

**PROGETTO WORKLIMATE (BRIC-2019)**

*Impatto dello stress termico ambientale sulla salute e produttività dei lavoratori: strategie di intervento e sviluppo di un sistema integrato di allerta meteo-climatica ed epidemiologica per vari ambiti occupazionali*

**Questionario di valutazione soggettiva del benessere/disagio termico**

(indicare con una X le caselle corrispondenti a ciascuna situazione)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data ………/………/………** | **Ora (1-24): \_\_\_\_\_\_\_\_** | **Minuti (0-60): \_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Età ……………….** | **Genere:** |  | **Uomo** |  | **Donna** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazionalità …………………………..** | **Altezza (cm): ……………** | **Peso (kg): ……………** |

|  |
| --- |
| **Puoi descrivere la principale attività lavorativa svolta nell’ultima ora di lavoro?**  **...………………………………………………………………………………………………………………………….** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qual’è l’ambiente di lavoro a cui sei stato mediamente esposto nell’ultima ora?** | | | | | | |
|  |  | All’aperto esposto al sole |  | All’aperto in zone d’ombra |  | Al chiuso |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hai utilizzato un mezzo di traporto nell’ultima ora?** | | | | | | |
|  |  | SI |  | NO |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hai avuto la possibilità di stazionare in un ambiente climatizzato nell’ultima ora?** | | | | | | | | | |
|  |  | SI |  | NO | | |  | |  |
| **Che abbigliamento e accessori** | | | | | | | | | |
| **hai utilizzato nell’ultima ora?** | | | | | SI | NO | | In parte | |
| Tuta poco traspirante per trattamenti chimici | | | | |  |  | |  | |
| **Torso** | | | | |  |  | |  | |
| Canottiera | | | | |  |  | |  | |
| Maglietta maniche corte | | | | |  |  | |  | |
| Maglietta maniche lunghe | | | | |  |  | |  | |
| Camicia | | | | |  |  | |  | |
| Giacca da ufficio | | | | |  |  | |  | |
| Felpa | | | | |  |  | |  | |
| Impermeabile/giacca | | | | |  |  | |  | |
| **Gambe e piedi** | | | | |  |  | |  | |
| Pantaloni corti | | | | |  |  | |  | |
| Pantaloni lunghi | | | | |  |  | |  | |
| Sovrapantaloni | | | | |  |  | |  | |
| Scarpe | | | | |  |  | |  | |
| Scarpe antiinfortunistiche | | | | |  |  | |  | |
| **Testa e mani** | | | | |  |  | |  | |
| Cappello parasole | | | | |  |  | |  | |
| Cappello di lana o sintetico | | | | |  |  | |  | |
| Casco da lavoro | | | | |  |  | |  | |
| Mascherina da lavoro per specifiche mansioni | | | | |  |  | |  | |
| Mascherina anti COVID-19 | | | | |  |  | |  | |
| Guanti per trattamenti chimici o da lavoro | | | | |  |  | |  | |
| Guanti anti COVID-19 | | | | |  |  | |  | |
| Occhiali | | | | |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Che attività fisica-lavorativa hai mediamente svolto nell’ultima ora?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Molto leggera | | | Leggera | | | | Moderata | | | | | Intensa | | | | Molto intensa | | | |  |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |  |
| **Che situazione hai percepito mediamente nell’ultima ora?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situazioni percepite | | Molto leggera | | | | Leggera | | | Moderata | | | | Intensa | | | | Molto intensa | | | |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
| Sudorazione | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Stanchezza | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Sete | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Vertigini | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Spossatezza | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Confusione | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Altro | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Che livello di sensazione termica generale hai percepito nell’ultima ora?** | | | | | | | | | |
| Nessun disagio da caldo | | Disagio  debole | | Disagio moderato | | Disagio  intenso | | Disagio  molto intenso | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Che livello di sensazione termica locale hai percepito nell’ultima ora?** | | | | | | | | | | |
| Parti del corpo | Nessun disagio da caldo | | Disagio  debole | | Disagio moderato | | Disagio  intenso | | Disagio  molto intenso | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Testa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Spalle/schiena |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Torace/addome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Braccia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mani |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gambe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Piedi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pensi che lo stress da caldo percepito nel corso di tutta la giornata lavorativa possa**  **avere influenzato negativamente la tua capacità di concentrazione/attenzione?** | | | | |
| Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Del tutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pensi che lo stress da caldo percepito nel corso di tutta la giornata lavorativa possa**  **aver ridotto la tua produttività tipica giornaliera?** | | | | |
| Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Del tutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puoi quantificare quanta acqua hai bevuto durante l’attività lavorativa giornaliera?** | | | | |
| Fino a 1/4 L | da 1/4 L a 1/2 L | da 1/2 L a 1.0 L | da 1.0 L a 1.5 L | da 1.5 L a 2.0 L |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sei stato informato dal tuo datore di lavoro o dal tuo responsabile sui comportamenti da adottare nelle tue attività lavorative per contrastare gli effetti del caldo?** | | | | | | |
|  |  | SI |  | NO |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Se “SI”, in che modo hai ricevuto l’informazione (è possibile anche risposta multipla)?** | | | | |
| Volantini | Verbalmente | Avvisi posti in punti informativi | Organizzazione di corsi sulla sicurezza | Altro |
|  |  |  |  |  |

**Quanto hai ritenuto utile l’informazione ricevuta per adottare comportamenti corretti nel tuo lavoro?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Per niente | Poco | Abbastanza | Molto | Del tutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |