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

|  |
| --- |
| **Struttura:**.............................................................................................................................................. |
| **Ambito di attività:**wellness / spa | **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?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Se necessario la collaboratrice è esonerata 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.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 di pulizia in piscine, spazi wellness, sale per trattamenti quando le vasche, la sauna o il bagno turco sono in funzione. |
| 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.)? | [ ]  [ ]  [ ]  | Nessun impiego in piscine e spazi wellness. |
| 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).Le collaboratrici incinte vanno dispensate dall'esecuzione di massaggi del corpo completi o parziali.I massaggi di mani, piedi, viso e décolleté non sono considerati problematici.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: |