui sistemi utilizzati (strumentali) per l'erogazione del servizio, deve essere presente un meccanismo di autenticazione che consenta l'accesso che sia in linea con la politica di controllo degli accessi ove fornita dall'Organizzazione. Come minimo deve essere utilizzata una combinazione di user-id e password.
	6.4	Sui sistemi utilizzati (strumentali) per l'erogazione del servizio, il sistema di controllo degli accessi deve essere in grado di rilevare e non consentire l'utilizzo di password che non rispettano i criteri definiti al punto precedente.
	6.5	Sui sistemi utilizzati (strumentali) per l'erogazione del servizio deve essere possibile configurare i seguenti parametri relativi alle password: complessità, maximum age, password history, lunghezza e il numero di tentativi di accesso non riusciti accettabili. I criteri dovranno essere concordati con il referente dell'Organizzazione (in base alla politica di controllo accessi).

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
Gestione risorse e degli asset	7.1	Deve essere predisposto un registro delle risorse IT utilizzate per il trattamento dei dati personali (hardware, software e rete), in funzione di quanto applicabile al servizio esternalizzato. Il compito di mantenere e aggiornare il registro deve essere esplicitamente assegnato.
	7.2	Le risorse IT all'interno del registro essere riesaminate e aggiornate regolarmente.
	7.3	I ruoli che hanno accesso alle risorse devono essere definiti e documentati. In particolare devono essere definite le responsabilità in relazione alle risorse.
Sicurezza fisica	8.1	Il perimetro fisico dei locali in cui è ospitata l'infrastruttura IT utilizzata a fini di erogazione del servizio o vengono effettuati trattamenti di dati personali del Titolare deve essere accessibile esclusivamente a personale esplicitamente autorizzato da parte del Responsabile.
	8.2	Il personale autorizzato all'accesso ai locali di trattamento o ai locali in cui è ospitata l'infrastruttura IT per l'erogazione del servizio deve essere dotato di strumenti di identificazione personali (es. badge identificativi, PIN personali).
	8.3	Le zone sicure dovrebbero essere definite e protette da appropriati controlli di accesso. Deve essere mantenuto e monitorato in modo sicuro un registro fisico o una traccia elettronica del controllo di tutti gli accessi.
	8.4	I sistemi di rilevamento anti-intrusione dovrebbero essere installati in tutte le zone di sicurezza.
	8.5	Dovrebbero essere predisposte barriere fisiche per impedire l'accesso fisico non autorizzato.
	8.6	Le aree dei locali non usate dovrebbero essere fisicamente bloccate e periodicamente riesaminate.
	8.7	Nella sala server devono essere predisposti opportuni sistemi antincendio automatici, sistemi dedicati di climatizzazione e gruppi di continuità (UPS) che garantiscano l'erogazione sicura del servizio secondo quanto stabilito contrattualmente.
	8.8	Il personale di supporto esterno deve avere accesso limitato alle aree protette.
Change management	9.1	L'organizzazione deve adottare un processo di cambiamento che consenta di assicurarsi che tutte le modifiche al sistema/servizio siano opportunamente registrate (anche con eventuali aggiornamenti dell'inventario delle risorse) e monitorate.
	9.2	Ogni Cambiamento al sistema/servizio deve essere previamente segnalato al referente interno dell'organizzazione (committente) e da questi autorizzato. Nella segnalazione devono essere documentati: gli estremi del cambiamento (es.: cambiamento di versione), le tempistiche, eventuali prescrizioni aggiuntive che prevedano azioni da adottare prima che il cambiamento sia operativo (es.: formazione utenti).
	9.3	Lo sviluppo del software deve essere eseguito in un ambiente speciale, non collegato al sistema IT utilizzato per il trattamento dei dati personali in produzione. Quando è necessario eseguire i test, devono essere utilizzati dati fittizi (non dati reali). Nei casi in cui ciò non sia possibile, il fornitore deve predisporre specifiche procedure per la protezione dei dati personali utilizzati nei test.
Logging e monitoraggio	10.1	I log devono essere attivati per ogni sistema / applicazione utilizzata per il trattamento dei dati personali. Dovrebbero includere tutti i tipi di accesso ai dati (visualizzazione, modifica, cancellazione).
	10.2	I log devono essere registrati e adeguatamente protetti da manomissioni e accessi non autorizzati. Gli orologi devono essere sincronizzati con un'unica fonte temporale di riferimento (server NTP).
	10.3	È necessario registrare le azioni degli amministratori di sistema e degli operatori di sistema, inclusa l'aggiunta / eliminazione / modifica dei diritti di accesso degli utenti.
	10.4	Non deve essere possibile la cancellazione o modifica del contenuto dei log. Anche l'accesso ai log deve essere registrato oltre al monitoraggio effettuato per la rilevazione di attività insolite.
	10.5	Deve essere configurato un sistema di monitoraggio per l'elaborazione dei log e la produzione di rapporti sullo stato del sistema e notifica di potenziali allarmi.
Protezione dal malware	12.1	Devono essere attuati controlli di individuazione, di prevenzione e di ripristino relativamente al malware, congiuntamente ad un'appropriata consapevolezza degli utenti
Backup	14.1	Le procedure di backup e ripristino dei dati devono essere definite, documentate e chiaramente collegate a ruoli e responsabilità; devono essere definite e documentate le strategie di backup da applicare ai dati in maniera coerente con il livello di criticità (RPO) dei servizi a cui afferiscono
	14.2	Ai backup deve essere assegnato un livello adeguato di protezione fisica e ambientale coerente con gli standard applicati sui dati di origine.
	14.3	L'esecuzione dei backup deve essere monitorata per garantirne la completezza.
	14.4	Le strategie di backup definite devono essere completate regolarmente.
	14.5	I supporti di backup dovrebbero essere testati regolarmente per assicurarsi che possano essere utilizzati.
	14.7	Le copie del backup devono essere conservate in modo sicuro in luoghi diversi dai dati di origine.
	14.8	Se viene utilizzato un servizio di terze parti per l'archiviazione di backup, la copia deve essere crittografata prima di essere trasmessa dal titolare dei dati.

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
Sicurezza Server e Database	15.1	I database e application server devono essere configurati affinché lavorino con un account separato, con i privilegi minimi del sistema operativo per funzionare correttamente.
	15.2	I database e application server devono elaborare solo i dati personali che sono effettivamente necessari per l'elaborazione al fine di raggiungere i propri scopi di elaborazione.
	15.3	Nei sistemi utilizzati per l'erogazione del servizio, devono essere considerate soluzioni di crittografia per i dati at rest, in transit e in use. Qualora non ritenute applicabili, deve essere data adeguata (documentata) motivazione e devono essere adottate misure compensative che consentano di proteggere i dati trattati
	15.4	Nei sistemi utilizzati per l'erogazione del servizio, ove possibile, devono essere applicate tecniche di pseudonimizzazione attraverso la separazione dei dati dagli identificatori al fine di evitare il collegamento diretto con l'interessato. In caso non fosse possibile, deve essere fornita adeguata (documentata) motivazione e devono essere adottate misure compensative che consentano di proteggere i dati trattati.
Network/Communication security	16.1	Deve essere predisposta e monitorato il rispetto di una policy per la Sicurezza di Rete (Network Security Policy) e per la gestione delle Comunicazioni Sicure (Network Communication Security) che preveda l'adozione di misure di cifratura delle comunicazioni nell'ambito dei processi di trattamento effettuati (TLS/Https, VPN, SSH, ecc...).
Sicurezza desktop/laptop/mobile	17.1	Gli utenti non devono essere in grado di disattivare o aggirare le impostazioni di sicurezza.
	17.2	Le applicazioni anti-virus e le relative signatures devono essere configurate regolarmente in maniera continuativa.
	17.3	Gli utenti non devono avere i privilegi per installare applicazioni software non autorizzate o disattivare applicazioni autorizzate
	17.4	I sistemi utilizzati per l'erogazione del servizio, devono disporre di un timeout di sessione nel caso in cui l'utente non sia stato attivo per un determinato periodo di tempo (max 10 min).
	17.5	Gli aggiornamenti critici di sicurezza rilasciati dalle case produttrici di software di sistema devono essere installati regolarmente.
	17.6	Non è consentito il trasferimento di dati personali dai Database dei sistemi aziendali alle workstation utilizzate a fini di assistenza tecnica, se non previa esplicita autorizzazione del Responsabile dei Sistemi Informativi. I dati temporaneamente memorizzati devono essere cancellati alla fine della sessione di lavoro.
	17.7	Non deve essere consentito il trasferimento di dati personali da workstation a dispositivi di archiviazione esterni (ad esempio USB, DVD, dischi rigidi esterni).
	17.8	Deve essere abilitata la crittografia dei dischi delle postazioni di lavoro/laptop/device mobili utilizzate nell'ambito dell'erogazione del servizio
Dispositivi portatili	18.1	Le procedure di gestione dei dispositivi mobili e portatili devono essere definite e documentate stabilendo regole chiare per il loro corretto utilizzo.
	18.2	I dispositivi mobili ai quali è consentito accedere al sistema informativo devono essere pre-registrati e pre-autorizzati: non è consentito l'utilizzo di dispositivi personali, salvo eventuali specifiche autorizzazioni.
	18.3	I dispositivi mobili devono essere soggetti alle stesse procedure di controllo degli accessi (al sistema IT) delle altre apparecchiature terminali (client).
	18.4	Il Responsabile deve individuare e comunicare al Titolare un proprio referente a cui attribuire la responsabilità della gestione dei dispositivi mobili e portatili utilizzati nell'ambito dell'erogazione del servizio.
	18.5	Il Responsabile deve essere in grado di cancellare da remoto i dati personali su un dispositivo mobile compromesso, nel caso in cui questo sia utilizzato nell'ambito dell'erogazione del servizio.
	18.6	In caso di utilizzo promiscuo dei dispositivi mobili (fini di erogazione del servizio al titolare e fini privati) deve essere prevista, mediante opportuni software containers sicuri, la separazione dell'uso privato dall'uso aziendale del dispositivo.
	18.7	I dispositivi mobili devono essere fisicamente protetti contro il furto quando non sono in uso.
Sicurezza del ciclo di vita delle applicazioni	19.1	Lo sviluppo degli applicativi deve essere conforme alle linee guida per lo sviluppo del software sicuro nella pubblica amministrazione pubblicate da AGID.
Sub-responsabile del trattamento	20.1	Il Responsabile ed i suoi sub-responsabili adottano le linee guida e le procedure relative al trattamento dei dati personali contenute nell'atto di designazione e nei suoi allegati (tra cui il presente documento).
	20.2	Il Responsabile del Trattamento deve osservare le indicazioni fornite nell'atto di designazione in caso di violazione di dati personali e nelle presenti misure di sicurezza.
	20.3	Il Responsabile deve sottoscrivere l'atto di designazione in cui sono contenuti requisiti formali e obblighi. Il Responsabile del trattamento deve, in risposta, fornire prove documentate sufficienti di conformità (es.: certificazioni di sicurezza, schede tecniche relative alle misure di sicurezza adottate per il servizio/sistema): in caso alternativo, verrà adottata una specifica politica di auditing.
	20.4	Il Responsabile dovrebbe verificare regolarmente la conformità del sub-responsabile al livello concordato di requisiti e obblighi.

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
	20.5	Il personale del responsabile del trattamento che elabora dati personali deve essere soggetto a specifici accordi documentati di riservatezza / non divulgazione.
Gestione degli incidenti / Violazione dei dati personali	21.1	Il Responsabile deve predisporre un proprio piano di risposta agli incidenti con procedure dettagliate che preveda la comunicazione al titolare (committente), secondo le indicazioni fornite nell'atto di designazione, al fine di garantire una risposta efficace e ordinata agli incidenti e violazioni relativi ai dati personali.
	21.2	Le violazioni dei dati personali, di competenza del Titolare, devono essere segnalate immediatamente alla Direzione. In qualità di Responsabile devono essere adottate specifiche procedure di supporto al Titolare per la notifica e la segnalazione delle violazioni alle autorità competenti e agli interessati, ai sensi dell'art. 33 e 34 GDPR.
	21.3	La procedura di gestione delle violazioni di cui al punto precedente, deve essere documentata: essa deve includere un elenco di possibili azioni di mitigazione e una chiara assegnazione dei ruoli.
	21.4	Gli incidenti e le violazioni dei dati personali devono essere registrati insieme ai dettagli riguardanti l'evento e le successive azioni di mitigazione eseguite.
Business Continuity	22.1	Il Responsabile deve predisporre un proprio Piano di Continuità Operativa (BCP - Business Continuity Plan) in relazione all'erogazione del servizio, in linea con quanto previsto dall'Organizzazione (Committente). Tale Piano deve stabilire procedure e controlli da seguire al fine di garantire il livello richiesto di continuità e disponibilità del servizio (ad es.: in caso di incidente / violazione dei dati personali o interruzione del servizio).
	22.2	Il Piano di Continuità Operativa indicato al punto precedente deve includere azioni chiare e assegnazione di ruoli.
	22.3	Il Piano di Continuità Operativa deve essere in linea con il livello di qualità del servizio da garantire all'Organizzazione (Committente), con particolare riguardo alla sicurezza dei dati personali dei processi fondamentali di erogazione.
Cancellazione/eliminazione dei dati	23.1	I supporti di memorizzazione da dismettere devono essere distrutti fisicamente; in caso in cui ciò non sia possibile (es.: per indicazioni contrattuali relative all'assistenza dei dispositivi), prima della loro eliminazione (o riconsegna al fornitore) devono essere sottoposti a tecniche di distruzione dei dati (es.: ripetute operazioni di sovrascrittura con tecniche di clearing/purging).
	23.2	La distruzione di documenti deve avvenire mediante opportuni dispositivi di triturazione.
	23.3	Se sono utilizzati servizi di terzi per eliminare in modo sicuro i supporti di memorizzazione o documenti cartacei, è necessario stipulare uno specifico contratto di servizio e produrre un formale attestato di distruzione.

Principi, Diritti e Misure Tecniche e Organizzative – Requisiti/Schede di Audit

Si indicano, in base alla loro applicabilità in relazione al servizio erogato per conto del Titolare, i principi di trattamento e i diritti degli interessati, secondo le indicazioni del Regolamento UE 679/2016, del D.Lgs. 196/2003 (così come modificato dal D.Lgs. 101/2018) unitamente alle misure di sicurezza previste.

Le indicazioni fornite nel presente allegato relative alle misure di sicurezza sono estrapolate dalle Linee Guida ENISA relative alla sicurezza dei trattamenti di dati personali: esse dovranno essere riportate all'interno del Registro dei Trattamenti del Responsabile.

Principi di Trattamento e Diritti degli Interessati

Req.	Principi e Diritti (riferimenti agli articoli del Reg. UE 679/2016)
A.1	Art. 5.1.b – Misure per garantire la limitazione della finalità del trattamento (dati non utilizzati per altre finalità)
A.2	Art. 5.1.c – Misure per garantire la minimizzazione dei dati del trattamento
A.3	Art. 5.1.d – Misure per garantire la esattezza/qualità dei dati
A.4	Art. 5.1.e – Misure per garantire la limitazione della conservazione
A.5	Art. 15 – Misure per garantire il diritto di Accesso dell'interessato
A.6	Art. 16 – Misure per garantire il diritto di Rettifica
A.7	Art. 17 – Misure per garantire il diritto alla Cancellazione ("Oblio") – ove applicabile
A.8	Art. 18 – Misure per garantire il diritto alla Limitazione del Trattamento
A.9	Art. 19 – Misure per garantire l'obbligo di Notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del Trattamento
A.10	Art. 20 – Misure per garantire il diritto alla portabilità dei dati – ove applicabile
A.11	Art. 21 – Misure per garantire il diritto di Opposizione
A.12	Art. 22 - Misure per garantire la sicurezza in caso di processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la <i>profilazione</i>

Misure di Sicurezza

Il perimetro di sicurezza definito come ambito di applicazione delle misure di sicurezza di seguito elencate è costituito dal servizio effettuato dal Responsabile per conto della ASL di Pescara; di conseguenza le seguenti misure sono applicabili all'organizzazione, alle informazioni/dati, agli strumenti HW, SW e di rete ed al personale coinvolti nell'erogazione del servizio contrattualizzato.

Le presenti misure di sicurezza verranno utilizzate quale riferimento per l'esecuzione degli audit previamente concordati.

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
Politiche di sicurezza e procedure per la protezione dei dati personali	1.1	Il Responsabile deve disporre di una propria regolamentazione (o politica di sicurezza) in materia di protezione dei dati personali conforme alla normativa vigente e che disciplini i servizi erogati per conto del Titolare.
	1.2	La regolamentazione di cui al punto precedente deve essere riesaminata e aggiornata almeno su base annuale.
	1.3	La regolamentazione deve essere approvata dalla Direzione e comunicata a tutti i dipendenti e alle parti esterne interessate.
	1.4	La regolamentazione deve disciplinare almeno i seguenti punti: ruoli e responsabilità del personale, misure tecniche e organizzative di base adottate per la sicurezza dei dati personali, per i responsabili e sub-responsabili del trattamento dei dati e per le altre terze parti coinvolte nel trattamento dei dati personali.
Ruoli e responsabilità	2.1	I ruoli e le responsabilità relativi al trattamento dei dati personali devono essere chiaramente definiti e assegnati in conformità con la politica di sicurezza.
	2.2	Durante le riorganizzazioni interne o le cessazioni e il cambio di impiego, devono essere chiaramente definite le modalità di revoca dei diritti e delle responsabilità con le rispettive procedure di passaggio di consegne.
	2.3	Deve essere effettuata una chiara individuazione e designazione delle persone incaricate di compiti specifici di sicurezza, compresa la nomina di un responsabile della sicurezza.
Riservatezza del personale	3.1	Il Responsabile deve garantire che tutto il personale comprenda le proprie responsabilità e gli obblighi relativi al trattamento dei dati personali. I ruoli e le responsabilità devono essere chiaramente comunicati durante la fase di attivazione del Servizio/Contratto.
	3.2	Prima di assumere i propri compiti, il personale del Responsabile deve essere invitato a riesaminare e concordare la Regolamentazione di sicurezza dell'organizzazione e firmare i rispettivi accordi di riservatezza e di non divulgazione.
Formazione	4.1	Il Responsabile deve garantire che tutto il personale sia adeguatamente formato sui controlli di sicurezza previsti per il servizio e per gli eventuali sistemi informatici ad esso correlati. Il personale coinvolto nel trattamento dei dati personali deve inoltre essere adeguatamente informato e periodicamente aggiornato in merito ai requisiti in materia di protezione dei dati e agli obblighi previsti dalla normativa vigente attraverso regolari campagne di sensibilizzazione.
	4.2	Il Responsabile deve disporre programmi di formazione (relativi alla protezione dei dati personali e alla sicurezza delle informazioni) strutturati e regolari per il proprio personale, compresi programmi specifici per l'inserimento di eventuali nuovi arrivati (es.: job rotation, nuove assunzioni, ecc...).
Politica controllo accessi	5.1	Specifici diritti di accesso devono essere assegnati a ciascun ruolo (coinvolto nel trattamento di dati personali) in base al principio di necessità e di pertinenza.
	5.2	Deve essere definita una politica di controllo degli accessi. Nel documento l'organizzazione deve determinare le regole di controllo di accesso appropriate, i diritti di accesso e le restrizioni per specifici ruoli degli utenti verso i processi e le procedure relative ai dati personali.
	5.3	La segregazione dei ruoli per gestire il controllo degli accessi (ad es. Richiesta di accesso, autorizzazione di accesso, amministrazione degli accessi) dovrebbe essere chiaramente definita e documentata.
Controllo accessi e autenticazione	6.1	Ove fornita dall'Organizzazione, deve essere attuata la politica di controllo accessi applicabile a tutti gli utenti che accedono ai sistemi IT, con particolare riguardo agli aspetti relativi alla creazione, approvazione, riesame ed eliminazione degli account.
	6.2	L'uso di account generici (non personali) deve essere evitato. Nei casi in cui ciò sia necessario, l'utilizzo deve essere autorizzato dal referente dell'Organizzazione. Qualora tale autorizzazione fosse fornita, è necessario garantire che tutti gli utenti che usano l'account generico abbiano gli stessi ruoli e responsabilità.
	6.3	Sui sistemi utilizzati (strumentali) per l'erogazione del servizio, deve essere presente un meccanismo di autenticazione che consenta l'accesso che sia in linea con la politica di controllo degli accessi ove fornita dall'Organizzazione. Come minimo deve essere utilizzata una combinazione di user-id e password.
	6.4	Sui sistemi utilizzati (strumentali) per l'erogazione del servizio, il sistema di controllo degli accessi deve essere in grado di rilevare e non consentire l'utilizzo di password che non rispettano i criteri definiti al punto precedente.
	6.5	Sui sistemi utilizzati (strumentali) per l'erogazione del servizio deve essere possibile configurare i seguenti parametri relativi alle password: complessità, maximum age, password history, lunghezza e il numero di tentativi di accesso non riusciti accettabili. I criteri dovranno essere concordati con il referente dell'Organizzazione (in base alla politica di controllo accessi).

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
Gestione risorse e degli asset	7.1	Deve essere predisposto un registro delle risorse IT utilizzate per il trattamento dei dati personali (hardware, software e rete), in funzione di quanto applicabile al servizio esternalizzato. Il compito di mantenere e aggiornare il registro deve essere esplicitamente assegnato.
	7.2	Le risorse IT all'interno del registro essere riesaminate e aggiornate regolarmente.
	7.3	I ruoli che hanno accesso alle risorse devono essere definiti e documentati. In particolare devono essere definite le responsabilità in relazione alle risorse.
Sicurezza fisica	8.1	Il perimetro fisico dei locali in cui è ospitata l'infrastruttura IT utilizzata a fini di erogazione del servizio o vengono effettuati trattamenti di dati personali del Titolare deve essere accessibile esclusivamente a personale esplicitamente autorizzato da parte del Responsabile.
	8.2	Il personale autorizzato all'accesso ai locali di trattamento o ai locali in cui è ospitata l'infrastruttura IT per l'erogazione del servizio deve essere dotato di strumenti di identificazione personali (es. badge identificativi, PIN personali).
	8.3	Le zone sicure dovrebbero essere definite e protette da appropriati controlli di accesso. Deve essere mantenuto e monitorato in modo sicuro un registro fisico o una traccia elettronica del controllo di tutti gli accessi.
	8.4	I sistemi di rilevamento anti-intrusione dovrebbero essere installati in tutte le zone di sicurezza.
	8.5	Dovrebbero essere predisposte barriere fisiche per impedire l'accesso fisico non autorizzato.
	8.6	Le aree dei locali non usate dovrebbero essere fisicamente bloccate e periodicamente riesaminate.
	8.7	Nella sala server devono essere predisposti opportuni sistemi antincendio automatici, sistemi dedicati di climatizzazione e gruppi di continuità (UPS) che garantiscano l'erogazione sicura del servizio secondo quanto stabilito contrattualmente.
	8.8	Il personale di supporto esterno deve avere accesso limitato alle aree protette.
Change management	9.1	L'organizzazione deve adottare un processo di cambiamento che consenta di assicurarsi che tutte le modifiche al sistema/servizio siano opportunamente registrate (anche con eventuali aggiornamenti dell'inventario delle risorse) e monitorate.
	9.2	Ogni Cambiamento al sistema/servizio deve essere previamente segnalato al referente interno dell'organizzazione (committente) e da questi autorizzato. Nella segnalazione devono essere documentati: gli estremi del cambiamento (es.: cambiamento di versione), le tempistiche, eventuali prescrizioni aggiuntive che prevedano azioni da adottare prima che il cambiamento sia operativo (es.: formazione utenti).
	9.3	Lo sviluppo del software deve essere eseguito in un ambiente speciale, non collegato al sistema IT utilizzato per il trattamento dei dati personali in produzione. Quando è necessario eseguire i test, devono essere utilizzati dati fittizi (non dati reali). Nei casi in cui ciò non sia possibile, il fornitore deve predisporre specifiche procedure per la protezione dei dati personali utilizzati nei test.
Logging e monitoraggio	10.1	I log devono essere attivati per ogni sistema / applicazione utilizzata per il trattamento dei dati personali. Dovrebbero includere tutti i tipi di accesso ai dati (visualizzazione, modifica, cancellazione).
	10.2	I log devono essere registrati e adeguatamente protetti da manomissioni e accessi non autorizzati. Gli orologi devono essere sincronizzati con un'unica fonte temporale di riferimento (server NTP).
	10.3	È necessario registrare le azioni degli amministratori di sistema e degli operatori di sistema, inclusa l'aggiunta / eliminazione / modifica dei diritti di accesso degli utenti.
	10.4	Non deve essere possibile la cancellazione o modifica del contenuto dei log. Anche l'accesso ai log deve essere registrato oltre al monitoraggio effettuato per la rilevazione di attività insolite.
	10.5	Deve essere configurato un sistema di monitoraggio per l'elaborazione dei log e la produzione di rapporti sullo stato del sistema e notifica di potenziali allarmi.
Protezione dal malware	12.1	Devono essere attuati controlli di individuazione, di prevenzione e di ripristino relativamente al malware, congiuntamente ad un'appropriata consapevolezza degli utenti
Backup	14.1	Le procedure di backup e ripristino dei dati devono essere definite, documentate e chiaramente collegate a ruoli e responsabilità; devono essere definite e documentate le strategie di backup da applicare ai dati in maniera coerente con il livello di criticità (RPO) dei servizi a cui afferiscono
	14.2	Ai backup deve essere assegnato un livello adeguato di protezione fisica e ambientale coerente con gli standard applicati sui dati di origine.
	14.3	L'esecuzione dei backup deve essere monitorata per garantirne la completezza.
	14.4	Le strategie di backup definite devono essere completate regolarmente.
	14.5	I supporti di backup dovrebbero essere testati regolarmente per assicurarsi che possano essere utilizzati.
	14.7	Le copie del backup devono essere conservate in modo sicuro in luoghi diversi dai dati di origine.
	14.8	Se viene utilizzato un servizio di terze parti per l'archiviazione di backup, la copia deve essere crittografata prima di essere trasmessa dal titolare dei dati.

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
Sicurezza Server e Database	15.1	I database e application server devono essere configurati affinché lavorino con un account separato, con i privilegi minimi del sistema operativo per funzionare correttamente.
	15.2	I database e application server devono elaborare solo i dati personali che sono effettivamente necessari per l'elaborazione al fine di raggiungere i propri scopi di elaborazione.
	15.3	Nei sistemi utilizzati per l'erogazione del servizio, devono essere considerate soluzioni di crittografia per i dati at rest, in transit e in use. Qualora non ritenute applicabili, deve essere data adeguata (documentata) motivazione e devono essere adottate misure compensative che consentano di proteggere i dati trattati
	15.4	Nei sistemi utilizzati per l'erogazione del servizio, ove possibile, devono essere applicate tecniche di pseudonimizzazione attraverso la separazione dei dati dagli identificatori al fine di evitare il collegamento diretto con l'interessato. In caso non fosse possibile, deve essere fornita adeguata (documentata) motivazione e devono essere adottate misure compensative che consentano di proteggere i dati trattati.
Network/Communication security	16.1	Deve essere predisposta e monitorato il rispetto di una policy per la Sicurezza di Rete (Network Security Policy) e per la gestione delle Comunicazioni Sicure (Network Communication Security) che preveda l'adozione di misure di cifratura delle comunicazioni nell'ambito dei processi di trattamento effettuati (TLS/Https, VPN, SSH, ecc...).
Sicurezza desktop/laptop/mobile	17.1	Gli utenti non devono essere in grado di disattivare o aggirare le impostazioni di sicurezza.
	17.2	Le applicazioni anti-virus e le relative signatures devono essere configurate regolarmente in maniera continuativa.
	17.3	Gli utenti non devono avere i privilegi per installare applicazioni software non autorizzate o disattivare applicazioni autorizzate
	17.4	I sistemi utilizzati per l'erogazione del servizio, devono disporre di un timeout di sessione nel caso in cui l'utente non sia stato attivo per un determinato periodo di tempo (max 10 min).
	17.5	Gli aggiornamenti critici di sicurezza rilasciati dalle case produttrici di software di sistema devono essere installati regolarmente.
	17.6	Non è consentito il trasferimento di dati personali dai Database dei sistemi aziendali alle workstation utilizzate a fini di assistenza tecnica, se non previa esplicita autorizzazione del Responsabile dei Sistemi Informativi. I dati temporaneamente memorizzati devono essere cancellati alla fine della sessione di lavoro.
	17.7	Non deve essere consentito il trasferimento di dati personali da workstation a dispositivi di archiviazione esterni (ad esempio USB, DVD, dischi rigidi esterni).
	17.8	Deve essere abilitata la crittografia dei dischi delle postazioni di lavoro/laptop/device mobili utilizzate nell'ambito dell'erogazione del servizio
Dispositivi portatili	18.1	Le procedure di gestione dei dispositivi mobili e portatili devono essere definite e documentate stabilendo regole chiare per il loro corretto utilizzo.
	18.2	I dispositivi mobili ai quali è consentito accedere al sistema informativo devono essere pre-registrati e pre-autorizzati: non è consentito l'utilizzo di dispositivi personali, salvo eventuali specifiche autorizzazioni.
	18.3	I dispositivi mobili devono essere soggetti alle stesse procedure di controllo degli accessi (al sistema IT) delle altre apparecchiature terminali (client).
	18.4	Il Responsabile deve individuare e comunicare al Titolare un proprio referente a cui attribuire la responsabilità della gestione dei dispositivi mobili e portatili utilizzati nell'ambito dell'erogazione del servizio.
	18.5	Il Responsabile deve essere in grado di cancellare da remoto i dati personali su un dispositivo mobile compromesso, nel caso in cui questo sia utilizzato nell'ambito dell'erogazione del servizio.
	18.6	In caso di utilizzo promiscuo dei dispositivi mobili (fini di erogazione del servizio al titolare e fini privati) deve essere prevista, mediante opportuni software containers sicuri, la separazione dell'uso privato dall'uso aziendale del dispositivo.
	18.7	I dispositivi mobili devono essere fisicamente protetti contro il furto quando non sono in uso.
Sicurezza del ciclo di vita delle applicazioni	19.1	Lo sviluppo degli applicativi deve essere conforme alle linee guida per lo sviluppo del software sicuro nella pubblica amministrazione pubblicate da AGID.
Sub-responsabile del trattamento	20.1	Il Responsabile ed i suoi sub-responsabili adottano le linee guida e le procedure relative al trattamento dei dati personali contenute nell'atto di designazione e nei suoi allegati (tra cui il presente documento).
	20.2	Il Responsabile del Trattamento deve osservare le indicazioni fornite nell'atto di designazione in caso di violazione di dati personali e nelle presenti misure di sicurezza.
	20.3	Il Responsabile deve sottoscrivere l'atto di designazione in cui sono contenuti requisiti formali e obblighi. Il Responsabile del trattamento deve, in risposta, fornire prove documentate sufficienti di conformità (es.: certificazioni di sicurezza, schede tecniche relative alle misure di sicurezza adottate per il servizio/sistema): in caso alternativo, verrà adottata una specifica politica di auditing.
	20.4	Il Responsabile dovrebbe verificare regolarmente la conformità del sub-responsabile al livello concordato di requisiti e obblighi.

CATEGORIA (ENISA)	ID MISURA	DESCRIZIONE DELLA MISURA
	20.5	Il personale del responsabile del trattamento che elabora dati personali deve essere soggetto a specifici accordi documentati di riservatezza / non divulgazione.
Gestione degli incidenti / Violazione dei dati personali	21.1	Il Responsabile deve predisporre un proprio piano di risposta agli incidenti con procedure dettagliate che preveda la comunicazione al titolare (committente), secondo le indicazioni fornite nell'atto di designazione, al fine di garantire una risposta efficace e ordinata agli incidenti e violazioni relativi ai dati personali.
	21.2	Le violazioni dei dati personali, di competenza del Titolare, devono essere segnalate immediatamente alla Direzione. In qualità di Responsabile devono essere adottate specifiche procedure di supporto al Titolare per la notifica e la segnalazione delle violazioni alle autorità competenti e agli interessati, ai sensi dell'art. 33 e 34 GDPR.
	21.3	La procedura di gestione delle violazioni di cui al punto precedente, deve essere documentata: essa deve includere un elenco di possibili azioni di mitigazione e una chiara assegnazione dei ruoli.
	21.4	Gli incidenti e le violazioni dei dati personali devono essere registrati insieme ai dettagli riguardanti l'evento e le successive azioni di mitigazione eseguite.
Business Continuity	22.1	Il Responsabile deve predisporre un proprio Piano di Continuità Operativa (BCP - Business Continuity Plan) in relazione all'erogazione del servizio, in linea con quanto previsto dall'Organizzazione (Committente). Tale Piano deve stabilire procedure e controlli da seguire al fine di garantire il livello richiesto di continuità e disponibilità del servizio (ad es.: in caso di incidente / violazione dei dati personali o interruzione del servizio).
	22.2	Il Piano di Continuità Operativa indicato al punto precedente deve includere azioni chiare e assegnazione di ruoli.
	22.3	Il Piano di Continuità Operativa deve essere in linea con il livello di qualità del servizio da garantire all'Organizzazione (Committente), con particolare riguardo alla sicurezza dei dati personali dei processi fondamentali di erogazione.
Cancellazione/eliminazione dei dati	23.1	I supporti di memorizzazione da dismettere devono essere distrutti fisicamente; in caso in cui ciò non sia possibile (es.: per indicazioni contrattuali relative all'assistenza dei dispositivi), prima della loro eliminazione (o riconsegna al fornitore) devono essere sottoposti a tecniche di distruzione dei dati (es.: ripetute operazioni di sovrascrittura con tecniche di clearing/purging).
	23.2	La distruzione di documenti deve avvenire mediante opportuni dispositivi di triturazione.
	23.3	Se sono utilizzati servizi di terzi per eliminare in modo sicuro i supporti di memorizzazione o documenti cartacei, è necessario stipulare uno specifico contratto di servizio e produrre un formale attestato di distruzione.

Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo

Federico De Nicola

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.

Anno 2024

Il Direttore

firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

Parere favorevole

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Francesca Rancitelli

firmato digitalmente

Parere favorevole

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Rossano Di Luzio

firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Vero Michitelli

firmato digitalmente

Deliberazione n. 726 del 24/04/2024 ad oggetto:

SCHEMA DI CONVENZIONE TRA L'ASL DI PESCARA E L'ASSOCIAZIONE ITALIANA GENITORI - PESCARA (A.GE) PER LA REALIZZAZIONE DELLE FINALITÀ RIPORTATE NEL "PROGETTO ANDREA".

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 24/4/2024 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato