



Allegato 2A

Piano Mirato di Prevenzione “Patologie professionali dell’apparato Muscolo-Scheletrico” Rischio Sovraccarico Biomeccanico del Rachide nel settore della LOGISTICA

SCHEDA ANAGRAFICA DA RESTITUIRE ALLO SPRESAL ASL_____

Istruzioni per la compilazione

La scheda di autovalutazione sulla gestione delle attività con movimentazione manuale dei carichi è suddivisa in due parti:

- A. la prima parte (punti 1 – 7), di carattere generale, è da compilare e restituire al Servizio di Prevenzione e Sicurezza e Sicurezza negli ambienti di lavoro dell’ASL di riferimento, anche nel caso l’Azienda non rientri nei casi previsti dal PMP (in questo caso in alternativa è possibile darne informazione alla segreteria dello SPRESAL stesso). La restituzione della scheda è prevista in due distinti momenti:
- o entro 30 giorni dalla data del seminario di presentazione del PMP, organizzato dallo SPRESAL e rivolto alle imprese *target*, ai fini di segnalare l’adesione al PMP. In particolare è richiesta la compilazione dei punti da 1 a 6 della scheda stessa;
 - o entro il 31/12/2023, aggiornando eventuali dati anagrafici già comunicati e completando la compilazione delle conclusioni riportate al punto 7;
- B. la seconda parte, più specifica, è composta da quesiti a risposta guidata che consente, in funzione del punteggio riscontrato, di verificare il livello aziendale di gestione del rischio da sovraccarico biomeccanico del rachide e dei relativi processi, e determinare l’eventuale necessità di adottare specifiche misure correttive. Tale sezione della scheda è ad uso interno aziendale e pertanto non è da inviare allo SPRESAL.

Al fine di facilitarne la compilazione e, per quanto riguarda la seconda parte, l’individuazione del punteggio ottenuto, la scheda viene fornita anche in formato elettronico.

Si chiede pertanto di analizzare con attenzione le tematiche oggetto di analisi, avvalendosi dell’aiuto di tutti i collaboratori che possono dare un contributo di conoscenza sulla tematica specifica e, in particolare, con il coinvolgimento del Servizio di Prevenzione e Protezione, del Medico Competente e del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.



Allegato 2A

Glossario e definizioni

PMP: Piano Mirato di Prevenzione

MMC: Movimentazione Manuale dei Carichi pesanti (con peso ≥ 3 Kg)

SBR: Sovraccarico Biomeccanico del Rachide

SPRESAL: Servizio di Prevenzione e Sicurezza e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'ASL

NN: Non Necessaria

Compito: Attività di MMC Semplice / Composita / Variabile / Sequenziale (LI, CLI, VLI, SLI)

GO: Gruppo Omogeneo di lavoratori che, sulla base dei compiti svolti in un turno di lavoro, si possono ritenere esposti ad analogo rischio

Mansione: l'insieme organizzato di attività lavorative (uno o più compiti) svolte in un turno di lavoro

VdR: Valutazione del Rischio

DVR: Documento di Valutazione dei Rischi



Allegato 2A

1. INFORMAZIONI GENERALI

Ragione sociale:	
Codice fiscale/partita IVA:	
Indirizzo sede legale:	
tel.:	PEO / PEC:
Indirizzo sede operativa:	
tel.:	PEO / PEC:
Tipo di attività: _____	

Codice ATECO 2007:	Codice tariffa INAIL:
Settore prevalente: <i>trasporto, carico e scarico, facchinaggio, magazzinaggio ecc..</i>	

2. SOGGETTI DELLA PREVENZIONE AZIENDALE

2.1 Nominativo Datore di Lavoro:	
2.2 Nominativo RSPP:	
tel.:	PEO / PEC:
<input type="checkbox"/> interno: <input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale	
<input type="checkbox"/> esterno	
Addetti SPP (interni): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI a tempo pieno n. _____	<input type="checkbox"/> SI a tempo parziale n. _____
2.3 Nominativo Medico Competente:	
Telefono:	PEO o PEC:
2.4 Nominativo/i RLS:	
<input type="checkbox"/> Interno/i, n. _____ <input type="checkbox"/> Esterno: RLS territoriale	



Allegato 2A

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

Tipologia	Maschi			Femmine		
	N°	N° esposti al R. MMC		N°	N° esposti al R. MMC	
		20 - 45 anni	<20 / >45 a.		20 - 45 anni	<20 / >45 a.
DIPENDENTI						
<i>di cui a</i> TEMPO DETERMINATO						
LAVORATORI ATIPICI						
ALTRO: _____						
N° Totale Addetti						

N° Addetti per Mansione / Gruppi Omogeneo con attività di MMC *(utilizzare la terminologia del DVR)*

Mansione / GO	Maschi			Femmine		
	N°	N° esposti al R. MMC		N°	N° esposti al R. MMC	
		20 - 45 anni	<20 / >45 a.		20 - 45 anni	<20 / >45 a.

4. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO *(Precisare l'orario di articolazione giornaliera dell'attività e l'eventuale organizzazione in turni delle mansioni /G.O. con MMC)*



Allegato 2A

5. ELENCO DI ATTREZZATURE / ARREDI DI AUSILIO ALLA MMC :

Attrezzatura	N°		N°
Transpallet / carrelli elettrici		di cui regolabili in altezza	
Transpallet / carrelli manuali		di cui regolabili in altezza	
Piattaforme / banchi / pianali di carico		di cui regolabili in altezza	
Carrelli saliscala			
Sponde caricatori			
Rampe di carico mezzi			

6. APPALTO ATTIVITA' DI MMC (Compilare e nel caso riprodurre le informazioni per ogni appalto)

Ragione sociale:	
Codice fiscale/partita IVA:	
Indirizzo sede legale:	
tel.:	PEO / PEC:
Tipo di attività: _____ _____	
È stata portata a conoscenza del Piano Mirato della Prevenzione sul SBR? // SI // NO	

Ragione sociale:	
Codice fiscale/partita IVA:	
Indirizzo sede legale:	
tel.:	PEO / PEC:
Tipo di attività: _____ _____	
È stata portata a conoscenza del Piano Mirato della Prevenzione sul SBR? // SI // NO	



Allegato 2A

7. CONCLUSIONI

Ritiene che siano state utili le informazioni contenute nei documenti forniti?			
// molto	// abbastanza	// poco	// per niente

In quali ambiti questo Piano Mirato ha migliorato la gestione del rischio da SBR nella MMC?		
- Revisione / aggiornamento del DVR	// SI	// NN
- Applicazione / miglioramento delle misure organizzative	// SI	// NN
- Applicazione / miglioramento di interventi strutturali	// SI	// NN
- Implementazione di ausili ed attrezzature di lavoro	// SI	// NN
- Introduzione di attività di formazione ed addestramento specifici	// SI	// NN
- Revisione della Sorveglianza sanitaria	// SI	// NN
- Applicazione / miglioramento di procedure per la gestione dei giudizi di idoneità con limitazioni o prescrizioni	// SI	// NN
- Audit periodici	// SI	// NN
Altro (<i>specificare</i>):		

<p>Commento generale sui punti di forza e criticità riscontrati nella partecipazione al PMP:</p>

Data: _____ e firme:

Datore di Lavoro

RSPP

Medico Competente

RLS /RLST (per presa visione)
