



Check-list di Autovalutazione del Rischio Biologico Indoor e Legionella



Check-list di Autovalutazione del Rischio Biologico Indoor e Legionella

Informazioni Generali

1. Nome e cognome del referente aziendale: _____
 2. Ruolo in azienda: _____
 3. Ragione sociale: _____
 4. Codice Fiscale/Partita IVA: _____
 5. Indirizzo sede legale: _____
 6. Indirizzo sede operativa: _____
 7. Email: _____
 8. PEC: _____
 9. Telefono: _____
 10. Attività svolta dall'impresa: _____
 11. Codice ATECO: _____
-

Soggetti della Sicurezza

1. Datore di lavoro:
 - Nome e cognome: _____
 - Recapiti: _____
 2. RSPP (Selezionare una delle opzioni):
 - Interno ☐
 - Esterno ☐
 - Datore di lavoro ☐
 - Nome e cognome: _____
 3. RLS (Selezionare una delle opzioni):
 - Interno ☐
 - Territoriale (RLST) ☐
 - Nome e cognome: _____
 4. Medico competente:
 - Nome e cognome: _____
 - Recapiti: _____
-

Sistema di Gestione Volontario

L'azienda è dotata di un sistema di gestione volontario? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):

- ☐ Qualità - UNI EN ISO 9001
 - ☐ Salute e sicurezza - UNI EN ISO 45001
 - ☐ Ambientale - UNI EN ISO 14001
 - ☐ Altro: _____
-

Tipologia Struttura

1. Struttura:
 - ☐ Monospecialistica
 - ☐ Polispecialistica
 2. Numero di posti letto: _____
 3. Specializzazione della struttura:
 - ☐ Privata
 - ☐ Privata autorizzata
 - ☐ Privata accreditata
 - ☐ Pubblica
 - ☐ Altro: _____
-

Ripartizione delle Risorse Umane

1. Numero di preposti presenti in azienda: _____
2. Numero di operatori addetti al Primo Soccorso: _____
3. Numero di operatori addetti all'Antincendio: _____

Ripartizione lavoratori:

- Dipendenti: _____
- Liberi professionisti: _____
- Lavoratori in cooperative: _____
- Somministrati: _____
- Tirocinanti: _____
- Totale: _____

Il Rischio da Legionella

1. Nel documento di valutazione dei rischi ai sensi del D.Lgs. 81/2008 è stato preso in considerazione il rischio da Legionella? (Selezionare una delle opzioni):
 - ☐ No
 - ☐ La valutazione è stata programmata
 - ☐ Sì, e dalla pre-valutazione è stato escluso il rischio poiché non sono presenti lavoratori potenzialmente esposti
 - ☐ Sì, ed è stata effettuata una valutazione di dettaglio
 2. Quando è stata effettuata la valutazione? Data: _____
 3. La valutazione è stata condotta seguendo le "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" del Ministero della Salute – 2015? (Selezionare una delle opzioni):
 - ☐ Sì
 - ☐ No
-

Coinvolgimento nel Processo Valutativo

4. Nell'intero processo valutativo sono stati coinvolti? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):
 - ☐ Datore di lavoro
 - ☐ RSPP
 - ☐ Medico competente

- ☐ RLS/RLST
 - ☐ Consulente esterno
 - ☐ Direzione medica/sanitaria
 - ☐ Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)
 - ☐ Altro: _____
-

Gestione del Rischio Legionella

5. La valutazione del rischio specifico viene effettuata con cadenza annuale?
 - ☐ Sì
 - ☐ No (Specificare il motivo): _____
 6. Esiste un piano di autocontrollo?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 7. Sono state approntate procedure e/o documenti specifici?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 8. Sono definite in forma scritta le misure individuate e da adottare in caso di positività?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 9. Dopo lavori di ristrutturazione, vengono effettuati campionamenti sull'impianto idrico per la legionella?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 10. Sono state individuate misure di gestione del rischio?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
-

Misure di Prevenzione e Controllo

11. Quali misure di prevenzione e controllo della contaminazione del sistema idrico, a breve termine, sono messe in atto?
 - _____
 - _____
 - _____

Gestione Areazione Naturale e Meccanica

1. L'impianto di ventilazione è tenuto in funzione in modo continuo?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
2. Se gli impianti sono tenuti in funzione in continuo, è previsto un decremento del livello di ventilazione nelle ore notturne o tramite la rimodulazione degli orari di accensione e spegnimento?
 - ☐ Sì
 - ☐ No

- ☐ N.A.
 - 3. Nei locali senza finestre (es. archivi, spogliatoi, servizi igienici, ecc.), i ventilatori/estrattori sono mantenuti in funzione per l'intero orario di lavoro?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - 4. L'eventuale guasto e/o malfunzionamento dell'impianto di areazione viene segnalato da un sistema di controllo?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Specificare il sistema di controllo:
 - ☐ Sistema di controllo a distanza
 - ☐ BMS (Building Management System - telegestione, supervisione e controllo impiantistico)
 - ☐ Altro: _____
-

Gestione Impianti Trattamento Aria

- 5. Sono presenti impianti di trattamento aria?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 6. Se sì, vengono effettuati controlli secondo l'Accordo Stato-Regioni n. 2636 del 5 ottobre 2006?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 7. Viene effettuata un'ispezione visiva?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 8. Se sì, con che periodicità?
 - ☐ Annuale
 - ☐ In base alle precedenti ispezioni
 - ☐ In base alla valutazione dei rischi
- 9. Sono oggetto di ispezione visiva:
 - ☐ Unità di trattamento aria (UTA)
 - ☐ Terminali di mandata dell'aria
 - ☐ Condotte dell'aria
 - ☐ Torri di raffreddamento
- 10. Viene effettuata un'ispezione tecnica?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 11. Se sì, cosa viene ispezionato?
 - ☐ Unità di trattamento aria (UTA)
 - ☐ Terminali di mandata dell'aria
 - ☐ Condotte dell'aria

- ☐ Torri di raffreddamento

Gestione Areazione Naturale e Meccanica

1. Vengono effettuati controlli per verificare che l'aria di mandata e i dispositivi di ventilazione meccanica nei passaggi dell'aria siano privi di ostruzioni e funzionino correttamente?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 2. Esiste un registro degli interventi effettuati sull'impianto?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 3. Vengono effettuati controlli microbiologici delle superfici di contatto con il flusso d'aria?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Se sì, cosa viene valutato? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):
 - ☐ Cariche batteriche
 - ☐ Cariche micetiche
 4. Vengono effettuati controlli sulla qualità dell'aria?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Se sì, indicare il punto dell'impianto dove vengono effettuati: _____
 5. Viene verificata la carica batterica nelle polveri?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 6. Sono presenti sistemi innovativi all'interno degli impianti di trattamento aria?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Se sì, specificare quali:
 - ☐ Lampade UV fotocatalitiche
 - ☐ Filtri elettrostatici
 - ☐ Altro: _____
-

Gestione Torri di Raffreddamento

7. Sono presenti torri di raffreddamento?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
8. Viene effettuato un monitoraggio nel tempo?
 - ☐ Sì
 - ☐ No

- ☐ N.A.
- 9. Parametri verificati:
 - Legionella:
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - Frequenza controllo nell'acqua di raffreddamento:
 - ☐ Trimestrale
 - ☐ Altro: _____
 - Carica batterica totale:
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - Frequenza controllo nell'acqua di raffreddamento:
 - ☐ Settimanale
 - ☐ Altro: _____
- 10. Esiste un sistema di disinfezione in continuo?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 11. È presente un manuale di manutenzione?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 12. Con quale periodicità viene effettuata la manutenzione? (Selezionare una delle opzioni):
 - ☐ All'inizio della stagione, quando gli impianti vengono attivati
 - ☐ Con il cambio di stagione
 - ☐ Altro: _____

Gestione Impianti Idrico-Sanitari

- 1. È presente un impianto di acqua calda sanitaria con ricircolo nelle varie sedi?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 2. Sono presenti serbatoi di accumulo di acqua calda sanitaria?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 3. Se sì, vengono effettuati svuotamenti e flussaggi periodici?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 4. Fonte di approvvigionamento dell'acqua all'impianto (Selezionare una delle opzioni):
 - ☐ Rete idrica municipale
 - ☐ Pozzo
 - ☐ Mista
- 5. Materiale delle condutture (Specificare): _____
- 6. I serbatoi di accumulo:
 - Sono facilmente ispezionabili al loro interno?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.

- Dispongono di un rubinetto per effettuare le operazioni di spurgo del sedimento?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - 7. Vengono effettuati controlli microbiologici sull'acqua?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Se sì, con quale periodicità? _____
 - 8. Esiste un trattamento chimico/fisico in continuo per l'acqua?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Se sì, indicare la tipologia: _____
 - 9. È presente un telecontrollo o controllo delle temperature dell'acqua in entrata e in uscita?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
-

Gestione delle Attività di Manutenzione in Appalto

- 10. Esiste un appalto per la gestione degli impianti di aerazione, torri di raffreddamento e impianti idrici?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 11. Il personale dell'azienda appaltatrice è presente nella struttura?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 12. Se il personale non è presente, interviene:
 - ☐ Su chiamata
 - ☐ Secondo un calendario di manutenzioni programmate
- 13. È presente un DUVRI (Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 14. Nel DUVRI è trattato il rischio biologico legato alla gestione degli impianti?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 15. Le imprese appaltatrici hanno evidenziato modalità di gestione del rischio biologico nei loro processi?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 16. Le imprese appaltatrici/lavoratori autonomi hanno adottato misure di prevenzione e protezione per i rischi correlati?
 - ☐ Sì

- ☐ No
 - ☐ N.A.
- 17. Le imprese appaltatrici/lavoratori autonomi sono state correttamente qualificate per i lavori in appalto?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.

Gestione delle Attività di Manutenzione con Personale Interno

1. Numero di addetti interni alla manutenzione degli impianti: _____
 2. Gli addetti sono stati formati e informati sui rischi legati al loro lavoro, incluso il rischio da legionella?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 3. Gli addetti sono sottoposti a sorveglianza sanitaria per le lavorazioni effettuate presso la struttura?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Se sì, indicare i rischi valutati:
 - ☐ Chimico (polveri, fibre, detergenti, sanificanti)
 - ☐ Biologico
 - ☐ Movimentazione manuale dei carichi
 - ☐ Sovraccarico arti superiori
 - ☐ Rumore
 - ☐ Vibrazioni al corpo intero
 - ☐ Vibrazioni al sistema mano-braccio
 - ☐ Lavoro in altezza
 4. Gli addetti hanno a disposizione dispositivi di protezione individuale (DPI)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
 - Se sì, specificare quali:
 - ☐ Mascherine/facciali filtranti per la protezione delle vie respiratorie (specificare tipologia): _____
 - ☐ Occhiali di protezione
 - ☐ Respiratori per gas e vapori
 - ☐ Visiera paraspruzzi
 - ☐ Guanti (specificare tipologia): _____
 - ☐ Tuta di protezione
 - ☐ Scarpe antinfortunistiche
 - ☐ Casco
 - ☐ Imbragatura anticaduta
 - ☐ Otoprotettori
 - ☐ Altro: _____
-

Ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)

5. Il RLS è stato consultato in merito alla programmazione, realizzazione e verifica delle misure di prevenzione?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
6. Il RLS è stato consultato per l'organizzazione della formazione sul rischio specifico?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
7. È stata consegnata la lettera di invito all'incontro con l'ATS e la scheda di autovalutazione al RLS/RLST?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
8. Il RLS/RLST ha ricevuto informazioni in merito al Piano Mirato di Prevenzione, inclusa la documentazione prodotta dall'ATS (art. 50 comma 1, lettera f del D.Lgs. 81/08)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
9. Il RLS/RLST è stato consultato sulla designazione del medico competente (art. 50 comma 1, lettera c del D.Lgs. 81/08)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
10. Durante la riunione periodica alla presenza del RLS/RLST, è stato esaminato l'andamento della sorveglianza sanitaria (art. 35 del D.Lgs. 81/08)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
11. Durante la riunione periodica è stato sottoposto all'esame il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DUVRI)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
12. La formazione degli addetti alla manutenzione (interni o in appalto) è avvenuta in presenza?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.

Gestione delle Attività di Manutenzione con Personale Interno

1. Numero di addetti interni alla manutenzione degli impianti: _____
2. Gli addetti sono stati formati e informati sui rischi del proprio lavoro, incluso il rischio biologico da legionella?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
3. Gli addetti sono sottoposti a sorveglianza sanitaria per le lavorazioni effettuate presso la struttura?
 - ☐ Sì
 - ☐ No

- ☐ N.A.
- 4. Se sì, per quali rischi sono valutati? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):
 - ☐ Chimico (polveri, fibre, detergenti, sanificanti)
 - ☐ Biologico
 - ☐ Movimentazione manuale dei carichi
 - ☐ Sovraccarico arti superiori
 - ☐ Rumore
 - ☐ Vibrazioni al corpo intero
 - ☐ Vibrazioni al sistema mano-braccio
 - ☐ Lavoro in altezza
- 5. Gli addetti hanno a disposizione dispositivi di protezione individuale (DPI)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
- 6. Se sì, specificare i DPI utilizzati (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):
 - ☐ Mascherine/facciali filtranti per la protezione delle vie respiratorie (specificare): _____
 - ☐ Occhiali di protezione
 - ☐ Respiratori per gas e vapori
 - ☐ Visiera paraspruzzi
 - ☐ Guanti (specificare): _____
 - ☐ Tuta di protezione
 - ☐ Scarpe antinfortunistiche
 - ☐ Casco
 - ☐ Imbragatura anticaduta
 - ☐ Otoprotettori
 - ☐ Altro: _____

Ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)

1. Il RLS è stato consultato in merito alla programmazione, realizzazione e verifica delle misure di prevenzione?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
2. Il RLS è stato consultato per l'organizzazione della formazione sul rischio specifico?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
3. È stata consegnata al RLS/RLST la lettera di invito all'incontro con l'ATS e la scheda di autovalutazione?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
4. Il RLS/RLST ha ricevuto informazioni in merito al Piano Mirato di Prevenzione, incluse le documentazioni prodotte dall'ATS? (Art. 50 comma 1 lettera f del D.Lgs. 81/08)
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
5. Il RLS/RLST è stato consultato sulla designazione del medico competente? (Art. 50 comma 1 lettera c del D.Lgs. 81/08)

- ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
6. Durante la riunione periodica, alla presenza del RLS/RLST, è stato esaminato l'andamento della sorveglianza sanitaria? (Art. 35 del D.Lgs. 81/08)
- ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
7. Durante la riunione periodica è stato sottoposto all'esame dei partecipanti il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DUVRI)?
- ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
8. La formazione degli addetti alla manutenzione (interni o in appalto) è avvenuta in presenza?
- ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.

Gestione delle Attività di Manutenzione con Personale Interno

1. Il personale interno addetto alla manutenzione è stato formato e informato sui rischi del proprio lavoro, incluso il rischio biologico?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
2. Il personale interno è sottoposto a sorveglianza sanitaria per le lavorazioni effettuate presso la struttura?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
3. Se sì, per quali rischi è effettuata la sorveglianza sanitaria? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):
 - ☐ Chimico (es. polveri, fibre, detergenti, sanificanti)
 - ☐ Biologico
 - ☐ Movimentazione manuale dei carichi
 - ☐ Sovraccarico arti superiori
 - ☐ Rumore
 - ☐ Vibrazioni al corpo intero
 - ☐ Vibrazioni al sistema mano-braccio
 - ☐ Lavoro in altezza
4. Il personale ha a disposizione dispositivi di protezione individuale (DPI)?
 - ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.
5. Se sì, indicare quali DPI sono forniti (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):
 - ☐ Mascherine/facciali filtranti per la protezione delle vie respiratorie (specificare il tipo): _____
 - ☐ Occhiali di protezione
 - ☐ Respiratori per gas e vapori
 - ☐ Visiera paraspruzzi
 - ☐ Guanti (specificare il tipo): _____

- ☐ Tuta di protezione
 - ☐ Scarpe antinfortunistiche
 - ☐ Casco
 - ☐ Imbragatura anticaduta
 - ☐ Otoprotettori
 - ☐ Altro: _____
6. Sono stati definiti protocolli per la manutenzione in sicurezza degli impianti?
- ☐ Sì
 - ☐ No
 - ☐ N.A.

Tabella di Autovalutazione

Sezione	Domanda	Risposta (Sì/No)
Informazioni Generali	Nome e cognome del referente aziendale	
	Ruolo in azienda	
	Ragione sociale	
	Codice fiscale/Partita IVA	
	Indirizzo sede legale	
	Indirizzo sede operativa	
	Email	
	PEC	
	Telefono	
	Attività svolta dall'impresa	
	Codice ATECO	
Soggetti della Sicurezza	Nome e cognome del Datore di lavoro	
	Recapiti del Datore di lavoro	
	Il RSPP è:	
	- Interno ☐	
	- Esterno ☐	
	- Datore di lavoro ☐	
	Nome e cognome del RSPP	
	Il RLS è:	
	- Interno ☐	
	- Territoriale (RLST) ☐	
	Nome e cognome del RLS	
	Nome e cognome del Medico competente	
	Recapiti del Medico competente	
Sistema di Gestione Volontario	L'azienda è dotata di un sistema di gestione volontario? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):	
	- ☐ Qualità - UNI EN ISO 9001	
	- ☐ Salute e sicurezza - UNI EN ISO 45001	
	- ☐ Ambientale - UNI EN ISO 14001	
	- ☐ Altro:	
Sezione	Domanda	Risposta

Tipologia Struttura	La struttura è:	
	- ☐ Monospecialistica	
	- ☐ Polispecialistica	
	Numero di posti letto	
	Specializzazione della struttura:	
	- ☐ Privata	
	- ☐ Privata autorizzata	
	- ☐ Privata accreditata	
	- ☐ Pubblica	
	- ☐ Altro:	
Ripartizione delle Risorse Umane	Numero di preposti presenti in azienda	
	Numero di operatori addetti al Primo Soccorso	
	Numero di operatori addetti all'Antincendio	
	Ripartizione lavoratori (specificare il numero):	
	- Dipendenti	
	- Liberi professionisti	
	- Lavoratori in cooperative	
	- Somministrati	
	- Tirocinanti	
	Totale lavoratori	
Gestione del Rischio Legionella	Il rischio Legionella è stato valutato nel DVR?	
	- ☐ No	
	- ☐ La valutazione è stata programmata	
	- ☐ Sì, dalla pre-valutazione il rischio è stato escluso (non sono presenti lavoratori potenzialmente esposti)	
	- ☐ Sì, ed è stata effettuata una valutazione di dettaglio	
	Quando è stata effettuata la valutazione? (specificare la data):	
	La valutazione segue le "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi"?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
Sezione	Domanda	Risposta
Coinvolgimento nel Processo Valutativo	Nell'intero processo valutativo sono stati coinvolti? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):	
	- ☐ Datore di lavoro	
	- ☐ RSPP	
	- ☐ Medico competente	
	- ☐ RLS/RLST	
	- ☐ Consulente esterno	
	- ☐ Direzione medica/sanitaria	
	- ☐ Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)	
	- ☐ Altro:	
Gestione del Rischio Legionella	La valutazione del rischio specifico viene effettuata con cadenza annuale?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No (Specificare il motivo):	
	Esiste un piano di autocontrollo?	

	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	Sono state approntate procedure e/o documenti specifici?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	Sono definite in forma scritta le misure individuate e da adottare in caso di positività?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	Dopo lavori di ristrutturazione, vengono effettuati campionamenti sull'impianto idrico per la legionella?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	Sono state individuate misure di gestione del rischio?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
Sezione	Domanda	Risposta
Misure di Prevenzione e Controllo	Quali misure di prevenzione e controllo della contaminazione del sistema idrico, a breve termine, sono messe in atto?	
	1.	
	2.	
	3.	
Gestione Areazione Naturale e Meccanica	L'impianto di ventilazione è tenuto in funzione in modo continuo?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se gli impianti sono tenuti in funzione in continuo, è previsto un decremento del livello di ventilazione nelle ore notturne o tramite la rimodulazione degli orari di accensione e spegnimento?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Nei locali senza finestre (es. archivi, spogliatoi, servizi igienici, ecc.), i ventilatori/estrattori sono mantenuti in funzione per l'intero orario di lavoro?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	L'eventuale guasto e/o malfunzionamento dell'impianto di areazione viene segnalato da un sistema di controllo?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, specificare il sistema di controllo:	
	- ☐ Sistema di controllo a distanza	
	- ☐ BMS (Building Management System - telegestione, supervisione e controllo impiantistico)	

	- ☐ Altro: _____	
Sezione	Domanda	Risposta
Gestione Areazione Naturale e Meccanica	Vengono effettuati controlli per verificare che l'aria di mandata e i dispositivi di ventilazione meccanica nei passaggi dell'aria siano privi di ostruzioni e funzionino correttamente?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Esiste un registro degli interventi effettuati sull'impianto?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Vengono effettuati controlli microbiologici delle superfici di contatto con il flusso d'aria?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, cosa viene valutato? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):	
	- ☐ Cariche batteriche	
	- ☐ Cariche micetiche	
	Vengono effettuati controlli sulla qualità dell'aria?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, indicare il punto dell'impianto dove vengono effettuati:	
	Viene verificata la carica batterica nelle polveri?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Sono presenti sistemi innovativi all'interno degli impianti di trattamento aria?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, specificare quali:	
	- ☐ Lampade UV fotocatalitiche	
	- ☐ Filtri elettrostatici	
	- ☐ Altro: _____	
Sezione	Domanda	Risposta
Gestione Torri di Raffreddamento	Sono presenti torri di raffreddamento?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Viene effettuato un monitoraggio nel tempo?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	

	- ☐ N.A.	
	Parametri verificati:	
	- Legionella:	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- Frequenza controllo nell'acqua di raffreddamento:	
	- ☐ Trimestrale	
	- ☐ Altro: _____	
	- Carica batterica totale:	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- Frequenza controllo nell'acqua di raffreddamento:	
	- ☐ Settimanale	
	- ☐ Altro: _____	
	Esiste un sistema di disinfezione in continuo?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	È presente un manuale di manutenzione?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Con quale periodicità viene effettuata la manutenzione? (Selezionare una delle opzioni):	
	- ☐ All'inizio della stagione, quando gli impianti vengono attivati	
	- ☐ Con il cambio di stagione	
	- ☐ Altro: _____	
Sezione	Domanda	Risposta
Gestione Impianti Idrico-Sanitari	È presente un impianto di acqua calda sanitaria con ricircolo nelle varie sedi?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Sono presenti serbatoi di accumulo di acqua calda sanitaria?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, vengono effettuati svuotamenti e flussaggi periodici?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Fonte di approvvigionamento dell'acqua all'impianto:	
	- ☐ Rete idrica municipale	
	- ☐ Pozzo	
	- ☐ Mista	
	Materiale delle condutture: _____	
	I serbatoi di accumulo:	
	- Sono facilmente ispezionabili al loro interno?	

	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	- Dispongono di un rubinetto per effettuare le operazioni di spurgo del sedimento?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Vengono effettuati controlli microbiologici sull'acqua?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, con quale periodicità?	
	Esiste un trattamento chimico/fisico in continuo per l'acqua?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, indicare la tipologia: _____	
	È presente un telecontrollo o controllo delle temperature dell'acqua in entrata e in uscita?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
Sezione	Domanda	Risposta
Gestione delle Attività di Manutenzione in Appalto	Esiste un appalto per la gestione degli impianti di aerazione, torri di raffreddamento e impianti idrici?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Il personale dell'azienda appaltatrice è presente nella struttura?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se il personale non è presente, interviene:	
	- ☐ Su chiamata	
	- ☐ Secondo un calendario di manutenzioni programmate	
	È presente un DUVRI (Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze)?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Nel DUVRI è trattato il rischio biologico legato alla gestione degli impianti?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Le imprese appaltatrici hanno evidenziato modalità di	

	gestione del rischio biologico nei loro processi?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Le imprese appaltatrici/lavoratori autonomi hanno adottato misure di prevenzione e protezione per i rischi correlati?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Le imprese appaltatrici/lavoratori autonomi sono state correttamente qualificate per i lavori in appalto?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
Sezione	Domanda	Risposta
Gestione delle Attività di Manutenzione con Personale Interno	Numero di addetti interni alla manutenzione degli impianti:	
	Gli addetti sono stati formati e informati sui rischi legati al loro lavoro, incluso il rischio da legionella?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Gli addetti sono sottoposti a sorveglianza sanitaria per le lavorazioni effettuate presso la struttura?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, indicare i rischi valutati (selezionare tutte le opzioni pertinenti):	
	- ☐ Chimico (polveri, fibre, detergenti, sanificanti)	
	- ☐ Biologico	
	- ☐ Movimentazione manuale dei carichi	
	- ☐ Sovraccarico arti superiori	
	- ☐ Rumore	
	- ☐ Vibrazioni al corpo intero	
	- ☐ Vibrazioni al sistema mano-braccio	
	- ☐ Lavoro in altezza	
	Gli addetti hanno a disposizione dispositivi di protezione individuale (DPI)?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, specificare i DPI utilizzati (selezionare tutte le opzioni pertinenti):	
	- ☐ Mascherine/facciali filtranti per la protezione delle vie respiratorie (specificare il tipo):	
	- ☐ Occhiali di protezione	
	- ☐ Respiratori per gas e vapori	
	- ☐ Visiera paraspruzzi	

	- ☐ Guanti (specificare il tipo): _____	
	- ☐ Tuta di protezione	
	- ☐ Scarpe antinfortunistiche	
	- ☐ Casco	
	- ☐ Imbragatura anticaduta	
	- ☐ Otoprotettori	
	- ☐ Altro: _____	
Sezione	Domanda	Risposta
Ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)	Il RLS è stato consultato in merito alla programmazione, realizzazione e verifica delle misure di prevenzione?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Il RLS è stato consultato per l'organizzazione della formazione sul rischio specifico?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	È stata consegnata al RLS/RLST la lettera di invito all'incontro con l'ATS e la scheda di autovalutazione?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Il RLS/RLST ha ricevuto informazioni in merito al Piano Mirato di Prevenzione, incluse le documentazioni prodotte dall'ATS? (Art. 50 comma 1, lettera f del D.Lgs. 81/08)	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Il RLS/RLST è stato consultato sulla designazione del medico competente? (Art. 50 comma 1, lettera c del D.Lgs. 81/08)	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Durante la riunione periodica alla presenza del RLS/RLST, è stato esaminato l'andamento della sorveglianza sanitaria? (Art. 35 del D.Lgs. 81/08)	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Durante la riunione periodica è stato sottoposto all'esame il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DUVRI)?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	La formazione degli addetti alla manutenzione (interni o in	

	appalto) è avvenuta in presenza?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
Sezione	Domanda	Risposta
Gestione delle Attività di Manutenzione con Personale Interno	Il personale interno addetto alla manutenzione è stato formato e informato sui rischi del proprio lavoro, incluso il rischio biologico?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Il personale interno è sottoposto a sorveglianza sanitaria per le lavorazioni effettuate presso la struttura?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, per quali rischi è effettuata la sorveglianza sanitaria? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti):	
	- ☐ Chimico (polveri, fibre, detergenti, sanificanti)	
	- ☐ Biologico	
	- ☐ Movimentazione manuale dei carichi	
	- ☐ Sovraccarico arti superiori	
	- ☐ Rumore	
	- ☐ Vibrazioni al corpo intero	
	- ☐ Vibrazioni al sistema mano-braccio	
	- ☐ Lavoro in altezza	
	Gli addetti hanno a disposizione dispositivi di protezione individuale (DPI)?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	
	Se sì, specificare i DPI utilizzati (selezionare tutte le opzioni pertinenti):	
	- ☐ Mascherine/facciali filtranti per la protezione delle vie respiratorie (specificare il tipo): _____	
	- ☐ Occhiali di protezione	
	- ☐ Respiratori per gas e vapori	
	- ☐ Visiera paraspruzzi	
	- ☐ Guanti (specificare il tipo): _____	
	- ☐ Tuta di protezione	
	- ☐ Scarpe antinfortunistiche	
	- ☐ Casco	
	- ☐ Imbragatura anticaduta	
	- ☐ Otoprotettori	
	- ☐ Altro: _____	
	Sono stati definiti protocolli per la manutenzione in sicurezza degli impianti?	
	- ☐ Sì	
	- ☐ No	
	- ☐ N.A.	

