

## **Indagine nazionale aspettative di lavoro e Questionario aziendale postazione di lavoro domestica**

Proponiamo due inchieste,

- una **nazionale**, promossa dalla CGIL attraverso un gruppo di ricerca a cui partecipano esperti di scienze sociali, economiche e statistiche della Fondazione Di Vittorio, Università ed Enti di ricerca pubblici. Il questionario ha l'obiettivo di **indagare le condizioni delle lavoratrici e dei lavoratori partendo dalla loro esperienza e dal loro punto di vista**, per comprendere i bisogni e le aspettative per migliorare il mondo del lavoro e l'azione del sindacato;
- una **aziendale/di Gruppo**, da noi elaborata, che si propone di **fare da collettore delle difficoltà che i Colleghi coinvolti nell'iniziativa Next Way Of Working quotidianamente incontrano nella gestione del lavoro svolto (non) "volontariamente" da casa**, richiamando l'attenzione sulle postazioni domestiche di lavoro non spesate dall'azienda, non ergonomiche, non a norma, e sull'insufficienza degli strumenti di lavoro utilizzati, problemi che al momento non sembrano trovare adeguato spazio nel confronto con il datore di lavoro, il quale ha pur beneficiato di considerevoli risparmi in ambito gestione delle postazioni nelle sedi di lavoro negli ultimi due anni, a fronte della pandemia covid.

### **Inchiesta nazionale sulle condizioni e le aspettative di lavoratrici e lavoratori**

L'inchiesta è condotta attraverso un questionario a risposte chiuse, sui seguenti temi:

- il lavoro svolto, il profilo contrattuale e occupazionale;
- il contesto dell'impresa/ente e del settore;
- l'organizzazione del lavoro;
- le condizioni di lavoro;
- il rapporto con il sindacato;
- le informazioni anagrafiche ed economiche delle/degli intervistate/i.



Vi invitiamo a partecipare al sondaggio, compilando il questionario che trovate al seguente link: <https://questionari.futuralab.cgil.it/abde59>. Il questionario è del tutto anonimo e i tempi di compilazione sono contenuti, e diretto a tutte le lavoratrici e i lavoratori di tutti i settori: se vuoi puoi diffondere il link a tua volta.

## ☑ Autovalutazione sul grado di comfort delle postazioni lavorative domestiche

Vi invitiamo a compilare e restituirci il seguente questionario, a compilazione **anonima**, nella modalità che preferite: via mail a [info@fisac-fideuram.net](mailto:info@fisac-fideuram.net) oppure direttamente al seguente link: <https://forms.gle/thPi9SJxPbYBZBfx5>

### Questionario di autovalutazione sul comfort della postazione di lavoro domestica

Per la compilazione del questionario, barrare la risposta che rispecchia i vostri dati e la vs. situazione.

<i>Sesso</i>	Femmina <input type="checkbox"/>		Maschio <input type="checkbox"/>	
<i>Utilizzo prevalente della mano</i>	Destra <input type="checkbox"/>		Sinistra <input type="checkbox"/>	
<i>Età (anni)</i>	Fino a 35 <input type="checkbox"/>	Tra 35 e 45 <input type="checkbox"/>	Tra 45 e 55 <input type="checkbox"/>	Oltre i 55 <input type="checkbox"/>
<i>Statura (cm)</i>	Fino a 160 <input type="checkbox"/>	Tra 160 e 170 <input type="checkbox"/>	Tra 170 e 180 <input type="checkbox"/>	Oltre i 180 <input type="checkbox"/>
<i>Peso (Kg)</i>	Fino a 65 <input type="checkbox"/>	Fra 65 e 75 <input type="checkbox"/>	Fra 75 e 90 <input type="checkbox"/>	Oltre i 90 <input type="checkbox"/>

#### *Il mio lavoro da casa mi permette di*

Alzarmi di tanto in tanto <input type="checkbox"/>	Sono spesso in piedi <input type="checkbox"/>	Resto seduto tutto il giorno <input type="checkbox"/>
--	---	---

#### *Quando lavoro da casa la luce naturale (possibile selezionare più opzioni)*

Arriva sulla postazione non creando riverberi (luce gradevole) <input type="checkbox"/>	Non arriva sulla postazione (è necessario usare la luce artificiale) <input type="checkbox"/>	Crea riverberi ma posso comunque lavorare <input type="checkbox"/>	Devo chiudere le tende/spostarmi per evitare il riverbero <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

#### *Altezza da terra del mio piano di lavoro (cm)*

Inferiore a 64 <input type="checkbox"/>	66 (+ o - 2) <input type="checkbox"/>	70 (+ o - 2) <input type="checkbox"/>	74 (+ o - 2) <input type="checkbox"/>	78 (+ o - 2) <input type="checkbox"/>	Superiore a 78 <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---

#### *Profondità del mio piano di lavoro (cm)*

Inferiore a 60 oppure di 60 ma addossato a muro* <input type="checkbox"/>	60 e non addossato a muro* <input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/>	Superiore a 80 <input type="checkbox"/>
---	---	-----------------------------	---

\* o altro ostacolo che limiti il movimento delle gambe

#### *La mia sedia è (possibile selezionare più opzioni)*

Regolabile nell'altezza della seduta <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Regolabile nell'altezza dello schienale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Regolabile nell'angolazione dello schienale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Con 4 o 5 bracci a terra <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Con le ruote <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Con i braccioli <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
--	---	---	--	--	---

#### *L'uso di mouse e tastiera*

Non mi crea problemi alle articolazioni delle mani <input type="checkbox"/>	Posso spostarli rispetto alla collocazione originaria <input type="checkbox"/>	Non è possibile spostarli <input type="checkbox"/>
---	--	--

#### *Il monitor*

Utilizzo il monitor del computer portatile aziendale <input type="checkbox"/>	Ho potuto portare a casa il monitor da scrivania aziendale <input type="checkbox"/>	Ho dovuto acquistare un monitor da scrivania <input type="checkbox"/>
Regolabile in altezza <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Regolabile in inclinazione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Distanza dagli occhi <input type="checkbox"/> regolabile <input type="checkbox"/> fissa

#### *La stampante*

Non utilizzo stampante <input type="checkbox"/>	Ho dovuto acquistare una stampante <input type="checkbox"/>	Ricorro ad una copisteria per le stampe <input type="checkbox"/>	Ricorro alla stampante (aziendale) solo quando sono in ufficio <input type="checkbox"/>
---	---	--	---

*La cassettera*

Non ingombra il mio spazio di lavoro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ingombra il mio spazio di lavoro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non ho a disposizione una cassettera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--

*Ritieni la tua postazione di lavoro domestica*

Sufficientemente spaziosa per lo svolgimento delle attività quotidiane <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Troppo piccola/ingombra per lo svolgimento delle attività quotidiane <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Troppo piccola/ingombra in quanto condivisa con altri familiari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---

*Microclima*

La temperatura dell'aria è adeguata o comunque accettabile per me <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	L'umidità relativa è adeguata o comunque accettabile per me <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	La ventilazione e ricambio dell'aria sono adeguati o comunque accettabili per me <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
---	---	--

*Stress ambientali*

Ritieni che la tua postazione di lavoro domestico sia afflitta dalla presenza di elementi stressori come rumori/odori non controllabili o mitigabili, oppure ci sono incombenze domestiche concomitanti a tuo carico o che comportino intorno la presenza di altre persone, o altri fattori che diminuiscano il livello di concentrazione dedicabile alle mansioni lavorative, e che possono rendere difficile una serena prestazione lavorativa?

sì  
 no

*Alla fine della giornata lavorativa (possibile indicare più risposte)*

Ho dolori al collo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Ho dolori al polso/mano <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Ho mal di schiena <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Ho mal di testa/ fastidio agli occhi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Mi fanno male le gambe <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Non avverto mai/quasi mai alcun disturbo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
--	---	---	--	--	--

*Costi di funzionamento*

Hai dovuto sostenere costi specifici per connettività internet e/o telefonica in relazione alla postazione e prestazione lavorativa domestica?

sì  
 no