

Questionario anonimo sulla percezione del rischio da parte dei lavoratori

Nell'ambito del Piano mirato di prevenzione sui disturbi muscoloscheletrici degli addetti ai servizi di onoranze funebri, conoscere la percezione del rischio da parte dei lavoratori rappresenta una fase molto importante al fine di adottare atteggiamenti e comportamenti sicuri nella gestione della sicurezza e prevenzione.

La **percezione del rischio** e sicurezza sul lavoro è l'esito di una comprensione personale e soggettiva dei rischi reali, condotta non sulla base di dati certi ma di conoscenze e nozioni individuali.

L'aspetto più importante della percezione del rischio, che la **differenza da una valutazione dei rischi** vera e propria, è la sua soggettività: in base al proprio pensiero personale e alle proprie abitudini, si potrebbe essere portati a considerare come più o meno grave e impellente un certo rischio rispetto a com'è nella realtà. Per lo stesso motivo, il processo percettivo del rischio risente anche della sfera delle **emozioni** e delle **conoscenze**.

La **rilevazione della percezione del rischio** è un'operazione che può apportare benefici notevoli all'organizzazione aziendale, permettendo di facilitare molti processi e di implementare soluzioni e interventi nuovi rispetto a quelli adottati in genere dai rappresentanti dei lavoratori o del responsabile del servizio di prevenzione e protezione.

La Scheda va compilata in ogni sua parte **entro il 31 marzo 2024**. In caso di difficoltà con il presente applicativo, è possibile inviarne una scansione alla mail spesal.areasud@aslfg.it entro la stessa data.

Attraverso l'analisi dei dati collettivi ottenuti dalla compilazione di questo **questionario ANONIMO**, ci prefiggiamo l'obiettivo di migliorare la salute e sicurezza dei lavoratori!

Ma adesso tocca a te!

* Indica una domanda obbligatoria

Dati individuali

1. Età

2. Sesso

Contrassegna solo un ovale.

M

F

3. Nazionalità

Contrassegna solo un ovale.

Italiana

Altro: _____

4. Titolo di studio

Contrassegna solo un ovale.

licenza elementare

licenza di scuola media inferiore

qualifica professionale

diploma di scuola media superiore

laurea

5. Mansione attuale

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Direttore Tecnico
- Agente di pompe funebri
- Addetto alla vendita di arredi mortuari
- Addetto all'affissione di manifesti funebri
- Addetto agli addobbi floreali mortuari
- Addetto al seppellimento
- Operatore necroforo addetto alla vestizione del defunto
- Operatore necroforo addetto al trasporto dei feretri/salme
- Altro: _____

6. Tipologia contrattuale

Contrassegna solo un ovale.

- dipendente a tempo indeterminato
- dipendente a tempo determinato
- lavoratore autonomo
- Altro: _____

7. Anzianità di lavoro nel settore

8. Periodo di lavoro nell'arco di un anno

Contrassegna solo un ovale.

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

9. Giorni settimanali di lavoro: n° giorni/settimana

10. Durata giornaliera del lavoro: n° ore/giorno

Considerazioni sul lavoro

11. Il mio lavoro richiede un eccessivo sforzo fisico

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

12. Lavoro spesso e per lunghi periodi in posizioni scomode

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

13. Sono costretto a lavorare molto in fretta

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

14. Il mio lavoro mi obbliga ad accorciare i tempi dei pasti e di riposo

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

15. Sul lavoro devo spesso spostare o sollevare carichi molto pesanti

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

16. Sul lavoro devo spesso rimanere in piedi a lungo mentre sollevo carichi molto pesanti

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

17. Il mio lavoro è molto impegnativo

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

18. I carichi che sollevo hanno una presa scomoda

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

Aspetti di salute e stili di vita

Nello spazio libero a fine paragrafo, indicare il tipo di disturbo e la zona colpita (destra, sinistra, bilaterale) Lamenta disturbi (dolore, formicolii, blocchi articolari, crampi..) a carico di:

19. Spalle

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

20. Se sì, indicare in che zona

Contrassegna solo un ovale.

Destra

Sinistra

Bilaterale

21. Gomiti

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

22. Se sì, indicare in che zona

Contrassegna solo un ovale.

Destro

Sinistro

Bilaterale

23. Polsi

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

24. Braccia

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

25. Mani

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

26. Arti inferiori

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

27. Colonna vertebrale

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

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

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

29. Se sì, quanti giorni è durato?

30. Le è stata diagnosticata un'ernia del disco a seguito di esami medici?

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

31. Spazio libero per il compilatore: indicare il tipo di disturbo avvertito e la parte colpita (es. braccio destro, gamba sinistra, ecc.)

Informazione e Formazione

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

32. Fattori di rischio per l'insorgenza di patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

33. Malattie professionali più frequenti a carico dell'apparato muscolo scheletrico

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

34. Infortuni più frequenti a carico dell'apparato muscolo scheletrico

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

35. Chi le ha fornito queste informazioni?

Contrassegna solo un ovale.

Datore di Lavoro

RSPP

Medico competente

Colleghi

corsi

solo con la mia esperienza

Altro: _____

36. Ha ricevuto formazione su come svolgere le sue mansioni in modo sicuro?

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

37. Ha ricevuto formazione su come usare correttamente le attrezzature di lavoro?

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

Fasi di Lavoro

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

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Prelievo della salma da abitazione/ospedale/obitorio
- Preparazione della salma e vestizione del defunto
- Posizionamento della salma nel feretro
- Sollevamento iniziale a braccia del feretro
- Trasporto a braccia/ a spalla del feretro in piano
- Trasporto a braccia/a spalla del feretro su scale o pavimenti irregolari
- Chiusura del feretro
- Inserimento del feretro a spinta sul pianale del carro funebre
- Guida del carro funebre
- Attività cimiteriali
- Affissione di manifesti funebri
- Collocazione degli addobbi floreali
- Altro: _____

39. Sono a disposizione attrezzature per la movimentazione dei carichi?

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

40. Se Sì, indicare quali

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

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli

