|  |
| --- |
| **SCHEDA 4 – RENDICONTAZIONE** |
| **Anno \_\_\_\_**  |
| **ID e DATI IDENTIFICATIVI DELLA SEDE**  |
| **1 – PRATICHE PER FAVORIRE L’ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI** **(AREA ALIMENTAZIONE)** SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 1.1 Mensa aziendale** SÌ□*NO*□**Se SÌ:***COMPLETA* □ *PARZIALE* □SE PARZIALE, specificare* offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale SÌ□ NO□
* frutta e verdura non sostituibile con altri dessert SÌ□ NO□
* utilizzo esclusivo di sale iodato SÌ□ NO□
* disponibilità di pane integrale SÌ□ NO□
* Formazione del personale della mensa (e/o gestore) SÌ□ NO□
* informazione ai lavoratori su porzioni corrette e composizione equilibrata del pasto SÌ □ NO□
 |
| **Buona pratica 1.2 – Distributori automatici di alimenti** SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 1.3 - Bar interni (“Pasto sano fuori casa”)** SÌ □ NO□ |
| **Buona Pratica 1.4 – Area di refezione**  SÌ □ NO□**Se SÌ:***COMPLETA* □ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare:- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale SÌ □NO□- Presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 1.5 – Ristorazione pubblica (“Pasto sano fuori casa”)** SÌ □ NO□*COMPLETA* □ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare:-Attivazione percorsi di collaborazione con Associazioni di categoria o singoli ristoratori per migliorare l’offerta e l’organizzazione in termini salutari SÌ □ NO□-Promozione percorsi informativi e di sensibilizzazione ai ristoratori SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 1.6 – Altro** *SÌ*□ *NO*□SE SÌ, specificare: - Altra Pratica validata da ASL SÌ □ NO□- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche SÌ □ NO□ |
|  |
|  |
| **2 – PRATICHE PER FAVORIRE L’ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI UNO** **STILE DI VITA ATTIVO (AREA ATTIVITA’ FISICA)** SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 2.1 – Scale per la salute (SOLO se nella sede sono presenti ascensori)**SÌ□ NO□*COMPLETA* □ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare:-Promozione dell’uso delle scale in sostituzione dell’ascensoreSÌ□ NO□-Miglioramento del contesto fisico ove sono ubicate le scale SÌ□ NO□ |
| **Buona pratica 2.2 – Promozione della mobilità attiva nel percorso casa-lavoro** SÌ □ NO□*COMPLETA* □ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare:- promozione uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro, attraverso: SÌ □ NO □- Promozione/partecipazione alla realizzazione di interventi strutturali volti alla promozione di percorsi pedonali – ciclabili sicuri in prossimità dell’azienda SÌ □ NO □- Realizzazione parcheggio/rastrelliere coperte SÌ □ NO□ - Fornitura biciclette in comodato d’uso ai dipendenti; SÌ □ NO□ -Attivazione convenzioni per sconti su acquisto e/o  offerta di materiale utile correlato all’utilizzo della bicicletta; SÌ □ NO□-Promozione e/o adesione a iniziative incentivanti (esempio “bike to work” promosso da FIAB) SÌ □ NO□-Creazione della figura del Mobility Manager e/o altro per favorire l’uso del mezzo pubblico SÌ □ NO□-Offerta di opportunità formative informative sulla sicurezza stradale e l’uso sicuro della bicicletta;SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 2.3 – Opportunità per incentivare lo svolgimento di attività fisica** SÌ □ NO □ *COMPLETA* □ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare:- Organizzazione di Gruppi di cammino aziendali SÌ □ NO□- Formazione di Walking Leader SÌ □ NO□-Collaborazione con Enti/Associazioni locali per l’individuazione di percorsi per camminare o andare in bicicletta nei pressi dell'azienda SÌ □ NO□- Organizzazione di iniziative sportive aziendali o organizzate da altri soggetti; SÌ □ NO□-Attivazione di convenzioni per abbonamenti a palestre, piscine, ecc/ acquisto di abbigliamento e attrezzature sportive SÌ □ NO □-Allestimento di spazi aziendali accessibili a tutti i dipendenti per svolgere attività fisica (campo da gioco, palestra, etc.); SÌ □ NO □-Promozione, ove possibile, di “pause attive” sul posto SÌ □ NO □-Promozione eventi per sensibilizzare e valorizzare il tema della mobilità attiva (ad es. giorni "a piedi al lavoro" o "al lavoro in bicicletta", etc.) SÌ □ NO □- Messa a disposizione di materiale informativo sui percorsi migliori per andare al lavoro a piedi o in bicicletta SÌ □ NO □  |
| **Buona pratica 2.4 – Altro** SÌ □ NO□SE SÌ, specificare: - Altra Pratica validata da ASL SÌ □ NO□- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche SÌ □ NO□ |
| **3 – PRATICHE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO “LIBERO DAL FUMO” e INCENTIVARE LA CESSAZIONE (AREA FUMO DI TABACCO)** SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 3.1 - Policy di Ambiente libero dal fumo** *SÌ*□  *NO*□SE SÌ,*COMPLETA*□ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare - definizione della policy - attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.) SÌ□ NO□- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l’azienda SÌ□ NO□- attuazione della policy SÌ □ NO□- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale) SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 3.2 – Supporti alla cessazione tabagica** SÌ □ NO□SE SÌ,*COMPLETA*□ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare -Attivazione di iniziative per promuovere la conoscenza dell’offerta dei Centri per il Trattamento del Tabagismo del Sistema Sanitario SÌ □ NO□-Promozione e diffusione di iniziative e strumenti validati e gratuiti per supportare il fumatore  SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 3.3 – Altro** SÌ □ NO□SE SÌ, specificare: - Altra Pratica validata da ASL SÌ □ NO□- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche SÌ□ NO□ |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **4 – PRATICHE PER IL CONTRASTO A COMPORTAMENTI ADDITIVI (AREA ALCOOL, DROGHE, GIOCO D’AZZARDO)** SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 4.1 – Policy aziendale** SÌ □ NO□SE SÌ,*COMPLETA*□ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare: - Definizione policy – attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.) SÌ□ NO□- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggettifrequentanti l’azienda SÌ□ NO□- attuazione della policy SÌ□ NO□- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale) SÌ□ NO□ |
| **Buona pratica 4.2 – Formazione generale** SÌ□ NO□ |
| **Buona pratica 4.3 – Formazione per dirigenti e altre figure di sistema** SÌ□ NO□ |
| **5 - BUONE PRATICHE TRASVERSALI** SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 5.1 – Medico Competente** SÌ □ NO□SE SÌ, *COMPLETA*□ *PARZIALE*□SE PARZIALE, specificare:- Formazione validata su minimal advice e/o counseling motivazionale SÌ□ NO□- Attività di minimal advice ai lavoratori con fattori di rischio per MCNT SÌ□ NO□  |
| **Buona pratica 5.2 Inclusione** -Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche SÌ□ NO□ |
| **Buona pratica 5.3– Altro** SÌ □ NO□SE SÌ, specificare: - Altra Pratica validata da ASL SÌ □ NO□- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche SÌ □ NO□ |
| **6** **PRATICHE DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO, WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE E PER PROMUOVERE L’ADESIONE A COMPORTAMENTI PREVENTIVI (AREA ALTRE PRATICHE)** SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 6.1–Conciliazione vita-lavoro** Adesione a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro SÌ □ NO□*Se SI Breve descrizione* |
| **Buona pratica 6.2–Responsabilità Sociale**Adesione a iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d’Impresa SÌ □ NO□*Se SI Breve descrizione* |
| **Buona pratica 6.3–** **Riduzione Spreco alimentare** Iniziative per la riduzione dello spreco alimentare e valorizzazione delle eccedenze SÌ □ NO□*Se SI Breve descrizione* |
| **Buona pratica 6.4- Stress lavoro-correlato e benessere organizzativo**Attuazione di interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo SÌ □ NO□*Se SI Breve descrizione* |
| **Buona pratica 6.5- Adesione a comportamenti preventivi**Iniziative con ASL per la promozione dell’adesione a programmi di screening oncologico SÌ □ NO□Iniziative per la promozione dell’adesione alle campagne vaccinali SÌ □ NO□ |
| **Buona pratica 6.6– Altro** SÌ □ NO□SE SÌ, specificare: - Altra Pratica validata da ASL SÌ □ NO□- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche SÌ □ NO□ |
| **DATI DEL COMPILATORE**Cognome ……………………………………. Nome …………………………………………. Telefono …………………………….......... E-Mail ……………………………………........Ruolo nell’Azienda… |