

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE REGIONALE
BASILICATA

All'Ufficio Scolastico Regionale
per la Basilicata

c.a. Dr.ssa Claudia Datena
direzione-basilicata@istruzione.it

Oggetto: collaborazione progetto prevenzionale "SEI SICURA IN CASA"? Indagine sulla percezione dei rischi domestici delle casalinghe" - compilazione questionari on line mamme di bambine/i e ragazze/i che frequentano le scuole di ogni ordine e grado in tutto il territorio della Basilicata, che non svolgono altri lavori se non quello di casalinga.

Con riferimento alle attività dello scrivente Istituto volte ad elevare la cultura della sicurezza, per sviluppare azioni prevenzionali in ambito regionale in materia di salute e sicurezza, è stato stipulato un accordo per il progetto in oggetto tra Direzione regionale Inail Basilicata - Associazione Mo.I.Ca. Basilicata (Movimento Italiano Casalinghe Basilicata) - Azienda Territoriale Edilizia Residenziale Matera - Ufficio Consigliera di Parità Regione Basilicata.

Tramite la somministrazione di apposito questionario a tutte le mamme che non svolgono altri lavori se non quello di casalinga e l'elaborazione delle relative risultanze, il progetto è finalizzato a perseguire i seguenti obiettivi:

- esplorare la percezione del rischio di incidenti domestici;
- aumentare la percezione del rischio in casa;
- indurre a comportamenti corretti per prevenire incidenti domestici;
- favorire quei comportamenti di sicurezza in casa considerati prioritari.

Al riguardo, nell'ambito della consueta preziosa sinergia, si chiede a Codesto Ufficio di chiedere la collaborazione tutti i dirigenti scolastici, coinvolgendoli nella somministrazione dell'allegato questionario ON LINE, mediante i canali istituzionali, a tutte le mamme - che non svolgono altri lavori se non quella di casalinga - di alunni/e che frequentano le scuole di ogni ordine e grado in tutto il territorio della Basilicata.

I dati raccolti nell'ambito di questo progetto permetteranno di ottenere elementi conoscitivi utili ai fini della descrizione del fenomeno infortunistico in ambiente domestico ed alla relativa percezione del rischio, nonché alla messa in atto di misure di prevenzione per rendere la casa più sicura.

INAIL

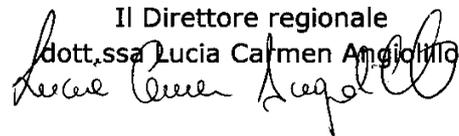
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE REGIONALE
BASILICATA

Rappresentando che i dati saranno raccolti rigorosamente in forma anonima, trattati in forma aggregata ed utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali prevenzionali, si allega il questionario in parola, già disponibile al link <https://forms.gle/JV2A6xhkf6idANdPA> per la somministrazione ON LINE.

Qualora codesto Ufficio convenga sulla partecipazione al progetto, si prevede di organizzare, nel mese di gennaio, un webinar rivolto a tutti i dirigenti scolastici, con la possibile partecipazione degli alunni, così da illustrare il progetto e sensibilizzare sull'importanza dello stesso.

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione, nel salutare cordialmente si rimane a disposizione per ogni eventuale ulteriore notizia.

Il Direttore regionale
dott.ssa Lucia Carmen Angiolino


QUESTIONARIO

Progetto prevenzionale "SEI SICURA IN CASA?" Indagine sulla percezione dei rischi domestici delle casalinghe"

Gli **incidenti in ambiente domestico** rappresentano un problema sanitario, sociale e psicologico di particolare interesse ed incidono economicamente sulle spese del Servizio Sanitario Nazionale.

Tutti ci sentiamo al sicuro nella nostra abitazione. È sicuramente considerata uno dei luoghi più sicuri. Tuttavia, spesso si sottovalutano azioni e comportamenti abituali che possono in verità rivelarsi rischiosi e imprudenti.

L'ISTAT stima che ogni anno in Italia si verificano più di **3 milioni** di incidenti domestici. Un dato comunque sottostimato se si considerano anche tutti quegli incidenti che, non richiedendo l'intervento medico o il ricovero ospedaliero, non sono denunciati.

Sempre secondo i dati dell'ISTAT sono proprio le **donne**, ed in particolare le **casalinghe** (con oltre il 70% degli infortuni) i soggetti più a rischio. Tra le donne, infatti, una su tre dichiara di aver avuto un incidente in casa in età lavorativa pur se non tale da determinare una denuncia Inail. **Le altre due categorie maggiormente a rischio** sono rappresentate dai **bambini (sotto i 3 anni)** e dagli **anziani (sopra i 65 anni)**.

In proposito, per sviluppare azioni prevenzionali in ambito regionale in materia di salute e sicurezza, è stato stipulato accordo tra Inail Direzione regionale Basilicata - Associazione Mo.I.Ca. Basilicata (Movimento Italiano Casalinghe Basilicata) - Azienda Territoriale Edilizia Residenziale Matera - Ufficio Consigliera di Parità Regione Basilicata, per perseguire i seguenti obiettivi: Esplorare la percezione del rischio di incidenti domestici; Aumentare la percezione del rischio in casa; Indurre a comportamenti corretti per prevenire incidenti domestici; Favorire quei comportamenti di sicurezza in casa considerati prioritari, con la collaborazione dell'Ufficio Scolastico Regionale della Basilicata.

A tal proposito, **chiediamo la Sua preziosa collaborazione** nell'ambito di tale progetto attraverso la **compilazione di un questionario ONLINE**.

Il questionario sarà somministrato a **tutte le mamme di, bambine/i e ragazze/i** che frequentano le **scuole di ogni ordine e grado** in tutto il territorio della **Basilicata, che non svolgono altri lavori se non quello di casalinga**.

Il questionario si compone di tre sezioni. La prima in cui si chiedono informazioni generali ed anche relative al tipo di abitazione. La seconda sezione in cui si raccolgono le informazioni su un eventuale incidente in ambiente domestico, subito da Lei stessa oppure da un altro componente il nucleo familiare se questi ha un'età inferiore a 3 anni o superiore a 65 anni. La terza sezione indaga sulla Sua percezione del rischio in ambiente domestico. Tutte le informazioni richieste nel questionario sono riferite agli ultimi 12 mesi.

I dati raccolti nell'ambito di questo studio permetteranno di ottenere elementi conoscitivi utili ai fini della descrizione del fenomeno infortunistico in ambiente domestico e alla relativa percezione del rischio, nonché alla messa in atto di misure di prevenzione per rendere la casa più sicura.

I dati saranno raccolti **rigorosamente in forma anonima** e saranno trattati in **forma aggregata** ed utilizzati esclusivamente **per finalità istituzionali prevenzionali**.

Ringraziando anticipatamente per l'importante contributo che vorrà dare a questo studio, La invitiamo a compilare il questionario e a restituirlo nelle modalità e nei termini stabiliti dall'Istituto Scolastico.

N.B. Nel caso in cui si abbiano più figli che frequentano varie scuole, il questionario dovrà essere compilato e restituito una sola volta in una delle scuole frequentate.

Per eventuali informazioni inerenti la compilazione del questionario può contattarci via e-mail agli indirizzi moica.matera@gmail.com - o.travaglini@inail.it, oppure telefonicamente ai numeri 320/9510337 Alba Dell'Acqua - 333/1704276 Anna Grazia Ventura - 0971/606214 Ornella Travaglini.

N. figli che frequentano una scuola di ogni ordine e grado in Basilicata

Scuola in cui sarà consegnato il questionario compilato

SCUOLA _____

CITTÀ _____

INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE

1. Anno di nascita: _____

2. Comune di nascita: _____

3. Stato di nascita: _____

4. Comune di residenza: _____

5. **Cittadinanza**

Italiana

Comunitaria

Extra-Comunitaria

6. **Ultimo titolo di studio conseguito:**

Nessuno

Licenza elementare

Licenza media inferiore

Diploma scuola media superiore

Diploma universitario o laurea (triennale, magistrale/specialistica)

Specializzazione post-laurea/Dottorato di ricerca

7. **Stato civile**

Nubile

Coniugata o convivente

Separata o divorziata

Vedova

8. Da quanti componenti è formato il Suo nucleo familiare, inclusa Lei:

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4 (Specificare _____)

9. Nella Sua abitazione vivono abitualmente:

	n° maschi	n° femmine
Soggetti con meno di 3 anni		
Soggetti con più di 65 anni		

10. Tipo di abitazione

- Villa o villino
- Signorile
- Civile
- Economico o popolare
- Rurale
- Abitazione impropria

11. Ritiene l'abitazione troppo piccola per le esigenze della famiglia?

- No
- Sì

12. L'abitazione è in cattive condizioni?

- No
- Sì

Se Sì, specificare: _____

13. Con riferimento agli ultimi 12 mesi e tenendo presente le esigenze di tutti i componenti familiari, come sono state le risorse economiche complessive della famiglia?

- Ottime
- Adeguate
- Scarse
- Absolutamente insufficienti

14. Ore trascorse mediamente in casa nella giornata? _____

INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(Per "incidente in ambiente domestico" si intende un incidente che abbia comportato la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento, il verificarsi dell'evento in un'abitazione civile, sia all'interno che all'esterno di essa).

15. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha subito personalmente uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le sue condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

No (andare a domanda 27)

Sì

Quante volte? _____

Se Sì, facendo riferimento all'unico o al più recente degli incidenti indicati al quesito precedente:

16. Di che tipo di incidente si è trattato? (massimo 3 risposte)

Caduta conseguente a scivolata, inciampo o passo falso

Caduta conseguente a dislivelli improvvisi, ostacoli imprevisti e irregolarità della pavimentazione

Caduta dall'alto

Urto o schiacciamento di parti del corpo

Ferita o tagli accidentali

Soffocamento

Corpi estranei in occhio, orecchie, ecc.

Avvelenamento/intossicazione

Ustione o scottatura

Folgorazione o scossa elettrica

Esplosione o scoppi

Conseguenze dovute all'utilizzo di agenti chimici

Essere rimasto intrappolato in casa o in ascensore (lo toglierei)

Altro (Specificare _____)

17. Qual è stato l'oggetto che ha causato l'incidente? (Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)

Alimenti bollenti

Attrezzi da lavoro

Coltello

Coperte/abiti

Elettrodomestici

Forni

Impianto elettrico

Impianto di riscaldamento

Mobili/abitazione

Pavimenti

Pentole

Piccoli elettrodomestici

Scale

Sostanze ingerite
Vetri e specchi
Utensili
Altro (Specificare _____)

18. Qual è stato/quali sono stati il/i fattore/i soggetto/i che ha/hanno causato l'incidente: (più di una risposta)

Distrazione/disattenzione (es. insufficiente controllo nei confronti di bambini, anziani o disabili)
Comportamento dell'infortunato (es. imprudenza, errato utilizzo, inesperienza)
Malessere
Fattori strutturali (cattivo funzionamento, errata manutenzione, mancanza di dispositivi di sicurezza, ecc.)
Comportamento di altri soggetti
Cause ambientali indipendenti dalla volontà umana (black-out elettrici, variazioni meteorologiche, ecc.)
Altra causa (Specificare _____)

19. Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quali parti del corpo ha interessato? (possibili più risposte)

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conseguenza
Testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arti superiori (mani, braccia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arti inferiori (gambe, piedi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?

Cucina
Soggiorno, salone
Camera da letto o cameretta
Bagno
Corridoio, ingresso
Balcone, terrazzo, giardino
Cantina, garage, altro ambiente
Scale interne dell'abitazione
Scale esterne dell'abitazione

21. Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?

Attività fisiologiche (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.)
Lavori domestici
Riparazioni, "fai da te", bricolage
Giochi o passatempi del tempo libero
Nessuna particolare attività
Altro (Specificare _____)

22. Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a: (più di una risposta)

- Assistenza da parte di familiari conviventi
- Assistenza da parte di familiari non conviventi, vicini, amici, ecc.
- Visita in farmacia
- Visita medica ambulatoriale
- Visita medica domiciliare
- Visita al pronto soccorso
- Ricovero ospedaliero
- Altro (Specificare _____)

23. Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, del tempo libero, ecc.)

- No
- Sì **Per quanti giorni?** _____

24. Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?

- No
- Sì **Per quanti giorni?** _____

25. Le conseguenze dell'incidente hanno comportato denuncia Inail?

- No
- Sì **Per quanti giorni?** _____

26. Conosce l'assicurazione Inail per le casalinghe?

- No
- Sì

**INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO
SE ACCADUTI AD ALTRO COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE**

27. Negli ultimi 12 mesi altri soggetti appartenenti al Suo nucleo familiare hanno subito uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

- No (*andare alla domanda 40*)
- Sì **Quante volte?** _____
Quanti soggetti? _____

*Se Sì, facendo riferimento all'unico o al più recente degli incidenti indicati al quesito precedente compilare le domande seguenti solo se il **soggetto coinvolto ha meno di 3 anni o più di 65 anni**:*

28. Indichi il genere del soggetto che ha subito l'incidente in ambiente domestico.

- Maschio
- Femmina

29. Indichi l'età del soggetto che ha subito l'incidente in ambiente domestico.

30. Di che tipo di incidente si è trattato? (massimo 3 risposte)

- Caduta conseguente a scivolata, inciampo o passo falso
- Caduta conseguente a dislivelli improvvisi, ostacoli imprevisti e irregolarità della pavimentazione
- Caduta dall'alto
- Urto o schiacciamento di parti del corpo
- Ferita o tagli accidentali
- Soffocamento
- Corpi estranei in occhio, orecchie, ecc.
- Avvelenamento/intossicazione
- Ustione o scottatura
- Folgorazione o scossa elettrica
- Esplosione o scoppi
- Conseguenze dovute all'utilizzo di agenti chimici
- Essere rimasto intrappolato in casa o in ascensore (lo toglierei)
- Altro (Specificare _____)

31. Qual è stato l'oggetto che ha causato l'incidente? (Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)

- Alimenti bollenti
- Attrezzi da lavoro
- Coltello
- Coperte/abiti
- Elettrodomestici
- Forni
- Impianto elettrico
- Impianto di riscaldamento
- Mobili/abitazione
- Pavimenti
- Pentole
- Piccoli elettrodomestici
- Scale
- Sostanze ingerite
- Vetri e specchi
- Utensili
- Altro (Specificare _____)

32. Qual è stato/quali sono stati il/i fattore/i soggetto/i che ha/hanno causato l'incidente: (più di una risposta)

- Distrazione/disattenzione (es. insufficiente controllo nei confronti di bambini, anziani o disabili)

Comportamento dell'infortunato (es. imprudenza, errato utilizzo, inesperienza)

Malessere

Fattori strutturali (cattivo funzionamento, errata manutenzione, mancanza di dispositivi di sicurezza, ecc.)

Comportamento di altri soggetti

Cause ambientali indipendenti dalla volontà umana (black-out elettrici, variazioni meteorologiche, ecc.)

Altra causa (Specificare _____)

33. Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quali parti del corpo ha interessato?
(possibili più risposte)

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conseguenza
Testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arti superiori (mani, braccia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arti inferiori (gambe, piedi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?

Cucina

Soggiorno, salone

Camera da letto o cameretta

Bagno

Corridoio, ingresso

Balcone, terrazzo, giardino

Cantina, garage, altro ambiente

Scale interne dell'abitazione

Scale esterne dell'abitazione

35. Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?

Attività fisiologiche (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.)

Lavori domestici

Riparazioni, "fai da te", bricolage

Giochi o passatempi del tempo libero

Nessuna particolare attività

Altro (Specificare _____)

36. Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a: (più di una risposta)

Assistenza da parte di familiari conviventi

Assistenza da parte di familiari non conviventi, vicini, amici, ecc.

Visita in farmacia

Visita medica ambulatoriale

Visita medica domiciliare

Visita al pronto soccorso
Ricovero ospedaliero
Altro (Specificare _____)

37. Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, del tempo libero, ecc.)

No
Sì Per quanti giorni? _____

38. Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?

No
Sì Per quanti giorni? _____

39. (Per coloro che lavorano) Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenza dal lavoro?

No
Sì Per quanti giorni? _____

PERCEZIONE DEI RISCHI IN AMBIENTE DOMESTICO

40. Come considera in generale la Sua abitazione?

Per niente sicura
Poco sicura
Abbastanza sicura
Molto sicura
Completamente sicura

41. Negli ultimi 12 mesi, ha attuato modificato i Suoi comportamenti o ha adottato misure preventive per rendere la Sua abitazione più sicura?

No
Sì

Se Sì, quali: _____

42. Pensando alla Sua abitazione, mi dica quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni su una scala tra 1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo.

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Né in accordo né in disaccordo	Molto d'accordo	Completamente d'accordo
Nella mia abitazione sono presenti rischi per la sicurezza mia e/o dei miei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nella mia abitazione sono esposto quotidianamente a rischi per la sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conosco l'entità dei rischi presenti nella mia abitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho paura di subire un incidente in ambiente domestico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho paura di subire un incidente grave in ambiente domestico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho paura che uno dei miei familiari più a rischio (bambini o anziani) possano subire un incidente domestico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuali osservazioni: _____

43. Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto/reperito informazioni per prevenire gli incidenti in ambiente domestico?

- No
 Sì

44. Se Sì, indichi le fonti da cui ha ricevuto/reperito tali informazioni.

- Comunicazioni istituzionali e ufficiali (Ministero Salute, ecc.)
 Internet
 Radio e televisione, quotidiani, giornali
 Social network (Facebook, Twitter, Instagram, ecc.)
 Parenti e amici
 Altro (Specificare _____)

45. Se Sì, in seguito all'apprendimento di tali informazioni ha modificato i Suoi comportamenti o ha adottato misure preventive per rendere la sua casa più sicura?

- No
 Sì

Se Sì, quali: _____

46. Quale pensa che sia il miglior modo per prevenire gli incidenti in ambiente domestico?

- Sorvegliare
- Eliminare, allontanare pericoli
- Educare al rischio
- Informarsi
- Prevenire
- Altro (Specificare _____)

47. Quanto ritiene utile un progetto di prevenzione degli incidenti in ambiente domestico?

- Per niente utile
- Poco utile
- Abbastanza utile
- Molto utile
- Completamente utile

48. Dopo la compilazione del questionario, ritiene che il Suo atteggiamento nei confronti della prevenzione degli incidenti in ambiente domestico potrà cambiare?

- No
- Sì

49. Ritiene fornire suggerimenti?

- No
- Sì

Se Sì, quali: _____

Grazie per la Sua preziosa collaborazione!

