|  |
| --- |
| **SCHEDA 2 – PROFILO DI SALUTE** |
| **Anno** |
| **Id sede operativa** |
| **Settore Attività Ateco** |
| **PERSONALE (DATO AL 31/12 ANNO PRECEDENTE)** |
| **Totale personale n**. …….. uomini n……. donne n…….  **Di cui a tempo indeterminato** uomini n……. donne n…….  **Di cui a tempo determinato** uomini n……. donne n…….  **Di cui con altri tipi di contratto** uomini n……. donne n……. |
| **Presenza di personale straniero**  si  no   Se si uomini n……. donne n…….  Stati di provenienza: |
| **Presenza di personale con disabilità**: si  no  |
| **Presenza di turnisti** si  no  |
| **Possibilità di lavoro agile/a distanza** (smart working, telelavoro) si  no   Se sì: percentuale di lavoratori a distanza…….. |
| **Fasce di età del personale**:  15-24 n…. 25-34 n…. 35-49 n…... 50-59….. oltre 69… |
| **Profili professionali** (escluso settore sanità e assistenza sociale)  Dirigenti n……. di cui uomini n……. donne n…….  Impiegati n……. di cui uomini n……. donne n…….  Operai n……. di cui uomini n……. donne n……. |
| **Profili settore sanità e assistenza sociale**  Dirigenti amministrativi n……. di cui uomini n……. donne n…….  Dirigenti medici e sanitari n……. di cui uomini n……. donne n…….  Comparto profili tecnico-sanitari - sociale n……. di cui uomini n……. donne n…….  Impiegati n……. di cui uomini n……. donne n…….  Operai n……. di cui uomini n……. donne n……. |
| **Assenze per malattia** (escluso settore sanità e assistenza sociale)  Dirigenti giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n…….  Impiegati giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n…….  Operai giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n……. |
| **Assenze per malattia** (settore sanità e assistenza sociale)  Dirigenti amministrativi giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n…….  Dirigenti medici e sanitari giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n…….  Comparto profili tecnico-sanitari - sociale giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n…….  Impiegati n……. giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n…….  Operai n……. giorni assenza uomini n……. giorni assenza donne n……. |
|  |
| **CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA - ALIMENTAZIONE** |
| **Mensa aziendale**  **La sede è dotata di servizio mensa** si  no   Se sì, il servizio è gestito  Direttamente dall’azienda si  no   Da terzi mediante contratto d’appalto\* si  no   Con fornitura di pasti confezionati (catering)\* si  no   \*se sì indicare fornitore………………………………………… |
| **Il menù della mensa prevede:**  Frutta e verdura non sostituibile con altri dessert in caso di menù predefinito a costo standard si  no   Offerta esclusiva di pane a ridotto contenuto di sale\* si  no   Disponibilità di pane integrale si  no   Utilizzo esclusivo di sale iodato si  no   Possibilità di pasti per esigenze dietetiche specifiche (es. senza glutine etc) si  no   Possibilità accogliere richieste per esigenze dietetiche per dettami religiosi o ideologici si  no   *\*(quantitativo massimo di sale 1,7% rispetto alla farina dichiarato dal fornitore)*  **L’orario della mensa prevede la possibilità di servire anche I turnisti, se presenti**? si  no   Quanto costa in media un pasto al lavoratore (minimo un primo e un contorno)  nulla  meno di 4 euro  da 4,01 a 7 euro  più di 7 euro  |
| **Caratteristiche della partecipazione alla mensa aziendale**  **Età**  Lavoratori 18-29 per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Lavoratori 30-39 per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Lavoratori 50 e oltre per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   **Lavoratori stranieri** per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   **Sesso**  uomini per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   donne per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   **Profili professionali** (escluso settore sanità e assistenza sociale)  Dirigenti per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Impiegati per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Operai per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   **Profili settore sanità e assistenza sociale**  Dirigenti amministrativi per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Dirigenti medici e sanitari per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Comparto profili tecnico-sanitari -sociale per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Impiegati per nulla  abbastanza  molto  non applicabile   Operai per nulla  abbastanza  molto  non applicabile  |
| **Locale ristoro**  E’ presente un locale per il consumo di alimenti portati da casa? si  no   Se sì, è attrezzato con  Forno a microonde si  no   Distributori automatici di bevande e alimenti si  no  |
| **Distributori automatici**  Sono presenti distributori automatici di bevande e alimenti? si  no   Se sì, indicare numero distributori …………  Nei distributori è presente:  Offerta di acqua microonde si  no   Offerta di verdura e frutta fresca di stagione si  no   Offerta di almeno il 30% di alimenti salutari\* si  no   \*Per salutari si intendono alimenti con contenuto calorico inferiore a 150 kcal e contenuto di grassi inferiore al 5%. Es. succhi frutta senza zuccheri aggiunti, spremute, frutta secca, prodotti da forno con olio e/o basso contenuto di sale |
| **Convenzioni con esercizi pubblici del territorio locale**  E’ possibile fruire del pasto presso bar/ristoranti/ecc convenzionati con l’azienda (ticket altro)? si  no   Se sì, i locali hanno aderito ad iniziative sul “pasto sano fuori casa” si  no  |
| **Iniziative aziendali**  Sono presenti presso la sede iniziative in tema di sana alimentazione? si  no   Se sì, che tipo di iniziative sono?  Iniziative occasionali (es. settimane o giorni con frutta disponibile nelle aree break etc) si  no   Iniziative informative stabili (cartellonistica, iniziative informative etc) si  no  |
| **Sintesi finale**  Il contesto organizzativo relativo alla alimentazione?  Richiede un complessivo ripensamento si  no   Richiede alcune azioni di miglioramento si  no   Non richiede azioni di miglioramento si  no  |

|  |
| --- |
| **CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – ATTIVITA’ FISICA** |
| La sede è organizzata su più piani raggiungibili con le scale? si  no   Se sì, è attivo un programma che promuove l’utilizzo delle scale in alternativa all’ascensore? si  no  |
| **Mobilità attiva percorso casa lavoro**  La sede è raggiungibile in bicicletta dal più vicino centro abitato, da sede FFSS, fermata bike sharing? si  no   Presso la sede vi è uno spazio protetto per il parcheggio delle biciclette si  no   La sede si trova sul percorso di una pista ciclabile si  no   L’azienda aderisce al progetto FIAB bike to work o simili? si  no  |
| **Opportunità di svolgere attività fisica**  E’ possibile svolgere attività fisica in spazi adeguati in orari extralavoro si  no   L’azienda ha stipulato convenzioni con palestre centri sportivi esterni per i dipendenti si  no   Sono attivati gruppi di cammino aziendali si  no   Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti dipendenti  no   Sono presenti presso la sede altre iniziative finalizzate a sostenere uno stile di vita attivo si  no   Se sì, che tipo di iniziative sono?  Iniziative occasionali (es. giornata della bicicletta, della camminata etc) si  no   Iniziative informative stabili (squadre di calcio, gruppi ciclistici etc) si  no   Altre iniziative: descrivere brevemente |
| **Sintesi finale**  Il contesto organizzativo relativo all’attività fisica?  Richiede un complessivo ripensamento si  no   Richiede alcune azioni di miglioramento si  no   Non richiede azioni di miglioramento si  no  |

|  |
| --- |
| **CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – FUMO** |
| Sono attuate tutte le indicazioni in tema di divieto di fumo? (anche nelle pertinenze esterne per aziende sanitarie e contesti scolastici  Completamente  Ci sono aree da migliorare  |
| **Policy di contrasto al fumo di tabacco**  La sede è dotata di una “policy” scritta di contrasto al fumo di tabacco si  no   Elementi per la valutazione qualitativa della policy di contrasto al fumo di tabacco:  Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge si  no   Definisce i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori si  no   Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori si  no   Prevede aree fumatori si  no   Stabilisce se sono consentite pause per fumare e se i lavoratori che ne usufruiscono devono poi recuperarla durante la giornata lavorativa si  no   Stabilisce sanzioni per chi non rispetta le regole si  no   Definisce tempi e modalità di sostegno per i lavoratori che decidono di smettere di fumare si  no   Definisce gli indicatori per il monitoraggio della politica antifumo e i tempi di valutazione si  no   Prevede aree fumatori si  no   Definisce i procedimenti per la soluzione di proteste o dispute si  no   E’ stata condivisa/discussa con rappresentati dei lavoratori si  no  |
| **Sintesi finale**  Non esiste policy   La policy ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata completamente si  no   La policy ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata scarsamente si  no   La policy necessita di azioni di miglioramento si  no  |

|  |
| --- |
| **CONTESTO ORGANIZZATIVO E STILI DI VITA – CONTRASTO AI COMPORTAMENTI ADDITIVI** |
| **Policy aziendale**  La sede è dotata di una “policy” scritta in materia di consumo di alcol e sostanze d’abuso si  no   Elementi per la valutazione qualitativa della policy:  E’ stata definita attraverso un percorso condiviso con i lavoratori si  no   Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge si  no   Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori si  no   Precisa i contesti in cui si applica (spazi aziendali, comportamento in e fuori orario di servizio) si  no   Definisce chi al il compito di controllare e far rispettare la policy si  no   Stabilisce sanzioni per chi non rispetta le regole si  no   Esplicita le indicazioni sule possibilità di aiuto e sostegno (sia interne che a livello territoriale) si  no   Esplicita le modalità di sostegno e tutela della privacy per i lavoratori che accedono alle cure si  no   Definisce le modalità di pubblicizzazione e promozione dei contenuti e della loro applicazione si  no   Prevede azione/iniziative di responsabilità sociali su questi temi rivolte al territorio/comunità in cui opera l’azienda (es sponsorizzazioni di iniziative sociali) si  no  |
| **Sintesi finale**  Non esiste policy scritta   La policy ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata completamente si  no   La policy ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata scarsamente si  no   La policy non è attuata si  no   Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti si  no  |
| **MEDICO COMPETENTE** |
| Ha una formazione certificata ECM o validata ASL in tema di counseling motivazionale si  no   Ha partecipato a iniziative di aggiornamento in tema di alcol/droghe si  no   Effettua counselling breve ai lavoratori durante le visite in tema di:  Corretta alimentazione/attività fisica si  no   Consumo di alcol si  no   Fumo di tabacco si  no  |
| **CONCILIAZIONE DEI TEMPI LAVORATIVI CON LE ESIGENZE FAMILIARI VITA** |
| L’azienda aderisce a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro si  no   Se sì, descrivere le iniziative in corso ………………………………………………………………………………... |
| **RESPONSABILITA’ SOCIALE DELL’IMPRESA** |
| L’azienda aderisce a iniziative di responsabilità sociale d’impresa? si  no   Se sì, quali:  Bandi per la diffusione della responsabilità sociale delle organizzazioni nelle M/PMI si  no   Pubblicazione del bilancio di sostenibilità/ Corporate Social Responsibility secondo linee guida internazionali? si  no   Pubblicazione dei dati non finanziari in materia dei diritti umani e diversità secondo quanto richiesto dal D.Lgs 254/2016 (Non financial disclosure) si  no   Applicazione della norma ISO 26000 sulla Gestione della Responsabilità Sociale dell’Imprese si  no   Altre Iniziative:………. |
| Dati compilatore  Cognome……………………………….. Nome……………………………..  Ruolo……………………………………..  Telefono…………………………………….. e-mail……………………………………………………. |