

Ditta <b>GRUPPO PIVA</b>	PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI INCIDENTI E DEGLI INFORTUNI	Rev 01/22
-----------------------------	--	-----------

Grande Gruppo (SETTORE) CODIFICA INAIL		MODULO DI RILEVAZIONE INCIDENTI/INFORTUNI	
incidente/infortunio		Modulo allegato alla procedura di gestione degli incidenti e degli infortuni	
nr			
<input type="checkbox"/> INFORTUNIO evento correlato al lavoro che ha causato danni alle persone		<input type="checkbox"/> INCIDENTE near miss, quasi infortunio, situazione pericolosa evento correlato al lavoro che ha o avrebbe potuto causare danni alle cose o alle persone	
DATA	SOGGETTO COINVOLTO (COGNOME E NOME)	C.F.	Mansione: Età
Tipologia	<input type="checkbox"/> lavoratore esperto <input type="checkbox"/> lavoratore in fase di apprendimento <input type="checkbox"/> altro (stagista, tirocinante e similari) <input type="checkbox"/> lavoratore italiano <input type="checkbox"/> lavoratore straniero		
Eventuali testimoni:			
Reparto/Area/Luogo	<input type="checkbox"/> in azienda <input type="checkbox"/> in itinere (raggiungimento lavoro o casa) <input type="checkbox"/> in viaggio per lavoro <input type="checkbox"/> presso cantiere o sede di altra azienda/privato		
Attività in corso	<input type="checkbox"/> abituale <input type="checkbox"/> accessoria (es: pulizie, manutenzioni) <input type="checkbox"/> straordinaria (es: riparazioni o altre attività eccezionali)		
È il reparto/area/luogo dove opera abitualmente il soggetto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se no perché il/i soggetto/i si trovava in quel reparto/area?			
DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO/INCIDENTE E DEI SUOI ESITI			
1) Descrizione accadimento (sintetica):			
Dispositivi di protezione individuale presenti e correttamente indossati al momento dell'infortunio/incidente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dispositivi di protezione della macchina/attrezzatura correttamente inseriti al momento dell'infortunio/incidente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
2) Agente materiale (attrezzo-macchinario-materiale-sostanza pericolosa-etc....)			
<input type="checkbox"/> attrezzatura, macchinario (specificare quale: _____) <input type="checkbox"/> impianto (es: elettrico, aria compressa, termico etc) (specificare quale: _____) <input type="checkbox"/> elemento materiale ambiente di lavoro (es: parete, parapetto, spigolo etc.) (specificare quale: _____) <input type="checkbox"/> sostanza chimica (specificare quale: _____) <input type="checkbox"/> sostanza biologica (specificare quale: _____) <input type="checkbox"/> altro, specificare: _____			
3) Sede della lesione che se è verificata nel caso di infortunio o che si poteva verificare in caso di incidente			
<input type="checkbox"/> occhi/o <input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> schiena <input type="checkbox"/> braccio/a <input type="checkbox"/> mano/i <input type="checkbox"/> gamba/e <input type="checkbox"/> piede/i <input type="checkbox"/> tutto il corpo			
4) Natura della lesione che si è verificata nel caso di infortunio o che si poteva verificare in caso di incidente			
<input type="checkbox"/> contusione (botta) <input type="checkbox"/> taglio <input type="checkbox"/> abrasione/escoriazione <input type="checkbox"/> schiacciamento <input type="checkbox"/> frattura <input type="checkbox"/> mal di schiena <input type="checkbox"/> ustione <input type="checkbox"/> elettrocuzione/folgorazione <input type="checkbox"/> altro, specificare: _____			
In caso di infortunio:			

1^  
Sezione

AZIE  
NDA

LA  
VORA  
TORE

AZIE  
NDA

LA  
VORA  
TORE



Ditta	PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI INCIDENTI E DEGLI INFORTUNI	Rev 01/22
-------	--	-----------

### Modalità

- ☐ scivolamento/inciampo/caduta in piano
 ☐ caduta dall'alto
 ☐ trascinato/impigliato
 ☐ colpito/urtato
 ☐ travolto/investito  
☐ sforzo eccessivo/postura sbagliata
 ☐ contatto con elementi impianto (elettrico, pneumatico etc.)
 ☐ contatto con sostanze  
☐ incendio/esplosione
 ☐ altro, specificare:

Medicato in stabilimento ☐ SI ☐ NO

L'infortunato abbandona il lavoro: ☐ SI ☐ NO

L'infortunato usava correttamente i DPI previsti? ☐ SI ☐ NO

I DPI hanno protetto adeguatamente: ☐ SI ☐ NO

L'infortunio ha coinvolto più di una persona: ☐ SI ☐ NO

In caso positivo indicare nome e cognome della persona .....

(compilare un modulo segnalazione incidente per l'ulteriore persona coinvolta)

GIORNI DI ASSENZA PRIMA DIAGNOSI: .....

GIORNI DI ASSENZA ATTRIBUITI SUCCESSIVAMENTE: .....

In caso si infortunio  
dichiarazioni dell'infortunato: .....

.....  
.....

Firma dell'infortunato

1  
2  
E  
N  
D  
A



# ANALISI DELLE CAUSE CHE HANNO DETERMINATO L'INFORTUNIO/INCIDENTE

## Cause tecniche (Attrezzature, impianti e locali)

- ☐ Carenze strutturali di sicurezza della macchina/attrezzatura: .....
- ☐ Dispositivi di protezione/sicurezza presenti ma inadeguati: .....
- ☐ Rimozione di sistemi di sicurezza.....
- ☐ Carenza di sicurezza dell'area (es: passaggi stretti, materiali in deposito, pavimenti scivolosi, scale inadeguate, ecc.) .....
- ☐ Carenza di manutenzione.....
- ☐ Altro (specificare).....

## Cause organizzative e gestionali

- ☐ Procedura di lavoro non corrette
- ☐ Informazione e formazione non effettuata o non applicata correttamente
- ☐ DPI non presenti – carenti
- ☐ Rumore
- ☐ Vibrazioni
- ☐ Condizioni microclimatiche (troppo caldo, freddo e simili):.....
- ☐ Altro (specificare).....

## Cause comportamentali del lavoratore

- ☐ Mancanza di comunicazione: .....
- ☐ Compiacenza: .....
- ☐ Eccessiva presunzione: .....
- ☐ Mancanza di conoscenza .....
- ☐ Distrazione .....
- ☐ Mancanza di lavoro di gruppo .....
- ☐ Fatica .....
- ☐ Mancato uso di mezzi - DPI .....
- ☐ Pressione: mancanza di fermezza .....
- ☐ Stress .....
- ☐ Mancanza di accortezza .....
- ☐ Comportamenti abitudinari .....

Altre cause (specificare)

.....

.....

.....

.....

Se presente firma RIs/RIs

Firma del compilatore RSPP/DL/Preposto



3<sup>a</sup>  
SEZIONE

### AZIONI/MISURE CORRETTIVE/PREVENTIVE

Misura individuata PRINCIPALE:

.....

.....

.....

.....

.....

Tipologia misura

- ☐ Misura tecnica (Attrezzature, impianti e locali)
- ☐ Misura organizzativa/gestionale
- ☐ Gestione del comportamento dei lavoratori (deve essere misurabile)

Tempi di attuazione entro il ..... Responsabile dell'attuazione : .....

firma DL.....

NB: IL MODULO VA STAMPATO E FIRMARE

✓ Verifica dell'attuazione<sup>1</sup> misura correttiva, Firma/sigla..... data.....

✓ Verifica dell'efficacia<sup>2</sup> misura correttiva, Firma/sigla..... data.....

Altre misure correttive individuate a seguito della verifica (se necessario in relazione alla verifica, fare riferimento ai numeri dei blocchi successivi):

☒ SI ☐ NO

Misura secondaria N: .....

firma del RSPP/DL.....

Allegati:

(Foto o altra documentazione necessaria, indicare):

LA FILE IMB

FINO A CHE NON SI METTE IL CHECK BOX Sulle verifiche lo stato è in "stessa di verifica"

<sup>1</sup> Verifica che il soggetto responsabile dell'attuazione abbia attuato le misure individuate nei tempi previsti

<sup>2</sup> Verifica che le misure attuate risultino efficaci, da effettuarsi dopo un tempo congruo



Ditta	PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI INCIDENTI E DEGLI INFORTUNI	Rev 01/22
-------	--	-----------

Misura individuata SECONDARIA N. \_\_\_\_\_:

.....

.....

.....

.....

.....

Tipologia misura

- ☐ Misura tecnica (Attrezzature, impianti e locali)
- ☐ Misura organizzativa/gestionale
- ☐ Gestione del comportamento dei lavoratori (deve essere misurabile)

Tempi di attuazione entro il ..... Responsabile dell'attuazione : .....

firma DL.....

☒ Verifica dell'attuazione<sup>3</sup> misura correttiva, Firma/sigla..... data.....

☒ Verifica dell'efficacia<sup>4</sup> misura correttiva, Firma/sigla..... data.....

Altre misure correttive individuate a seguito della verifica (se necessario in relazione alla verifica):

☒ SI ☐ NO

→ SI APRE UNA ~~NUOVA~~ NUOVA SCHEDA SECONDARIA N. 2)  
E IL MODULO CONTINUA

Ulteriore misura secondaria N: \_\_\_\_\_

firma del RSPP/DL.....

Allegati:

(Foto o altra documentazione necessaria, indicare):

<sup>3</sup> Verifica che il soggetto responsabile dell'attuazione abbia attuato le misure individuate nei tempi previsti

<sup>4</sup> Verifica che le misure attuate risultino efficaci, da effettuarsi dopo un tempo congruo

A  
Z  
I  
E  
N  
D  
A

~~Dato te 344~~ SIA LA DITTA CHE (CNA) POTRA' GENERARE QUESTO REPORT

TAM  
PDF CON DATI  
RACCOLTI DA ESCHER

Ditta	PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI INCIDENTI E DEGLI INFORTUNI	Rev 01/22
-------	--	-----------

**MONITORAGGIO PLURIENNALE INCIDENTI E INFORTUNI - PIANO DI MIGLIORAMENTO**  
Modulo allegato alla procedura di gestione degli incidenti e degli infortuni

anno	azioni correttive/preventive	ulteriori attuare (se ritenute necessarie)	note
incidente nr. incidente nr. incidente nr. incidente nr. infortunio nr. infortunio nr.	MISURA PRINCIPALE  IL FARM SI PUO' RIGORGANIZZARE A NOSTRO PIACIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> INSERITA NOTA

anni:	incidenti	infortuni	Valutazioni e note
— — — —			
Totale			

per conoscenza RIs/RIs firma..... data ..... firma RSPP/DL .....

allegati: evidenze documentali delle azioni correttive e/o preventive attuate



## Nuovo Modello OTT24 per il 2017



### Esempio: artigiano

- Grande gruppo 1 - Lavorazioni agricole - Allevamenti di animali - Pesca - Alimenti
- Grande gruppo 2 - Chimica - Materie plastiche e gomma - Carta e poligrafia - Pelli e cuoi
- Grande gruppo 3 - Costruzioni edili, idrauliche, stradali di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte - Impiantistica
- Grande gruppo 4 - Acqua, freddo e calore
- Grande gruppo 5 - Legno e affini
- Grande gruppo 6 - Metallurgia - Lavori in metallo - Macchine - Mezzi di trasporto - Strumenti e apparecchi
- Grande gruppo 7 - Mineraria - Lavorazione e trasformazione di materiali non metalliferi e di rocce - Vetro
- Grande gruppo 8 - Industrie tessili e della confezione
- Grande gruppo 9 - Trasporti - Carico e scarico - Magazzinaggio
- Grande gruppo 0 - Attività varie svolte da imprese artigianali (da 0100 a 0700)