

**QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE
DEI RISCHI LAVORATIVI E DEI
FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE
DERIVANTI DA STILI DI VITA NON
CORRETTI**

LA SICUREZZA SUL LAVORO

Come valuta il grado di sicurezza nel suo contesto lavorativo? (Indichi una risposta sulla scala da 1 a 10)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Molto scarso					Eccellente				

Con quale frequenza lei si attiene alle procedure di sicurezza previste?				
☐ sempre	☐ quasi sempre	☐ qualche volta	☐ raramente	☐ mai
I suoi colleghi di lavoro con quale frequenza si attengono alle procedure di sicurezza previste?				
☐ sempre	☐ quasi sempre	☐ qualche volta	☐ raramente	☐ mai

Negli ultimi tre anni **HA SUBITO DEGLI INFORTUNI?** (con il termine "infortunio" si intende un danno arrecato alla salute dei lavoratori da un "evento rapido e immediato" che costringe ad un'interruzione del lavoro o che richiede cure mediche)

☐ NO

☐ SI



Se SI, quanti complessivamente? (Indicare il numero)

Se SI, indicare il **tipo/i** di rischio per cui si è verificato l'infortunio/i. (barrare con una crocetta)

☐ Rischio Biologico (es. ferita da taglio, puntura etc.)

☐ Rischio Chimico (es. danni oculari, etc)

☐ Rischio biomeccanico (es. lombalgia acuta da movimentazione pazienti, movimentazione carichi etc.)

☐ Rischio elettrico

☐ Uso di attrezzature e di impianti tecnici (es. contusioni da urto, caduta da scale di lavoro, etc)

☐ Stress e affaticamento fisico

☐ Altro (indicare): _____

Secondo la sua opinione, in che misura i seguenti fattori possono contribuire ad errori, sbagli o distrazioni durante il lavoro?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Per niente vero					Estremamente vero				
1. Alto carico di lavoro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Fretta e mancanza di tempo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Inesperienza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Mancanza di comunicazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Scarsa conoscenza ed abilità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Inadeguata formazione specifica sulla sicurezza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Scarso addestramento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Complessità e gravità del compito	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Stress emotivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Altro (Indicare): _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto è d'accordo con ognuna delle seguenti affermazioni relative alla sicurezza nel suo contesto di lavoro?

	Forte disaccordo					Forte accordo				
1. I nuovi assunti imparano velocemente che da loro ci si aspetta che seguono le buone regole per la salute e sicurezza	1	2	3	4	5					
2. Quando i lavoratori non seguono le buone regole per la sicurezza, ciò viene detto loro	1	2	3	4	5					
3. I lavoratori e la dirigenza lavorano insieme per assicurare le migliori condizioni di sicurezza possibili	1	2	3	4	5					
4. Non vengono prese "scorciatoie" quando sono in gioco la salute e la sicurezza dei lavoratori	1	2	3	4	5					
5. Dove io lavoro, la salute e sicurezza dei lavoratori è un'alta priorità per la dirigenza	1	2	3	4	5					
6. Dove io lavoro, mi sento libero di segnalare problemi legati alla sicurezza	1	2	3	4	5					

I RISCHI SUL LAVORO

Nella Sua realtà lavorativa, qual è il **grado di pericolosità** delle seguenti condizioni presenti nel suo posto di lavoro (cioè, in caso di incidente, qual è la gravità del danno che potrebbe provocare alla salute dei lavoratori)?

	Lesione minima		Lesione che costinge ad interruzione e lavoro, o richiede cure mediche		Lesione potenzialmente Fatale
Rischio Biologico (es. infezioni)	1	2	3	4	5
Rischio chimico (es. detergenti, disinfettanti, anestetici)	1	2	3	4	5
Rischio fisico/ambientale (es. da radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici, microclima)	1	2	3	4	5
Rischio biomeccanico (es. da movimentazione pazienti, carichi)	1	2	3	4	5
Rischio elettrico	1	2	3	4	5
Uso di attrezzature e di impianti tecnici	1	2	3	4	5
Stress e affaticamento fisico	1	2	3	4	5
Rischi relazionali (es. aggressione verbale o fisica da parte di pazienti o familiari)	1	2	3	4	5
Altro (indicare) _____	1	2	3	4	5

Nella Sua realtà lavorativa, con quale **frequenza** si verificano degli infortuni* dovuti alle seguenti condizioni potenzialmente pericolose? * con il termine "infortunio" si intende un danno arrecato alla salute dei lavoratori da un "evento rapido e immediato" che costringe ad un'interruzione del lavoro o che richiede cure mediche.

	Mai				Ogni giorno
Rischio Biologico (es. infezioni)	1	2	3	4	5
Rischio chimico (es. detergenti, disinfettanti, anestetici)	1	2	3	4	5
Rischio fisico/ambientale (es. da radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici, microclima)	1	2	3	4	5
Rischio biomeccanico (es. da movimentazione pazienti, carichi)	1	2	3	4	5
Rischio elettrico	1	2	3	4	5
Uso di attrezzature e di impianti tecnici	1	2	3	4	5
Stress e affaticamento fisico	1	2	3	4	5
Rischi relazionali (es. aggressione verbale o fisica da parte di pazienti o familiari)	1	2	3	4	5
Altro (indicare) _____	1	2	3	4	5

Nella Sua attività lavorativa **quanto si sente esposto** ai fattori di rischio presenti? Indichi quanto è pericoloso per lei, cioè quanto si sente in pericolo

	Per niente in pericolo				Molto in Pericolo
Rischio Biologico (es. infezioni)	1	2	3	4	5
Rischio chimico (es. detergenti, disinfettanti, anestetici)	1	2	3	4	5
Rischio fisico/ambientale (es. da radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici, microclima)	1	2	3	4	5
Rischio biomeccanico (es. da movimentazione pazienti, carichi)	1	2	3	4	5
Rischio elettrico	1	2	3	4	5
Uso di attrezzature e di impianti tecnici	1	2	3	4	5
Stress e affaticamento fisico	1	2	3	4	5
Rischi relazionali (es. aggressione verbale o fisica da parte di pazienti o familiari)	1	2	3	4	5
Altro (indicare) _____	1	2	3	4	5

Nella sua attività lavorativa quanto ritiene che le sue competenze e la sua esperienza professionale le consentano di poter **controllare o evitare** i seguenti pericoli?

	Nessun controllo				Controllo totale
Rischio Biologico (es. infezioni)	1	2	3	4	5
Rischio chimico (es. detergenti, disinfettanti, anestetici)	1	2	3	4	5
Rischio fisico/ambientale (es. da radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici, microclima)	1	2	3	4	5
Rischio biomeccanico (es. da movimentazione pazienti, carichi)	1	2	3	4	5
Rischio elettrico	1	2	3	4	5
Uso di attrezzature e di impianti tecnici	1	2	3	4	5
Stress e affaticamento fisico	1	2	3	4	5
Rischi relazionali (es. aggressione verbale o fisica da parte di pazienti o familiari)	1	2	3	4	5
Altro (indicare) _____	1	2	3	4	5

Quanto ritiene **adeguata la formazione specifica** ricevuta sulla sicurezza e salute riguardante le seguenti condizioni pericolose?

	Per niente adeguata				Del tutto adeguata
Rischio Biologico (es. infezioni)	1	2	3	4	5
Rischio chimico (es. detergenti, disinfettanti, anestetici)	1	2	3	4	5
Rischio fisico/ambientale (es. da radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici, microclima)	1	2	3	4	5
Rischio biomeccanico (es. da movimentazione pazienti, carichi)	1	2	3	4	5
Rischio elettrico	1	2	3	4	5
Uso di attrezzature e di impianti tecnici	1	2	3	4	5
Stress e affaticamento fisico	1	2	3	4	5
Rischi relazionali (es. aggressione verbale o fisica da parte di pazienti o familiari)	1	2	3	4	5
Altro (indicare) _____	1	2	3	4	5

Quanto ritiene **adeguato l'addestramento** ricevuto sulle procedure di sicurezza riguardanti le seguenti condizioni pericolose?

	Per niente adeguata				Del tutto adeguata
Rischio Biologico (es. infezioni)	1	2	3	4	5
Rischio chimico (es. detergenti, disinfettanti, anestetici)	1	2	3	4	5
Rischio fisico/ambientale (es. da radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici, microclima)	1	2	3	4	5
Rischio biomeccanico (es. da movimentazione pazienti, carichi)	1	2	3	4	5
Rischio elettrico	1	2	3	4	5
Uso di attrezzature e di impianti tecnici	1	2	3	4	5
Stress e affaticamento fisico	1	2	3	4	5
Rischi relazionali (es. aggressione verbale o fisica da parte di pazienti o familiari)	1	2	3	4	5
Altro (indicare) _____	1	2	3	4	5

Attività fisica

Svolge attività fisica?	☐ SI ☐ NO
Svolge attività fisica intensa? (correre, palestra, ecc..)	☐ SI ☐ NO
Svolge attività fisica moderata? (camminata passo sostenuto, ginnastica dolce, ecc)	☐ SI ☐ NO
Quante volte a settimana svolge attività fisica?	_____ giorni a settimana
Quanto tempo in media?	_____ minuti
Secondo lei l'attività fisica che ha svolto negli ultimi 30 giorni è:	☐ Più che sufficiente ☐ Sufficiente ☐ Non proprio sufficiente ☐ Scarsa
Un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di fare attività fisica?	☐ SI ☐ NO

Abitudine al fumo

Attualmente fuma sigarette?	☐ SI ☐ NO
Quante sigarette fuma al giorno in media?	_____ sigarette al giorno
Nel suo posto di lavoro, le persone che lavorano con lei ed eventuali visitatori rispettano i divieti di fumo?	☐ SI ☐ NO
Attualmente fuma sigarette tradizionali, elettroniche o a tabacco riscaldato?	_____
Un medico o un operatore sanitario le ha suggerito di smettere di fumare?	☐ SI ☐ NO

Assunzione di alcool

Durante gli ultimi 30 giorni, quanti giorni ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica*?	_____ giorni
Nei giorni in cui ha bevuto, quante unità di bevande alcoliche* ha bevuto in media al giorno?	_____
Quando ha bevuto queste bevande alcoliche rispetto ai pasti?	☐ Solo durante i pasti ☐ Prevalentemente durante i pasti ☐ Prevalentemente fuori dai pasti ☐ Solo fuori dai pasti
Durante gli ultimi 30 giorni, in quale momento della settimana ha bevuto queste bevande alcoliche?	☐ Prevalentemente nel fine settimana ☐ Prevalentemente nei giorni feriali o durante tutta la settimana
Durante gli ultimi 12 mesi un operatore sanitario le ha suggerito di bere meno alcolici?	☐ SI ☐ NO

*per unità di bevanda alcolica si intende un bicchiere di vino, o una lattina di birra, o un bicchierino di liquore

Alimentazione

Negli ultimi 12 mesi un operatore sanitario le ha suggerito di perdere peso o di mantenere costante il suo peso?	☐ SI	☐ NO
Attualmente sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il suo peso?	☐ SI	☐ NO
In una sua giornata tipo quante porzioni* di frutta o verdura mangia?	☐ Nessuna ☐ 3 - 4	☐ 1 - 2 ☐ 5 o più
Attualmente sta facendo attenzione alla quantità di sale che utilizza?	☐ SI	☐ NO
A casa sua si usa sale iodato?	☐ SI	☐ NO
Durante gli ultimi 12 mesi un operatore sanitario le ha suggerito di ridurre il consumo di sale?	☐ SI	☐ NO

*per porzioni di frutta e verdura si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta

Informazioni generali*

*i dati personali saranno trattati a livello aggregato esclusivamente per fini di ricerca

Genere: ☐ M ☐ F	Età: __ __
Qualifica: ☐ Medico ☐ Infermiere/OSA ☐ OTA ☐ Tecnico	
Da quanto tempo lavora in attività sanitaria? (indicare il numero di anni/mesi) __/__/__	
Da quanto tempo lavora nell'attuale reparto? (indicare il numero di anni/mesi) __/__/__	
Tipo di contratto: ☐ indeterminato ☐ determinato	