

# Intervista

per la rilevazione del mobbing

Data

Rif. cartella n°

## SEZ. A - PROFILO ANAGRAFICO INDIVIDUALE

### A1 - DATI ANAGRAFICI

Cognome

Nome

Nato il

a

Nazionalità

Comune di residenza

Prov.

Domicilio

CAP.

Tel. ab.

Tel. uff.

Tel. cell.

### A2 - SCOLARITÀ

Licenza elementare

Media inferiore

Diploma (specificare)

Laurea (specificare)

Specializzazione post-università (specificare)

### A3 - ATTIVITÀ LAVORATIVA

Professione

Azienda/Ente/Istituto presso cui lavora

Sede di

Modalità di invio

### A4 - STATO CIVILE

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Convivente

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

### A5 - FIGLI

SI

NO

Se SI numero dei figli

Altre persone conviventi

## SEZ. B - PROFILO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

### B1 - NATURA GIURIDICA DELL'AZIENDA IN CUI LAVORA

Pubblica  Privata  Non-profit  Altro (specificare)

### B2 - NEL CASO DI SETTORE PUBBLICO INDICARE IL COMPARTO

Sanità  Scuola  Università  Enti locali  Regione  Stato  Az. Pubblica

Amministrazioni pubbliche diverse (specificare)

### B3 - NEL CASO DI SETTORE PRIVATO E/O NON-PROFIT INDICARE IL COMPARTO

Agricoltura  Industria  Commercio  Artigianato  Edilizia

Credito/Assicurazioni  Servizi (specificare)

### B4 - NEL CASO DI SETTORE PRIVATO E/O NON-PROFIT INDICARE LA TIPOLOGIA DELL'AZIENDA

Azienda Multinazionale  Azienda Nazionale  Azienda a rilevanza locale

Altro (specificare)

### B5 - NUMERO APPROSSIMATIVO DEI DIPENDENTI DELL'AZIENDA IN CUI LAVORA

fino a 15  da 16 a 36  da 37 a 100

oltre i 100  Azienda a conduzione familiare

B6 - SETTORE/SERVIZIO/REPARTO/GRUPPO NEL QUALE LAVORA (specificare)

numero di colleghi che lavorano nel suo settore/servizio/reparto

### B7 - PROFILO (QUALIFICA/FUNZIONE/LIVELLO)

Settore Pubblico: Ausiliario esecutore  Impiegato  Funzionario  Dirigente

Settore Privato: Operaio  Impiegato  Quadro  Dirigente

Altro (specificare)

B8 - ANZIANITÀ DI SERVIZIO COMPLESSIVA  (indicare in anni)

# intervista

B9 - ANZIANITÀ DI SERVIZIO RAGGIUNTA NELL'AZIENDA ATTUALE  (indicare in anni)

B10 - ANZIANITÀ RAGGIUNTA NELLA QUALIFICA ATTUALE  (indicare in anni)

B11 - NEGLI ULTIMI TEMPI L'AZIENDA PRESSO CUI LAVORA HA SUBITO CAMBIAMENTI?

SI  NO

Se SI di che genere: Ristrutturazione  Privatizzazione  Cambiamento del management

Vendita  Fusione  Altro (specificare)

B12 - NEGLI ULTIMI IL SETTORE/SERVIZIO/REPARTO /GRUPPO/ IN CUI LAVORA HA SUBITO CAMBIAMENTI?

SI  NO

B13 - NEGLI ULTIMI TEMPI NELLA SUA AZIENDA CI SONO STATE NUOVE ASSUNZIONI?

SI  NO  Se SI con: Contratti di formazione  Contratto a tempo determinato

Contratti part-time  Contratto a tempo indeterminato

Altro (specificare)

B14 - RITIENE CHE NEI PROSSIMI TRE ANNI CI POSSANO ESSERE, IN GENERALE, DEI RISCHI OCCUPAZIONALI?

SI  NO

## SEZ. C - ATTIVITÀ LAVORATIVA PREGRESSA

All'interno della stessa azienda:

Altre attività svolte:

## SEZ. D - PERCEZIONE DEL RUOLO LAVORATIVO

D1 - GENERALMENTE È A CONOSCENZA DEI PROGRAMMI DELLA SUA AZIENDA?

SI  NO

D2 - GENERALMENTE È A CONOSCENZA DEI PROGRAMMI DEL SETTORE/SERVIZIO/REPARTO/GRUPPO IN CUI LAVORA?

SI  NO

D3 - RITIENE ADEGUATO IL SISTEMA DI COMUNICAZIONE DELLA SUA AZIENDA?  
(scambio di informazioni, indicazione operative ecc.)

SI  NO

D4 - COME GIUDICA I RAPPORTI CHE HA CON I SUPERIORI?

Collaborativi  Buoni  Essenziali  Conflittuali  Inesistenti

Altro (specificare)

D5 - COME GIUDICA I RAPPORTI CHE HA CON I SUOI COLLEGHI?

Collaborativi  Buoni  Essenziali  Conflittuali  Inesistenti

Altro (specificare)

D6 - NEGLI ULTIMI ANNI IL SUO LAVORO LE HA COMPORTATO QUALCHE CAMBIAMENTO?

Trasferimento in altra città  Cambiamento di sede  Cambiamento di reparto

Cambiamento di reparto  Cambiamento di mansione  Cambiamento del superiore

Nessun cambiamento  Altro (specificare)

Se SI specificare: quante volte e per quanto tempo

D7 - RITIENE LA MANSIONE CHE ATTUALMENTE SVOLGE:

Corrispondente alla sua attuale qualifica  Inferiore alla sua attuale qualifica

Superiore alla sua attuale qualifica  Attualmente non svolge alcuna mansione

D8 - REPUTA IL SUO ATTUALE CARICO DI LAVORO:

Adeguito                       Eccessivo                       Scarso                       Inesistente

Altro (specificare)

D9 - GIUDICA IL LAVORO CHE ATTUALMENTE SVOLGE:

Gratificante                       Frustrante                       Soddisfacente                       Alienante

Altro (specificare)

D10 - RITIENE CHE I SUOI SUPERIORI LE CONSENTANO DI SVOLGERE BENE I COMPITI A LEI AFFIDATI?

SI                       NO

D11 - RITIENE CHE LA SUA PROFESSIONALITÀ SIA ADEGUATAMENTE VALORIZZATA DAI SUOI SUPERIORI?

SI                       NO

D12 - RITIENE CHE LA SUA PROFESSIONALITÀ SIA ADEGUATAMENTE RICONOSCIUTA DAI SUOI COLLEGHI?

SI                       NO

D13 - RITIENE CHE I SUOI SUPERIORI RICONOSCANO ADEGUATAMENTE I RISULTATI DA LEI OTTENUTI?

SI                       NO

D14 - RITIENE DI ESSERE MAGGIORMENTE APPREZZATO DA:

Superiori     Collaboratori     Colleghi     Non si sente affatto apprezzato     Non so

D15 - RISPETTO AL LAVORO CHE SVOLGE SI DEFINIREBBE (massimo tre risposte):

Collaborativo                       Affidabile                       Insicuro                       Conformista                       Onesto

Competitivo                       Preparato                       Conflittuale                       Autonomo                       Scomodo

Creativo     Anti-conformista     Altro (specificare)



## SEZ. G - TIPOLOGIA DELLE AZIONI MOBBIZZANTI

HA MAI SUBÌTO UNA DELLE SEGUENTI SITUAZIONI?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Il suo superiore la ostacola frequentemente                         | <input type="checkbox"/> Viene criticato per il suo stile di vita  |
| <input type="checkbox"/> Il suo superiore non è disponibile ad ascoltarla                    | <input type="checkbox"/> Viene irriso per le sue convinzioni politiche o religiose                         |
| <input type="checkbox"/> Riceve frequenti richiami   | <input type="checkbox"/> Le è impedita ogni autonomia nello svolgimento dei suoi compiti                   |
| <input type="checkbox"/> Riceve spesso critiche sul lavoro che svolge                        | <input type="checkbox"/> Solo Lei è costretto a seguire delle specifiche procedure lavorative              |
| <input type="checkbox"/> Subisce spesso critiche sul suo comportamento                       | <input type="checkbox"/> Ha subito atti di violenza fisica   |
| <input type="checkbox"/> Riceve minacce verbali e/o scritte                                  | <input type="checkbox"/> Sono stati danneggiati oggetti di sua proprietà                                   |
| <input type="checkbox"/> Nota sguardi e gesti ostili   | <input type="checkbox"/> Vengono disattese le sue richieste scritte o verbali                              |
| <input type="checkbox"/> Fanno insinuazioni sul suo conto                                    | <input type="checkbox"/> I colleghi vengono istigati a comportamenti ostili nei suoi confronti             |
| <input type="checkbox"/> La sua postazione di lavoro è isolata dalle altre                   | <input type="checkbox"/> Il personale non collabora con lei  |
| <input type="checkbox"/> I colleghi non parlano con lei                                      | <input type="checkbox"/> Subisce frequenti provocazioni  |
| <input type="checkbox"/> Solitamente nessuno risponde alle sue domande                       | <input type="checkbox"/> I suoi subalterni non eseguono le sue disposizioni                                |
| <input type="checkbox"/> La ignorano sistematicamente  | <input type="checkbox"/> Viene rimproverato in presenza di colleghi, subalterni, utenti                    |
| <input type="checkbox"/> Non le viene affidato alcun carico di lavoro                        | <input type="checkbox"/> Viene accusato di errori anche non suoi   |
| <input type="checkbox"/> Le viene cambiato spesso il tipo di lavoro da effettuare            | <input type="checkbox"/> Non le vengono fornite informazioni necessarie allo svolgimento del suo compito   |
| <input type="checkbox"/> Viene destinato a lavori nocivi per la sua salute                   | <input type="checkbox"/> Non ottiene alcun avanzamento di carriera pur avendone diritto                    |
| <input type="checkbox"/> Le vengono affidati lavori che altri rifiutano di fare              | <input type="checkbox"/> Le viene precluso l'accesso alla formazione                                       |
| <input type="checkbox"/> Le vengono assegnati compiti non adeguati alle sue mansioni         | <input type="checkbox"/> Viene sottoposto a frequenti controlli  |
| <input type="checkbox"/> Vengono fatti pettegolezzi su di Lei                                | <input type="checkbox"/> La sua postazione di lavoro ha subito cambiamenti senza averla informata          |
| <input type="checkbox"/> Le vengono assegnati lavori che minano il concetto che Lei ha di sé | <input type="checkbox"/> Le sono state sottratte attrezzature necessarie allo svolgimento dei suoi compiti |
| <input type="checkbox"/> Si insinua che abbia problemi psicologici                           | <input type="checkbox"/> È stato costretto a frequenti spostamenti senza apparente motivo                  |
| <input type="checkbox"/> Viene preso in giro per le sue caratteristiche                      | <input type="checkbox"/> I risultati del suo lavoro sono stati modificati per screditarla                  |
| <input type="checkbox"/> Riceve continui 'inviti' a farsi curare da uno psichiatra           | <input type="checkbox"/> Ha difficoltà a fruire di congedi e/o permessi e/o malattia                       |
| <input type="checkbox"/> Si svalutano le sue prestazioni                                     | <input type="checkbox"/> Quando è in malattia è sottoposto a controlli esasperati                          |
| <input type="checkbox"/> Viene preso in giro per le sue origini                              |  |
| <input type="checkbox"/> Le sue iniziative vengono contestate o ignorate                     |  |

DA QUANTO TEMPO SUBISCE QUESTE AZIONI

Con quale frequenza: Ogni giorno  Almeno una volta a settimana  Più volte in un mese  Raramente

La persona dalla quale subisce o ha subito tali azioni era o è: un collega  più colleghi  altri in posizione subalterna  un superiore

Quante persone adottano o hanno adottato comportamenti ostili nei suoi confronti? Una sola persona

Più persone, (specificare il numero)  Tutto il gruppo di lavoro

Con chi ha parlato di questi problemi? Colleghi  Superiori  Consiglio dell'azienda

Capo del personale o altro del settore  Sindacalista aziendale  Sindacato esterno  Amici al di fuori dell'azienda

Familiari, parenti  Altre persone  Nessuno

Quale è a suo avviso il motivo dei comportamenti ostili adottati nei suoi confronti?

  
  
  
  
  


Quale è a suo avviso il comportamento o l'avvenimento più traumatico della sua vicenda lavorativa?

## SEZ. H - STATO DI SALUTE ATTUALE

NEGLI ULTIMI TEMPI COME DEFINIREBBE IL SUO STATO DI SALUTE?

Eccellente

Buono

Precario

Pessimo

Lo stesso di prima

NEGLI ULTIMI TEMPI HA SOFFERTO DI QUALCUNO DEI SINTOMI SEGUENTI?

(segnare la risposta con: 1 per molto spesso, 2 per spesso, 3 per raramente, 4 per mai)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mal di testa                | <input type="checkbox"/> nodo alla gola                 |
| <input type="checkbox"/> vertigini                   | <input type="checkbox"/> sudorazione eccessiva          |
| <input type="checkbox"/> difficoltà di attenzione    | <input type="checkbox"/> spossatezza                    |
| <input type="checkbox"/> mancanza di concentrazione  | <input type="checkbox"/> senso di oppressione al torace |
| <input type="checkbox"/> problemi di memoria         | <input type="checkbox"/> ridotta salivazione            |
| <input type="checkbox"/> insonnia                    | <input type="checkbox"/> tachicardia                    |
| <input type="checkbox"/> sonno interrotto            | <input type="checkbox"/> difficoltà di respirazione     |
| <input type="checkbox"/> risveglio precoce           | <input type="checkbox"/> nervosismo                     |
| <input type="checkbox"/> incubi                      | <input type="checkbox"/> umore depresso                 |
| <input type="checkbox"/> dolori addominali           | <input type="checkbox"/> apatia                         |
| <input type="checkbox"/> diarrea                     | <input type="checkbox"/> ansia                          |
| <input type="checkbox"/> stitichezza                 | <input type="checkbox"/> pianto immotivato              |
| <input type="checkbox"/> vomito                      | <input type="checkbox"/> paura                          |
| <input type="checkbox"/> fame esagerata              | <input type="checkbox"/> scarsa autostima               |
| <input type="checkbox"/> inappetenza                 | <input type="checkbox"/> sfiducia nel futuro            |
| <input type="checkbox"/> dolori alla schiena         | <input type="checkbox"/> pessimismo                     |
| <input type="checkbox"/> dolori articolari           | <input type="checkbox"/> astenia                        |
| <input type="checkbox"/> dolori cervicali            | <input type="checkbox"/> tensione                       |
| <input type="checkbox"/> dolori o tensioni muscolari | <input type="checkbox"/> irrequietezza                  |
| <input type="checkbox"/> tremori                     | <input type="checkbox"/> aggressività                   |
| <input type="checkbox"/> eruzioni cutanee            | <input type="checkbox"/> insicurezza                    |
| <input type="checkbox"/> prurito                     | <input type="checkbox"/> senso di fallimento            |
| <input type="checkbox"/> dermatite                   | <input type="checkbox"/> solitudine                     |
| <input type="checkbox"/> allergie                    | <input type="checkbox"/> calo del desiderio sessuale    |
| <input type="checkbox"/> difficoltà di deglutizione  | <input type="checkbox"/> disturbi della sfera sessuale  |

FIRMA