

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

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

## INDUSTRIA TIPOGRAFICA

### 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

---

Industria tipografica

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 Qual era la produzione tipica dell'azienda?**

\_\_\_\_\_

**11 A quali procedimenti di stampa era addetto? Indichi anche il numero medio di ore al giorno**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tipografia      | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Letterset       | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Flessografia    | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Litografia      | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Offset          | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Rotocalcografia | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Calcografia     | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Serigrafia      | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Elettrografia   | Indicare il n. di ore/giorno _____ |

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

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

**12 A quali fasi del ciclo era addetto? Indichi anche il numero medio di ore al giorno**

- Composizione testo Indicare il n. di ore/giorno \_\_\_\_\_
- Fotoriproduzione immagini e testi Indicare il n. di ore/giorno \_\_\_\_\_
- Assemblaggio testi e/o foto Indicare il n. di ore/giorno \_\_\_\_\_
- Produzione matrici (cliches, lastre, ecc.) Indicare il n. di ore/giorno \_\_\_\_\_
- Stampa (addetto macchine) Indicare il n. di ore/giorno \_\_\_\_\_
- Finitura (piegatura, taglio, confezione, ecc.) Indicare il n. di ore/giorno \_\_\_\_\_

**13 Indichi nelle caselle il periodo, il numero di ore medio al giorno e con quale frequenza svolgeva le seguenti attività (considerando solo i giorni in cui le svolgeva)**

Attività	Dal _ al _	Ore/giorno	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai	Non so
Pulizia di rulli di stampa e/o lastre litografiche								
Caricamento con inchiostro delle macchine								
Diluizione di inchiostri								
Trattamenti con prodotti ausiliari, come siccativi, antisiccativi, bagnanti								
Operazioni carico/scarico solventi								

**14 Usava solventi?**

- Sì  No  Non so

**Se sì, specificare il tipo**

---



---

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

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

**15 Ha operato interventi di manutenzione?**

Sì  No  Non so

**Se sì, con quale frequenza?**

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Non so

**In che cosa consisteva l'operazione di manutenzione?**


---

**L'intervento si svolgeva a impianto fermo o in moto?**

A impianto fermo  Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Sempre

A impianto in moto  Sì  No  Non so

**Se sì, specificare**

N. di ore/giorno in media \_\_\_\_\_  Non so

N. di giorni/mese \_\_\_\_\_  Sempre  Sempre

**16 Ha svolto lavori di saldatura?**

Sì  No  Non so

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

Sì  No  Non so

**Se sì, può specificare il tipo di macchina?**


---

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

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

**17** Durante lo svolgimento delle operazioni a cui è/era addetto lavorava con macchine o apparecchiature a motore? (*segue*)

**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 lavorava solitamente?**

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

**18** 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) \_\_\_\_\_

**19** Vi era presenza nell'ambiente 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° \_\_\_\_\_

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

- Sì  No  Non so

**21 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  
 Protettori auricolari in genere

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

**In quali lavorazioni?**

\_\_\_\_\_

**22 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**

\_\_\_\_\_

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

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

**23** Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del vostro posto di lavoro?

- Sì  No  Non so

Se sì, quali?

\_\_\_\_\_

**24** 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 \_\_\_\_\_

**25** Oltre a quanto chiesto vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_