

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DEI LAVORATORI ADDETTI ALLE ATTIVITA' EDILI - ISTRUZIONI

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DEI LAVORATORI EDILI ISTRUZIONI

Gentile Lavoratore,

Le chiediamo la disponibilità a dedicare un po' del suo tempo alla compilazione del questionario che trova di seguito allegato.

L'obiettivo del questionario è quello di coinvolgere tutti gli operatori edili nel Piano Mirato di Prevenzione che questa ASL ha avviato in collaborazione con INAIL sul territorio di Taranto per migliorare gli aspetti di salute e sicurezza delle aziende edili.

Il questionario è composto da una serie di domande sul suo lavoro ed i relativi rischi in tema di salute e sicurezza. Le chiediamo di compilarlo indicando la risposta nei seguenti modi:

- segnando con una X la risposta dove troverà il simbolo ☐
- scrivendo direttamente l'informazione richiesta dove troverà lo spazio bianco (_____)
- fornire una sola risposta salvo quando diversamente specificato.

A fronte dei quesiti non ci sono risposte giuste o sbagliate, quello che conta è la Vostra opinione.

Il questionario è anonimo, pertanto, non deve apporre segni che possano lasciare individuare il suo nome o la ditta per cui lavora. Per garantire la forma anonima deve riporre il questionario compilato nella busta che le verrà fornita e sigillare la stessa.

La busta contenente il questionario compilato dovrà essere riconsegnata al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza della sua azienda, il quale provvederà all'invio all'indirizzo mail diprev.spesal.direzione@asl.taranto.it.

La ringraziamo vivamente per la sua partecipazione.

DATI ANAGRAFICI

1. Et : _____

2. Genere: M F

3. Nazionalit : _____

4. Titolo di studio:

- Elementare (primaria) - Media inferiore (secondaria di I grado) - Sc. Superiore (secondaria di II grado) - Laurea

5. Da quanti anni lavora in edilizia: anni _____ mesi _____

6. Mansione lavorativa prevalente (barrare una sola risposta)

Impiegato tecnico (geometra/ingegnere/architetto) – Capocantiere – Operaio comune/Muratore -
Carpentiere in ferro – Carpentiere in legno - Gruista - Tecnico (termoidraulico/elettricista) -
Autista mezzi edili – Intonachista – Cartongessista – Imbianchino/Tinteggiatore- Piastrellista -
Altro _____

7. Anzianit  di servizio nella mansione attuale: anni _____ mesi _____

8. In quale ciclo edile svolge l'attivit  lavorativa

(ove necessario barra pi  di una risposta)

- Preparazione del terreno di scavo – Carpenteria/Preparazione dei casseri/Gettata/Preparazione
cemento – Intonacatura – Piastrellamento/Pavimentazione – Copertura tetti/isolamenti
termoacustici - Realizzazione di tetti/soffitti/terrazzi – Tinteggiatura – Preparazione cartongessi –
Termoidraulica/Impiantistica elettrica - Altro _____

9. Quali di queste attivit  lavorative svolge prevalentemente (ove necessario barra pi  di una
risposta)

- Preparazione del terreno di scavo – Carpenteria/Preparazione dei casseri/Gettata/Preparazione
cemento – Intonacatura – Piastrellamento/Pavimentazione – Copertura tetti/isolamenti
termoacustici - Realizzazione di tetti/soffitti/terrazzi – Tinteggiatura – Preparazione

10. Ricopre un ruolo nell'organizzazione della sicurezza nell'impresa per cui lavora? SI NO

11. Se S  quale

(ove necessario barrare pi  di una risposta)

☐ Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

☐ Preposto

☐ Addetto/Responsabile servizio di prevenzione e protezione

☐ Addetto alla lotta antincendio

☐ Addetto al primo soccorso

12. La tipologia del rapporto di lavoro è: (barrare una sola risposta)

- ☐ A tempo indeterminato - ☐ A tempo determinato - ☐ Lavoratore interinale di Impresa di fornitura
mano d'opera - ☐ Lavoratore Autonomo

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

13. Il lavoro è organizzato in turni ? SI NO

14. Svolge anche lavoro notturno ? SI NO

15. N° ore di lavoro a settimana (esclusi gli straordinari): n. ____

16. N° ore, medio, di straordinario settimanale: n. ____

17. Svolge il suo lavoro prevalentemente per la stessa impresa? SI NO

18. Solitamente lavora in squadra? SI NO

19. Se Sì, la squadra: ☐ cambia spesso ☐ è quasi sempre la stessa

20. Se Sì, ritiene adeguato il numero dei componenti della squadra in relazione al carico di
lavoro? SI NO

CONSIDERAZIONI SUL LAVORO

21. Ritiene che il suo lavoro sia pericoloso? SI NO

22. Ritiene sufficienti le procedure operative di sicurezza fornite dall'Azienda per cui lavora? SI
NO

23. Ritiene la formazione ricevuta utile per svolgere il suo lavoro in sicurezza? SI NO

24. Se durante il suo lavoro si verifica una problematica di sicurezza (es. riguardante macchine e
attrezzature o un mancato infortunio) la comunica ai Suoi superiori? SI NO

25. Ritiene che l'organizzazione per le emergenze sia adeguata? (es. presenza di addetti a
antincendio/evacuazione/primo soccorso in tutti i turni di lavoro) SI NO

26. Durante lo svolgimento del suo lavoro ritiene di essere esposto a ritmi di lavoro troppo
intensi? SI NO

27. Generalmente le pause di lavoro sono sufficienti? SI NO

28. Ritiene utile la sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente in funzione dei suoi
rischi lavorativi? SI NO

29. Ritiene adeguatamente segnalati i percorsi per i pedoni e per i mezzi nei luoghi di lavoro? SI
NO

30. Ritiene che siano adeguatamente gestite le problematiche di sicurezza nel caso di più imprese
edili operanti nelle attività in cantiere? SI NO

CONSIDERAZIONI SUI RISCHI

31. Durante lo svolgimento del suo lavoro ritiene di essere esposto in maniera ECCESSIVA

	SI'	NO	NON ESPOSTO
a. Rumore			
b. Vibrazioni			
c. Posizioni scomode per lungo tempo			
d. Movimentazione manuale di carichi			
e. Agenti atmosferici senza adeguate protezioni (raggi solari)			
f. Caduta dall'alto o in profondità			
g. Schiacciamento da carichi movimentati o sospesi			
h. Incidente alla guida di mezzi operativi			
i. Investimento su strade e/o piazzali			
j. Investimento in stiva e/o banchina			
k. Incendio o esplosione			
l. Contatto elettrico			
m. Contatto con materiali a temperature molto alte o molto basse			
n. Contatto con organi di macchinari in funzione			
o. Agenti chimici pericolosi senza adeguate protezioni o carenza di ossigeno			

INFORMAZIONE FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO

32. E' informato sui fattori di rischio legati allo svolgimento della sua attività lavorativa?

SI NO

33. E' stato formato su come svolgere in sicurezza la sua attività lavorativa? SI NO

34. La sua attività lavorativa richiede l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale quali apparecchi di protezione delle vie respiratorie, cinture/imbracature anticaduta, dispositivi di protezione dell'udito? SI NO

35. Se Sì, è stato addestrato all'utilizzo di tali dispositivi di protezione individuale? SI NO

36. E' adibito all'utilizzo di macchine/attrezzature di lavoro specifiche e/o particolari (es. gru, autogru, escavatori, etc...)? SI NO

37. Se Sì, è stato formato e addestrato all'utilizzo di macchine/attrezzature con corsi specifici? SI NO

38. E' stato formato sul comportamento da tenere in caso di incendio e/o emergenze? SI NO

39. Quando movimentava materiali sfusi (cemento, colle, intonaco) è regolarmente informato sulle sostanze che esse contengono e sui relativi pericoli? SI NO

40. E' un lavoratore soggetto ai controlli sull'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti?

SI NO Non so

41. Se Sì, è stato informato dall'impresa sulle procedure sanitarie adottate per le verifiche di consumo/abuso di sostanze psicotrope e stupefacenti? SI NO

42. E' un lavoratore soggetto ai controlli sull'uso/abuso di alcol? SI NO Non so

43. Se SI, è stato informato dall'impresa sulle procedure sanitarie adottate per le verifiche di consumo/abuso di alcol? SI NO

44. Conosci i nominativi delle figure della sicurezza della/e impresa/e per cui lavori? (ove necessario barrare più di una risposta):

a. Il datore di lavoro

b. Il preposto

c. Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)

d. Responsabile del Servizio di Prevenzione Protezione (RSPP)

e. Medico competente (MC)

f. Gli addetti antincendio/primo soccorso

ASPETTI DI SALUTE (ove necessario barrare più di una risposta)

45. Ha disturbi alla vista? SI NO

46. Se Sì, che tipo di disturbi? () astigmatismo () miopia () cataratta () vista appannata () sensazione di corpi estranei negli occhi () occhi arrossati () stanchezza visiva

47. Ha disturbi all'udito? SI NO

48. Se Sì, che tipo di disturbi? () riduzione udito () ronzii () otite () timpano lesionato

49. Ha disturbi della pelle? SI NO

50. Se Sì, che tipo di disturbi? () allergia () dermatite () micosi

51. Ha disturbi all'apparato respiratorio? SI NO

52. Se Sì, che tipo di disturbi? () affanno () asma () bronchite () tosse

53. Ha disturbi all'apparato cardiovascolare? SI NO

54. Se Sì, che tipo di disturbi? () ipertensione () precedente infarto () piedi gonfi e/o varici

55. Ha avuto dolori alla schiena nell'ultimo anno? SI NO

56. Soffre di ernia del disco? SI NO

57. Fuma? SI NO

57. Se Sì, quante sigarette al giorno fuma? () 1-10 () 11-20 () 21-30 () 31-40
() più di 40

58. Quanti bicchieri di vino o di birra beve al giorno? () 0 () 1 () 2 () 3 () 4
() più di 4

60. Quante volte assume superalcolici in una settimana? () Mai () 1 volta a settimana
() 2-3 volte a settimana () più di 4 volte a settimana

61. Come si è sentito riguardo al suo stato di salute negli ultimi 30 giorni? () molto male
() male () discretamente () bene () molto bene

62. Nel periodo da ____ a ____ ha avuto infortuni sul lavoro? Se sì, quanti?

NO ☐	Sì ☐ n° infortuni :
-----------------------------	--

63. Se ha avuto infortuni sul lavoro nel periodo da ____ a ____, descriva brevemente come ciascuno di essi è accaduto

1° Infortunio:

.....
.....

.....

.....

2° Infortunio:

.....

.....

.....

.....

64. Se ha avuto uno o più infortuni sul lavoro nel periodo da _____ a _____, per ciascuno di essi indichi la parte del corpo interessata ed il tipo di lesione

<i>Parte del corpo interessata</i>	1° infort.	2° infort.
testa e collo	☐	☐
busto e spalle	☐	☐
organi interni	☐	☐
Braccia	☐	☐
mani	☐	☐
anca e bacino	☐	☐
gambe	☐	☐
pie di	☐	☐

<i>Tipo di lesione subita</i>	1° infort.	2° infort.
Ferita	☐	☐
Contusione	☐	☐
distorsione, lussazione o distrazione	☐	☐
perdita anatomica (amputazione, ecc.)	☐	☐
tagli e punture con materiali infetti	☐	☐
lesioni dovute a calore, elettricit� o sostanze chimiche	☐	☐
lacerazioni muscolari, ai tendini, ai vasi sanguigni ed ernia	☐	☐
altro (specificare)	☐	☐

65. Quanti giorni   stato assente dal lavoro? N. _____

66. Ha riportato lesioni permanenti riconosciuto da INAIL? SI NO