

**Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025**

**Programma Predefinito 8**

**Piano Mirato di Prevenzione relativo al rischio sovraccarico biomeccanico – prevenzione patologie professionali muscoloscheletriche nel comparto trasporti e logistica**

**SCHEDA DI AUDIT AZIENDALE**

**“Movimentazione Manuale dei Carichi – MMC”**

**“Sovraccarico Biomeccanico Arti Superiori – SBAS”**

**Da restituire entro il 31/12/2022 a: SPreSAL sede di ASL MEDIO CAMPIDANO - SANLURI**

**e-mail:** **spresal.sanluri@aslmediocampidano.it** **O pec:** **spresal.sanluri@pec.aslmediocampidano.it**

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI GENERALI** |
| **Ragione sociale:** |
| **Codice fiscale/partita IVA:** |
| **Sede legale:** |
| **Telefono:** | **e-mail: PEC:** |
| **Sede operativa:** |
| **Telefono:**  | **e-mail: PEC:** |
| **Datore di Lavoro:** |
| **Telefono:**  | **e-mail: PEC:** |
| **Tipo attività:** |
| **CODICE ATECO 2007** |
| **Indirizzo eventuale sito web azienda:** |

**N. dipendenti:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **di cui soci:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sono 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 sulla sicurezza sul lavoro? □SI □NO

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

**SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

RSPP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ SI | □ NO | □ Datore di lavoro |

□ interno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ esterno:

□ società di consulenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ libero professionista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sono presenti addetti SSP □ SI □ NO

Nomina medico competente (MC) □ SI □ NO □ Non previsto

Se si, indicare nominativo MC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria \_\_\_\_\_

**NOMINA /DESIGNAZIONE RAPPRESENTANTE LAVORATORI PER LA SICUREZZA** □ **SI □ NO**

□ Interno/i nominativo/i: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Esterno: RLST nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RIUNIONE PERIODICA (art. 35 D.Lgs. 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:

Data ultima riunione annuale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ □ 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

□ Segnalazioni RLS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Valutazione del rischio da movimentazione manuale dei carichi (MMC) e/o sovraccarico biomeccanico arti superiori (SBAS)**

**Nel documento di valutazione dei rischi è stato preso in considerazione il rischio da MMC/SBAS?**

□ NO (applicare linee indirizzo e procedere con la valutazione)

□ SI (ma non sono presenti lavoratori esposti al rischio MMC e/o SBAS)

□ SI presente valutazione di dettaglio(procedere con il questionario)

Data ultimo aggiornamento del DVR \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Quale metodologia è stata utilizzata per la valutazione del rischio specifico:**

**□** Standard ISO 11228 parte 1 e 2 □ Standard ISO 11228 parte 3

□ TR ISO 12295

□ SUVA/KIM

□ Altre metodologie: (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Metodo di valutazione con il coinvolgimento di:**

□ Consulente esterno □ Medico competente □ RSPP □ RLS/T

**E’ stata ricostruita l’organizzazione di lavoro? (orario di lavoro, turni, tempi movimentazione etc)?**

□ NO

□ Si, con dati forniti esclusivamente dalla direzione aziendale

□ Si, con dati forniti esclusivamente dalla direzione aziendale con coinvolgimento del MC, e/o RSPP, e/o RLS/T

**La valutazione dei rischi è riferita a:**

□ Azienda in toto o reparti □ Singoli compiti all’interno di ogni mansione □ Mansione

**Viene riportato il punteggio della valutazione condotta?**

□ NO □ SI, solo per reparto/macroarea □ SI, per singola postazione lavorativa/ compito - mansione

**Compilare tabella sottostante**

|  |  |
| --- | --- |
| **□ Macroarea****□ Mansione****□ Postazione/compito**  | **LIVELLI ESPOSIZIONE** |
| Accettabile | Lieve | Medio | Elevato |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |

**Per ogni reparto quali elementi vengono definiti specificamente?**

□ Nessuno □ Solo l’organico (lavoratori) adibito a attività□ MMC/ □ SBAS

□ Organizzazione oraria (turni) □ Tipologia e peso degli oggetti movimentati

□ N. di movimentazioni per singolo oggetto e relative geometrie di movimentazione

□ Durata e distribuzione del turno attività□ MMC / □ SBAS

□ Tipologia e peso degli oggetti movimentati in coppia o da più lavoratori contemporaneamente

□ N. di arti utilizzati nella MMC

Se presente, per l’organico adibito ad attività SBAS vengono definiti 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
* Percentuali di tempo dedicato ai singoli compiti per mansione
* N° postazioni di lavoro
* N° addetti impegnati per postazione

□ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ NO

□ NO, perché dalla valutazione non è emersa la necessità di predisporre un programma di miglioramento specifico

□ SI, mediante azioni di miglioramento generiche e/o specifiche per postazione di lavoro/mansione

**Quando è previsto l’aggiornamento della valutazione del rischio MMC/SBAS?**

□ Solo in occasione di variazioni del ciclo produttivo e/o introduzione di nuove mansioni

□ Su segnalazione da parte dell’RSPP, MC, RLS □ A seguito di verifiche programmate

**Come viene verificata l’attuazione delle misure indicate nel piano miglioramento?**

□ Non vengono indicate scadenze □ La verifica viene effettuata annualmente in occasione riunione periodica

□ Sono previsti audit periodici per verificare lo stato di attuazione delle misure

**Specificare tipologia INTERVENTI predisposti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AZIONE** | **DESCRIZIONE** | **TEMPI** |
|  |  |  | **Programmate****ANNO** | **Adottate****ANNO** |
| **A** | **Rotazione dei lavoratori tra postazioni di lavoro** |  |  |  |
| **B** | **Introduzione di pause** | **(distribuzione e durata)** |  |  |
| **C** | **Utilizzo di strumenti/attrezzature (paranchi, muletti, avvitatori a pantografoetc.)** | **(tipo e n.)** |  |  |
| **D** | **Riprogettazione ergonomica delle Postazioni** | **(tipo e n.)** |  |  |
| **E** | **introduzione part-time** | **(tipo e durata)** |  |  |
| **F** | **Razionalizzazione o riorganizzazione dei flussi del materiale da movimentare manualmente** | **(descrizione)** |  |  |
| **G** | **Interventi per la riduzione del peso degli oggetti movimentati** | **(descrizione)** |  |  |
| **H** | **Formazione** | **(tipo e n. operatori coinvolti)** |  |  |
| **I** | **Programmi di promozione della salute** | **(specificare)** |  |  |
| **L** | **Altro**  |  |  |  |

**INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO**

**E’ prevista una formazione specifica per il rischio MMC/SBAS?**

□ NO

□ SI la formazione è prevista in caso assunzione e cambio mansione oppure periodicamente

□ SI è prevista una formazione specifica sulla base del piano formativo aziendale

Specificare il tempo dedicato alla formazione specifica e gli argomenti trattati:

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

**L’attività di informazione/formazione/addestramento viene svolta da:**

□ RSPP □ Medico competente □ Formatore esterno □ Altro

**SORVEGLIANZA SANITARIA**

**Come viene realizzata la sorveglianza sanitaria rispetto al rischio specifico?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SBAS** | **MMC** |
| **Dalla valutazione del rischio NON è emersa necessità di effettuare la sorveglianza sanitaria per il rischio specifico** | □  | □  |
| **E’ stato predisposto un protocollo sanitario specifico per gli addetti** | □ SI □ NO | □ SI □ NO |
| **Viene effettuata una visita medica con particolare attenzione agli organi bersaglio (arti superiori, rachide lombare, spalle, etc)** | □ SI □ NO | □ SI □ NO |

**Per ciascun rischio nella RELAZIONE ANNUALE sono riportati i seguenti dati:**

**□** Numero totale soggetti visitati: n. \_\_\_\_\_

□ Numero esposti a rischio MMC: n. \_\_\_\_\_ Numero esposti a rischio SBAS: n. \_\_\_\_\_

□ Idoneità con limitazioni/prescrizioni

* N. totale soggetti con limitazioni \_\_\_\_\_\_\_
* N. esposti MMC con limitazione \_\_\_\_\_\_\_ Numero esposti SBAS con limitazione: n. \_\_\_\_\_
* N. soggetti con limitazioni per patologie muscoloscheletriche \_\_\_\_\_\_

□ Denunce di sospette malattie professionali da sovraccarico biomeccanico: n. \_\_\_\_\_\_

□ Denunce di sospette malattie professionali da sovraccarico biomeccanico arti superiori: n. \_\_\_\_\_\_

□ Denunce di sospette malattie professionali per patologie muscolo scheletriche: n. \_\_\_\_\_\_

□ Numero infortuni da sovraccarico biomeccanico rachide lombare, spalla (lesioni da sforzo, strappi muscolari, tendiniti, lombalgie acute): n. \_\_\_\_\_

□ Numero infortuni agli arti superiori (lesioni da sforzo, strappi muscolari, tendiniti, lombalgie acute): n. \_\_\_\_\_

Esiste una procedura per la gestione dei giudizi di idoneità con limitazione ? □NO □SISe si specificare:

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

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

A tale processo di ricollocazione lavorativa partecipa:

⎕ RSPP ⎕ DDL ⎕ PREPOSTO (Capo linea/reparto) ⎕ MC⎕ RLS

**Conclusioni**

**Attuazione delle buone pratiche/Linee di indirizzo/Linee guida:**

**L’analisi del Documento di buone pratiche ha comportato cambiamenti nella gestione dei rischi relativi alla Movimentazione manuale dei carichi (MMC) e al Sovraccarico biomeccanico Arti Superiori (SBAS)?**

 □ SI □ NO □ NON NECESSARIO

**Se si, quali delle buone pratiche riportate nel Documento di buone pratiche, sono state utilizzate:**

* Linee di indirizzo per l’applicazione del Titolo VI del D. Lgs. 81/08 e per la valutazione e gestione del rischio connesso alla movimentazione manuale dei carichi (MMC)
* Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori
* “Linee Guida Regionali per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connessecon movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori” (Regione Lombardia)
* Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico
* Il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori: un rischio sottovalutato - Guida per le imprese
* Linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio da movimenti ripetuti degli arti superiori (Regione Veneto)
* Opuscolo “STOP - Pensa, poi solleva”
* La gestione del rischio da movimentazione di carichi nel settore della logistica. Guida per le imprese (ATS Milano)
* Salute e sicurezza del lavoro nella movimentazione delle merci - Linee informative per la prevenzione
* Pubblicazioni dell’Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro:
* Il mantenimento prolungato della postura in piedi statica al lavoro - Effetti sulla salute e buone pratiche
* Il mantenimento prolungato della postura seduta statica al lavoro - Effetti sulla salute e suggerimenti di buone pratiche
* Lavorare con patologie e disturbi muscolo-scheletrici cronici - Consigli di buone pratiche

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 (es. transpallet elettrici regolabili in altezza, carrelli ecc,), manutenzione, ecc)

□ Formazione/Rinforzo formativo

□ Addestramento

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

□ Audit periodici

□ Altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Scheda compilata dal datore di lavoro in collaborazione con (RSPP, MC, RLS/T)

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

scheda compilata da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_