

**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 | <input type="checkbox"/> |
| Chimico | <input type="checkbox"/> |
| Rumore | <input type="checkbox"/> |
| Radiazione solare | <input type="checkbox"/> |
| Movimentazione manuale dei carichi e posture incongrue | <input type="checkbox"/> |
| Movimenti ripetitivi | <input type="checkbox"/> |
| Vibrazione | <input type="checkbox"/> |
| Microclima/Macroclima (stress da calore) | <input type="checkbox"/> |
| Lavoro in quota | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| - Audiometria con otoscopia | <input type="checkbox"/> |
| - Elettrocardiogramma | <input type="checkbox"/> |
| - Spirometria | <input type="checkbox"/> |

Accertamenti specifici per sottogruppi di lavoratori

- | | |
|--|--------------------------|
| - Valutazione dermatologica (per lavoratori a rischio zoonosi) | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

- Questionario allergologico (per lavoratori esposti ad allergeni)
- Questionario anamnestico mirato per lavoratori esposti a vibrazioni
- Toxo test e Test sierologico per echinococco (per allevatori di ovicapri)

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 ovicapri)
- 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 RISCHI E COERENTE CON GLI ESAMI CHE SONO INSERITI NEL PAR. 6 DELL'ALLEGATO ALLA DGR 294/2023?

- No
- Sì

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 fotopleletismografia 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 SÌ, 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)

42. È STATA CONSEGNATA LA LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AI RLS/RLST?

- SI NO

43. RLS/RLST HANNO RICEVUTO INFORMAZIONI IN MERITO AL PMP CON INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE PRODOTTA DA ATS (ART. 50 comma 1 lettera f del D.Lgs 81/08)?

- SI NO

44. RLS/RLST È STATO CONSULTATO SULLA DESIGNAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE (ART. 50 comma 1 lettera c del D.Lgs 81/08)?

- SI NO

45. DURANTE LA RIUNIONE PERIODICA ALLA PRESENZA DEI RLS/RLST È STATO ESAMINATO L'ANDAMENTO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA (ART. 35 del D.Lgs 81/08)?

- SI NO