## Lista di controllo «Valutazione dei rischi a tutela della maternità»

|  |  |
| --- | --- |
| **Struttura:**  .............................................................................................................................................. | |
| **Ambito di attività:**  servizio biancheria e lavoro ai piani | **Funzione:**  collaboratrice  …………………………………………… |
| **Collaboratrice** (nome / cognome):  ............................................................... | **Percentuale lavorativa:**  ……...………………… % |

#### La collaboratrice può continuare a svolgere la mansione a condizione che siano rispettate le misure di protezione sotto indicate.

*np: non pertinente*

| *Domanda* | *sì no np* | *Osservazioni, misure di protezione* |
| --- | --- | --- |
| 1. **Periodi di lavoro e di riposo** | | |
| Si rispetta la durata massima del lavoro giornaliero di 9 ore (durante la gravidanza e il periodo dell'allattamento)? |  |  |
| Si evita il lavoro a turni con rotazione regolare in senso inverso? |  | Evitare la rotazione notte-pomeriggio-mattino. |
| Si rispetta il limite massimo di 3 turni notturni consecutivi? |  |  |
| Si rispetta il divieto di occupazione tra le ore 20:00 e le ore 06:00 nelle 8 settimane precedenti il parto? |  |  |
| 1. **Organizzazione del lavoro** | | |
| In caso di lavoro a cottimo o lavoro cadenzato, il ritmo può essere regolato dalla collaboratrice? |  | Servizio ai piani: non assegnare un numero fisso di camere. |
| Se necessario la collaboratrice è dispensata da lavori classificati come gravosi o da lei percepiti come tali? |  |  |
| La collaboratrice ha la possibilità di stendersi in un locale adatto e tranquillo? |  |  |
| Alla collaboratrice è concesso il tempo necessario per allattare o pompare il latte in un locale appropriato? |  |  |
| 1. **Sollevamento, trasporto e movimentazione di carichi** | | |
| Sono rispettati i limiti di peso? |  | Dal 1° al 6° mese di gravidanza 10 kg al massimo occasionalmente o 5 kg regolarmente; dal 7° mese di gravidanza 5 kg al massimo.  Servizio ai piani: dispensare le collaboratrici incinte da lavori quali fare l’aspirapolvere nelle scale, girare i materassi, disfare i letti.  Servizio biancheria: dispensare le collaboratrici incinte dalla manipolazione di grossi contenitori (impianto di dosaggio).  Comportamento responsabile da parte della collaboratrice. |
| 1. **Freddo, caldo o forte umidità** | | |
| È rispettato il divieto di lavorare a temperature inferiori a -5°C? |  |  |
| In caso di temperature inferiori a 10°C viene messo a disposizione un abbigliamento adeguato alla situazione termica e all’attività svolta? |  |  |
| In caso di temperature inferiori a 15°C vengono fornite bevande calde? |  |  |
| Si evitano le attività faticose, soprattutto se la temperatura ambiente è superiore a 24°C, e vige il divieto di lavoro a partire da 28°C? |  | Le collaboratrici incinte vanno dispensate da lavori in ambienti con temperature superiori a 28°C. |
| Si evitano i lavori in condizioni di forte umidità? |  |  |
| 1. **Lavori ad alto rischio di caduta** | | |
| Si evitano i lavori che implicano un rischio di caduta in piano (pavimenti scivolosi o sconnessi, ostacoli ecc.)? |  |  |
| Si evitano i lavori a elevato rischio di caduta dall’alto (nessuna attività su scale di più di un metro di altezza o in zone a rischio di caduta)? |  |  |
| 1. **Urti, scosse e vibrazioni** | | |
| Si adottano misure efficaci per evitare attività ad alto rischio d’urto? |  |  |
| Si evitano i lavori con forti scosse e vibrazioni? |  |  |
| 1. **Movimenti e posture che provocano affaticamento precoce** | | |
| Si evitano le attività con movimenti e posture che provocano affaticamento precoce? |  | Se necessario, brevi pause retribuite più frequenti (10 minuti ogni 2 ore).  Evitare che la collaboratrice svolga attività in posizione china per periodi prolungati.  Comportamento responsabile da parte della collaboratrice. |
| Sono rispettate le regole applicabili in caso di lavoro in piedi? |  | Dal 4° mese: tempo di riposo giornaliero di 12 ore e pause supplementari di 10 minuti ogni 2 ore (a libera scelta). Dal 6° mese: occupazione giornaliera massima in piedi di 4 ore. |
| 1. **Rischi da agenti fisici (rumore, radiazioni, pressione)** | | |
| Si evita di occupare la collaboratrice in ambienti che presentano un livello sonoro uguale o superiore a 85 dB(A) (Leq 8 h)? |  |  |
| Si rispettano i valori limite di esposizione alle radiazioni non ionizzanti (ordinanza sulla protezione della maternità, allegato 1)? |  |  |
| 1. **Rischi da agenti chimici** | | |
| Si evita di far lavorare la collaboratrice con sostanze recanti l’indicazione di pericolo H340 o H341? |  | Utilizzare esclusivamente sostanze e prodotti di pulizia approvati. Verificare per tutte le sostanze che non siano valutate come problematiche (frasi H).  Rispettare le misure di protezione e di igiene prescritte. |
| Si evita di far lavorare la collaboratrice con sostanze recanti l’indicazione di pericolo H350 o H351 (sottogruppi inclusi)? |  |  |
| Si evita di far lavorare la collaboratrice con sostanze recanti l’indicazione di pericolo H360, H361 o H362 (sottogruppi inclusi)? |  |  |
| Si evita di far lavorare la collaboratrice con sostanze recanti l’indicazione di pericolo H370 o H371? |  |  |
| Si evita di far lavorare la collaboratrice a contatto con monossido di carbonio (CO), inibitori della mitosi, mercurio e i suoi derivati? |  |  |
| 1. **Rischi da agenti biologici** | | |
| Si evita che la collaboratrice entri in contatto con microrganismi dei gruppi 2-4 secondo l’OPLM? |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Apponendo la loro firma, le parti dichiarano di aver preso atto della valutazione dei rischi a tutela della maternità e ne confermano l’esattezza. La collaboratrice e i suoi superiori si impegnano a rispettare le misure di protezione. | |
| **Collaboratrice** (nome / cognome):  ............................................................... | Data: ...................................................  Firma: ................................................... |
| **Superiore** (nome / cognome):  ...............................................................  Tel.: ........................................................  E-mail: ...................................................... | Data: ...................................................  Firma: ................................................... |
| **\* Specialista consultato** (nome / cognome):  ...............................................................  Qualifica: .........................................  Tel.: ........................................................  E-mail: ...................................................... | Data: ...................................................  Firma: ................................................... |

\* In caso di dubbi occorre consultare uno specialista (medico del lavoro / igienista del lavoro).

**Valutazione del medico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Esito della valutazione (contrassegnare ciò che fa al caso)** | | | |
|  | Lo svolgimento della mansione da parte della collaboratrice è possibile se si rispettano le misure di protezione indicate nella valutazione dei rischi. | | |
|  | Lo svolgimento della mansione da parte della collaboratrice non è possibile. | | |
|  | Nuova valutazione fra settimane. | | |
| Data di nascita prevista: | |  | |
| Medico | | Timbro: | Firma: |
|  | |  | Data: |