



# SCHEDA AUTOVALUTAZIONE

## I. Sezione I ANAGRAFICA

Anagrafica azienda			
Nome azienda:			
Partita IVA:			
Codice ATECO:			
Codice Fiscale			
Forma Giuridica	S.p.A. <input type="checkbox"/> S.r.l. <input type="checkbox"/> S.r.l.s <input type="checkbox"/> S.n.c. <input type="checkbox"/> S.c.a.r.l. <input type="checkbox"/> S.a.s. <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____		
Sede Legale			
Indirizzo:	Comune:		
Telefono:	Prov.	Cap	
E-mail: _____ @	PEC:	_____ @	
Dati sede operativa			
Indirizzo	Comune	Prov.	Cap
Indirizzo	Comune	Prov.	Cap
Indirizzo	Comune	Prov.	Cap
DATI REFERENTE AZIENDALE (per la compilazione della presente scheda)			
Nominativo	Ruolo		
E-mail: _____ @	Telefono		

## II. Sezione II ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Macrosettore: \_\_\_\_\_ Come comunicato da INAI

Struttura aziendale:	Multisito <input type="checkbox"/>	Monosito <input type="checkbox"/>		
Classe effettiva:	6/9 dip <input type="checkbox"/>	10/249 dip <input type="checkbox"/>	250/999 dip <input type="checkbox"/>	> 1000 dip <input type="checkbox"/>

### DATORE DI LAVORO

Nominativo	Qualifica
E-mail: @	Telefono
Luogo e data di nascita	

### DATI RSPP

Ruolo svolto direttamente dal DDL <input type="checkbox"/>	RSPP interno <input type="checkbox"/>	RSPP esterno <input type="checkbox"/>
Nominativo	Qualifica	
E-mail: @	Telefono	

### DATI RLS: N totale |\_|\_|

Aziendali <input type="checkbox"/>	Di sito produttivo <input type="checkbox"/>	Non nominati <input type="checkbox"/>	Territoriale <input type="checkbox"/>
Nominativi			
E-mail:		E-mail:	
E-mail:		E-mail:	

### DATI MEDICO COMPETENTE

Nominato <input type="checkbox"/>	Non nominato <input type="checkbox"/>
Nominativo	
E-mail: @	Telefono
Il medico competente ha definito il protocollo di sorveglianza sanitaria	

### Lavoratori : N totale |\_|\_|\_|\_|

Lavoratori dipendenti (Tempo indeterminato)	Uomini  _ _ _ _  Donne  _ _ _ _
Lavoratori dipendenti (Tempo determinato)	Uomini  _ _ _ _  Donne  _ _ _ _
Lavoratori con contratto atipico (Parasubordinati)	Uomini  _ _ _ _  Donne  _ _ _ _
Lavoratori con cittadinanza straniera	U.E. U.  _ _ _ _  D.  _ _ _ _  Extra U.E. U.  _ _ _ _  D.  _ _ _ _
Altro .....	Uomini  _ _ _ _  Donne  _ _ _ _

### Organigramma

È stato redatto e pubblicizzato l'organigramma aziendale della sicurezza?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se sì con quali modalità:		

### Sorveglianza Sanitaria





Con quali procedure i lavoratori accedono alla visita periodica o a visita medica su richiesta:

### III. Sezione III ALTRE AZIENDE/ALTRE COOPERATIVE

		SI	No
1	Operano nell'Organizzazione altre aziende/cooperative?		
2	Se sì, quante sono? (indica il numero)		
3	Sono note all'Organizzazione le tipologie di contratto che le aziende/cooperative applicano ai lavoratori?		
4	Se sì, operano in regime di appalto?		
5	L'Organizzazione richiede alle aziende/cooperative che operano al suo interno l'adozione dei principi di responsabilità sociale di impresa e sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro ?		
6	Operano nell'Organizzazione altre aziende/cooperative che svolgono attività di tipo assistenziale o sanitaria?		
7	Se sì, quante sono ?		
8	Le aziende/cooperative che svolgono attività assistenziale o sanitaria, gestiscono in maniera autonoma almeno un reparto/unità/modulo?		
9	I dipendenti delle aziende/cooperative che svolgono attività assistenziale o sanitaria nell'Organizzazione sono in numero definito? (es. 10 presso il reparto A; 2 nel reparto B )		
10	Quali altre attività svolgono le aziende/cooperative all'interno dell'Organizzazione? (es. gestione mensa, pulizie) _____ _____		
11	Sono note all'Organizzazione i dati delle suddette aziende/cooperative? (Es. ragione sociale, PEC, Recapito Tel, n° di addetti che operano nell'organizzazione)		
12	E' stato realizzato il DUVRI (Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza)?		

### IV. Sezione IV DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI

#### ○ Fase Preliminare

	SI	NO
 Il datore di lavoro ha redatto il documento di valutazione dei rischi(D.V.R.) con i contenuti previsti dall'art. 28 co. 2 del D. Lgs. 81/2008 ?		
 È stata effettuata la valutazione del rischio da stress lavoro correlato?		
L'azienda ha intrapreso attività di informazione rivolta a tutti i lavoratori al momento della valutazione Slc?		
Se sì: <input type="checkbox"/> Distribuzione di materiale informativo <input type="checkbox"/> Riunione	<input type="checkbox"/> Intranet aziendale <input type="checkbox"/> Bacheca <input type="checkbox"/> Altro: _____	
 Gli rls sono stati preventivamente consultati e coinvolti per la valutazione del rischio Slc		
 Se sì come: Inserimento nel gruppo di valutazione <input type="checkbox"/> Coinvolgimento in riunioni ad hoc <input type="checkbox"/>		
Altro (specificare):		

**Indicare le figure che hanno partecipato alla valutazione del rischio slc:(È possibile barrare più voci)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Datore di lavoro o suo delegato | <input type="checkbox"/> Referente risorse umane                                       |
| <input type="checkbox"/> RSPP                            | <input type="checkbox"/> Dirigenti/preposti  |
| <input type="checkbox"/> Medico competente               | <input type="checkbox"/> Altre figure interne (specificare): _____                     |
| <input type="checkbox"/> Psicologo interno               | <input type="checkbox"/> Altri consulenti esterni (specificare): _____                 |
| <input type="checkbox"/> Psicologo esterno               | <input type="checkbox"/> Referente altri uffici competenti (qualità, formazione, etc.) |
| <input type="checkbox"/> RLS                             | specificare: _____   |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori (diversi da RLS)     | _____  |

**Delle figure barrate indicare il ruolo effettivo che hanno ricoperto**

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

**Quali fasi della valutazione del rischio slc sono state espletate dall'azienda alla data dell'autovalutazione ?**

- ☐ Prima valutazione preliminare 
- ☐ Azioni correttive a seguito della valutazione preliminare
- ☐ Verifica dell'efficacia delle azioni correttive introdotte a seguito della valutazione preliminare 
- ☐ Valutazione approfondita
- ☐ Azioni correttive a seguito della valutazione approfondita
- ☐ Verifica dell'efficacia delle azioni correttive introdotte a seguito della valutazione approfondita
- ☐ Aggiornamento delle valutazione preliminare

**Indicare quale metodologia/strumento è stata/o adottata/o per effettuare la valutazione del rischio slc:**

- ☐ ISPESL Network 2010
- ☐ ISPESL HSE 2010
- ☐ Metodo INAIL
- ☐ Metodo Regione Toscana
- ☐ Metodo Aziende 30 Lavoratori Verona
- ☐ Metodo FIASO - Aziende Sanitarie
- ☐ Altro - specificare: \_\_\_\_\_

**Nel caso di azienda multi-sito, la valutazione preliminare è stata effettuata:**

Unica per tutta l'azienda	SI	NO
Specifica per aree territoriali	SI	NO
Specifica per partizioni organizzative/gruppi omogenei	SI	NO

**IN GENERALE SI PUO' DIRE CHE:**

La valutazione preliminare prende in esame gli eventi sentinella?		
I dati degli eventi sentinella sono disaggregati per gruppi omogenei		
La valutazione preliminare prende in esame i fattori di contenuto e contesto del lavoro?		
Gli rls e/o i lavoratori sono stati sentiti nella valutazione preliminare		
In quanti gruppi omogenei è articolata la valutazione (indica il numero)	N° _____	
Quale criterio è stato utilizzato per individuare i gruppi omogenei:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

**Specificare l'esito della valutazione preliminare:**

Rischio stress lavoro correlato non rilevante per tutta l'azienda	SI	NO
Rischio stress lavoro correlato presente in almeno 1 gruppo omogeneo	SI	NO
Se sono emersi elementi di rischio, è stato elaborato un programma di interventi correttivi ?	SI	NO

○ Fase Approfondita

	Si	No
È stata effettuata o risulta in corso la valutazione approfondita?		



**Se sì, indicare quali metodologie/strumenti sono stati adottati per effettuare la valutazione approfondita del rischio slc: (è possibile barrare più voci)**

Questionario (indica il nome dello strumento) _____	
Focus Group	
Intervista semi-strutturata	
Riunione con tutti i lavoratori (aziende fino a 5 dipendenti).	

La valutazione approfondita è stata effettuata: (Se la condizione è differente a seconda del gruppo omogeneo, è possibile barrare più voci)

In quanto le misure correttive adottate in seguito alla valutazione preliminare si sono rivelate inefficaci.

A seguito della valutazione preliminare che abbia identificato condizioni di SLC, per consentire con maggior precisione l'identificazione delle misure correttive da adottare (INTERPELLO 5/2012).

In modo volontario (l'azienda ha scelto di effettuarla in aggiunta alla valutazione preliminare anche se questa non ha rilevato condizioni di rischio).

Per disaccordo emerso nella valutazione preliminare in relazione alla rilevazione dei fattori di contesto e contenuto.

Al posto della valutazione preliminare osservazionale per i fattori di contesto e contenuto.



**CHI HA RIGUARDATO LA VALUTAZIONE APPROFONDITA?**

Tutti i lavoratori	
Un campione rappresentativo di tutta l'azienda (indicare la % dei lavoratori coinvolti)	%
Solo alcuni gruppi omogenei	
In caso di valutazione approfondita rivolta solo ad alcuni gruppi omogenei, specificare quanti	
Quali _____	
_____	
_____	

**SPECIFICARE L'ESITO DELLA VALUTAZIONE APPROFONDITA:**

	SI	NO
Rischio stress lavoro correlato non rilevante per tutta l'azienda		
Rischio stress lavoro correlato in almeno 1 gruppo di lavoratori		
La valutazione approfondita ha confermato l'esito della valutazione preliminare?		
Sono attuate o individuate misure atte a contrastare/eliminare il rischio slc?		

#### PROGRAMMA DI MONITORAGGIO NEL TEMPO:



	SI	NO
E' stata indicata la tempistica (inizio/termine previsto) e le figure responsabili della realizzazione delle misure		
È stata effettuata la verifica di efficacia delle misure adottate a seguito della valutazione del rischio slc?		
In base agli esiti della valutazione del rischio sono state programmate le azioni di monitoraggio nel tempo		
Se si		
<b>a)</b> con quali metodi:		
<b>b)</b> con quali strumenti		

#### ATTUAZIONE DELLE BUONE PRATICHE:

Nel Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per il rischio SLC nel comparto sanità è stato redatto un Documento sulle buone pratiche per la riduzione del rischio SLC nel comparto sanità.

Tale Documento è stato presentato nei seminari di avvio del PMP ed è inoltre pubblicato sul sito dell'ATS e delle ASL.

Questa sessione ha l'obiettivo di verificare quali buone pratiche è stato possibile attuare, in caso negativo, quali sono stati i problemi per la loro attuazione.

	SI	NO
E' stato possibile attuare le misure di prevenzione e gestione del rischio indicate nella fact-sheet relativa allo SLC nel comparto sanità del progetto CCM2016 SLC		
Nella valutazione del rischio SLC è stato possibile integrare le check-list INAIL con le proposte messe a punto dall'Università di Bologna per la valutazione dello SLC?		
Nella valutazione del rischio SLC sono state di ausilio le good-practice indicate nello studio effettuato dalla ASL di Brescia nelle RSA?		
Nella eventuale predisposizione delle azioni di prevenzione e di miglioramento del rischio SLC sono state di ausilio le schede predisposte dalla ASL di Brescia sui principali fattori di rischio stress nelle RSA?		
Nella eventuale predisposizione delle azioni di prevenzione e di miglioramento del rischio SLC sono state di ausilio le schede predisposte dalla ASL di Monza e Brianza relative in particolare ai principali fattori di rischio, ai sintomi personali e aziendali e alle azioni aziendali e personali nelle RSA?		
E' stato possibile utilizzare le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità per la gestione del rischio SLC nel periodo Covid?		
Sono stati attuati altri accorgimenti per ridurre il rischio SLC? Se si quali?		

## CONCLUSIONI

Dopo l'utilizzo della presente autovalutazione, è previsto un aggiornamento del documento di valutazione rischi?

Sì ☐

No ☐

Non necessario ☐

Se Sì, con che metodi e strumenti e su quali punti del percorso:

---

---

---

---

### Legenda simboli



Buone pratiche



Adempimento minimo Obbligatorio