

Le chiediamo di fornirci alcuni dati socio-anagrafici utili ai fini della presente indagine (il periodo di riferimento è quello in cui è accaduto l'infortunio)

Età _____ Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina Nazionalità _____ Residenza _____ Domicilio _____		Titolo di studio <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> diploma di scuola media superiore <input type="checkbox"/> laurea
Qualifica/Inquadramento <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Quadro/Funziario <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Professionista/tecnico <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Altro _____		Tipologia di contratto <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time verticale ¹ <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale ² <input type="checkbox"/> Altre tipologie contrattuali (determinato CoCoPro, ecc) <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time verticale ¹ <input type="checkbox"/> Part-time orizzontale ² ¹ Part-time verticale:lavora a tempo pieno, ma solo in alcuni giorni della settimana, del mese, o dell'anno; ² Part-time orizzontale: lavora tutti i giorni a orario ridotto
Orario di lavoro <input type="checkbox"/> Diurno (orario standard) <input type="checkbox"/> Solo notturno <input type="checkbox"/> A turni solo diurno <input type="checkbox"/> A turni anche notturno	Giorni di riposo settimanale <input type="checkbox"/> Due consecutivi <input type="checkbox"/> Due non consecutivi <input type="checkbox"/> Uno	

Di seguito le viene chiesto di rispondere a quesiti relativi al percorso da lei seguito per recarsi a lavoro nel periodo in cui ha avuto l'infortunio

1. Il tragitto percorso era: <input type="checkbox"/> Il tragitto abituale <input type="checkbox"/> Per distacco/assegnazione temporanea <input type="checkbox"/> Per missione/trasferta	2. Si recava sul posto di lavoro più spesso <input type="checkbox"/> a piedi <input type="checkbox"/> con mezzi pubblici <input type="checkbox"/> con mezzo privato: <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> moto/scooter <input type="checkbox"/> bicicletta.
3. Indichi a quale distanza abitava dal suo posto di lavoro all'epoca dell'infortunio <input type="checkbox"/> a meno di 15 Km <input type="checkbox"/> a una distanza compresa tra 16 e 30 Km <input type="checkbox"/> a più di 30 Km.	5. Aveva la possibilità di usare mezzi pubblici per recarsi al lavoro? meno di 15 minuti <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, ma non coincidenti con il mio orario di lavoro.
4. Quali erano le caratteristiche del tragitto che doveva percorrere per recarsi al lavoro da casa? <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> extraurbano <input type="checkbox"/> misto.	
6. Quanto tempo impiegava in media a raggiungere il posto di lavoro? (solo andata) <input type="checkbox"/> meno di 15 minuti <input type="checkbox"/> un tempo compreso tra 16 e 30 minuti <input type="checkbox"/> più di 30 minuti.	7. Da quanto tempo, per recarsi al lavoro, utilizzava questo percorso? Anni _____ Mesi _____

Di seguito le viene chiesto di fornire alcune informazioni relative alle modalità di accadimento dell'infortunio.

8. In quale giorno della settimana si è verificato l'infortunio? <input type="checkbox"/> LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> GIO <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> DOM	9. Al momento dell'infortunio stava: <input type="checkbox"/> Andando al lavoro <input type="checkbox"/> Tornando dal lavoro <input type="checkbox"/> In pausa pranzo								
10. A che ora è avvenuto l'infortunio ? <table border="1"> <tr> <td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	h	h	m	m					11. Al momento dell'infortunio viaggiava su un mezzo di trasporto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
h	h	m	m						
12. Se ha risposto sì alla domanda n. 8, il mezzo era: <input type="checkbox"/> Pubblico <input type="checkbox"/> Privato	13. In caso di mezzo privato, si trattava di: Bicicletta Scooter/ Moto guidato personalmente Scooter/Moto guidato da altri Auto guidata personalmente Auto guidata da altri								
14. Dagli accertamenti effettuati dall'Autorità intervenuta sul luogo dell'infortunio o dai periti dell'assicurazione nell'incidente lei è stata: <input type="checkbox"/> Vittima <input type="checkbox"/> Responsabile <input type="checkbox"/> Responsabile in parte									

Di seguito le viene chiesto di rispondere a dei quesiti relativi alle sue condizioni lavorative nel periodo in cui ha avuto l'infortunio

15. Quando è accaduto l'infortunio da quanti anni lavorava in azienda? Anni _____ Mesi _____	16. Da quanto tempo le era stata assegnata la mansione che svolgeva nel periodo in cui ha avuto l'infortunio? Anni _____ Mesi _____			
17. Quando è accaduto l'infortunio aveva un orario flessibile¹? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ¹ Orario flessibile: elasticità di timbratura nella giornata, con obbligo di raggiungimento di un monte ore settimanale o mensile				
18. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui è d'accordo con le seguenti affermazioni, da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).				
	1	2	3	4
Nel mio lavoro potevo decidere come programmare le mie attività.				
Il mio lavoro mi permetteva di prendere molte decisioni in autonomia.				
Il mio lavoro richiedeva di fare una quantità di cose diverse.				
Spesso mi sembrava di avere troppo lavoro da svolgere a scadenze ravvicinate				
19. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, quanto si sentiva oberato dal suo lavoro? <input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto	20. Numeri a partire da 1 gli aspetti del suo lavoro che maggiormente la impegnavano (1 impegno più elevato) <input type="checkbox"/> Le relazioni con colleghi/superiori <input type="checkbox"/> Il carico di lavoro <input type="checkbox"/> Le scadenze <input type="checkbox"/> L'incertezza lavorativa			

Di seguito le viene chiesto di rispondere a dei quesiti relativi alle sue condizioni familiari nel periodo in cui ha avuto l'infortunio				
21. All'epoca dell'infortunio lei era: <input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> convivente o sposato/a <input type="checkbox"/> Separato/a o divorziato/a		22. All'epoca dell'infortunio, quali erano i componenti del suo nucleo familiare*? _____ <small>* si fa riferimento al numero di persone che condividevano la stessa abitazione</small>		
		23. Se ha figli, indichi per ciascun figlio l'età che aveva all'epoca dell'infortunio: 1°) _____ 2°) _____ 3°) _____ 4°) _____ 5°) _____		
24. Se all'epoca dell'infortunio doveva prendersi cura di persone che richiedevano un'assistenza particolare, indichi quali di queste situazioni erano presenti nella sua famiglia: <input type="checkbox"/> Persone coabitanti parzialmente autosufficienti <input type="checkbox"/> Persone non coabitanti parzialmente autosufficienti <input type="checkbox"/> Persone coabitanti non autosufficienti <input type="checkbox"/> Persone non coabitanti non autosufficienti		25. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, altre persone oltre a lei contribuivano al reddito familiare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
26. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui è d'accordo con le seguenti affermazioni, da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).				
	1	2	3	4
Avevo sufficiente tempo per portare avanti le mie responsabilità familiari.				
Spesso mi sembrava che gli impegni familiari che dovevo svolgere fossero troppi per una sola persona.				
Il livello di impegno richiestomi dalla mia famiglia era troppo alto.				
27. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, l'impegno richiesto dalla sua situazione familiare era per lei fonte di stress <input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto		28. Numeri a partire da 1 gli aspetti della sua sfera familiare che maggiormente la impegnavano (1 impegno più elevato) <input type="checkbox"/> Relazioni familiari <input type="checkbox"/> L'accudimento dei figli <input type="checkbox"/> Le faccende domestiche <input type="checkbox"/> L'assistenza a familiari in condizioni di difficoltà <input type="checkbox"/> Le disponibilità economiche		

Di seguito le viene chiesto di rispondere a dei quesiti relativi alle problematiche di conciliazione lavoro famiglia all'epoca dell'infortunio				
29. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui si sente in sintonia con ciascuna delle seguenti affermazioni da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).				
	1	2	3	4
Le richieste del mio lavoro interferivano con la mia vita familiare.				
La quantità di tempo che il mio lavoro richiedeva rendeva difficile l'adempimento delle responsabilità familiari.				
Il mio lavoro produceva un tale affaticamento da rendere difficile l'adempimento degli obblighi familiari.				
Le richieste della mia famiglia interferivano con le mie attività lavorative.				
La mia vita familiare interferiva con le mie responsabilità lavorative (come arrivare a lavoro puntuale, lavorare oltre l'orario di lavoro ...).				
I miei obblighi familiari producevano un tale affaticamento da interferire sulla mia performance lavorativa.				

<p>30. In generale, riteneva di avere la necessaria forza (competenze, risorse personali) per fronteggiare le richieste che provenivano dalla Sua famiglia e dal Suo lavoro?</p> <p><input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto</p>	<p>31. Quanto il problema di conciliare le esigenze familiari e lavorative incideva sul suo livello generale di stress?</p> <p><input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto</p>
---	--

32. A causa delle difficoltà legate alla gestione delle responsabilità familiari e lavorative ha mai pensato di:

Cambiare completamente lavoro

Cercare lavoro in un'azienda che venisse maggiormente incontro ai suoi impegni familiari

Chiedere che le fosse assegnato un altro orario di lavoro

Chiedere di passare ad un contratto part-time

33. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado in cui si sente in sintonia con ciascuna delle seguenti affermazioni da 1 (Per niente d'accordo) a 4 (Completamente d'accordo).

	1	2	3	4
Dal mio punto di vista, la vita personale di un individuo deve essere orientata più al lavoro che alla famiglia.				
Le maggiori soddisfazioni della mia vita vengono dal lavoro piuttosto che dalla famiglia.				
Tutto sommato, considero il lavoro come più centrale per la mia esistenza che la famiglia.				

34. Quanto importante ritiene sia stato per lei il supporto di altre persone per conciliare le sue responsabilità familiari e professionali?

Per niente Poco Abbastanza Molto

35. Facendo riferimento al periodo in cui è accaduto l'infortunio, indichi il grado di supporto ricevuto dalle seguenti figure e servizi nel gestire le sue responsabilità familiari e professionali, indicando per ciascuna di esse un valore da 1 (Per niente) a 4 (Molto).

	1	2	3	4
Partner				
Genitori/Parenti stretti				
Amici				
Servizi sociali e sanitari pubblici				
Scuole e asili				
Servizio pubblico di trasporti				
Assistenza privata				
Colleghi				
Superiore				
Le politiche aziendali				

La ringraziamo vivamente della sua collaborazione e le saremo grati volesse offrirci qualche suggerimento ai fini della presente ricerca.
