

**PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2020 - 2025**

**Programma Predefinito PP7**

**Piano Mirato di Prevenzione relativo al rischio cadute dall’alto nel comparto edilizia**

**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE**

**A cura del Gruppo di Lavoro costituito con Determinazione n. 12 del 11.01.2021**

**del Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico**

**della Direzione generale della Sanità**

|  |
| --- |
| **ANAGRAFICA AZIENDALE** |

|  |
| --- |
| Ragione sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Attività svolta e settore produttivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo sede legale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo sede operativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Partita IVA / C.F. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Lavoratori occupati presso l’azienda |  | | Maschi | Femmine | Totale |
| Dirigenti |  |  |  |
| Impiegati |  |  |  |
| Operai |  |  |  |
| Lavoratori somministrati (cooperative, interinali, etc.) |  |  |  |
| Lavoratori appartenenti alle categorie protette (L. 69/99) |  |  |  |
| Totale |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ORGANIGRAMMA AZIENDALE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nome | Cognome |
| Datore di lavoro |  |  |
| Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (**RSPP**) |  |  |
| Altri eventuali addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione (**ASPP**) |  |  |
| Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (**RLS**/**RLST**) |  |  |
| Medico Competente |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Numero |  | Numero |
| Soci lavoratori |  | Addetti al primo soccorso |  |
| Preposto/i |  | Addetti alla prevenzione incendi |  |
| Addetti addestrati ai lavori in quota inclusi gli addetti ed i preposti al montaggio, smontaggio e trasformazione ponteggi (art. 136 e All. XXI D. Lgs. 81/08) |  |  |  |

Data relativa all’ultimo aggiornamento del documento di valutazione dei rischi (DVR) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INTERVENTI DI PREVENZIONE SPECIFICI**

NOTA: si ricorda che vanno compilati tutti i campi

**1) Come è valutato nel DVR il lavoro in quota?**

**a)** E’ stato qualitativamente/adeguatamente valutato

**b)** E’ stato valutato tenendo conto dettagliatamente di quanto previsto nel titolo IV del D. Lgs. 81/08

**c)** Come al punto b) con le indicazioni contenute nella linea guida

**d**) Come al punto c) con un continuo monitoraggio e consultazione di RLS/ Lavoratori

**2. L’acquisto di sistemi/attrezzature anticaduta e DPI viene deciso da:**

**a)** Datore di lavoro /Dirigente

**b)** Datore di lavoro /Dirigente più RSPP se non è lui stesso

**c)** Datore di lavoro /Dirigente più RSPP se non è lui stesso, più consultazione del RLS

**d)** Concordemente con tutte le figure, compresi i lavoratori che le utilizzano e possono segnalare eventuali esigenze

**3. Tra i sistemi/attrezzature anticaduta disponibili in azienda,quella da utilizzare viene scelta da:**

**a)** Lavoratore formato ed addestrato all’uso delle attrezzature e DPI secondo procedure aziendali

**b)** Preposto

**c)** Datore di lavoro/Dirigente

**d)** Tramite procedure formalizzate e concordate con RSPP e RLS

**4. I sistemi/attrezzature anticaduta disponibili in azienda sono:**

**a)** Acquistate a norma ai sensi del D. Lgs. 81/08 (dotate di certificazioni ai sensi di norme tecniche)

**b)** Conformi alle indicazioni del D. Lgs. 81/08 e indicate nel DVR aziendale

**c)** Provviste di certificazioni ai sensi della norma tecnica e valutate idonee per uno specifico utilizzo indicato nel DVR

**5. I controlli/manutenzioni dei sistemi/attrezzature anticaduta vengono eseguiti**

**a)** All’occorrenza

**b)** A seguito di controllo programmato

**c)** Con controllo programmato da personale competente, incaricato dall’azienda

**d)** Con controllo programmato eseguito da personale di azienda esterna qualificata

**6. Con riferimento ai sistemi /attrezzature anticaduta nel posto di lavoro in quota, gli operatori sono:**

**a)** Dotati di DPI di 3° categoria

**b)** Dotati di DPI di 3° categoria corredati di scheda DPI

**c)** Dotati di DPI di 3° categoria corredati di scheda DPI e procedura per segnalazione incidenti e difetti

**d**) Dotati di DPI di 3° categoria corredati di scheda DPI e con disponibilità di kit differenziabili a seconda del sistema/attrezzatura utilizzata e del contesto lavorativo**.**

**7. La competenza dei lavoratori all’uso di sistemi /attrezzature DPI anticaduta viene ottenuta mediante:**

**a)** Formazione specifica per la mansione più addestramento all’uso dei sistemi anticaduta

**b)** Formazione integrativa alla specifica per la mansione più addestramento all’uso dei

sistemi/attrezzature anticaduta

**c)** Formazione integrativa alla specifica per la mansione ad opera di esperti nell’uso dei

sistemi/attrezzature anticaduta

**d)** Formazione integrativa alla specifica per la mansione più addestramento all’uso dei

sistemi/attrezzature anticaduta e dei DPI

**8. A prescindere dall’eventuale obbligo di sorveglianza sanitaria, la capacità e le condizioni dei lavoratori all’uso dei sistemi /attrezzature anticaduta vengono valutate**

**a)** Solo con la valutazione del Datore di Lavoro/ Dirigente

**b)** come al punto a) più certificazione medica mirata ai lavori in quota

**c)**  come al punto a) più visita preventiva e periodica mirate ai lavori in quota

**d)** come al punto c) con esami integrativi e visite specialistiche se necessarie

1. **Si conoscono le buone prassi e le linee guida esistenti per il comparto edilizia, presentate nel corso del seminario di avvio, approfondite nei corsi di formazione e disponibili nel sito** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a) Sì

b) No

**10. E’ stata attuata una delle buone pratiche/prassi presentate nel corso del seminario di avvio?**

a) Sì

b) No

**11. Nello specifico, quale delle buone prassi/pratiche contenute all’interno del “documento di buone pratiche” è stata messa in atto?**

* Buona prassi: “Proposta di un questionario e/o di un piccolo manuale con slogan “Tra terra e cielo”
* Buona prassi “Impresa Sicura\_DPI”
* [Quaderni tecnici per i cantieri temporanei o mobili](#_Toc91066874)
* [Soluzioni per la sicurezza: Caduta verso l'interno di una copertura](#_Toc91066875)
* [Opuscolo informativo: opere provvisionali per la prevenzione dei rischi di caduta dall’alto](#_Toc91066876)
* [“Non fare il pollo …. non lasciarci le penne … Lavora in sicurezza”](#_Toc91066877)
* [Piano Mirato di Prevenzione - Scale portatili (Documento di buone pratiche)](#_Toc91066878)
* [Linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute dall’alto](#_Toc91066879)
* [L’uso delle piattaforme di lavoro mobili in elevato nei cantieri temporanei o mobili](#_Toc91066880)
* [Linee guida per la scelta, l’uso e la manutenzione di dispositivi di protezione individuale contro le cadute dall’alto](#_Toc91066881)
* [Linee guida per l’esecuzione di lavori temporanei in quota con sistemi di accesso e posizionamento mediante ponteggi metallici fissi di facciata](#_Toc91066882)
* Reti di sicurezza
* Altro (specificare)

**Se la risposta alla domanda 10 è “no”, può spiegare in breve il motivo?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**La presente scheda deve essere compilata dal Datore di lavoro o da personale da lui delegato**

Scheda compilata da:

nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ruolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: SI PREGA DI RESTITUIRE LA PRESENTE SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA: [spresal@pec.aslmediocampidano](mailto:spresal@pec.aslmediocampidano).it