


# Scheda di valutazione dei rischi nell'abitazione

## Come usare la scheda:

segnare con una **X** la risposta che descrive la situazione presente nell'abitazione; al termine contare i  e confrontare la somma con il punteggio riportato nell'ultima pagina.

---

### CHECK LIST ABITAZIONE

Data sopralluogo.....

#### SCALE DI ACCESSO ALL'APPARTAMENTO

Larghezza sufficiente anche per un anziano con tutore      SI       NO

Presenza di animali domestici      SI       NO

#### IMPIANTO ELETTRICO E DI RISCALDAMENTO

L'impianto elettrico è dotato di salva vita?      SI       NO

L'impianto elettrico è dotato di messa a terra?      SI       NO

Illuminazione adeguata:      SI       NO

## Tipo di riscaldamento

Centralizzato

SI  NO

Caldaia a gas

• Interna

SI  NO

• Esterna :

- tubo del gas a norma

SI  NO

- libretto di manutenzione

SI  NO

Stufe:

- Elettriche



- A gas



- A legna



- Caminetto



## AMBIENTI:

### **CUCINA:**

Presenza di prese d'aria

SI  NO

Il tubo del gas è a norma?

SI  NO

Sono presenti dispositivi di rilevazione automatica del gas?

SI  NO

Prese ed interruttori sono integri e ben fissati al muro?

SI  NO













Vi sono fili volanti o che fuoriescono dalle prese o dagli interruttori? SI  NO

Vicinanza prese con acqua (<60 cm)









SI  NO

Vi sono apparecchi collegati alla stessa presa? SI  NO

















**FORNELLI :**

A gas	SI 	NO 
Elettrici	SI 	NO 
Presenza di cappa aspirante	SI 	NO 
Presenza di gradini	SI 	NO 
Pavimento scivoloso	SI 	NO 
Presenza di detersivi accessibili a bambini	SI 	NO 

**BAGNO N°....**

Prese ed interruttori sono integri e ben fissati al muro?	SI 	NO 
Vi sono fili volanti o che fuoriescono dalle prese o dagli interruttori?	SI 	NO 
Vicinanza prese con acqua (<60 cm)	SI 	NO 
Vi sono apparecchi collegati alla stessa presa?	SI 	NO 

**SCALDABAGNO**

Assente	SI 	NO 
A gas	SI 	NO 
Elettrico	SI 	NO 
Regolazione della temperatura dell'acqua non superiore a 50°	SI 	NO 
Stufette elettriche	SI 	NO 
Phon	SI 	NO 
Radio	SI 	NO 
Presenza di gradini	SI 	NO 

Pavimento scivoloso	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Presenza di tappetini antiscivolo nella vasca o doccia	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>
presenza o meno di maniglioni nella vasca da bagno	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>
Presenza di armadietto dei medicinali o dei detersivi accessibile ai bambini	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

**CAMERA N.°**

L'accesso alla stanza è agevole (privo di ostacoli e di dimensioni adeguate)	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>
Altezza del letto adeguata o letti modificabili in altezza	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>
Spazio ai lati del letto sufficiente per l'utilizzo di ausili	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>
Prese ed interruttori sono integri e ben fissati al muro?	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>
Vi sono fili volanti o che fuoriescono dalle prese o dagli interruttori?	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Vi sono apparecchi collegati alla stessa presa?	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Piantana	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Coperte elettriche scaldaletto	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

**ARREDI PAVIMENTI E SCALE**

Presenza di tappeti	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Scaffali e librerie ben fissati alle pareti	SI <input type="radio"/>	NO <input checked="" type="radio"/>
Spigoli vivi	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Letti a castello	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Porte a vetro	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Presenza di scale portatili	SI <input checked="" type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

Presenza di sgabelli

SI ▲ NO ●

### PAVIMENTO

In buone condizioni

SI ● NO ▲

Sdruciolevole

SI ▲ NO ●

Sconnesso

SI ▲ NO ●

Male illuminato

SI ▲ NO ●

### SCALE INTERNE:

sono dotate di corrimano

SI ● NO ▲

sono irregolari

SI ▲ NO ●

hanno una illuminazione adeguata

SI ● NO ▲

### PUNTEGGIO:

da 1 a 20 ▲ : poco pericolosa

da 21 a 40 ▲ : abbastanza pericolosa

oltre 41 ▲ : molto pericolosa