**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 responsabilità  Nessun 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 durata  La 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: |