**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE:**

**STRESS LAVORO-CORRELATO**

AZIENDA \_ \_ Codice Fiscale \_\_ INDIRIZZO \_ \_COMUNE \_ Tel.\_ \_ e-mail \_\_ SETTORE ATTIVITA’ \_

ASSETTO ORGANIZZATIVO NOMINATIVO EMAIL TELEFONO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATORE DI LAVORO |  |  |  |
| R.S.P.P. |  |  |  |
| R.L.S. N°.. \* |  |  |  |
| MEDICO COMPETENTE |  |  |  |
| EVENTUALE CONSULENTE PER LO S.L.C. |  |  |  |

*\*in caso di più RLS indicare un solo nominativo di riferimento*

SUDDIVISIONE DEI LAVORATORI (DATI TRATTI DA DVR)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MANSIONE | M | F | ETA’MEDIA | di cui |
| n° collocati ex legge n.68/99 | n° stranieri | n° lavoratoriatipici |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**INDICE**

**1. ASSETTO E STRUTTURE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE AZIENDALE**

**2. ORGANIZZAZIONE**

**3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

**1. ASSETTO E STRUTTURE**

**1.1 SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

-+ Nomina RSPP: □ SI □ NO (art. 17 comma 1 lettera B)

□ Datore di lavoro (art. 34 + allegato 2)

Se nominato RSPP è:

□ Addetto interno:

□ a tempo pieno

□ a tempo parziale: altra funzione ………………………………………………………. ore/mese ……………………….

□ Addetto esterno:

□ società di consulenza …………………………………………………………………..

□ libero professionista ………………………………………………………………………

ore/anno …………………………. n° acc essi/anno ……………………

Sono presenti addetti SPP □ **SI** □ **NO**

se presenti n. ………………..

-+ I requisiti formativi sono soddisfatti □ SI □ NO

(se RSPP è il Datore di Lavoro - art. 32 e 34 comma 2)

**1.2 MEDICO COMPETENTE**

-+ Nomina medico competente (art. 18 c. 1 lettera a): □ SI □ NO □ NON NECESSARIO

□ Interno

□ Esterno:

□ società di consulenza ………………………………………………………………………..

□ libero professionista …………………………………………………………………………

ore/anno …………………………. n°accessi/a nno …………………… (escluse le ore dedicate all’attività sanitaria)

**1.3 RLS**

-+ RLS designato/i □ SI □ NO □

Addetto/i interno/i, numero …………………

□ Addetto/i esterno/i: □ RLS territoriale □ RLS di sito

-+ Corso di formazione (art. 18 comma 1 lettera l) □ SI □ NO

+ Il datore di lavoro ha consegnato o messo a disposizione il documento di valutazione qualora l’RLS lo abbia formalmente richiesto (art. 18 comma 1 lettera o) □ SI□ NO

**NOTE SU ASSETTO E STRUTTURE**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**2. ORGANIZZAZIONE**

-+ L’azienda ha adottato un modello di organizzazione e di gestione □ **SI** □ **NO** □ **IN CORSO**

MODELLO: □ OHSAS 18001 Ente certificatore ………………...……………………………..

□ UNI INAIL (SGSL)

□ Certificazioni: □ ISO 9001 □ 14001

Altre …………………………………………………………………………….

-+ È stato definito e pubblicizzato l’organigramma della prevenzione con l’individuazione dei dirigenti e preposti □ **SI** □ **NO** □ **NON PERTINENTE**

-+ È stata effettuata la formazione dei dirigenti e/o preposti □ **SI** □ **NO**

(art. 18 comma 1 lettera l – art. 37 comma 7)

-+ Il SPP è coinvolto nella scelta di DPI, attrezzature, impianti e sostanze

□ **SI** □ **NO** □ **IN PARTE** per i seguenti aspetti ………………………………………………….

-+ Il medico competente ha effettuato il sopralluogo (art. 25 comma 1 lettera l) □ **SI** □ **NO**

Il sopralluogo del medico competente è effettuato in presenza di:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ./ | RSPP | □ **SI** | □ **NO** |  |
| ./ | datore di lavoro o suo delegato | □ **SI** | □ **NO** |  |
| ./ | RLS | □ **SI** | □ **NO** | □ **NON NOMINATO** |

-+ Il verbale di sopralluogo riporta le valutazioni del MC □ **SI** □ **NO** □ **NON REDATTO**

-+ È stata indetta la riunione annuale di prevenzione (art. 18 comma 1 lettera v)

□ **SI** □ **NO** □ **NON OBBLIGATORIA**

-+ La riunione è stata verbalizzata (art. 35 comma 5) □ **SI** □ **NO**

-+ Nel corso della riunione sono stati esaminati: (art. 35 comma 2-3)

□ il documento di valutazione dei rischi ed eventuali aggiornamenti

□ eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio

□ verifica delle misure di prevenzione adottate nell’ultimo anno

□ il programma delle misure di miglioramento

□ l’andamento degli infortuni e delle malattie professionali

□ l’idoneità dei mezzi di protezione individuale

□ i programmi di informazione e formazione

□ i risultati della sorveglianza sanitaria

**NOTE SU ORGANIZZAZIONE**

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

-+ Esiste il documento di valutazione dei rischi (Art. 17 comma 1 lettera a)

□ **SI** □ **NO** □ **AUTOCERTIFICAZIONE**

Data ultimo aggiornamento ………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| -+ | S | ono stati coinvolti nel processo valutativo: |  |
|  | ./ | RSPP (Art. 29 comma 1) | □ **SI** | □ **NO** |  |
|  | ./ | Medico competente (Art. 29 comma 1) | □ **SI** | □ **NO** | □ **NON NOMINATO** |
|  | ./ | RLS (Art. 29 comma 2) | □ **SI** | □ **NO** | □ **NON DESIGNATO/ELETTO** |
| -+ Sono stati coinvolti anche altri soggetti oltre a quelli specificamente previsti dalla legge: |

**3.1 Documento di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ./ | dirigenti | □ **SI** | □ **NO** | □ **NON PERTINENTE** |
| ./ | preposti | □ **SI** | □ **NO** | □ **NON PERTINENTE** |
| ./ | lavoratori | □ **SI** | □ **NO** |  |

***La programmazione della valutazione del rischio stress lavoro-correlato, effettuata nei termini di legge, riporta il cronoprogramma delle attività di valutazione e le figure responsabili dell’attuazione nonché l’indicazione del termine finale di espletamento delle stesse ?*** (Art. 28 comma 2 lett. a)

si D no D

***Azioni preparatorie al percorso di valutazione del rischio***

***Il percorso metodologico e di programmazione della valutazione del rischio stress lavoro-correlato è stato deciso dal datore di lavoro e concordato in sede di:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| riunione periodica (ex art.35 DLgs 81/08) | si o | no o |
| uno o più riunioni specifiche convocate dal Datore di Lavoro | si o | no o |

altro, specificare

***Le attività di valutazione sono state effettuate ricorrendo a:***

D solo team interno D team interno & consulenza esterna D solo consulenza esterna

D altro, specificare

***Nel caso di ricorso al team interno, quali figure sono state coinvolte dal datore di lavoro****:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsabile SPP | si o | no o |
| Medico Competente | si o | no o |
| RLS | si o | no o |

altro, specificare (es. responsabile risorse umane, capi reparto ecc.)

|  |  |
| --- | --- |
| ***La formazione specifica sullo stress prevista per le figure aziendali coinvolte*** |  |
| Gli RLS sono stati formati ai sensi dell’art.37 DLgs 81/08 | si o | in corso o | no o |
| L’RSPP è stato formato in modo specifico sul tema stress lavoro-correlato | si o | in corso o | no o |
| Il MC ha documentato partecipazione a corsi specifici sullo stress lavoro-correlato | si o | in corso o | no o |

Il management (datore lavoro, dirigenti/preposti) ha effettuato corsi sul rischio da stress lavoro-correlato

si o in corso o no o

***Sono state effettuate iniziative di sensibilizzazione ed informazione preliminare dei lavoratori sul rischio stress lavoro-correlato e sulla necessità di effettuare il percorso di valutazione* ?**

si o no o

Se si, con quale modalità:

Incontri la cui conduzione è stata effettuata da

(*MC, consulente interno od esterno, e anche datore di lavoro/RSPP)*

Gli incontri si sono svolti con modalità/contenuti uguali per lavoratori, dirigenti e preposti distinti per lavoratori, dirigenti e preposti

Allegare eventuale documentazione (programma e/o slide, ecc.)

Distribuzione di manuali informativi sullo stress lavoro-correlato;

Altre modalità (es. nota informativa in busta paga, e-mail ecc.)

***L’attività di sensibilizzazione ed informazione sul rischio stress lavoro correlato è stata effettuata***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prima della valutazione | si D |  | no D |
| Dopo la valutazione | si D | in corso D | no D (Art. 36 comma 2) |

***L’attività di valutazione del rischio stress lavoro correlato con elaborazione del relativo documento***

D è stata conclusa D è in corso

***Valutazione preliminare***

**Rilevazione di indicatori oggettivi**

**Effettuata da:**

**(specificare)**

Sono stati raccolti:

D Eventi sentinella relativi agli ultimi anni (indicare quali):

D Fattori di contenuto del lavoro (indicare quali):

D Fattori di contesto del lavoro(indicare quali):

D Altro, specificare

*(A titolo esemplificativo si riportano le indicazioni contenute nel documento della Commissione Consultiva:*

*Eventi sentinella quali ad esempio: indici infortunistici; assenze per malattia; turnover; procedimenti e sanzioni e segnalazioni del medico competente; specifiche e frequenti lamentele formalizzate da parte dei lavoratori. I predetti eventi sono da valutarsi sulla base di parametri omogenei individuati internamente alla azienda (es. andamento nel tempo degli indici infortunistici rilevati in azienda).*

*Fattori di contenuto del lavoro quali ad esempio: ambiente di lavoro e attrezzature; carichi e ritmi di lavoro; orario di lavoro e turni; corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti.*

*Fattori di contesto del lavoro quali ad esempio: ruolo nell’ambito dell’organizzazione, autonomia decisionale e controllo; conflitti interpersonali al lavoro; evoluzione e sviluppo di carriera; comunicazione (es. incertezza in ordine alle prestazioni richieste).*

***Il medico competente ha rilevato e segnalato al datore di lavoro sintomi connessi a stress lavoro-correlato ?***

si D no D

***In relazione alla valutazione dei fattori di contesto e di contenuto sono stati sentiti i lavoratori e/o i loro rappresentanti?*** (Art. 29 comma 2)

si D no D

**Se sì** tutti i lavoratori o un campione rappresentativo o solo il/gli RLS o

Modalità: (specificare) La rilevazione degli indicatori oggettivi è stata effettuata tramite:

DLa compilazione di liste di controllo (indicare quali)

*(a titolo di esempio sul sito dell’ASL sono presenti le check-list più utilizzate)*

DL’osservazione diretta degli elementi di rischio con relativa relazione scritta

*(modalità indicata soprattutto per le piccole aziende)*

Se sono stati individuati dei gruppi omogenei di lavoratori esposti, essi sono stati considerati in base a:

o area produttiva (reparto) o mansioni o Altro:\_ \_ \_ \_

***Già in questa fase sono stati rilevati indicatori di percezione soggettiva dello stress ?***

si o no o

(Se sì, si rimanda per il dettaglio alla sezione “VALUTAZIONE APPROFONDITA”)

***Dalla valutazione preliminare, effettuata nei tempi previsti dal cronoprogramma, sono emersi elementi di rischio stress lavoro correlato?***

***Se no, è stato previsto un programma di monitoraggio nel tempo?***

si o no o

si o no o

Con quale periodicità? (specificare) \_ \_

***Se si, è stato elaborato un programma di interventi correttivi?*** (Art. 28 comma 2 lett. c)

si o no o

|  |  |
| --- | --- |
| ***Se si, quali interventi sono stati programmati?*** |  |
| percorsi formativi | per uno o più gruppi omogenei o | per tutti | o |
| miglioramento del sistema di comunicazione | per uno o più gruppi omogenei o | per tutti | o |
| procedure specifiche per il miglioramento organizzativo | per uno o più gruppi omogenei o | per tutti | o |
| interventi tecnici (ambientali, impiantistici, macchine ecc.)altri interventi (specificare) | per uno o più gruppi omogenei o | per tutti | o |

Gli interventi effettuati sono risultati efficaci nel ridurre il rischio ? si o no o

**SE SI**

**Con quale modalità e dopo quanto tempo è stata valutata l’efficacia degli interventi (es. rivalutando quali eventi sentinella e quali fattori di contesto e di contenuto lavorativo)**

 \_ \_ \_

 \_ \_ \_ \_\_

**SE NO PROSEGUIRE CON**

***Valutazione approfondita***

**Valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori** effettuata con:

o incontri di gruppo (riunioni, gruppi di attenzione, focus-group) evidenziando i fattori organizzativi critici percepiti

o colloquio/intervista semistrutturata con i lavoratori

o questionari sulla percezione dello stress lavoro-correlato

*specificare gestiti da chi, e quali argomenti sono stati trattati*

Nel caso siano stati utilizzati questionari\* indicare le dimensioni indagate: o valutazione delle dimensioni lavorative / organizzative critiche percepite o altro (es. valutazione dei disturbi di salute, delle risorse personali ecc.)

*\*specificare quale /quali questionari sono stati utilizzati*

La valutazione della percezione soggettiva è stata effettuata su tutti i lavoratori o su un campione rappresentativo? Specificare:

D tutti i lavoratori

D campione rappresentativo di tutta l’azienda ( indicare la % dei lavoratori coinvolti) %

D gruppo omogeneo (es. reparto, turnisti ecc.) indicando quale/i

***NB. Nelle imprese che occupano fino a 5 lavoratori, in luogo dei predetti strumenti di valutazione approfondita, il datore di lavoro può scegliere di utilizzare modalità di valutazione (es. riunioni affidate a RSPP e/o Medico Competente e/o specialisti ) che garantiscano il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni e nella verifica della loro efficacia.***

***Sono state utilizzate le modalità di valutazione approfondita sopra citate ?*** si o no o

Se si, specificare:

***All’esito della valutazione sono stati individuati dei possibili interventi di riduzione e/o gestione del rischio?***

si o no o

|  |  |
| --- | --- |
| ***Se si, quali interventi sono stati programmati ?*** |  |
| percorsi formativi | per uno o più gruppi omogenei | o | per tutti | o |
| miglioramento del sistema di comunicazione | per uno o più gruppi omogenei | o | per tutti | o |
| procedure specifiche per il miglioramento organizzativo | per uno o più gruppi omogenei | o | per tutti | o |
| interventi tecnici (ambientali, impiantistici, macchine ecc.) | per uno o più gruppi omogenei | o | per tutti | o |

misure di supporto individuale e/o di gruppo (sportello, counseling, eventuale sorveglianza sanitaria di gruppi a

rischio, supporto psicologico ecc.); indicare gli eventuali interventi programmati.

altri interventi (specificare)

***E’ stata indicata la tempistica (inizio/termine previsto) e le figure responsabili della realizzazione delle misure sopra indicate?*** (Art. 28 comma 2 lett. d)

si o no o

Se si, indicare per ogni tipologia di intervento la tempistica programmata e il responsabile dell’attuazione

**Programma di monitoraggio nel tempo**

***In base agli esiti della valutazione del rischio sono state programmate azioni di monitoraggio nel tempo ?***

si o no o

Se si, indicare con quali modalità, strumenti e periodicità:

**N.B.** Come indicato dalla Commissione Consultiva, le valutazioni del rischio da stress lavoro-correlato completate prima del 01/01/2011 sono da considerarsi valide purché rispettino i criteri e i metodi indicati dalla Commissione stessa.

**E’ il caso di questa Azienda ?** si o no o

**RISULTATO SU VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Se hai almeno il 90% si “SI” nella scheda il tuo RLS ha effettuato un buon lavoro, contrariamente con i tuoi colleghi UILPA, senza colpevolizzarlo, consegnagli la scheda e chiedi che vengano attivati i necessari correttivi