



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

**Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione
Civico Di Cristina Benfratelli**

Piazza Nicola Leotta n. 4 Palermo

CHECK LIST PER MAPPA DI RISCHIO

**Mod. rev.04
del 01/03/2022**

La presente check list è da trasmettere debitamente compilata alla seguente mail spp@arnascivico.it o da consegnare brevi manu al Servizio di Prevenzione e Protezione (Edificio 1 stanza 210).

U.O. Servizio di Prevenzione e Protezione



Data:		Unità operativa	
Edificio:		Ubicazione (Piano)	
		U.O.C o Area dipartimentale di appartenenza	
Altri luoghi di lavoro afferenti all'U.O. dislocati in altri edifici. <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO *In caso di risposta affermativa indicare N. edificio, piano ove si svolgono altre attività afferente all' U.O. oggetto della Check List. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edificio N: _____ ▪ Piano: _____ ▪ Distinguere N. di dipendenti per mansione per ogni edificio compilando correttamente la Scheda N. 03. 			

SCHEDA N° 01

ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA DELL'U.O.

Direttore U.O. (Nome Cognome) _____	E-mail: _____ Rif. Telefonico _____	Firma _____
Preposto* (Nome Cognome) _____ _____ _____	E-mail: _____ Rif. Telefonico _____	Firma _____
	E-mail: _____ Rif. Telefonico _____	Firma _____
	E-mail: _____ Rif. Telefonico _____	Firma _____

«preposto» come definito dall'art. 2, comma 1, lettera e) del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.: «persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti dei poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa» Es. Responsabile, Coordinatore, Capo Reparto/Capo Area.

** In caso di mancanza di formale designazione progressa, sono Addetti al Primo Soccorso i lavoratori Medici e Infermieri. La partecipazione al corso di formazione per addetto al primo soccorso per le figure professionali sopracitate può essere omessa in quanto i requisiti formativi e professionali del suddetto personale sono superiori a quanto previsto dal D.M. 388/2003.



Nome e Cognome	Mansione	Formazione Generale e Specifica Ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/08	
		Effettuata	Da effettuare

SCHEDA N° 03

MAPPA DI RISCHIO (D.Lgs. 81/08) – DESCRIZIONE CICLO LAVORATIVO PER MANSIONE

In presenza di laboratori, ambulatori, degenze, distinguere i lavoratori addetti a ciascun luogo di lavoro.

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ATTIVITA':

Identificare i lavoratori che svolgono la propria attività in altri edifici o se sono presenti ambulatori, laboratori, depositi etc. distinguere le mansioni per luoghi di lavoro)

Edificio N.	MANSIONE SVOLTA	N° LAVORATORI	DESCRIZIONE ATTIVITA'



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Check List per mappa di rischio



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Check List per mappa di rischio

SCHEDA N° 04

MAPPA DI RISCHIO (D.Lgs. 81/08) – ELENCO PRODOTTI CHIMICI UTILIZZATI

Inviare le Schede di Sicurezza degli stessi (qualora non in possesso, vanno richieste alla Farmacia o comunque ai fornitori dei prodotti in uso).

SOSTANZA	SOGGETTI ESPOSTI (mansioni)	TIPOLOGIA DI MANIPOLAZIONE (manuale o mediante macchinario automatico)	QUANTITA' UTILIZZATA E FREQUENZA DI UTILIZZO (quantità giornaliera/settimanale/mensile) Durata esposizione <i>Es: un flacone a settimana x 20 minuti al giorno.</i>	MANIPOLAZIONI SOTTO CAPPA (SI/NO)	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE SPECIFICI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Check List per mappa di rischio



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Check List per mappa di rischio

SCHEDA N° 05

MAPPA DI RISCHIO (D.Lgs. 81/08) – ELENCO APPARECCHIATURE/ATTREZZATURE ED AUTOMEZZI UTILIZZATI¹

N.	TIPO	MARCA e/o MODELLO	MATRICOLA – TARGA	MARCHIATURA CE	UTILIZZATORE

¹ Inserire solo attrezzature che prevedono rischi fisici (campi elettromagnetici-radiazioni ottiche-radiazioni ionizzanti-rumore-vibrazioni-criogenici...)

SCHEMA N° 06

MAPPA DI RISCHIO (D.Lgs. 81/08) – MAPO

PERSONALE:

Numero totale di infermieri:..... Numero totale di Ausiliari/OSS:.....

Numero di operatori addetti alla movimentazione dei pazienti durante i tre turni:

mattino:..... pomeriggio:..... notte:.....

TIPOLOGIA DI PAZIENTI:

Numero di pazienti totale: (indicare il numero con media giornaliera)

Numero di pazienti non autosufficienti:..... (indicare il numero con media giornaliera)

Numero di pazienti parzialmente autosufficienti: (indicare il numero con media giornaliera)

Degenza media del paziente non autosufficiente:..... (giorni)

Quali operazioni di trasferimento manuale (di pazienti N.A.) vengono effettuate?

- Trasferimento letto/carrozzina: si no
- Trasferimento letto/barella si no
- Trasferimento verso il cuscino si no
- Altro..... si no

CARROZZINE E COMODE:

Numero di carrozzine:.....

- Cattivo stato di manutenzione si no
- Ben frenabili si no
- Braccioli estraibili si no
- Poggiapiedi estraibili si no
- Schienale ingombrante si no

SOLLEVATORI:

Manuali:(numero)

Elettrici:.....(numero)

I sollevatori sono comunemente usati? si no

Se si, per quali operazioni?.....

Se no, per quale motivo? non sono adatti alle esigenze del reparto; per carenza di addestramento;

l'utilizzo richiede troppo tempo; inadeguatezza degli spazi; altro.....

IMBRAGATURA DEL SOLLEVATORE	BASE DEL SOLLEVATORE	TAGLIE DISPONIBILI
<input type="checkbox"/> avvolgente	<input type="checkbox"/> fissa	<input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> avv.semiringida	<input type="checkbox"/> divaricabile	<input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> a 2 fasce	<input type="checkbox"/> a binario	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> bassa per WC		<input type="checkbox"/> XL
<input type="checkbox"/> a fascia toracica		<input type="checkbox"/> XXL
<input type="checkbox"/> a "braccia" incrociate		
<input type="checkbox"/> con maniglie		

Nell'utilizzo di sollevatori vengono eliminate completamente le operazioni di *sollevamento manuale* del paziente? si no

Se no, quali operazioni devi effettuare?			
<input type="checkbox"/> trasferimento letto/carrozzina	<input type="checkbox"/> trasferimento letto/barella	<input type="checkbox"/> sollevamento per posizionamento in carrozzina	<input type="checkbox"/> Altro.....

BARELLE:	<input type="checkbox"/> a cucchiaio	<input type="checkbox"/> a "liste"	<input type="checkbox"/> a corsetto
----------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

ALTRI AUSILI DISPONIBILI:			
<input type="checkbox"/> tavolette	<input type="checkbox"/> disco	<input type="checkbox"/> rulli	<input type="checkbox"/> teli senza attrito

AUSILI PER L'IGIENE DEL PAZIENTE:	
barelle doccia n°	doccia attrezzata n°
vasca attrezzata n°	Sedia sollevatore per vasca fissa n°

LETTI:

presenza di letti regolabili in altezza: si no

Se si, come sono? a tre sezioni n°..... ; manuali n°.....; elettrici



SCHEDA N° 07

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (MMC) – TRAINO SPINTA

Peso Movimentato	FREQUENZA DI SOLLEVAMENTO (n. di volte al giorno o a settimana o al mese)	N. di operatori esposti a MMC	Mansione esposta	Età	Presenza di ausili (carrelli-transpallett-altro) Si/No



SCHEDA N° 08

MAPPA DI RISCHIO (D.Lgs. 81/08) – PRATICHE A RISCHIO BIOLOGICO

MANSIONE	TIPO DI ESPOSIZIONE (contatto con paziente, manipolazione fluidi biologici, gestione rifiuti infettivi, ecc....)	TIPO DI AGENTE BIOLOGICO (se noto)	USO TAGLIANTI E PUNGENTI	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE SPECIFICI

SCHEDA N° 09

MAPPA DI RISCHIO (D.Lgs. 81/08) – SEGNALAZIONI CRITICITA’²

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ANOMALIE PRESENTI NELL’UNITA’ OPERATIVA:

Area reserved for the description of anomalies present in the operating unit.

RICEVUTA DI CONSEGNA

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di Addetto al Servizio di Prevenzione e Protezione dichiara di ricevere in data _____ dal Dott. _____, Direttore/Responsabile dell’U.O. _____ la presente mappa di rischio debitamente compilata al fine di permettere l’elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi. Nel seguito si riporta l’elenco delle schede:

- Scheda n. 1 – ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA DELL’U.O.
- Scheda n. 2 – ELENCO DIPENDENTI
- Scheda n. 3 – DESCRIZIONE CICLO LAVORATIVO PER MANSIONE
- Scheda n. 4 – ELENCO PRODOTTI CHIMICI UTILIZZATI
- Scheda n. 5 – ELENCO APPARECCHIATURE/ATTREZZATURE ED AUTOMEZZI UTILIZZATI
- Scheda n. 6 – MOVIMENTAZIONE ASSISTITA PAZIENTE OSPEDALIZZATO
- Scheda n. 7 – MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI (MMC)
- Scheda n. 8 – PRATICHE RISCHIO BIOLOGICO
- Scheda n. 9 – SEGNALAZIONI CRITICITA’

L’addetto al SPP

Il Direttore U.O.

² Inserire situazioni particolari (impianti guasti – infortuni occorsi – problemi specifici...)