

ANCE

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
COSTRUTTORI EDILI

FORMEDIL

ENTE UNICO FORMAZIONE E SICUREZZA



CONSIGLIO NAZIONALE
DEGLI **INGEGNERI**

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DEI RISCHI DI SICUREZZA E SULLA FORMAZIONE

Elaborazione dati



CENTRO STUDI

CONSIGLIO NAZIONALE INGEGNERI

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 | <input type="checkbox"/> |
| – Ottima comprensione ma NON sono madrelingua | <input type="checkbox"/> |
| – Buona comprensione ma NON sono madrelingua | <input type="checkbox"/> |
| – Sufficiente comprensione | <input type="checkbox"/> |
| – Scarsa comprensione | <input type="checkbox"/> |

2) Età:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| – 18-25 anni | <input type="checkbox"/> |
| – 26-30 anni | <input type="checkbox"/> |
| – 31-40 anni | <input type="checkbox"/> |
| – 41-50 anni | <input type="checkbox"/> |
| – 51-60 anni | <input type="checkbox"/> |
| – 61-67 anni | <input type="checkbox"/> |

3) Paese di origine:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| – Italia | <input type="checkbox"/> |
| – Albania | <input type="checkbox"/> |
| – Romania | <input type="checkbox"/> |
| – Marocco | <input type="checkbox"/> |
| – Tunisia | <input type="checkbox"/> |
| – Moldavia | <input type="checkbox"/> |
| – Egitto | <input type="checkbox"/> |
| – Guinea | <input type="checkbox"/> |
| – Nigeria | <input type="checkbox"/> |
| – Senegal | <input type="checkbox"/> |
| – Ucraina | <input type="checkbox"/> |
| – Serbia | <input type="checkbox"/> |
| – Altro Paese
(Specificare:) | <input type="checkbox"/> |

4) Sesso:

- Maschio

- Femmina

- Altro

5) Titolo di Studio:

- Scuola media

- Scuola di secondo grado

- Laurea triennale

- Laurea magistrale

6) Qualifica:

- Operaio

- Impiegato amministrativo

- Impiegato tecnico

- Altro
(Specificare:)

7) Da quanti anni svolge la professione attuale?

- Meno di 2 anni

- Tra 2 e 5 anni

- Tra 6 e 10 anni

- Tra 11 e 20 anni

- Tra 21 e 30 anni

- Più di 30 anni

8) Tipo di contratto:

- Tempo determinato

- Tempo indeterminato

- Apprendistato

- Altro
(Specificare:)

9) Rapporto di impiego:

- Full-time
- Part-time

10) Conosci la dimensione (in termini di lavoratori) della tua azienda?

- Sì
- No

10a) Se Sì, indicare quanti lavoratori ci sono:

- Fino a 9 lavoratori
- 10–49 lavoratori
- 50–249 lavoratori
- Oltre 250 lavoratori

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

- Formedil (Scuole Edili/Enti Unificati)
- Altri Organismi paritetici
- Altro soggetto formatore
(Specificare:)

Sezione 2

12) 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 = Per nulla; 2 = Poco; 3 = Abbastanza; 4 = Molto):*

	<i>Per nulla (1)</i>	<i>Poco (2)</i>	<i>Abbastanza (3)</i>	<i>Molto (4)</i>
– Le informazioni ricevute riguardo la salute e la sicurezza nel luogo di lavoro sono facilmente comprensibili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Il tuo lavoro ha un impatto negativo sulla tua salute e il tuo benessere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Trovi utili i corsi di formazione sulla sicurezza a cui partecipi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Partecipi all'individuazione di soluzioni migliorative in quelle attività lavorative che ritieni dannose per la tua salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Puoi modificare, in collaborazione con altre persone, le modalità di esecuzione di una determinata fase lavorativa in modo che essa sia più sicura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Parli con i tuoi colleghi dei rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– I servizi di promozione della salute sul posto di lavoro sono adatti a te?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Trovi autonomamente informazioni sui rischi per la salute che ti riguardano al lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sezione 3

13) Adesso per favore esprimi quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni.

Per favore, utilizza i seguenti livelli di valutazione

(1 = Per nulla; 2 = Poco; 3 = Abbastanza; 4 = Molto):

	<i>Per nulla (1)</i>	<i>Poco (2)</i>	<i>Abbastanza (3)</i>	<i>Molto (4)</i>
– Trovo importante aggiornarmi periodicamente sulle regole di comportamento e sulle procedure in materia di salute e sicurezza sul mio posto di lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sono attento alla mia salute e al mio benessere sul lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sono consapevole delle responsabilità che discendono dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Trovo importante confrontarmi con gli altri colleghi sui temi di salute e benessere nel luogo di lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Promuovo attivamente la salute sul posto di lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– La formazione ricevuta in materia di sicurezza è stata chiara e utile per svolgere il mio lavoro in sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Memoria

	SI	NO	Si, ma solo in parte
14) Le attività da svolgere ti sono state spiegate in modo chiaro e completo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esperienza

	SI	NO	Si, ma non gravi
15) Hai mai vissuto esperienze traumatiche in cantiere o sul lavoro, come gravi infortuni tuoi o di colleghi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
<i>15a) Hai mai segnalato a qualcuno una situazione pericolosa in cantiere che non ha portato ad un incidente/quasi incidente?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conoscenza

	SI	NO	Si, ma solo in parte
16) Conosci i rischi associati alla tua attività lavorativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	Si, ma solo in parte
<i>16a) Dopo il corso di formazione, riconosci meglio i pericoli?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	Si, ma solo in parte
<i>16b) Dopo il corso di formazione, hai cambiato qualcosa nel tuo modo di lavorare?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	Si, ma solo in parte
<i>16c) Il corso di formazione ti è stato utile per lavorare in modo più sicuro?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Umore

	Positivo	Negativo
17) In generale, che atteggiamento hai durante la giornata lavorativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Buonumore	Malumore
18) In una giornata lavorativa tipo, di solito, sei di buonumore, oppure sei di malumore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress Lavoro-Correlato

	SI	NO	A volte
19) Il ritmo di lavoro è incalzante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>19a) Devi affrettarti nella tua attività giornaliera?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>19b) Sei coinvolto nelle decisioni sulle modalità di svolgimento del lavoro quotidiano?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>19c) Nella giornata lavorativa i tuoi colleghi sono collaborativi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
19d) In momenti di difficoltà nello svolgimento di un'attività lavorativa, puoi contare sulla collaborazione dei tuoi colleghi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pressione di Gruppo

	Sì	NO	A volte
20) Ritieni di essere ben inserito all'interno della tua squadra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>20a) Nel tuo gruppo, sei considerato un capo, una guida?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>20b) I tuoi compagni ti coinvolgono nel lavoro e ti apprezzano?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esposizione al Rischio

	SI	NO	A volte
21) Ti senti tranquillo nell'usare gli strumenti e le attrezzature necessarie per lo svolgimento del tuo lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prestazioni di Sicurezza sul posto di lavoro

	SI	NO	A volte
22) Trovi sicuro il tuo luogo di lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>22a) Hai mai lavorato in condizioni di lavoro NON sicure?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>22b) Se c'è una situazione non sicura, sai cosa devi fare?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>22c) Se durante il lavoro si presentano condizioni diverse da quelle previste nei documenti di sicurezza dell'azienda, sai cosa fare?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	Si, ma solo in parte
<i>22d) Il corso di formazione è riuscito a farti riconoscere meglio i pericoli?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ottimismo ingiustificato

	SI	NO	A volte
23) Credi di correre meno rischi nelle attività in cui hai molta esperienza rispetto ai colleghi meno esperti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>23a) Secondo te, una persona esperta può fare a meno dei Dispositivi di Protezione Individuale durante un'attività che li richiede?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>23b) La tua esperienza ti aiuta a lavorare in sicurezza?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
<i>23c) vedi un collega lavorare in modo pericoloso, sai cosa fare?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) In quali situazioni la tua esperienza ti aiuta a lavorare in sicurezza?
(Sono possibili più risposte)

– Attività ripetitive o già svolte molte volte	<input type="checkbox"/>
– Uso di attrezzature per cui ho ricevuto formazione specifica	<input type="checkbox"/>
– Lavorazioni manuali complesse	<input type="checkbox"/>
– Situazioni con più lavorazioni svolte contemporaneamente (interferenti)	<input type="checkbox"/>
– Attività ad alto rischio (Lavori in quota, spazi confinati, ecc.)	<input type="checkbox"/>
– Lavoro in squadra in presenza di personale più esperto	<input type="checkbox"/>
– Altro (Specificare:)	<input type="checkbox"/>

25) Mansioni inerenti la sicurezza

Ricopri una mansione inerente la sicurezza in azienda?

– Rspg	<input type="checkbox"/>
– Rls	<input type="checkbox"/>
– Aspp	<input type="checkbox"/>
– Preposto	<input type="checkbox"/>
– Addetto antincendio	<input type="checkbox"/>
– Addetto al primo soccorso	<input type="checkbox"/>
– Dirigente	<input type="checkbox"/>
– Altro (Specificare:)	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
26) Sai chi è il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza aziendale (RLS) o territoriale (RLST)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
27) Sai chi è il PREPOSTO nella tua azienda/ditta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	Si, ma solo in parte
28) Sai quali sono i compiti del Preposto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLO PER I PREPOSTI

	SI	NO	Non so
29) I tuoi compagni ti conoscono come Preposto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
30) I tuoi compagni riconoscono la tua "autorità"? Seguono le tue indicazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	Non completamente
31) Sei consapevole che il ruolo principale del Preposto in un cantiere secondo il D.Lgs. 81/08 sia <i>"vigilare sull'osservanza delle norme di sicurezza e sull'uso corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) da parte dei lavoratori"</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	A volte
32) Se in cantiere rilevi un comportamento lavorativo non conforme alle norme di sicurezza, intervieni immediatamente per far cessare la situazione di pericolo e ne informi il Datore di Lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TUTTI

33) Cosa aiuterebbe a rendere più efficace la formazione e migliorare la sicurezza in cantiere? (Sono possibili più risposte)

- | | |
|---|--------------------------|
| – Più formazione pratica (esercitazioni, simulazioni) | <input type="checkbox"/> |
| – Maggiore coinvolgimento dei capi/preposti nella sicurezza | <input type="checkbox"/> |
| – Formazione più semplice e comprensibile | <input type="checkbox"/> |
| – Più controlli e verifiche in cantiere | <input type="checkbox"/> |
| – Utilizzo corretto dei DPI da parte dei lavoratori | <input type="checkbox"/> |
| – Migliore organizzazione del lavoro | <input type="checkbox"/> |
| – Più collaborazione tra colleghi | <input type="checkbox"/> |
| – Non ho suggerimenti | <input type="checkbox"/> |
| – Non ho criticità da segnalare | <input type="checkbox"/> |
| – Altro | <input type="checkbox"/> |
| – (Specificare:) | <input type="checkbox"/> |