Informazioni generali sulla struttura di appartenenza

Servizio di appartenenza (specificare nome della struttura e/o reparto)

……...……

……..…….…….....

Tipo di gestione:

☐ Privata (specificare il nome dell'ente gestore) …….

…….……

☐ Pubblica ……

☐ In convenzione con (specificare l'Ente) ……

…….……

Informazioni generali sulla persona che compila il questionario

ETÀ:……..… SESSO: ☐M ☐F

Formazione (titolo di studio) ……..……...

Professione ……...……..

Da quanto tempo lavora in questo Servizio/Reparto?.....…….……..

…….…….……..

Che tipo di attività svolge presso tale struttura/reparto? …….

……...……

……..……..……

Fa parte di un'equipe di lavoro? Da quali figure professionali è composta?

……

……

……

……

Contatto

Indicativamente, con quanti pazienti/utenti migranti viene a contatto?

○	○	○	○	○
0	**1**	**2**	**3**	**4**
nessuno	**pochi**	**abbastanza**	**molti**	**moltissimi**
	(10-25%)	(25-50%)	(50-70%)	(più del 70%)

Soddisfazione

Ritiene che il contatto con i migranti sia oggi per Lei:

	0 per nulla	1 poco	2 abbastanza	3 molto	4 moltissimo
PIACEVOLE	○	○	○	○	○
POSITIVO	○	○	○	○	○
NEGATIVO	○	○	○	○	○

ALTRO ……..…

Perché?.....

.....

.....

.....

Ritiene di essere preparato/aggiornato per il contatto con questo tipo di utenza in modo:

○	○	○
insufficiente	sufficiente	buono

Ha partecipato a momenti di formazione inerenti al rapporto con i pazienti/utenti migranti? NO ☐ SI☐

se **Si**, specificare il tipo di formazione ……...……..

……

……

……

Esiste presso il suo servizio un progetto strutturato di sostegno alla genitorialità rivolto ai migranti? NO ☐ SI☐

se **Sì,** come è impostato?.....……...

……

……

ALLEGATO A - SCHEDA