|  |  |
| --- | --- |
| https://www.ats-brianza.it/images/slideshow/ATS_Brianza_min.jpg |  |

***Piano Mirato di Prevenzione:***

***“Movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori”***

***(SBAS = Sovraccarico Biomeccanico Arti Superiori)***

***alla luce delle linee di indirizzo della Regione Lombardia (DECRETO N. 7661 Del 23/09/2015)***

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI GENERALI** |
| Ragione sociale: |
| Codice fiscale/partita IVA: |
| Indirizzo sede legale: |
| tel.: | fax: | @mail: pec: |
| Indirizzo sede operativa: |
| tel.: | fax: | @mail: |
| Datore di lavoro: |
| tel.: | fax: | @mail: |
| Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione: |
| tel.: | fax: | @mail: |
| Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza n. ……\*:  |
| \* in caso di più RLS indicare un solo nominativo di riferimento |
| tel.: | fax: | @mail: |
| Medico competente: |
| tel.: | fax: | @mail: |
| Tipo di attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CODICE ATECO 2007 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice tariffa INAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Indirizzo dell’eventuale sito web dell’azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **RIPARTIZIONE DELLE RISORSE UMANE (alla data della compilazione)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Maschi**  | **Femmine** |
| **N°** | **N° esposti al rischio SBAS** | **N°** | **N° esposti al rischio SBAS** |
| COOPERATIVE  |  |  |  |  |
| LAVORATORI ATIPICI |  |  |  |  |
| DIPENDENTI |  |  |  |  |
| Profili lavorativi (utilizzare la terminologia aziendale/DVR) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Totale |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Servizio Prevenzione e Protezione** |
| **Nomina RSPP:**  | □ SI | □ NO | □ Datore di lavoro |
| Se nominato, RSPP è: | **□ interno:**□ a tempo pieno□ a tempo parziale, ore/mese \_\_\_\_\_\_\_ altra funzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□ esterno:**□ società di consulenza (dati anagrafici) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ libero professionista (dati anagrafici) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ore/anno \_\_\_\_\_\_ n. accessi/anno \_\_\_\_\_\_ |
| Sono presentiaddetti SPP**:** | □ SI | □ NO se presenti n. \_\_\_\_\_\_ |
| I requisiti formativi del RSPP sono soddisfatti: | □ SI | □ NO |
| I requisiti formativi degli addetti SPP sono soddisfatti: | □ SI | □ NO |
| **Nomina medico competente:** | □ SI | □ NO | □ NON NECESSARIO |
| Se nominato è: | **□ Interno****□ Esterno:**□ società di consulenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ libero professionista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria \_\_\_\_\_\_\_ Media Ore/anno \_\_\_\_media n. accessi/anno \_\_\_\_ (per le visite mediche)Media Ore/anno \_\_\_\_media n. accessi/anno \_\_\_\_ (per altre attività escluse le visite mediche) |
| **Nomina/designazione Rappresentante lavoratori per la sicurezza** □ SI □ NO  |
| **□ Interno/i,** n. \_\_\_\_\_**□ Esterno:** RLS territoriale |  |
| Il datore di lavoro ha messo a disposizione dell’RLS il documento di valutazione dei rischi? □ SI □ NO Il datore di lavoro ha consegnato all’RLS, su sua richiesta, il documento di valutazione dei rischi? □ SI □ NO   |
| **RIUNIONE PERIODICA (art. 35 DLgs. 81/08)*** L’Azienda non è soggetta all’effettuazione della riunione annuale di prevenzione
* L’Azienda è soggetta all’effettuazione della riunione annuale di prevenzione. In tal caso indicare:
 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Data dell’ultima riunione periodica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  | □ Non effettuata nell’ultimo anno |
| La riunione è stata verbalizzata □ SI □ NO  |  |
| **Nel corso della riunione sono stati esaminati:****□ il documento di valutazione dei rischi ed eventuali aggiornamenti****□ eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio****□ verifica delle misure di prevenzione adottate nell’ultimo anno****□ il programma delle misure di miglioramento****□ l’andamento degli infortuni e delle malattie professionali****□ l’idoneità dei mezzi di protezione individuale****□ i programmi di informazione e formazione****□ i risultati della sorveglianza sanitaria** |

 |
| ***IL RISCHIO SBAS****Nel Documento di Valutazione dei rischi è stato considerato il rischio SBAS*?* + 1. NO (Semaforo Rosso) Stop al questionario
		2. Sì e dalla prevalutazione è stata escluso il rischio, in quanto non sono presenti lavoratori potenzialmente esposti al rischio SBAS (Stop questionario)
		3. Sì ed è stata effettuata una valutazione di dettaglio (Procedere col questionario)

**VALUTAZIONE DEI RISCHI DA SBAS**Data ultimo aggiornamento del DVR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. Perché l’azienda ha provveduto alla valutazione del rischio SBAS?1. La valutazione è stata effettuata su indicazione dell’Organo di Vigilanza
2. Su segnalazione di problematiche da parte delle figure della Prevenzione
3. Dopo analisi delle postazioni di lavoro e relativi compiti

 Quale metodologia è stata utilizzata?* OCRA (SECONDO LE LINEE GUIDA REGIONALI)
* ALTRE METODOLOGIE**: specificare**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2. Con quale criterio è stato scelto il metodo di valutazione?1. Si è scelto di affidare la valutazione ad un consulente esterno
2. Il metodo è stato scelto dal datore di lavoro in collaborazione con l’RSPP
3. come b), coinvolgendo anche l’RLS e/o il medico competente
 |
| 3. Nel processo valutativo, sono stati coinvolti: |  |
| 1. Consulente esterno
2. RSPP
 |  |
| 1. RSPP, medico competente e/o RLS
 |  |
| **FASE PRELIMINARE ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SBAS**4. E’ stata ricostruita l’organizzazione aziendale?1. no
2. si, con i dati forniti esclusivamente dalla Direzione Aziendale
3. b) + coinvolgimento del medico competente e/o RSPP e/o RLS

5. La valutazione del rischio è riferita a :1. Azienda in toto/reparti
2. Mansioni
3. Compiti all’interno di ogni mansione

6. Viene riportato il risultato della valutazione condotta? 1. No
2. Si, solo per reparto/macroarea
3. Si, per singolo compito

Compilare tabella sottostante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Macroarea
* Mansione
* Compito
 | LIVELLI DI ESPOSIZIONE | Metodo di analisi utilizzato |
| ACCETTABILE | LIEVE | MEDIO | ELEVATO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |  |

7.Per **OGNI REPARTO** quali elementi **organizzativi** vengono definiti specificamente**?**

1. Nessuno
2. Solo l’organico adibito ad attività con SBAS
3. come b) + altri elementi come
* Numero di pezzi lavorati o di cicli/turno
* Organizzazione oraria (dei turni)
* Distribuzione e durata delle pause
* Suddivisione delle mansioni in compiti
* Percentuale di tempo dedicato ai singoli compiti per mansione
* N° postazioni di lavoro
* N° addetti impegnati per postazione

8. Sono indicate, nel DVR, le **misure di prevenzione e/o di miglioramento** programmate/messe in atto per la gestione del rischio da SBAS**?**

1. No./No, perché Dalla VdR non è emersa la necessità di predisporre un programma di miglioramento specifico
2. Si, mediante azioni di miglioramento non specifiche per compito.
3. E’ sempre in atto una verifica del rischio al fine di migliorare le condizioni di lavoro
4. Come viene verificata l’attuazione delle misure indicate nel piano di miglioramento?
5. Non vengono stabilite scadenze/Non necessaria
6. La verifica viene fatta in occasione di riunioni periodiche
7. Sono previsti audit periodici per verificare lo stato di attuazione delle misure

Specificare la tipologia di eventuali **INTERVENTI** previsti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AZIONE** | **DESCRIZIONE** | **TEMPI** |
| Programmate**ANNO** | Adottate**ANNO** |
|  | rotazione fra postazioni |   |  |  |
|  | introduzione di pause |  (distribuzione e durata) |  |  |
|  | utilizzo di strumenti che hanno diminuito la forza |  (tipo) |  |  |
|  | Postazioni ergonomiche |  (tipo e n°) |  |  |
|  | introduzione part-time | (tipo e durata) |  |  |
|  | Formazione | (tipo e n° operatori coinvolti) |  |  |
|  | Altro |  |  |  |

10. Quando è previsto l’aggiornamento della valutazione del rischio da SBAS?

1. solo in occasione di variazioni del ciclo produttivo e/o introduzione di nuove mansioni
2. su segnalazione da parte dell’RSPP, MC, RLS
3. a seguito di verifiche programmate

**INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO**

11. E’ prevista una formazione specifica per il rischio da SBAS?

1. No
2. La formazione è prevista solo in occasione della visita periodica o in assunzione da parte del medico competente
3. Si è prevista una formazione specifica sulla base del piano formativo aziendale ed inoltre:

- è prevista una valutazione dell’apprendimento

-la formazione dei lavoratori è periodicamente ripetuta

 Specificare tempo dedicato alla formazione specifica, argomenti trattati e modalità di verifica di efficacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’attività di INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO viene effettuata da :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | INFORMAZIONE | FORMAZIONE | ADDESTRAMENTO |
| RSPP |  |  |  |
| MEDICO COMPETENTE |  |  |  |
| FORMATORE ESTERNO |  |  |  |
| ALTRO |  |  |  |

 E’ stata verificata la conoscenza della lingua italiana in caso di impiego di lavoratori stranieri:

□ **NON PRESENTI LAVORATORI STRANIERI**  □ **SI** □ **NO**

In presenza di lavoratori stranieri, che non conoscono la lingua italiana, è stata verificata la corretta comprensione dei contenuti formativi (ad es. opuscoli in lingua, mediazione di altro collega connazionale, mediatore culturale, …..) □ **SI** □ **NO**

**NOTE SU INFORMAZIONE – FORMAZIONE - ADDESTRAMENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SORVEGLIANZA SANITARIA**

12. Viene effettuata la sorveglianza sanitaria degli operatori rispetto al rischio specifico?

1. □ Dalla VdR non è emersa la necessità di effettuare attività di sorveglianza sanitaria per il rischio specifico

□ Non è stato predisposto un protocollo sanitario specifico per gli esposti a SBAS

1. Viene effettuata generica visita medica senza alcuna valutazione specifica a carico degli arti superiori
2. La visita medica comprende anche una valutazione clinica della funzionalità degli arti superiori ed eventuale utilizzo di appositi questionari anamnestici

Nella **RELAZIONE SANITARIA ANNUALE** sono riportati i seguenti dati:

* **NUMERO TOTALE SOGGETTI VISITATI:**  n° \_\_\_\_\_
* **NUMERO ESPOSTI a rischio SBAS:**  n° \_\_\_\_\_
* Idoneità con **LIMITAZIONI / prescrizioni**
	+ - n° TOTALE soggetti con limitazioni \_\_\_\_\_\_\_
		- n° ESPOSTI SBAS con limitazione \_\_\_\_\_\_
		- n° soggetti con limitazioni per patologie arto superiore \_\_\_\_\_\_\_
* Denunce di sospette **malattie professionali** da sovraccarico biomeccanico arto superiore**:** n° \_\_\_\_\_
* Numero di **infortuni** agli arti superiori (lesioni da sforzo, strappi muscolari, tendiniti, ecc)**:** n° \_\_\_\_\_

Esiste una procedura per la gestione dei giudizi di idoneità con limitazione ? □ **SI** □ **NO**

Se si specificare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A tale processo di ricollocazione lavorativa partecipa:

⎕ RSPP ⎕ DDL ⎕ PREPOSTO (Capoline/reparto) ⎕ MC ⎕ RLS

**Conclusioni**

**L’utilizzo della presente autovalutazione, ha suggerito:**

**□ Revisione del DVR e/o le seguenti misure di bonifica/miglioramento:**

**□ Misure Organizzative ( rotazione, pause, ecc)**

**□ Riprogettazione/revisione Lay out postazioni di lavoro**

**□ Acquisto di Attrezzature di lavoro (nuove attrezzature, manutenzione, ecc)**

**□ Formazione/Rinforzo formativo**

**□ Sorveglianza sanitaria mirata (es: utilizzo di protocolli specifici)**

**□ Audit periodici**

# RIEPILOGO AUTOVALUTAZIONE

*(riportare le risposte della sezione precedente nella seguente tabella, calcolare il punteggio finale e valutarlo sulla base della tabella di valutazione finale)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspetto valutato** |  |
|  |  | **a** | **b** | **c** |
| 1 | Motivo valutazione rischio  | **1** | **2** | **3** |
| 2 | Criterio scelta metodo valutazione rischio | **1** | **2** | **3** |
| 3 | Soggetti coinvolti nella valutazione | **1** | **2** | **3** |
| 4 | Organizzazione aziendale | **1** | **2** | **6** |
| 5 | Livello di approfondimento della valutazione del rischio | **1** | **2** | **3** |
| 6 | Risultato della valutazione | **1** | **2** | **3** |
| 7 | Elementi organizzativi considerati (risposta c) solo se presenti almeno 3 elementi) | **1** | **2** | **6** |
| 8 | Programma di miglioramento | **1** | **2** | **9** |
| 9 | Verifica attuazione piano di miglioramento | **1** | **2** | **6** |
| 10 | Aggiornamento del DVR | **1** | **2** | **3** |
| 11 | Formazione (risposta c solo se presenti almeno gli altri due elementi) | **1** | **2** | **6** |
| 12 | Sorveglianza sanitaria | **1** | **2** | **6** |
| **Totale punteggio calcolato per colonna** *ottenuto mediante la moltiplicazione del totale della colonna per il fattore moltiplicativo* |  |  |  |
| **PUNTEGGIO FINALE***ottenuto dalla somma dei punteggi di colonna* |  |

Valutare il proprio punteggio finale sulla base della seguente tabella, in cui sono riportate le misure di prevenzione da mettere in atto in base al risultato:

|  |  |
| --- | --- |
| **VALUTAZIONE FINALE DEL PUNTEGGIO OTTENUTO DALLA SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE** |  |
| **Punteggio ottenuto** | **Segnale**  | **Misure da mettere in atto** |  |
| **Minore o uguale a 19** | **ROSSO** | **Mettere in atto al più presto le misure per la gestione corretta del rischio da SBAS secondo le priorità individuate con questa scheda** |  |
| **Compreso tra 20 e 37** | **GIALLO** | **Rivedere le criticità evidenziate nelle risposte a punteggio più basso e migliorare il sistema di gestione del rischio da SBAS**  | **http://www.jpecon.to.it/public/image/alert-icon-300x276.jpg** |
| **Maggiore o uguale a 38** | **VERDE** | **A livello generale la gestione del rischio da SBAS risulta impostata correttamente. Mantenere in atto l’attuale sistema e provvedere al suo miglioramento continuo secondo le priorità individuate con questa scheda** | **http://us.123rf.com/400wm/400/400/blotty/blotty1003/blotty100300023/6550619-controllare-la-lista-simbolo-over-white-rendering-3d.jpg** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datore di lavoro(Cognome Nome) | RSPP(Cognome Nome) | RLS(Cognome Nome) | MC(Cognome Nome) |
|  |  |  |  |
| *firma* | *firma* | *firma* | *firma* |

 Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_