

Questionario rivolto agli operatori sanitari

Gentile collega,

lo scopo di questo questionario è di raccogliere opinioni e attitudini degli operatori sanitari verso le vaccinazioni e di valutare uno strumento di comunicazione messo a punto nell'ambito del progetto HPROImmune.

Ti chiediamo di dedicare qualche minuto del tuo tempo per rispondere alle domande di seguito. Le tue risposte sono molto importanti, perché permetteranno di migliorare i materiali informativi dello strumento di comunicazione, che saranno successivamente messi a vostra disposizione. La compilazione di questo questionario richiede solo 5 minuti.

Sulle risposte fornite sarà mantenuta totale riservatezza e anonimato: i risultati saranno utilizzati solo per scopi di ricerca e il rapporto finale non riporterà alcun dato individuale ma solo dati aggregati.

GRAZIE PER LA PREZIOSA COLLABORAZIONE!

1. Esprimi il tuo parere sulle seguenti affermazioni

	In totale disaccordo	In disaccordo	Non sono sicuro	D'accordo	Pienamente d'accordo
Credo che i vaccini siano importanti per ridurre o eliminare malattie gravi					
Credo che i vaccini siano utili in certe situazioni, per esempio, nei paesi in via di sviluppo					
Non ho un'opinione in merito					
Credo più nell'immunità naturale acquisita attraverso la malattia che nei vaccini					
Non credo nelle vaccinazioni: penso che facciano più male che bene					
Ho paura degli effetti collaterali					
Le mie convinzioni religiose sono contro le vaccinazioni					
Non credo di essere a rischio di contrarre nessuna malattia infettiva					
Ho paura di ammalarmi dopo essermi vaccinato					
Credo che i vaccini non siano efficaci					
Sono diffidente riguardo agli effetti a lungo termine sulla salute delle vaccinazioni					

2. Credo che le vaccinazioni degli operatori sanitari siano:

	In totale disaccordo	In disaccordo	Non sono sicuro	D'accordo	Pienamente d'accordo
Un requisito indispensabile per lavorare in ambito sanitario					
Un dovere degli operatori sanitari poiché essi dovrebbero rappresentare un modello per i pazienti					

3. Nella tua pratica clinica, raccomandi le vaccinazioni ai tuoi pazienti?

- No
 A volte
 Non rientra nelle mie competenze
 Sì
 Non so

3.1. Se sì o a volte, quali vaccinazioni raccomandi più spesso?

4. Sai quali delle seguenti vaccinazioni sono raccomandate per gli operatori sanitari?

	Si	No	Non so
Influenza stagionale			
Varicella			
MPR (morbillo, parotite, rosolia)			
Epatite B			
Epatite A			
Tdap (tetano, difterite e pertosse per adulti) o Td (tetano e difterite per adulti)			
Vaccino anti-pneumococco			
Vaccino anti-meningococco (tetravalente)			
BCG (anti-tubercolare)			

5. Sei vaccinato per:

	No	Si		Ho avuto la malattia	Non ricordo
		Nell'ultimo anno	Più di un anno fa		
Influenza				NA	
Varicella					
MPR (morbillo, parotite, rosolia)					
Epatite B					
Tdap (tetano, difterite e pertosse per adulti) o Td (tetano e difterite per adulti), negli ultimi 10 anni					

6. Sei hai risposto NO alla precedente domanda, hai intenzione di vaccinarti nei prossimi mesi, con:

	No	Probabilmente	Si	Non so
Influenza				
Varicella				
MPR (morbillo, parotite, rosolia)				
Epatite B				
Tdap (tetano, difterite e pertosse per adulti) o Td (tetano e difterite per adulti), negli ultimi 10 anni				

7. Informazioni aggiuntive:

Sesso:	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	
Età:	<input type="checkbox"/> <20 anni	<input type="checkbox"/> 20-29 anni	<input type="checkbox"/> 30-39 anni
	<input type="checkbox"/> 40-49 anni	<input type="checkbox"/> 50-59 anni	<input type="checkbox"/> >60 anni
Occupazione:	<input type="checkbox"/> Medico, specificare la specializzazione: _____	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Altro operatore sanitario
Numero di anni di servizio:	_____		
Indirizzo E-mail:	_____		

CODICE: _____

Grazie!