



 fondo sociale europeo  
e fondo europeo sviluppo regionale



## WELFARE AZIENDALE

### Kit di rilevazione del Benessere Organizzativo

#### *Questionario per i lavoratori*



*In collaborazione con:*



Il presente questionario da sottoporre ai lavoratori è stato sviluppato da ASCOM Torino in collaborazione con Infor Elea e la Consulta per le persone in difficoltà come strumento di indagine sul clima interno all'azienda. Esso implementa l'attività di ricerca/intervento sul benessere organizzativo così come definita dal progetto "WE-CARE La Cura del Benessere Organizzativo" finanziato dalla Regione Piemonte attraverso la Misura 1.8iv.3.2.6 "Disseminazione e diffusione del welfare aziendale tramite enti aggregatori" atta a implementare la Strategia di innovazione sociale della Regione Piemonte "WECARE, WELFARE CANTIERE REGIONALE" approvata con D.G.R. n. 22-5076 del 22/05/2017.

Al dipendente è chiesta la cortese collaborazione affinché, attraverso le risposte a questo questionario, dia un contributo alla conoscenza del suo stato di benessere all'interno del sistema aziendale. I risultati consentiranno di effettuare le prime riflessioni circa eventuali criticità e margini di miglioramento di cui tenere conto nel definire un piano di welfare aziendale attento al benessere delle persone.

Il lavoratore dovrà rispondere a tutte le domande indicando con una X la risposta che descrive il suo punto di vista e la sua percezione di benessere organizzativo attuale.

Il questionario è anonimo. Nel compilarlo, si tenga in considerazione che non esistono risposte giuste o sbagliate: la migliore è quella che più si avvicina all'esperienza personale e riflette il pensiero del lavoratore.

Grazie per la collaborazione

**WE-CARE**

La cura delle persone per il benessere organizzativo

**ASCOM Confcommercio Torino:** Via Massena 20, 10128 Torino

Referente: Mirco De Maria      email: [mdemaria@ascomtorino.it](mailto:mdemaria@ascomtorino.it)

Tel: 011 55 16 123

## POSIZIONE SOCIO-ANAGRAFICA

---

**Genere:**  Maschio  Femmina

**Fascia di età:**  Fino ai 35  36-45  46-55  56-65  oltre i 65 anni

---

**Titolo di Studio:**  Licenza Scuola Media Inferiore  
 Diploma Scuola Media Superiore  
 Laurea Triennale  
 Laurea Magistrale/Specialistica  
 Master Universitario  
 Dottorato di Ricerca  
 Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

---

**Stato civile:**  Celibe/Nubile  Separato/a - Divorziato/a  
 Coniugato/a – Convivente  Vedovo/a

**Solo per chi è coniugato/convivente: Il partner lavora?**  Sì  No

---

Figli a carico:	Numero di figli di età compresa tra:
<input type="checkbox"/> Nessuno	0 e 3 anni: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Uno	4 e 6 anni: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Due	7 e 10 anni: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Tre	11 e 14 anni: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Più di tre	superiore ai 15 anni: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

---

**Hai figli che frequentano corsi universitari:**  0  1  2

---

**Nel tuo nucleo familiare ci sono persone anziane con più di 75 anni e/o persone non autosufficienti?**

Sì (*specificare parentela*)  Genitore  Figlio/a  Coniuge  Fratello/Sorella  
 No  
 Non risponde

**Se sì, dove risiede?**

Nella mia abitazione  
 In una struttura residenziale  
 Nella sua abitazione assistito da  Parenti  Personale qualificato  
 Altro (*specificare* \_\_\_\_\_)  
 Non risponde

---

**Quante ore settimanali dedichi al carico di impegni familiari (*cura dei figli, cura degli anziani, gestione della casa*)?**

Nessuna  1- 5 ore  5-15 ore  15-30 ore  oltre le 30 ore

---

---

**Tipologia di Contratto di lavoro:****In termini di orario di lavoro:**

- Part-time  
 Full-time

**In termini di durata:**

- Tempo determinato  
 Tempo indeterminato
- 

## MOBILITÀ

**Quanto dista il luogo di lavoro dalla tua abitazione?**

- Meno di 5 km  
 Tra 5 e 10 km  
 Tra 10 e 25 km  
 Tra 25 e 50 km  
 Oltre 50 km
- 

**Come raggiungi il posto di lavoro?**

- In auto  
 In moto  
 Con i mezzi pubblici  
 Con bici/monopattino  
 Altro (*specificare* \_\_\_\_\_)
- 

**In caso di utilizzo dell'auto per raggiungere il posto di lavoro, si tratta di un'auto:**

- Personale     Car Sharing     Aziendale
- 

**Fai ricorso a strategie di condivisione dei costi di trasporto (es: car pooling)?**

- Sì     No
- 

**Quanto tempo impieghi per raggiungere il posto di lavoro?**

- Meno di 10 minuti     Tra 10 e 30 minuti     Tra 30 e 60 minuti     Più di 60 minuti
- 

**Potresti fare il lavoro da casa senza interferire sul livello di efficacia dei processi aziendali?**

- Sì, sempre     Sì, alcune volte     No, mai     Non so
- 

## SALUTE

**Pratici regolarmente attività fisica? (Se sì, quante volte a settimana?)**

- Una     Due     Più di due     Non pratico alcuna attività fisica
-

---

**Se sì, che tipo di attività fisica svolgi?**

- Corsa
  - Passeggiate all'aria aperta
  - Calcio o calcetto
  - Palestra
  - Piscina
  - Bicicletta
  - Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- 

**Consideri la tua alimentazione corretta?**

- Sì       No       Non so
- 

**La sera generalmente.....**

- Esco
  - Preferisco stare a casa
  - In settimana gli impegni lavorativi mi tengono occupato, ma nei week end ne aprofitto
  - Le attività domestiche e familiari mi costringono a limitare le attività sociali
- 

## WELFARE AZIENDALE

**A quale area di intervento del welfare aziendale sei più interessato?**

- Previdenza integrativa (assicurazioni, fondi di previdenza...)
- Sanità integrativa (ricoveri, visite specialistiche, cure odontoiatriche ...)
- Servizi di assistenza (servizi medici di prevenzione, convenzioni con studi medici...)
- Polizze assicurative (infortuni, viaggi all'estero, abitazione, decesso ...)
- Conciliazione vita-lavoro, sostegno ai genitori (orario flessibile, telelavoro, smart working, permessi aggiuntivi per maternità/paternità, servizio disbrigo pratiche ...)
- Sostegno economico (ticket restaurant, convenzioni per acquisti, spese di trasporto...)
- Formazione per i dipendenti (specializzazioni, master universitari, workshop ...)
- Sostegno all'istruzione di figli e familiari (asili nido, borse di studio, viaggi di studio ...)
- Cultura e tempo libero (palestre, musei, centri estivi e invernali per familiari ...)
- Sostegno ai soggetti deboli e integrazione sociale (disabilità, formazione linguistica, mediazione culturale...)
- Sicurezza e prevenzione degli incidenti (formazione, certificazioni...)
- Welfare allargato alla comunità (iniziative di volontariato, eventi ricreativi/culturali, adozioni a distanza ...)

**Nella tua azienda sono presenti una o più delle seguenti azioni di welfare aziendale? [se presente barra la casella iniziale e indica il livello di soddisfazione da 1(basso) a 5 (alto), se non presente non barrare la casella iniziale, ma indica la volontà che venga attivata da 1 (bassa) a 5 (alta)]**

<input type="checkbox"/> Abbonamento ai mezzi di trasporto pubblici	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Asilo nido aziendale	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Borse di studio per familiari	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con agenzie di viaggio	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con asili nido/scuole	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con aziende di trasporto pubblico	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con banche e/o assicurazioni	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con centri estivi/invernali per bambini	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con fornitore di servizi di welfare	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con esercizi commerciali	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con palestre	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni con teatri/cinema	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Convenzioni sanitarie	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Corsi di formazione	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Fondo pensionistico di categoria	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Formazione sicurezza sul lavoro	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Iniziative di volontariato	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Integrazione lavoratori con disabilità	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Maggiordomo aziendale	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Mensa aziendale	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Orario flessibile	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Palestra aziendale	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Permessi di paternità	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Permessi retribuiti per malattia figli	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Premio di risultato	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Sanità integrativa	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Sportello di sostegno finanziario	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Sportello di sostegno psicologico	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Telelavoro/Lavoro agile	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Ticket pasto	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Turni agevolati	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Voucher beni/servizi	①	②	③	④	⑤
<input type="checkbox"/> Altro ( <i>specificare</i> _____ )	①	②	③	④	⑤

---

**Se potessi scegliere tra contributi in denaro o servizi di welfare aziendale preferiresti:**

- Servizi di welfare aziendale
- Contributo in denaro
- Non so

---

**Sapevi che le misure di welfare aziendale hanno un cuneo fiscale nullo? (Il lavoratore percepisce in beni e servizi il valore dell'intero ammontare sostenuto dall'impresa)**

- Sì
- No

---

**L'impresa adotta un piano di incentivazione basato sulle performance personali? (Piano di risultato)**

- Sì
- No

---

**Saresti propenso a trasformare il premio di risultato in beni e servizi di welfare aziendale, usufruendo della possibilità di non dover pagare l'imposta sostitutiva del 10% sul valore del premio.**

- Sì
- No

---

**Secondo te, qual è il principale ostacolo allo sviluppo dei servizi di welfare aziendale?**

- Aumento dei costi aziendali non compensato dall'aumento di produttività
- Scarso coordinamento con i servizi territoriali
- Il lavoratore che preferisce somme in denaro (seppur di valore inferiore)
- Insufficiente conoscenza dell'argomento da parte del lavoratore
- Assenza di sensibilità dell'imprenditore
- Non so

---

**BENESSERE DEL DIPENDENTE** (Indicare il livello 1 = basso, 5 =alto)

Quanto è forte il tuo senso di appartenenza all'azienda?	①	②	③	④	⑤
Ti senti coinvolto nella gestione delle attività decisionali?	①	②	③	④	⑤
Il lavoro ti soddisfa?	①	②	③	④	⑤
Come giudichi il rapporto con i tuoi colleghi?	①	②	③	④	⑤
Come giudichi il rapporto con i tuoi superiori?	①	②	③	④	⑤
Come giudichi gli orari di lavoro?	①	②	③	④	⑤
Come giudichi le condizioni dell'ambiente di lavoro?	①	②	③	④	⑤
Il welfare aziendale influisce sulle tue performance lavorative?	①	②	③	④	⑤
Gli impegni familiari ostacolano la tua crescita professionale?	①	②	③	④	⑤
Dedichi abbastanza tempo alla tua vita sociale?	①	②	③	④	⑤