

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>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> 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 *	<input type="radio"/> Privata <input type="radio"/> Pubblica <input type="radio"/> Convenzionata <input type="radio"/> Ente del terzo settore
Numero di dipendenti *	_____
Ragione sociale (es. S.p.A., S.r.l., ente pubblico etc.) *	_____

Website *	_____
Referente interno del programma WHP	
Referente *	Funzione _____ Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Telefono _____ E-Mail _____
Altro referente *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	vedi "Referente"
Medico del lavoro competente	
Il Medico del lavoro competente è stato nominato *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	Nome _____ Cognome _____ E-Mail _____
Autodichiarazione <i>Scaricare l'autodichiarazione, firmarla e ricaricarla</i>	
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-attivit�-economiche-ateco-2025
Settore *	<input type="radio"/> Settore sanità e assistenza sociale <input type="radio"/> 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 determinato *	Uomini _____ Donne _____
Di cui con altri tipi di contratto *	Uomini _____ Donne _____

Sono impiegati lavoratori con cittadinanza di uno Stato non appartenente all'UE? *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	Numero di lavoratori con cittadinanza di uno Stato non appartenente all'UE: * Totale _____ Uomini _____ Donne _____
Presenza di personale con disabilità *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Presenza di lavoro a turno *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Possibilità di lavoro "agile"/"a distanza" (smart working, telelavoro, ecc.) *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> 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 _____
Assenza per malattia (giorni) dal 01.01. al 31.12. dell'anno scorso	
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 *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	<p>Come è gestito il servizio mensa? *</p> <input type="checkbox"/> Gestito direttamente dall'azienda <input type="checkbox"/> Gestito da terzi mediante contratto d'appalto <input type="checkbox"/> Con fornitura di pasti confezionati recapitati (catering) <p>Nome del gestore/azienda _____ <i>Nel caso di servizio mensa gestito mediante contratto di appalto o catering specificare il nome del gestore</i></p> <p>Il menù della mensa prevede *</p> <input type="checkbox"/> Frutta e verdura non sostituibile con altri dessert in caso di menù predefinito a costo standard <input type="checkbox"/> Offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale <input type="checkbox"/> Disponibilità di pane integrale <input type="checkbox"/> Utilizzo esclusivo di sale iodato <input type="checkbox"/> Pasti "speciali" (celiachia, ecc.) <input type="checkbox"/> L'accoglimento di richieste legate a dettami religiosi o preferenze alimentari individuali <input type="checkbox"/> Nessuna delle opzioni indicate <p>L'orario della mensa permette la partecipazione anche ai "turnisti" (se presenti) *</p> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <p>Quanto costa in media un pasto al personale dipendente *</p> <input type="radio"/> Nulla <input type="radio"/> ≤ 4 Euro <input type="radio"/> 4-7 Euro <input type="radio"/> > 7 Euro
È presente un locale per il consumo di alimenti portati da casa *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	<p>Il locale è attrezzato con *</p> <input type="checkbox"/> Forno microonde <input type="checkbox"/> Distributori automatici di bevande e alimenti <input type="checkbox"/> Nessuna delle opzioni indicate
Sono presenti in sede distributori automatici di alimenti/bevande *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	Numero di distributori * _____

	<p>Nei distributori è presente *</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Offerta di acqua <input type="checkbox"/> Offerta di frutta e/o verdura fresca e di stagione <input type="checkbox"/> Offerta di almeno il 30 % di alimenti salutari <input type="checkbox"/> Nessuna delle opzioni indicate
È possibile fruire del pasto presso bar/ristoranti/ecc. convenzionati con l'azienda (ticket, altro) *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Presso la sede sono presenti altre iniziative in termini di alimentazione sana *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	<p>Tipologia di iniziative *</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Iniziative occasionali (es. settimana/giorni con disponibilità di frutta nelle aree break, ecc.) <input type="checkbox"/> Iniziative informative stabili (cartellonistica, iniziative informative, ecc.) <input type="checkbox"/> Altre iniziative (breve descrizione) _____
In sintesi: Il contesto organizzativo relativo all'alimentazione *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Richiede un complessivo ripensamento <input type="radio"/> Richiede alcune azioni di miglioramento <input type="radio"/> Non richiede azioni di 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 *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	<p>È attivo un programma che promuove l'utilizzo delle scale in alternativa all'ascensore *</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
La sede è raggiungibile in bicicletta *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Presso la sede vi è uno spazio protetto per il parcheggio delle biciclette *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
La sede si trova in prossimità di un percorso ciclabile *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
È possibile svolgere attività fisica in spazi adeguati all'interno della sede in orari extra lavorativi *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
L'azienda ha stipulato convenzioni con palestre/centri sportivi esterni per il personale *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

Sono attivati gruppi di cammino "aziendali" *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutto il personale *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Sono presenti iniziative finalizzate a sostenere uno stile di vita attivo *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	Iniziative: * <input type="checkbox"/> Occasionali (es. settimana/giorni della bicicletta, della camminata ecc.) <input type="checkbox"/> Stabili (es. squadra calcetto e/o altri sport) <input type="checkbox"/> Altre iniziative (breve descrizione) _____
In sintesi: Il contesto organizzativo relativo all'attività fisica *	<input type="radio"/> Richiede un complessivo ripensamento <input type="radio"/> Richiede alcune azioni di miglioramento <input type="radio"/> Non richiede azioni di 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)? *	<input type="radio"/> Completamente <input type="radio"/> Ci sono aree da migliorare
La sede è dotata di una "policy" scritta di contrasto al fumo di tabacco *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
se Sì	Elementi per la valutazione qualitativa della policy di contrasto al fumo di tabacco * <input type="checkbox"/> Stabilisce i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge <input type="checkbox"/> Definisce i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori <input type="checkbox"/> Precisa che le regole definite si applicano a tutti i lavoratori <input type="checkbox"/> Prevede "aree fumatori" <input type="checkbox"/> Stabilisce se è permessa una pausa per fumare e se i lavoratori che usufruiscono di tale pausa devono poi recuperarla durante la giornata lavorativa <input type="checkbox"/> Stabilisce le sanzioni per chi non rispetta le regole

	<input type="checkbox"/> Definisce i tempi e le modalità di sostegno ai lavoratori fumatori che decidono di smettere di fumare <input type="checkbox"/> Definisce gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo e i tempi della valutazione <input type="checkbox"/> Definisce i procedimenti per la soluzione di proteste e dispute <input type="checkbox"/> È stata discussa/condivisa con rappresentanti dei lavoratori In sintesi: "Policy" * <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 *	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sì ○ No
Il contesto organizzativo relativo al fumo: *	<ul style="list-style-type: none"> ○ Richiede un complessivo ripensamento ○ Richiede alcune azioni di miglioramento ○ Non richiede azioni di 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 *	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sì ○ No
se Sì	Elementi per la valutazione qualitativa della policy in tema di comportamenti additivi * <ul style="list-style-type: none"> □ 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)

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definisce chi ha il compito di controllare e far rispettare la policy <input type="checkbox"/> Stabilisce le sanzioni per chi non rispetta le regole <input type="checkbox"/> Esplicita le indicazioni in merito alle possibilità di aiuto e sostegno (sia interne sia a livello territoriale) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Definisce le modalità di pubblicizzazione e promozione dei contenuti e della loro applicazione <input type="checkbox"/> Prevede azioni/iniziative di responsabilità sociale su questi temi rivolte al territorio-comunità in cui opera l'azienda (es. sponsorizzazione di iniziative sociali ecc.) <p>In sintesi: "Policy" *</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ed è attuata completamente <input type="radio"/> La policy presente ha tutte le caratteristiche indicate ma è scarsamente attuata <input type="radio"/> La policy presente ha aree da migliorare
Sono attivate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutti i dipendenti *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Il contesto organizzativo relativo al contrasto alle dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo) *	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Richiede un complessivo ripensamento <input type="radio"/> Richiede alcune azioni di miglioramento <input type="radio"/> Non richiede azioni di 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 *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Ha partecipato a iniziative di aggiornamento/formazione in tema di alcol/droghe *	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari	
L'azienda aderisce a reti territoriali, progetti, iniziative di conciliazione vita-lavoro (vedi audit famigliaelavoro)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> Ritornare al questionario <input type="radio"/> Inviare definitivamente il modulo

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