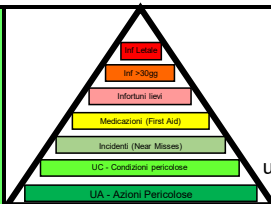




SAFETY EWO - ANALISI CAUSA RADICE - INFORTUNIO / DEVIAZIONE

| | |
|----------------|----------|
| Procedura rif. | PS-06_01 |
| Modulo | MR-06_01 |
| Revisione | 1 |
| N° SEWO | |



infortunio letale
inf. grave (> 30gg)
infortunio lieve
medicazione
near misses
unsafe condition
unsare act

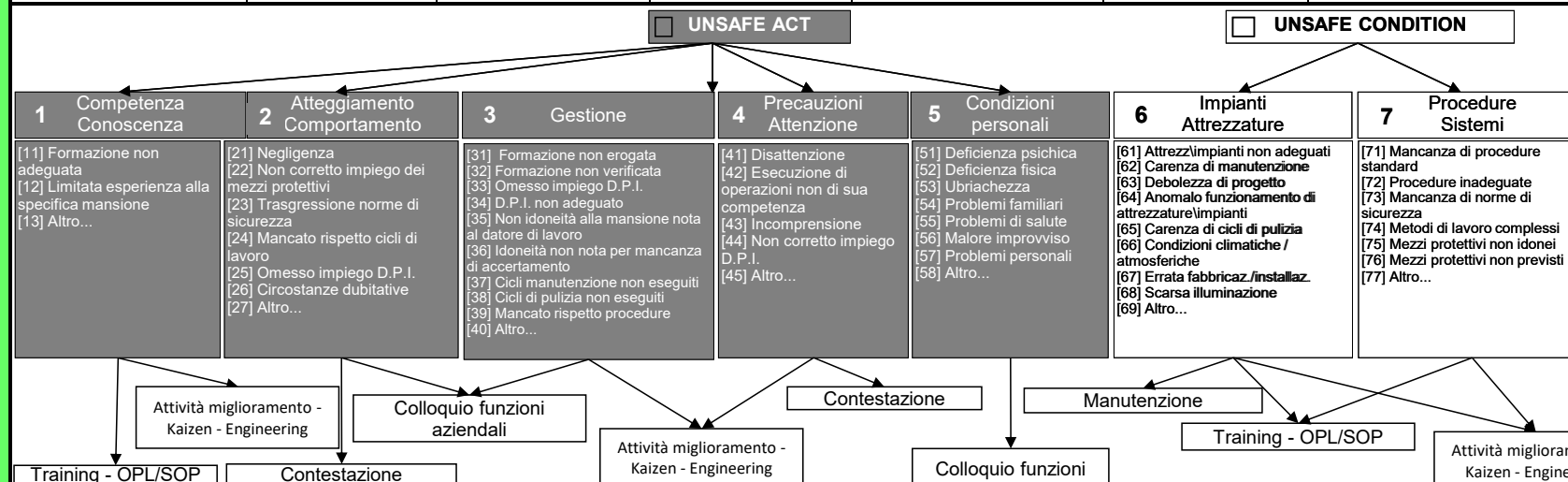
N.B.: compilare tutte le voci del foglio n°1 (PLAN) e farlo pervenire in copia al Servizio Prevenzione Protezione entro la fine del turno

| | | | | |
|---------------------------------------|---------|--|-------|-------------------|
| STABILIMENTO OFFICINE V. VILLA SPA | Reparto | Area | TURNO | LUOGO dell'evento |
| Cognome e Nome | | ANALISI ESEGUITA DA (C.Turno/C.Reparto.) | | DATA compilazione |

| | | | | |
|---|--|------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ANALISI 5W+1H (Descrizione evento) | | PARTE DEL CORPO | SCHIZZO (Opzionale) | DESCRIZ. INTERVENTO IMMEDIATO |
| CHE COSA (natura e sede della lesione) | | | | |
| QUANDO (durante la mensa, inizio o fine turno, etc...) | | | | |
| DOVE (postazione lavoro, colonna, macchina, etc...) | | | | |
| CHI (mansione) | | LAVORO ABITUALE | | |
| QUALE (quale tipo di operazione svolgeva) | | CAT. | LISTA POSSIBILI CAUSE | VERIFICA POSSIBILI CAUSE |
| COME (come si è verificato l'evento) | | | | |

Identificazione ed analisi causa radice

| Causa | 1st Why | 2nd Why | 3rd Why | 4th Why | 5th Why | Causa Radice |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



| | | | | | | | |
|---|--|--------------|---------------------------|---------------|-------------------------------|----------------|------|
| D O | PIANO DI RIPRISTINO | | RESPONSABILE | DATA PREVISTA | DATA CHIUSURA | NOTE | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| C H E C K | RISULTATI RAGGIUNTI | | VERIFICA ESEGUITA DA | | DATA | FIRMA | NOTE |
| | Negli ultimi 3 mesi, si sono verificati eventi determinati dalla stessa causa radice? | | | | | | |
| | In caso di risposta affermativa indicare nella tabella sottostante il piano d'azione supplementare | | | | | | |
| | PIANO DI AZIONE SUPPLEMENTARE | | RESPONSABILE | DATA PREVISTA | DATA CHIUSURA | NOTE | |
| | | | | | | | |
| | RISULTATI RAGGIUNTI | | VERIFICA ESEGUITA DA | | DATA | FIRMA | NOTE |
| Negli ultimi 3 mesi, si sono verificati eventi determinati dalla stessa causa radice? | | | | | | | |
| A C T | PIANO DI ESTENSIONE AD AREE CON PROBLEMI SIMILI E TEMPISTICHE | | | | | | |
| | Area di estensione | Responsabile | Data Prevista fine lavoro | | Data fine lavori | NOTE | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| S I G N | Firma Capo Turno | | Firma Capo Reparto | | Firma Responsabile Produzione | Firma R.S.P.P. | |
| | | | | | | | |