

## MODULO DI ADESIONE VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS

**INVIARE ALLO STUDIO MANDELLI**  
**VIA FAX: 0331 598444**  
**VIA EMAIL: [barbara@studiomandelli.net](mailto:barbara@studiomandelli.net)**  
**PER POSTA: STUDIO MANDELLI, VIA XX SETTEMBRE 120 – 20025 LEGNANO MI**

**I MODULI CHE NON RIPORTANO I DATI DEL PAGAMENTO  
NON VERRANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE**

NOME DELL'AZIENDA		
PARTITA IVA	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO		
CAP	CITTA'	PROV.
INDIRIZZO E-MAIL		
TEL.	FAX.	CELL.
BONIFICO EFFETTUATO IN DATA	NUMERO CRO	

Coordinate bancarie: Studio Mandelli, Banca Popolare di Milano agenzia di Gerenzano,  
**IBAN: IT47P055845028000000000169**

Lo Studio Mandelli **non** si assume responsabilità in caso di ritardi e/o errori nella stesura del documento qualora le tabelle vengano da noi ricevute:

- incomplete;
- non corrette.

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO

### TABELLA CALCOLO STRESS LAVORO-CORRELATO

Compilare ed inviare via fax (0331598444), email (barbara@studiomandelli.net) oppure posta/consegna a mano in via XX Settembre 120, Legnano

Azienda: \_\_\_\_\_ Comparto: \_\_\_\_\_

Data inizio attività dell'azienda: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N. lavoratori: \_\_\_\_\_

	PARAMETRO	NA	ND	VAM1 2009	VCM1 2009	VAM3		
						2006	2007	2008
01	Tasso aziendale assenteismo per malattia							
02	Tasso assenze per malattia per lavoratore							
03	Turn-over aziendale							
05	Tasso infortuni ripetuti sul totale infortuni							
06	Tasso richieste di cambio/spostamento							
07	Tasso provvedimenti, sanzioni, conflitti							
08	Tasso segnalazioni di stress dal medico							
09	Media ferie non godute							
10	Tasso richieste visite mediche straordinarie							
11	Tasso informazione, formazione, addestramento							
12	Rapporto ore formazione / ore lavoro							

**NA:** non applicabile in base alle normative vigenti.

**ND:** non disponibile.

**VAM1:** valore attuale del parametro aziendale riferito all'anno 2009.

**VCM1:** valore attuale del parametro di comparto (dati disponibili presso INAIL, ISTAT, Associazioni di categoria, Camera di Commercio ecc.) riferito all'anno 2009. Se sono presenti questi dati NON compilare le colonne VAM3.

**VAM3:** valore medio del parametro aziendale, riferito al triennio 2006 – 2008. Da compilare solo se non è possibile inserire i dati in VCM1.

**01:** % di giorni di assenza di malattia su tot. giorni lavorati. NO maternità, allattamento, congedi par. e matr.

**02:** media assenze per malattia: totale giorni assenza /diviso/ numero lavoratori. NO maternità ecc.

**03:** rapporto tra personale in entrata e personale in uscita.

**05:** % di lavoratori che hanno subito più infortuni rispetto al numero totale di infortunati.

**06:** % di richieste spostamento reparto o cambio mansione sul totale lavoratori.

**07:** % di provvedimenti, sanzioni, conflitti segnalati sul totale lavoratori.

**08:** % di segnalazioni dal medico di situazioni di stress sulla media dei lavoratori del periodo.

**09:** media delle giornate di ferie non godute.

**10:** % di richieste di visita medica straordinaria sulla media dei lavoratori del periodo.

**11:** % di lavoratori che ha effettuato inf. form. addestr. sulla media dei lavoratori. Per VAM3: sul totale.

**12:** % di ore formazione sul totale ore lavorate.

**ANALISI STATISTICA DEGLI INFORTUNI AGGIORNATA AL 31/12/2009**

Compilare ed inviare via fax (0331598444), email (barbara@studiomandelli.net) oppure  
posta/consegna a mano in via XX Settembre 120, Legnano

	2006	2007	2008	2009	TOTALE
Numero ore-anno lavorate da dipendenti per i quali ricorre l'obbligo di assicurazione INAIL					
Numero totale infortuni denunciati all'INAIL					
Numero infortuni denunciati all'INAIL con inabilità lavorativa da 1 a 3 giorni, escluso quello dell'infortunio					
Numero di giornate di inabilità temporanea relative ai casi con inabilità >3 gg per i quali vige l'obbligo di denuncia all'INAIL					

**Sede lesione**

	2006	2007	2008	2009
testa				
occhi				
tronco				
arti superiori				
mani				
arti inferiori				
pedi				
organi interni				

**Tipo di lesione**

	2006	2007	2008	2009
tagli				
abrasioni				
contusioni				
distorsioni				
corpi estranei				
fratture				
strappi				
ustioni				
detroncazioni				
incidente stradale				

### INFORMAZIONI GENERALI SULL'AZIENDA

Compilare ed inviare via fax (0331598444), email (barbara@studiomandelli.net) oppure posta/consegna a mano in via XX Settembre 120, Legnano

Esposizione al rumore > 85 dB(A)	SI	NO	
Rischio chimico	SI	NO	
Esposizione a vibrazioni meccaniche sistema corpo intero > 0,5 m/s <sup>2</sup>	SI	NO	
Esposizione a vibrazioni meccaniche sistema mano- braccio > 2,5 m/s <sup>2</sup>	SI	NO	
L'attività prevede esposizione a microclima sfavorevole?	SI	NO	
L'attività prevede lunghi spostamenti rispetto all'attività lavorativa?	SI	NO	
L'attività si svolge su turni?	SI	NO	
L'attività comporta movimenti ripetitivi agli arti superiori?	SI	NO	
L'attività comporta attività con il pubblico?	SI	NO	
I lavoratori hanno orario flessibile?	SI	NO	
I lavoratori hanno possibilità di permessi?	SI	NO	
Sono a disposizione i Dispositivi di Protezione Individuale?	SI	NO	Non applicabile
La cartellonistica è chiara ed immediata?	SI	NO	Non applicabile
L'illuminazione è adeguata?	SI	NO	
Cognome e nome DATORE DI LAVORO:			
Cognome e nome RSPP:			Non nominato
Cognome e nome RLS(T)			Non nominato
Cognome e nome Medico Competente			Non presente

## TEST PER LA VALUTAZIONE SOGGETTIVA DEL RISCHIO STRESS

*Il test, in forma anonima, deve essere compilato da tutti i lavoratori. Una volta compilato piegarlo in 4 parti, inserirlo in una busta e far pervenire la busta allo Studio Mandelli, via posta o consegna a mano, in via XX Settembre 120, Legnano*

Data compilazione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome azienda: \_\_\_\_\_

Mansione svolta: \_\_\_\_\_

1. Come giudichi l'organizzazione interna aziendale?

Pessima	Carente	Parzialmente sufficiente	Sufficiente	Buona	Ottima
---------	---------	--------------------------	-------------	-------	--------

2. Come giudichi i rapporti con i tuoi colleghi?

Pessimi	Carenti	Parzialmente sufficienti	Sufficienti	Buoni	Ottimi
---------	---------	--------------------------	-------------	-------	--------

3. Come giudichi il tuo ambiente di lavoro?

Pessimo	Carente	Parzialmente sufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
---------	---------	--------------------------	-------------	-------	--------

4. Come giudichi il tuo carico di lavoro?

Eccessivo	Conforme	Basso
-----------	----------	-------

5. Come giudichi il tuo livello di soddisfazione nei confronti del lavoro svolto?

Pessimo	Carente	Parzialmente sufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
---------	---------	--------------------------	-------------	-------	--------

6. Condividi i valori dell'azienda?

Per niente	Poco	Abbastanza	Sì
------------	------	------------	----

7. Riesci a trarre soddisfazione dal lavoro che svolgi?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
------------	------	------------	-------

8. L'azienda ha investito in formazione, informazione, addestramento?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
------------	------	------------	-------

9. Il tuo lavoro può essere considerato "vario"?

Per niente	Poco	Abbastanza	Sì
------------	------	------------	----

10. Il tuo grado di autonomia (libertà/indipendenza) in azienda è?

Pessimo	Carente	Parzialmente sufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
---------	---------	--------------------------	-------------	-------	--------

11. Come giudichi il riconoscimento dei meriti all'interno dell'azienda?

Pessimo	Carente	Parzialmente sufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
---------	---------	--------------------------	-------------	-------	--------