

La Prima macro fase

Dott.ssa Martina D'ANNA

Prima/Seconda fase operativa: Il questionario CAWI impiegato.

Il questionario oggetto del progetto di ricerca in esame, è composto da 3 sequenze:

- La prima sequenza è obbligatoria e riguarda l'accettazione o il diniego, da parte dell'intervistato, alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs 101/2018 (art 13 del d.lgs 196/2003) e del Regolamento europeo 679/2016.
- La seconda sequenza, anch'essa obbligatoria, riguarda la richiesta di partecipazione allo studio da parte dell'intervistatore all'intervistato.
- La terza ed ultima sequenza concerne le domande poste all'intervistato, secondo una successione degli argomenti divisi in blocchi di domande, predisposti in successione logica e coerente.

La macro fase di progettazione è stata fondamentale per determinare il contenuto delle domande, individuare la tipologia di risposta più consona al risultato (risposte aperte o chiuse) e per ultimo, la sequenza delle domande. La tipologia di domanda utilizzata è quella chiusa a risposta multipla – che si differenzia dalle domande aperte, in cui l'intervistato è obbligato ad effettuare un dato ragionamento prima di fornire la risposta - ossia domande che prevedono un elenco di risposte tra cui scegliere. Tra le batterie di quesiti a risposta chiusa, sono presenti domande che prevedono una risposta basata su una scala di valutazione, volta ad individuare l'opinione e l'orientamento dell'intervistato su un determinato punto: costituite da domande in cui si chiede al rispondente di indicare se il proprio pensiero è in accordo o disaccordo (attraverso la cd scala di valutazione *Likert*)⁹, oppure il grado di soddisfazione o insoddisfazione e la frequenza (esempio 1 = mai/non rilevante; 10 = sempre/molto importante).

La scelta della tipologia di domanda a risposta chiusa, fonda sulla necessità di evitare cali di attenzione da parte dell'intervistato o possibile sentimento di fastidio nella fase di risposta, comportando così un'alterazione nella raccolta dei dati. Inoltre, attraverso la somministrazione di domande chiuse, è possibile ottenere una maggiore standardizzazione ed una facilitazione nella classificazione e registrazione delle risposte.

⁹ La scala di valutazione *Likert* valuta l'atteggiamento di un determinato soggetto in relazione ad un determinato argomento. Attraverso tale scala abbiamo chiesto agli intervistati in quale misura concordano o meno con un'affermazione sul tema oggetto di analisi, assegnando un punteggio da 1 a 10 oppure da 1 a 5, indicando il rapporto tra i valori numerici (ad esempio 1= in disaccordo; 10=molto d'accordo).

IL QUESTIONARIO: Valutazione dell'impatto dell'emergenza del COVID-19 sugli operatori e professionisti sanitari

Questionario di analisi sulla sicurezza, sulla percezione della pericolosità e dei fabbisogni degli operatori delle 19 professioni sanitarie afferenti l'Ordine dei TSRM e PSTRP a seguito della diffusione dell'emergenza sanitaria (PANDEMIA) denominata COVID-19. Progetto di Ricerca a cura di JAHC Journal of Advanced Health Care - www.jahc.eu

*Campo obbligatorio

Presentazione e Premessa metodologica Gentile Signore/a, Caro/a Collega, Le proponiamo di partecipare ad un progetto di ricerca promosso dalla Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP e dall'Ordine Professionale Interprovinciale di Napoli, Avellino, Benevento e Caserta ed a cura della Rivista Scientifica "Journal of Advanced Health Care" rivolto agli operatori delle professioni sanitarie dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione.

Lo scopo dello studio è di valutare l'impatto che l'emergenza COVID-19 sta avendo sugli operatori delle professioni sanitarie afferenti l'Ordine dei TSRM e PSTRP. Nel caso Lei decidesse di partecipare, Le chiederemo di compilare un questionario della durata di circa 5-10 minuti.

La partecipazione allo studio è su base volontaria.

Tutti i dati raccolti saranno trattati e archiviati in maniera rigorosamente anonima ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni in materia di trattamento dei dati personali. A tali informazioni avrà accesso solo il personale coinvolto nello studio. L'accesso a tali dati sarà protetto dallo sperimentatore. La Sua partecipazione Le garantirà la totale riservatezza.

Editor in Chief JAHC (Prof. Giovanni DI TRAPANI); Resp. Coordinamento Tecnico (Dott.ssa Martina D'ANNA) Se avesse domande riguardo alla ricerca, per qualsiasi comunicazione relativa allo studio, La preghiamo di rivolgersi al Editor in Chief del Journal of Advanced Health Care, tramite il seguente indirizzo email editor@jahc.eu

Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP (Dott. Alessandro BEUX) Ordine Professionale Interprovinciale NA AV BN CE (Dott. Franco ASCOLESE) Di seguito sono indicati i referenti scientifici e gli operatori coinvolti.

Editor in Chief JAHC (Prof. Giovanni DI TRAPANI);
Resp. Coordinamento Tecnico (Dott.ssa Martina D'ANNA)

Consenso e autorizzazione al trattamento dei dati sensibili	Il consenso è una delle basi giuridiche del trattamento, nell'ambito del regolamento generale per la protezione dei dati personali. Con l'autorizzazione si dà esplicito consenso al trattamento dei dati personali secondo le note di seguito riportate.
--	---

Consenso Accettando il presente modulo dichiaro di:

- Aver letto e compreso questo foglio informativo e che il suo contenuto mi è stato spiegato in maniera chiara ed esauriente.
- Aver compreso che la partecipazione allo studio è completamente volontaria e che posso rifiutarmi di partecipare allo studio o sospendere la mia partecipazione in qualsiasi momento interrompendo il questionario.
- Essere stato/a informato/a sui rischi e sui benefici ragionevolmente prevedibili e di aver avuto il tempo sufficiente per decidere.
- Essere consapevole che i miei dati potranno essere utilizzati per pubblicazioni scientifiche ma resteranno strettamente riservati nel rispetto della normativa vigente e successive modifiche ed integrazioni.
- Essere consapevole che sarò messo/a al corrente nel corso dello studio di nuove informazioni o risultati che possano influenzare la mia partecipazione allo studio.

1. Acconsente a partecipare allo studio? *

Seleziona tutte le voci applicabili

SI

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili Ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 (art. 13 del D.lgs. n. 196/2003) ed unitamente al Regolamenti UE del 27 aprile 2016, n. 679, e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili (art. 4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003 e ss.mm.), vale a dire i dati “idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale”:

- presta il Suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa. -presta il Suo consenso per la diffusione dei dati nell’ambito indicato nell’informativa.

2. Acconsente al trattamento dei dati? *

Seleziona tutte le voci applicabili

SI

Informazioni Socio Demografiche	Nella seguente sezione Le verranno somministrate domande (OBBLIGATORIE), volte all'individuazione di differenti cluster sociali e demografici
--	---

3. Sesso *

Contrassegna solo un ovale

- Maschio
- Femmina

4. Età*

Inserire l'età in anni (campo numerico)

5. Titolo di Studio *

Contrassegna solo un ovale

- Licenza media
- Diploma/Maturità
- Laurea (Triennale o Magistrale)
- Post Laurea (Dottorato, Specializzazione post-Laurea, Master)

6. Stato relazionale *

Contrassegna solo un ovale

- Single
- Fidanzato/a
- Convivente
- Coniugato/a
- Separato/a
- Vedovo/a

7. Ha dei figli? *

Contrassegna solo un ovale

- No
- Sì, uno
- Sì, più di uno

8. Comune di residenza *

Informazioni lavorative	Nella seguente sezione Le verranno somministrate domande (OBBLIGATORIE), volte all'individuazione dell'attività lavorativa.
--------------------------------	---

9. Figura professionale afferente l'Ordine TSRM e PSTRP (DM 13/03/2018) *

Contrassegna solo un ovale

- Assistente Sanitario
- Dietista
- Educatore Professionale
- Fisioterapista
- Igienista Dentale
- Logopedista
- Ortottista e Assistente di Oftalmologia
- Podologo
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare
- Tecnico Ortopedico
- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Elenco Speciale

10. SOLO per i professionisti iscritti nell'Elenco Speciale, specificarne la tipologia.

11. Lei, allo stato attuale, in quale posizione lavorativa si trova:

Contrassegna solo un ovale

- In servizio
- In ferie o permesso
- Lo studio è chiuso in ottemperanza dei DPCM
- In cassa integrazione o in altra forma di ammortizzazione sociale
- Tirocinante

12. In che comune/provincia è situata la struttura sanitaria in cui lavora

13. Il reparto in cui lavora è al momento o è stato nell'ultimo mese direttamente impegnato con pazienti COVID-19?

Contrassegna solo un ovale

- SI
- NO

Sicurezza sul lavoro	Nella seguente sezione Le verranno somministrate domande al fine di comprendere se nel luogo del Suo lavoro sono state introdotte misure straordinarie per la tutela e la sicurezza dei lavoratori.
-----------------------------	---

14. In che struttura lavora?

La invitiamo ad indicare la tipologia (Pubblica o Privata) della struttura.

Seleziona tutte le voci applicabili

- Pubblica
- Privata

15. Attualmente Lei si trova

Contrassegna solo un ovale

- Normalmente in servizio
- In isolamento per sospetto contagio
- In isolamento perchè contagiato e sintomatico
- Ricoverato

16. Attualmente è fornito di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) adeguati per qualità e disponibilità?

Contrassegna solo un ovale

- SI
- NO
- NON sempre
- DPI non necessari

17. Nel corso della Sua attività professionale, la Sua esposizione al rischio di contagio del VIRUS è stata:

Contrassegna solo un ovale

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bassa Alta

18. Nel corso della Sua attività professionale è stato/a contagiato/a dal COVID-19?

Contrassegna solo un ovale

- SI
- NO

19. Alcuni suoi colleghi sono rimasti contagiati e/o sono stati ricoverati, o hanno perso la vita a causa del COVID-19? (più di una risposta se necessario)

Seleziona tutte le voci applicabili

- NO
- SI, contagiati e in quarantena
- SI, contagiati e ricoverati

Impatto e Resilienza	Con la seguente sezione Le chiediamo di rispondere a quesiti mirati per valutare l'impatto psicologico e le possibili forme di Resilienza attiva che i professionisti sanitari possono attuare per far fronte all'emergenza COVID-19.
-----------------------------	---

**In relazione all'epidemia da COVID-19, durante il suo lavoro - pensando a qualsiasi esperienza potenzialmente traumatica vissuta - qual è il Suo stato d'animo:
le domande si riferiscono solo ad eventi legati all'emergenza Sanitaria**

20. Nel corso dell'emergenza, ritiene che la Sua professione sia stata utile per fronteggiare le nuove esigenze del Sistema Sanitario?

Contrassegna solo un ovale

- SI
 NO

21. Lei ha provato disinteresse o poco piacere nello svolgere la Sua attività lavorativa?

Contrassegna solo un ovale

- SI
 NO

22. Ha vissuto altri eventi stressanti? (come problemi finanziari, cambiamenti sul lavoro, crisi relazionali nel lavoro o nella vita privata)

Contrassegna solo un ovale

- SI
 NO

23. Ha percepito o vissuto il mondo e le altre persone in modo diverso, tanto da sembrarle surreali o illusorie?

Contrassegna solo un ovale

- SI
 NO

24. Con che frequenza si è sentito/a nervoso/a o stressato/a

Contrassegna solo un ovale

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Mai Molto spesso

25. Quanto è d'accordo su quest'affermazione: "La pandemia globale mette all'ordine del giorno la globalizzazione delle politiche sanitarie più che la loro nazionalizzazione"

Contrassegna solo un ovale

- 1 2 3 4 5
- Per niente Molto

26. Quanto è d'accordo su quest'affermazione: "Il Sistema Sanitario Nazionale non può sopportare un dualismo esasperato come quello fra nord e sud"

Contrassegna solo un ovale

1 2 3 4 5

Per niente Molto

27. Quanto è d'accordo su quest'affermazione: "Nell'emergenza Covid-19 il Sistema Sanitario ha mostrato limiti e inefficienze"

Contrassegna solo un ovale

1 2 3 4 5

Per niente Molto

28. Quanto è d'accordo su quest'affermazione: "Esiste una stretta relazione tra la Regionalizzazione dei servizi sanitari e le difficoltà nella prevenzione/gestione dell'emergenza COVID-19"

Contrassegna solo un ovale

1 2 3 4 5

Per niente Molto

29. Quanto è d'accordo su quest'affermazione: "Le misure di distanziamento sociale stanno accelerando ulteriormente l'affermazione della tecnologia come abilitatore dei rapporti con l'esterno, tanto a livello lavorativo quanto affettivo"

Contrassegna solo un ovale

1 2 3 4 5

Per niente Molto

30. In queste difficili giornate, quali sono a Suo parere, le professioni maggiormente coinvolte nell'emergenza, per frequenza, intensità ed esposizione?*

Contrassegna solo un ovale per riga

	SI	NO
Assistente Sanitario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dietista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educatore Professionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igienista Dentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortottista e Assistente di Oftalmologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podologo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico Audiometrista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico Audioprotesista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico di Neurofisiopatologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico Ortopedico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapista Occupazionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elenco Speciale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Nel corso della Sua attività ha potuto avviare processi di Telemedicina/Teleconsulto
Contrassegna solo un ovale

- SI
- NO

32. L'emergenza sanitaria ha in qualche modo rallentato i processi di digitalizzazione della Sua attività?

Contrassegna solo un ovale

- SI
- NO

33. Nel corso dell'Emergenza ed in riferimento al ruolo della Sua professione nell'ambito del Sistema Sanitario, come valuta il contributo della Sua attività?

Contrassegna solo un ovale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Non rilevante	<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"/>	Molto importante

34. Da parte dei Media e dei mezzi di comunicazione, Lei ritiene che sia stata data una adeguata attenzione al ruolo della Sua professione?

Contrassegna solo un ovale

- SI
- NO

35. Come valuta l'atteggiamento dei Media circa l'impiego e l'utilità sociale della Sua professione?

Contrassegna solo un ovale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Scarso	<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"/>	Buono

<p>Studio di Follow-up</p>	<p>L 'obiettivo dello studio è di analizzare le forme di resilienza dei professionisti sanitari afferenti l'Ordine TSRM e PSTRP successivamente al periodo di emergenza sanitaria provocata dal COVID-19.</p> <p>La invitiamo, qualora volesse, a fornirci un Suo recapito e-mail o di cellulare cui ricontattarla a distanza di qualche mese.</p> <p>Se acconsente, Le verrà inviato, secondo la modalità da Lei scelta (email o whatsapp), un questionario simile a questo, da compilare on-line sempre in forma anonima.</p> <p>Le garantiamo la conservazione dei suoi recapiti in forma anonima e la non diffusione degli stessi a terze parti.</p>
-----------------------------------	--

36. Acconsento ad essere ricontattato/a per la prosecuzione dello studio *

Contrassegna solo un ovale

- SI Passa alla domanda 37.
- NO Vai alla sezione 9 (La ringraziamo per aver partecipato al nostro studio).

Informazioni di contatto per Follow-up	Avendo prestato il Suo assenso, La preghiamo di comunicarci il Suo indirizzo email o in alternativa il Suo numero di cellulare per poterci consentire di contattarla.
---	---

37. Indirizzo e-mail o numero di cellulare

Vai alla sezione 9 (La ringraziamo per aver partecipato al nostro studio).