***Check*** ***list*** ***di*** ***autovalutazione***

Note:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sez.** **A** | **Promozione** **della** **Salute** **nei** **Luoghi** **di** **Lavoro** **(WHP)***da* *compilare* *anche* *con* *l’ausilio* *del* *Medico* *Competente* | **NO** | **SI** |
| 1 | È stata adottata una politica aziendale sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione? |  |  |
| 2 | I lavoratori hanno ricevuto una specifica INFORMAZIONE su questa politica? |  |  |
| 3 | L’Azienda ha implementato piani di FORMAZIONE ed EDUCAZIONE ALLA SALUTE (concordati dal Datore di lavoro con il Medico Competente e RLS, o RLST o RLS di sito) rispetto ad esigenze specifiche? |  |  |
| 4 | L’Azienda dà attuazione ad ACCORDI/PROTOCOLLI con una struttura sanitaria per un programma di sensibilizzazione per la prevenzione dell’insorgenza diMalattie Croniche Non Trasmissibili? |  |  |
| 5 | L’Azienda ha attuato/sta attuando PROGRAMMI SPECIFICI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE su almeno uno dei seguenti fattori di rischio per la salute: fumo, alcol,alimentazione e sedentarietà? |  |  |
| 6 | Se sì, tali programmi sono stati affidati ad un coordinatore e/o a un GRUPPO DILAVORO e/o ad un esperto esterno? |  |  |
| 7 | È stato preventivato un BUDGET specifico per la realizzazione dei programmidi Promozione della Salute? |  |  |
| 8 | Il MEDICO COMPETENTE ha partecipato attivamente alla realizzazione dei programmi di promozione della salute dei lavoratori anche attraverso la raccolta di informazioni anamnestiche e di eventuale counsellingbreve/minimal advice? |  |  |

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Note:

UFFICIO SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sez.** **B** | **ALIMENTAZIONE***da* *compilare* *anche* *con* *l’ausilio* *del* *Medico* *Competente* | **NO** | **SI** |
| 1 | È stata adottata una POLITICA AZIENDALE sull’alimentazione sana rivolta ailavoratori condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione? |  |  |
| 2 | L’Azienda si è impegnata nella diffusione di INFORMAZIONI su una sanaalimentazione, in termini di quantità e qualità, con il supporto di esperti del settore? |  |  |
| 3 | Sono stati realizzati corsi di FORMAZIONE/ EDUCAZIONE ALIMENTARE specifici sutale tema? |  |  |
| 4 | È presente un LOCALE RISTORO a disposizione dei lavoratori durante la pausapranzo? |  |  |
| 5 | Se sì il locale ristoro è ATTREZZATO (frigorifero, microonde)? |  |  |
| 6 | Sono stati fatti interventi sui DISTRIBUTORI AUTOMATICI in Azienda perfavorire il consumo di alimenti sani? |  |  |
| 7 | È presente una MENSA AZIENDALE? |  |  |
| 8 | Se sì il MENÙ offerto è approvato dal SIAN oppure redatto da unnutrizionista abilitato in modo da garantire una composizione dei pasti equilibrata da un punto di vista energetico-nutrizionale? |  |  |
| 9 | Se sì, i pasti serviti nella mensa aziendale prevedono la presenza di: |  |
| -frutta e verdura tutti i giorni e legumi almeno 3 volte a settimana? |  |  |
| -pane a basso contenuto di sale e pane integrale? |  |  |
| -sale iodato per le preparazioni? |  |  |
| -alimenti per celiaci? |  |  |
| 10 | La pausa pranzo è regolamentata? |  |  |
| 11 | Il MEDICO COMPETENTE effettua un counselling breve ai lavoratori insovrappeso/obesità durante le visite mediche periodiche in Azienda? |  |  |
| 12 | L’Azienda offre ai lavoratori, che decidono di intraprendere misure correttive del proprio comportamento alimentare, la possibilità di accedere a servizi specialistici sia pubblici che privati per la realizzazione di programmi riguardanti una sana alimentazione? |  |  |

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Note:

UFFICIO SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sez.** **C** | **ATTIVITÀ** **FISICA***da* *compilare* *anche* *con* *l’ausilio* *del* *medico* *competente* | **NO** | **SI** |
| 1 | È stata adottata una POLITICA AZIENDALE sulla promozione dell’attività fisicarivolta ai lavoratori, condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione? |  |  |
| 2 | L’Azienda si impegna nella diffusione di INFORMAZIONI sull’importanzadell’attività fisica? |  |  |
| 3 | Sono stati realizzati corsi di FORMAZIONE specifici su tale tema? |  |  |
| 4 | I lavoratori hanno accesso facilitato a palestre (o impianti sportivi) dentroo fuori l’Azienda? |  |  |
| 5 | I lavoratori, che svolgono attività fisica durante le pause lavorative o primadel lavoro (es. uso della bicicletta per recarsi al lavoro), hanno a disposizione docce/spogliatoi in Azienda? |  |  |
| 6 | L’Azienda ha distribuito ai suoi lavoratori dei contapassi per il monitoraggiovolontario dell’attività fisica? |  |  |
| 7 | Il MEDICO COMPETENTE, durante le visite mediche periodiche in Azienda,effettua un counselling breve per incentivare l’attività fisica? |  |  |
| 8 | L’Azienda organizza attività sportive (es. torneo calcetto, padel) interne diqualche tipo? |  |  |
| 9 | È presente un gruppo di cammino aziendale? |  |  |
| 10 | La sede è raggiungibile in bicicletta dal più vicino centro abitato, da fermatametro e/o Autobus e/o FFSS, da fermata bike sharing? |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sez.** **D** | **ALCOL***da* *compilare* *anche* *con* *l’ausilio* *del* *Medico* *Competente* | **NO** | **SI** |
| 1 | È stata adottata una POLITICA AZIENDALE sull’alcol rivolta ai lavoratori,condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione? |  |  |
| 2 | Nella vostra Azienda è applicato e verificato il DIVIETO di somministrazionee vendita di alcol? |  |  |
| 3 | L’Azienda si è impegnata nella diffusione di INFORMAZIONI sulla prevenzionedel consumo di alcol? |  |  |
| 4 | Sono stati realizzati corsi di FORMAZIONE specifici su tale tema? |  |  |
| 5 | Il MEDICO COMPETENTE, durante le visite mediche periodiche in Azienda,effettua un counselling breve per i problemi alcol correlati? |  |  |
| 6 | Il MEDICO COMPETENTE utilizza questionari validati per la rilevazione del consumo a rischio di alcol? |  |  |
| 7 | L’Azienda si è rivolta a servizi specialistici per la realizzazione di programmidi prevenzione in tema di alcol? |  |  |

Note:

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Note:

Note:

UFFICIO SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sez.** **E** | **FUMO***da* *compilare* *anche* *con* *l’ausilio* *del* *medico* *competente* | **NO** | **SI** |
| 1 | È stata adottata una POLITICA AZIENDALE sul fumo rivolta ai lavoratori,condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione? |  |  |
| 2 | L’Azienda ha un REGOLAMENTO scritto che prevede il divieto di fumare intutti gli ambienti di lavoro chiusi? |  |  |
| 3 | L’Azienda si è impegnata nella diffusione di INFORMAZIONI sulla prevenzionedel tabagismo? |  |  |
| 4 | Sono stati realizzati corsi di FORMAZIONE rivolti ai lavoratori su tale tema? |  |  |
| 5 | L’Azienda sostiene i lavoratori che vogliono smettere di fumare? (es. counselling individuale o di gruppo, incentivi, ecc.) |  |  |
| 6 | Il MEDICO COMPETENTE, durante le visite mediche periodiche in Azienda,effettua un counselling breve per la cessazione dell’abitudine al fumo rivolto ai fumatori? |  |  |
| 7 | Il MEDICO COMPETENTE, durante le visite mediche periodiche in Azienda, effettua test di valutazione della dipendenza dal fumo e della motivazionea smettere di fumare? |  |  |
| 8 | L’Azienda ha fatto ricorso a servizi specialistici per la realizzazione delprogramma sul tabagismo? |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ.** **F** | **SCREENING** **ONCOLOGICI***da* *compilare* *anche* *con* *l’ausilio* *del* *medico* *competente* | **NO** | **SI** |
| 1 | L’azienda favorisce la sensibilizzazione/partecipazione dei lavoratori a programmi di screening raccomandati dal SSN anche attraverso il MedicoCompetente? |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ.** **G** | **VACCINAZIONI***da* *compilare* *anche* *con* *l’ausilio* *del* *medico* *competente* | **NO** | **SI** |
| 1 | L’azienda favorisce la sensibilizzazione/partecipazione dei lavoratori a programmi di vaccinazione raccomandati dal SSN anche attraverso il Medico Competente? |  |  |
| 2 | L’Azienda ha attivato programmi vaccinali da effettuarsi direttamente inazienda o presso la ASL competente? |  |  |

Note:

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

UFFICIO SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

|  |
| --- |
| **ANALISI** **dei** **BISOGNI** **DI** **SALUTE****della** **popolazione** **lavorativa** **aziendale** |
| *Esempi* *di* *argomenti* *da* *valutare**anche* *con* *l’ausilio* *del* *Medico* *Competente* | **NOTE** |
| Età media e prevalenza di genere dellapopolazione lavorativa |  |
| Livello di istruzione medio della popolazionelavorativa |  |
| Presenza di lavoratori con disabilità |  |
| Presenza di lavoratori stranieri(in riferimento non solo alle difficoltà linguistiche, nel rispetto delle differenze socioculturali) |  |
| Tipologia di lavoro (a turni, notturno, lavoro agileo a distanza) |  |
| Modalità di lavoro itinerante (trasferta,rappresentanti commerciali, servizi esterni) |  |
| Presenza di lavoratori pendolari |  |
| Tasso di assenze per malattia |  |
| Analisi degli infortuni sul lavoro |  |
| Analisi delle malattie professionali |  |
| Prevalenza fumatori(dato fornito da Medico Competente) |  |
| Prevalenza lavoratori in sovrappeso/obesità(dato fornito da Medico Competente) |  |
| Eventi sentinella per abuso alcool |  |
| Eventi sentinella fumo di tabacco(es. esposti/segnalazioni diatribe fumatori-non fumatori) |  |
| Presenza di fattori di rischio lavorativi sinergicicon fumo di tabacco e alcol |  |
| Altro………….. |  |
| Altro………….. |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

UFFICIO SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

**QUESTIONARIO** **LAVORATORI**

*percezione* *del* *sé,* *percezione* *dei* *bisogni,* *motivazione* *al* *cambiamento*

**Sesso** ❑ M ❑ F **Età** ❑ 18-44 anni ❑ 45-55 anni ❑ più di 55 anni

**Area** **ALIMENTAZIONE**

* Pensa di mangiare sano? ❑ Sì ❑ No
* Se la sua azienda organizzasse incontri formativi sulla sana alimentazione parteciperebbe? ❑ Sì ❑ No
* Pensa di aver bisogno di perdere peso? ❑ Sì ❑ No ❑ Non mi serve
* Se la sua azienda attivasse dei percorsi presso strutture accreditate per perdere peso aderirebbe? ❑ Sì ❑ No
* Pensa che la pausa pranzo sia sufficiente per consentirle di consumare un pasto adeguato? ❑ Sì ❑ No perché
* Durante la pausa pranzo (selezionare la modalità prevalente):

❑ Consuma pasti portati da casa

❑ Consuma pasti preparati dalla mensa aziendale

❑ Mangia nei luoghi di ristorazione vicino al luogo di lavoro

❑ Altro

* Le capita spesso, durante l’orario di lavoro, di rifornirsi presso i distributori automatici di bevande/cibo? ❑ Sì ❑ No ❑ Non applicabile
* Pensa che il locale ristoro della sua azienda sia confortevole e ben attrezzato?

❑ Sì ❑ No ❑ Non applicabile

* Pensa che la mensa della sua azienda offra menù vari e accessibili alle esigenze di tutti?

❑ Sì ❑ No ❑ Non applicabile

***SUGGERIMENTI*** ***ALL’AZIENDA***

sul tema ALIMENTAZIONE mi piacerebbe che la mia azienda

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

UFFICIO SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

**Area** **FUMO**

* Fuma? ❑ No ❑ Sì
* Se sì quante sigarette al giorno? ❑ meno di 10 ❑ tra 10 e 20 ❑ più di 20
* Se sì, pensa di dover smettere di fumare? ❑ No ❑ Sì
* Se pensasse di dover smettere di fumare, aderirebbe a percorsi di disassuefazione organizzati dall’azienda? ❑ No ❑ Sì
* Parteciperebbe a degli incontri formativi/informativi sul tema fumo? ❑ No ❑ Sì

***SUGGERIMENTI*** ***ALL’AZIENDA***

sul tema FUMO mi piacerebbe che l’azienda

**Area** **ATTIVITÀ** **FISICA**

* Pensa di condurre uno stile di vita attivo? ❑ No ❑ Sì
* La sua mansione lavorativa è sedentaria? ❑ No ❑ Sì
* Come si reca a lavoro (*segnare* *la* *modalità* *prevalente*)?

❑ autobus/metropolitana ❑ bicicletta ❑ a piedi ❑ macchina/motorino ❑ treno

❑ bicicletta elettrica ❑ monopattino elettrico ❑ altro

* Pratica regolarmente attività fisica? ❑ No ❑ Sì
* In caso di risposta negativa, quali sono gli ostacoli per praticare regolarmente attività fisica? ❑ mancanza di tempo ❑ stanchezza ❑ pigrizia ❑ costi ❑ Altro
* Ha intenzione nei prossimi mesi di praticare più attività fisica? ❑ No ❑ Sì ❑ non so
* Parteciperebbe a degli incontri formativi/informativi sul tema attività fisica organizzati dalla sua Azienda? ❑ No ❑ Sì
* Se l’azienda le desse l’opportunità di effettuare attività fisica in convenzione lei aderirebbe? ❑ No ❑ Sì ❑ non so
* Se l’azienda attivasse un gruppo di cammino parteciperebbe? ❑ No ❑ Sì ❑ Non so

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

UFFICIO SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

***SUGGERIMENTI*** ***ALL’AZIENDA***

sul tema ATTIVITÀ FISICA mi piacerebbe che l’azienda

**Area** **ALCOL**

* Parteciperebbe a degli incontri formativo/informativi sul tema del consumo di bevande alcoliche? ❑ No ❑ Sì

***SUGGERIMENTI*** ***ALL’AZIENDA***

sul tema ALCOL mi piacerebbe che l’azienda

**Area** **SCREENING** **ONCOLOGICO** **/** **VACCINAZIONI**

* È a conoscenza dell’esistenza e del significato di uno screening oncologico (tumore del collo dell’utero, tumore della mammella, tumore del colon-retto)? ❑ No ❑ Sì
* Se sì, ha mai aderito a qualche programma di screening oncologico? ❑ No ❑ Sì
* Se l’azienda le desse l’opportunità di poter accedere a dei percorsi per effettuare lo screening oncologico lei aderirebbe? ❑ No ❑ Sì
* È a conoscenza dell’esistenza di un programma nazionale di vaccinazione (antinfluenzale, anti HPV, ecc.)? ❑ No ❑ Sì
* Se sì, ha mai aderito a qualche programma vaccinale? ❑ No ❑ Sì
* Se l’azienda le desse l’opportunità di poter accedere a programmi di vaccinazione, lei aderirebbe? ❑ No ❑ Sì

***SUGGERIMENTI*** ***ALL’AZIENDA***

sul tema SCREENING ONCOLOGICO/VACCINAZIONI mi piacerebbe che la mia azienda