

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

**DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

Corso Matteotti, 21- 25122 BRESCIA

Tel. 030 3838661 - fax 030 3838540

E-mail: ServizioPSAL@ats-brescia.it

Prevenzione del rischio cancerogeno

Piano mirato di prevenzione:

“Applicazione del vademecum per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nelle attività di saldatura di acciai inox”

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE

Da restituire entro il

INFORMAZIONI GENERALI

Ragione sociale:

Codice fiscale/partita IVA:

Indirizzo sede legale:

tel.: fax: @mail:

Indirizzo sede operativa:

tel.: fax: @mail:

Datore di lavoro:

tel.: fax: @mail:

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:

tel.: fax: @mail:

Medico competente:

tel.: fax: @mail:

Numero addetti complessivi alla produzione: di cui:

n. lavoratori dipendenti

n. soci

n. lavoratori somministrati

Tipo di attività:

.....

.....

1. ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

1.1. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nomina RSPP: SI NO DATORE DI LAVORO

Se nominato, RSPP è:

- Addetto interno:**
- a tempo pieno
 - a tempo parziale, ore/mese
 - altra funzione
- Addetto esterno:**
- società di consulenza
 - libero professionista
 - Ore/anno n. accessi/anno

Sono presenti **addetti SPP**: **SI**, se presenti n. **NO**

I requisiti formativi del RSPP sono soddisfatti: **SI** **NO**

1.2. MEDICO COMPETENTE

Nomina medico competente: **SI** **NO** **NON NECESSARIO**

Se nominato è:

- Interno;**
- Esterno:**
- società di consulenza
 - libero professionista
 - Ore/anno n. accessi/anno
- (escluse le ore dedicate all'attività sanitaria)

1.3. RAPPRESENTANTE LAVORATORI PER LA SICUREZZA

Rappresentanti Lavoratori Sicurezza designato/i: **SI** **NO**

Se designato/i è/sono: **Interno/i**, n.

Esterno/i: RLS territoriale/i, n.

Corso di formazione a RLS: **SI** **NO** Data ultimo aggiornamento

Il datore di lavoro ha consegnato o messo a disposizione il documento di valutazione qualora l'RLS lo abbia formalmente richiesto: **SI** **NO**

1.4. ADDETTI AI COMPITI SPECIALI

Addetti designati a compiti speciali: SI NO SOLO DATORE DI LAVORO

n. totale lavoratori designati se designati: addetti antincendio/emergenza n. ...

addetti primo soccorso n.

È prevista la loro presenza in ogni turno: SI NO NON NECESSARIO

Corso di formazione: SI NO

Anno dell'ultimo corso di aggiornamento per addetti primo soccorso

Anno dell'ultimo corso di aggiornamento per addetti antincendio/emergenza

Vengono effettuate le prove di evacuazione per emergenza: SI NO

Con quale periodicità data ultima esercitazione:

2. TECNOLOGIA DI SALDATURA

Tipo di tecnologia utilizzata per le attività di saldatura:

Elettrodo non fusibile (TIG/WIG)

Elettrodo rivestito (LBH)

Elettrodo fusibile

A filo con gas inerte/attivo (MIG – MAG)

A filo ad arco sommerso

Altro _____

3. VALUTAZIONE DEI RISCHI SPECIFICI

3.1. VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A POLVERI, FUMI E GAS DI SALDATURA

La valutazione dell'esposizione a **polveri, fumi e gas di saldatura** è stata effettuata mediante campionamenti ambientali come previsto dal D.L.gs 81/2008 al Titolo IX Capo II? SI NO

Se **SI**, indicare quali inquinanti sono stati campionati ed analizzati (tipologia di FUMI GAS e POLVERI):

quali livelli (medi) di concentrazioni di centro ambiente e personali (espressi in mg/mc) sono stati misurati?

Centro ambiente 0 ÷ 1 1 ÷ 2 2 ÷ 5 > 5

Personali 0 ÷ 1 1 ÷ 2 2 ÷ 5 > 5

3.2. VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI (CEM)

E' stata effettuata la valutazione dell'esposizione a **campi elettromagnetici**, come previsto dal D.L.gs 81/2008 al Titolo VIII Capo IV? SI NO

Sono state individuate le sorgenti e le aree di maggior esposizione a CEM? SI NO

Quali interventi sono stati adottati per ridurre l'esposizione a CEM per gli esposti? (Aumento della distanza da conduttori e saldatrici, abbinamento cavi torcia-massa, etc.) _____

3.3. VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI (ROA)

E' stata effettuata la valutazione dell'esposizione a **radiazioni ottiche artificiali**, come previsto dal D.L.gs 81/2008 al Titolo VIII Capo V? SI NO

Sono state censite e caratterizzate le postazioni di saldatura come tipologia ad arco elettrico (MIG, MAG, TIG elettrodo rivestito ecc.)? SI NO

Se SI' dettagliare, segnalare anche eventuali postazioni di saldatura automatizzata.

Quali interventi sono stati adottati per ridurre l'esposizione a ROA per gli esposti? (Uso e scelta dei DPI e/o schermi)

Sono state fatte specifiche valutazioni per il personale con funzioni di assistenza o comunque presente durante la saldatura? SI NO

3.4. VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A RISCHI ERGONOMICI

E' stata effettuata la valutazione dell'esposizione ai rischi ergonomici durante le operazioni di saldatura, come previsto dal D.L.gs 81/2008 al Titolo VI Capo I? SI NO

Qual'è il livello di approfondimento raggiunto per la valutazione del rischio?:

- descrizione posture _____
- intervento consulente esterno specializzato (ergonomo) _____
- interventi migliorativi _____
- altro _____

4. IMPIANTI DI AEREAZIONE ED ASPIRAZIONE

4.1. VENTILAZIONE GENERALE DEI LOCALI DI LAVORO

E' prevista una ventilazione naturale e/o artificiale dei locali di lavoro (in particolare negli ambienti ove si effettuano le operazioni di saldatura) ? SI NO

In caso affermativo indicare il numero dei ricambi orari garantiti N° _____

4.2 IMPIANTO DI ASPIRAZIONE LOCALIZZATA

Tutte le postazioni di lavorazione sono aspirate? SI NO

Se no, quali lavorazioni non sono aspirate _____

Indicare la tipologia del sistema di aspirazione:

- Cabina aspirata
- Banco aspirato
- Cappa aspirante fissa
- Bocchetta aspirante con braccio mobile orientabile e regolabile

Caratteristiche tecniche dell'impianto di aspirazione:

portata oraria mc/h _____

definizione della superficie di controllo (vedasi figura 1) per ciascuna bocchetta e/o postazione aspirata (allegare relazione a parte).

NB: Per garantire una protezione realmente efficace è necessario assicurare una velocità di circa 1,0 m/s in corrispondenza della superficie di controllo

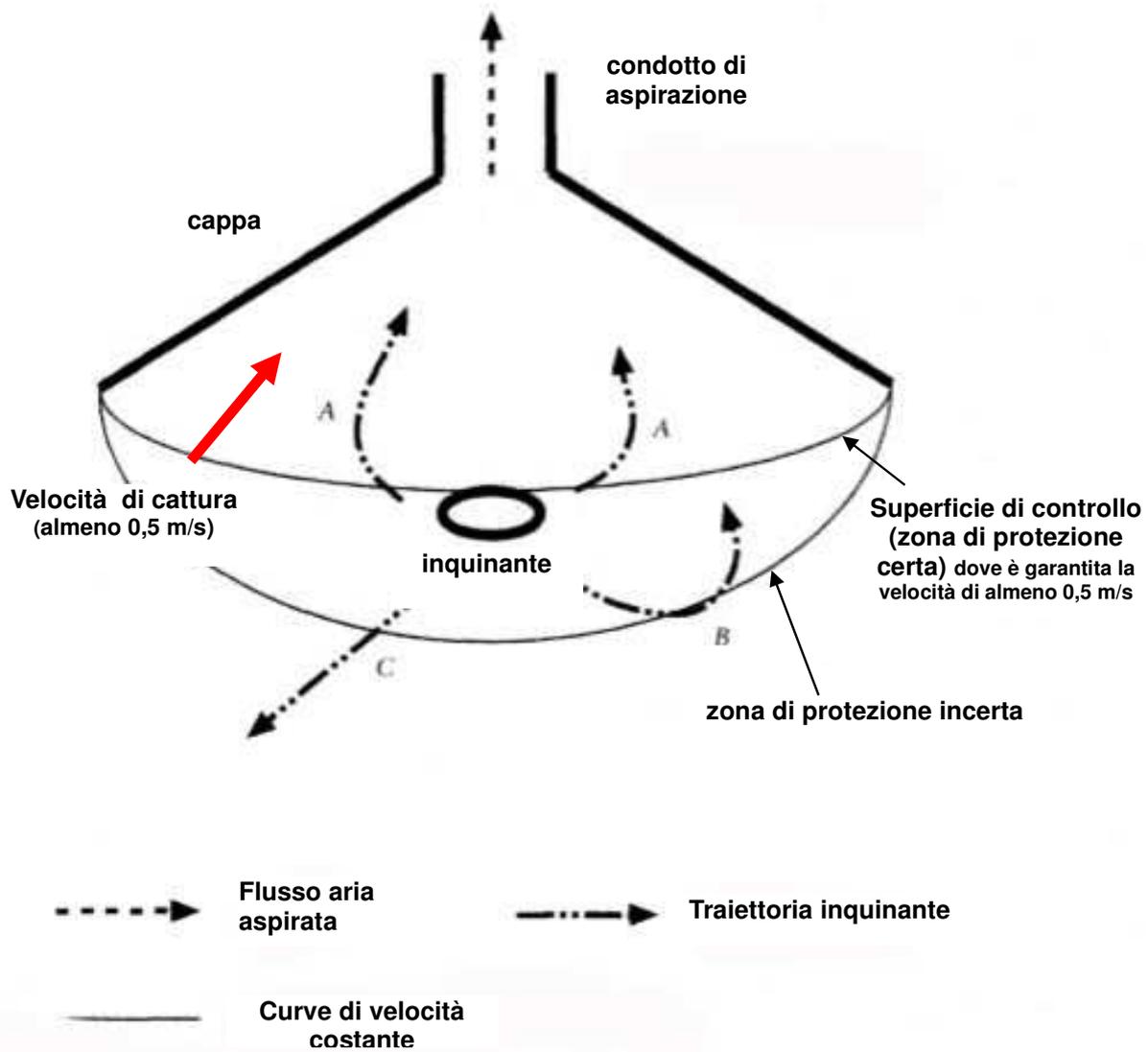


Figura 1

In caso di impianto che serve più postazioni di lavoro, i singoli punti d'aspirazione sono sezionati con serrande di intercettazione affinché funzionino solo quando la corrispondente macchina di saldatura è attiva? **SI** **NO**

È presente e consultato il manuale d'uso e manutenzione dell'impianto di aspirazione localizzata? **SI** **NO**

Periodicamente vengono effettuati interventi di manutenzione e di controllo dell'efficienza dell'impianto secondo le indicazioni del costruttore? **SI** **NO**

Come viene controllata l'efficienza dell'impianto?

- in continuo con pressostato differenziale
- periodicamente con la misura della velocità dell'aria con anemometro
- nessun controllo

È presente un registro d'impianto per le manutenzioni? **SI** **NO**

È stata identificata una figura responsabile per la verifica dell'efficienza dell'impianto di aspirazione localizzata? **SI** **NO**

Se **SI** indicare il nominativo dell'incaricato _____

L'impianto di aspirazione localizzata convoglia tutta l'aria al depuratore esterno senza ricircolo nell'ambiente di lavoro? **SI** **NO** **IN PARTE**

La sezione di filtrazione polveri è dotata di un dispositivo per la pulizia automatica? **SI** **NO**

5. PULIZIA

È organizzata la pulizia delle postazioni di lavoro? SI NO

Se **SI**, indicarne la periodicità _____ e le modalità di esecuzione _____

È organizzata la pulizia del reparto? SI NO

Se **SI**, indicarne la periodicità _____ e le modalità di esecuzione _____

È regolamentato l'uso di scope e dell'aria compressa? SI NO

6. PROTEZIONE DELLA PERSONA

Vengono forniti ai dipendenti indumenti da lavoro? SI NO

Vengono lavati a cura del datore di lavoro? SI NO

Sono presenti spogliatoi muniti di armadietto a doppio scomparto per poter riporre in modo separato gli indumenti da lavoro dagli abiti civili? SI NO

Gli spogliatoi sono muniti di docce in numero adeguato? (n.) SI NO

Vengono forniti ai dipendenti dispositivi di protezione individuali delle vie aeree? SI NO

È stato stabilito il divieto di assumere cibi e bevande sul posto di lavoro? SI NO

Esistono procedure in merito all'igiene del lavoro e all'igiene personale? SI NO

7. FORMAZIONE

È stata integrata l'attività di informazione e formazione dei dipendenti riguardo ai rischi specifici della saldatura, con particolare riferimento a:

pericolosità e danni derivanti dalla esposizione alle sostanze cancerogene contenute nelle polveri e fumi di saldatura SI NO

pericolosità e danni derivanti dalla esposizione alle Radiazioni Ottiche Artificiali ed ai Campi Elettromagnetici SI NO

applicazione delle misure di prevenzione e protezione collettive messe in atto SI NO

procedure in merito all'igiene del lavoro e all'igiene personale SI NO

8. SORVEGLIANZA SANITARIA

Quali sono gli accertamenti sanitari in occasione della visita periodica?

È stato istituito il registro degli esposti a sostanze cancerogene?

SI

NO

9. CONSIDERAZIONI

L'utilizzo della presente autovalutazione ha comportato cambiamenti nella gestione dei rischi da polveri fumi e gas di saldatura e da CEM e ROA? SI NO NON NECESSARIO

Se sì, quali:

ALLEGARE la seguente documentazione:

- estratto della valutazione dei rischi specifici relativi alla saldatura di acciai inox
- risultati del monitoraggio ambientale, ultimi 3 anni o precedenti
- risultati del monitoraggio biologico e della sorveglianza sanitaria, ultimi 3 anni
- illustrazione delle specifiche misure di prevenzione e protezione messe in atto

Data

Firma