

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

## GOMMA - COMPRESA LA 'GOMMA TERMOPLASTICA'

### 1 Può descriverci con parole sue la mansione che svolge/svolgeva?

---

---

### 2 Con quale frequenza svolgeva queste operazioni?

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno    | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni settimana | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni mese      | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Non so         |                             |

### 3 Quali altre attività erano presenti oltre a quella principale dell'unità produttiva?

---

### 4 Dimensione dell'attività produttiva

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meno di 10 dipendenti | <input type="checkbox"/> 10 - 100 dipendenti  |
| <input type="checkbox"/> 100 - 200 dipendenti  | <input type="checkbox"/> Oltre 200 dipendenti |

### 5 Tipo di lavoro

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tempo pieno      | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Tempo parziale   | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Stagionale _____ | Indicare il n. di mesi/anno _____  |

### 6 Nome del reparto

---

### 7 Produzione del reparto

---

Gomma - compresa la 'gomma termoplastica'

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**8 Tipo di ambiente di lavoro**

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Officina/reparto industriale | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Impianto all'aperto          | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deposito/magazzino           | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio artigiano        | Tempo trascorso (%) _____ |
| Altro, specificare _____                              | Tempo trascorso (%) _____ |

**9 Descrizione del reparto**

Dimensioni \_\_\_\_\_

N. di persone presenti \_\_\_\_\_

N. di macchinari presenti \_\_\_\_\_

Tipo di macchinari presenti \_\_\_\_\_

Fonti di calore \_\_\_\_\_

Ventilazione \_\_\_\_\_

**10 In quale tipo di produzione del comparto lavora/ha lavorato in questo periodo?**

- Pneumatici
- Camere d'aria
- Tubi
- Cavi elettrici
- Manicotti e/o tappi e/o analoghi articoli tecnici cavi
- Guarnizioni e/o analoghi articoli tecnici piani
- Suole ('fondi') e/o accessori per calzature
- Tappeti e nastri continui
- Tappeti e simili articoli in gomma stampata
- Tovaglie e/o analoghi articoli in gomma spalmata su supporto

Altro, specificare \_\_\_\_\_

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**11 In quale/i reparto/i e/o in che tipo di produzione è/era impegnato in questo periodo?**

- Magazzinaggio delle materie prime
- Preparazione e dosatura del nerofumo
  - Manuale
  - Automatica
- Preparazione e dosatura di altri ingredienti
  - Liquidi/fluidi
  - In polvere
  - In granuli
- Preparazione e dosatura di cascami di gomma
- Preparazione e dosatura di oli plastificanti
  - Manuale
  - Automatica
- Preparazione e taglio di pani di gomma
- Caricamento dei mescolatori chiusi - Banbury
- Rilancio e scarico all'uscita dei mescolatori chiusi - Banbury
- Omogeneizzazione/calandratura in mescolatori aperti
- Trafilatura
- Impregnazione di
  - Tele metalliche
  - Tele tessili
- Confezione/assemblaggio a freddo di manufatti
- Vulcanizzazione
  - In presa verticale
  - In autoclave
- Finitura manuale di manufatti
- Riparazione manuale di manufatti fallati mediante impasti gommosi
- Catramatura di cavi
- Piombatura di cavi
- Controllo di qualità all'interno dei locali di produzione

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

- Controllo di qualità e/o attività di ricerca e sviluppo in laboratorio
- Movimentazione interna di materie prime e/o semilavorati e/o prodotti finiti
  - Con carrello elevatore 'muletto'
  - Con transpallet
  - Con altri mezzi meccanici
- Magazzinaggio dei prodotti finiti
- Spedizione dei prodotti finiti
- Lavori d'ufficio
  - All'interno dei locali di produzione
  - All'esterno dei locali di produzione
- Manutenzione e riparazioni
  - Meccaniche
  - Elettriche
  - Edili
- Pulizie industriali
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**12 Ricorda di aver usato o comunque personalmente manipolato, in questo periodo, una delle seguenti sostanze?**

- |   |                             |                             |                                 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amianto            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Talco              | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Stearato di zinco  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Eptano             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Benzene            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Benzina            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Stirene            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Trielina           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Percloroetilene    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Solventi in genere | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Oli aromatici      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Oli naftenici      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Oli paraffinici    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

Gomma - compresa la 'gomma termoplastica'

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

- |  |                             |                             |                                 |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oli plastificanti in genere | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Antiossidanti               | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Vulcanizzanti               | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Ritardanti                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Pigmenti                    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

**13 All'interno del locale in cui lei lavora/lavorava, circolano/circolavano mezzi di trasporto con motore a scoppio? Se sì, può specificare quali e in quale numero?**

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Carrelli elevatori ('muletti') diesel | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Autocarri                             | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____              | N. _____ |

**14 Durante il lavoro in questo periodo, si imbratta/imbrattava parti del corpo e/o indumenti?**

- Sì                       No                       Non so

**Se sì, per quanto le è possibile specifichi la natura e l'origine del materiale imbrattante**

---

**15 Ha svolto lavori di saldatura?**

- Sì                       No                       Non so

**16 Ha svolto lavori di verniciatura/decapaggio/sgrassaggio?**

- Sì                       No                       Non so

**17 Vi era presenza in ambienti di lavoro di**

- |         |                             |                             |                                 |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Fumi    | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Polveri | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| Vapori  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

**Se sì, indicarne l'origine**

---

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**18 Erano in funzione impianti di aspirazione?**

- Sì  No  Non so

**19 Usava mezzi di protezione personale?**

- Sì  No  Non so

**Se sì, di che tipo?**

- Mascherine semifacciali  
 Maschere facciali con filtri intercambiabili  
 Maschere in genere  
 Guanti in pelle  
 Guanti in gomma  
 Guanti in amianto  
 Guanti in genere  
 Grembiuli protettivi  
 Tute protettive  
 Protettori auricolari in genere  
 Altro, specificare \_\_\_\_\_

**In quali lavorazioni?**


---



---

**20 Durante lo svolgimento della sua mansione lavora/ ha lavorato in vicinanza di sorgenti di radiazioni ionizzanti o ha portato una piastrina/dosimetro per misurare l'esposizione a radiazioni ionizzanti?**

- Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**


---



---

N. Identificativo intervista \_\_\_\_\_

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° \_\_\_\_\_

**21 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del suo posto di lavoro?**

Sì  No  Non so

**Se sì, quali?**

\_\_\_\_\_

**22 Ha mai sostituito un collega?**

Sì  No  Non so

**Se sì, descriva in quali attività, per quanto tempo e con quale frequenza**

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo \_\_\_\_\_

Frequenza Ogni giorno N. di ore \_\_\_\_\_

Ogni settimana N. di ore \_\_\_\_\_

Ogni mese N. di ore \_\_\_\_\_

Altro, specificare \_\_\_\_\_

**23 Oltre a quanto chiesto ci vuole segnalare altri fattori che pensa sia utile riportare?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_