**[A blue and white sign

Description automatically generated](https://it.smartsheet.com/try-it?trp=37952&utm_language=IT&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Supervisor’s+Incident+Investigation+Report-word-37952-it&lpa=ic+Supervisor’s+Incident+Investigation+Report+word+37952+it)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. |