

ARPAE
Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia
dell'Emilia - Romagna

* * *

Atti amministrativi

Determinazione dirigenziale	n. DET-AMB-2020-150 del 13/01/2020
Oggetto	Provvedimento verifica ispettiva RIR_ Linde Gas
Proposta	n. PDET-AMB-2020-121 del 10/01/2020
Struttura adottante	Servizio Autorizzazioni e Concessioni di Bologna
Dirigente adottante	PATRIZIA VITALI

Questo giorno tredici GENNAIO 2020 presso la sede di Via San Felice, 25 - 40122 Bologna, il Responsabile della Servizio Autorizzazioni e Concessioni di Bologna, PATRIZIA VITALI, determina quanto segue.

Pratica SINADOC n° 917/2020

Oggetto: D.Lgs. n° 105/2015 - L.R. n° 26/2003 e ss.mm.ii. - Azienda Linde Gas Italia s.r.l., avente sede legale in Comune di Arluno (MI), in Via Guido Rossa n° 3 - Verifica Ispettiva effettuata ai sensi dell'art. 15 della L.R. n° 26/2003, come modificata dalla L.R. n° 4/2007 e dalla L.R. n° 9/2016, presso lo stabilimento di produzione e stoccaggio di gas criogenici (ossigeno, azoto e argon), sito in Comune di Sala Bolognese (BO) in Via Filippo Turati n° 18/a -

LA RESPONSABILE DI ARPAE – STRUTTURA AUTORIZZAZIONI E CONCESSIONI DI BOLOGNA

Richiamato il Decreto Legislativo 26 giugno 2015 n° 105 e s.m.i., recante "*Attuazione della direttiva 2012/18/UE relativa al controllo del pericolo di incidenti rilevanti connessi con sostanze pericolose – Seveso III*";

Vista la Legge Regionale 17 dicembre 2003 n° 26 recante "*Disposizioni in materia di pericoli di incidenti rilevanti connessi con determinate sostanze pericolose*", come modificata dalla Legge Regionale 06 marzo 2007 n° 4 recante "*Adeguamenti normativi in materia ambientale. Modifiche a Leggi Regionali*" e dalla Legge Regionale 30 maggio 2016 n° 9 recante "*Legge comunitaria regionale per il 2016*";

Richiamati, in particolare, gli artt. 3 e 15 di cui al Titolo II, Capo I della Legge Regionale 30 maggio 2016 n° 9, con cui è definito che le funzioni amministrative in materia di pericoli di incidente rilevante, sono esercitate dalla Regione tramite ARPAE;

Richiamate altresì:

- la Legge Regionale 30 luglio 2015 n° 13 recante "*Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni*";
- la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna 01 agosto 2016, n° 1239 relativa a: "*Nuova Direttiva per l'applicazione dell'art. 2 della L.R. 17 dicembre 2003, n° 26 e s.m.i. recante -Disposizioni in materia di pericoli di incidenti rilevanti connessi con determinate sostanze pericolose*";

Dato atto che:

- in attuazione di quanto disposto dall'articolo 27, comma 13 del D.Lgs. n° 105/2015, ARPAE, in accordo con la Regione Emilia Romagna, ha predisposto l'aggiornamento¹ all'anno 2019 del piano delle ispezioni regionale negli stabilimenti di soglia inferiore, comprensivo del Programma annuale d'ispezione;
- ARPAE, con nota² della Responsabile dell'Area Prevenzione Ambientale Metropolitana del 02/07/2019, ha trasmesso il Mandato Ispettivo per l'avvio della ispezione presso lo stabilimento della società Linde Gas Italia s.r.l., ubicato in Comune di Sala Bolognese (BO) in Via Filippo Turati n° 18/a;
- la verifica ispettiva presso lo stabilimento della società Linde Gas Italia s.r.l., si è svolta nei giorni 07 Ottobre 2019, 16 Ottobre 2019, 18 Ottobre 2019, 18 Dicembre 2019 e 19 Dicembre 2019;

¹ Protocollo ARPAE PG/2019/33591 del 28/02/2019;

² Protocollo ARPAE PG/2019/104100 del 02/07/2019;

Pratica SINADOC n° 917/2020

- con nota³ del 30/12/2019, ARPAE - Area Prevenzione Ambientale - Area Est - Servizio Territoriale di Rimini, ha trasmesso, per conto della Commissione Ispettiva, il rapporto conclusivo, previsto dall'art. 4, comma 5 della D.G.R. n° 1239 del 01/08/2016, relativo all'ispezione svolta presso lo stabilimento della società Linde Gas Italia s.r.l., sito in Comune di Sala Bolognese (BO), in Via Filippo Turati n° 18/a;
- in tale rapporto conclusivo la commissione ha evidenziato, a seguito di non conformità riscontrate nel corso della verifica ispettiva, la necessità di miglioramenti da attuare alla gestione del SGS (Sistema di Gestione della Sicurezza), deducibili dalle raccomandazioni della commissione (paragrafo 11.1.1) e dalle proposte di prescrizioni (paragrafo 11.1.2) indicate nello stesso rapporto conclusivo;

Rilevato che il presente atto di esclusiva discrezionalità tecnica;

Dispone

1. di **prescrivere all'azienda Linde Gas Italia s.r.l.**, relativamente allo stabilimento soggetto alle disposizioni del D.Lgs. 26 giugno 2015 n° 105 e ss.mm.ii. e ubicato in Comune di Sala Bolognese (BO) in Via Filippo Turati n° 18/a, **gli adempimenti necessari all'adeguamento del SGS-PIR indicati al paragrafo 11.1.2 "Proposte di prescrizione" del rapporto conclusivo (Allegato al presente provvedimento), da attuare entro e non oltre un mese dal ricevimento del presente atto;**
2. di **raccomandare all'azienda Linde Gas Italia s.r.l.**, inoltre, l'attuazione, **entro e non oltre sei mesi dal ricevimento del presente atto**, degli adempimenti previsti **al paragrafo 11.1.1 "Raccomandazioni della Commissione" del rapporto conclusivo (Allegato al presente provvedimento);**
3. di stabilire che, il gestore dello stabilimento predetto, **è tenuto a dare comunicazione scritta ad ARPAE - PTR Impianti a Rischio di Incidente Rilevante e ARPAE - Area Autorizzazioni e Concessioni Metropolitana**, degli interventi e delle azioni intraprese in attuazione delle prescrizioni e delle raccomandazioni impartite col presente provvedimento;
4. di dare atto che, per l'attività industriale esercitata nello stabilimento, è comunque fatto salvo il rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza ed igiene del lavoro, di prevenzione incendi e di tutela della popolazione e dell'ambiente;
5. di trasmettere il presente provvedimento all'azienda Linde Gas Italia s.r.l., al Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, al Comune di Sala Bolognese (BO), al Comitato Tecnico di Valutazione dei Rischi - CVR e al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Bologna.

La Responsabile
Area Autorizzazioni e Concessioni Metropolitana
Patrizia Vitali
(lettera firmata digitalmente)⁴

³ Nota agli atti con protocollo PG/2019/198624 del 30/12/2019;

⁴ Documento prodotto e conservato in originale informatico e firmato digitalmente ai sensi dell'art. 20 del "Codice dell'Amministrazione Digitale" nella data risultante dai dati della sottoscrizione digitale;

RAPPORTO FINALE
(attività ispettiva ai sensi dell'art.15 L.R. n°26/2003
della Regione Emilia Romagna)

STABILIMENTO :

LINDE GAS ITALIA srl
SALA BOLOGNESE (BO)

Sala Bolognese (BO) 19 Dicembre 2019

INDICE

PREMESSA

- 1. PROCEDURA GENERALE DELLA VISITA ISPETTIVA**
 - 1.1 MANDATO ISPETTIVO
 - 1.2 MODALITA' OPERATIVE DELLA VERIFICA ISPETTIVA
- 2. DESCRIZIONE DELLO STABILIMENTO E DEL SITO**
 - 2.1 DESCRIZIONE DELLO STABILIMENTO
 - 2.2 DESCRIZIONE DEL SITO
 - 2.2.1 MOVIMENTAZIONE SOSTANZE PERICOLOSE
- 3. POSIZIONE AI SENSI DEL D.Lgs 105/2015 E ITER ISTRUTTORIO**
 - 3.1 INFORMAZIONI SUL CAMPO DI ASSOGGETTABILITÀ DELLO STABILIMENTO AL D. L.gs 105/2015
 - 3.1.1 STATO DI AVANZAMENTO DELL'ISTRUTTORIA
- 4. RISCHI PER L'AMBIENTE E LA POPOLAZIONE CONNESSI ALL'UBICAZIONE DELLO STABILIMENTO**
 - 4.1 SCENARI INCIDENTALI-INCIDENTI CON IMPATTO SULL'ESTERNO DELLO STABILIMENTO IPOTIZZATI NELLA SCHEDA TECNICA
 - 4.2 PIANO DI EMERGENZA ESTERNO (PEE)
 - 4.3 INFORMAZIONI AL PUBBLICO
- 5. DOCUMENTO SULLA POLITICA DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI RILEVANTI**
- 6. ANALISI DELL'ESPERIENZA OPERATIVA**
- 7. RISCONTRI, RILIEVI RACCOMANDAZIONI E PROPOSTE DI PRESCRIZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA**
 - 7.1 SCHEDA RIEPILOGATIVA
- 8. RISULTANZE DA PRECEDENTE ISPEZIONE AI SENSI DELL'ART.27 DEL D.Lgs 105/2015 O DA SOPRALLUOGHI AI SENSI DELL'ART. 25, COMMA 2 DEL DECRETO LEGISLATIVO 334/99.**

9. ESAME PIANIFICATO E SISTEMATICO DEI SISTEMI TECNICI

10 INTERVISTE AGLI OPERATORI

11. CONCLUSIONI

11.1 ESITO DELL'ESAME PIANIFICATO DEI SISTEMI ORGANIZZATIVI E DI GESTIONE

11.1.1 RACCOMANDAZIONI DELLA COMMISSIONE

11.1.2 PROPOSTE DI PRESCRIZIONI

11.2 ESITO DELL'ESAME PIANIFICATO E SISTEMATICO DEI SISTEMI TECNICI

11.3 INVITI ALLE AUTORITÀ

ELENCO ALLEGATI

PREMESSA

La verifica ispettiva presso lo stabilimento LINDE GAS S.p.A. di Sala Bolognese (BO) è stata disposta dal Responsabile Area Prevenzione Ambientale Metropolitana-ArpaE (all.1) con PG/2019/104100 del 02/07/2019

La Commissione è composta da:

Dott.ssa Luciana Merlo

ArpaE Emilia Romagna

Ing. Pierluigi Frontali

Comando VVFF Bologna

Per la Società hanno presenziato:

-P.I. Ernesto Montagner

Responsabile dello Stabilimento

-Ing. Sangalli Daniela

Consulente

La Commissione ha effettuato la verifica ispettiva in cinque giorni (All.2):

- 7 Ottobre 2019
- 16 Ottobre 2019
- 18 Ottobre 2019
- 18 Dicembre 2019
- 19 Dicembre 2019

1. PROCEDURA GENERALE DELLA VISITA ISPETTIVA

1.1 MANDATO ISPETTIVO

La verifica ispettiva è stata condotta con la seguenti finalità:

- 1) accertare l'adeguatezza della politica di prevenzione degli incidenti rilevanti e del relativo Sistema di Gestione (SGS), posta in atto dal Gestore tenuto conto degli obiettivi e dei principi di tale politica, nonché dei risultati effettivamente raggiunti.
- 2) condurre un esame pianificato e sistematico dei sistemi tecnici, organizzativi e di gestione applicati allo stabilimento, al fine di verificare che il Gestore abbia attuato quanto da lui predisposto per la prevenzione degli incidenti rilevanti e per la limitazione delle conseguenze.
- 3) accertare il livello di consapevolezza del ruolo da parte dei soggetti che svolgono funzioni o attività rilevanti ai fini della sicurezza ad ogni livello del SGS-PIR.
- 4) verificare la conformità delle azioni correttive messe in atto per ottemperare alle raccomandazioni/prescrizioni impartite a seguito di precedenti ispezioni

1.2 MODALITA' OPERATIVE DELLA VERIFICA ISPETTIVA

La Commissione articola l'ispezione delle procedure operative previste nella parte II- All. H del D.Lgs 105/2015.

Operativamente, la verifica ispettiva ha proceduto secondo le seguenti fasi:

- illustrazione, da parte della Commissione, del mandato ispettivo e acquisizione dei format: *analisi dell'esperienza operativa (All.6), tabella degli eventi incidentali- misure adottate (All.7), lista di riscontro sugli elementi del sistema di gestione della sicurezza (All.8).*

- presa visione della fisionomia del sito con riguardo all'eventuale presenza di elementi territoriali vulnerabili, ad eventuali attività industriali e ai sistemi di viabilità e trasporto.

- esame dell'esperienza operativa ed effettuazione dei riscontri sul SGS-PIR e i sistemi tecnici adottati in stabilimento, avendo a riferimento i format di cui al punto 1.

- interviste in campo agli operatori e a dipendenti delle ditte terze

- effettuazione di simulazioni di emergenza

- commento dei dati raccolti e delle risultanze della verifica

- stesura del rapporto finale di ispezione e illustrazione delle risultanze al Gestore

2. DESCRIZIONE DELLO STABILIMENTO E DEL SITO

2.1 DESCRIZIONE DELLO STABILIMENTO

L'Azienda LINDE GAS ITALIA srl ha sede legale nel comune di Arluno (MI) in via Guido Rossa,3. Lo stabilimento ispezionato è sito nel comune di Sala Bolognese (BO) in via Filippo Turati,18/a.

L'Azienda svolge l'attività di produzione, stoccaggio e caricamento autobotti di gas criogenici (ossigeno, azoto e argon). Il sito ha un'area dedicata all'attività di deposito gas medicale in bombole provenienti da altri stabilimenti.

La produzione di gas criogenici si ottiene per distillazione frazionata dell'aria. Il processo industriale ha una prima fase di eliminazione delle particelle solide con l'uso di vagli molecolari e sistemi filtranti, successivamente, alternando compressioni e raffreddamenti si riduce la quantità d'acqua fino al vero e proprio processo di frazionamento dei componenti in colonna. I prodotti finali ossigeno, azoto e argon, in forma liquida, sono inviati ai rispettivi stoccaggi attraverso linee isolate termicamente e sottovuoto.

I quattro serbatoi di stoccaggio presenti, due per ossigeno e uno ciascuno per argon e azoto, sono posizionati all'aperto in bacini di contenimento opportunamente dimensionati.

E' presente anche un quinto serbatoio contenente azoto da utilizzare come gas di flusso per il comando dei dispositivi di sicurezza. (uso in casi di emergenza). Tutti i serbatoi hanno una doppia parete; nell'intercapedine dei serbatoi di ossigeno e azoto è presente come isolante la perlite, negli altri serbatoi l'isolamento viene mantenuto con il sottovuoto.

Il carico delle autobotti si svolge su due aree dedicate (isole): una per ossigeno e una per argon e azoto; ciascuna isola è dotata di due bracci di carico. L'attività di carico delle autobotti viene eseguita con un sistema automatizzato al fine di minimizzare l'intervento umano per ridurre le

situazioni di rischio. Inoltre durante la procedura di carico sono stati implementati una serie di controlli atti a prevenire tali situazioni. Uno di questi entra in funzione qualora non siano rispettati i valori impostati di portata, temperatura e pressione inibendo la prosecuzione delle operazioni di carico. I bracci di carico hanno una valvola a rottura prestabilita, che in caso di movimento dell'autobotte e distacco del braccio, impediscono la fuoriuscita di gas liquido. Ogni linea di carico è dotata di pulsanti di emergenza per la segnalazione delle anomalie da parte dell'operatore.

L'Azienda non ha comunicato modifiche del tipo previsto all'art.18 del D.Lgs 105/2015 (modifiche con aggravio) dalla presentazione nel 2013 dell'ultima scheda tecnica. E' stata presentata, in data 28/11/2018, una modifica di non aggravio riguardante l'aumento dei quantitativi di stoccaggio per i gas medicali.

La planimetria del sito industriale è stata aggiornata in seguito all'introduzione di un deposito olii necessario per le manutenzioni delle apparecchiature (All.3).

2.2 DESCRIZIONE DEL SITO

Lo stabilimento è situato all'interno di una zona artigianale-industriale, nelle cui immediate vicinanze sono presenti attività di servizi e agro-industriali.

I centri abitati limitrofi allo stabilimento sono: Tavernelle Emilia (1.1 km), Calderara di Reno (2,7 Km), Sala Bolognese (3,1 km).

Dall'analisi del contesto territoriale non si segnalano elementi di vulnerabilità rientranti nelle aree interessate da scenari incidentali.

2.2.1 MOVIMENTAZIONE SOSTANZE PERICOLOSE

I dati, sulla movimentazione delle sostanze pericolose forniti dal Gestore suddivisi per mese e relativi all'anno 2018 sono riportati nell'All.9.

L'Azienda, oltre alla vendita dell'ossigeno prodotto (flusso in uscita), riceve ossigeno come gas di categoria medica che stocca temporaneamente per essere consegnato su richiesta; tutto il gas di categoria medica ricevuto è stato consegnato.

L'analisi dei flussi mensili non evidenzia dei picchi e non si sono riscontrate criticità connesse alla tipologia di trasporto utilizzato.

3. POSIZIONE AI SENSI DEL D.LGS 105/2015 E ITER ISTRUTTORIO

3.1 INFORMAZIONI SUL CAMPO DI ASSOGGETTABILITA'DELLO STABILIMENTO AL D.LGS 105/2015.

Si riportano i dati relativi alle sostanze presenti nello stabilimento e rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs 105/2015.

Denominazione sostanza	Categoria di pericolo di cui all'allegato 1	Quantità (t) massima detenuta o prevista	Limiti soglia inferiore (t) (all.1 parte 2 D.Lgs 105/2015)	Limiti soglia superiore (t) (all.1 parte 2 D.Lgs 105/2015)

OSSIGENO LIQUIDO	P4	1212,30	200	2000
AMMONIACA ANIDRA	H2 E1 P2	0,045	50	200
OSSIGENO	P4	1,710	200	2000
IDROGENO	P2	0,004	5	50

La presenza di ossigeno liquido in quantità superiore a 200 t e inferiore a 2000 t fa rientrare lo stabilimento nel campo di applicazione del Dlgs 105/2015 in soglia inferiore.

3.1.1 STATO DI AVANZAMENTO DELL'ISTRUTTORIA

In riferimento all'assoggettabilità sopra specificata l'azienda ha presentato all'Autorità Competente:

- la notifica ai sensi dell'art 13 del D.Lgs 105/2015
- la scheda tecnica ai sensi dell'art. 6 della L.R.26/2003
- l'aggiornamento quinquennale della scheda tecnica ai sensi dell'art.6 della L.R 26/2003 ad aprile 2012. La scheda è stata approvata nel corso della seduta n°50/1 del 28/05/2013.

4.RISCHI PER L'AMBIENTE E LA POPOLAZIONE CONNESSI ALL' UBICAZIONE DELLO STABILIMENTO

4.1 SCENARI INCIDENTALI - INCIDENTI CON IMPATTO SULL'ESTERNO DELLO STABILIMENTO IPOTIZZATI NELLA SCHEDA TECNICA

L'analisi incidentale presente nella scheda tecnica vigente, ha permesso di definire le distanze delle aree di danno che si assumono pari a quelle determinate dallo scenario 2-” Dispersione di ossigeno in aria per rilascio di ossigeno liquido a seguito della fessurazione del braccio di carico dell'ATB”. Nella scheda tecnica, assumendo come valori soglia le concentrazioni di ossigeno in aria pari a:

- 75% di ossigeno in aria: concentrazione relativa all'elevata letalità
- 30% di ossigeno in aria: concentrazione relativa alle lesioni irreversibili

Probabilità di accadimento dell'evento	Probabilità di accadimento tab.3 all.I al DM.LL.PP 9/05/2001	Categorie di effetti/categorie territoriali	
		Elevata letalità	Lesioni irreversibili
4,1 10-3	>10-3	F	E(F)
Distanze di danno		2m	25m

La planimetria con indicazione delle aree di danno interne ed esterne allo stabilimento è riportata in allegato (All.4).Non è ancora disponibile una planimetria con le aree di danno che abbia recepito la presenza del deposito olii; la planimetria aggiornata sarà allegata nella prossima revisione della scheda tecnica. La planimetria con indicazione.

4.2 PIANO DI EMERGENZA ESTERNO (PEE)

Il piano di emergenza esterno è stato predisposto da parte della Provincia di Bologna nel corso del 2014.

4.3 INFORMAZIONI AL PUBBLICO

L'azienda ha aggiornato la notifica il 28 Febbraio 2019 (cambio Gestore) successivamente il documento è stato validato da ISPRA e trasmesso al Comune di Sala Bolognese le sezioni informative previste dall'art.13 del D.Lgs 105/2015 (All.5).

5.DOCUMENTO SULLA POLITICA DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI RILEVANTI

Il documento di politica, nella forma prevista dal D.Lgs 105/2015, è presente in azienda dal 12/05/2017; l'ultimo aggiornamento risale al 09/05/2019.

Il contenuti del documento rispettano le disposizioni previste nell'allegato B del D.lgs 105/2015 e il mantenimento e miglioramento continuo del SGS integrato è conforme alle norme ISO 9001/2015, ISO 45001/2018 e ISO13485/2016.

6. ANALISI DELL'ESPERIENZA OPERATIVA

L'azienda non ha avuto incidenti rilevanti o quasi incidenti; il format "Eventi incidentali:analisi dei fattori gestionali e tecnici"è stato compilato dall'azienda riportando una situazione incidentale valutata consona alla realtà aziendale (all.6).

La Commissione riscontra che dall'analisi della situazione l'azienda ha introdotto degli opportuni interventi correttivi.

7.RISCONTRI, RILIEVI RACCOMANDAZIONI E PROPOSTE DI PRESCRIZIONI SUL SGS.

La Commissione ha proceduto alla verifica dei punti della lista di riscontro format 3b dell'appendice 3-allegato H del D.Lgs 105/2015 (all. 8), compilata a cura dell'azienda, con esplicito riferimento alle procedure ed alle istruzioni operative aziendali e all'SGS in generale.

Di seguito si riportano l'esposizione dei riscontri e dei rilievi effettuati dalla Commissione, con riferimento agli elementi gestionali specificati nella lista di riscontro ed alle criticità riscontrate in occasione dell'analisi dell'esperienza operativa, con relative raccomandazioni e/o proposte di prescrizione.

Di seguito si riportano i riscontri sui vari punti della check-list e l'indicazione di prescrizioni o raccomandazioni.

1. DOCUMENTO SULLA POLITICA DI PREVENZIONE, STRUTTURA DEL SGS-PIR E SUA INTEGRAZIONE CON LA GESTIONE AZIENDALE

1.i) Definizione della politica di prevenzione
--

La Commissione ha preso visione del Documento di Politica di Prevenzione degli Incidenti Rilevanti;

l'ultima revisione risale al 9/05/2019 e ne ha verificato la distribuzione in azienda tramite posta elettronica. Nella sua definizione e nel riesame risulta coinvolta la figura del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (ultimo riesame il 15/07/2019).
1.ii) Verifica della struttura del SGS adottato e integrazione con la gestione aziendale
Il sistema SGS-PIR é adottato e la struttura è riportata nel manuale del sistema di gestione SGS. Il sistema risulta integrato con la gestione dell'Azienda, attraverso richiami e integrazioni di ruoli, responsabilità e procedure.
1.iii) Contenuti del Documento di politica
E' stato riscontrato che il documento di politica riporta i principi previsti nell'all. B del D.Lgs 105/2015 e che il SGS-PIR è stato strutturato a seconda degli all. 3 e B del D.Lgs 105/2015. E' presente un programma di attuazione/miglioramento del SGS allegato al documento di politica che individua un set di indicatori e prevede un check annuale.
2.ORGANIZZAZIONE E PERSONALE
2.i) Definizione delle responsabilità, delle risorse e della pianificazione delle attività
E' stato riscontrato che il manuale MSG definisce ruoli, competenze e responsabilità e relative mansioni in ambito di sicurezza RIR. La Commissione raccomanda di introdurre nel Manuale Qualità e Sicurezza (MSG)-Sez.0 par.12 le funzioni (deleghe) del portavoce di sito in relazione alle responsabilità previste nel Dlgs 105/2015.
2.ii) Attività di informazione
Si è visionata la procedura PRO 19 "Formazione e addestramento del personale" in cui sono presenti anche agli aspetti di informazione oltre a quelli di formazione e addestramento. La Commissione raccomanda di meglio specificare il titolo della procedura inserendo un riferimento all'informazione. Si è presa visione delle informazioni fornite alle persone che entrano nello stabilimento (depliant cartaceo); i contenuti sono conformi alle disposizioni previste.
2.iii) Attività di formazione ed addestramento
Si è verificata la procedura PRO 19 "Formazione e addestramento agli operatori" dove sono riportati i contenuti e le modalità della formazione che competono alle ditte terze (autotrasportatori) ma non è riscontrabile una dichiarazione, da parte della ditta terza, dell'avvenuta formazione. La Commissione raccomanda di predisporre una forma di verifica riscontrabile dell'avvenuta formazione da parte del datore di lavoro della ditta terza.
2. iv) Fattori umani, interfacce operatore ed impianto
Si è verificato che per il mantenimento delle idonee condizioni psicofisiche dei dipendenti, il Gestore ha incaricato il Medico Competente; per i dipendenti delle ditte terze (autotrasportatori) ci si avvale della dichiarazione di idoneità fornita dalle ditte stesse.
3. IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI PERICOLI RILEVANTI
3.i) Identificazione delle pericolosità di sostanze e processi, e definizione di criteri e requisiti di sicurezza
Si riscontra la PRO 01 e la relativa IST 54.
3.ii) Identificazione dei possibili eventi incidentali e analisi di sicurezza
L'identificazione e la valutazione dei RIR è affidata ad una società esterna. Si riscontra la PRO 27 "Valutazione dei rischi".

Nel verbale del riesame del MSG della sicurezza il personale dipendente viene coinvolto nella fase di identificazione di eventuali problemi legati alla sicurezza RIR, presenti nel sito.

3.iii) Pianificazione degli adeguamenti impiantistici e gestionali per la riduzione dei rischi ed aggiornamento

Si riscontra l'adozione di linee guida interne al gruppo LINDE che stabiliscono i criteri di adeguamento e miglioramento impiantistico e gestionale per la riduzione dei rischi (LiMSS e MHRP programme, PRO 39 e verbali di riesame).

4. IL CONTROLLO OPERATIVO

4.i) Identificazione degli impianti e delle apparecchiature soggette ai piani di verifica

In azienda è presente un elenco informatico delle apparecchiature soggette a manutenzione ma non c'è un'identificazione degli elementi tecnici critici.

La Commissione raccomanda di implementare una modalità che permetta una più rapida individuazione degli elementi tecnici critici per la sicurezza in ambito RIR.

La Commissione ha preso visione della presenza di un cronoprogramma informatico per la manutenzione; è presente un raccoglitore cartaceo dove vengono specificate le modalità con cui effettuare le manutenzioni.

L'azienda ha adottato la linea guida INAIL per la valutazioni delle corrosioni nelle apparecchiature

4. ii) Gestione della documentazione

Si riscontra la PRO 01 "Gestione dei documenti"

4. iii) Procedure operative e istruzioni nelle condizioni normali, anomale e di emergenza

Si sono riscontrate la IST35 BO "Istruzioni di lavoro operatori" e la PRO 91 "Ruoli e responsabilità ROC"

4.iv) Le procedure di manutenzione

Si è riscontrata la PRO 57 "Gestione delle manutenzioni"

4.v) Approvvigionamento di beni e servizi

Si sono riscontrate la PRO 09 "Qualifica fornitori" e PRO 08 "Approvvigionamento"

5.GESTIONE DELLE MODIFICHE

5.i) Modifiche tecnico-impiantistiche, procedurali ed organizzative

La Commissione ha visionato la PRO 25 "Gestione delle modifiche" dove è presente sia la gestione delle modifiche temporanee (con definizione della durata massima di un anno) che di quelle permanenti.

La gestione delle modifiche avviene attraverso l'utilizzo di un portale utilizzato dall'intero gruppo LINDE, citato nella PRO 25, dove per tutte le fasi di valutazione vengono identificati dei responsabili. L'analisi della singola fase si conclude con l'approvazione o meno da parte dei responsabili fino alla conclusione del procedimento.

Si sono riscontrate la PRO 28 "Gestione dei lavori in appalto" e IST 33 "Permessi di lavoro".

Si sono verificati i permessi di lavoro generici n°75 e n°59 dell'anno 2019.

5.ii) Aggiornamento della documentazione

Si è riscontrato che il gestionale citato nella PRO 25, portale del gruppo LINDE, prende in esame la necessità o meno dell'aggiornamento della documentazione in seguito ad una modifica.

Si riscontra a seguito di modifica senza aggravio, aumento capacità stoccaggio dei gas medicali, che il format della formazione risulta firmato solo dal formatore e non dai dipendenti.

La Commissione raccomanda di raccogliere sempre le firme attestanti l'avvenuta formazione contestualmente all'attività svolta.

6. PIANIFICAZIONE DI EMERGENZA

6.i) Analisi delle conseguenze, pianificazione e documentazione

Si riscontra che il PEI rispetto alla precedente visita ispettiva è stato aggiornato (10/05/2019) per quanto riguarda l'individuazione dei DPI da utilizzarsi nelle prove emergenza, che sono stati valutati i nuovi scenari in caso di evento sismico (cedimento strutturale) e di un possibile incendio o sversamento per il deposito olii.

Si riscontra che in merito alla raccomandazione contenuta nella comunicazione con PGDG/2015/2030 del 07/04/2015 da parte dell'ex provincia di Bologna (ora ARPAE-SAC) che indicava di "programmare le esercitazioni di emergenza anche in funzione degli scenari validati nella scheda tecnica" l'Azienda non ha provveduto ad effettuare quanto indicato.

La Commissione prescrive di attuare quanto previsto dalla raccomandazione inserita nel precedente Rapporto Conclusivo in merito al punto in questione.

Il PEI revisionato, nella sua forma cartacea, risulta firmato dal RLS.

6.ii) Ruoli e responsabilità

La Commissione ha preso visione dell'all.1 al PEI dove si evidenziano le responsabilità della gestione delle emergenze specificando ruoli, compiti e responsabilità in merito ad ogni azione necessaria.

Verificata la nomina del coordinatore della squadra.

6.iii) Controlli e verifiche per la gestione delle situazioni di emergenza

L'Azienda appalta a ditte esterne la manutenzione degli estintori e degli autorespiratori. La Ditta, oltre alla verifica semestrale, ogni tre mesi esegue la sorveglianza sui presidi antiincendio come previsto nella IST13. Non si riscontra, in azienda, un elenco della dotazione minima dei DPI e dei presidi antincendio previsti dalla normative vigenti.

La Commissione raccomanda di redigere un elenco della dotazione minima di DPI e presidi antincendio come già previsto nell'IST 13 e di implementare, nella stessa IST 13, dove lo stesso debba essere conservato.

6.iv) Sistemi di allarme, comunicazione e supporto all'intervento esterno

Si è riscontrato l'integrazione tra il PEI e il PEE e la presenza di una chiara definizione di responsabilità e ruoli.

La notifica è stata correttamente trasmessa al Comune (all.5).

6.v) Accertamenti sui sistemi connessi alla gestione delle emergenze

Si è riscontrato un sistema di registrazione degli ingressi nello stabilimento integrato con il sistema di permessi di lavoro per le imprese.

7. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI

7.i) Valutazione delle prestazioni

Si è verificata la PRO 44 "Gestione indicatori"; all'interno della procedura non ci sono indicazioni per

individuare idonei indicatori ai sensi di quanto previsto nel D.Lgs 105/2015. La Commissione raccomanda di implementare la procedura con idonei criteri che consentono l'individuazione di opportuni indicatori di miglioramento
7.ii) Analisi degli incidenti e quasi incidenti Si è riscontrata la PRO 29 "Incidenti e infortuni" che individua le procedure da adottare per le diverse tipologie di incidente. Anche in questo caso si fa riferimento ad un programma gestionale di gruppo denominato SINERGY. La Commissione ha visionato un caso reale e l'analisi effettuata all'interno del programma gestionale su menzionato riscontrando la completezza dell'analisi. Nella PRO 29 si fa riferimento ad un registro, non previsto nel programma gestionale SINERGY, dove gli incidenti vengono ordinati per tipologia di incidente e per sito. La Commissione raccomanda di inserire la possibilità di classificare nel suddetto registro gli incidenti anche come riconducibili ad eventi ex 105/2015.
8. CONTROLLO E REVISIONE
8.i) Verifiche ispettive Si riscontra PRO 13 "Audit interni e fornitori" e come da procedura si è verificato che le azioni derivate dall'audit interno siano riportate nei verbali di riesame del SGS. Si riscontra che in modo periodico vengono effettuati audit da casa madre all'interno del programma MHPR.; si è visionato il report dell'anno 2016 e le indicazioni scaturite. Si riscontra che nella PRO 14 "Azioni correttive e preventive" si richiama l'utilizzo di un database <i>Web Audit Manager</i> per la gestione di tutte le prescrizioni ricevute in fase ispettiva.
8.ii) Riesame della politica di prevenzione del SGS Si è riscontrata la PRO 106 "Riesame Sistema di Gestione"

7.1 SCHEDA RIEPILOGATIVA

Sintesi delle risultanze emerse dall'esame della lista di riscontro sugli elementi del Sistema di Gestione della Sicurezza	Rilievo	Raccomand. per il miglioramento	Proposte di prescrizione
1. Documento sulla politica di prevenzione, struttura del SGS e sua integrazione con la gestione aziendale			
i) Definizione della Politica Di Prevenzione			
ii) Verifica della struttura del SGS -PIR adottato e integrazione con la gestione aziendale			
iii) Contenuti del documento di politica			
2. Organizzazione del personale			
i) Definizione delle responsabilità, delle risorse e della pianificazione delle attività		X	
ii) Attività di informazione		X	
iii) Attività di formazione e addestramento		X	

iiii) Fattori umani, interfacce operatori impianto			
3. Identificazione e valutazione dei pericoli rilevanti			
i) identificazione delle pericolosità di sostanze e processi, definizione di criteri e requisiti di sicurezza			
ii) Identificazione dei possibili eventi incidentali e analisi di sicurezza			
iii) Pianificazione degli adeguamenti impiantistici e gestionali per la riduzione dei rischi ed aggiornamento			
4. Controllo operativo			
i) Identificazione degli impianti e delle apparecchiature soggette ai piani di verifica		X	
ii) Gestione della documentazione			
iii) Procedure operative e istruzioni nelle condizioni normali, anomalie e di emergenza			
iiii) Le procedure di manutenzione			
iv) Approvvigionamento beni e servizi			
5. Gestione delle modifiche			
i) Modifiche tecnico-impiantistiche, procedurali e organizzative			
ii) Aggiornamento della documentazione		X	
6. Pianificazione di emergenza			
i) Analisi delle conseguenze, pianificazione e documentazione			X
ii) Ruoli e responsabilità			
iii) Controlli delle verifiche per la gestione delle situazioni di emergenze		X	
iv) Sistemi di allarme e comunicazione e supporto dell'intervento esterno			
Accertamenti sui sistemi connessi alla gestione delle emergenze			
7. Controllo delle prestazioni			
i) Valutazioni delle prestazioni		X	
ii) Analisi degli incidenti e quasi incidenti		X	
8. Controllo e revisione			
i) Verifiche ispettive			
ii) Riesame della politica di sicurezza e del SGS-PIR			

8. RISULTANZE DA PRECEDENTE ISPEZIONE AI SENSI DELL'ART.27 DEL DECRETO DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2012/18/UE O DA SOPRALLUOGHI AI SENSI DELL'ART. 25, C.2 DEL D.L N334/99.

L'ultima visita ispettiva risale a Marzo 2015 della durata di quattro giorni. La Commissione preso atto delle raccomandazioni presenti nell'ultimo rapporto conclusivo ne ha verificato l'applicazione. La commissione ha ritenuto i rilievi ancora attuali ha pertanto formulato, nel caso specifico, una proposta di prescrizione.

9. ESAME PIANIFICATO E SISTEMATICO DEI SISTEMI TECNICI

Nella giornata del 16/10/2019 la Commissione ha effettuato la simulazione di uno scenario incidentale che prevedeva la fuoriuscita di azoto dalla linea di compressione all'interno della sala macchine.

Si è verificato l'attuazione di quanto previsto nel PEI per tale evento.

La Commissione ha inoltre verificato sul campo la presenza dei sistemi tecnici, avendo come riferimento la tabella eventi-misure di cui all' allegato 7 compilata dal Gestore, la scheda tecnica e la documentazione SGS.

La Commissione ha effettuato le prove sui seguenti sistemi tecnici:

- a) verifica dell'attivazione dei due sensori di temperatura a terra in logica 2 su 3 nella baia di carico n°1 (TI 7380-3 e TI 7380-1).
- b) verifica dei sistemi di blocco e messa in sicurezza della rampa di carico fase liquida a seguito di mancato azionamento del sistema "uomo morto" in baia di carico.
- c) verifica dell'attivazione del sensore di temperatura TI 7101 nella tubazione di troppo pieno che scarica nel bacino di contenimento dei serbatoi
- d) verifica attivazione allarme bassa concentrazione ossigeno in sala macchine con attivazione degli allarmi ottici e acustici.

La Commissione raccomanda l'istallazione di segnalatori visibili anche dall'esterno del locale in cui è posizionata la centralina di controllo dei sensori di temperatura.

10. INTERVISTE AGLI OPERATORI

All'autotrasportatore Sig. Walter Magni, in data 18/10/2019 sono state formulate domande in merito all'attività svolta all'interno dell'Azienda LIDE GAS srl, ai comportamenti da adottare in emergenza, ai DPI, alle procedure operative e alle peculiarità dei rischi RIR presenti nello stabilimento.

Dalle risposte fornite emerge un sufficiente grado di competenza tecnica e conoscenza degli impianti.

11. CONCLUSIONI

11.1 ESITO DELL'ESAME PIANIFICATO DEI SISTEMI ORGANIZZATIVI E DI GESTIONE

Il Documento di Politica di prevenzione degli incidenti rilevanti e il Sistema di Gestione della Sicurezza risultano nel loro complesso rispondenti nei contenuti ai requisiti previsti dalla normativa. Nei capitoli successivi si riassumono le raccomandazioni e le proposte di prescrizione formulate a seguito di non conformità riscontrate nel corso della verifica ispettiva, e a seguito dell'esame pianificato e sistematico dei sistemi organizzativi e gestionali.

La Commissione ha constatato una piena conoscenza da parte del Responsabile dello stabilimento degli aspetti legati alla gestione dei rischi RIR, il buon livello di attuazione del SGS ed ha apprezzato lo spirito di collaborazione dimostrato dall'Azienda nel corso della presente verifica.

11.1.1 RACCOMANDAZIONI DELLA COMMISSIONE

2.ORGANIZZAZIONE E PERSONALE
2.i) Definizione delle responsabilità, delle risorse e della pianificazione delle attività
La Commissione raccomanda di introdurre nel Manuale Qualità e Sicurezza (MSG)-Sez.0 par.12 le funzioni (deleghe) del portavoce di sito in relazione alle responsabilità previste nel D.lgs 105/2015.
2.ii) Attività di informazione
La Commissione raccomanda di meglio specificare il titolo della procedura inserendo un riferimento all'informazione.
2.iii) Attività di formazione ed addestramento
La Commissione raccomanda di predisporre una forma di verifica riscontrabile dell'avvenuta formazione da parte del datore di lavoro della ditta terza.
4. IL CONTROLLO OPERATIVO
4.i) Identificazione degli impianti e delle apparecchiature soggette ai piani di verifica
La Commissione raccomanda di implementare una modalità che permetta una più rapida individuazione degli elementi tecnici critici per la sicurezza in ambito RIR.
5.GESTIONE DELLE MODIFICHE
5.ii) Aggiornamento della documentazione
La Commissione raccomanda di raccogliere sempre le firme attestanti l'avvenuta formazione contestualmente all'attività svolta.

6. PIANIFICAZIONE DI EMERGENZA
6.iii) Controlli e verifiche per la gestione delle situazioni di emergenza
La Commissione raccomanda di redigere un elenco della dotazione minima di DPI e presidi antincendio come già previsto nell'IST 13 e di implementare, nella stessa IST 13, dove lo stesso debba essere conservato.
7. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI
7.i) Valutazione delle prestazioni
La Commissione raccomanda di implementare la procedura con idonei criteri che consentono l'individuazione di opportuni indicatori di miglioramento
7.ii) Analisi degli incidenti e quasi incidenti
La Commissione raccomanda di inserire la possibilità di classificare nel suddetto registro gli incidenti anche come riconducibili ad eventi ex 105/2015.

9. ESAME PIANIFICATO E SISTEMATICO DEI SISTEMI TECNICI

La Commissione raccomanda l'installazione di segnalatori visibili anche dall'esterno del locale in cui è posizionata la centralina di controllo dei sensori di temperatura.

11.1.2 PROPOSTE DI PRESCRIZIONI

6. PIANIFICAZIONE DI EMERGENZA
6.i) Analisi delle conseguenze, pianificazione e documentazione
La Commissione prescrive di attuare quanto previsto dalla raccomandazione inserita nel precedente Rapporto Conclusivo in merito al punto in questione.

11.2 ESITO DELL'ESAME PIANIFICATO E SISTEMATICO DEI SISTEMI TECNICI

Tutte le prove sui sistemi tecnici hanno dato esito positivo si sottolinea la necessità di un continuo monitoraggio della pavimentazione delle baie di carico in cui sono installati i sensori, al fine di garantire un efficace convogliamento del prodotto sul sensore.

11.3 INVITI ALLE AUTORITA'

La Commissione non ritiene di dover formulare particolari segnalazioni alle autorità.

Elenco allegati

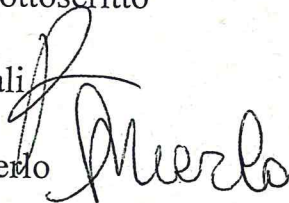
1. Atto di nomina della commissione
2. Verbali delle visite ispettive
3. Planimetria generale dello stabilimento
4. Planimetrie con aree di danno
5. Copia della lettera di trasmissione al Comune delle informazioni previste dall'art. 23 del presente decreto
6. Schede di analisi dell'esperienza operativa
7. Tabella degli eventi incidentali- misure adottate
8. Lista di riscontro sugli elementi del sistema di gestione della sicurezza
9. Relazione sulla movimentazione delle sostanze pericolose

Sala Bolognese, 19 Dicembre 2019.

Letto, approvato e sottoscritto

Ing. Pierluigi Frontali

Dott.ssa Luciana Memo

The image shows two handwritten signatures in black ink. The first signature, for Pierluigi Frontali, is a stylized, cursive 'P' followed by 'Frontali'. The second signature, for Luciana Memo, is a more fluid, cursive 'Memo'.

SI ATTESTA CHE IL PRESENTE DOCUMENTO È COPIA CONFORME DELL'ATTO ORIGINALE FIRMATO DIGITALMENTE.