**PREMESSA**

Istruzioni per la compilazione:

La **scheda di autovalutazione** deve essere compilata dal **Responsabile della sicurezza** dell'azienda. La scheda può essere inviata ai **Servizi di Vigilanza delle ASL** ai seguenti indirizzi mail [f.artuso@aslsalerno.it](mailto:f.artuso@aslsalerno.it) per una valutazione e un follow-up sul percorso migliorativo in tema di sicurezza chimica.

Una volta completata, la **scheda di autovalutazione** può essere utilizzata come punto di partenza per una discussione sui miglioramenti da attuare e per un'eventuale visita ispettiva

Questa **scheda di autovalutazione** è progettata per essere una guida pratico-operativa per le aziende del settore chimico, facilitando una valutazione critica dei sistemi di gestione della sicurezza chimica, e supportando la collaborazione con i **Servizi di Vigilanza delle ASL** per

l'implementazione di miglioramenti nella salute e sicurezza sul lavoro

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1)** | **INFORMAZIONI GENERALI DELL’AZIENDA** | |  |
| Ragione Sociale | |  |  |
|  |
| Codice fiscale/Partita IVA | |  |  |
|  |
| Settore di attività (ATECO) | |  |  |
|  |
| Sede Legale | |  |  |
|  |
|  |
| Telefono sede Legale | |  |  |
|  |
| Sede Operativa | |  |  |
|  |
|  |

Telefono sede Operativa

Mail/PEC

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Attività svolta dall’Azienda |  |
| (breve descrizione) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2) ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA AZIENDALE** | |
| **Datore di Lavoro** | | | |  |
| Nome e Cognome | |  | |
| Telefono | |  | |
| Mail/PEC | |  | |
| **Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione** | | | |
| Nome e Cognome | |  | |
| Telefono | |  | |
| Mail/PEC | |  | |
|  | | |
| **Medico Competente (se nominato)** | | | |  |
| Nome e Cognome | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rappresentante dei Lavoratori** | |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |
|  | |
| **Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione** | |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Preposti** | |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |
|  | |
| **Addetti alla Gestione delle Emergenze e Primo Soccorso** | |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono |  |
| Mail/PEC |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **3) LAVORATORI IMPIEGATI IN AZIENDA** | |
| **Numero di Lavoratori a tempo indeterminato** | |  | |  |
| - di cui impiegati | |  | |
| - di cui operai specializzati | |  | |
| - di cui operai comuni | |  | |
| **Numero di Lavoratori a tempo determinato** | |  | |
| - di cui impiegati | |  | |
| - di cui operai specializzati | |  | |
| - di cui operai comuni | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4)** | **ASPETTI GENERALI DI APPLICAZIONE DELLE NORME DI SICUREZZA / FORMAZIONE** | |
| E’ stato redatto il **Documento di Valutazione dei Rischi** come previsto dal D. Lgs. 81/2008? | | Si No  In corso di elaborazione |
| I lavoratori sono stati formati sui rischi derivanti dalle loro mansioni all’interno dell’Azienda secondo l’Accordo Stato Regioni? | | Tutti  In parte  Nessuno |
| Per la formazione dei lavoratori si è tenuto conto delle differenze linguistiche in presenza di lavoratori stranieri? | | Si No  Non ci sono stranieri |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - Se si, in che lingua sono stati formati i lavoratori stranieri? | | | Lingua madre Inglese  Comprendono l’italiano | |
| I lavoratori sono stati addestrati all’uso delle attrezzature presenti in Azienda? | | | Tutti  In parte  Nessuno | |
| In Azienda sono stati individuati e formati in numero sufficiente  addetti all’antincendio? | | | Si Numero No | |
| I lavoratori sono stati sottoposti a visita medica obbligatoria? | | | Si Numero No | |
|  | | | | |
| **5)** | **GESTIONE DEL RISCHIO CHIMICO** |  |  |  |
| **Numero di Lavoratori esposti al rischio chimico** | |  | |  |
|  | |
| - di cui maschi | |  | |  |
|  | |
| - di cui femmine | |  | |  |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - di cui a tempo determinato |  | |
| - di cui a tempo indeterminato |  | |
| - di cui stranieri |  | |
| *Identificazione del rischio chimico*  L’Azienda ha effettuato la **valutazione del rischio chimico** in tutte le aree in cui sono presenti sostanze chimiche pericolose? | | Si No  In corso di elaborazione |

|  |  |
| --- | --- |
| Descrivere la metodologia utilizzata per la valutazione del rischio chimico: | |
| E’ stata effettuata la **Valutazione dei Rischi** tenendo conto delle differenze di genere, in particolare per l’esposizione al Rischio Chimico oltre che per gli altri rischi? | Si No  In corso di elaborazione |
| L’esito della valutazione dei rischi ha portato ad una chiara  identificazione rispetto alle classificazioni del rischio per la Salute e la Sicurezza? | Si No  In corso di elaborazione |
| - Rischio per la Salute | Irrilevante  Superiore all’Irrilevante |
| - Rischio per la Sicurezza | Basso Superiore |
| Sono state applicate le misure e i principi generali per la prevenzione dei rischi di cui all' art. 224 comma 1 del D. Lgs. 81/08? | Si No  In parte |
| In caso di rischio superiore all’irrilevante per la Salute, il **Datore di Lavoro** ha adottato le misure specifiche indicate nell’art. 225 comma 1 del D. Lgs. 81/08? | Si No  In parte |

|  |  |
| --- | --- |
| Salvo che il Datore di Lavoro possa dimostrare di controllare l’esposizione in altro modo (precisare nelle note), sono state effettuate le misurazioni periodiche degli agenti chimici pericolosi? | Si No  In parte |

|  |  |
| --- | --- |
| Note: | |
| In caso di rischio superiore a basso per la Sicurezza, il Datore di Lavoro ha adottato le misure specifiche indicate negli artt. 225 e 226 del D.Lgs. 81/08? | Si No  In parte |
| *Mappatura delle sostanze chimiche*  L’Azienda ha effettuato la **mappatura delle sostanze chimiche**  presenti ed utilizzate in Azienda? | Si No  In corso di elaborazione |
| Esiste un inventario aggiornato delle sostanze chimiche presenti in azienda con le relative **schede di sicurezza (SDS)**? | Si No  In corso di elaborazione |
| Le schede di sicurezza (SDS) per tutte le sostanze chimiche sono facilmente accessibili a tutti i lavoratori? | Si No |
| Il Datore di Lavoro ha verificato che le sostanze in uso nel processo  produttivo non siano incluse tra quelle previste dall’allegato XVII del **Regolamento Europeo REACH** (restrizioni)? | Si No |
| Il Datore di Lavoro ha attuato quanto previsto dal D. Lgs. 135/2024 in materia di sostanze cancerogene, mutagene e tossiche per la riproduzione di cui al nuovo allegato XLIII del D. Lgs. 81/08 e smi? | Si No |
| *Stoccaggio e conservazione*  Le sostanze sono conservate nei loro recipienti originali chiusi e, se aperti, in contenitori che mantengono l’etichettatura originale, stoccati in aree/armadi dedicati, e gestiti da personale appositamente formato? | Si No |
| *Formazione sul rischio chimico*  I lavoratori sono formati periodicamente sui rischi chimici e sulle corrette procedure di gestione e smaltimento delle sostanze  chimiche? | Si No |

9/11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I lavoratori sono in grado di interpretare l’etichetta di un prodotto? | | Si No |
|  | |  |
| **6)** | **PROTEZIONE INDIVIDUALE E COLLETTIVA** |  |

*Dispositivi di protezione individuale (DPI)*

Si

I lavoratori hanno a disposizione i **dispositivi di protezione individuale (DPI)**

No adeguati ai rischi chimici presenti tenendo conto di quanto previsto nelle SDS?

|  |  |
| --- | --- |
| *Utilizzo dei DPI*  I lavoratori sono **istruiti correttamente** sull'uso dei DPI anche attraverso i corsi | Si |
| No specifici per l’utilizzo dei DPI di terza cat  Nella scelta dei DPI si è tenuto conto della differenza di genere? | egoria?  Si |
| *Dispositivi di protezione collettiva* | No |
| Sono stati implementati **dispositivi di protezione collettiva DPC** come **ventilazione**  No **locale** o **sistemi di contenimento** per minimizzare l'esposizione ai rischi c | Si  himici? |
| Vengono effettuate le manutenzioni periodiche dei sistemi di estrazione/immissione delle cappe di aspirazione / degli impianti aeraulici? No | Si aria |

|  |  |
| --- | --- |
| **7)** | **PROCEDURE DI EMERGENZA** |

*Gestione emergenze chimiche*

|  |  |
| --- | --- |
| L'Azienda ha sviluppato e testato idonee **procedure di emergenza** per il trattamento  No di incidenti con sostanze chimiche peri | Si  colose? |
| *Piani di evacuazione*  I lavoratori sono a conoscenza delle **procedure di evacuazione** in caso di incidente | Si |
| chimico?  *Materiale di primo soccorso* | No |

Si

Sono presenti **kit di pronto soccorso** adeguati ai rischi chimici nei punti strategici

No dell'Azienda?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8)** | **MONITORAGGIO E CONTROLLO** |  |
| *Controllo esposizione lavoratori*  Sono stati effettuati **monitoraggi ambientali** regolari per verificare i livelli di  esposizione dei lavoratori al rischio chimico? | | Si No |
| *Controllo medico periodico*  I lavoratori sono sottoposti a **sorveglianza sanitaria periodica** da parte del medico competente in relazione ai rischi chimici a cui sono esposti? | | Si No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il medico competente fornisce al Datore di Lavoro e ai singoli lavoratori il giudizio di idoneità? | | Si No |
| Il medico competente consegna al lavoratore copia della cartella sanitaria di rischio alla cessazione del rapporto di lavoro? | | Si No |
| Le limitazioni o prescrizioni stabilite dal medico competente vengono comunicate al Datore di Lavoro/Dirigente/Preposto di riferimento del lavoratore? | | Si No |
| Il medico competente ha effettuato il sopralluogo negli ambienti d lavoro? | | Si No |
| Il medico competente all’esito degli adempimenti di sua competenza (visite mediche / sopralluoghi / partecipazione alle riunioni periodiche) ha consegnato al Datore di Lavoro la relazione sui dati anonimi collettivi? | | Si No |
| *Registrazione e tracciabilità*  Esiste un sistema per **registrare e tracciare** tutte le esposizioni ai rischi chimici e gli eventuali incidenti sul lavoro? | | Si No |
|  | | |
| **9)** | **MIGLIORAMENTO CONTINUO** |  |
| *Procedure di miglioramento*  L'Azienda ha una **procedura documentata** per monitorare e migliorare  continuamente la gestione del rischio chimico? | | Si No |

|  |  |
| --- | --- |
| *Raccolta feedback*  L'Azienda raccoglie regolarmente il **feedback dei lavoratori** riguardo le condizioni di sicurezza e le pratiche di gestione del rischio chimico? | Si No |
| *Azioni correttive*  Sono stati adottati **provvedimenti correttivi** per risolvere le eventuali non conformità rilevate durante i controlli o le ispezioni (come ad esempio sostituire sostanze e miscele pericolose)? | Si No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **10) INFORMAZIONI AGGIUNTIVE** | |
| *Eventuali segnalazioni*  C'è qualcosa che ritieni importante aggiungere riguardo alla gestione del rischio chimico nella tua Azienda? | | Si No |  |
| In caso di risposta affermativa, specificare: | | |
| **DICHIARAZIONE DI COMPILAZIONE** | | |

Con la presente confermo che le informazioni fornite in questa scheda di autovalutazione sono corrette e veritiere, e mi impegno a adottare eventuali misure correttive per migliorare la sicurezza e la salute dei lavoratori in relazione al rischio chimico

Data della compilazione Firma del Datore di Lavoro