

Questionari facsimile del progetto WHP dell'Alto Adige

La messa a disposizione di questi questionari facsimile intende supportare le aziende nel raccogliere già in fase preliminare le informazioni necessarie, ad esempio in coordinamento con l'ufficio del personale. I questionari ufficiali del progetto WHP dell'Alto Adige devono essere compilati digitalmente nel portale WHP (sezione "Questionari WHP") dopo l'avvenuta registrazione. I questionari compilati su supporto cartaceo e inviati non possono purtroppo essere presi in considerazione per motivi organizzativi. Ringraziamo per la comprensione.

Scheda anagrafica

Dati identificativi dell'azienda/organizzazione

Azienda	
Nome azienda/organizzazione *	_____
Sede legale **	Via e numero civico _____ Luogo _____ CAP _____ Provincia _____
La sede del programma WHP è diversa dalla sede centrale. * <i>Se l'organizzazione ha più sedi è richiesta una nuova registrazione per ogni sede.</i>	☐ Sì ☐ No
se Sì: Sede operativa *	Via e numero civico _____ Luogo _____ CAP _____ Provincia _____
Informazioni	
Partita IVA *	_____
Settore di attività *	_____ <i>Classificazione delle attività economiche</i> <i>Codici Ateco ISTAT -</i> https://astat.provinz.bz.it/it/pubblicazioni/classificazione-delle-attivita-economiche-ateco-2025
Tipologia azienda/organizzazione *	☐ Privata ☐ Pubblica ☐ Convenzionata ☐ Ente del terzo settore
Numero di dipendenti *	_____
Ragione sociale (es. SPA, SRL, ente pubblico etc.) *	_____
Website *	_____

Referente interno del programma WHP	
Referente *	Funzione _____ Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Telefono _____ E-Mail _____
Altro referente *	☐ Sì ☐ No
se Sì	vedi „Referente“
Medico del lavoro competente	
Il Medico del lavoro competente è stato nominato *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Nome _____ Cognome _____ E-Mail _____
Autodichiarazione	
Scaricare l'autodichiarazione, firmarla e ricaricarla	
1. Scarica file *	Autodichiarazione.pdf [viene generato e scaricato automaticamente con un clic sinistro]
2. Carica file *	Selezionare documento

* campo obbligatorio; _____ inserimento di testo o numeri; ☐ scelta singola

Analisi di contesto

Valutazione iniziale dello stato di salute organizzativo

Profilo di salute	
Denominazione *	_____
Settore di attività *	_____ <i>Classificazione delle attività economiche Codici Ateco ISTAT -</i> https://astat.provinz.bz.it/it/pubblicazioni/classificazione-delle-attivita-economiche-ateco-2025
Settore *	☐ Settore sanità e assistenza sociale ☐ Escluso settore sanità e assistenza sociale
Personale (dati al 31.12 dell'anno precedente la compilazione)	
Totale personale n. *	_____
Di cui a tempo indeterminato *	Uomini _____ Donne _____
Di cui a tempo indeterminato *	Uomini _____ Donne _____
Di cui con altri tipi di contratto *	Uomini _____ Donne _____

Presenza di personale straniero *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Personale straniero (numero) * Totale _____ Uomini _____ Donne _____
Presenza di personale con disabilità *	☐ Sì ☐ No
Presenza di lavoro a turno *	☐ Sì ☐ No
Possibilità di lavoro “agile”/“a distanza” (smart working, telelavoro, ecc.) *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Percentuale dei lavoratori “a distanza” * _____
Fasce di età del personale *	15–24 25–34 35–49 50–59 ≥ 60
Profili professionali	
Dirigenti *	Uomini _____ Donne _____
Impiegati *	Uomini _____ Donne _____
Operai *	Uomini _____ Donne _____
Assenze per malattia (giorni)	
Dirigenti *	Uomini _____ Donne _____
Impiegati *	Uomini _____ Donne _____
Operai *	Uomini _____ Donne _____

* campo obbligatorio; _____ inserimento di testo o numeri; ☐ scelta singola;

Contesto organizzativo e stili di vita - Alimentazione	
La sede è dotata di un servizio mensa *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Come è gestito il servizio mensa? * ☐ Gestito direttamente dall'azienda ☐ Gestito da terzi mediante contratto d'appalto ☐ Con fornitura di pasti confezionati recapitati (catering) Nome del gestore/azienda _____ <i>Nel caso di servizio mensa gestito mediante contratto di appalto o catering specificare il nome del gestore</i> Il menù della mensa prevede * ☐ Frutta e verdura non sostituibile con altri dessert in caso di menù predefinito a costo standard ☐ Offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale ☐ Disponibilità di pane integrale ☐ Utilizzo esclusivo di sale iodato ☐ Pasti "speciali" (celiachia, ecc.) ☐ L'accoglimento di richieste legate a dettami religiosi o preferenze alimentari individuali ☐ Nessuna delle opzioni indicate L'orario della mensa permette la partecipazione anche ai "turnisti" (se presenti) * ☐ Sì ☐ No Quanto costa in media un pasto al personale dipendente * ☐ Nulla ☐ ≤ 4 Euro ☐ 4-7 Euro ☐ > 7 Euro
E' presente un locale per il consumo di alimenti portati da casa *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Il locale è attrezzato con * ☐ Forno microonde ☐ Distributori automatici di bevande e alimenti ☐ Nessuna delle opzioni indicate
Sono presenti in sede distributori automatici di alimenti/bevande *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Numeri distributori * _____

	Nei distributori è presente * ☐ Offerta di acqua ☐ Offerta di frutta e/o verdura fresca e di stagione ☐ Offerta di almeno il 30% di alimenti salutarì ☐ Nessuna delle opzioni indicate
È possibile fruire del pasto presso bar/ristoranti/ecc. convenzionati con l'azienda (ticket, altro) *	☐ Sì ☐ No
Presso la sede sono presenti altre iniziative in termini di alimentazione sana *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Tipologia di iniziative * ☐ Iniziative occasionali (es. settimana/giorni con disponibilità di frutta nelle aree break, ecc.) ☐ Iniziative informative stabili (cartellonistica, iniziative informative, ecc.) ☐ Altre iniziative (breve descrizione) _____
In sintesi: Il contesto organizzativo relativo all'alimentazione *	☐ Richiede un complessivo ripensamento ☐ Richiede alcune azioni di miglioramento ☐ Non richiede azioni miglioramento

* campo obbligatorio; _____ inserimento di testo o numeri; ☐ scelta singola; ☐ scelta multipla;

Contesto organizzativo e stili di vita - Attività fisica	
La sede è organizzata su più piani *	☐ Sì ☐ No
se Sì	È attivo un programma che promuove l'utilizzo delle scale in alternativa all'ascensore * ☐ Sì ☐ No
La sede è raggiungibile in bicicletta *	☐ Sì ☐ No
Presso la sede vi è uno spazio protetto per il parcheggio delle biciclette *	☐ Sì ☐ No
La sede si trova in prossimità di un percorso ciclabile *	☐ Sì ☐ No
È possibile svolgere attività fisica in spazi adeguati all'interno della sede in orari extra lavorativi *	☐ Sì ☐ No
L'azienda ha stipulato convenzioni con palestre/centri sportivi esterni per il personale *	☐ Sì ☐ No

Sono attivati gruppi di cammino "aziendali" *	☐ Sì ☐ No
Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutto il personale *	☐ Sì ☐ No
Sono presenti iniziative finalizzate a sostenere uno stile di vita attivo *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Iniziative: * ☐ Occasionali (es. settimana/giorni della bicicletta, della camminata ecc.) ☐ Stabili (es. squadra calcetto e/o altri sport) ☐ Altre iniziative (breve descrizione) _____
In sintesi: Il contesto organizzativo relativo all'attività fisica *	☐ Richiede un complessivo ripensamento ☐ Richiede alcune azioni di miglioramento ☐ Non richiede azioni miglioramento

* campo obbligatorio; _____ inserimento di testo o numeri; ☐ scelta singola; ☐ scelta multipla;

Contesto organizzativo e stili di vita - Fumo	
Sono attuate tutte le indicazioni normative in tema di divieto di fumo (anche nelle pertinenze esterne - per aziende sanitarie o contesti scolastici)? *	☐ Completamente ☐ Ci sono aree da migliorare
La sede è dotata di una "policy" scritta di contrasto al fumo di tabacco *	☐ Sì ☐ No
se Sì	Elementi per la valutazione qualitativa della policy di contrasto al fumo di tabacco * ☐ Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge ☐ Definisce i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori ☐ Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori ☐ Prevede "aree fumatori" ☐ Stabilisce se è permessa una pausa per fumare e se i lavoratori che usufruiscono di tale pausa devono poi recuperarla durante la giornata lavorativa ☐ Stabilisce le sanzioni per chi non rispetta le regole

	☐ Definisce i tempi e le modalità di sostegno ai lavoratori fumatori che decidono di smettere di fumare ☐ Definisce gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo e i tempi della valutazione ☐ Definisce i procedimenti per la soluzione di proteste e dispute ☐ È stata discussa/condivisa con rappresentanti dei lavoratori In sintesi: "Policy" * ○ La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata completamente ○ La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ma è scarsamente attuata ○ La policy presente ha aree da migliorare
Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti *	○ Sì ○ No
Il contesto organizzativo relativo al fumo: *	○ Richiede un complessivo ripensamento ○ Richiede alcune azioni di miglioramento ○ Non richiede azioni miglioramento

* campo obbligatorio; _____ inserimento di testo o numeri; ○ scelta singola; ☐ scelta multipla;

Contesto organizzativo e stili di vita - Contrasto ai comportamenti Additivi (alcol, droghe, gioco d'azzardo)	
La sede è dotata di una policy in tema di comportamenti additivi *	○ Sì ○ No
se Sì	Elementi per la valutazione qualitativa della policy in tema di comportamenti additivi * ☐ È stata definita attraverso un percorso condiviso Azienda-lavoratori ☐ Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge ☐ Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori ☐ Precisa i contesti in cui si applica (es. solo all'interno degli spazi aziendali, anche al di fuori, quando i lavoratori sono in servizio, anche al di fuori dell'orario di servizio a garanzia della presenza al lavoro non sotto effetto di alcol/droghe)

	☐ Definisce chi ha il compito di controllare e far rispettare la policy ☐ Stabilisce le sanzioni per chi non rispetta le regole ☐ Esplicita le indicazioni in merito alle possibilità di aiuto e sostegno (sia interne sia a livello territoriale) ☐ Esplicita le modalità di sostegno e di tutela della privacy nei confronti dei lavoratori che accedono al sistema di cura (anche ulteriori rispetto alle previsioni di legge, ad es. benefit) ☐ Definisce le modalità di pubblicizzazione e promozione dei contenuti e della loro applicazione ☐ Prevede azioni/iniziative di responsabilità sociale su questi temi rivolte al territorio-comunità in cui opera l'azienda (es. sponsorizzazione di iniziative sociali ecc.) In sintesi: "Policy" * ☐ La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata completamente ☐ La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ma è scarsamente attuata ☐ La policy presente ha aree da migliorare
Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti *	☐ Sì ☐ No
Il contesto organizzativo relativo al contrasto alle dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo) *	☐ Richiede un complessivo ripensamento ☐ Richiede alcune azioni di miglioramento ☐ Non richiede azioni miglioramento

* campo obbligatorio; _____ inserimento di testo o numeri; ☐ scelta singola; ☐ scelta multipla;

Medico competente nel posto di lavoro se presente	
Ha una formazione certificata ECM o validata dell'Azienda Sanitaria in tema di promozione della salute sui luoghi di lavoro *	☐ Sì ☐ No
Ha partecipato a iniziative di aggiornamento/formazione in tema di alcol/droghe *	☐ Sì ☐ No
Conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari	
L'azienda aderisce a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro (vedi audit famigliaelavoro)	☐ Sì ☐ No
se Sì	Iniziative in corso (breve descrizione) * _____
Dati del compilatore	
Il compilatore *	Nome _____ Cognome _____ Funzione _____ Telefono _____ E-Mail _____
Conferma invio questionario	
Desidera inviare il modulo in modo definitivo? Dopo l'invio, i dati inseriti non potranno più essere modificati.	☐ Ritornare al questionario ☐ Inviare definitivamente il modulo

* campo obbligatorio; _____ inserimento di testo o numeri; ☐ scelta singola; ☐ scelta multipla;