



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025

Programma Predefinito PP3 “Luoghi di lavoro che promuovono salute”

Modello di rete regionale

**“Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute”:
Workplace Health Promotion (WHP) Sardegna**

Strumenti operativi



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO 2 - SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE

Anagrafica	
Denominazione dell'Azienda/Ente:	
Partita IVA/Cod. Fisc:	
Sede Legale (indirizzo):	
Sede operativa (indirizzo):	
Settore di attività:	
Codice ATECO:	
Tipologia dell'azienda (piccola/micro o grande/media):	
ASL di competenza	

Referente aziendale WHP (compilatore/compilatrice della scheda)	
COGNOME:	NOME:
RUOLO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA:	
TELEFONO:	EMAIL:

Personale (dati al 31 dicembre dell'anno precedente la compilazione)		
Totale personale n. ____ di cui:		
Uomini n. ____	Donne n. ____	
Di cui:		
- a tempo indeterminato	Uomini n. ____	Donne n. ____
- a tempo determinato	Uomini n. ____	Donne n. ____
- altro tipo di contratto	Uomini n. ____	Donne n. ____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Presenza di personale straniero:	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, totale personale n. _____ di cui:		
Uomini n. _____	Donne n. _____	
Stati di provenienza:		
Presenza di personale con disabilità:	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Possibilità di lavoro agile (telelavoro, smart working):	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, percentuale di lavoratori a distanza:		
Fasce d'età del personale:		
- 15-24 anni (numero) _____		
- 25-34 anni (numero) _____		
- 35-49 anni (numero) _____		
- 50-59 anni (numero) _____		
- maggiore di 60 anni (numero) _____		
Profili professionali (ESCLUSO SETTORE SANITARIO)		
Dirigenti n. _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Impiegati n. _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Operai n. _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Profili professionali (SETTORE SANITARIO)		
Dirigenti medici e sanitari n. _____ di cui:	Uomini n. _____	Donne n. _____
Comparto profili tecnico-sanitari-sociale n. _____ di cui:	Uomini n. _____	Donne n. _____
Dirigenti amministrativi n. _____ di cui:	Uomini n. _____	Donne n. _____
Impiegati n. _____ di cui:	Uomini n. _____	Donne n. _____
Altro n. _____ di cui:	Uomini n. _____	Donne n. _____
Assenza per malattia (ESCLUSO SETTORE SANITARIO)		
Dirigenti n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Impiegati n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Operai n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Assenza per malattia (SETTORE SANITARIO)		
Dirigenti medici e sanitari n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Comparto profili tecnico-sanitari-sociale n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Dirigenti amministrativi n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Impiegati n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____
Altro n. gg: _____	Uomini n. _____	Donne n. _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Aree specifiche di Promozione della salute

Politiche aziendali di Promozione della salute

L'Azienda/Ente ha una politica aziendale sulla promozione della salute sul lavoro?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, il personale ha ricevuto una specifica informazione al riguardo?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
L'Azienda/Ente ha attuato o sta attuando programmi di promozione della salute che riguardano almeno uno dei seguenti fattori di rischio: fumo, alcol e altri comportamenti additivi, alimentazione salutare, stile di vita attivo e attività fisica, benessere organizzativo e conciliazione tempi di vita e lavoro, mobilità sicura e sostenibile, vaccinazioni e screening oncologici raccomandati?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il Medico competente ha partecipato attivamente alla progettazione/realizzazione di programmi di promozione della salute nei lavoratori?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Contesto organizzativo e stili di vita – Alimentazione

Mensa

L'Azienda/Ente dispone di un servizio mensa aziendale?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, questo è gestito:		
- direttamente dall'Azienda/Ente	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- da terzi mediante contratto d'appalto	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- mediante catering (fornitura pasti confezionati)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se esiste il servizio mensa, questo prevede:		
- frutta e verdura fresca e di stagione	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- disponibilità di pane integrale	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- utilizzo esclusivo di sale iodato	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- offerta di pasti adatti a persone affette da allergie e intolleranze (es. pasti senza glutine per persone affette da celiachia)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- offerta di pasti adatti a diete determinate da dettami religiosi o etici	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Locale di ristoro

L'Azienda/Ente dispone di un locale di ristoro per il consumo di alimenti portati da casa?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, il locale è attrezzato con:		
- forno a microonde	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- distributori automatici di alimenti e bevande	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)		



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Distributori automatici		
Sono presenti in sede distributori automatici di alimenti/bevande?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, nei distributori è presente:		
- acqua	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- offerta di frutta e/o verdura fresca di stagione	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- offerta di almeno il 30% di alimenti salutarì (*)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(*) Per alimenti salutarì si intendono alimenti con contenuto calorico non superiore a 150 kcal e contenuto di grassi non superiore a 5 gr. Esempi: frutta secca, yogurt, prodotti da forno con olio evo e/o a basso contenuto di sale.		
Convenzioni con esercizi pubblici del territorio locale		
È possibile usufruire del pasto presso bar/ristoranti ecc. convenzionati con l'azienda?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Iniziative aziendali		
L'azienda ha autonomamente intrapreso la realizzazione di interventi in tema di sana alimentazione?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, di che tipo sono:		
- interventi informativi stabili (es. cartellonistica, eventi informativi ecc.)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- interventi occasionali (es. disponibilità di frutta e verdura fresca in determinati giorni della settimana, ecc.)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In sintesi, il contesto lavorativo aziendale, relativamente al tema alimentazione:		
- necessita una revisione complessiva	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- richiede alcuni interventi migliorativi	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- non necessita interventi di miglioramento	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Contesto organizzativo e stili di vita – Attività fisica		
Uso delle scale		
La sede aziendale è organizzata su più piani raggiungibili attraverso scale?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, sono state prese iniziative che incoraggiano l'utilizzo delle scale in alternativa all'ascensore?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mobilità attiva nel percorso casa-lavoro		
La sede aziendale è raggiungibile in bicicletta?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, la sede si trova sul percorso di una pista ciclabile?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In sede è presente uno spazio protetto adibito al parcheggio delle biciclette?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Opportunità di svolgere attività fisica – iniziative aziendali		
È possibile svolgere attività fisica all'interno della sede aziendale in orario extra lavorativo?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Sono stati organizzati "gruppi di cammino" aziendali o promossi "gruppi di cammino" esterni?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state stipulate convenzioni con palestre e/o centri sportivi esterni all'azienda?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono stati organizzati eventi informativi in tema di attività fisica e stile di vita attivo?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state organizzate altre iniziative sul tema?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, dare una breve descrizione:		
In sintesi, il contesto lavorativo aziendale, relativamente al tema attività fisica:		
- necessita una revisione complessiva	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- richiede alcuni interventi migliorativi	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- non necessita interventi di miglioramento	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Contesto organizzativo e stili di vita – Fumo di tabacco		
Sono attuate le indicazioni normative in tema di divieto di fumo?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Policy di contrasto al fumo di tabacco		
L'azienda ha adottato una politica aziendale scritta di contrasto al fumo di tabacco?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, è stata condivisa con i/le dipendenti e con i loro rappresentanti?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono disponibili in azienda delle aree fumatori?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono previste delle pause lavorative per fumare?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, i/le dipendenti che usufruiscono della suddetta pausa hanno l'obbligo di recuperarla durante la giornata lavorativa?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Le sanzioni per chi non rispetta le regole sono ben esplicitate?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state condivise offerte di interventi di sostegno per lavoratori e lavoratrici che vogliono smettere di fumare?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono stati organizzati eventi informativi sul tabagismo?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In sintesi, il contesto lavorativo aziendale, relativamente al tema del tabagismo:		
- necessita una revisione complessiva	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- richiede alcuni interventi migliorativi	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- non necessita interventi di miglioramento	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Contesto organizzativo e stili di vita – Contrasto all'abuso di alcol e altri comportamenti additivi



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(droghe, gioco d'azzardo)

Policy aziendale di contrasto ai comportamenti additivi

L'azienda ha adottato una politica aziendale scritta di contrasto all'uso di alcol e droghe?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì,		
-è stata condivisa con i/le dipendenti e con i loro rappresentanti?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-precisa i contesti in cui si applica: solo nell'ambito degli spazi aziendali o anche al di fuori quando i lavoratori sono in servizio?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Viene definito chi ricopre il ruolo di controllo e di far rispettare la policy?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Le sanzioni per chi non rispetta le regole sono definite e ben esplicitate?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Prevede iniziative di responsabilità sociale su questi temi rivolte al territorio in cui opera l'azienda (es. sponsorizzazione di iniziative sociali)?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state condivise indicazioni in merito a interventi di aiuto e sostegno per lavoratori e lavoratrici che ne dovessero avere bisogno? (sia interne all'aziendali, sia a livello di ASL)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state esplicitate le modalità di sostegno e di tutela della privacy per i/le dipendenti che accedono a sistemi di cura?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono stati organizzati iniziative informative e di sensibilizzazione rivolte a tutti i lavoratori e lavoratrici sul tema dei comportamenti additivi?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In sintesi, il contesto lavorativo aziendale, relativamente al tema dell'abuso di alcol e altri comportamenti additivi:		
- necessita una revisione complessiva	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- richiede alcuni interventi migliorativi	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- non necessita interventi di miglioramento	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Conciliazione vita – lavoro e prevenzione dello stress lavoro correlato

L'azienda aderisce a iniziative e/o progetti, anche a livello territoriale, di conciliazione vita-lavoro?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì, dare una breve descrizione:		

Sostegno dell'adesione a comportamenti preventivi

Sono stati organizzati interventi di informazione e promozione e/o distribuito materiale informativo in merito ai programmi di screening oncologici organizzati?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono stati organizzati interventi di informazione e promozione e/o distribuito materiale informativo in merito ai programmi vaccinali?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Medico competente		
È in possesso di una formazione certificata in tema di counseling motivazionale?	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Durante le visite periodiche effettua interventi di counseling breve in tema di:		
- alimentazione sana e bilanciata	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- stile di vita attivo e attività fisica	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- tabagismo	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- abuso di alcol e altri comportamenti additivi	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- adesione a programmi di screening oncologici	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- adesione a programmi vaccinali	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fornisce informazioni su modalità di sostegno e/o cura a lavoratori e lavoratrici che vogliono intraprendere un percorso di cessazione tabagica o disassuefazione da alcol e sostanze additve?	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Referente aziendale WHP (compilatore/compilatrice della scheda)	
COGNOME:	NOME:
RUOLO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA:	
TELEFONO:	EMAIL:

Data .../.../...,

Firma del Referente WHP aziendale e/o del datore di lavoro o suo delegato

nel locale della mensa (ove presente) di cartelli sulle porzioni", il codice di riferimento da indicare sarebbe: 1.D.2.