

4. Fase di Rendicontazione annuale: Format “Scheda di Rendicontazione”

Al termine di ogni anno, il “luogo di lavoro” raccoglierà le informazioni necessarie a documentare le azioni di miglioramento realizzate. Nella esperienza lombarda il termine fissato per questa attività è inizio novembre, in quanto permette l'elaborazione dei dati entro fine anno e la pianificazione di azioni di comunicazione e marketing sociale (report, eventi pubblici con consegne degli attestati e rilancio del Programma, ecc.) per l'inizio dell'anno successivo.

In Tabella XX è riportato il tracciato tipo del format “Scheda di Rendicontazione”

Tabella XX tracciato tipo format “Scheda di Rendicontazione”

<u>FORMAT “SCHEDA DI RENDICONTAZIONE” – TRACCIATO TIPO</u>	
Anno ____ (dati selezionabili da menù a tendina)	
ID e DATI IDENTIFICATIVI DELLA SEDE (dati selezionabili da menù a tendina)	
1 – PRATICHE PER FAVORIRE L’ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI COMPORTAMENTI ALIMENTARI SALUTARI (AREA ALIMENTAZIONE) SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Buona pratica 1.1 Mensa aziendale	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se Sì:	
COMPLETE <input type="checkbox"/>	PARZIALE <input type="checkbox"/>
SE PARZIALE, specificare	
- offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- frutta e verdura non sostituibile con altri dessert	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- utilizzo esclusivo di sale iodato	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- disponibilità di pane integrale	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Formazione del personale della mensa (e/o gestore)	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- informazione ai lavoratori su porzioni corrette e composizione equilibrata del pasto	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 1.2 – Distributori automatici di alimenti	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 1.3 - Bar interni (“Pasto sano fuori casa”)	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona Pratica 1.4 – Area di refezione	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se Sì:	
COMPLETE <input type="checkbox"/>	PARZIALE <input type="checkbox"/>
SE PARZIALE, specificare:	
- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 1.5 – Ristorazione pubblica (“Pasto sano fuori casa”)	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COMPLETE <input type="checkbox"/>	PARZIALE <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Promozione percorsi informativi e di sensibilizzazione ai ristoratori	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 1.6 – Altro	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SE Sì, specificare:	
- Altra Pratica validata da ASL	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2 – PRATICHE PER FAVORIRE L’ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI UNO STILE DI VITA ATTIVO (AREA ATTIVITA’ FISICA) SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Buona pratica 2.1 – Scale per la salute (SOLO se nella sede sono presenti ascensori)	
Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMPLETA <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/>	
SE PARZIALE, specificare:	
-Promozione dell'uso delle scale in sostituzione dell'ascensore	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Miglioramento del contesto fisico ove sono ubicate le scale	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 2.2 – Promozione della mobilità attiva nel percorso casa-lavoro Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMPLETA <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/>	
SE PARZIALE, specificare:	
- promozione uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro, attraverso:	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Promozione/partecipazione alla realizzazione di interventi strutturali volti alla promozione di percorsi pedonali – ciclabili sicuri in prossimità dell'azienda	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Realizzazione parcheggio/rastrelliere coperte	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Fornitura biciclette in comodato d'uso ai dipendenti;	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Attivazione convenzioni per sconti su acquisto e/o offerta di materiale utile correlato all'utilizzo della bicicletta;	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Promozione e/o adesione a iniziative incentivanti (esempio "bike to work" promosso da FIAB)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Creazione della figura del Mobility Manager e/o altro per favorire l'uso del mezzo pubblico	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Offerta di opportunità formative informative sulla sicurezza stradale e l'uso sicuro della bicicletta;	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 2.3 – Opportunità per incentivare lo svolgimento di attività fisica	
Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMPLETA <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/>	
SE PARZIALE, specificare:	
- Organizzazione di Gruppi di cammino aziendali	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Formazione di Walking Leader	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Collaborazione con Enti/Associazioni locali per l'individuazione di percorsi per camminare o andare in bicicletta nei pressi dell'azienda	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Organizzazione di iniziative sportive aziendali o organizzate da altri soggetti;	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Attivazione di convenzioni per abbonamenti a palestre, piscine, ecc/ acquisto di abbigliamento e attrezzature sportive	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Allestimento di spazi aziendali accessibili a tutti i dipendenti per svolgere attività fisica (campo da gioco, palestra, etc.);	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Promozione, ove possibile, di "pause attive" sul posto	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Messa a disposizione di materiale informativo sui percorsi migliori per andare al lavoro a piedi o in bicicletta	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 2.4 – Altro Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SE Sì, specificare:	
- Altra Pratica validata da ASL	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3 – PRATICHE PER CREARE UN AMBIENTE DI LAVORO “LIBERO DAL FUMO” e INCENTIVARE LA CESSAZIONE (AREA FUMO DI TABACCO) Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Buona pratica 3.1 - Policy di Ambiente libero dal fumo Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SE Sì,	
COMPLETA <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/>	
SE PARZIALE, specificare	
- definizione della policy - attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.)	Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti	

l'azienda	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- attuazione della policy	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 3.2 – Supporti alla cessazione tabagica	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SE Sì, COMPLETA <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/>		
SE PARZIALE, specificare		
-Attivazione di iniziative per promuovere la conoscenza dell'offerta dei Centri per il Trattamento del Tabagismo del Sistema Sanitario	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-Promozione e diffusione di iniziative e strumenti validati e gratuiti per supportare il fumatore	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 3.3 – Altro	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SE Sì, specificare:		
- Altra Pratica validata da ASL	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4 – PRATICHE PER IL CONTRASTO A COMPORTAMENTI ADDITIVI (AREA ALCOOL, DROGHE, GIOCO D'AZZARDO)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 4.1 – Policy aziendale	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SE Sì, COMPLETA <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/>		
SE PARZIALE, specificare:		
- Definizione policy – attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- attivazione di iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- attuazione della policy	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- monitoraggio della applicazione della policy nel tempo (piano formale)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 4.2 – Formazione generale	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 4.3 – Formazione per dirigenti e altre figure di sistema	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5 - BUONE PRATICHE TRASVERSALI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 5.1 – Medico Competente	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SE Sì, COMPLETA <input type="checkbox"/> PARZIALE <input type="checkbox"/>		
SE PARZIALE, specificare:		
- Formazione validata su minimal advice e/o counseling motivazionale	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- Attività di minimal advice ai lavoratori con fattori di rischio per MCNT	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 5.2 Inclusione		
-Applicazione di strumenti di inclusione, reinserimento e supporto ai dipendenti con disabilità fisiche e psichiche e patologie croniche	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6 PRATICHE DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO, WELFARE, RESPONSABILITÀ SOCIALE E PER PROMUOVERE L'ADESIONE A COMPORTAMENTI PREVENTIVI (AREA ALTRE PRATICHE)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 6.1–Conciliazione vita-lavoro		
Adesione a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Se SI Breve descrizione</i>		
Buona pratica 6.2–Responsabilità Sociale		
Adesione a iniziative regionali /nazionali/comunitarie di Responsabilità Sociale d'Impresa	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Se SI Breve descrizione</i>		
Buona pratica 6.3– Riduzione Spreco alimentare		
Iniziative per la riduzione dello spreco alimentare e valorizzazione delle eccedenze	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Se SI Breve descrizione</i>		
Buona pratica 6.4- Stress lavoro-correlato e benessere organizzativo		
Attuazione di interventi validati in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>Se SI Breve descrizione</i>		
Buona pratica 6.5- Adesione a comportamenti preventivi		

Iniziative con ASL per la promozione dell'adesione a programmi di screening oncologico	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Iniziative per la promozione dell'adesione alle campagne vaccinali	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Buona pratica 6.6– Altro	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SE SÌ, specificare:		
- Altra Pratica validata da ASL	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- Attività informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DATI DEL COMPILATORE		
Cognome	Nome	
Telefono	E-Mail	
Ruolo nell'Azienda...		