

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

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

## INDUSTRIA DEL VETRO

### 1 Può descrivere con parole sue la mansione che 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

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 Che tipo di vetro veniva prodotto?**

- Vetro piano
- Vetro temprato/antiurto
- Articoli casalinghi in vetro
- Articoli da laboratorio in vetro
- Vetro artistico
- Bulbi per lampadine elettriche

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

**11 Qual era la composizione chimica principale del vetro in produzione?**

- Vetro in silice e silicato di sodio e calcio
- Vetro in silice, silicato di potassa e piombo

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

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

Vetro al borosilicato (vetro isolante, pirex)

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

**12 In quale parte dello stabilimento lavorava principalmente? Indichi nelle caselle il numero di ore medio al giorno (considerando solo i giorni in cui svolgeva l'attività) e con quale frequenza svolgeva l'attività**

Attività	Ore/giorno	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai	Non so	Dal... Al...
Deposito materie prime								
Miscelazione materie prime								
Fusione								
Soffiatura								
Colatura								
Laminazione								
Stampaggio								
Filatura								
Ricottura								
Finitura								
Manutenzione di forni o camere di combustione								
Manutenzione dei macchinari (per stampaggio)								
Altro, specificare _____								

**13 Che tipo di forno veniva usato?**

Elettrico

A gas

A nafta

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

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

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

- 14** Era esposto a qualcuno dei seguenti prodotti e con quale frequenza vi veniva in contatto? Indichi nelle caselle il numero di ore medio al giorno (considerando solo i giorni in cui svolgeva l'attività) e con quale frequenza era a contatto con la sostanza

Sostanza	Ore/giorno	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai	Non so	Dal... Al...
Sabbia come materia prima								
Sabbia per sabbiature								
Acido fluoridrico								
Altri acidi								
Soluzioni argentanti								
Olio (per tempera, per ingrassaggio di stampi)								
Nafta								
Composti del piombo								
Composto dell'arsenico								
Altre sostanze chimiche								

- 15** Durante lo svolgimento delle operazioni a cui è/era addetto lavorava con macchine o apparecchiature a motore?

Sì  No  Non so

Si sì, può specificare il tipo di macchina?

---

La macchina era azionata da:

Motore elettrico  Aria compressa o meccanismi idraulici  Motore a scoppio

Con quale frequenza lavorava alla macchina?

Ogni giorno Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Ogni settimana Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Ogni mese Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

Non so

Se la macchina era azionata da un motore elettrico, a quale distanza lei lavorava solitamente?

Meno di 1 m  Più di 1 m Specificare (m \_\_\_\_\_)

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

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

**16 Nell'area in cui lei lavora/lavorava si trovano altri macchinari?**

Sì  No  Non so

**Se sì, specificare il tipo di macchinari e a quale distanza si trovano/trovavano da lei**

\_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (m) \_\_\_\_\_

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

Fumi  Sì  No  Non so

Polveri  Sì  No  Non so

Vapori  Sì  No  Non so

**Se sì, indicarne l'origine** \_\_\_\_\_

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

Sì  No  Non so

**19 Usava mezzi di protezione individuale?**

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

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

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

 Protettori auricolari in genere

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

**In quali lavorazioni?**

\_\_\_\_\_

**20 Durante lo svolgimento della sua mansione ha lavorato in vicinanza di sorgenti di radiazioni ionizzanti o ha portato una piastrina per misurare l'esposizione a radiazioni?** Sì  No  Non so

Se sì, specificare

\_\_\_\_\_

**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 Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_ Ogni settimana Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_ Ogni mese Indicare il n. di ore \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_