

CHECKLIST PER VERIFICA DELLA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL RACHIDE/SPALLA MMC

0.METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Viene indicato in modo chiaro il metodo utilizzato per la valutazione del rischio MMC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il metodo di valutazione è riferito allo standard ISO 11228 parte 1 e 2?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono indicati i criteri utilizzati per applicare il metodo (per postazione/compito lavorativo – per gruppo omogeneo etc)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Per ogni indice di rischio vengono descritti i seguenti determinanti:(peso degli oggetti, numero di movimentazioni per singolo oggetto, sollevamento con un arto – pesi rilevanti sollevati in due o più persone, geometrie di movimentazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Viene riportato un 'indice finale di rischio" differenziato per genere ed età ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il livello di esposizione evidenziata risulta sempre trascurabile (fascia verde)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esistono verbali delle riunioni periodiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se presenti, dai verbali emergono segnalazioni relative al rischio MMC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È stata effettuata una formazione specifica al rischio MMC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È presente un documento che indichi modalità e tempi delle eventuali misure di miglioramento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1.DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

È descritta l'attività svolta in modo comprensibile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È descritta la presenza di gruppi omogenei di lavoratori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I lavoratori ruotano su diverse postazioni di lavoro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono descritti i tempi di lavoro giornalieri/turno: tempi di movimentazione e tempi di NON movimentazione ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nell'analisi dell'organizzazione sono state considerate eventuali variazioni del carico di lavoro presenti nell'anno solare (es. picchi di produzione, fluttuazione della domanda, ecc...) ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2.ANALISI INFORTUNI E SORVEGLIANZA SANITARIA

Nel protocollo di sorveglianza sanitaria è specificato il rischio da movimentazione manuale dei carichi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La sorveglianza sanitaria prevede l'utilizzo di strumenti di indagine standardizzati (es: Questionari anamnestici strutturati per rachide lombare, spalla e ginocchi)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dai dati di sorveglianza sanitaria si possono desumere in modo chiaro la presenza ed il numero di soggetti idonei con limitazioni/prescrizioni per esposizioni al rischio MMC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vengono analizzati gli infortuni relativi ad eventi che possono essere ricondotti al rischio MMC (es: Lombalgie Acute)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esiste una procedura per la gestione dei giudizi di idoneità con limitazione ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono stati segnalati casi di sospetta malattia professionale per il rischio MMC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO