



Dipartimento di Prevenzione  
U.O.C. S.Pre.S.A.L.  
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro

**ALLEGATO 2a****Check list di autovalutazione**

<b>Sez. A</b>	<b>Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (WHP) da compilare anche con l'ausilio del Medico Competente</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1	È stata adottata una politica aziendale sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	I lavoratori hanno ricevuto una specifica INFORMAZIONE su questa politica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	L'Azienda dà attuazione ad ACCORDI/PROTOCOLLI con una struttura sanitaria per un programma di sensibilizzazione per la prevenzione dell'insorgenza di Malattie Croniche Non Trasmissibili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Se sì, tali programmi sono stati affidati ad un coordinatore e/o a un GRUPPO DI LAVORO e/o ad un esperto esterno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	È stato preventivato un BUDGET specifico per la realizzazione dei programmi di Promozione della Salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 counselling breve/minimal advice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:



<b>Sez. B</b>	<b>ALIMENTAZIONE</b> <i>da compilare anche con l'ausilio del Medico Competente</i>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1	È stata adottata una POLITICA AZIENDALE sull'alimentazione sana rivolta ai lavoratori condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	L'Azienda si è impegnata nella diffusione di INFORMAZIONI su una sana alimentazione, in termini di quantità e qualità, con il supporto di esperti del settore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Sono stati realizzati corsi di FORMAZIONE/ EDUCAZIONE ALIMENTARE specifici su tale tema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	È presente un LOCALE RISTORO a disposizione dei lavoratori durante la pausa pranzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Se sì il locale ristoro è ATTREZZATO (frigorifero, microonde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sono stati fatti interventi sui DISTRIBUTORI AUTOMATICI in Azienda per favorire il consumo di alimenti sani ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	È presente una MENSA AZIENDALE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Se sì il MENÙ offerto è approvato dal SIAN oppure redatto da un nutrizionista abilitato in modo da garantire una composizione dei pasti equilibrata da un punto di vista energetico-nutrizionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-pane a basso contenuto di sale e pane integrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-sale iodato per le preparazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-alimenti per celiaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	La pausa pranzo è regolamentata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Il MEDICO COMPETENTE effettua un counselling breve ai lavoratori in sovrappeso/obesità durante le visite mediche periodiche in Azienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:



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

Note:

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

Note:



<b>Sez. E</b>	<b>FUMO</b> <i>da compilare anche con l'ausilio del medico competente</i>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1	È stata adottata una POLITICA AZIENDALE sul fumo rivolta ai lavoratori, condivisa con tutte le figure aziendali della Prevenzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	L'Azienda ha un REGOLAMENTO scritto che prevede il divieto di fumare in tutti gli ambienti di lavoro chiusi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	L'Azienda si è impegnata nella diffusione di INFORMAZIONI sulla prevenzione del tabagismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sono stati realizzati corsi di FORMAZIONE rivolti ai lavoratori su tale tema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	L'Azienda sostiene i lavoratori che vogliono smettere di fumare? (es. counselling individuale o di gruppo, incentivi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Il MEDICO COMPETENTE, durante le visite mediche periodiche in Azienda, effettua test di valutazione della dipendenza dal fumo e della motivazione a smettere di fumare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	L'Azienda ha fatto ricorso a servizi specialistici per la realizzazione del programma sul tabagismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:

<b>SEZ. F</b>	<b>SCREENING ONCOLOGICI</b> <i>da compilare anche con l'ausilio del medico competente</i>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1	L'azienda favorisce la sensibilizzazione/partecipazione dei lavoratori a programmi di screening raccomandati dal SSN anche attraverso il Medico Competente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:

<b>SEZ. G</b>	<b>VACCINAZIONI</b> <i>da compilare anche con l'ausilio del medico competente</i>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1	L'azienda favorisce la sensibilizzazione/partecipazione dei lavoratori a programmi di vaccinazione raccomandati dal SSN anche attraverso il Medico Competente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	L'Azienda ha attivato programmi vaccinali da effettuarsi direttamente in azienda o presso la ASL competente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:

**ALLEGATO 2b**

<b>ANALISI dei BISOGNI DI SALUTE della popolazione lavorativa aziendale</b>	
<i>Esempi di argomenti da valutare anche con l'ausilio del Medico Competente</i>	<b>NOTE</b>
Età media e prevalenza di genere della popolazione lavorativa	
Livello di istruzione medio della popolazione lavorativa	
Presenza di lavoratori con disabilità	
Presenza di lavoratori stranieri (in riferimento non solo alle difficoltà linguistiche, nel rispetto delle differenze socio-culturali)	
Tipologia di lavoro (a turni, notturno, lavoro agile o 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 sinergici con fumo di tabacco e alcol	
Altro.....	
Altro.....	

**ALLEGATO 2c****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 \_\_\_\_\_

---

---

---

**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 pensa 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

**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 (anti-influenzale, 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 \_

\_\_\_\_\_