

| | | | | | | |
|----|---|-----|-----------|---------------|--------|--------|
| 24 | Ricevo dai miei colleghi l'aiuto e il sostegno di cui ho bisogno | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 25 | Posso dire la mia sul modo in cui svolgere il mio lavoro | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 26 | Mi è possibile chiedere spiegazioni ai dirigenti sui cambiamenti relativi al lavoro | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 27 | Sul lavoro i miei colleghi mi dimostrano il rispetto che merito | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 28 | Il personale viene consultato sui cambiamenti relativi al lavoro | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 29 | Se qualcosa sul lavoro mi ha disturbato o infastidito posso parlarne con il mio capo | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 30 | Il mio orario di lavoro può essere flessibile | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 31 | I miei colleghi mi danno ascolto quando parlo dei miei problemi di lavoro | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 32 | Quando ci sono dei cambiamenti sul lavoro, mi è chiaro che effetto avranno in pratica | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 33 | Sono supportato dai miei superiori in lavori emotivamente impegnativi | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 34 | Le relazioni sul lavoro sono tese e difficili | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 35 | Al lavoro il mio capo mi incoraggia | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 36 | L'ambiente fisico in cui lavoro è accettabile | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 37 | Lo spazio di lavoro è adeguato ai compiti che devo svolgere | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 38 | La climatizzazione dell'ambiente è confortevole | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
| 39 | Mentre lavoro subisco frequenti interruzioni esterne | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |

Per favore legga con attenzione le seguenti affermazioni, avendo in mente la Sua situazione lavorativa negli **ultimi 6 mesi**, ed indichi **quanto è d'accordo**.

| | | | | | | |
|----|---|------------|------|-----------|------------|-------|
| 40 | Sono soddisfatto/a della mia situazione di lavorativa | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 41 | Sono fortemente motivato/a nel mio lavoro | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 42 | Da quando lavoro qui mi sento stressato/a | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 43 | Le mansioni che svolgo sono adeguate alle mie capacità lavorative | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 44 | La mia posizione professionale è adeguata al mio titolo di studio | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 45 | Il mio stipendio è adeguato all'attività svolta | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 46 | Complessivamente la mia vita attuale si avvicina alla mia vita ideale | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 47 | Le mie condizioni di vita sono eccellenti | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 48 | Sono soddisfatto della mia vita | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 49 | Fino ad ora ho ottenuto le cose importanti che desideravo nella vita | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |
| 50 | Se potessi rivivere la mia vita, non cambierei quasi nulla | per niente | poco | così così | abbastanza | molto |

51. All'interno dell'organigramma del Comune, Lei si colloca nella seguente Area:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servizi di Segreteria Generale | <input type="checkbox"/> Economia e Territorio |
| <input type="checkbox"/> Risorse Umane e Formazione | <input type="checkbox"/> Cultura e Sport |
| <input type="checkbox"/> Risorse Economiche e Finanziarie | <input type="checkbox"/> Educazione Università e Ricerca |
| <input type="checkbox"/> Servizi di Direzione Generale | <input type="checkbox"/> Promozione e Protezione Sociale |
| <input type="checkbox"/> Polizia Locale e Sicurezza | |

52. La Sua categoria è:

Dirigente Resp. PO D C B A PLC PLB PLA PLS

53. Da quanti anni è dipendente di questo Comune? 0-1 2-10 11-20 più di 20

54. Il Suo lavoro è principalmente (segnare una sola risposta):

esclusivamente amministrativo (attività di *back-office*)

a contatto con il pubblico (attività di *front-office*)

a diretto contatto con il pubblico o con l'utenza?

altro _____

55. Il Suo orario di lavoro prevede turni? No Sì

56. Il Suo contratto di lavoro è a tempo indeterminato? No Sì

57. Quanto tempo impiega per andare da casa al lavoro? _____ minuti

58. Età meno di 29 30-39 40-49 50-59 60 o più

59. Sesso M F 60. Stato Civile _____

61. Figli No Sì Uno o più in età prescolare

62. Usufruisce della L. 104/92 per qualcuno dei Suoi familiari? No Sì

63. Titolo di studio

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licenza Elementare | <input type="checkbox"/> Diploma Universitario |
| <input type="checkbox"/> Scuola Media Inferiore | <input type="checkbox"/> Laurea Triennale |
| <input type="checkbox"/> Attestato di Qualifica Professionale | <input type="checkbox"/> Laurea Specialistica/Magistrale/Vecchio Ordinamento |
| <input type="checkbox"/> Diploma di Scuola Media Superiore | <input type="checkbox"/> Formazione Post Laurea |

osservazioni

Ulteriori domande ai fini di ricerca scientifica

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Questionario sul dolore articolare | 64. Peso _____ kg | 65. Altezza _____ cm | | | | | | | | |
| Nell'ultimo mese, in che misura ha provato dolore | Nessun dolore -----> Dolore insopportabile | | | | | | | | | |
| | 0 | 5 10 | | | | | | | | |
| 66. al collo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. alle spalle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. alla schiena – dorsale (zona alta)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. alla schiena – lombare (zona bassa)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nell'ultimo mese, per dolori articolari, | | | | | | | | | | |
| 70. quanti giorni ha preso medicine? _____ | 71. quanti giorni è stato assente dal lavoro? _____ | | | | | | | | | |
| Nell'ultimo anno, per dolori articolari, | | | | | | | | | | |
| 72. quanti giorni ha preso medicine? _____ | 73. quanti giorni è stato assente dal lavoro? _____ | | | | | | | | | |
| Patologie diagnosticate: | | | | | | | | | | |
| 74. ernia discale con segni di compressione midollare | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì | | | | | | |
| 75. ernia discale senza segni di compressione midollare | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì | | | | | | |
| 76. artrosi | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì | | | | | | |
| 77. altro _____ | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì | | | | | | |

abitudini

| | | | |
|--------------------|-----------------------------|---|--|
| 78. È un fumatore? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Ex da anni _____ | <input type="checkbox"/> Sì, _____ sigarette/giorno da _____ anni |
| 79. Beve alcolici? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Occasionalmente | <input type="checkbox"/> Qualche volta alla settimana <input type="checkbox"/> Ogni giorno |

patologie

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 80. Soffre di ipertensione arteriosa? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 81. Ha qualche altra patologia cardiovascolare? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 82. Soffre di insonnia? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 83. Soffre di sintomi ansioso-depressivi? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 84. Soffre di gastrite, colite, reflusso GE? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 85. Ha alterazioni della tiroide? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 86. Soffre di sindrome metabolica? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 87. Ha malattie della pelle? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |
| 88. Altro _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Terapia |

Per favore legga con attenzione e segni una sola risposta per ogni domanda, scegliendo la risposta che più si avvicina alla Sua situazione lavorativa.

| | decisamente in disaccordo | in disaccordo | d'accordo | decisamente d'accordo |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 89. Il mio lavoro richiede che impari cose nuove | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. Il mio lavoro richiede un elevato livello di competenza/abilità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 91. Il mio lavoro richiede di essere creativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 92. Il mio lavoro prevede di ripetere parecchie volte le stesse operazioni/le stesse cose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 93. Decido io cosa fare nel mio lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94. Il mio lavoro richiede un'attività molto veloce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 95. Ho poca libertà di decidere come fare il mio lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 96. Il mio lavoro richiede di agire con molto accanimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 97. Ho abbastanza tempo per portare a termine il mio lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 98. Non mi vengono dati ordini in contrasto tra di loro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 99. Non mi è richiesto di lavorare eccessivamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comune di Trieste

**Valutazione del rischio stress lavoro-correlato
Livello 2 – Fase 3 approfondimento soggettivo
febbraio – marzo 2011**

Per favore legga con attenzione le seguenti affermazioni relative al Suo lavoro negli ultimi 6 mesi, ed indichi **quanto frequentemente le ha vissute** utilizzando la scala sotto riportata.

Nota: con "capo" si intende la persona a cui funzionalmente e gerarchicamente risponde; con "colleghi" si intendono quelli con cui lavora quotidianamente.

| | mai | raramente | qualche volta | spesso | sempre |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mi è chiaro cosa ci si aspetta da me sul lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 2. Posso decidere quando fare una pausa | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sul lavoro persone diverse mi fanno richieste che mi è difficile combinare | <input type="checkbox"/> |
| 4. So come va fatto il mio lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sono molestato/a con parole o comportamenti sgradevoli | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ho scadenze che mi è impossibile rispettare | <input type="checkbox"/> |
| 7. Se emergono difficoltà sul lavoro, posso contare sull'aiuto dei miei colleghi | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ricevo dal mio capo supporto e informazioni sul lavoro che svolgo | <input type="checkbox"/> |
| 9. Devo lavorare molto intensamente | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ho voce in capitolo sui miei ritmi di lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mi sono chiare le mie mansioni e le responsabilità che ho sul posto di lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 12. Devo trascurare alcuni compiti perché ho troppo da fare | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mi sono chiari scopi e obiettivi del mio reparto/settore | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ci sono attriti e liti tra colleghi | <input type="checkbox"/> |
| 15. Posso decidere in che modo svolgere il mio lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 16. Non mi è possibile avere sufficienti momenti di pausa | <input type="checkbox"/> |
| 17. Capisco in che modo il mio lavoro si inserisce negli obiettivi generali dell'organizzazione | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ricevo pressioni per lavorare oltre l'orario | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ho la possibilità di scegliere cosa fare sul lavoro | <input type="checkbox"/> |
| 20. Devo lavorare molto velocemente | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sul lavoro sono oggetto di prepotenze e vessazioni | <input type="checkbox"/> |
| 22. Si pretende che lavori con ritmi impossibili | <input type="checkbox"/> |
| 23. Posso contare sull'aiuto del mio capo quando ho problemi sul lavoro | <input type="checkbox"/> |