|  |
| --- |
| **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.s ucchi frutta senzazuccheri 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 convenzioi 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……………………………………………………. |