



Coorte svizzera di professionisti della salute e familiari curanti

Questionario di baseline SCOHPICA 2024

Gentile Signora, Egregio Signore,

La ringraziamo per la Sua disponibilità e di riservare una trentina di minuti alla compilazione di questo questionario. La preghiamo di leggere le informazioni qui di seguito prima di rispondere.

- Nelle seguenti schermate, Le saranno proposte delle domande o affermazioni concernenti la Sua persona ed il Suo lavoro. Le chiediamo di rispondere in base alla Sua situazione nel contesto della Sua attività attuale.
- Non ci sono risposte giuste o sbagliate, siamo interessati semplicemente alla Sua opinione.
- Ha la possibilità di rispondere in più tappe, registrando le risposte alla fine di ogni pagina e di riprendere il questionario in un secondo momento.
- Se non vuole rispondere a una domanda o se una domanda non si applica alla Sua situazione, le basta non selezionare nessuna risposta.

Se ha domande sul sondaggio, può contattare il team SCOHPICA al seguente indirizzo: scohpica@unisante.ch



La Sua attività professionale

Tuttavia quest'anno lo studio si rivolge ai professionisti ed alle professioniste sanitari/e che sono attualmente in contatto diretto con i pazienti/clienti/residenti.

Per ulteriori informazioni sul tema: <https://scohpica.ch/faq/>

Attualmente, lavora nel settore sanitario a diretto contatto con pazienti/clienti/residenti?

☐ Sì

☐ No

Qual è la Sua situazione attuale? (è possibile selezionare più proposte)

- ☐ Attivo (compresi congedo per malattia, maternità, paternità, servizio militare, servizio civile, congedo non retribuito)
- ☐ Alla ricerca di un lavoro
- ☐ Inattivo a causa di disabilità
- ☐ Casalinga/o
- ☐ In pensione
- ☐ Formazione in corso / studente / apprendista
- ☐ Riqualificazione professionale
- ☐ Disoccupato e non sto cercando un lavoro
- ☐ Altro

Specifichi la Sua situazione attuale?

Che formazione sta seguendo?

In quale professione?

Qual è la Sua posizione professionale? (è possibile selezionare più proposte)

- ☐ Dipendente (lavora per conto di qualcun altro)
- ☐ Lavoratore autonomo (lavora in proprio)
- ☐ Manager (Sagl o SRL) o amministratore (SA) (è un dipendente della sua azienda)

Con quale tasso di attività?

	100%	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
Dipendente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavoratore autonomo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manager (Sagl o SRL) o amministratore (SA) (è un dipendente della sua azienda)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quale di queste posizioni professionali considera la Sua posizione principale (a seconda del grado di impegno personale)?

- ☐ Dipendente
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Manager (Sagl o SRL) o amministratore (SA) (è un dipendente della sua azienda)

In quali contesti pratica la Sua professione? (è possibile selezionare più proposte)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A domicilio | <input type="checkbox"/> Casa di cura |
| <input type="checkbox"/> Studio individuale o di due persone | <input type="checkbox"/> Clinica ostetrica |
| <input type="checkbox"/> Studio medico associato | <input type="checkbox"/> Ambito carcerario |
| <input type="checkbox"/> Centro di Terapia Riabilitativa (CTR) | <input type="checkbox"/> Ambito d'asilo |
| <input type="checkbox"/> Centro medico-sociale / assistenza domiciliare / Spitex | <input type="checkbox"/> Ambiente scolastico |
| <input type="checkbox"/> Casa di riposo e di cura | <input type="checkbox"/> ONG / associazione / fondazione |
| <input type="checkbox"/> Azienda | <input type="checkbox"/> Farmacia (laboratorio e/o ospedale) |
| <input type="checkbox"/> Ospedale pubblico (stazionario e policlinico, incl. psichiatria) | <input type="checkbox"/> Assicurazione |
| <input type="checkbox"/> Ospedale/clinica privati | <input type="checkbox"/> Ditta farmaceutica |
| <input type="checkbox"/> Istituto per emergenze / pronto intervento / ambulanza | <input type="checkbox"/> Istituto di ricerca |
| <input type="checkbox"/> Istituto di istruzione superiore / professionale | <input type="checkbox"/> Servizi di sanità pubblica (comunale, regionale, cantonale, federale) |
| <input type="checkbox"/> Istituto per persone non autosufficienti (diverso dalla casa di cure/riposo) | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio medico | |

Specifichi in quale altro contesto:

Ordini le risposte in base al suo grado di impegno personale in questi contesti:

A domicilio
Studio individuale o di due persone
Studio medico associato
Centro di Terapia Riabilitativa (CTR)
Centro medico-sociale / assistenza domiciliare / Spitex
Casa di riposo e di cura
Azienda
Ospedale pubblico (stazionario e policlinico, incl. psichiatria)
Ospedale/clinica privati
Istituto per emergenze / pronto intervento / ambulanza
Istituto di istruzione superiore / professionale
Istituto per persone non autosufficienti (diverso dalla casa di cure/riposi)
Laboratorio medico
Casa di cura
Clinica ostetrica
Ambito carcerario
Ambito d'asilo
Ambiente scolastico
ONG / associazione / fondazione
Farmacia (laboratorio e/o ospedale)
Assicurazione
Ditta farmaceutica
Istituto di ricerca
Servizi di sanità pubblica (comunale, regionale, cantonale, federale)
Altro ([pro_context_Autre])

Quale professione pratica attualmente?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Paramedico/chessa | <input type="radio"/> Infermiera/e di pratica avanzata | <input type="radio"/> Podologo/a |
| <input type="radio"/> Assistente dentale | <input type="radio"/> Infermiere/a laureato/a-diplomato/a | <input type="radio"/> Psicologo/a |
| <input type="radio"/> Assistente operativo in farmacia | <input type="radio"/> Infermiere specializzato | <input type="radio"/> Psicologo/a-psicoterapeuta |
| <input type="radio"/> Assistente di farmacia | <input type="radio"/> Logopedista | <input type="radio"/> Levatrice |
| <input type="radio"/> Assistente / segretario medico | <input type="radio"/> Medico/chessa | <input type="radio"/> Soccorritore ausiliario d'ambulanza |
| <input type="radio"/> Assistente socio-educativo/a | <input type="radio"/> Ortottista | <input type="radio"/> Tecnico/a in analisi biomediche |
| <input type="radio"/> Chiropratico/a | <input type="radio"/> Osteopata | <input type="radio"/> Tecnico/a di radiologia |
| <input type="radio"/> Dentista | <input type="radio"/> Personale sanitario ausiliario (per esempio: ASA, assistente sanitario/a, assistente infermieristico) | <input type="radio"/> Tecnico/a di sala operatoria |
| <input type="radio"/> Dietologo/a | <input type="radio"/> Personale sanitario intermedio (per esempio: OSS, infermiere/a di livello I, assistente CC-CRS) | <input type="radio"/> Tecnologo/a per dispositivi medici |
| <input type="radio"/> Ergoterapista | <input type="radio"/> Farmacista | <input type="radio"/> Terapista complementare |
| <input type="radio"/> Igienista dentale | <input type="radio"/> Fisioterapista | <input type="radio"/> Altro |

Specifichi in quale altra professione

Che formazione di infermiere/a di pratica avanzata ha seguito?

- ☐ Infermiere/a clinico/a specializzato/a MSN (Master of Science in Nursing)
- ☐ Infermiere/a pratico/a specializzato/a MSN (Master of Science in Nursing)

Che formazione di personale sanitario intermedio ha seguito?

- ☐ Operatore/trice socio sanitario/a (OSS)
- ☐ Infermiere/a di livello I (LI)
- ☐ Assistente infermiere/a

Che formazione di personale sanitario ausiliario ha seguito ?

- ☐ Ausiliario/a socio-assistenziale (ASA) o assistente di cura (AC)
- ☐ Collaboratore/trice sanitario/a della Croce Rossa Svizzera
- ☐ Assistente infermieristico (senza formazione o formazione interna presso l'istituto)

Qual è la Sua specializzazione? (se ha più di una specializzazione, indichi quella che pratica principalmente)?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Consulente per la prima infanzia EPS | <input type="radio"/> Esperto/a in cure geriatriche e psicogeriatriche EPS |
| <input type="radio"/> Esperto/a in consulenza e diabetologia EPS | <input type="radio"/> Esperto/a in terapia intensiva EPD ES |
| <input type="radio"/> Esperto/a nella prevenzione delle infezioni associate alle cure EPS | <input type="radio"/> Esperto/a in cure nefrologiche EPS |
| <input type="radio"/> Esperto/a in cure in anestesia EPD ES | <input type="radio"/> Esperto/a in cure palliative EPS |
| <input type="radio"/> Esperto/a in cure oncologiche EPS | <input type="radio"/> Infermiere/a di assistenza continua |
| <input type="radio"/> Esperto/a in cure di emergenza EPD ES | <input type="radio"/> Specialista in cinestetica applicata EP |
| <input type="radio"/> Esperto/a in cure psichiatriche EPS | <input type="radio"/> Non ho nessuna specializzazione |

Che formazione di infermiere/a laureato/a-diplomato/a ha seguito?

- ☐ Infermiere/a BSN (Bachelor of Science in Nursing)
- ☐ Infermiere/a HES BScN (Bachelor of Science in Nursing)
- ☐ Infermiere/a (Diploma di Scuola di specializzazione SS)
- ☐ Infermiere/a livello 2 (LII)
- ☐ Infermiere/a di assistenza generale (AG)
- ☐ Infermiere/a psichiatrico/a (PSY)
- ☐ Infermiere/a specialista in salute materna e pediatria (SMP)
- ☐ Infermiere/a di assistenza integrata (AI)
- ☐ Diploma straniero riconosciuto dalla Croce Rossa svizzera che autorizza ad esercitare la professione di infermiere/a qualificato/a

Quale formazione infermieristica specialistica ha seguito?

Qual è la Sua specializzazione? (se ha più di una specializzazione, indichi quella che pratica principalmente)?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Medico/chessa di base | <input type="radio"/> Endocrinologia/diabetologia | <input type="radio"/> Neurologia |
| <input type="radio"/> In formazione per l'ottenimento di un titolo di specialista FMH | <input type="radio"/> Gastroenterologia | <input type="radio"/> Oncologia medica |
| <input type="radio"/> Allergologia e immunologia clinica | <input type="radio"/> Genetica medica | <input type="radio"/> Oftalmologia |
| <input type="radio"/> Anestesiologia | <input type="radio"/> Ginecologia e ostetricia | <input type="radio"/> Otorinolaringoiatria |
| <input type="radio"/> Angiologia | <input type="radio"/> Ematologia | <input type="radio"/> Patologia |
| <input type="radio"/> Cardiologia | <input type="radio"/> Infettivologia | <input type="radio"/> Pediatria |
| <input type="radio"/> Chirurgia | <input type="radio"/> Medicina del lavoro | <input type="radio"/> Farmacologia e tossicologia clinica |
| <input type="radio"/> Chirurgia cardiaca, vascolare e toracica | <input type="radio"/> Medicina intensiva | <input type="radio"/> Pneumologia |
| <input type="radio"/> Chirurgia della mano | <input type="radio"/> Medicina interna generale (compresa la geriatria) | <input type="radio"/> Prevenzione e sanità pubblica |
| <input type="radio"/> Chirurgia orale e maxillo-facciale | <input type="radio"/> Medicina legale | <input type="radio"/> Psichiatria e psicoterapia |
| <input type="radio"/> Chirurgia ortopedica e traumatologia del sistema muscoloscheletrico | <input type="radio"/> Medicina nucleare | <input type="radio"/> Psichiatria e psicoterapia di bambini e adolescenti |
| <input type="radio"/> Chirurgia pediatrica | <input type="radio"/> Medicina farmaceutica | <input type="radio"/> Radiologia |
| <input type="radio"/> Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica | <input type="radio"/> Medicina fisica e riabilitazione | <input type="radio"/> Radioterapia oncologica / radioterapia |
| <input type="radio"/> Chirurgia toracica | <input type="radio"/> Medicina tropicale e medicina dei viaggi | <input type="radio"/> Reumatologia |
| <input type="radio"/> Chirurgia vascolare | <input type="radio"/> Nefrologia | <input type="radio"/> Urologia |
| <input type="radio"/> Dermatologia e venerologia | <input type="radio"/> Neurochirurgia | <input type="radio"/> Altro |
- Specifichi la specializzazione

Dopo la formazione per diventare [profession], ha completato una formazione di certificazione?

- ☐ Sì ☐ No

Specifichi la formazione di certificazione supplementare

Da quanti anni lavora come [profession] ?

anni

In quale campo o in quali campi di attività lavora principalmente? (è possibile selezionare più proposte)

- ☐ Sanità comunitaria (es. emergenze pre-ospedaliere, farmacia, ambiente scolastico)
- ☐ Cure somatiche
- ☐ Salute mentale
- ☐ Cure a lungo termine
- ☐ Cure a domicilio
- ☐ Riabilitazione
- ☐ Altro

Specifichi il suo campo d'attività

Ordini le risposte in base al suo grado di impegno personale:

Sanità comunitaria (es. emergenze pre-ospedaliere, farmacia, ambiente scolastico)
Cure somatiche
Salute mentale
Cure a lungo termine
Cure a domicilio
Riabilitazione
Altro

Quante ore lavora in media al giorno? (compresi gli straordinari e combinando i posti di lavoro se svolge più lavori)

ore

minuti

Quanti giorni lavora in media a settimana? (Consideri solo il/i Suo/i lavoro/i nel settore sanitario)

giorni

Che tipo di orario di lavoro ha? (Consideri solo il/i suo/i lavoro/i nel settore sanitario)

- ☐ Solo lavoro diurno
- ☐ Solo lavoro notturno
- ☐ Lavoro diurno e notturno

Che orari di lavoro ha? (è possibile selezionare più proposte)

- ☐ Continuo
- ☐ Frazionato

Esercita una responsabilità manageriale (esclusa la supervisione dei tirocinanti e apprendisti)?

- ☐ Sì ☐ No

Di quante persone è responsabile diretto?

- ☐ Tra 1 e 10
☐ Tra 11 e 20
☐ Tra 21 e 30
☐ Tra 31 e 40
☐ Tra 41 e 50
☐ Più di 50

In quale Paese ha completato la formazione per diventare [profession]?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Svizzera | <input type="checkbox"/> Austria | <input type="checkbox"/> Canada | <input type="checkbox"/> Francia | <input type="checkbox"/> Portogallo |
| <input type="checkbox"/> Germania | <input type="checkbox"/> Belgio | <input type="checkbox"/> Spagna | <input type="checkbox"/> Italia | <input type="checkbox"/> Altro |

Specifichi quale/i altro/i paese/i

Ha svolto qualche altra professione in passato?

- ☐ Sì
☐ No

Era nel settore sanitario?

- ☐ Sì
☐ No

Qual era questa professione?

Ha mai cambiato il Suo tasso di attività negli ultimi 12 mesi?

- ☐ Sì ☐ No

Ha aumentato o diminuito il Suo tasso di attività?

- ☐ Aumentato ☐ Diminuito

Per quali motivi?

- ☐ Richiesta del mio datore di lavoro o richiesto/necessario per la posizione
- ☐ A causa del carico di lavoro
- ☐ Per motivi familiari (tra cui gravidanza, nascita, assistenza all'infanzia o altro aiuto a parenti)
- ☐ Per motivi finanziari (aumento dello stipendio, pensionamento, diminuzione del carico fiscale, ecc.)
- ☐ Per una formazione / un progetto professionale
- ☐ Per avere più tempo per me stesso / per desiderio
- ☐ Per motivi di salute
- ☐ Altro

Indichi per quale altro motivo?

La sua attività professionale è limitata nel tempo, cioè ha una data di scadenza prevista nel suo contratto di lavoro?

- ☐ Sì ☐ No

Qual è la durata totale del suo contratto di lavoro?

- ☐ 5 mesi o meno
- ☐ Da 6 a 11 mesi
- ☐ Da 12 a 17 mesi
- ☐ Da 18 a 23 mesi
- ☐ 24 mesi o più

Carico di lavoro

Con quale frequenza ognuno di tali eventi è accaduto nel Suo attuale lavoro?

	Meno di una volta al mese / mai	Una o due volte al mese	Una o due volte alla settimana	Una o due volte al giorno	Più volte al giorno
Quante volte accade che il Suo lavoro le richieda di lavorare molto velocemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quante volte accade che il Suo lavoro le richieda di lavorare duramente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quante volte le capita che il Suo lavoro le lasci poco tempo a disposizione per finire le cose che deve fare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quante volte al lavoro ci sono tantissime cose da fare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quante volte Le capita di avere più lavoro di quanto ne potrebbe svolgere bene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La Sua influenza su ritmo di lavoro e pause/ferie

Può prendere le ferie più o meno quando vuole?

Mai / quasi mai <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/>	Talvolta <input type="radio"/>	Spesso <input type="radio"/>	Molto spesso / sempre <input type="radio"/>
--	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

Può interrompere il lavoro per parlare con un collega?

Mai / quasi mai <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/>	Talvolta <input type="radio"/>	Spesso <input type="radio"/>	Molto spesso / sempre <input type="radio"/>
--	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

Se ha questioni personali da sbrigare, ha la possibilità di assentarsi dal lavoro per una mezz'ora senza preavviso?

Mai / quasi mai <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/>	Talvolta <input type="radio"/>	Spesso <input type="radio"/>	Molto spesso / sempre <input type="radio"/>
--	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

Deve fare ore supplementari?

Mai / quasi mai
☐

Raramente
☐

Talvolta
☐

Spesso
☐

Molto spesso /
sempre
☐

Può decidere quando fare una pausa?

Mai / quasi mai
☐

Raramente
☐

Talvolta
☐

Spesso
☐

Molto spesso /
sempre
☐

Risorse (dotazioni)

Indichi il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni.

	Per niente d'accordo	Piuttosto in disaccordo	Piuttosto d'accordo	Pienamente d'accordo
Il personale è in numero sufficiente per svolgere il lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'è abbastanza personale nel team per garantire cure di qualità per pazienti/clienti/ospiti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'è un'adeguata assistenza logistica/tecnica che mi permette di trascorrere del tempo con i miei pazienti/clienti/ospiti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho abbastanza tempo e opportunità per discutere i problemi di gestione del paziente/cliente/ospite con gli altri professionisti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavoro con professionisti competenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le Sue possibilità di sviluppo professionale

Ha l'opportunità di imparare cose nuove attraverso il Suo lavoro?

In larghissima
misura
☐

In larga misura
☐

Fino ad un certo
punto
☐

Non molto
☐

Molto poco
☐

Può usare le Sue abilità o competenze nel Suo lavoro?

In larghissima
misura
☐

In larga misura
☐

Fino ad un certo
punto
☐

Non molto
☐

Molto poco
☐

Il Suo lavoro le dà l'opportunità di sviluppare le Sue competenze?

In larghissima
misura
☐

In larga misura
☐

Fino ad un certo
punto
☐

Non molto
☐

Molto poco
☐

Equilibrio tra vita privata e vita professionale

Ci sono momenti in cui deve essere al lavoro e a casa allo stesso tempo?

Sì, certamente
☐

Sì, fino ad un certo
punto
☐

Sì, ma solo un po'
☐

No, per niente
☐

Pensa che il Suo lavoro le prenda così tanta energia da avere un impatto negativo sulla Sua vita privata?

Sì, certamente
☐

Sì, fino ad un certo
punto
☐

Sì, ma solo un po'
☐

No, per niente
☐

Indichi se le seguenti affermazioni si applicano a Lei.

Le esigenze del mio lavoro interferiscono con la mia vita privata e familiare

Sì, certamente
☐

Sì, fino ad un certo
punto
☐

Sì, ma solo un po'
☐

No, per niente
☐

A causa dei miei obblighi professionali, devo modificare i miei piani per attività private e familiari

Sì, certamente
☐

Sì, fino ad un certo
punto
☐

Sì, ma solo un po'
☐

No, per niente
☐

Devo lavorare quando sono a casa (al di fuori del mio orario di lavoro)

Sì, certamente
☐

Sì, fino ad un certo
punto
☐

Sì, ma solo un po'
☐

No, per niente
☐

I Suoi rapporti con il Suo responsabile diretto

Il Suo lavoro dipende da un superiore gerarchico?

☐ Sì

☐ No

Valuti il Suo superiore diretto a seconda di quanto spesso questi adotti il comportamento di seguito.

	Mai / quasi mai	Raramente	Talvolta	Spesso	Molto spesso / sempre
Comunica una visione chiara e positiva del futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratta il personale come individui a pieno titolo, sostiene e incoraggia il loro sviluppo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incoraggia e riconosce il lavoro del personale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promuove la fiducia, il coinvolgimento e la cooperazione tra i membri del team.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incoraggia a pensare ai problemi in modo diverso e mette in discussione le ipotesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
È chiaro sui suoi valori e mette in pratica ciò che sostiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infonde orgoglio e rispetto agli altri e mi ispira con la sua competenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il Suo coinvolgimento nel processo decisionale

Ha molta influenza sulle decisioni riguardanti il Suo lavoro?

Mai / quasi mai
☐

Raramente
☐

Talvolta
☐

Spesso
☐

Molto spesso /
sempre
☐

Ha voce in capitolo nella scelta delle persone con cui lavora?

Mai / quasi mai
☐

Raramente
☐

Talvolta
☐

Spesso
☐

Molto spesso /
sempre
☐

Può influenzare la quantità di lavoro assegnatole?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

Può influenzare la quantità di lavoro da fare?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

Può influenzare ciò che fa al lavoro?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

Può influenzare la velocità del Suo lavoro?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

Ha un'influenza su come fare il Suo lavoro?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

Senso di appartenenza

C'è una buona atmosfera tra Lei ed i Suoi colleghi?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

C'è una buona atmosfera tra i Suoi colleghi al lavoro?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

Si sente parte di una comunità* nel Suo posto di lavoro?

Mai / quasi mai

☐

Raramente

☐

Talvolta

☐

Spesso

☐

Molto spesso /
sempre

☐

**Comunità qui significa: un insieme o un gruppo di persone che hanno interessi, abitudini, opinioni comuni*

Collaborazione interprofessionale

Qui di seguito trova domande e affermazioni sulla collaborazione interprofessionale. Pensi al Suo attuale ambiente di lavoro per rispondere alle domande e valutare le affermazioni. Se al momento non ha un lavoro, pensi al Suo ultimo ambiente di lavoro.

Per quale percentuale dei Suoi pazienti il piano di cura individuale è elaborato congiuntamente da personale di almeno due diversi gruppi professionali (ad esempio infermieri e medici)?

- ☐ 0%
- ☐ Dall'1% al 25%
- ☐ Dal 26% al 50%
- ☐ Dal 51% al 75%
- ☐ Più del 75%

I professionisti della salute con cui sono in contatto / lavoro...

	Per niente d'accordo	Nessun accordo	Moderatamente d'accordo	D'accordo	Assolutamente d'accordo
...prendono in considerazione i dati e le informazioni sul loro paziente/cliente comunicate da altri professionisti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lavorano o collaborano facilmente nonostante l'esistenza di zone d'ombra nella condivisione delle responsabilità.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...collaborano regolarmente allo sviluppo di una strategia di assistenza comune.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...si scambiano informazioni rilevanti sui loro pazienti/clienti comuni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...collaborano tra loro per garantire il follow-up dei loro pazienti/clienti comuni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In situazioni difficili o complesse e se necessario, i professionisti chiedono supporto (parere, consulenza) ad altri gruppi professionali.

Per niente
d'accordo
☐

Piuttosto in
disaccordo
☐

Né d'accordo, né in
disaccordo
☐

Piuttosto d'accordo
☐

Pienamente
d'accordo
☐

Riconoscimento del Suo lavoro

Le seguenti domande riguardano il modo in cui il Suo lavoro viene riconosciuto. Indichi il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente d'accordo	Piuttosto in disaccordo	Né d'accordo, né in disaccordo	Piuttosto d'accordo	Pienamente d'accordo
I miei colleghi si congratulano con me o mi ringraziano per evidenziare un buon lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miei colleghi riconoscono il mio contributo al corretto funzionamento del team o del servizio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miei colleghi fanno apprezzamenti spontanei sulla qualità del mio lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miei colleghi mostrano considerazione nei miei confronti (saluti, simpatia e attenzioni piacevoli)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miei superiori mi rivolgono parole di incoraggiamento quando mi trovo di fronte ad una situazione difficile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miei superiori mi ascoltano quando ho bisogno di parlare del mio lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miei superiori mostrano considerazione nei miei confronti (saluti, simpatia e attenzioni piacevoli)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I miei superiori riconoscono il mio valore dandomi abbastanza autonomia nelle mie funzioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il mio datore di lavoro mi offre opportunità di avanzamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il mio datore di lavoro mi dà i mezzi di cui ho bisogno per lavorare in modo efficiente (budget, attrezzature, risorse umane)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il mio datore di lavoro mi dà un riconoscimento finanziario per la qualità del mio lavoro (attraverso aumenti, bonus, benefici monetari o in natura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il mio datore di lavoro mi offre corsi di formazione che garantiscono lo sviluppo delle mie competenze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le seguenti domande riguardano il modo in cui il Suo lavoro viene riconosciuto. Indichi il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente d'accordo	Piuttosto in disaccordo	Né d'accordo, né in disaccordo	Piuttosto d'accordo	Assolutamente d'accordo
Pazienti/clienti/ospiti o loro parenti mi ringraziano per il mio lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pazienti/clienti/ospiti o i loro parenti mostrano considerazione nei miei confronti (saluti, simpatia e piacevoli attenzioni)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il mio lavoro è riconosciuto da altri professionisti della salute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I responsabili del sistema sanitario mi lasciano abbastanza autonomia per esercitare la mia professione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attuale sistema sanitario mi offre mezzi sufficienti per lavorare in modo efficace (retribuzione, offerta formativa, personale qualificato)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attuale sistema sanitario riconosce l'importanza e il valore del mio lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preparazione per la realtà del lavoro

Pensa che, globalmente, la Sua formazione l'abbia ben preparata per la Sua attività professionale?

Per niente
d'accordo
☐

Piuttosto in
disaccordo
☐

Né d'accordo, né in
disaccordo
☐

Piuttosto d'accordo
☐

Pienamente
d'accordo
☐

Nel mio lavoro, uso tutta la mia pratica

Per niente
d'accordo
☐

Piuttosto in
disaccordo
☐

Né d'accordo, né in
disaccordo
☐

Piuttosto d'accordo
☐

Pienamente
d'accordo
☐

Senso del lavoro

Il Suo lavoro ha senso per Lei?

In larghissima
misura
☐

In larga misura
☐

Più o meno
☐

In piccola parte
☐

In misura molto
piccola
☐

Pensa che il lavoro che fa sia importante?

In larghissima
misura
☐

In larga misura
☐

Più o meno
☐

In piccola parte
☐

In misura molto
piccola
☐

Qualità delle cure

Le domande di seguito si riferiscono alla qualità dell'assistenza fornita nel contesto lavorativo (in un team, in una rete o come parte di un'attività indipendente). Alcune domande saranno simili a domande cui ha già risposto. La preghiamo di rispondere comunque, questa volta tenendo a mente la qualità dell'assistenza nel suo contesto lavorativo. Per fare questo, la preghiamo di indicare il grado di accordo per ogni proposta.

Indichi il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente d'accordo	Nessun accordo	Moderatamente d'accordo	D'accordo	Assolutamente d'accordo
Ho servizi di supporto che mi permettono di trascorrere del tempo con i miei pazienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I professionisti della salute hanno buoni rapporti di lavoro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I professionisti della salute gestiscono la propria attività	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho tempo e opportunità a sufficienza per discutere i problemi di assistenza dei pazienti con altri professionisti della salute (o colleghi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nel team ci sono abbastanza professionisti della salute qualificati per garantire ai pazienti assistenza di qualità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho la libertà di prendere decisioni importanti sulle cure dei pazienti e sul mio lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non mi trovo di fronte a situazioni in cui devo fare cose che vanno contro il mio giudizio professionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'è molto lavoro di squadra (coordinamento) tra i diversi gruppi professionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organizzazione dell'assistenza favorisce la continuità delle cure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Scarsa	Piuttosto scarsa	Media	Buona	Eccellente
In generale, come descriverebbe la qualità delle cure fornite ai pazienti nel suo istituto / studio / casa di cura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Mai	Una volta	Più volte all'anno	Ogni mese	Ogni settimana
A causa del carico di lavoro, ho dimesso pazienti più velocemente e/o trascurato le loro cure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non ho spiegato completamente tutte le opzioni di trattamento o risposto a tutte le domande dei pazienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nell'assistere o prescrivere esami/farmaci, ho commesso errori che non avevano a che fare con una mancanza di conoscenza o esperienza da parte mia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho prestato poca attenzione alle conseguenze sociali o personali che la malattia poteva avere per i pazienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Benessere + salute generale

Nel complesso, quanto è soddisfatto della Sua vita in questi ultimi giorni?

Per niente soddisfatto										Completamente soddisfatto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In generale, quanto si sente felice o infelice?

Estremamente infelice										Estremamente felice
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In generale, come valuterebbe la Sua salute fisica?

Cattiva										Eccellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Come valuterebbe la Sua salute mentale generale?

Cattiva										Eccellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nel complesso, in che misura ritiene che le cose che fa nella Sua vita ne valgano la pena?

Non ne
valgono
affatto la
pena

Ne valgono
completamente
la pena

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sono consapevole del mio scopo nella vita

Per niente
d'accordo

Assolutamente
d'accordo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Agisco sempre per promuovere il bene in tutte le circostanze, anche in situazioni difficili

Non è
vero per
me

Completamente
vero per me

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sono sempre in grado di rinunciare a un po' di felicità ora per una maggiore felicità in seguito

Non è
vero per
me

Completamente
vero per me

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sono soddisfatto delle mie amicizie e relazioni

Per niente
d'accordo

Assolutamente
d'accordo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Le mie relazioni sono soddisfacenti come vorrei che fossero

Per niente
d'accordo

Assolutamente
d'accordo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nel complesso, come pensa che sia la Sua salute?

Cattiva

Mediocre

Buona

Molto buona

Eccellente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Esaurimento e stress

Nel complesso, in base alla definizione che conosce, come valuta il Suo grado di esaurimento?

- ☐ 1 = Mi piace il mio lavoro. Non ho alcun sintomo di esaurimento.
- ☐ 2 = A volte mi sento stressato e non ho sempre tanta energia come prima, ma non mi sento esaurito.
- ☐ 3 = Mi sto veramente esaurendo e ne sto sperimentando uno o più sintomi, come l'esaurimento fisico ed emotivo.
- ☐ 4 = I sintomi di esaurimento professionale che sto vivendo non scompaiono. Penso spesso alle mie frustrazioni al lavoro.
- ☐ 5 = Mi sento completamente esaurito e spesso mi chiedo se sarò in grado di continuare. Sono arrivato al punto in cui potrei aver bisogno di qualche cambiamento o di un aiuto qualsiasi.

Lo stress corrisponde a una situazione in cui una persona si sente tesa, agitata, nervosa o ansiosa, o non riesce a dormire la notte perché la sua mente è costantemente disturbata. In questi giorni sperimenta questo tipo di stress?

Per niente

☐

Poco

☐

Moderatamente

☐

Molto

☐

Tantissimo

☐

Intenzione di rimanere

Se le Sue condizioni / il contesto di lavoro dovessero rimanere le stesse nei prossimi mesi, resterebbe nella Sua posizione attuale?

No, per niente

☐

Tendenzialmente

no

☐

Dipende

☐

Tendenzialmente sì

☐

Sì, assolutamente

☐

Se le Sue condizioni / contesto di lavoro dovessero rimanere le stesse nei prossimi mesi, resterebbe nella Sua professione attuale?

No, per niente

☐

Tendenzialmente

no

☐

Dipende

☐

Tendenzialmente sì

☐

Sì, assolutamente

☐

Se le Sue condizioni / contesto di lavoro dovessero rimanere le stesse nei prossimi mesi, continuerebbe a lavorare nel settore sanitario?

No, per niente

☐

Tendenzialmente

no

☐

Dipende

☐

Tendenzialmente sì

☐

Sì, assolutamente

☐

Intenzione di lasciare / modifica del Suo tasso

Nelle ultime 4 settimane, ha cercato un nuovo lavoro o un lavoro complementare?

Mai
☐

Alcune volte
☐

Alcune volte al
mese
☐

Alcune volte alla
settimana
☐

Quotidianamente
☐

Quante volte nell'ultimo anno ha pensato di lasciare la sua professione?

Mai
☐

Alcune volte
☐

Alcune volte al
mese
☐

Alcune volte alla
settimana
☐

Quotidianamente
☐

Quante volte nell'ultimo anno ha pensato di lasciare il settore sanitario?

Mai
☐

Alcune volte
☐

Alcune volte al
mese
☐

Alcune volte alla
settimana
☐

Quotidianamente
☐

Soddisfazione generale

Quanto è soddisfatto del Suo lavoro nel complesso, considerandone tutti gli aspetti?

Molto insoddisfatto
☐

Insoddisfatto
☐

Soddisfatto
☐

Molto soddisfatto
☐

La Sua carriera professionale

Dall'inizio della Sua attività professionale nel settore sanitario, quante volte ha cambiato datore di lavoro?

volta/e

Qual è stato il motivo principale per cui ha lasciato il suo ultimo lavoro?

- ☐ Malattia / infortunio / motivi di salute
- ☐ Licenziamento
- ☐ Fine del contratto/tirocinio
- ☐ Dimissioni / motivazione volontaria
- ☐ Servizio militare/civile
- ☐ Altro motivo non intenzionale

Per quale motivo si è dimesso / ha lasciato volontariamente il suo lavoro?

- ☐ Condizioni di lavoro insoddisfacenti
- ☐ Desiderio di cambiamento/promozione
- ☐ Formazione / formazione continua
- ☐ Responsabilità familiare/personale
- ☐ Altro motivo volontario

Dall'inizio della Sua attività professionale nel settore sanitario, quante volte ha cambiato contesto lavorativo (ad esempio ospedale, istituto, studio medico, ecc.)?

volta/e

Dall'inizio della Sua attività professionale nel settore sanitario, quante volte ha cambiato cantone o paese di lavoro?

volta/e

Dall'inizio della Sua attività professionale nel settore sanitario è successo uno degli eventi seguenti?

	Sì, una volta	Sì, più volte	No, mai
Ha interrotto la Sua attività per più di un anno ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
È stato disoccupato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Per quanto tempo ha interrotto la sua attività in totale?

anno/i

Per quale motivo/quali motivi?

Perché, dopo questa interruzione/queste interruzioni ha ripreso la sua attività nel settore sanitario?

Negli ultimi 5 anni ha dovuto prendersi del tempo fuori dal lavoro a causa di infortuni o malattia risultanti dall'esercizio della Sua professione?

- ☐ Sì ☐ No

Nella Sua carriera nel settore sanitario, ha lavorato:

- ☐ Solo nel settore pubblico
- ☐ Solo nel settore privato
- ☐ Solo nel settore parapubblico (fondazioni o associazioni con mandato pubblico)
- ☐ Principalmente nel settore pubblico
- ☐ Principalmente nel settore privato
- ☐ Principalmente nel settore parapubblico (fondazioni o associazioni con mandato pubblico)

In quale settore ha svolto (o svolge) il Suo primo lavoro nel settore sanitario:

- ☐ Nel settore pubblico
- ☐ Nel settore privato
- ☐ Nel settore parapubblico (fondazione o associazione con mandato pubblico)

In quale settore svolge il Suo lavoro attuale nel settore sanitario (o il Suo ultimo lavoro, se non svolge più l'attività):

- ☐ Nel settore pubblico
- ☐ Nel settore privato
- ☐ Nel settore parapubblico (fondazione o associazione con mandato pubblico)

Qual è il Suo reddito netto medio mensile in franchi svizzeri (CHF)? Utile netto: quello che riceve alla fine del mese, dopo le detrazioni.

- ☐ Fino a 2.000 CHF
- ☐ Tra i 2.001 e i 4.000 CHF
- ☐ Tra i 4.001 e i 6.000 CHF
- ☐ Tra i 6.001 e gli 8.000 CHF
- ☐ Tra gli 8.001 e i 10.000 CHF
- ☐ Più di 10.000 CHF

Di quante persone è composta la sua famiglia?

- | |
|---------|
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 o più |

La sua famiglia percepisce altri redditi oltre al suo?

- ☐ Sì
- ☐ No

Approssimativamente a quanto ammonta il suo reddito familiare netto mensile totale in franchi svizzeri (CHF)? Utile netto: quello che riceve alla fine del mese, dopo le detrazioni.

- ☐ Fino a 3.000 CHF
- ☐ Tra 3.001 CHF e 6.000 CHF
- ☐ Tra 6.001 CHF e 9.000 CHF
- ☐ Tra 9.001 CHF e 12.000 CHF
- ☐ Tra 12.001 CHF e 15.000 CHF
- ☐ Più di 15.000 CHF

Informazioni su di Lei

Quale delle seguenti affermazioni La descrive meglio?

- ☐ Donna
- ☐ Uomo
- ☐ Altro
- ☐ Preferirei non rispondere

La preghiamo di specificare

Qual è il Suo anno di nascita?

2010
2009
2008
2007
2006
2005
2004
2003
2002
2001
2000
1999
1998
1997
1996
1995
1994
1993
1992
1991
1990
1989
1988
1987
1986
1985
1984
1983
1982
1981
1980
1979
1978
1977
1976
1975
1974
1973
1972
1971
1970
1969
1968
1967

1966
1965
1964
1963
1962
1961
1960
1959
1958
1957
1956
1955
1954
1953
1952
1951
1950

Qual è la Sua nazionalità?

- ☐ Svizzera
☐ Ho due o tre nazionalità (svizzera e straniera)
☐ Straniera

Qual è il Suo stato civile ufficiale?

- ☐ Celibe
☐ Convivente, unione registrata o coniugato
☐ Separato, unione sciolta o divorziato
☐ Vedovo

Ha figli?

- ☐ Sì ☐ No

Quanti figli ha nelle seguenti fasce di età?

Ho (numero) figli in età prescolare (fino ai 4 anni circa)

Ho (numero) figli in età scolare (dai 4 anni circa)

Ho (numero) figli in età di scuola media (dagli 11 anni circa)

Ho (numero) figli che stanno seguendo una formazione (dopo la scuola dell'obbligo, dai 15 anni circa)

Ho (numero) figli che hanno completato la formazione (dopo la scuola dell'obbligo / adulti)

I familiari curanti sono persone di ogni fascia d'età che assistono una persona alla quale si sentono legati o nei confronti della quale si sentono in obbligo. Forniscono sostegno nell'affrontare e organizzare la quotidianità a una persona che per motivi di salute non è più in grado di provvedervi da sola. Fra le cause che determinano il bisogno di assistenza rientrano patologie fisiche e psichiche, disabilità e fragilità. Si applica il concetto di familiari curanti quando questo sostegno viene fornito per un periodo prolungato e in misura sostanziale. Questa definizione corrisponde a Lei?

- ☐ Sì, attualmente
- ☐ Sì, in passato
- ☐ No

Dove vive?

NPA :

Cantone (o paese se fuori dalla Svizzera):

AG
AI
AR
BE
BL
BS
FR
GE
GL
GR
JU
LU
NE
NW
OW
SG
SH
SO
SZ
TG
TI
UR
VD
VS
ZG
ZH
Germania
Austria
Francia
Italia
Altro

Specifichi quale altro paese:

Dove si trova il suo posto di lavoro principale?

NPA :

Cantone:

AG
AI
AR
BE
BL
BS
FR
GE
GL
GR
JU
LU
NE
NW
OW
SG
SH
SO
SZ
TG
TI
UR
VD
VS
ZG
ZH

Qual è il tempo medio di viaggio tra la Sua casa e il Suo posto di lavoro principale?

Ore:

Minuti:

Vuole commentare la Sua situazione professionale e/o aggiungere un aspetto importante che non è stato affrontato dal questionario?

Come ha saputo di SCOHPICA?

- ☐ Tramite internet (sito SCOHPICA o siti di associazioni professionali)
- ☐ Da informazioni inviate da associazioni professionali o organizzazioni ombrello (e-mail o newsletter cartacea)
- ☐ Attraverso i social network (LinkedIn, Instagram, ecc.)
- ☐ Con il passaparola
- ☐ Attraverso i media o la stampa
- ☐ Dalla stampa specializzata (giornale o rivista professionale)
- ☐ Altro

Da quale altra fonte ha sentito parlare di SCOHPICA?

Cosa pensa che dovremmo fare per incoraggiare più professionisti a partecipare?

Cosa pensa che dovremmo fare per far sì che lei partecipi alla coorte il più a lungo possibile?

Per poterLa contattare nuovamente l'anno prossimo per il monitoraggio della coorte ed il prossimo questionario, La preghiamo di indicare il Suo indirizzo e-mail privato di seguito:

Ripetere l'indirizzo e-mail per la verifica:

Accetta di essere contattato in futuro per partecipare a un colloquio individuale o di gruppo sul Suo background professionale e le Sue esperienze?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, La preghiamo di fornirci un indirizzo e-mail di contatto privato di seguito

Ripetere l'indirizzo e-mail per la verifica:

Se sì, La preghiamo di fornirci un indirizzo e-mail di contatto privato di seguito

Ripetere l'indirizzo e-mail per la verifica:

La ringraziamo per la Sua partecipazione e per il Suo aiuto in questo progetto.

Può registrare le Sue risposte in basso a questa pagina.