



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 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 ..... a: SPreSAL sede di Nuoro

e-mail [spresal@aslnuoro.it](mailto:spresal@aslnuoro.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 sì, 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**

<input type="checkbox"/> Macroarea <input type="checkbox"/> Mansione <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato predisposto un protocollo sanitario specifico per gli addetti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Viene effettuata una visita medica con particolare attenzione agli organi bersaglio (arti superiori, rachide lombare, spalle, etc)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 ☐ SI      Se 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 sì, 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 connesse con 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 \_\_\_\_\_