



Gestire i near miss:
metodi e strumenti per
generare prevenzione



**HSE
Excellence
Sharing
Team**

**Dalla segnalazione alla prevenzione:
come far crescere davvero la cultura dei near miss**

Michele Grego

HSE Manager Zetronic - Membro HEST



<https://www.linkedin.com/groups/12252478/>



Goccia dopo goccia si fa il mare



... segnalazione dopo segnalazione facciamo la prevenzione!





Francesco Marella
HSE Manager Mitsubischi



Carla Marcolini
HSE Manager Franke



Luca Bindella
HSE Manager AllNex



Michele Grego
HSE Manager Zetronic

/02
APPLIED AIR CONDITIONING

WHAT WE DO

Applied air conditioning and heating refers to the business of specified, made-to-order, professional units, that we design and produce according to the specific needs of our customers.

Our Applied HVAC ranges include

- Hydronic Units from 15 to 4.500kW



- HPAC Units



- Fan Coil Units



- All-air Units up to 100.000 m³/h



- Air Handling Units



- Control, Supervision and Optimization Systems



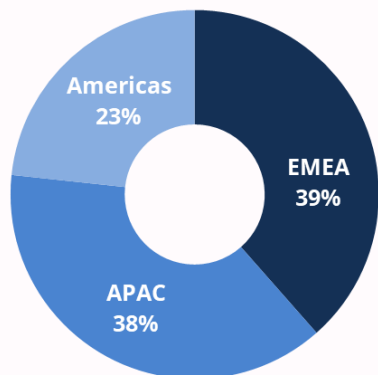
MITSUBISHI ELECTRIC
HYDRAULIC & EXHAUST SYSTEMS
CLIMATE PROFILE

 **MITSUBISHI
ELECTRIC**
Changes for the Better

Chi è allnex

allnex è un produttore globale leader e fornitore di soluzioni nel settore delle resine e degli additivi per rivestimenti destinati ai mercati industriali e dei materiali compositi. Con un'esperienza di oltre 75 anni, un fatturato superiore a 2,2 miliardi di euro e circa 4.000 dipendenti nel mondo, allnex è focalizzata sullo sviluppo di una chimica innovativa per le prossime generazioni, guidata dalle esigenze dei clienti in un contesto globale in continua evoluzione. Allnex fa parte del gruppo **PTT Global Chemicals (PTTGC)**.

2025 SALES BY REGION



Total staff:
3 967 (FTEs)

Total revenue in 2025:
EUR 2,0 billion

Manufacturing sites
worldwide:
32



Luca Bindella

HSE Manager
Membro HEST



FRANKE GROUP

Franke Home Solution Division



Franke Italy
Ing. Carla Marcolini: HSE Manager - RSPP - RSGI
HEST - HSE Excellence Sharing Team



FRANKE GROUP

Global presence



Division / Activity	Presence
Franke Home Solution	worldwide
Franke Foodservice Systems	worldwide
Franke Washroom Systems	worldwide / Europe
Franke Coffee Systems	worldwide
Franke Beverage Systems	worldwide
Other <u>Activities</u>	Europe



Home Solution - Franke Italy

Area: 40.000 sqm

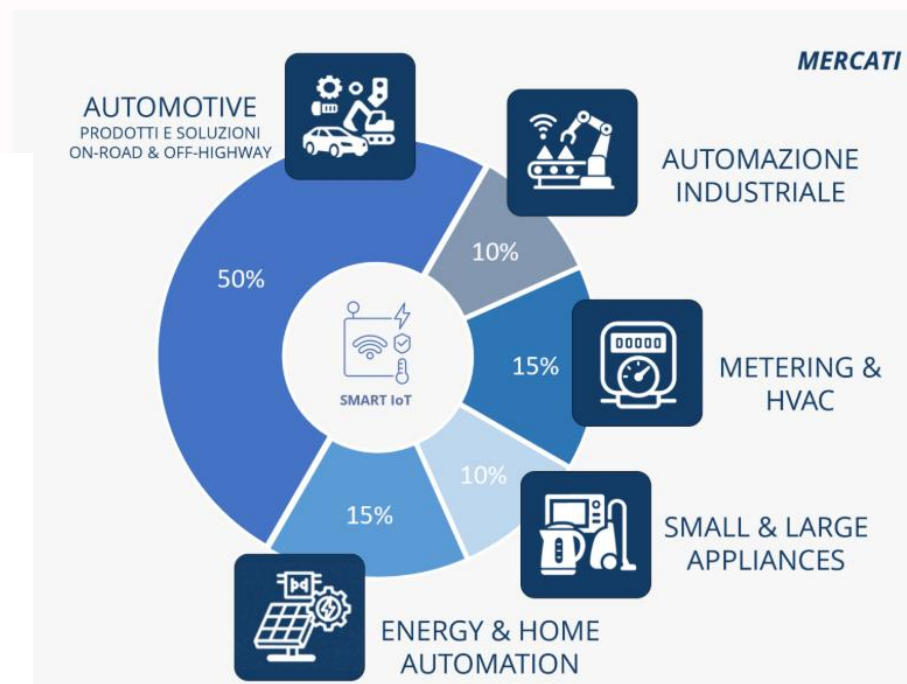
Organization: ≈ 300 people

Employees	9.000
Net sales (CHF)	2046.9 M



zetronic group

Zetronic Group è una realtà industriale italiana che opera nel settore della **MECCATRONICA** e sviluppa, progetta e realizza componenti e prodotti **SMART IOT**, integrando competenze multidisciplinari in ambito meccanico, plastico, galvanico, elettronico e software.





Governance del
processo attraverso
i KPI



HSE Excellence Sharing Team

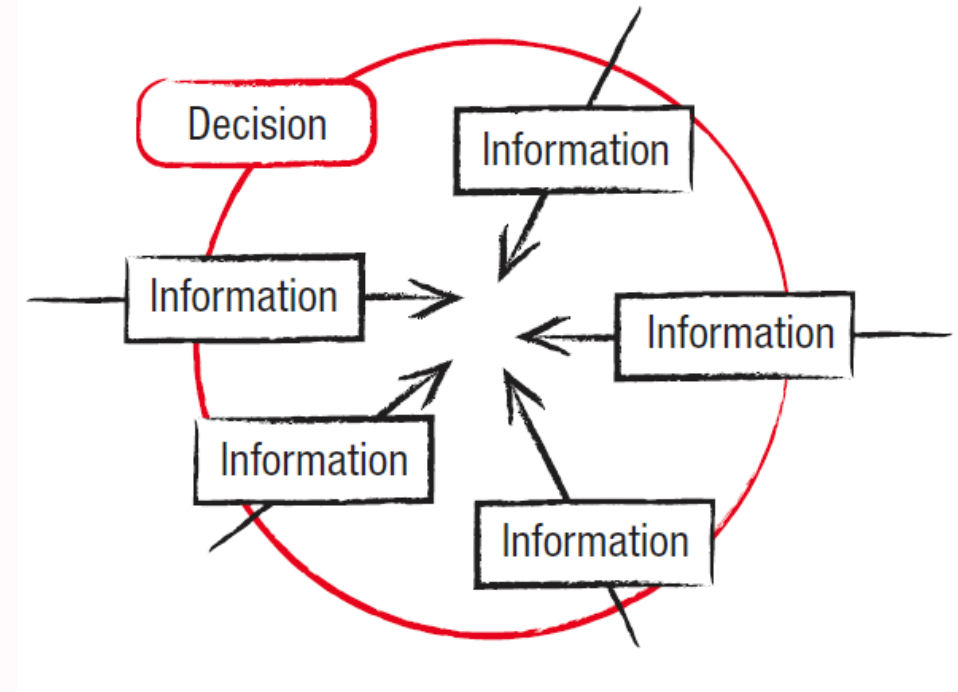
Francesco Marella – HSE Manager Mitsubishi



<https://www.linkedin.com/groups/12252478/>

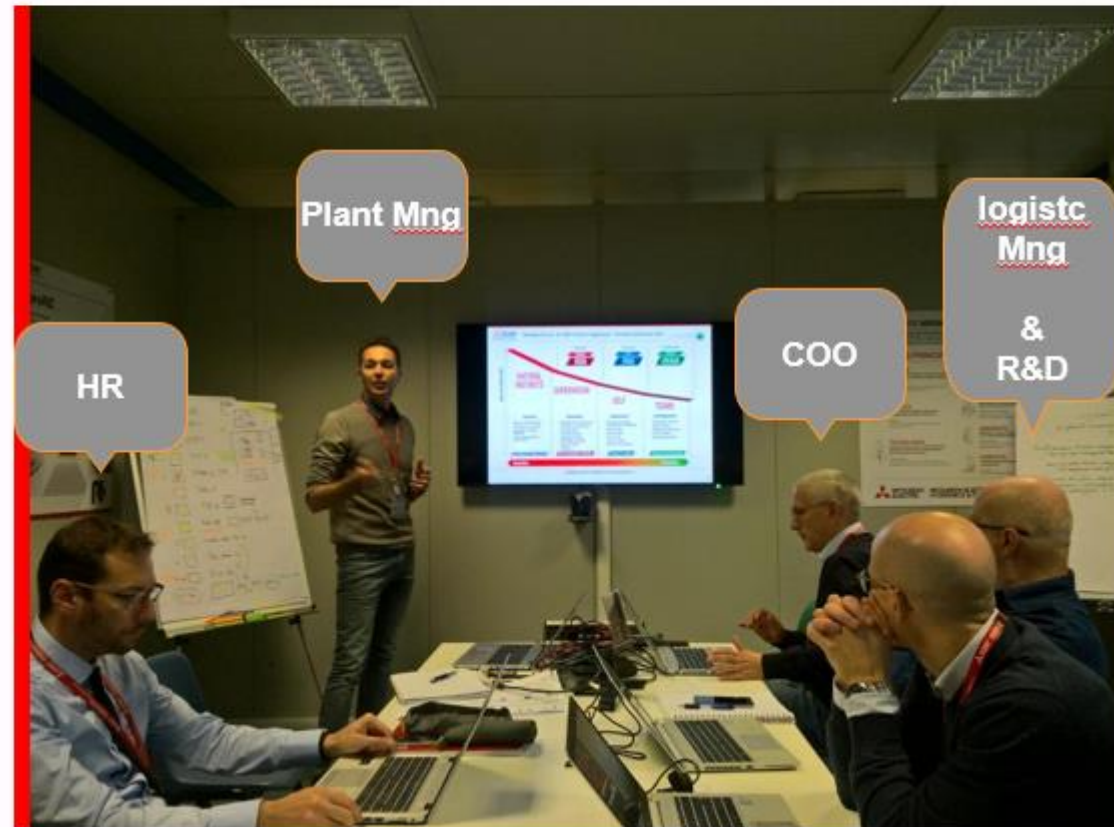
coinvolgimento

- Evitare una **cultura punitiva** e creare una «cultura dell'errore»
- Abbiamo bisogno della **loro competenza**
- La loro osservazione è preziosa (abbiamo la **B-BS**)
- **3,8** segnalazioni/ giorno (**2025**)
- **3,6** segnalazioni/ giorno (**2024**)



A3 Safety Management

- Le segnalazioni sono gestite individualmente dal team leader
- Quelle più complesse nella riunione **A3Safety**
- A3Safety partecipa il management di ciascun sito produttivo

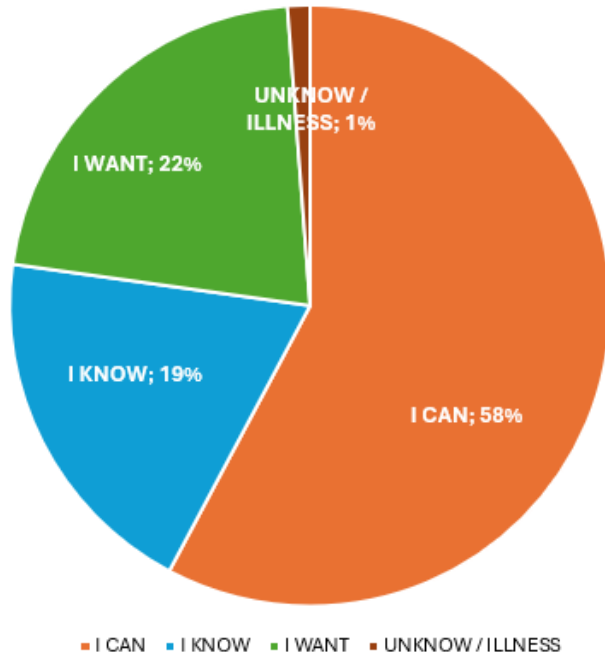


Riunione mensile di feedback sulle segnalazioni dipendenti

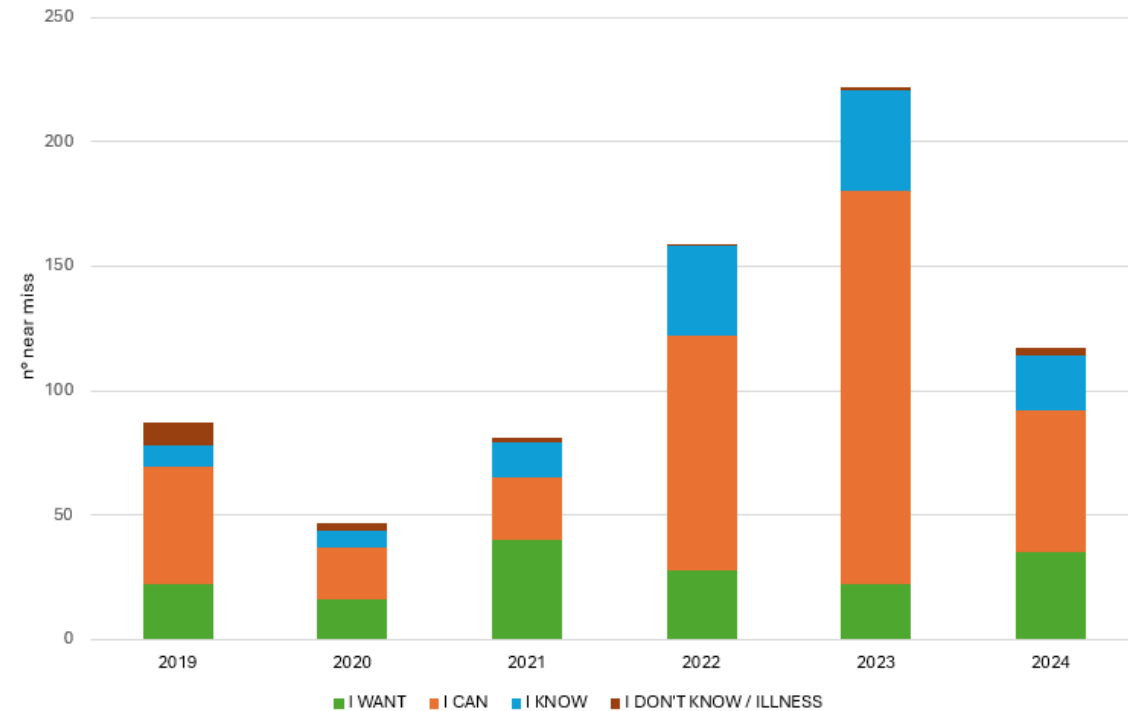


Near Miss divisi per causa

NEAR MISS CAUSES - M12
(2021 - 30/09/2024)

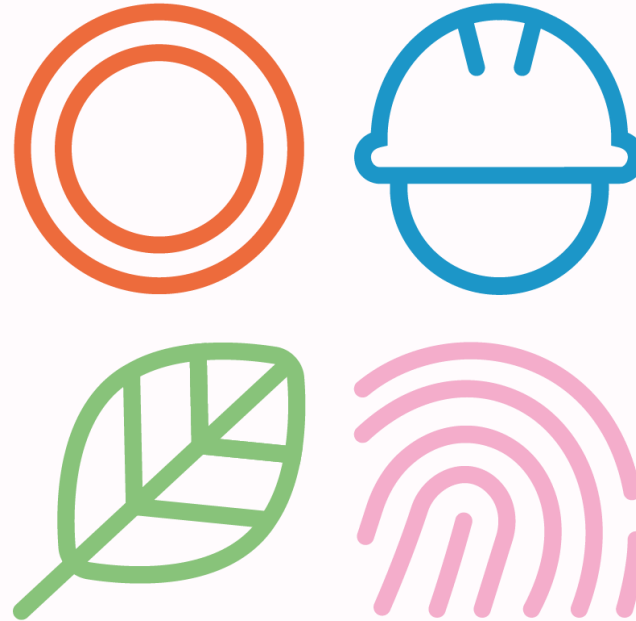


Analysis NEAR MISS 30/09/2024 with temporary workers - M12





Condivisione delle
lezioni apprese tra
stabilimenti/reparti



HSE Excellence Sharing Team

Luca Bindela – HSE Manager Allnex



<https://www.linkedin.com/groups/12252478/>

Apprendere dai near miss attraverso benchmarking e lesson learned: il caso studio di allnex – settore chimica

Root Cause Analysis cross-funzionale dell'evento a livello di sito

- Inserimento dell'evento nel **sistema di reporting** globale entro 2 giorni lavorativi, in funzione della complessità/severità dell'evento.
- **RCA** condotta tramite metodologie strutturate quali 5-Why, diagramma di Ishikawa e S.O.U.R.C.E. e selezionate in funzione della complessità/severità dell'evento (entro 30 giorni lavorativi)
- Elaborazione del **4 Block 4 Toolbox (4B4T)**, modello standardizzato di condivisione esito investigazione (cosa è successo, foto, cause radice, azioni correttive/preventive)
- Invio del 4B4T a **Global SHE** per la successiva revisione e validazione

4 Block 4 Toolbox (4B4T): modello standardizzato di condivisione esito investigazione

4B4T – NM - Solidified resin carbonized in the R&D Lab reactor – September 10, 2024



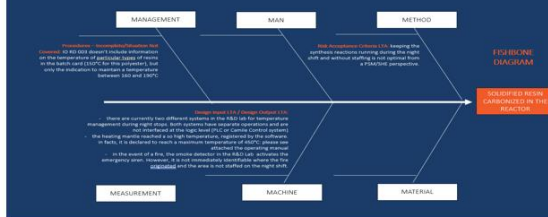
What happened

- During the synthesis of a hydroxylated polyester - a modification of CC 2814-0, an OHV resin already at industrial scale - while resting overnight at a bulk temperature of 185°C (safety temperature of the mass), the resin gelled in the reactor (6 liters).
- The material blocked the agitator and the mass probe, that couldn't measure the real temperature. The control system continued heating to maintain the reactor setpoint till break down of the mantle, with a measured temperature of 900°C. The heating only stopped when the probe detected the safety temperature for automatic shut-down.
- The following morning, the reactor was found cold, the solidified resin was carbonized, but without spilling out, and the glass reactor melted in the bottom but not broken.
- The fireproof cover inside the heating mantle was broken and stuck to the reactor. Some re-condensed decomposition products were found in the flask and on the floor of the aspiration hood. No other consequences or injuries.

Pictures



Root Causes



ACTIONS

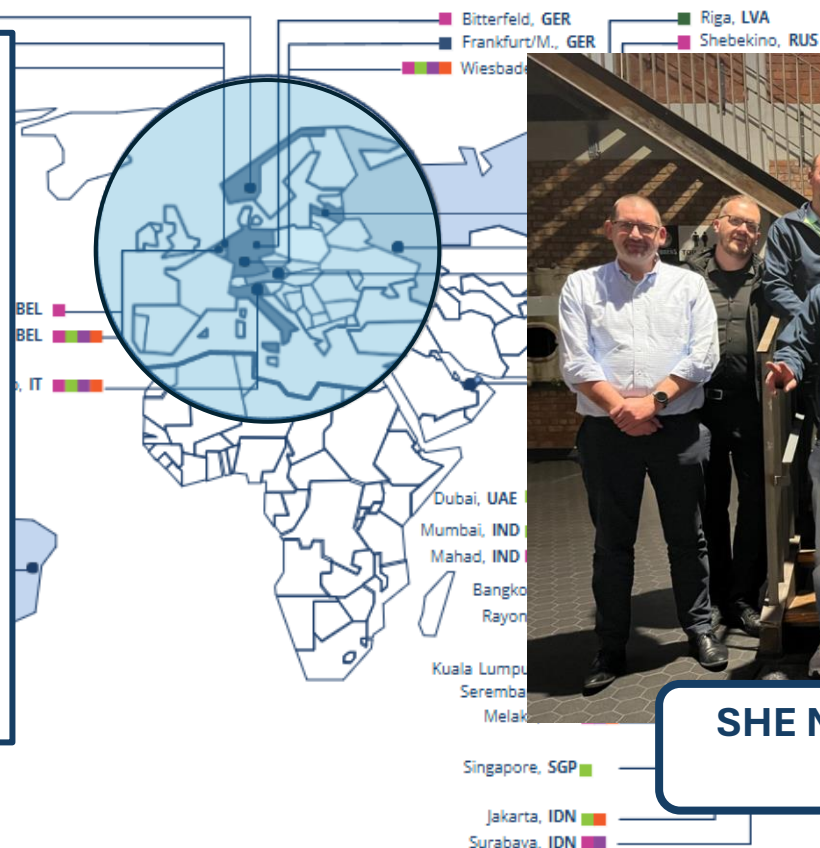
1. Immediate correction action: until the Camille Control system will not be considered safe for the overnight stop, no reaction will be left on hold during the night.
2. Procedures - Recompiler/Situation Not Covered
 - provide to include information on the temperature to be maintained during overnight stops for all specific types of resins in the batch card
 - training refresh on the temperature to be maintained during overnight stops for all specific types of resins in the batch card
3. Risk assessment - existing LRs: evaluate the need and risk of keeping the synthesis stationary/running during the night shift vs. the risk associated with re-melting the mass the following day (e.g. risk of flask rupture due to localized overheating). Thinking of minimizing the resins that need such stops.
4. Design brief / Design LR
 - consider using a single, centralized control system - PLC for example - for all locations where overnight resin stops are conducted, considering integrating the mass probe temperature detection system and the heating mantle probe temperature. As a risk mitigation action, R&D Lab is already in contact with the manufacturer of the program to modify the system so that the switch-off limit temperature is linked to the thermocouple of the heating mantle and to the mass probe
 - ask the supplier of the heating mantle why the temperature reached is higher than declared in the user and maintenance manual (250°C)
 - as a risk mitigation action, for the Camille Control system evaluation is being given to adding a controller external to the system and connected directly to the heating element so that it switches it off if the temperature limit is exceeded.
 - consider bringing the alarm managed by the fire alarm control panel of building 5 inside the DCS so that the operator of the central heating plant can promptly verify the presence of a fire (or a false alarm) in this area

Apprendere dai near miss attraverso benchmarking e lesson learned: il caso studio di allnex – settore chimica

Condivisione e discussione near miss tra Global SHE e Site SHE: benchmarking e team work

- **Monthly EMEA Incident Review:** discussione pratica degli eventi e condivisione delle lesson learnt a livello regionale. Partecipano Site Managers e SHE Manager di tutti gli stabilimenti EMEA
- **Monthly SHE dashboard:** condivisione globale degli eventi e lesson learnt con potenziale impatto per tutti gli stabilimenti (31) attraverso i seguenti strumenti: **4B4T, safety flashes, CAPA Plan globale**
- **Canale Teams** dedicato per una comunicazione snella ed efficace tra membri SHE EMEA / **Documentazione consultabile** nel repository SharePoint.

Technical Service
Sales
Global Business Services



**SHE Manager EMEA Team +
Global SHE**

Apprendere dai near miss attraverso benchmarking e lesson learned: il caso studio di allnex – settore chimica

Condivisione e discussione eventi tra Site SHE e gruppo operations: lesson learnt

Comunicazione top-down delle lesson learnt da parte di Site SHE durante la riunione operativa giornaliera:

- Condivisione di **4B4T, Safety Flashes, One Point Lessons**
- Ogni operatore viene stimolato a riflettere su quanto accaduto e con l'impegno di riportare una condizione / azione non sicura inerente al near miss accaduto. Le segnalazioni vengono riportate all'interno del **sistema di reporting**.



Feedback ai segnalatori / Effectiveness review delle azioni condotta da Global SHE e Site SHE

Site SHE:

- Durante le successive riunioni operative giornaliere viene fornito un **feedback** relativamente allo stato di avanzamento delle recenti segnalazioni (Tier 1 Meeting)
- **Effectiveness review** interna relativamente alle azioni derivanti dalle investigazioni dei near miss (Tier 2 Meeting)



Global SHE:

- **Management review** con Direzione Operations e Global SHE per le azioni derivanti dai casi più severi e complessi
- **Effectiveness review** con Regional SHE per tutte le azioni derivanti da alert globali e per le azioni derivanti dai casi di minore entità

**Safety culture
&
Incentivare il
comportamento di
segnalazione**



Carla Marcolini – HSE Manager Franke



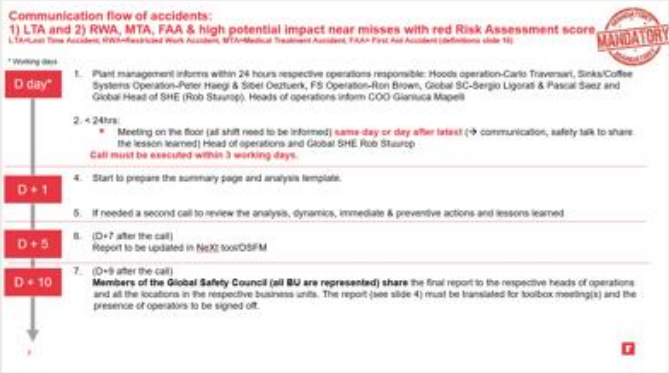
**HSE
Excellence
Sharing
Team**



<https://www.linkedin.com/groups/12252478/>

Incident Investigation Process

Group Escalation Procedure



Incident One-Pager

Bowls Fall from Drive-In Racking – Near Miss with High Potential (in certain circumstances)

The forklift driver was withdrawing a pallet of semifinished goods (bowls) from WIP drive-in racking system from 2nd level while moving backward to pick up the pallet, he failed to notice the cardboard separator (S) between the layers of products protruding beyond the footprint of the pallet and interfered with the rack left upright (L) as a result, the pallet was not properly released, causing the bowl to be lost.

Direct causes:
Lack of standard for WIP packaging.

Root causes:
operator failed to notice the cardboard separator protruding beyond the footprint of the pallet.

Relevant:
technical
• n/a

Organizational:
• missed lesson from a past event
• no RA performed in the area
• lack of packaging specs in WIP for WIP packaging (CPL – Standard Packaging Specifications)
• lack of CPL in WIP WIP to cross-check the above standard

Corrective and preventive actions defined:

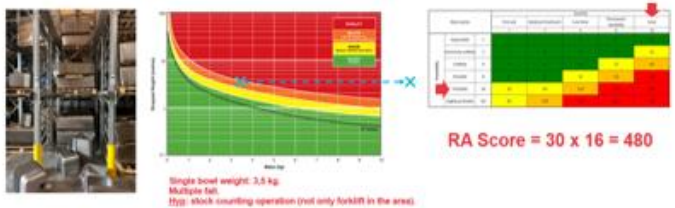
Item	Responsible	Due Date
Plan and measure a RA.	C. Mielezza	31-03-2025
Define WIP (Standard Packaging Spec) for WIP.	P. Zucchi	31-03-2025
Draw a CPL to cross-check CPL compliance before loading operation.	P. Bucchelli	31-03-2025
Discuss the event and contingent warning with Logistics team.	P. Bucchelli	

Incident 5W2H

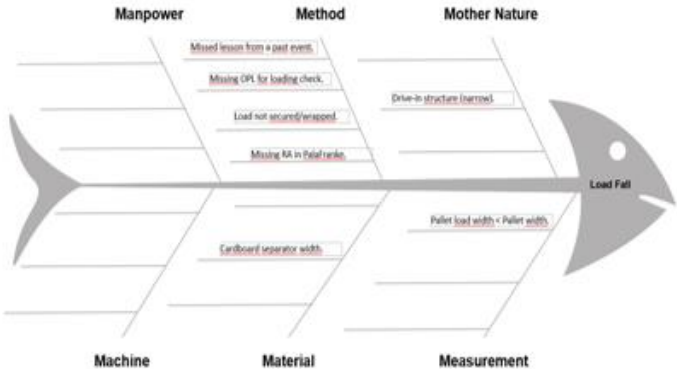
Incident summary

What	Bowls (approx. 40 pcs) fall from 3,20 mt high.
Why	Interference between cardboard separator and drive-in left upright + pallet not wrapped.
Who	Forklift driver (A. Soncini).
Where	FIP_WIP Warehouse (a.k.a. "PalaFranke") drive-in racking system, from 2 nd level (3,20 mt high).
When	October 14 th , 2025, at 14:30.
How	Operator was withdrawing a pallet of semifinished goods (bowls) for Production.
RA score	RA Score: Severity 16* * Probability 30 = 480. *not during normal operativity, but in case of clock counting
Did a similar incident happen in the past?	Yes (many years ago, as witnessed by one of our TL's).

RA Score



Ishikawa / Fishbone Diagram



6M Check List

Cause Categories

Manpower

- 1. Was the operator trained and authorized to perform this task?
- 2. Was the operator wearing the correct PPE?
- 3. Was the operator following the correct procedure?
- 4. Was the operator aware of the risk of the task?
- 5. Was the operator aware of the location of the task?
- 6. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 7. Was the operator aware of the condition of the environment?
- 8. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 9. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 10. Was the operator aware of the condition of the equipment?

Method

- 1. Was the operator following the correct procedure?
- 2. Was the operator aware of the risk of the task?
- 3. Was the operator aware of the location of the task?
- 4. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 5. Was the operator aware of the condition of the environment?
- 6. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 7. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 8. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 9. Was the operator aware of the condition of the environment?
- 10. Was the operator aware of the condition of the materials?

Mother Nature (environment)

- 1. Was the operator aware of the condition of the environment?
- 2. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 3. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 4. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 5. Was the operator aware of the condition of the environment?
- 6. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 7. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 8. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 9. Was the operator aware of the condition of the environment?
- 10. Was the operator aware of the condition of the materials?

Machine

- 1. Was the operator aware of the condition of the machine?
- 2. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 3. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 4. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 5. Was the operator aware of the condition of the machine?
- 6. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 7. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 8. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 9. Was the operator aware of the condition of the machine?
- 10. Was the operator aware of the condition of the materials?

Material

- 1. Was the operator aware of the condition of the material?
- 2. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 3. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 4. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 5. Was the operator aware of the condition of the material?
- 6. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 7. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 8. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 9. Was the operator aware of the condition of the material?
- 10. Was the operator aware of the condition of the materials?

Measurement

- 1. Was the operator aware of the condition of the measurement?
- 2. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 3. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 4. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 5. Was the operator aware of the condition of the measurement?
- 6. Was the operator aware of the condition of the materials?
- 7. Was the operator aware of the condition of the tools?
- 8. Was the operator aware of the condition of the equipment?
- 9. Was the operator aware of the condition of the measurement?
- 10. Was the operator aware of the condition of the materials?

Safety Culture



Other Locations LTA/NM Sharing vs Risk Assessment

Event Sharing

Event Notice

DSFM Safety Action Plan

Cut in arm on stainless-steel plate - Lost Time Accident - 1 lost days

Description of the Event
The operator was handling a metal plate on a steel stand when the right plate of the stand was not secured and fell on his right hand, causing a lost time accident.

Root Cause
The operator was not aware of the correct use of the stand and did not follow the correct procedure for securing the plate.

Preventive Measures
The operator should be trained on the correct use of the stand and the correct procedure for securing the plate. The stand should be checked before use to ensure it is in good condition.

Responsible
The operator is responsible for the correct use of the stand and the correct procedure for securing the plate. The supervisor is responsible for the training and the check of the stand.

Follow-up
The operator should be trained on the correct use of the stand and the correct procedure for securing the plate. The stand should be checked before use to ensure it is in good condition.



New Safety Action Plan

DSFM <Franke-DSFM.CH@franke.com>
A: Stefano Ingresso

Ciao Stefano Ingresso,
ti è stato assegnato un nuovo Safety Action Plan (ID: 89710)!
Puoi visualizzarlo accedendo a questo link:
[Visualizza Safety Action Plan](#)

Per favore, non rispondere a questa email!
Cordiali saluti

[Rispondi](#) [Inoltra](#)

#	Tip	Data	Cosa migliorare	Priorità	Descrizione - Cause Radice	Esclusione	Stato (%)	Operatore Colonnella	Soluzioni (Cause)	Da	Prodotto Soluzione e Stato Leader	Note	Carda Walk/1 Card	Data pianificata	Cosa non rivedere
89777	Action Plan Safety	30/09/2025 14:10:02	Safety Alert - FPC_Broken Armix Debut Operator	1	A similar risk has also been identified at FPC, at the Decoding/Cutting Line, where a trolley dedicated to storing scrap metal sheets does not ensure that the plate is secured.			Simona Carli	Definire azioni correttive/preventive.	CIC Plant FIP Sida Italy Peschiera del Garda	Stefano Ingresso			31/09/2025	
89778	Action Plan Safety	30/09/2025 14:07:25	Safety Alert - ITU_LTA Cut in arm on steel plate	1	Rischio presente per la natura delle attività FIP			Carla Marcolini	Gestire quotidiani da parte del VSL e del TCI per la verifica dell'utilizzo dei previsti DPI (Impermeabile).	CIC Plant FIP Sida Italy Peschiera del Garda	Stefano Ingresso			31/09/2025	
89779	Action Plan Safety	30/09/2025 14:03:38	Safety Alert - FWC_HL to object	1	Rischio presente in tutta la attività umana.			Stefano Ingresso	Sensibilizzare il personale durante CIC, TBOS e TBOS + Th Blue Collar sull'importanza non avere fretta nell'esecuzione delle proprie attività.	CIC Plant FIP Sida Italy Peschiera del Garda	Stefano Ingresso			31/09/2025	

DSFM RA Evidence

File Browser

Ricerca Filtro veloce

Ordina per Nome

Original Doc
2025-08-14_FFU_LTA Cut in arm on steel plate.pdf

Local Doc
S_Safety Talk.jpg

Local Actions
Gemba Walk Calendar - Production.png

T-Card Safety - PPE Correct Use.png

5' Safety Talk

Gemba Walk

T-Card



Gemba Walk		Franke - Sida - CIC Plant FIP Sida Italy Peschiera del Garda		1 settembre 2025	
Area	1	2	3	4	5
Area 1					
Area 2					
Area 3					
Area 4					
Area 5					
Area 6					
Area 7					
Area 8					
Area 9					
Area 10					
Area 11					
Area 12					
Area 13					
Area 14					
Area 15					
Area 16					
Area 17					
Area 18					
Area 19					
Area 20					
Area 21					
Area 22					
Area 23					
Area 24					
Area 25					
Area 26					
Area 27					
Area 28					
Area 29					
Area 30					
Area 31					
Area 32					
Area 33					
Area 34					
Area 35					
Area 36					
Area 37					
Area 38					
Area 39					
Area 40					
Area 41					
Area 42					
Area 43					
Area 44					
Area 45					
Area 46					
Area 47					
Area 48					
Area 49					
Area 50					
Area 51					
Area 52					
Area 53					
Area 54					
Area 55					
Area 56					
Area 57					
Area 58					
Area 59					
Area 60					
Area 61					
Area 62					
Area 63					
Area 64					
Area 65					
Area 66					
Area 67					
Area 68					
Area 69					
Area 70					
Area 71					
Area 72					
Area 73					
Area 74					
Area 75					
Area 76					
Area 77					
Area 78					
Area 79					
Area 80					
Area 81					
Area 82					
Area 83					
Area 84					
Area 85					
Area 86					
Area 87					
Area 88					
Area 89					
Area 90					
Area 91					
Area 92					
Area 93					
Area 94					
Area 95					
Area 96					
Area 97					
Area 98					
Area 99					
Area 100					



Safety Talk One-Pager

Safety Talks Informativa sulla Sicurezza

5W2H

RC's

H/O/T

5' SAFETY TALKS

5' Safety Talks.pptx



Safety Culture

Safety Timeframe

Daily Layered Meetings



Monthly Meeting



Quarterly TH Blue Collars



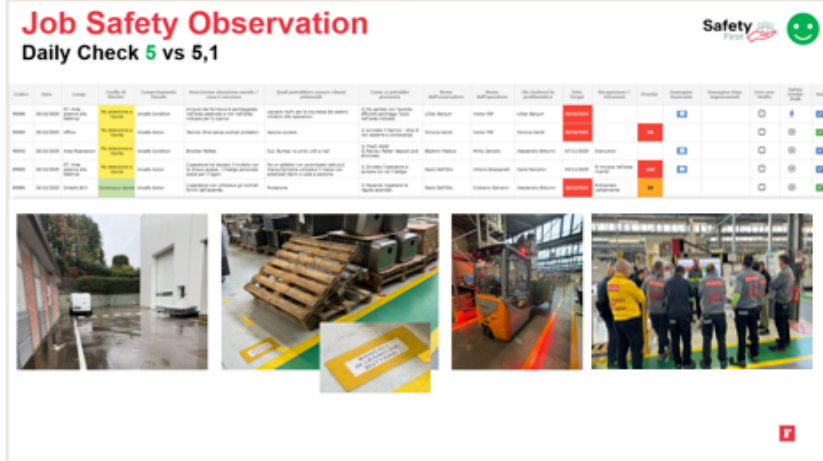
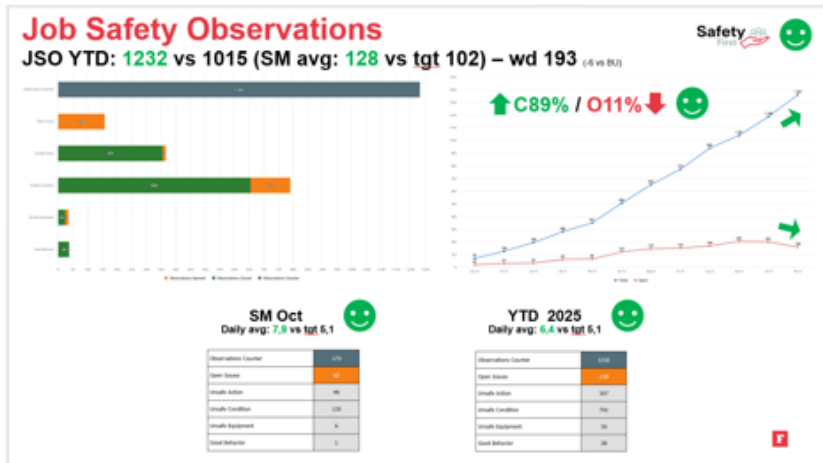
Monthly Steerco



Safety Culture

☒ Hazard Identification & Risk Based Thinking

Daily Check [CIC, TBM30']



Opening/Closing Trend



Biweekly Meeting

[1 hr with main stakeholders]

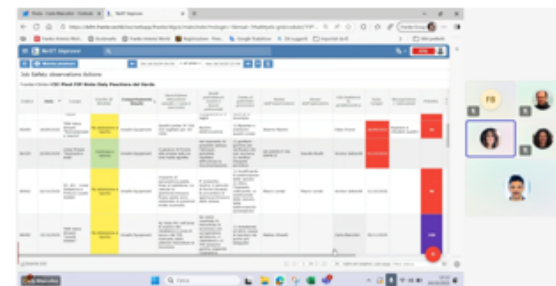
Job observation check

Ricorre ogni mercoledì a settimane alterne dalle 11:00 alle 12:00 a partire da mer 15/01/2025 fino a mer 17/12/2025

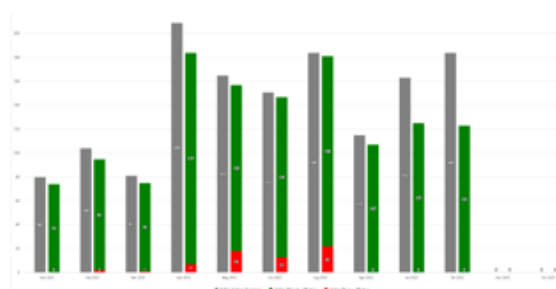
ROOM-IT-PES-Uffici-D-Sala-3

Criteria:

- RPI [occurrence x extension x severity]
- "age" [the older ones]



JSO Challenge



Safety Culture & Recognition Program

Qtr TH Blue Collars



Awards

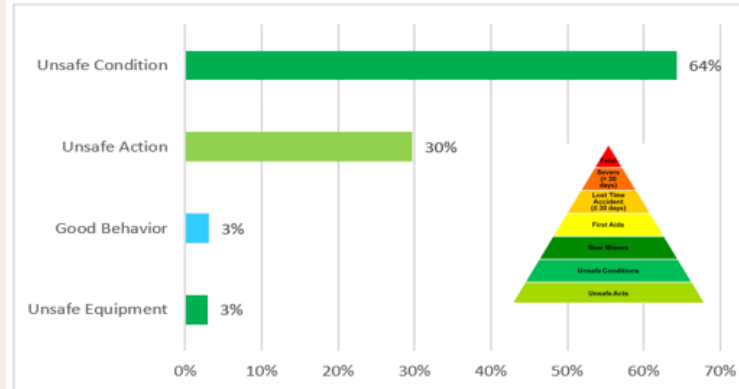
Premio Job Safety Observations

FRANKE

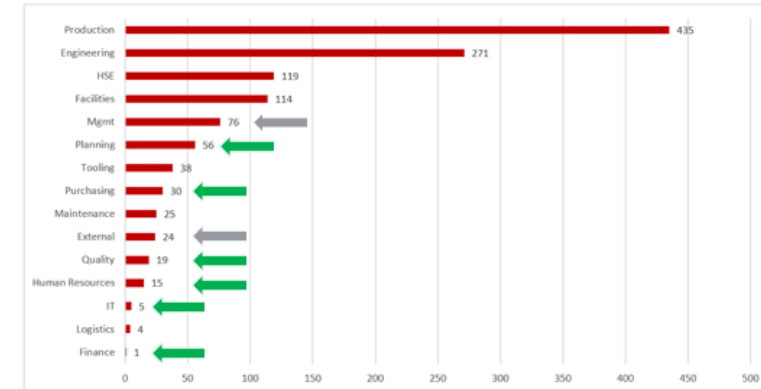
I VINCITORI SONO...

PRODUZIONE	LOGISTICA
Amara Paolo	Francisco Zito
NUMERO OSSERVAZIONI	
Anedda Angela	Daniela Zingaro
IMPATTO OSSERVAZIONE	

JSO by Type



JSO by Function



Quantity (> #) & Quality (>RPI)

Codice	Data	Luogo	Livello di Rischio	Comportamento Usuale	Descrizione situazione usuale / cosa è successo	Quali potrebbero essere i danni potenziali	Come si potrebbe prevenire	Nome dell'osservatore	Nome dell'operatore	Chi risolverà la problematica	Data Target	Riconoscimento / Istruzioni	Priorità	Immagine Osservata	Immagine dopo l'intervento	Caso non risolto	Safety Gamble Walk	Status
7906	15/07/2025	Imballo Cassidi	Fai attenzione e riporta	Unsafe Condition	Gli sportelli delle balle Cassidi non hanno protezioni dagli organi in movimento.	Pericolo di schiacciamento arti	1) Installare una recinzione nella parte posteriore delle balle	Angelo Anedda	Angelo Anedda	Annino Saltarelli	31/12/2025		72			☐	☒	
8075	08/09/2025	04. Pressa "CMB" (Molinetto "Francis")	Fai attenzione e riporta	Unsafe Condition	Deposito candelette non adeguatamente ancorato alla parete.	Collasso e caduta della candelette con conseguenze per eventuali operatori nelle vicinanze.	1) Fissare la struttura alla parete mediante dei tasselli.	Davide Bicelli	Davide Bicelli	Annino Saltarelli	19/09/2025		72			☐	☒	
8124	28/08/2025	01. Magazzino Stampi	Fai attenzione e riporta	Unsafe Action	L'operatore aprendo la cassetta dell'attrezzatura per prelevare un stampo si accorgeva che erano presenti delle funi usurate.	In caso di utilizzo della fune danneggiata con conseguenze di caduta del carico.	1) sostituito le funi usurate 2) Sensibilizzare l'operatore al controllo	Antonio Gaburro	Daniela Frigo	Fabio Bernardelli	01/09/2025		78			☐	☒	



Premio Osservatore della Sicurezza

FRANKE

Premio Osservatore della Sicurezza

per

Nome Cognome

Hai vinto una cena del valore di 100€ presso il tuo ristorante preferito!
Ti basterà recarti al ristorante da te scelto, gustare la cena, conservare lo scontrino e inserire l'importo in nota spese con la causale «Premio Osservatore della Sicurezza».



Evoluzione dei safety
warning in Zetronic,
evoluzione temporale,
dati e benefici concreti



HSE Excellence Sharing Team

Michele Grego – HSE Manager Zetronic

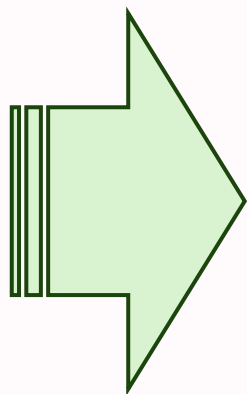


<https://www.linkedin.com/groups/12252478/>



Cultura della Sicurezza e coinvolgimento del Personale: le tappe

2008



Come ?



	Indagine interna incidente - mancato incidente		Numero Progressivo Accadimento 01/08
data: 29/04/08	ora: 14.15	Ambito: sicurezza	Conseguenze: infortunio
persona coinvolta:	XXXXXXX	infortunati: XXXXXXXX	gg. Infortunio: 10
reparto interessato:	plastica	macchina/area coinvolta:	Engel 2518
Prognosi: Ustione di primo grado al petto			
intervento di primo soccorso interno	Bagni abbondanti con acqua fresca per raffreddare area del corpo interessata dall'evento		
descrizione evento:	Un getto di acqua calda (presumibilmente ad una temperatura di circa 90° C) colpiva l'operatore nel mentre questi disconnetteva una canna dell'acqua dallo stampo.		
operazione in corso:	Sostituzione stampo		
Risoluzione immediata dell'incidente:	Medicazione infortunato con bagni d'acqua fredda. Chiamata 118 per invio ad Ospedale per accertamenti più approfonditi. Sospensione dell'attività lavorativa - invio stampo a manutenzione.		
Potenzialità incidente:	Ustioni varie con interessamento di occhi/viso		
Analisi cause incidente:	1. lo stampo non era dotato di valvola di sicurezza su punto di aggancio/sgancio cannetta acqua (erano presenti 2 sicurezza su 4) 2. l'operatore non ha atteso il raffreddamento del circuito acqua da 110° a 45° 3. l'operatore non ha chiuso le valvole del circuito acqua di entrata/uscita dalla centralina (operazione comunque da fare solo a raggiungimento della temperatura di 45°) 4. l'operatore rimuoveva per prima la cannetta di ritorno circuito acqua 5. non era stata formalizzata una procedura per la rimozione degli stampi 6. non era previsto l'uso del DPI 7. la valutazione del rischio relativa all'attività non prevedeva tale rischio 8. luogo di svolgimento attività angusto		
Necessarie azioni correttive-preventive?	AC		
Descrizione azioni correttive/preventive	1. acquisto valvole di sicurezza per l'adeguamento di tutti gli stampi privi di valvole. Installazione mano a mano che si verifica la necessità di impiegare stampi privi delle valvole dei relativi dispositivi. INCARICATO REPARTO ATTREZZARIA (XXXXXXX) - Verifica funzionamento circuito di raffreddamento su tutte le centraline 2 - 3 - 4 - 5 - 6. Emissione di una nuova procedura formalizzata per le operazioni in questione; formazione a tutto il personale interessato alla sostituzione stampi della procedura da attuare. INCARICATO XXXXXXXX XXXXXXXX 7. Aggiornare la Valutazione del Rischio relativa all'attività: INCARICATO XXXXXXXX		
Chiusura AC/AP	1. in attesa fornitura dispositivi (30/04/08) 2 - 6 Effettuato 7 da realizzare (6/5/08)		
Emesso da RSPP _____			



- Sistema lento in particolare se la segnalazione avveniva da parte di personale in turno.
- Perdita di informazioni con il passaparola.
- Assenza di feedback



Rompere le barriere!

Se segnali mi impegno a non attivare sanzioni nei tuoi confronti anche se emergesse una tua responsabilità!

zetronic group

Michele Grego

HSE Manager

Membro HEST

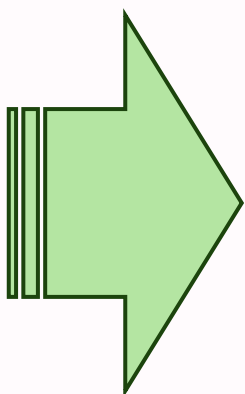
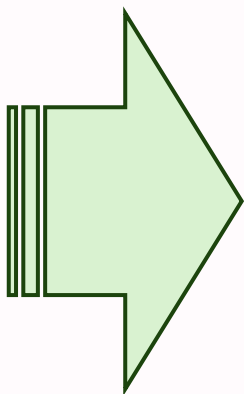




Cultura della Sicurezza e coinvolgimento del P

2008

2011



Inizio registrazioni delle segnalazioni e dei Near Miss

Nello Sharepoint aziendale, attivato link per compilazione maschera per le segnalazioni.



- Feedback al lavoratore lento in particolare per quanto riguarda le decisioni e gli interventi da realizzare

	Indagine interna infortunio incidente - mancato incidente	Numero Progressivo Accadimento 16_11
--	--	--

Data: 29/09/11 Ora: 9.42 Ambito: sicurezza Conseguenze: mancato incidente

Persona coinvolta: n.a. Infortunati: n.a. gg. Infortunio: n.a.

Parto interessato: Galvanica macchina/area coinvolta: Impianto Nichel Chimico (1807)

Diagnosi: n.a.

Intervento di primo soccorso interno: n.a.

Descrizione evento: Durante la fase di produzione in automatico, dopo che erano state già fatte 3 ore di produzione, l'operatore della linea avvertiva dell'odore di bruciato e verificava da dove provenisse. Da controllo visivo, si accorgeva che la resistenza elettrica necessaria per il riscaldamento del bagno del nichel della vasca n.13 (4) era surriscaldata mentre nella vasca non era presente il bagno. L'operatore si precipitava al PLC della linea per arrestare il processo e successivamente procedeva al distacco meccanico dell'alimentazione della resistenza. La vasca in questione era appena stata svuotata in automatico dal programma come previsto dal ciclo di lavorazione. L'impianto e la vasca in questione sono stati da poco tempo rifatti completamente. Il PLC di controllo è anch'esso di recente installazione (meno di un anno).

Operazione in corso: Produzione in automatico

Risoluzione immediata dell'incidente: Messa fuori servizio vasca (l'impianto può funzionare con una vasca in meno) e chiamato il fornitore

Intenzionalità incidente: Fusione della vasca per surriscaldamento e successiva combustione.

Causa principale incidente: A verifica degli allarmi sul PLC è stato riscontrato che alle 9.42 il PLC ha attivato la resistenza di riscaldamento della vasca in questione per 12 minuti. Il PLC, pur non rilevando anomalie e rilevando che la vasca era vuota, ha comunque attivato il riscaldamento della resistenza necessaria a scaldare il bagno.

Le necessarie azioni correttive-preventive?

In fase di verifica quando arriverà il fornitore



Installazione di doppio sensore di livello in modo da avere sistema ridondante



Chiusura
AC/AP

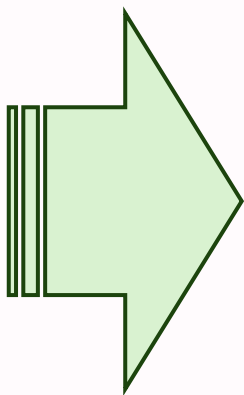
zetronic group

Michele Grego
HSE Manager
Membro HEST



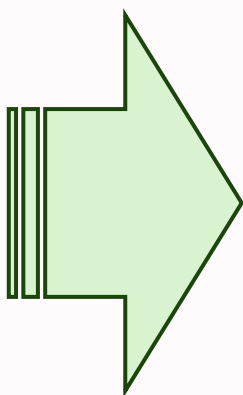
Cultura della Sicurezza e coinvolgimento del Personale: le tappe

2008



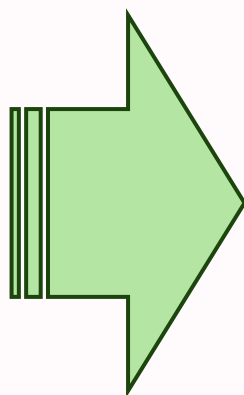
Inizio registrazioni delle segnalazioni e dei Near Miss

2011



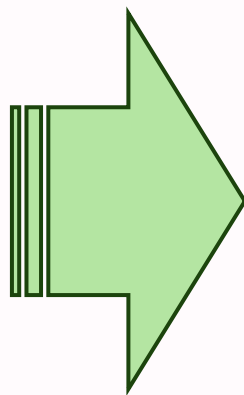
Nello Sharepoint aziendale, attivato link per compilazione maschera per le segnalazioni.

2014



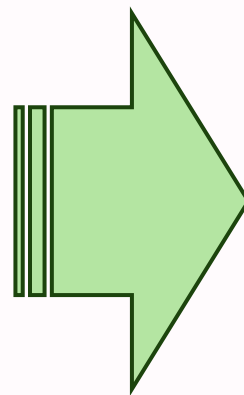
Gli argomenti di Sicurezza vengono affrontati per primi in tutti gli incontri istituzionali

2018

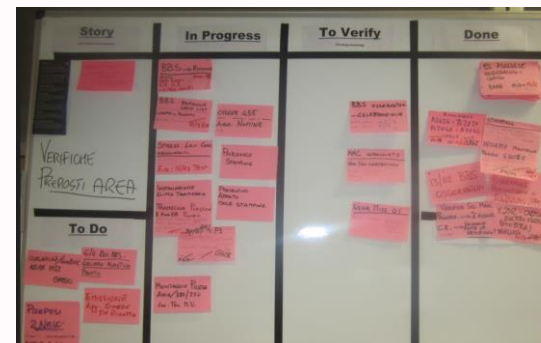


Inizio applicazione protocollo BBS

2019



Fast Meeting quotidiani di reparto e settimanali con CR con primo argomento la Sicurezza



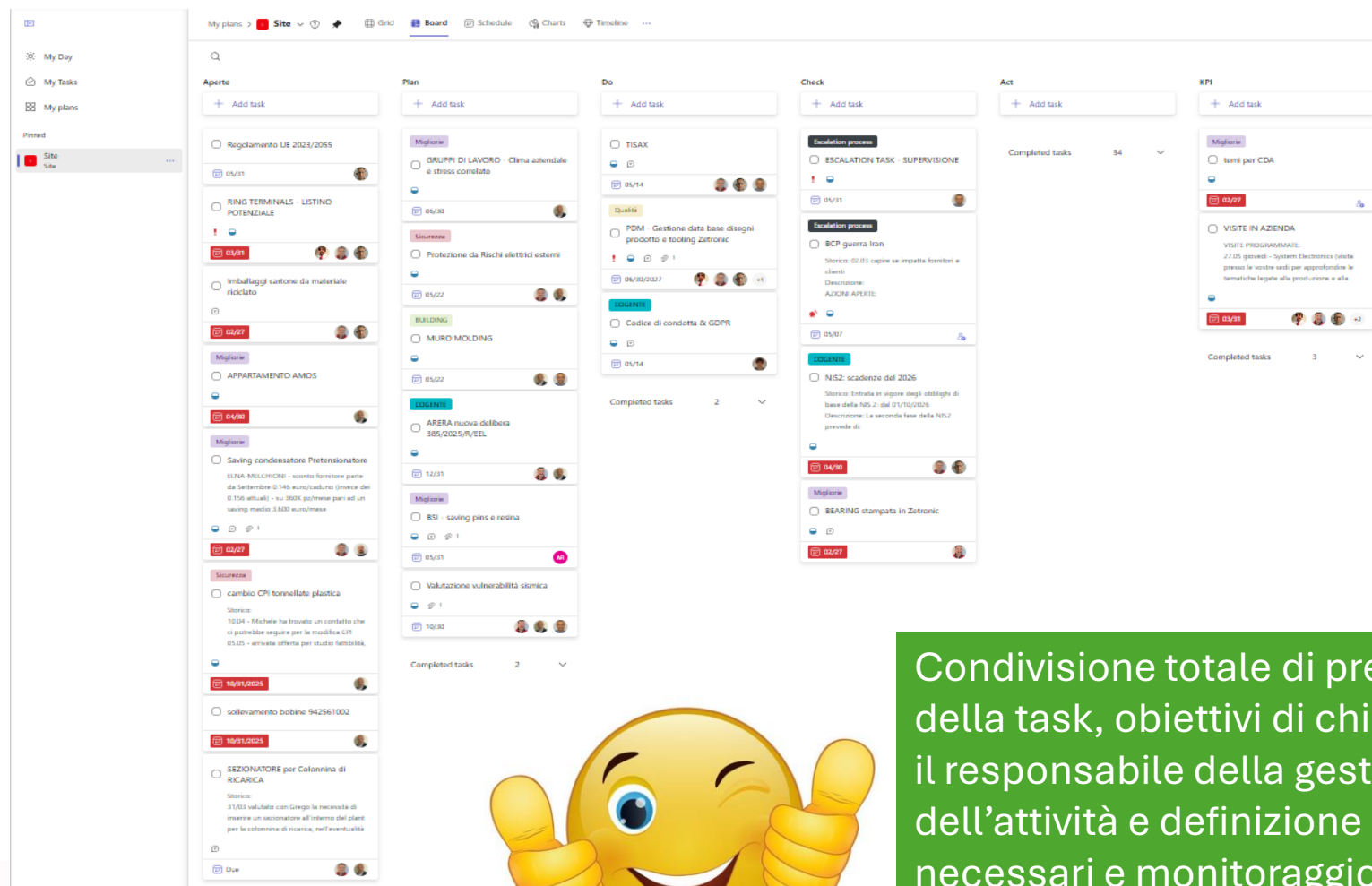
Uso di lavagne con i post it colorati a seconda dell'area coinvolta



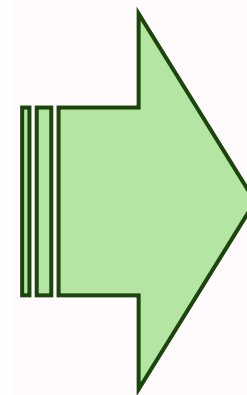
Miglioramento dei feedback sulle attività e maggior coinvolgimento del personale



Cultura della Sicurezza e coinvolgimento del Personale: le tappe



2025



Abbandono di
Mevisio a
favore di
Planner



Condivisione totale di presa in carico della task, obiettivi di chiusura, chi è il responsabile della gestione dell'attività e definizione degli step necessari e monitoraggio del loro avanzamento

zetronic group

Michele Grego

HSE Manager

Membro HEST



Near Miss 15_25 BSI bancale su scaffalatura OTB rovesciato

Completed Oct 8, 2025 by Fattoreto, Cristian ⓘ

 Sicurezza ✕



 Task details

 Attachments (5)

Status

 Completed ▾

Priority

 Important ▾

Start date

10/10/2025 📅

Due date

10/10/2025 📅

Repeat ⓘ

 Does not repeat ▾

Bucket ⓘ

Act ▾

Checklist

☐ Add steps to complete this task. Mark them done as you go.

Notes

☐ Show in board view

DESCRIZIONE : pallet di housing XXX caduto dal primo piano scaffale di stoccaggio OTB e appoggiato sopra al pallet del piano terra sottostante.

Azione di contenimento

sbancalato cassette e riposte in un nuovo pallet .

Area rossa per le cassette schiacciate del bancale su cui è andato in appoggio il bancale superiore.

AVANZAMENTO

10.10.2025: deciso di alzare i due traversi per allinearli alle altre scaffalature presenti nell'area (Fattoreto); richiesta attività Manutenzione (Sig.XXXXX + Sig.YYYYY) entro 17/10

16/10/2025: attività completata da Sig.XXXXX + Sig.YYYYY

ANALISI DELLE CAUSE (5WHY)

1) Perché è avvenuto l'incidente?

Perché il bancale non appoggiava correttamente anche sul traverso posteriore con tutta la sua base di appoggio ma solo per una piccolissima superficie.

2) Perché non appoggiava correttamente su tutti i punti di appoggio?

Perché l'operatore non si è reso conto che non appoggiava anche dietro.

3) Perché non si è reso conto dell'appoggio conforme?

Perché aveva scarsa visibilità data la congestione della scaffalatura e il limitato spazio a disposizione verticale nell'inserimento del bancale.

4) Perché c'era poco spazio tra un traverso e l'altro della scaffalatura?

Perché è stato modificato tre mesi fa il packaging dell'imballaggio intermedio e sono aumentati di conseguenza gli ingombri. Il materiale si riusciva comunque a stoccare ma questo richiedeva.

5) Perché non è stato evidenziato prima che si verificasse l'incidente il problema?

Si era partiti con una sperimentazione di nuovo imballaggio intermedio interno e si era visto che stando attenti si poteva fare.

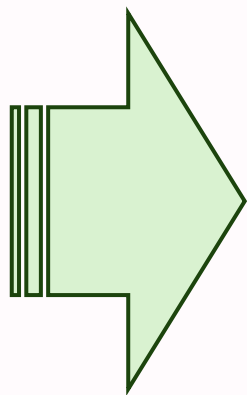
COSA ATTUARE PER EVITARE IL RIPETERSI DELL'EVENTO?

- Aumentare lo spazio tra un traverso e l'altro della scaffalatura adeguandolo al nuovo imballaggio intermedio
- Inserire una terza trave di appoggio intermedio sulla scaffalatura
- Ribadire al gruppo di lavoro di evidenziare sempre eventuali criticità nello svolgimento delle operazioni in particolare a seguito di modifiche aumentando la condivisione con il Process Engineer di riferimento.

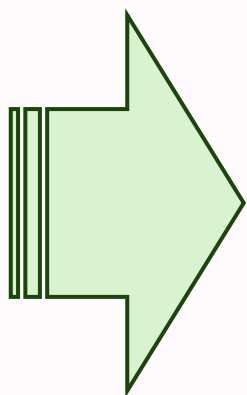


Cultura della Sicurezza e coinvolgimento del Personale: le tappe

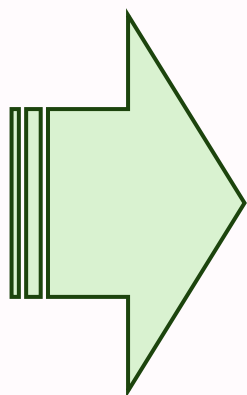
2008



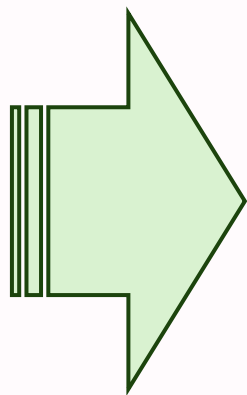
2011



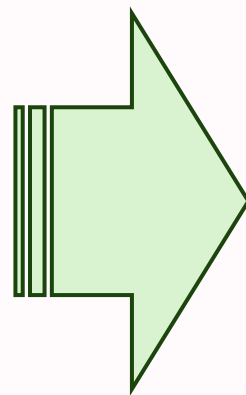
2014



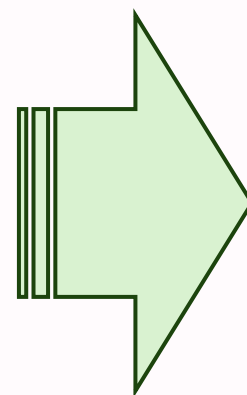
2018



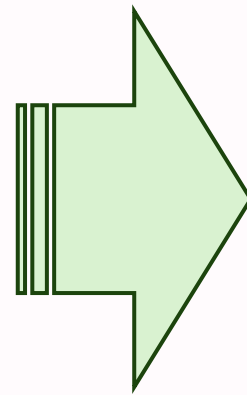
2019



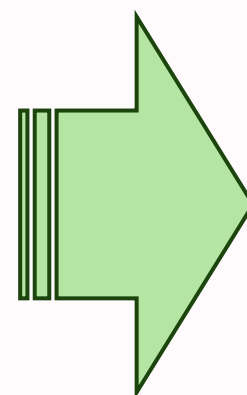
2022



2023



2025



Inizio registrazioni dei
Near Miss

Nello Sharepoint
aziendale, attivato link
per compilazione
maschera per le
segnalazioni.

Gli argomenti di
Sicurezza vengono
affrontati per primi in
tutti gli incontri
istituzionali

Inizio applicazione
protocollo BBS

Fast Meeting
quotidiani di reparto e
settimanali con CR
con primo argomento
la Sicurezza

Gestione delle
Task con schermi
touch in ogni
reparto con uso di
Mevisio

Introduzione
Gemba Walk

Abbandono di
Mevisio a
favore di
Planner

infortuni	3	2	1	0	0	2	0	0
Near miss	20	19	23	20	19	19	15	15
Segnalazioni	/	5	130	173	154	119 S + 18 Mevisio	55 S + 26 Mevisio	37 / 202
BBS	/	/	/	/	5.230/836 – 84%	8.556/322 – 96%	9.923/134 – 99%	4.044/113 – 97%