**Salute - Sicurezza e Genere**

**Indagine**

L’indagine, promossa dai Coordinamenti Nazionali SLP- CISL Donne e Giovani, si propone di analizzare la percezione dei lavoratori/lavoratrici rispetto alle condizioni di lavoro.

L’idea è di creare una fotografia della nostra realtà di lavoratori/lavoratrici, rappresentandone le difficoltà, le aspettative, gli ambiti di sopportabilità.

Lo scopo è di raccogliere il contributo delle lavoratrici/lavoratori per trovare cosa serve per integrare la valutazione dei rischi affinché vi siano rappresentate le differenze, valorizzandole e tutelandole adeguatamente.

S’intende dare voce alla sensibilità di genere, per promuovere/orientare a un nuovo metodo di valutazione della salute e sicurezza nella nostra Azienda, rispondente comunque a quanto già previsto dalla normativa vigente.

L’obiettivo è il miglioramento della qualità del lavoro e dell’efficacia del sistema di prevenzione.

* Ti invitiamo, pertanto, a rispondere al questionario **per migliorare le politiche di prevenzione** e lo svolgimento del tuo lavoro.
* Ti chiediamo di rispondere **più accuratamente possibile** in base alle informazioni che hai a disposizione, alla tua esperienza e al tuo punto di vista.
* **Anche la risposta “non so”** può essere utile perché fornisce delle informazioni significative ai fini della ricerca.
* **Qualora sbagliassi** la compilazione puoi correggere indicando con chiarezza la correzione effettuata.
* **Solitamente potrai inserire una sola risposta.** Quando potrai inserire più risposte sarà indicato vicino alla domanda.

**Il questionario è anonimo, i dati saranno analizzati in maniera aggregata e sarà garantito l’anonimato anche nel momento del ritiro.**

**Ti ringraziamo della disponibilità!**



|  |
| --- |
| **1 – Dati della persona** |

* 1. **Sesso**

|  |  |
| --- | --- |
| maschio | 1 |
| femmina | 2 |

**1.2 Età**

|  |  |
| --- | --- |
| Compresa tra 18 e 24 anni | 1 |
| Compresa tra 25 e 44 anni | 2 |
| Compresa tra 45 e 55 anni | 3 |
| Oltre i 55 anni | 4 |

* 1. **Nazionalità**

|  |  |
| --- | --- |
| Italiana | 1 |
| Altra nazionalità | 2 |
| Se altra nazionalità specificare | 3 |

* 1. **Altezza**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno di 1.60 | 1 |
| Compresa tra 1.60 e 1.70 | 2 |
| Oltre 1.70 | 3 |

* 1. **Peso**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno di 60 kg | 1 |
| Compreso tra 60 kg e 80 kg | 2 |
| Oltre gli 80 kg | 3 |

* 1. **Titolo di studio**

|  |  |
| --- | --- |
| Licenza elementare | 1 |
| Licenza media inferiore | 2 |
| Diploma scuola media superiore | 3 |
| Attestato di qualifica professionale | 4 |
| Laurea (I-II livello vecchio ordinamento) | 5 |
| Specializzaz. post laurea (Master, Dottorato) | 6 |

**1.7 Stato civile**

|  |  |
| --- | --- |
| Celibe – Nubile | 1 |
| Coniugato/a - Convivente | 2 |
| Separato/a – Divorziato/a | 3 |
| Vedovo/a | 4 |

**1.8 Carichi familiari (puoi inserire più risposte)**

|  |  |
| --- | --- |
| Figli a carico minorenni | 1 |
| Figli a carico maggiorenni | 2 |
| Genitori conviventi | 3 |
| Genitori che necessitano assistenza | 4 |
| Altri familiari a carico | 5 |

**1.9 Assistenza a familiari diversamente abili (puoi inserire più risposte)**

|  |  |
| --- | --- |
| Usufruisco della L. 104 per me stesso | 1 |
| Usufruisco della L. 104 per altri | 2 |
| Assistenza fam. In categorie protette | 3 |

**1.10 Mezzo di trasporto utilizzato per percorrenza tragitto da residenza a luogo di lavoro (puoi inserire più risposte)**

|  |  |
| --- | --- |
| Autobus | 1 |
| Treno | 2 |
| Auto | 3 |
| Motorino | 4 |
| Bicicletta | 5 |
| A piedi | 6 |

**1.11 Distanza casa lavoro**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno di 10 km | 1 |
| Meno di 20 km | 2 |
| Meno di 50 km | 3 |
| Oltre | 4 |

**1.12 Tempo di tragitto casa - lavoro**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno di 10 minuti | 1 |
| Meno di 30 minuti | 2 |
| Meno di un’ora | 3 |
| Oltre | 4 |

**1.13 Soffri di qualcuno dei seguenti disturbi? (puoi inserire più risposte)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ansia | 1 |
| Insonnia | 2 |
| Difficoltà di concentrazione | 3 |
| Depressione | 4 |

**1.14 Hai sofferto di particolari patologie?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**1.15 Soffri attualmente di particolari patologie?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**Se sì, quali e da quanto tempo?**

**…………………………………………………………………………………………….**

**1.16 Assumi farmaci in modo continuativo?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**1.17 Hai avuto problemi riproduttivi?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**1.18 Hai spesso la sensazione al lavoro di superare la soglia della normale stanchezza?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**1.19 La mattina, pensando di andare al lavoro, mi sento (puoi inserire più risposte)**

|  |  |
| --- | --- |
| Motivato | 1 |
| Tranquillo | 2 |
| Ansioso | 3 |
| Nervoso | 4 |
| Demotivato | 5 |

|  |
| --- |
| **2.Dati dell’area professionale di appartenenza** |

**2.1 Inquadramento professionale**

|  |  |
| --- | --- |
| Livello (A1, A2, B, C,etc) |  |
| Ruolo (Operatore, Specialista, Addetto, etc) |  |
| Unità produttiva (Es. Up, Cmp, etc.) |  |
| Da quanto tempo svolgi questa mansione? |  |
| In precedenza che mansione svolgevi? |  |
| Complessivamente da quanti anni lavori? |  |

**2.2 Tipo di contratto**

|  |  |
| --- | --- |
| Tempo indeterminato | 1 |
| Tempo determinato | 2 |
| Apprendista | 3 |
| Part time orizzontale | 4 |
| Part time verticale | 5 |
| Part time misto | 6 |
| Tempo pieno | 7 |

**2.3 Provincia e Regione di applicazione**

|  |  |
| --- | --- |
| Provincia: | Regione: |

**2.4 Orario di lavoro**

|  |  |
| --- | --- |
| Lunedì – venerdì mono turno | 1 |
| Lunedì – sabato mono turno | 2 |
| Turni senza notturno | 3 |
| Turni con notturno | 4 |
| Telelavoro | 5 |

**2.5 Progressione di carriera**

**Nella mia carriera ho cambiato ruolo:**

|  |  |
| --- | --- |
| Mai | 1 |
| Una volta | 2 |
| Due volte | 3 |
| Più di due volte | 4 |

**2.6 Nella mia carriera ho cambiato livello:**

|  |  |
| --- | --- |
| Mai | 1 |
| Una volta | 2 |
| Due volte | 3 |
| Più di due volte | 4 |

**2.7 Secondo te vi sono reali possibilità di sviluppo professionale all’interno dell’Azienda?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

|  |
| --- |
| **3. Il benessere organizzativo in azienda** |

**3.1 Posizione lavorativa**

**3.1.1 Ritieni di svolgere un lavoro adeguato alla tua formazione scolastica?**

|  |  |
| --- | --- |
| Si | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

**3.1.2 Ritieni di svolgere un lavoro adeguato alla tua formazione professionale?**

|  |  |
| --- | --- |
| Si | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

**3.1.3 A volte hai la sensazione di non essere adeguato rispetto al lavoro che fai?**

|  |  |
| --- | --- |
| Si | 1 |
| No | 2 |
| A volte | 3 |
| Non so | 4 |

**3.1.4 Ritieni che le richieste dell’Azienda siano congrue al tuo ruolo (competenze, qualifica)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.2 Informazione**

**3.2.1** Ritieni che le modalità di erogazione delle **informazioni** aziendali siano fonte di stress**?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.2.2** Ritieni che la quantità delle **informazioni** fornite dall’Azienda siano fonte di stress**?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.2.3** Ritieni che l’**informazione** sulla valutazione della tua prestazione lavorativa sia**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Buona | 1 |
| Sufficiente | 2 |
| Scarsa | 3 |
| Insufficiente | 4 |

**3.2.4** Ritieni di essere **informato** adeguatamente dall’Azienda sulle misure di prevenzione e protezione riguardo i rischi (salute e sicurezza) dell’attività lavorativa**?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.3 Formazione**

**3.3.1** Ritieni che l’Azienda ti **formi** in modo adeguato per coprire il tuo ruolo?

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.3.2** Ritieni di essere **formato** adeguatamente dall’Azienda sulle misure di prevenzione e protezione riguardo i rischi (salute e sicurezza) dell’attività lavorativa?

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.4 Quando hai incominciato a lavorare** ritieni di essere stato sufficientemente **formato e informato nel merito del tuo lavoro**?

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.5 Quando hai incominciato a lavorare** ritieni di essere stato sufficientemente **formato e informato** **sulla salute e sicurezza**?

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.6 Negli ultimi due anni hai avuto contestazioni disciplinari?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**3.7 Senti di avere autonomia decisionale nel tuo lavoro?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**3.8 Vai oltre il tuo orario contrattuale di lavoro?**

|  |  |
| --- | --- |
| Spesso | 1 |
| A volte | 2 |
| Quasi mai | 3 |

**3.9 La posizione che occupi è adeguata al tuo profilo professionale?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Parzialmente | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

|  |
| --- |
| **4. Ambiente di lavoro** |

**4.1 Il tuo posto di lavoro prevede (puoi inserire più risposte):**

|  |  |
| --- | --- |
| Attività in ambiente interno | 1 |
| Attività in ambiente esterno | 2 |
| Parte all’esterno e parte all’interno | 3 |
| Uso di mezzi (transpallet, furgoni, etc.) | 4 |
| Uso di video terminali | 5 |
| Utilizzo di attrezzature (macchinari per lo smistamento, lettura ottica, etc.) | 6 |
| Utilizzo di cuffie | 7 |

**4.2 Nel tuo posto di lavoro c’è qualcuno tra questi agenti fisici che ti provoca sensazioni di disagio (puoi inserire più risposte)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Rumore | 1 |
| Vibrazioni | 2 |
| Campi elettromagnetici | 3 |
| Radiazioni | 4 |
| Microclima (umidità, temperatura, etc.) | 5 |
| Illuminazione | 6 |

**4.3 Ritieni durante lo svolgimento del tuo lavoro di entrare in contatto con sostanze pericolose (amianto, agenti chimici, cancerogeni, etc.)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Si | 1 |
| No | 2 |
| A volte | 3 |
| Non so | 4 |

**4.4 Ritieni che nel tuo posto di lavoro lo smaltimento di tutto ciò che richiede un’attenzione particolare (per es. toner, stampanti, nastri usati, batterie, etc.) venga fatto nel modo previsto con la conseguente cura per la tua salute?**

|  |  |
| --- | --- |
| Si | 1 |
| No | 2 |
| A volte | 3 |
| Non so | 4 |

**4.5 La tua attività lavorativa prevede (puoi inserire più risposte)**:

|  |  |
| --- | --- |
| Movimenti ripetitivi | 1 |
| Stazionamento prolungato in piedi | 2 |
| Movimentazione dei carichi | 3 |

**4.6 Nel tuo ambiente di lavoro ritieni sufficiente la presenza di servizi igienico-assistenziali (servizi igienici, spogliatoi, etc.)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sufficiente | 1 |
| Scarsa | 2 |
| Insufficiente | 3 |

**4.7 Ritieni la pulizia del tuo ambiente di lavoro:**

|  |  |
| --- | --- |
| Soddisfacente | 1 |
| Scarsa | 2 |
| Insoddisfacente | 3 |

**4.8 Dal punto di vista del rispetto dell’ergonomia (scelta delle attrezzature, disposizione, etc.) la tua postazione di lavoro è:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adeguata | 1 |
| Nei limiti della sufficienza | 2 |
| Non adeguata | 3 |

**4.9 Hai la percezione che le attrezzature e gli utensili siano adatti alle tue dimensioni corporee?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**4.10 I dispositivi di protezione individuale (casco, guanti, indumenti, etc.) sono adeguati alle tue dimensioni corporee?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**4.11 Come valuti la qualità dell’aria nel tuo posto di lavoro?**

|  |  |
| --- | --- |
| Soddisfacente | 1 |
| Scarsa | 2 |
| Insoddisfacente | 3 |

**4.12 I dispositivi di protezione individuale (casco, guanti, indumenti, etc.) sono adeguati alle condizioni esistenti sul lavoro?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| Poco | 2 |
| No | 3 |
| Non so | 4 |

**4.13 Quale ritieni sia il peso massimo sollevabile per le tue possibilità fisiche?**

|  |  |
| --- | --- |
| Fino a 10 kg | 1 |
| Fino a 15 kg | 2 |
| Fino a 20 kg | 3 |
| Fino a 30 kg | 4 |

**4.14 Hai subito degli infortuni sul lavoro?**

|  |  |
| --- | --- |
| Fino a tre | 1 |
| Oltre i tre | 2 |

**4.15.1 Di che durata (puoi inserire più risposte)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Fino a dieci giorni | 1 |
| Fino a quaranta giorni | 2 |
| Oltre i quaranta giorni | 3 |

**4.15.2 Ti è stato riconosciuto qualche grado di invalidità (puoi inserire più risposte)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Fino al 3% | 1 |
| Dal 4% al 20% | 2 |
| Oltre il 20% | 3 |

|  |
| --- |
| **5. Organizzazione del lavoro** |

**5.1 Il mio lavoro (rispondere a tutte le domande):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1**. richiede che impari cose nuove | sì | no |
| **2**. richiede di ripetere parecchie volte le stesse operazioni | sì | no |
| **3**. richiede creatività | sì | no |
| **4.** richiede di fare le cose molto velocemente | sì | no |
| **5.** mi impegna molto a livello mentale | sì | no |
| **6.** richiede intenso sforzo fisico | sì | no |
| **7.** mi è richiesto un lavoro eccessivo | sì | no |
| **8.** ho tempo sufficiente per fare il mio lavoro | sì | no |
| **9.** devo spesso spostare o sollevare carichi molto pesanti | sì | no |
| **10.** richiede un’attività fisica rapida e costante | sì | no |
| **11.** richiede un elevato livello di competenza | sì | no |
| **12.** mi permette di prendere molte decisioni in autonomia | sì | no |
| **13.** ho poca libertà di decidere come fare il mio lavoro | sì | no |
| **14.** prevede che mi occupi di cose diverse | sì | no |
| **15.** ho voce in capitolo nella sua organizzazione | sì | no |
| **16.** mi permette di sviluppare le mie abilità | sì | no |
| **17**. faccio parte di un gruppo | sì | no |
| **18.** ho influenza nelle decisioni del gruppo | sì | no |
| **19.** il mio gruppo prende decisioni in modo democratico | sì | no |
| **20.** ho qualche possibilità di contare nelle scelte di gestione della mia azienda | sì | no |
| **21.** non sono sottoposto a richieste tra loro contrastanti | sì | no |
| **22.** richiede lunghi periodi d’intensa concentrazione sul compito | sì | no |
| **23.** i miei compiti vengono spesso interrotti e devo riconsiderarli successivamente | sì | no |
| **24.** il mio lavoro è frenetico | sì | no |
| **25.** mi è spesso richiesto di lavorare per lunghi periodi con il corpo in posizioni scomode | sì | no |
| **26.** il dover aspettare il lavoro svolto da altre persone spesso mi rallenta | sì | no |
| **27.** uno dei miei compiti è supervisionare il lavoro svolto da altre persone | sì | no |
| **28.** le mie prospettive di carriera sono buone | sì | no |
| **29.** il mio capo si preoccupa del mio benessere | sì | no |
| **30.** il mio capo presta attenzione a quanto dico | sì | no |
| **31.** nei prossimi cinque anni le mie capacità professionali potranno ancora essere apprezzate | sì | no |
| **32.** tra le persone con cui lavoro c’è un clima di reciproca collaborazione | sì | no |
| **33.** le persone con cui lavoro sono competenti | sì | no |
| **34.** il mio capo riesce a far lavorare bene la gente assieme | sì | no |

**5.3 Ho le risorse e gli strumenti necessari per svolgere il mio lavoro in piena salute e sicurezza (ad es. supporti informatici, mezzi, macchinari)**

|  |  |
| --- | --- |
| Sufficienti | 1 |
| Scarsi | 2 |
| Insufficienti | 3 |

|  |
| --- |
| **6. Organizzazione del lavoro: le relazioni** |

**6.1 Nella mia unità produttiva i miei colleghi/e sono:**

|  |  |
| --- | --- |
| Prevalenza uomini | 1 |
| Prevalenza donne | 2 |
| Donne e uomini in egual misura | 3 |
| Lavoro solo | 4 |

**6.2 Ritieni che l’ambiente di lavoro nel quale vivi sia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stressante | 1 |
| Neutro | 2 |
| Sereno | 3 |

**6.3 Hai problemi (è stressante) nel relazionarti con (puoi inserire più risposte):**

|  |  |
| --- | --- |
| Colleghi | 1 |
| Responsabile/i | 2 |
| Clientela | 3 |
| Procedure | 4 |
| Attrezzature | 5 |
| Altro(specifica) | 6…………………………………………………………………… |

**6.4 Sei soggetto a molestie verbali e/o comportamentali che ledono la tua dignità e creano un clima negativo sul luogo di lavoro?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

**6.5 Subisci isolamento?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

|  |
| --- |
| **7. Organizzazione del lavoro e sfera privata** |

**7.1** Nell’ottica di ottimizzare l’equilibrio tra tempo di lavoro e tempo della vita privata, rispetto alla **gestione dei figli** incontro le seguenti difficoltà **(puoi inserire più risposte)**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nessuna | 1 |
| Assistenza figli in età pre – scolare | 2 |
| Gestione entrate – uscite scolastiche | 3 |
| Gestione dopo scuola | 4 |
| Altro (specificare) | 5 …………………………………………………………………….. |

**7.2** Nell’ottica di ottimizzare l’equilibrio tra tempo di lavoro e tempo della vita privata, rispetto alla **gestione dei genitori o altri familiari con disabilità** incontro le seguenti difficoltà **(puoi inserire più risposte)**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nessuna | 1 |
| Assistenza figli disabili | 2……………………………………………………………………… |
| Assistenza genitori anziani non autosufficienti | 3……………………………………………………………………… |
| Assistenza coniuge | 4……………………………………………………………………… |
| Altro | 5 …………………………………………………………………….. |

**7.3** Nell’ottica di ottimizzare l’equilibrio tra tempo di lavoro e tempo della vita privata, rispetto alla **gestione del tempo di percorrenza percorso casa - lavoro** incontro le seguenti difficoltà:

|  |  |
| --- | --- |
| Nessuna | 1 |
| Lo ritengo eccessivo | 2……………………………………………………………………… |
| Altro | 3……………………………………………………………………… |

**7.4 Hai utilizzato strumenti di flessibilità del lavoro (telelavoro, part-time) per esigenze personali/familiari?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**7.5 Al rientro al lavoro dalla maternità o da una lunga assenza ti sei sentito sufficientemente supportato?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**7.6 Pensi che l’organizzazione dei turni di lavoro sia gestita nel migliore modo possibile?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

|  |
| --- |
| **8. Genere** |

**8.1 Subisci discriminazioni (appartenenza sindacale, orientamento politico, religione, sesso, disabilità e lingua/razza)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

**8.2 L’essere uomo o donna ha influito sulla mia crescita professionale?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

**8.3 Parlare un’altra lingua ti ha creato forti problemi d’inserimento?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**8.4 Ritieni di essere stato valorizzato per le tue peculiarità individuali (talenti, età, stato di migrante)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |

**8.5 Ritieni che sul tuo posto di lavoro vi sia equità nell’assegnazione dei carichi di lavoro?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

**8.6 Ritieni che sul tuo posto di lavoro vi sia equità nella distribuzione delle responsabilità?**

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | 1 |
| No | 2 |
| Non so | 3 |

|  |
| --- |
| **Spazio libero per l’integrazione** |

**Ti ringraziamo per il tempo che ci hai dedicato rispondendo alle nostre domande, ti mettiamo a disposizione questo ulteriore spazio libero perché tu possa integrare tutto ciò che abbiamo scordato e scrivere il tuo pensiero.**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**