



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
 ASSESSORADU DE SIGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE
 ASSESSORATO DELLIGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE



SpreSAL
 Cagliari

Da restituire a SPreSAL sede di Cagliari

Piano Regionale della Prevenzione 2020 -2025

Programma Predefinito 6

**PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO DA ESPOSIZIONE AL RADON
 NEI LUOGHI DI LAVORO DI CUI ALL'ART. 16 DEL D.LGS. 101/2020**

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE

Da inviare al seguente indirizzo mail serviziospresal.aslscagliari@aslscagliari.it

INFORMAZIONI GENERALI

Ragione sociale:
Codice fiscale /partita IVA:
Indirizzo sede legale: tel.: @mail:
Indirizzo sede operativa: tel.: @mail:
Datore di lavoro: tel.: @mail:
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione: tel.: @mail:
Medico competente: tel.: @mail:
Numero addetti complessivi alla produzione: di cui: <ul style="list-style-type: none"> • n. lavoratori dipendenti • n. soci • n. lavoratori somministrati • % di lavoratori fumatori
Settore attività:
Tipo di lavorazione:

1. ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE

1.1. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nomina RSPP: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Datore di lavoro
Se nominato, RSPP è: <input type="checkbox"/> Addetto interno: <input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale, ore/mese altra funzione
<input type="checkbox"/> Addetto esterno: <input type="checkbox"/> società di consulenza <input type="checkbox"/> libero professionista Ore/anno n. accessi/anno
Sono presenti addetti SPP: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, se presenti n.
I requisiti formativi del RSPP sono soddisfatti: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1.2. MEDICO COMPETENTE

Nomina medico competente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NECESSARIO
Se nominato è: <input type="checkbox"/> Interno; <input type="checkbox"/> Esterno: <input type="checkbox"/> società di consulenza <input type="checkbox"/> libero professionista Ore/anno n. accessi/anno (escluse le ore dedicate all'attività sanitaria)

1.2.1. SORVEGLIANZA SANITARIA (se prevista)

Quali sono gli accertamenti sanitari in occasione della visita annuale?
Sono state denunciate malattie professionali ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1.3. MEDICO AUTORIZZATO (se previsto)

Nomina medico AUTORIZZATO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NECESSARIO
Se nominato è: <input type="checkbox"/> Interno; <input type="checkbox"/> Esterno: <input type="checkbox"/> società di consulenza <input type="checkbox"/> libero professionista Ore/anno n. accessi/anno (escluse le ore dedicate all'attività sanitaria)

Autorizzazioni in deroga ASST: SI del..... NO

Ambienti interrati mq. totali _____ destinati a.....

Ambienti seminterrati mq. totali _____ destinati a.....

Ambienti al piano terra mq. totali _____ destinati a.....

Locali interrati:

A. N° locali interrati con postazioni di lavoro fisse/continue.....
lavoratori impiegati n.
di cui fumatori n.

B. N° locali interrati senza postazioni di lavoro fisse/continue (ambienti di passaggio, locali di servizio, spogliatoi, magazzini, bunker) e con presenza di personale inferiore o uguale a 10 ore al mese
lavoratori che hanno accesso a tali locali, n.
di cui fumatori n.

C. N° locali interrati senza postazioni di lavoro fisse/continue (ambienti di passaggio, locali di servizio, spogliatoi, magazzini, bunker) e con presenza di personale superiore a 10 ore al mese
lavoratori che hanno accesso a tali locali, n. di cui fumatori n.

Locali seminterrati:

A. N° locali seminterrati con postazioni di lavoro fisse/continue.....
lavoratori impiegati n..... di cui fumatori n.....

B. N° locali seminterrati senza postazioni di lavoro fisse/continue (ambienti di passaggio, locali di servizio, spogliatoi, magazzini) e con presenza di personale inferiore o uguale a 10 ore al mese
lavoratori che hanno accesso a tali locali, n. di cui fumatori n.

C. N° locali seminterrati senza postazioni di lavoro fisse/continue (ambienti di passaggio, locali di servizio, spogliatoi, magazzini) e con presenza di personale superiore a 10 ore al mese
lavoratori che hanno accesso a tali locali, n. di cui fumatori n.

Locali al piano terra:

A. N° locali al piano terra con postazioni di lavoro fisse/continue.....
lavoratori impiegati n. di cui fumatori n.

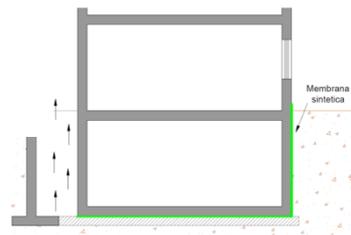
B. N° locali al piano terra senza postazioni di lavoro fisse/continue (ambienti di passaggio, locali di servizio, spogliatoi, magazzini) e con presenza di personale inferiore o uguale a 10 ore al mese
lavoratori che hanno accesso a tali locali, n. di cui fumatori n.

C. N° locali al piano terra senza postazioni di lavoro fisse/continue (ambienti di passaggio, locali di servizio, spogliatoi, magazzini) e con presenza di personale superiore a 10 ore al mese:
lavoratori che hanno accesso a tali locali, n. di cui fumatori n.

INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA DEL FABBRICATO AZIENDALE

Accoppiamento pavimento/suolo (vedi figura a destra)

Superficie del pavimento a diretto contatto con il suolo, mq.....



(selezionare anche più di una risposta)

- Soletta a diretto contatto con il terreno
- Presenza di vespaio chiuso
- Presenza di vespaio ventilato
- Presenza di membrana impermeabile al radon che separi fisicamente il solaio dal terreno; se presente indicare tipologia.....
- Presenza di pavimentazione con rivestimento continuo in resina
- Altro.....(specificare)
- Non conosciuto

Accoppiamento pareti/suolo (selezionare anche più di una risposta)

Superficie delle pareti a diretto contatto con il suolo, mq.....

- Presenza di membrana impermeabile al radon che separi fisicamente le pareti perimetrali dal terreno (vedasi figura); se presente indicare tipologia.....
- Presenza di vespaio chiuso
- Presenza di parete ventilata (vedasi figura)
- Altro.....(specificare)
- Non conosciuto

Principali materiali con cui è costruito il fabbricato

- Calcestruzzo
- Laterizi
- Legno
- Pietra
- Altro.....(specificare)
- Non conosciuto

3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO RADON

È stata eseguita una valutazione dell'esposizione al rischio radon come previsto specificamente dall'art.17 del D.Lgs.101/2020 mediante misurazioni ambientali?

SI in data..... NO È in corso in quanto avviata in data

Se No, perché.....
.....

Se SI riportare i risultati:

Locale (vedi tipologia al punto 2)

Concentrazione media annua di radon (espressa in Bq/m³).....

Le misurazioni della concentrazione media annua di attività di radon in aria sono state eseguite avvalendosi dei servizi di dosimetria riconosciuti di cui all'art.155 del D.Lgs.101/2020, e secondo le modalità indicate nell'allegato II del suddetto Decreto?

SI NO se SI, quale servizio.....

Se sì, specificare il tipo di intervento (selezionare anche più di una tipologia):

Passivo

- sigillatura di fessure/intercapedini di pavimento e pareti
- aerazione/ventilazione naturale dei locali seminterrati/al piano terra
- ventilazione naturale del vespaio o del terreno sotto soletta controterra
- ventilazione naturale del cavedio perimetrale (se presente)
- isolamento della struttura mediante membrane impermeabili al radon (o altro sistema equivalente) applicata internamente o esternamente

Attivo

- installazione di un sistema di pressurizzazione/depressurizzazione del vespaio (se esiste un vespaio aerato)
- aspirazione meccanica dal sistema di condotte di drenaggio dell'acqua (se esiste una condotta di drenaggio)
- installazione specifica di pozzetti di drenaggio radon o corpo drenante perimetrale con o senza aspiratore
- installazione di un sistema di pressurizzazione/depressurizzazione del suolo sotto soletta
- installazione di un sistema di pressurizzazione degli ambienti di lavoro
- ventilazione degli ambienti con ventilazione meccanica controllata
- ventilazione degli ambienti con ventilazione meccanica controllata e recupero di calore
- altro (specificare).....

Rimozione del radon dalle acque termali (solo per stabilimenti termali)

- degassamento delle acque termali
- altro.....

4.3 EVENTUALI FATTORI CHE OSTACOLANO LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI RISANAMENTO DA RADON NEI LUOGHI DI LAVORO

(compilare se la concentrazione media annua di radon sia risultata superiore a 300 Bq/m³)

Quali fattori ostacolano la realizzazione di interventi di risanamento da radon nei luoghi di lavoro?

- gli interventi di risanamento da realizzare sono stati identificati e risultano troppo onerosi
- gli interventi di risanamento da realizzare non sono stati identificati ma, da una valutazione preliminare, si stima che siano troppo onerosi
- non si dispone di informazioni sufficienti sulle modalità di intervento
- altro ((specificare)

È nota la possibilità di usufruire di incentivi per effettuare interventi di risanamento da radon nei luoghi di lavoro?(ad esempio sotto forma di "sconto" per prevenzione della assicurazione INAIL¹, o nell'ambito dei Bandi ISI²)

- SI NO

¹ a titolo esemplificativo si informa che il modulo di domanda per la riduzione del tasso medio di tariffa INAIL per prevenzione per l'anno 2023 è reperibile al seguente indirizzo: https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-modello-ot23-2023_6443180645235.pdf?section=atti-e-documenti. Tra gli interventi per i quali è possibile richiedere la riduzione sono previste le spese documentate per l'implementazione di misure correttive per ridurre la concentrazione media di radon nei luoghi di lavoro al piano terra, seminterrato e interrato.

² ad esempio nell'ambito del Bando ISI 2021 l'INAIL ha incentivato le aziende soggette a rischio radon a presentare progetti finalizzati alla riduzione di questo rischio con un incentivo fino al 65% del costo del progetto presentato.

5 INFORMAZIONE/FORMAZIONE

È stata integrata l'attività di informazione e formazione dei dipendenti includendo specifici argomenti relativi alla cancerogenicità del radon ed alle relative misure correttive e interventi di risanamento per la riduzione del rischio radonattuate o da attuare?

- SI NO

Considerate le evidenze scientifiche sull'effetto sinergico tra esposizione al radon e fumo di tabacco:

1. È stato promosso l'avvicinamento dei lavoratori fumatori ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri antifumo, CAF) rendendo nota della presenza dei CAF più vicini al luogo di residenza dei lavoratori? SI NO

2. È stato divulgato e promosso l'utilizzo del Telefono Verde contro il Fumo (TVF) istituito dall'Istituto Superiore di Sanità e promosso dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD)?

- SI NO

6 CONSIDERAZIONI

L'analisi del Documento di buone pratiche e l'utilizzo della presente autovalutazione ha comportato cambiamenti nella gestione del rischio radon? SI NO NON NECESSARIO

Se SI, quali:

- Revisione del DVR
- Esecuzione delle misurazioni della concentrazione media annua di attività di radon in aria mediante servizi di dosimetria riconosciuti di cui all'art.155 del D.Lgs.101/2020, e secondo le modalità indicate nell'allegato II di detto Decreto
- Incarico a esperto in interventi di risanamento da radon (art.15 e Allegato II D.Lgs.101/2020)
- Attuazione di misure correttive ed interventi di risanamento da radon
- Incarico a esperto in radioprotezione (qualora, nonostante l'adozione di misure correttive ed interventi di risanamento da radon, la concentrazione media annua di attività di radon in aria sia superiore a 300 Bq/m³)
- Incremento dell'attività di formazione specifica per il rischio radon
- Promozione della cessazione dell'abitudine al fumo
- Altro.....

Luogo e Data

(La presente scheda deve essere compilata dal Datore di Lavoro o da persona delegata dal medesimo)

scheda compilata da: _____

ruolo: _____

Firma e timbro: _____