# Valutazione dei rischisul luogo di lavoro

Check-list

## Step 1: Redigere la valutazione dei rischi

|  | Sì | No | Nonapplicabile | Osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Hai definito le persone coinvolte?**
 |  |  |  |  |
| 1. Manager responsabile
 |  |  |  |  |
| 1. Consulente/Addetto specializzato(Professionista della salute e sicurezza sul lavoro, Medico aziendale, Addetto alla sicurezza, RSPP, ASPP)
 |  |  |  |  |
| 1. Comitato aziendale/Rappresentanti dei dipendenti
 |  |  |  |  |
| 1. Specialisti di vari settori/Esperti tecnici(Responsabile sostanze pericolose, protezione laser, prevenzione antincendio)
 |  |  |  |  |
| 1. Altri
 |  |  |  |  |
| 1. **Hai considerato tutte le aeree e i dipartimenti aziendali con il relativo personale?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Hai suddiviso tutte le aree di lavoro secondo una logica ben precisa?**
 |  |  |  |  |
| 1. Postazioni di lavoro fisse
 |  |  |  |  |
| 1. Valutazione relativa al lavoro
 |  |  |  |  |
| 1. Valutazione dell’attività
 |  |  |  |  |
| 1. Valutazione di strumenti, attrezzature e/o materiali operativi
 |  |  |  |  |
| 1. Postazioni di lavoro non fisse
 |  |  |  |  |
| 1. **Hai un elenco completo di tutti i dipendenti per i quali è necessaria una valutazione dei rischi individuale?**
 |  |  |  |  |
| 1. Donne in gravidanza/in allattamento
 |  |  |  |  |
| 1. Portatori di handicap
 |  |  |  |  |
| 1. Tirocinanti
 |  |  |  |  |
| 1. Lavoratori interinali
 |  |  |  |  |
| 1. Altre categorie
 |  |  |  |  |
| 1. **Ti sono noti tutti i principali modelli per la valutazione dei rischi (Leggi/Regolamenti/Ultime integrazioni/DVR)?**
 |  |  |  |  |
| 1. **La documentazione che hai a disposizione è completa e accessibile?**
 |  |  |  |  |
| 1. Documenti di un precedente sistema di gestione della qualità
 |  |  |  |  |
| 1. Modulo per la segnalazione di incidenti o infortuni
 |  |  |  |  |
| 1. Registro delle sostanze pericolose
 |  |  |  |  |
| 1. Piani d'emergenza
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |

## Step 2: Identificare i rischi

|  | Sì | No | Nonapplicabile | Osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sono stati elencati tutti i fattori di rischio in maniera completa?** |  |  |  |  |
| 1. **Ambiente di lavoro**
 |  |  |  |  |
| 1. Climatizzazione
 |  |  |  |  |
| 1. Illuminazione
 |  |  |  |  |
| 1. Vie di transito e di fuga
 |  |  |  |  |
| 1. Allestimento del luogo di lavoro
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Condizione degli strumenti di lavoro**
 |  |  |  |  |
| 1. Utensili
 |  |  |  |  |
| 1. Macchinari
 |  |  |  |  |
| 1. Forniture da scrivania
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Fattori fisici**
 |  |  |  |  |
| 1. Postura forzata durante l’attività lavorativa (ad esempio è necessario accovacciarsi)
 |  |  |  |  |
| 1. Mansioni ripetitive
 |  |  |  |  |
| 1. Lavoro pesante (ad esempio sollevamento e trasporto pesi)
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Sostanze pericolose**
 |  |  |  |  |
| 1. Inalazione, contatto con la pelle, ingestione
 |  |  |  |  |
| 1. Possibilità di reazioni chimiche
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Fattori meccanici**
 |  |  |  |  |
| 1. Superfici pericolose
 |  |  |  |  |
| 1. Parti mobili non controllate
 |  |  |  |  |
| 1. Possibilità di inciampare/scivolare/cadere
 |  |  |  |  |
| 1. Parti mobili non protette
 |  |  |  |  |
| 1. Spostamento mezzi di trasporto e attrezzature (ad esempio carrelli elevatori)
 |  |  |  |  |
| 1. Caduta dall'alto
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Fattori elettrici**
 |  |  |  |  |
| 1. Possibili attraversamenti elettrici
 |  |  |  |  |
| 1. Possibili cariche elettrostatiche/archi voltaici
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Fattori biologici**
 |  |  |  |  |
| 1. Rischio di infezioni da virus, batteri, funghi
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Fattori termici**
 |  |  |  |  |
| 1. Superfici o apparecchi freddi/caldi
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Fattori fisici**
 |  |  |  |  |
| 1. Rumori
 |  |  |  |  |
| 1. Vibrazioni
 |  |  |  |  |
| 1. Ultrasuoni, infrasuoni
 |  |  |  |  |
| 1. Radiazioni non ionizzanti (ad esempio radiazione UV o laser)
 |  |  |  |  |
| 1. Radiazioni ionizzanti (ad esempio raggi X)
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Rischio d'incendio e di esplosione**
 |  |  |  |  |
| 1. Sostanze infiammabili/esplosive
 |  |  |  |  |
| 1. Ambiente facilmente infiammabile
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |
| 1. **Fattori psicologici**
 |  |  |  |  |
| 1. Contenuto del lavoro/Mansione lavorativa
 |  |  |  |  |
| 1. Organizzazione del lavoro
 |  |  |  |  |
| 1. Relazioni sociali
 |  |  |  |  |
| 1. Ambiente di lavoro
 |  |  |  |  |
| 1. Nuova modalità lavorativa
 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Ulteriori fattori**
 |  |  |  |  |
| 1. ...
 |  |  |  |  |
| 1. ...
 |  |  |  |  |
| 1. ...
 |  |  |  |  |
| **È stato fatto un controllo su quali fattori possono rappresentare un pericolo?** |  |  |  |  |
| 1. In maniera preventiva, in base a leggi, particolari condizioni di pericolo, ecc.
 |  |  |  |  |
| 1. Vaglio di precedenti incidenti e patologie
 |  |  |  |  |
| 1. Altro
 |  |  |  |  |

## Step 3: Valutare i rischi(vale per ciascun fattore di rischio)

|  | Sì | No | Nonapplicabile | Osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Sussiste un potenziale di rischio significativo di pericolo (ad esempio in riferimento al valore limite di esposizione professionale, alla matrice di rischio secondo Nohl)?**
 |  |  |  |  |
| 1. Ci sono obiettivi di protezione da raggiungere, stabiliti ad esempio da regolamenti, norme, ecc.?
 |  |  |  |  |
| 1. Se sì: sono stati raggiunti?
 |  |  |  |  |
| 1. Ci sono dei piani per classificare il livello di protezione dei rischi?
 |  |  |  |  |
| 1. Se sì: Si conosce il grado di protezione del rischio specifico?
 |  |  |  |  |
| 1. Sono disponibili ulteriori ausili per la valutazione?
 |  |  |  |  |
| 1. Qualora i punti a, b e c risultino non applicabili: è stata effettuata una propria valutazione per stimare e valutare i rischi?
 |  |  |  |  |
| 1. **Altro**
 |  |  |  |  |

## Step 4: Determinare le misure di prevenzione(vale per ciascun fattore di rischio)

|  | Sì | No | Nonapplicabile | Osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **È stato assegnato un livello di priorità al rischio?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Sono state formulate misure di prevenzione accurate?**
 |  |  |  |  |
| 1. Il rischio è stato eliminato per sostituzione
 |  |  |  |  |
| 1. Il rischio è stato ridotto/eliminato a mezzo di una soluzione tecnicamente sicura
 |  |  |  |  |
| 1. Il rischio è stato minimizzato a mezzo di modifiche organizzative
 |  |  |  |  |
| 1. Il rischio è stato minimizzato introducendo modifiche correlate alle persone eai comportamenti
 |  |  |  |  |
| 1. **Misura determinata in relazione a...**
 |  |  |  |  |
| 1. ... urgenza?
 |  |  |  |  |
| 1. ... fattibilità nei tempi previsti?
 |  |  |  |  |
| 1. ... fattibilità pratica?
 |  |  |  |  |
| 1. **Altro**
 |  |  |  |  |
| 1. ...
 |  |  |  |  |
| 1. ...
 |  |  |  |  |
| 1. ...
 |  |  |  |  |

## Step 5: Mettere in pratica le misure di prevenzione(vale per ciascun fattore di rischio)

|  | Sì | No | Nonapplicabile | Osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **È stato assegnato un livello di priorità al rischio?**
 |  |  |  |  |
| 1. **È stata assegnata la mansione alla rispettiva persona?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Sono stati fissati i tempi per l'attuazione?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Le procedure operative, gli elenchi delle sostanze pericolose, ecc. sono disponibili per tutte le persone coinvolte?**
 |  |  |  |  |
| 1. **È stata definita un’adeguata attività di formazione anche per i nuovi collaboratori o per quanto riguarda l’uso di nuovi materiali?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Altro**
 |  |  |  |  |

## Step 6: Verificare l’efficacia delle misure adottate (vale per ciascun fattore di rischio; da effettuarsi ad una data prestabilita e ad intervalli di tempo regolari)

|  | Sì | No | Nonapplicabile | Osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **La misura è stata attuata alla data stabilita?**
 |  |  |  |  |
| 1. **La misura ha ottenuto l'effetto desiderato (eventualmente verificato con una misurazione)?**
 |  |  |  |  |
| 1. **È emerso invece un altro pericolo come conseguenza?**
 |  |  |  |  |
| 1. **La misura è efficace o va riadattata?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Laddove il rischio sia ancora presente:**
 |  |  |  |  |
| 1. Ne è stata identificata la causa?
 |  |  |  |  |
| 1. È stata determinata una nuova misura per eliminarlo?
 |  |  |  |  |
| 1. È stata verificata l'efficacia di questa misura?
 |  |  |  |  |
| 1. **Altro**
 |  |  |  |  |

## Step 7: Aggiornare la valutazione dei rischi(vale per condizioni nuove, che hanno subìto modifiche ma non sono ancora state eliminate; pertanto il focus deve concentrarsi su queste e non sull'intera valutazione dei rischi)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sì | No | Nonapplicabile | Osservazioni |
| 1. **Si tratta di un nuovo rischio (ad esempio l’utilizzo di nuove sostanze pericolose o di nuove aree di lavoro)?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Il rischio era sfuggito durante l'ultima valutazione?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Sono cambiate le situazioni operative? (ad esempio a seguito di ristrutturazione, acquisto di un nuovo macchinario)**
 |  |  |  |  |
| 1. **C'è stato un aumento delle assenze per malattia negli ultimi tempi?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Ci sono direttive nuove in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro?**
 |  |  |  |  |
| 1. **Altro**
 |  |  |  |  |