



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza  
Ambienti di Lavoro



Istituto Superiore per la Prevenzione  
e la Sicurezza del Lavoro

Laboratorio di Psicologia e Sociologia  
del Lavoro

---

## QUESTIONARIO

### LE PERSONE E IL LAVORO

Il questionario *Le persone e il lavoro*, è stato messo a punto presso il Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro dell'ISPESL. Intende rilevare i fattori di rischio organizzativi e psicosociali più frequenti all'interno delle imprese.

Il presente questionario è stato adattato e condiviso con la Direzione Aziendale, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico Competente, i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza della sua azienda al fine di promuovere la salute e sicurezza di tutti i lavoratori.

La sua compilazione è molto facile: basta mettere una crocetta sulla risposta che si intende dare, facendo attenzione alle indicazioni riportate in alcune domande per le quali sono previste più risposte.

**Il questionario è anonimo.**

Reparto .....

## DATI ANAGRAFICI

1. **Genere:**  Maschio  Femmina

2. **Età:** \_\_\_\_\_ anni

3. **Nazionalità:**  Italiana  Europea  Extracomunitaria

4. **Titolo di studio:**  Licenza Elementare  Diploma di scuola media superiore  
 Diploma di scuola media inferiore  Diploma universitario  
 Scuola professionali  Laurea

5. **Stato civile:**  Celibe/Nubile  Coniugato/Convivente  Separato/Divorziato  Vedovo

6. **Numero dei figli (scriva zero se non ha figli):** \_\_\_\_\_

7. **Contratto di lavoro:**  Contratto a tempo indeterminato  Contratto a tempo determinato  
 Nuove forme di contratto (somministrato, collaborazione, distacco)

8. **Il suo orario di lavoro è:**  Giornaliero  Soprattutto primo turno  
 Su due turni (mattina/pomeriggio)  Soprattutto secondo turno  
 Su tre turni (mattina/pomeriggio/sera)  Soprattutto terzo turno

9. **Da quanti anni lavora nell'impresa:**  meno di 1  da 1 a 2  da 3 a 5  
 da 6 a 10  oltre i 10

10. **Qualifica / Posizione :**  Operaio  Intermedio  Impiegato  Quadro  Dirigente

11. **Anzianità nell'attuale qualifica / mansione:**  meno di 1  da 1 a 2  da 3 a 5  
 da 6 a 10  oltre i 10

**12. L'attività lavorativa che svolge abitualmente:**

- Corrisponde alla sua qualifica/mansione     E' superiore alla sua qualifica/mansione     E' inferiore alla sua attuale qualifica/mansione     Non svolge alcuna mansione

**13. Se svolge una mansione diversa dalla sua qualifica/posizione, da quanto tempo?**

- fino a 1 anno                                       da 1 a 3 anni                                       oltre i 3 anni

**14. L'attività lavorativa abituale le comporta:**

- Un adeguato carico di lavoro                       Un sovraccarico di lavoro                       Un sotto carico di lavoro

**15. Abitualmente lavora:**

- Da solo     In gruppo

**16. Negli ultimi 3 anni, nell'impresa in cui opera si sono verificati cambiamenti significativi (ristrutturazione, ammodernamento impianti, ecc.)?**

- Sì     No

**17. Negli ultimi 3 anni, ci sono state nuove assunzioni nell' impresa in cui lavora?**

- Sì     No     Non ne sono a conoscenza

**17.1 Se sì, si è trattato prevalentemente di:**

- Contratti a tempo indeterminato                       Nuove forme contrattuali (a tempo determinato, collaborazioni, ecc)                       Non ne sono a conoscenza

**18. Negli ultimi 3 anni, la sua attività le ha comportato dei cambiamenti personali (di sede operativa, di reparto, di mansione e/o di superiore, ecc.):**

- Sì, una volta                       Sì, da 2 a 4 volte                       Sì, oltre 4 volte                       Non si sono verificati cambiamenti

**19. Se nella sua impresa si sono verificati cambiamenti organizzativi e/o personali, questi hanno comportato:**

- Un miglioramento dell'organizzazione del lavoro                       Un miglioramento delle relazioni interpersonali                       Un miglioramento dei servizi erogati                       Un peggioramento dell'organizzazione del lavoro
- Un peggioramento delle relazioni interpersona                       Un peggioramento nella erogazione dei servizi                       Nessun cambiamento in particolare

**20. Ritiene la sua retribuzione adeguata al lavoro che svolge?**

- Sì     No, per eccesso                                       No, per difetto

**21. Per quanto riguarda il suo posto di lavoro, prevede nei prossimi due anni un rischio occupazionale?**

- Sì  No

**22. Come definirebbe il livello di sicurezza del lavoro nell' impresa in cui opera (attrezzature, macchine, ambiente, ecc.):**

- Buono  Sufficiente  Mediocre  Scarso

**23. Se negli ultimi 3 anni ha subito infortuni, dove e quanti (sono possibili più risposte):**

Sul lavoro  nessuno  da 1 a 3  da 4 a 5  più di 5

Domestici  nessuno  da 1 a 3  da 4 a 5  più di 5

Stradali  nessuno  da 1 a 3  da 4 a 5  più di 5

Non ho subito infortuni

**24. Come definirebbe il livello di attenzione alla tutela della salute e del benessere dei lavoratori, in atto nell'impresa in cui opera:**

- Buono  Sufficiente  Mediocre  Scarso

**25. Ha seguito specifiche attività di formazione in materia di igiene e sicurezza sul lavoro promossi dalla sua impresa?**

- Sì, all'assunzione  Sì, in occasione di cambiamenti organizzativi (mansione, tecnologia, ecc.)  Sì, in formazione continua/aggiornamento  No, non ho mai seguito attività di formazione alla sicurezza

**26. Ha ricevuto adeguate informazioni sui rischi specifici a cui è esposto e sulle misure di prevenzione e di protezione adottate nell' impresa in cui lavora?**

- Sì  No

**27. Quali sono, secondo lei, i pericoli principali per la salute e la sicurezza nel suo reparto?**

---

---

**28. Nella sua impresa sono presenti:**

- DATORE DI LAVORO  R.S.P.P. Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione  MEDICO COMPETENTE  R.L.S. Rappresentante di Lavoratori per la Sicurezza  RSU Rappresentante Sindacale Unitario  non c'è nessuna di queste figure

ALTRO SPECIFICARE \_\_\_\_\_

**29. Come definirebbe le relazioni interpersonali con il suo diretto superiore (intermedio e/o capo turno):**

- Collaborative     Amichevoli     Competitive     Essenziali / Formali     Conflittuali     Assenza di rapporti

**30. Come definirebbe le relazioni interpersonali con i suoi colleghi:**

- Collaborative     Amichevoli     Competitive     Essenziali / Formali     Conflittuali     Assenza di rapporti

**31. Come definirebbe le relazioni interpersonali con i suoi sottoposti:**

- Collaborative     Amichevoli     Competitive     Essenziali / Formali     Conflittuali     Assenza di rapporti

**32. Come valuta il sistema di comunicazione in uso nella sua impresa (scambio delle informazioni, indicazioni operative, passaggio di consegne, ecc.):**

- Efficace     Non efficace

**33. In generale, è a conoscenza della strategia e dei programmi a medio termine (lavori, investimenti) della sua impresa?**

- Sì     No

**34. Come valuta i turni di lavoro nella sua impresa?**

- Adeguali     Non adeguati

**35. Come valuta i ritmi di lavoro nella sua impresa?**

- Adeguali     Non adeguati

**36. Riceve ordini e/o istruzioni ambigui o contraddittori?**

- Mai     A volte     Abbastanza     Spesso     Sempre

**37. Nell' impresa in cui lavora ha mai subito molestie e/o violenze (sono possibili più risposte):**

- Fisiche (es. aggressioni, rapine, ecc,)     Sessuali    \*1     Psicologiche    \*2     Non ho mai subito molestie e/o violenze

**\*1 SESSUALE:**

- richieste esplicite o implicite di prestazioni sessuali o attenzioni a sfondo ritenute sconvenienti e offensive per chi ne è oggetto;
- contatti fisici fastidiosi e indesiderati; apprezzamenti gesti o ammiccamenti verbali offensivi sul corpo e sulla sessualità;
- minacce, discriminazioni e ricatti, subiti per aver respinto proposte
- esposizione nei luoghi di lavoro di materiale pornografico, scritti ed espressioni verbali denigratori e offensivi rivolti alla persona per la determinato sesso o in ragione della diversità di espressione della sessualità.

**\*2 PSICOLOGICHE:**

- calunniare o diffamare un lavoratore, oppure la sua famiglia;
- negare deliberatamente informazioni relative al lavoro, oppure fornire informazioni non corrette, incomplete, insufficienti;
- sabotare o impedire in maniera deliberata l'esecuzione del lavoro;
- isolare in modo offensivo il lavoratore, oppure boicottarlo o disprezzarlo;
- insultare, fare critiche esagerate o inappropriate o assumere atteggiamenti o reazioni ostili in modo deliberato;
- controllare il lavoratore senza che egli lo sappia e con l'intento di danneggiarlo;
- allontanare senza motivo, in via definitiva o temporaneamente, un lavoratore dal posto di lavoro o dai suoi doveri;

**Se ha subito molestie e/o violenze psicologiche, risponda alle domande che seguono, altrimenti passi alla domanda n.39 (pagina successiva)**

**38 Se ha subito molestie/violenze psicologiche, da parte di chi (sono possibili più risposte):**

- Colleghi                       Superiori                       sottoposti                       persone estranee  
al lavoro

**38.1 Se ha subito molestie/violenze psicologiche, come ha reagito la sua famiglia:**

- Sempre con solidarietà e comprensione                       Alla fine ha preso le distanze da me                       Non ne ho parlato in famiglia

**38.2 Se ha subito molestie/violenze psicologiche, quale ritiene ne sia stata la causa o le cause (sono possibili al massimo quattro risposte):**

- Cambiamento organizzativo                       Inadeguatezza dei superiori nella gestione del personale                       Discrezionalità nella gestione del personale                       Rifiuto di eseguire pratiche illecite                       Congedo per esigenze familiari
- Assenze per gravidanza/ puerperio                       Congedo parentale                       Assenze per malattie gravi                       Portatore di Handicap                       Rifiuto di avances sessuali
- ALTRO \_\_\_\_\_

**38.3 Se ha subito molestie/violenze psicologiche, ritiene che abbia influito qualche aspetto del suo carattere:**

- Timidezza                       Creatività                       Schiettezza                       Riservatezza                       Ambizione                       Sensibilità
- Accondiscendenza                       Spirito d'iniziativa                       Scrupolosità nel lavoro                       Determinazione                       Nessun aspetto in particolare

**38.4 Se ha subito molestie/violenze psicologiche, a chi ha rappresentato il suo problema:**

- Direzione aziendale / Amministrazione                       Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione                       Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza                       Medico Competente / di Azienda
- Sindacato                       Medico di Famiglia                       Altre strutture esterne (sportelli antimobbing, centri clinici, ecc.)                       Non ne ha parlato con nessuno
- ALTRO SPECIFICARE \_\_\_\_\_

**38.5 Ha motivo di ritenere che nella sua impresa altri colleghi abbiano subito molestie e/o violenze (sono possibili più risposte):**

- Fisiche (es. aggressioni, rapine, ecc.)                       Sessuali                       Psicologiche                       Non ho mai subito molestie e/o violenze

**39. Ritiene di essere messo nelle condizioni migliori per svolgere il suo lavoro**

- Mai                       A volte                       Abbastanza                       Spesso                       Sempre

**40. Ritiene che le sue competenze professionali siano correttamente utilizzate dal suo diretto superiore (intermedio e/o capo turno)?**

- Mai                       A volte                       Abbastanza                       Spesso                       Sempre

**41. Ritiene che i risultati da lei conseguiti, le vengano riconosciuti dal suo diretto superiore (intermedio e/o capo turno)?**

- Mai                       A volte                       Abbastanza                       Spesso                       Sempre

**42. Nell'organizzare il lavoro, il suo diretto superiore (intermedio e/o capo turno) tiene conto degli eventuali suggerimenti/osservazioni da lei proposti?**

- Mai                       A volte                       Abbastanza                       Spesso                       Sempre

**43. Si sente supportato dal suo diretto superiore (intermedio e/o capo turno) nello svolgimento del lavoro?**

- Sì                                       No

**44. Ritiene che i diretti superiori (intermedio e/o capo turno) abbiano adeguate competenze nella gestione del personale ?**

- Sì                                       No

**45. In generale, ritiene efficace lo stile di direzione in atto nella sua impresa?**

- Mai                       A volte                       Abbastanza                       Spesso                       Sempre

**46. Come valuta il sistema premiante in uso nell'impresa in cui lavora (passaggi di livello, incentivi, gratificazioni, ferie)?**

- Soddisfacente                                       Non soddisfacente

**47. All'interno della sua impresa gli obiettivi di produzione sono condivisi?**

- Sì                                       No

**48. All'interno della sua impresa gli obiettivi della sicurezza sono condivisi?**

- Sì                                       No

**49. Come percepisce i seguenti rischi all'interno della sua azienda?**

- |   |  |                                     |   |
|---|--|-------------------------------------|---|
| MOVIMENTAZIONE / VIABILITÀ                    | <input type="checkbox"/> Per niente pericoloso | <input type="checkbox"/> Pericoloso | <input type="checkbox"/> Molto pericoloso |
| RUMORE  | <input type="checkbox"/> Per niente pericoloso | <input type="checkbox"/> Pericoloso | <input type="checkbox"/> Molto pericoloso |
| MICROCLIMA (temperature elevate)              | <input type="checkbox"/> Per niente pericoloso | <input type="checkbox"/> Pericoloso | <input type="checkbox"/> Molto pericoloso |
| MANCANZA D.P.I<br>(dispositivi di protezione) | <input type="checkbox"/> Per niente pericoloso | <input type="checkbox"/> Pericoloso | <input type="checkbox"/> Molto pericoloso |
| MANCANZA DI SISTEMI DI SICUREZZA              | <input type="checkbox"/> Per niente pericoloso | <input type="checkbox"/> Pericoloso | <input type="checkbox"/> Molto pericoloso |

**50. All'interno della sua impresa ci sono obiettivi di reparto?**

- Sì  No

**51. La sua retribuzione è legata anche al raggiungimento degli obiettivi di sicurezza?**

- Sì  No

**52. Il lavoro che svolge, le consente di crescere professionalmente?**

- Sì  No

**53. Il lavoro che svolge, le consente un adeguato sviluppo di carriera?**

- Sì  No

**54. Si sente utile nel lavoro che svolge?**

- Sì  No

**55. Si sente apprezzato dai suoi colleghi di lavoro?**

- Sì  No

**56. Le piace l'attività lavorativa che abitualmente svolge?**

- Sì  No

**57. Negli ultimi sei mesi, come definirebbe il suo stato di salute:**

- Eccellente  Buono  Mediocre  Pessimo

**58. Negli ultimi sei mesi, il suo stato di salute è:**

- Migliorato  Solito  Peggiorato



**59. Negli ultimi sei mesi, come definirebbe il suo umore:**

- Allegro     Contento     Sereno     Indifferente     Arrabbiato     Avvilito     Depresso

**60. Negli ultimi sei mesi, ha avuto disturbi del sonno?**

- Mai                       Ad addormentarmi                       Risvegli notturni                       Risveglio precoce

**60.1 Assume abitualmente vino o alcol (birra, superalcolici) durante la giornata ?**

- Sì                                       No

**60.2 Assume vino o alcol (birra, superalcolici) durante l'orario di lavoro ?**

- Sì                                       No

**60.3 Quantità di vino o alcol (birra, superalcolici) assunta abitualmente:**

- da 1 a 2 bicchieri al giorno                       da 3 a 4 bicchieri al giorno                       più di 4 bicchieri al giorno

**60.4 Quante sigarette fuma al giorno?**

- Nessuna                       Fino a 10 sigarette al giorno                       Fino a 20 sigarette al giorno                       Più di 20 sigarette al giorno

**60.5 Fa uso di sostanze stupefacenti?**

- Mai                       Raramente                       Mensilmente                       Settimanalmente                       Quotidianamente

*Il questionario è finito.*

*Controlli, per favore, di aver risposto a tutte le domande. Grazie.*