

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

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

## **SIDERURGIA - FONDERIE DI PRIMA FUSIONE** (ferro, acciaio, ghisa, metalli non ferrosi, raffinazione e conversione dei metalli)

**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 ore/giorno _____ |

**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 In che genere di impianto lavora/lavorava in questo periodo?

### A) PRODUZIONE DEL FERRO, DELLA GHISA D'ALTOFORNO

- Sì                       No                       Non so

### B) PRODUZIONE O RAFFINAZIONE DELL'ACCIAIO

- Sì                       No                       Non so

#### Se sì, specificare il tipo di acciaio

Acciaio comune

Acciaio inossidabile

Altre leghe di acciaio contenenti:

nichel

cromo

ferro o manganese

vanadio

molibdeno

tungsteno

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

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

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

## 10 In che genere di impianto lavora/lavorava in questo periodo? (segue)

### C) PRODUZIONE O RAFFINAZIONE DI METALLI NON FERROSI

Sì  No  Non so

#### Se sì, specificare il tipo di metallo

- Alluminio
- Berillio
- Cadmio
- Rame
- Cromo
- Piombo
- Nichel
- Zinco

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

## 11 A quale lavorazione era addetto? 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
Vagliatura/riciclaggio di rottame metallico								
Lavaggio, vagliatura, concentrazione, frantumazione, miscelazione del minerale								
Essiccazione, arrostitura, sintetizzazione, calcinazione, pellettizzazione del minerale								
Fusione in altoforno								
Fusione in forno a cuore aperto (forno Martin)								
Fusione in forno elettrico ad arco								
Fusione in forno elettrico a induzione								
Raffinazione elettrolitica: ciclo chiuso								
Raffinazione elettrolitica: ciclo aperto								
Cottura con catodo/anodo al carbonio								

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

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

## 12 Dove si svolgeva il lavoro?

- |   |                             |                             |                                 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| All'aperto  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| In una cabina o sala controllo pressurizzata                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| In ambiente con aspirazione forzata a soffitto                | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| In ambiente con ventilazione generale (porte, finestre, ecc.) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

## 13 In che modo era effettuata l'aspirazione degli inquinanti alla fonte?

- |  |                             |                             |                                 |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cappa o cabina aperta                 | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| <input type="checkbox"/> Ciclo chiuso con macchina incapsulata | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
- Altri sistemi di aerazione, specificare \_\_\_\_\_

## 14 Ha svolto qualcuna delle seguenti lavorazioni?

- |             |                             |                             |                                 |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| A) Fonderia | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

**Se sì, compilare anche la scheda  
'Siderurgia - Fonderie di seconda fusione'**

- |                                   |                             |                             |                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| B) Saldatura o brasatura          | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| C) Manutenzione come elettricista | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

**Se sì, compilare anche la scheda  
'Elettricisti'**

- |  |                             |                             |                                 |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| D) Manutenzione come meccanico           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| E) Forgiatura                            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| F) Cokeria                               | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| G) Produzione di sottoprodotti di scoria | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

## 15 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 |

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

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

## 15 Vi era presenza nell'ambiente di lavoro di: (segue)

**Se sì, indicarne l'origine**

---

## 16 Erano in funzione impianti di aspirazione?

Sì  No  Non so

## 17 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
- Indumenti anticalore (grembiuli o tute)
- Respiratore o maschera antigas
- Maschera antipolvere
- Protezioni antirumore

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

**In quali lavorazioni?**

---

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

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

**18** 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

\_\_\_\_\_

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

- Sì  No  Non so

Se sì, quali?

\_\_\_\_\_

**20** 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_