**QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEI RISCHI DI SICUREZZA E SULLA FORMAZIONE**

Si chiede di compilare in forma anonima questo questionario, finalizzato a rilevare la percezione dei rischi per la salute e la sicurezza nel proprio ambiente di lavoro e l’efficacia della formazione.

I dati raccolti saranno trattati in forma aggregata, garantendo il completo anonimato.

**Sezione 1**

1) Comprensione della lingua italiana:

* Madrelingua
* ottima comprensione ma non sono madrelingua
* buona comprensione ma non sono madrelingua
* sufficiente comprensione
* scarsa

2) Età:

* 18-25
* 26-30
* 31-40
* 41-50
* 51-60
* 61-67

3) Paese di provenienza

* ……………………………….

4) Sesso:

* M
* F
* Altro

5) Titolo di Studio:

* Terza media
* Diploma
* Laurea triennale
* Master primo livello
* Laurea magistrale
* Master secondo livello
* Dottorato

6) Qualifica

* Operaio
* Impiegato amministrativo
* Impiegato tecnico
* Altro …………………………………………………

7) Da quanti anni svolge la professione attuale?

* Meno di 2
* Tra 2 e 5
* Tra 6 e 10
* Tra 11 e 20
* Tra 21 e 30
* Più di 30

8) Tipo di contratto:

* Tempo determinato
* Tempo indeterminato
* altro …………………………………………………

9) Mansioni inerenti la sicurezza

Ricopri una mansione inerente la sicurezza in azienda?

* Rspp
* Rls
* Preposto
* Altro ………………………………………………….

10) Conosci la dimensione della tua azienda?

* Si
* No

Se si, indicare quanti lavoratori ci sono: ………………

Indica i soggetti dai quali hai ricevuto e ricevi formazione e informazione in materia di sicurezza sul lavoro

* Organismi paritetici
* Altro soggetto formatore ………………………………………………

**Sezione 2**

Ci piacerebbe sapere qualcosa riguardo le condizioni di salute e sicurezza all’interno dell’impresa o del cantiere presso cui operi.

Per favore, utilizza i seguenti livelli di valutazione:

1. insufficiente, nettamente al di sotto delle aspettative

2. sufficiente, risponde appena alle aspettative

3. buono, risponde pienamente alle aspettative

4. ottimo, supera le aspettative

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1) Le informazioni ricevute riguardo la salute e la sicurezza nel luogo di lavoro sono facilmente comprensibili.  |  |  |  |  |
| 2) Il tuo lavoro ha un impatto negativo sulla tua salute e il tuo benessere.  |  |  |  |  |
| 3) Trovi utili i corsi di formazione sulla sicurezza a cui partecipi.  |  |  |  |  |
| 4) Partecipi all’individuazione di soluzioni migliorative in quelle attività lavorative che ritieni dannose per la tua salute.  |  |  |  |  |
| 5)Puoi modificare, in collaborazione con altre persone, le modalità di esecuzione di una determinata fase lavorativa in modo che essa sia più sicura.  |  |  |  |  |
| 6) Parli con i tuoi colleghi dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro. |  |  |  |  |
| 7) I servizi di promozione della salute sul posto di lavoro sono adatti a te.  |  |  |  |  |
| 8) Trovi autonomamente informazioni sui rischi per la salute che ti riguardano a lavoro.  |  |  |  |  |

**Sezione 3**

Adesso per favore esprimi quanto sei d’accordo con le seguenti affermazioni.

Per favore, utilizza i seguenti livelli di valutazione:

1. insufficiente, nettamente al di sotto delle aspettative

2. sufficiente, risponde appena alle aspettative

3. buono, risponde pienamente alle aspettative

4. ottimo, supera le aspettative

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 9) Trovo molto importante aggiornarmi periodicamente sulle regole di comportamento e sulle procedure in materia di salute e sicurezza sul mio posto di lavoro.  |  |  |  |  |
| 10) Sono attento alla mia salute e al mio benessere sul lavoro. |  |  |  |  |
| 11) Sono consapevole delle responsabilità che discendono dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro. |  |  |  |  |
| 12) Trovo molto importante confrontarmi con gli altri colleghi sui temi di salute e benessere nel luogo di lavoro.  |  |  |  |  |
| 13) Promuovo attivamente la salute sul posto di lavoro.  |  |  |  |  |
| 14) Ritieni che la formazione ricevuta in materia di sicurezza sia stata chiara e utile per svolgere il tuo lavoro in sicurezza? |  |  |  |  |

**PERCEZIONE DEL RISCHIO**

**Memoria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **Non so** | **NO** |
| Le attività da svolgere ti sono state spiegate in modo chiaro e completo? |  |  |  |

**Esperienza**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **NO** | **SI, ma non gravi** |
| Hai mai vissuto esperienze traumatiche sul lavoro, come gravi infortuni tuoi o di colleghi? |  |  |  |

**Conoscenza**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **Non so** | **NO** |
| Conosci i rischi associati alla tua attività lavorativa? |  |  |  |

**Umore**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domanda** | **Positivo** | **Negativo** |
| In generale, che atteggiamento hai durante la giornata lavorativa? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domanda** | **Buonumore** | **Malumore** |
| In una giornata lavorativa tipo, di solito, sei di buonumore, oppure sei di malumore? |  |  |

**Stress Lavoro-Correlato**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Il ritmo di lavoro è incalzante? Devi affrettarti nella tua attività giornaliera? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Sei coinvolto nelle decisioni sulle modalità di svolgimento del lavoro quotidiano? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Nella giornata lavorativa i tuoi colleghi sono collaborativi? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| In momenti di difficoltà nello svolgimento di un’attività lavorativa, puoi contare sulla collaborazione dei tuoi colleghi? |  |  |  |

**Pressione di Gruppo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **Sì** | **A volte** | **NO** |
| Ritieni di essere ben inserito all'interno della tua squadra? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Nel tuo gruppo, sei leader? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| I tuoi compagni ti coinvolgono nel lavoro e ti apprezzano? |  |  |  |

**Esposizione al Rischio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Ti senti tranquillo nell'usare gli strumenti e le attrezzature necessarie per lo svolgimento del tuo lavoro? |  |  |  |

**Prestazioni di Sicurezza sul posto di lavoro**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Trovi sicuro il tuo luogo di lavoro?  |  |  |  |

**Ottimismo ingiustificato**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Credi di correre meno rischi nelle attività in cui hai molta esperienza rispetto ai colleghi meno esperti? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domanda** | **SI** | **A volte** | **NO** |
| Secondo te, una persona esperta può fare a meno dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) durante un’attività che li richiede? |  |  |  |

Hai dei suggerimenti per rendere l’informazione e la formazione più efficaci e per migliorare la percezione del rischio in cantiere?

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

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

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

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