

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DEI LAVORATORI AGRICOLI- 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 agricoli 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 agricole.

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.

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DEI LAVORATORI

Dati individuali

1. **Età (anni):**
2. **Sesso:** M F
3. **Stato civile:** celibe/nubile coniugato/a divorziato/a vedovo/a
4. **Nazionalità:**
5. **Titolo di studio:** scuola elementare scuola media superiore
scuole media inferiore laurea
6. **Mansione:** (ove necessaria barra più di una risposta)
Raccolta olive manuale/meccanizzata - Raccolta manuale uva - Raccolta manuale di agrumi -
Raccolta di fragole in tunnel - Raccolta di ortaggi in pieno campo/tunnel/serra - Raccolta piccoli frutti
in pieno campo/tunnel/serra - Raccolta manuale del basilico in tunnel/serra - Raccolta manuale frutta
coltivata a filari - Conduzione mezzi agricoli - Uso di apparecchiature agricole (motosega,
motozappa, ecc.) Altro _____
7. **Tipo di contratto:** dipendente a t. indeterminato dipendente a t. determinato
lavoratore autonomo altro
8. **Anzianità di lavoro nel settore:** anni

Informazioni relative all'attività svolta

9. **Periodo di lavoro nell'arco di un anno:**
1-3 mesi 4-6 mesi 7-9 mesi 10-12 mesi
10. **Durata giornaliera del lavoro:** ore
(riferendosi ad un giorno tipico di lavoro)
11. **Giorni settimanali di lavoro:** giorni
(riferendosi ad una settimana tipica in cui si effettua l'attività)
12. **Quali di queste attività lavorative svolge prevalentemente:** (ove necessaria barra più di
una risposta)
Scasso - Aratura - Ripuntatura - Erpicatura - Semina - Potatura - Raccolta - Mondatura -
Conferimento raccolta - Trattamenti delle colture con fitosanitari - Fienagione -

Considerazioni sul lavoro

13. **Questo lavoro mi permette di sviluppare le mie abilità** NO SÌ
14. **Ho un buon rapporto con i colleghi** NO SÌ
15. **Mi sento apprezzato nel mio lavoro** NO SÌ
16. **Il mio lavoro richiede un eccessivo sforzo fisico** NO SÌ
17. **Nel mio lavoro il rumore mi costringe spesso ad alzare il tono della voce per parlare con i colleghi** NO SÌ
18. **Lavoro spesso e per lunghi periodi in posizioni scomode** NO SÌ
19. **Sono costretto a lavorare molto in fretta** NO SÌ
20. **Il mio lavoro mi obbliga ad accorciare i tempi dei pasti e di riposo** NO SÌ
21. **Il mio lavoro richiede una intensa e prolungata concentrazione** NO SÌ
22. **Sul lavoro devo spesso spostare o sollevare carichi molto pesanti** NO SÌ
23. **Trovo il mio lavoro troppo pericoloso** NO SÌ
24. **Il mio lavoro è molto impegnativo** NO SÌ
25. **Le mie prospettive di crescita professionale sono buone** NO SÌ
26. **Mi piace il lavoro che svolgo** NO SÌ
27. **Faccio parte di un sindacato o associazione dei lavoratori** NO SÌ
28. **Mi sento isolato nel mio lavoro** NO SÌ
29. **Sono preoccupato per la stabilità futura del mio lavoro** NO SÌ
30. **Ritengo di essere adeguatamente pagato per il lavoro che svolgo** NO SÌ

Aspetti di salute e stili di vita

31. Come va in generale la sua salute?

(dare un punteggio da 1 a 5 mettendo una croce)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

salute
cattiva



salute
buona

32. Lamenta disturbi a carico di:

(se sì)

Vista	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...
Udito	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...
Pelle	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...
Apparato respiratorio	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...
Apparato cardiovascolare	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...
Altri organi e apparati (modulare in base a comparto e fattori di rischio)	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...

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

NO SÌ

Se sì, quanti giorni è durato:

34. Nell'ultimo anno ha sofferto di dolori a:

Mani	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...
Gomiti	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...
Spalle	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>	di che tipo? ...

35. Escluso l'episodio eventualmente già indicato nella domanda 33, nell'ultimo anno ha avuto
un mal di schiena che è durato più di tre mesi

NO SÌ

36. Le è stata diagnosticata un'ernia del disco a seguito di esami medici? NO SÌ

37. Attualmente fuma sigarette

NO SÌ

n° sigarette al giorno:

38. Abitualmente consuma:

super alcolici (cognac, sambuca, ecc.) NO SÌ n° bicchierini al giorno: ..
vino o birra NO SÌ n° bicchieri al giorno: ..

39. Nel tempo libero sono interessato o partecipo alle iniziative sociali della mia città

NO SÌ

Informazione e formazione

40. In riferimento al suo settore di attività conosce:

le malattie professionali più frequenti NO SÌ
ne indichi una.....

gli infortuni più frequenti NO SÌ
ne indichi uno.....

la legislazione su sicurezza e salute NO SÌ

41. È informato sui fattori di rischio ai quali può essere esposto NO SÌ

42. Chi Le ha fornito queste informazioni

Datore di lavoro colleghi corsi solo con la mia esperienza altri:.....

43. Ha ricevuto formazione su:

come svolgere le sue mansioni in modo sicuro NO SÌ

come si usano correttamente le attrezzature di lavoro NO SÌ

come comportarsi in caso di incendio NO SÌ

procedure per prestare il primo soccorso in caso di necessità NO SÌ

Rischio di infortuni e malattie professionali

44. Vengono ora indicate le principali fasi di lavoro: quali sono le situazioni di pericolo che si sono verificate nella sua esperienza professionale?

a) GUIDA MEZZO

Posizioni scomode per lungo tempo NO SÌ

Vibrazioni NO SÌ

Perdita di controllo del mezzo NO SÌ

Rumore NO SÌ

Altro _____

b) POTATURA

Caduta dall'alto	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Perdita di controllo di attrezzature	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Posizioni scomode per lungo tempo	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Rumore	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Altro _____		

c) RACCOLTA

Agenti atmosferici senza adeguate protezioni (raggi solari)	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Posizioni scomode per lungo tempo	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Movimentazione manuale di carichi	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Caduta dall'alto	NO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Altro _____		

45. Ritiene utile, nella sua mansione lavorativa, l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale? NO SÌ

a) Se SÌ quali di questi dispositivi ritiene che possano essere utili?

Elmetto protezione capo <input type="checkbox"/>	Cuffie/tappi antirumore <input type="checkbox"/>
Occhiali protettivi <input type="checkbox"/>	Tuta/indumenti protettivi <input type="checkbox"/>
Stivali antiscivolo <input type="checkbox"/>	Imbracatura di sicurezza <input type="checkbox"/>
Calzature antinfortunistiche <input type="checkbox"/>	Guanti <input type="checkbox"/>
Altro _____	

b) Ha ricevuto in dotazione tali dispositivi? NO SÌ

c) È stato formato e/o addestrato sull'uso e gestione degli stessi? NO SÌ

d) Li utilizza abitualmente? NO SÌ

46. Durante lo svolgimento del suo lavoro ritiene di essere esposto in maniera ECCESSIVA a:

	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			

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

NO <input type="checkbox"/> (passa alla domanda 54)	SÌ <input type="checkbox"/> n° infortuni : (vai alla domanda 52)
---	--

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

1° Infortunio:

.....

.....

.....

2° Infortunio:

.....

.....

.....

.....

49. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
busto e spalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organi interni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anca e bacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

(se Le manca spazio, scriva liberamente sul retro di questo foglio)