**Protezione della maternità - Valutazione del posto di lavoro**

|  |
| --- |
| **Azienda:**..............................................................................................................................................  |
| **Settore tecnico:**………………………………………...…………………………………………...… | **Funzione:**…………………………………………… ……………………………………………  |
| **Collaboratrice:** (nome / cognome)...............................................................  | **Carico di lavoro:** ……….……………… % |

#### La funzione è adatta alla collaboratrice purché si rispettino le misure di protezione previste:

| *Criterio / Domanda* | *Sì No NA(NA = non applicabile)* | *Osservazioni, misure di protezione* |
| --- | --- | --- |
| 1. **Orario di lavoro e di riposo**
 |
| È rispettato un orario di lavoro massimo di 9 ore al giorno?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Il lavoro a turni con rotazione regolare in senso inverso viene evitato? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Si lavora per un massimo di 3 turni consecutivi di notte? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Il divieto di occupazione viene osservato tra le ore 20:00 e le 6:00 a partire da 8 settimane prima della nascita? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Organizzazione del lavoro**
 |
| In caso di lavori a cottimo o a cadenza, la collaboratrice può stabilire lei stessa il ritmo di lavoro? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Se necessario, la collaboratrice è esonerata da lavori che giudica o percepisce come gravosi? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| È possibile sdraiarsi in una stanza tranquilla? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Alla collaboratrice viene concesso il tempo per allattare o tirare il latte in una stanza adatta? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Sollevamento, trasporto e spostamento di carichi**
 |
| I limiti di peso sono rispettati?10 kg occasionalmente o 5 kg regolarmente dal 1° al 6° mese di gravidanza;un massimo di 5 kg dal 7° mese di gravidanza. | [ ]  [ ]  [ ]  | La collaboratrice deve assumersi la propria responsabilitàNessun sollevamento e trasporto di carichi pesanti |
| 1. **Freddo, caldo o forte umidità**
 |
| Il divieto di lavorare a temperature inferiori a-5 °C è rispettato? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| In caso di temperature inferiori ai 10 °C viene messo a disposizione un abbigliamento adatto alla situazione termica e all'attività? | [ ]  [ ]  [ ]  | Vengono messi a disposizione vestiti termici |
| In caso di temperature inferiori ai 15 °C vengono servite delle bevande calde? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Sono evitate le attività impegnative, soprattutto in presenza di calore (> 24 °C), e non è consentito lavorare a temperature superiori a 28 °C?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Il lavoro con forte umidità viene evitato? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Per i lavori in condizioni di forte umidità o climaticamente difficili, il clima dei locali viene valutato in anticipo per quanto riguarda l'umidità, la velocità dell'aria e la durata dell'esposizione? | [ ]  [ ]  [ ]  | Per i posti di lavoro esposti (p. es. correnti d'aria a temperature inferiori a 18 °C) vengono adottate le seguenti misure possibili:* Messa a disposizione biancheria termica
* Trasferimento in un'altra area di lavoro
* Se non esistono alternative: dispensa parziale
 |
| 1. **Lavorare con rischi elevati di caduta**
 |
| Viene svolto un lavoro che implica un pericolo di scivolare o inciampare (pavimenti scivolosi o non piani, ostacoli, ecc.)? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Viene svolto un lavoro con un rischio elevato di caduta (nessun lavoro su scale di altezza superiore a 1 m o nelle zone di pericolo di caduta)? | [ ]  [ ]  [ ]  | Nessun lavoro in zone con rischio di caduta |
| 1. **Urti, scosse e vibrazioni**
 |
| Le attività a maggior rischio di urti sono efficacemente evitate? | [ ]  [ ]  [ ]  | Nessun impiego in zone di possibile impatto |
| Vengono effettuati lavori con forti vibrazioni e scosse? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Movimenti e posture che portano a un affaticamento prematuro**
 |
| Vengono svolte attività che, a causa dei loro movimenti o delle loro posture, portano a un affaticamento prematuro? | [ ]  [ ]  [ ]  | Se necessario, brevi e frequenti pause retribuite (ogni 2 ore, 10 minuti)Nessun lavoro in una postura permanentemente piegata o allungata, nessun lavoro in una postura fissa per una lunga durataLa collaboratrice deve assumersi la propria responsabilità |
| Le regole per il lavoro in piedi sono rispettate? Dal 4° mese: riposo giornaliero di 12 ore e pause supplementari di 10 minuti ogni 2 ore; dal 6° mese: durata massima del lavoro in piedi di 4 ore al giorno | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Rischi fisici (rumore, radiazioni, pressione)**
 |
| Vengono svolti lavori a partire da un livello di pressione sonora di 85 dB(A) (Leq 8 ore)? | [ ]  [ ]  [ ]  | Nessun impiego in zone con obbligo di portare una protezione dell'udito |
| Sono rispettate le dosi equivalenti ai sensi dell'ordinanza sulla radioprotezione (art. 36 cpv. 2 e 3)? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| I valori limite per le radiazioni non ionizzanti (ordinanza sulla protezione della maternità, allegato 1) sono rispettati? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| È vietato lavorare in zone di sovrappressione? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Rischi chimici**
 |
| Vi sono lavori con sostanze con indicazioni di pericolo H340, H341, H350, H351, H360, H361, H362, H370, H371? | [ ]  [ ]  [ ]  | Utilizzare solo sostanze di lavoro e detergenti approvati. Tutte le sostanze devono essere controllate per verificare la presenza di frasi H critiche.Devono essere osservate le misure di protezione e d'igiene prescritte. |
| Vi sono lavori con monossido di carbonio (CO), mercurio e composti del mercurio? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Vi sono lavori in zone in cui vengono utilizzati insetticidi, fungicidi o pesticidi pericolosi? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Vengono indossate maschere di protezione respiratoria per lunghi periodi di tempo? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Vi è l'esigenza di entrare in stanze con un'atmosfera a ridotto contenuto di ossigeno? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Rischi biologici**
 |
| Vi è un contatto pericoloso con i microrganismi dei gruppi 2-4 secondo l'OPML? | [ ]  [ ]  [ ]  | Devono essere osservate le misure di protezione e d'igiene prescritte. |

|  |
| --- |
| Con la loro firma, le persone interessate confermano di aver preso conoscenza della valutazione dei rischi per la protezione della maternità e della sua correttezza. La collaboratrice e i suoi superiori si impegnano a rispettare le necessarie misure di protezione.  |
| **Collaboratrice** (nome / cognome): ...............................................................  | Data: ...................................................Firma: ................................................... |
| **Superiore gerarchico** (nome / cognome): ............................................................... Tel.: ........................................................e-mail: ...................................................... | Data: ...................................................Firma: ................................................... |
| **\* Esperto consultato** (nome / cognome): ............................................................... Qualificazione: .........................................Tel.: ........................................................e-mail: ...................................................... | Data: ...................................................Firma: ................................................... |

\* In caso di ambiguità, è necessario consultare un coordinatore della sicurezza o uno specialista adatto (medico del lavoro / igienista del lavoro).

**Valutazione della capacità lavorativa rilasciata dal medico curante**

|  |
| --- |
| **Il risultato della valutazione è il seguente: (Contrassegnare la casella corrispondente)** |
| [ ]  | L'impiego sul luogo di lavoro in questione è possibile se vengono osservate le misure di protezione conformemente alla valutazione dei rischi |
| [ ]   | L'impiego sul posto di lavoro in questione non è possibile |
| [ ]   | Nuova valutazione tra …….. settimane |
| Data di nascita calcolata: |  |
| Medico | Timbro: | Firma: |
|  |  | Data: |