

**QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEI LAVORATORI**  
**Piano mirato di prevenzione sui disturbi muscolo-scheletrici degli addetti ai servizi di trasloco.**  
***“Datemi una scala e vi traslocherò il mondo”***

Dati individuali

1. Et : \_\_\_\_\_ anni

2. Sesso:

maschio       femmina

3. Nazionalit :

Italiana  
 Altra nazionalit  \_\_\_\_\_

4. Titolo di studio:

licenza elementare  
 licenza di scuola media inferiore  
 qualifica professionale \_\_\_\_\_  
 diploma di scuola media superiore \_\_\_\_\_  
 laurea

5. Mansione attuale:                       amministrativa                       operativa

**Indicare quale (sono ammesse pi  risposte)::**

Caposquadra  
 Operaio traslocatore  
 Autista patente B  
 Autista patente C  
 Conducente autoscala/elevatore/montacarichi  
 Altro (descrivere brevemente) \_\_\_\_\_

6. Tipo di contratto:

dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato  
 lavoratore autonomo  
 altra tipologia contrattuale (indicare quale) \_\_\_\_\_

7. Anzianit  di lavoro nel settore:

N. anni \_\_\_\_\_

8. Periodo di lavoro nell'arco di un anno:

1-3 mesi  
 4-6 mesi  
 7-9 mesi  
 10-12 mesi

9. Giorni settimanali di lavoro (riferendosi ad una settimana tipica in cui si effettua l'attivit ):

N. giorni/settimana \_\_\_\_\_

**10. Durata giornaliera del lavoro (riferita ad un giorno tipico di lavoro):**

N. ore/giorno \_\_\_\_\_

Considerazioni sul lavoro

11. Il mio lavoro richiede un eccessivo sforzo fisico NO  SI
12. Lavoro spesso e per lunghi periodi in posizioni scomode NO  SI
13. Sono costretto a lavorare in fretta NO  SI
14. Il mio lavoro mi obbliga ad accorciare i tempi dei pasti e di riposo NO  SI
15. Sul lavoro devo spesso spostare o sollevare carichi pesanti NO  SI
16. Sul lavoro devo spesso rimanere in piedi a lungo mentre sollevo carichi pesanti NO  SI
17. Il mio lavoro è molto impegnativo NO  SI
18. I carichi che sollevo hanno una presa scomoda NO  SI

Aspetti di salute e stili di vita

**19. Lamenta disturbi (dolore, formicolii, blocchi articolari, crampi...) a carico di:**

- Spalle  NO  SI  A destra  A sinistra  Bilaterale  
Di che tipo? \_\_\_\_\_
- Gomiti  NO  SI  A destra  A sinistra  Bilaterale  
Di che tipo? \_\_\_\_\_
- Polsi  NO  SI  A destra  A sinistra  Bilaterale  
Di che tipo? \_\_\_\_\_
- Braccia  NO  SI  A destra  A sinistra  Bilaterale  
Di che tipo? \_\_\_\_\_
- Mani  NO  SI  A destra  A sinistra  Bilaterale  
Di che tipo? \_\_\_\_\_
- Arti inferiori  NO  SI  A destra  A sinistra  Bilaterale  
Di che tipo? \_\_\_\_\_
- Colonna vertebrale  NO  SI  Cervicale  Dorsale  Lombare  
Di che tipo? \_\_\_\_\_

**20. Nell'ultimo anno ha sofferto di improvviso forte dolore alla schiena, tale da rendere difficoltose le sue attività quotidiane?**

NO  SI

Se SI, è durato \_\_\_\_\_ giorni

**21. Le è stata diagnosticata un'ernia del disco a seguito di esami medici?**  NO  SI

Informazione e formazione

**22. In riferimento al suo settore di attività, ha ricevuto l'informazione su:**

- fattori di rischio per l'insorgenza di patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico?  NO  SI

- malattie professionali più frequenti a carico dell'apparato muscolo scheletrico?  NO  SI

Ne indichi una \_\_\_\_\_

- infortuni più frequenti a carico dell'apparato muscolo scheletrico?  NO  SI

Ne indichi uno \_\_\_\_\_

**23. Chi Le ha fornito queste informazioni**

datore di lavoro  RSPP  Medico competente  colleghi  corsi  solo con la mia esperienza

altro: \_\_\_\_\_

**24. Ha ricevuto formazione su:**

come svolgere le sue mansioni in modo sicuro  NO  SI

come usare correttamente le attrezzature di lavoro  NO  SI

Fasi di lavoro

**25. Quali fasi del suo lavoro considera pericolose per l'apparato muscoloscheletrico?**

**(sono ammesse più risposte):**

Guida del mezzo

Sollevamento mobili/ elettrodomestici

Trasporto a braccia mobili/elettrodomestici

Magazzinaggio

Smontaggio mobilio/attrezzature/materiali vari.

Movimentazione manuale del carico.

Operazioni di carico e scarico.

Utilizzo di ausili meccanici (autoscala/elevatore/montacarichi)

Montaggio di mobilio/attrezzature/materiali vari

Altro \_\_\_\_\_

**26. Sono a disposizione attrezzature per la movimentazione dei carichi?**

NO  SI

Se SI indicare quali \_\_\_\_\_

**27. Illustri brevemente proposte o considerazioni sulle condizioni di sicurezza nel suo lavoro**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....