# Valutazione dei rischi sul luogo di lavoro

Check-list

## Step 1: Redigere la valutazione dei rischi

|  | Sì | No | Non applicabile | 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 | Non applicabile | 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 | Non applicabile | 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 | Non applicabile | 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 e ai 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 | Non applicabile | 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 | Non applicabile | 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 | Non applicabile | 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** |  |  |  |  |