

**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE:  
STRESS LAVORO-CORRELATO**

AZIENDA Executive S.p.A. Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO Via Elettrochimica 36/B e Brodolini n° 51/53 Lecco COMUNE \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
SETTORE Commercio 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° lavoratori atipici

**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:  
✓ RSPD  **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 .....

→ Sono 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:

✓ dirigenti  SI  NO  NON PERTINENTE

✓ preposti  SI  NO  NON PERTINENTE

✓ lavoratori  SI  NO

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

*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  no

#### **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  no
- uno o più riunioni specifiche convocate dal Datore di Lavoro si  no
- altro, specificare \_\_\_\_\_

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

- solo team interno  team interno & consulenza esterna  solo consulenza esterna  
 altro, specificare \_\_\_\_\_

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

- Responsabile SPP si  no
- Medico Competente si  no
- RLS si  no
- 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  in corso  no   
L'RSPP è stato formato in modo specifico sul tema stress lavoro-correlato si  in corso  no   
Il MC ha documentato partecipazione a corsi specifici sullo stress lavoro-correlato si  in corso  no   
Il management (datore lavoro, dirigenti/preposti) ha effettuato corsi sul rischio da stress lavoro-correlato si  in corso  no

*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  no

Sede Legale: Monza 20900 viale Elvezia, 2 – tel. 039 23841 – [www.aslmonzabrianza.it](http://www.aslmonzabrianza.it) - C.F. / P. IVA 02734330968



Se sì, 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

sì

no

Dopo la valutazione

sì  in corso

no  (Art. 36 comma 2)

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

è stata conclusa

è in corso

## Valutazione preliminare

### Rilevazione di indicatori oggettivi

**Effettuata da:**  
**(specificare)** \_\_\_\_\_

Sono stati raccolti:

Eventi sentinella relativi agli ultimi \_\_\_\_\_ anni (indicare quali): \_\_\_\_\_

Fattori di contenuto del lavoro (indicare quali): \_\_\_\_\_

Fattori di contesto del lavoro(indicare quali): \_\_\_\_\_

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 ?**

sì

no

**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)**

sì

no

**Se sì**      tutti i lavoratori                       un campione rappresentativo                       solo il/gli RLS   
Modalità: (specificare) \_\_\_\_\_

La rilevazione degli indicatori oggettivi è stata effettuata tramite:

La compilazione di liste di controllo (indicare quali)

---

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

L'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:

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

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

si                       no

(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?**

si                       no

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

si                       no

Con quale periodicità? (specificare) \_\_\_\_\_

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

si                       no

**Se sì, quali interventi sono stati programmati?**

percorsi formativi	per uno o più gruppi omogenei <input type="checkbox"/>	per tutti <input type="checkbox"/>
miglioramento del sistema di comunicazione	per uno o più gruppi omogenei <input type="checkbox"/>	per tutti <input type="checkbox"/>
procedure specifiche per il miglioramento organizzativo	per uno o più gruppi omogenei <input type="checkbox"/>	per tutti <input type="checkbox"/>
interventi tecnici (ambientali, impiantistici, macchine ecc.)	per uno o più gruppi omogenei <input type="checkbox"/>	per tutti <input type="checkbox"/>
altri interventi (specificare)		

Gli interventi effettuati sono risultati efficaci nel ridurre il rischio ?

si                       no

**SE SÌ**

**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:

- incontri di gruppo (riunioni, gruppi di attenzione, focus-group) evidenziando i fattori organizzativi critici percepiti
- colloquio/intervista semistrutturata con i lavoratori
- 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:

- valutazione delle dimensioni lavorative / organizzative critiche percepite
- altro (es. valutazione dei disturbi di salute, delle risorse personali ecc.)

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

