Scheda autovalutazione 

1. **Sezione I ANAGRAFICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anagrafica azienda | | | | | |
| Nome azienda: |  | | | | |
| Partita IVA: |  | | | | |
| Codice ATECO: |  | | | | |
| Codice Fiscale |  | | | | |
| Forma Giuridica | S.p.A. S.r.l. S.r.l.s S.n.c. S.c.a.r.l. S.a.s. Cooperativa 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 | | |

1. **Sezione II OGANIZZAZIONE AZIENDALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Macrosettore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Come comunicato da INAIL | | | |
|  | | |
| Struttura aziendale: | Multisito Monosito | | |
| Classe effettiva: | 6/9 dip 10/249 dip 250/999 dip > 1000 dip | | |
| DATORE DI LAVORO | | | |
| Nominativo | | Qualifica | |
| E-mail: @ | | Telefono | |
| Luogo e data di nascita | | | |
| DATI RSPP | | | |
| Ruolo svolto direttamente dal DDL RSPP interno RSPP esterno | | | |
| Nominativo | | Qualifica | |
| E-mail: @ | | Telefono | |
| DATI RLS: N totale |\_|\_| | | | |
| Aziendali Di sito produttivo Non nominati Territoriale | | | |
| Nominativi | | | |
|  | | | |
| E-mail: E-mail: | | | |
| E-mail: E-mail: | | | |
| DATI MEDICO COMPETENTE | | | |
| Nominato Non nominato | | | |
| Nominativo | | | |
| E-mail: @ | | Telefono | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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.|\_|\_| |
|  | |

1. **Sezione III ALTRE AZIENDE/ALTRE COOPERATIVE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | SI | No |
| 1 | Operano nell’Organizzazione altre aziende/cooperative? |  |  |
| 2 | Se si, quante sono? (indica il numero) |  | |
| 3 | Sono note all’Organizzazione le tipologie di contratto che le aziende/cooperative applicano ai lavoratori? |  |  |
| 4 | Se si, 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 si, 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)? |  |  |

1. **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 si:   Distribuzione di materiale informativo   Riunione |  Intranet aziendale   Bacheca   Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Gli rls sono stati preventivamente consultati e coinvolti per la valutazione del rischio Slc | |  |  | |
| Se si come: | | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Indicare le figure che hanno partecipato alla valutazione del rischio slc:*(È possibile barrare più voci)* | |
| Datore di lavoro o suo delegato  RSPP  Medico competente  Psicologo interno   Psicologo esterno  RLS  Lavoratori (diversi da RLS) | Referente risorse umane  Dirigenti/preposti  Altre figure interne (specificare):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Altri consulenti esterni (specificare):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Referente altri uffici competenti (qualità, formazione, etc.) specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 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 |

|  |
| --- |
| * 1. Indicare quale metodologia/strumento è stata/o adottata/o per effettuare la valutazione del rischio slc:   2. *(è possibile barrare più voci)* |
| 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 multisito, la valutazione preliminare è stata effettuata: | SI | NO |
| Unica per tutta l’azienda |  |  |
| Specifica per aree territoriali |  |  |
| Specifica per partizioni organizzative/gruppi omogenee |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | SI | NO | |
| 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°\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |



* **Fase Approfondita**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| Se si, 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 *(INTERPELLO5/2012).* |  |
| 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'ESITODELLAVALUTAZIONEAPPROFONDITA: | | |
|  | SI | NO |
| Rischio stress lavoro correlato non rilevante per tutta l’azienda |  |  |
| Rischio stress lavoro correlato in almeno 1 gruppo di lavoratori |  |  |
| * 1. La valutazione approfondita ha confermato l’esito della valutazione preliminare? |  |  |
| * 1. Sono attuate o individuate misure atte a contrastare/eliminare il rischio slc? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROGRAMMA DI MONITORAGGIO NEL TEMPO: | | |
|  | SI | NO |
| * 1. 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   1. con quali metodi: | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. 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 ASSL.  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?

Si  No Non necessario 

Se SI, con che metodi e strumenti e su quali punti del percorso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legenda simboli

 Buone pratiche

**** Adempimento minimo Obbligatorio