# PIANO MIRATO DI PREVENZIONE:

# Sorveglianza Sanitaria Efficace in AGRICOLTURA in applicazione della DGR 294/23

**Scheda di autovalutazione**

**1. RAGIONE SOCIALE AZIENDA**

**2. PARTITA IVA/CODICE FISCALE**

**3. TITOLARE/DATORE DI LAVORO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| Telefono |  | Indirizzo Mail |  |

**4. INDIRIZZO SEDE LEGALE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Comune |  | Indirizzo |  |
| Telefono |  | Indirizzo Mail |  |

**5. INDIRIZZO CENTRO AZIENDALE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Comune |  | Indirizzo |  |
| Telefono |  | Indirizzo Mail |  |

**6. INDIRIZZO PRODUTTIVO PREVALENTE**

Possibili più risposte

|  |  |
| --- | --- |
| Zootecnico | ⧠ |
| Cerealicolo/foraggero | ⧠ |
| Colture industriali (es. tabacco, barbabietola, girasole, pioppo) | ⧠ |
| Viticolo | ⧠ |
| Vitivinicolo | ⧠ |
| Olivicolo | ⧠ |
| Orticolo | ⧠ |
| Frutticolo | ⧠ |
| Floro-vivaistico | ⧠ |
| Lavori forestali | ⧠ |
| Manutenzione del verde | ⧠ |
| Attività conto terzi | ⧠ |
| Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⧠ |

**7. ADDETTI:**

N. SOCI/TITOLARI \_\_\_\_\_\_\_\_ N. FAMILIARI N. DIPENDENTI \_\_\_

**8. NUMERI OPERATORI ADDETTI CON QUALIFICA DI PREPOSTO \_\_\_\_**

**9. NUMERO OPERATORI ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO E GESTIONE EMERGENZE**  \_\_\_\_\_\_\_

**10. TIPOLOGIA DI CONTRATTI LAVORATORI DIPENDENTI E MANSIONI SVOLTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MANSIONE** | N. lavoratori tempo **INDETERMINATO** | | |  |
| Maschi | Femmine |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTALE LAVORATORI TEMPO INDETERMINATO** |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MANSIONE** | N. lavoratori **STAGIONALI (inferiori o uguale a 50 giornate/anno)** | | |  |
| Maschi | Femmine |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTALE LAVORATORI STAGIONALI inferiori o uguale 50 giornate/anno** |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MANSIONE** | N. lavoratori **STAGIONALI (superiori 50 giornate/anno)** | | |  |
| Maschi | Femmine |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTALE LAVORATORI STAGIONALI superiori 50 giornate/anno** |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MANSIONE** | N. lavoratori **SOCI E FAMILIARI OPERATIVI** | | |  |
| Maschi | Femmine |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTALE LAVORATORI SOCI E FAMILIARI OPERATIVI** |  | |  |  |

**11. VIENE SVOLTO LAVORO NOTTURNO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MANSIONE** | **SI** | **NO** |
| Trattorista (sfalcio, irrigazione…) |  |  |
| Mungitore |  |  |
| Addetto alla raccolta |  |  |
| Altro (specificare) |  |  |

**12. FORNITURA MANODOPERA DA AZIENDE DI SERVIZI ESTERNE\*:**  SI  NO

*SE SI’, COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NONINATIVO AZIENDA FORNITRICE** | **P.IVA AZIENDA FORNITRICE** | **LAVORAZIONE AFFIDATA** | **PERIODO ESECUZIONE LAVORI** | **N. ADDETTI** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |

(\*) Affidamento in corso o nei 12 mesi precedenti inclusi agromeccaniche/contoterzisti

**13. E STATO ELABORATO UN DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)?**

 SI  NO  NON SOGGETTO (lavoratori autonomi, coltivatori diretti)

**14. VI SIETE AVVALSI DI UNA CONSULENZA ESTERNA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

 Si, fornita da parte di associazione di categoria

Si, privata

No

15. E’ STATO NOMINATO UN MEDICO COMPETENTE?

 SI  NO  NON SOGGETTO (lavoratori autonomi, coltivatori diretti)

16. SE SI’, INDICARE DATI DEL MEDICO COMPETENTE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| Telefono |  | Indirizzo Mail |  |

***E’ necessario consultare il medico competente per rispondere alle seguenti domande***

**17. TUTTI I DIPENDENTI SONO SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA?**

 SI NO

SE NO, INDICARE LA MOTIVAZIONE: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

18. CHI ORGANIZZA L’EROGAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA?

|  |  |
| --- | --- |
| Datore di lavoro | ⧠ |
| Associazione datoriale | ⧠ |
| Comitato paritetico | ⧠ |
| Centro di medicina del lavoro | ⧠ |
| Altro *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |

19. L’ORGANIZZAZIONE CONSENTE L’EFFETTUAZIONE DELLA VISITA PREVENTIVA PER IL RILASCIO DELL’IDONEITA’ ALLA MANSIONE SPECIFICA PRIMA DELL’INIZIO DEL LAVORO?

 SI NO

SE NO, INDICARE LA MOTIVAZIONE: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

20. PERIODICITA’ DELLE VISITE MEDICHE PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA

 Annuali  Biennali  Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**21. LA PERIODICITA’ DELLE VISITE PERIODICHE E’ RISPETTATA?**

 SI NO

SE NO, INDICARE LA MOTIVAZIONE:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**23. È STATA COMPILATA PER TUTTI I LAVORATORI UNA CARTELLA SANITARIA INDIVIDUALE E DI RISCHIO IN BASE AL MODELLO INDICATO DAL D.LGS. 81/08?**

**24.LUOGO DOVE VENGONO EFFETTUATE LE VISITE DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

 Azienda  Mezzo mobile Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**25. PER QUALI RISCHI GLI ADDETTI SONO SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA?**

*Possibili più risposte*

|  |  |
| --- | --- |
| Biologico | ⧠ |
| Chimico | ⧠ |
| Rumore | ⧠ |
| Radiazione solare | ⧠ |
| Movimentazione manuale dei carichi e posture incongrue | ⧠ |
| Movimenti ripetitivi | ⧠ |
| Vibrazione | ⧠ |
| Microclima/Macroclima (stress da calore) | ⧠ |
| Lavoro in quota | ⧠ |
| Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

26. SONO SVOLTI I SEGUENTI ACCERTAMENTI MEDICI COME PARTE INTEGRANTE DEL PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA?

*Possibili più risposte*

|  |  |
| --- | --- |
| Accertamenti comuni a tutti i lavoratori |  |
| * Esami ematochimici | ⧠ |
| * Audiometria con otoscopia | ⧠ |
| * Elettrocardiogramma | ⧠ |
| * Spirometria | ⧠ |

|  |  |
| --- | --- |
| Accertamenti specifici per sottogruppi di lavoratori |  |
| * Valutazione dermatologica (per lavoratori a rischio zoonosi) | ⧠ |
| * Questionario allergologico (per lavoratori esposti ad allergeni) | ⧠ |
| * Questionario anamnestico mirato per lavoratori esposti a vibrazioni | ⧠ |
| * Toxo test e Test sierologico per echinoccocco (per allevatori di ovicaprini) | ⧠ |
| Valutazioni integrative eventuali |  |
| * Tampone faringeo per la ricerca di patogeni (per allevatori) | ⧠ |
| * Intradermoreazione alla tubercolina secondo Mantoux (per allevatori di bovini) | ⧠ |
| * Rx torace (per allevatori di ovicaprini) | ⧠ |
| * Test allergologici (per lavoratori esposti) | ⧠ |
| * Esami strumentali allergologici (per lavoratori esposti) | ⧠ |

|  |  |
| --- | --- |
| Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

27. SONO I LAVORATORI VACCINATI PER:

|  |  |
| --- | --- |
| Tetano | ⧠ |
| Encefalite da zecca | ⧠ |

28. COME È STATO DETERMINATO LO STATO DI IMMUNIZZAZIONE CONTRO IL TETANO

DEI DIPENDENTI?

|  |  |
| --- | --- |
| Anamnesi | ⧠ |
| Titolo anticorpale | ⧠ |

29. È STATO DEFINITO UN PROGRAMMA DI RICHIAMO SULLA VACCINAZIONE

ANTITETANICA?

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | ⧠ |
| No | ⧠ |

30. SONO SVOLTI ACCERTAMENTI MEDICI SPECIALISTICI DI SECONDO LIVELLO PRESSO UNA UOOML IN BASE AL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISHI E COERENTE CON GLI ESAMI CHE SONO INSERITI NEL PAR. 6 DELL’ALLEGATO ALLA DGR 294/2023?

|  |  |
| --- | --- |
| No | ⧠ |
| Si | ⧠ |

**Se sì, specificare quali.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Per lavoratori esposti a rumore:** |  |
| * Esame audiometrico in cabina silente ed esame impedenziometrico | ⧠ |
| **Per lavoratori esposti a vibrazioni:** |  |
| * Cold test (anche senza fotopletismografia o laser doppler) | ⧠ |
| * Valutazione neurologica | ⧠ |
| * Esame radiologico delle grandi articolazioni | ⧠ |

|  |  |
| --- | --- |
| Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

31.NUMERO DI MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE NEGLI ULTIMI 5 ANNI:

|  |  |
| --- | --- |
| **N. MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE** |  |
| **N. MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE DAL MEDICO COMPETENTE** |  |

32. A SEGUITO DI VISITA MEDICA, SONO STATE DATE IDONEITA’ CON LIMITAZIONI O INIDONEITA’ NELL’ULTIMO ANNO:

|  |  |
| --- | --- |
| **N. IDONEITA’ CON LIMITAZIONI** |  |
| **N. INIDONEITA’** |  |

**33. I LAVORATORI STAGIONALI HANNO LA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' AL LAVORO?**

 SI  NO

**34. SE SI, CHI HA CERTIFICATO L’IDONEITA' DEI LAVORATORI STAGIONALI?**

Medico competente dell’azienda

Altra struttura (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**35. IL MEDICO COMPETENTE HA TRASMESSO LA RELAZIONE A INAIL IN APPLICAZIONE ALL’ALLEGATO 3B ART. 40 D.L.GS 81/08?**

 SI  NO

36. È STATO NOMINATO UN RSPP (Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione)?

 SI  NO  NON SOGGETTO (lavoratori autonomi, coltivatori diretti)

37. SE SI’, INDICARE DATI DEL RSPP:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| Telefono |  | Indirizzo Mail |  |

38. NOMINA RSPP:

Ruolo coperto dal datore di lavoro

Ruolo coperto da un dipendente adeguatamente formato

Consulente esterno in possesso dei requisiti di cui all’art 32 del D.Lgs 81/08

Altro (specificare) ..........................................................................................

39. È STATO DESIGNATO UN RLS (Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza)?

 SI  NO

40. SE SI’, INDICARE DATI DEL RLS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| Telefono |  | Indirizzo Mail |  |

**41. L’RLS:**

Ruolo coperto da un dipendente adeguatamente formato

Ruolo coperto da Rappresentate dei lavoratori per la sicurezza TERRITORIALE (RLST)