**INDAGINE DELL'INCIDENTE DEL SUPERVISORE**

**MODULO DI REPORT**

ISTRUZIONI

Questo modulo deve essere completato dal supervisore di un dipendente che ha subito un incidente che ha causato un infortunio o una malattia grave. Deve essere completato in modo tempestivo in seguito a un incidente e può anche essere utilizzato per indagare su un evento di rischio che avrebbe potuto provocare un incidente o un infortunio. Restituisci il modulo completato a:

|  |
| --- |
|  |
| QUESTO MODULO SERVE PER DOCUMENTARE *selezionare tutte le opzioni applicabili* |
|  | MORTE |  | TEMPO PERSO |  | TRATTAMENTO DI PRONTO SOCCORSO / CLINICO |  | SOLO PRONTO SOCCORSO |  | INCIDENTE MANCATO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REPORT COMPLETATO DA Nome e Titolo | DATA DELL'INCIDENTE | DATA DEL REPORT |
|  |  |  |

INFORMAZIONI SUL DIPENDENTE FERITO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DIPENDENTE | ID DIPENDENTE | DATA DI NASCITA |
|  |  |  |
| TITOLO DI LAVORO AL MOMENTO DELL'INCIDENTE | REPARTO |
|  |  |
| TIPO DI DIPENDENTE a tempo pieno o part-time, contratto, ecc. | Durata di questo rapporto di lavoro: | NOME DELL'ALTRO DATORE DI LAVORO *, se applicabile* |
|  |  |  |
| NATURA DELL'INFORTUNIO *selezionare tutte le informazioni applicabili* |
|  | Abrasione, graffi |  | Amputazione |  | Osso rotto |  | Livido |  | Ustione (calore) |
|  | Ustione (chimica) |  | Commozione cerebrale |  | Lesioni da schiacciamento |  | Taglio, lacerazione, perforazione |
|  | Ernia |  | Malattia |  | Distorsione, deformazione |  | Danni al sistema del corpo |
|  | Altro, descrivere: |  |
| DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO  | PARTE DEL CORPO INTERESSATA *scegliere tutto ciò che si applica* |
|  |  |

DETTAGLI DELL'INCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUOGO | DATA DELL'INCIDENTE | ORA |
|  |  |  |
| Durante quale parte della giornata lavorativa del dipendente si è verificato l'incidente?  |
|  | Entrata o uscita dal lavoro |  | Attività lavorative normali |
|  | Periodo dei pasti |  | Pausa |  | Straordinari |
|  | Altro, descrivere: |  |
| TESTIMONI, se del caso |
|  |
| DISPOSITIVI DI PROTEZIONE Elenca tutti i dispositivi di protezione individuale utilizzati al momento dell'incidente. |
|  |
| DESCRIZIONE INCIDENTE Descrivi le attività eseguite e la sequenza degli eventi. *Allega ulteriori pagine se necessario.*  |
|  |
| ALLEGATI Elenca tutto ciò che deve essere presentato con questo report (moduli, dichiarazioni dei testimoni, fotografie, mappe, disegni, ecc.) |
|  |

PERCHÉ SI È VERIFICATO L'INCIDENTE?

|  |  |
| --- | --- |
| CONDIZIONI DI LAVORO NON SICURE *seleziona tutte le condizioni applicabili* | AZIONI NON SICURE PER PERSONE *selezionare tutte le opzioni applicabili* |
|  | Guardia inadeguata |  | Utilizzo senza autorizzazioni |
|  | Pericolo non custodito |  | Utilizzo a velocità non sicura |
|  | Dispositivo di sicurezza difettoso |  | Manutenzione di attrezzature elettriche in funzione |
|  | Strumento o attrezzatura difettosi |  | Dispositivo di sicurezza reso non funzionante |
|  | Layout della workstation pericoloso |  | Utilizzo di attrezzature difettose  |
|  | Illuminazione non sicura |  | Utilizzo non approvato dell'attrezzatura |
|  | Ventilazione non sicura |  | Sollevamento non sicuro |
|  | Mancanza dei necessari dispositivi di protezione individuale |  | Posizione non sicura |
|  | Mancanza di attrezzature/strumenti appropriati |  | Distrazione o comportamenti inappropriati |
|  | Abbigliamento non sicuro |  | Mancato uso dei dispositivi di protezione individuale |
|  | Nessuna formazione o formazione insufficiente |  | Mancato utilizzo delle attrezzature/strumenti disponibili |
|  | Altro, descrivi di seguito: |  | Altro, descrivi di seguito: |
|  |  |
| Perché esistevano le condizioni di non sicurezza? |
|  |
| Perché si sono verificate le azioni non sicure? |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| C'è una cultura, una norma o un'aspettativa sul posto di lavoro che potrebbero aver incoraggiato le condizioni o le azioni non sicure?  |  | SÌ |  | NO |
| In caso affermativo, descrivi: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Le azioni o le condizioni non sicure sono state segnalate prima dell'incidente? |  | SÌ |  | NO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ci sono stati incidenti simili o mancati prima di questo? |  | SÌ |  | NO |

COME SI POSSONO PREVENIRE GLI INCIDENTI FUTURI?

|  |
| --- |
| Quali modifiche suggerisci per evitare che questo incidente/incidente mancato si ripeta? *selezionare tutte le informazioni applicabili* |
|  | Interrompere questa attività |  | Circoscrivere il pericolo |
|  | Formare il/i dipendente/i |  | Formare il/i supervisore/i |
|  | Riprogettare le fasi delle attività |  | Riprogettare la stazione di lavoro |
|  | Scrivere una nuova politica/regola |  | Applicare i criteri esistenti |
|  | Ispezionare regolarmente il pericolo |  | Dispositivi di protezione individuale |
|  | Altro, descrivi di seguito: |
|  |
| Cosa dovrebbe essere fatto (o è stato fatto) per seguire i suggerimenti selezionati sopra? |
|  |

DETTAGLI DEL REPORT

|  |
| --- |
| REPORT SCRITTO DA  |
| NOME | TITOLO |
|  |  |
| REPARTO | DATA  |
|  |  |

|  |
| --- |
| REPORT RIVISTO DA  |
| NOME | TITOLO |
|  |  |
| REPARTO | DATA  |
|  |  |

|  |
| --- |
| MEMBRI DEL TEAM DI INDAGINE  |
| NOME | TITOLO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

REPORT INVIATO DA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | FIRMA | DATA |
|  |  |  |

REPORT RICEVUTO DA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | FIRMA | DATA |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio. |