

ECHOES: European Community Health Worker Internet Survey

(ECHOES: Italian)

ECHOES: European Community Health Worker Internet Survey

Ti diamo il benvenuto nel più ampio sondaggio mai realizzato dedicato agli operatori della community impegnati sulle tematiche della salute, cui ci riferiremo da qui in avanti con la definizione "Community Health Worker"; il sondaggio è attualmente online in tutta Europa.

Ti invitiamo a partecipare se...

- hai almeno 18 anni;
- lavori, o hai lavorato negli ultimi 12 mesi, con uomini gay, bisessuali e altri uomini che fanno sesso con uomini (MSM);
- offri sostegno sui temi della salute sessuale a uomini gay, bisessuali e altri MSM in luoghi gestiti dalla community (non in un ospedale o una clinica).

Di che cosa si tratta?

Il sondaggio ECHOES indaga su conoscenze, attitudini e pratiche dei/le Community Health Worker (CHW) che offrono sostegno sui temi della salute sessuale a uomini gay, bisessuali e altri MSM. Uno degli obiettivi è quello di individuare il tipo di supporto, di training e di nuove competenze necessari e desiderati dai CHW.

I/le Community Health Worker (CHW) vengono definiti/e in molti modi diversi, tra cui *operatore di strada, promotore di salute, peer educator (od operatore pari), consulente della community in tema di salute ecc.*, quindi ogni qualvolta nel sondaggio troverai la definizione 'Community Health Worker' (o 'CHW'), intendiamo riferirci a:

una persona che offre sostegno sui temi della salute sessuale e di HIV/AIDS, epatiti virali e altre Infezioni Trasmissibili Sessualmente (ITS) a uomini gay, bisessuali e ad altri MSM. Un/a CHW si occupa di promozione della salute o di servizi di salute pubblica in luoghi gestiti dalla community (non in un ospedale o una clinica).

Le tue risposte sono totalmente **anonime e confidenziali**. Nessuno tra coloro che esamineranno i risultati dello studio sarà in grado di identificarti in alcun modo.

La tua partecipazione è volontaria. Ti chiediamo di prenderti il tempo necessario per decidere se ti senti di prendervi parte.

Quanto tempo è necessario per completare il sondaggio?

Ti serviranno circa 15-20 minuti per portarlo a termine. Potrai farlo da qualsiasi dispositivo con accesso a Internet, ma l'utilizzo di uno schermo ampio potrebbe velocizzare il tuo compito. Il sondaggio è costituito da 10 sezioni.

E riguardo alla protezione dei dati?

Noi **garantiamo** il tuo anonimato. **NON** terremo traccia dell'indirizzo IP del tuo computer, né vi installeremo dei cookies. Non raccoglieremo alcuna informazione che possa consentire ad altri di identificarti. Ciò implica che, una volta iniziato il sondaggio, dovrai rispondere a tutte le domande in una sola sessione. Per assicurare la totale efficacia della ricerca, ti chiediamo la cortesia di rispondere a TUTTE le domande.

Chi siamo?

Siamo un gruppo di ricercatori internazionali e operatori sanitari appartenenti a istituti di salute pubblica, università e organizzazioni non governative, impegnati nei settori della salute sessuale e dei diritti umani. Il progetto è finanziato dallo Health Programme 2014-2020 della Commissione Europea (http://ec.europa.eu/chafea/health/tender-38-2015_en.html). Include i Paesi membri della UE e inoltre Bosnia-Erzegovina, Islanda, Moldavia, Norvegia, Russia, Serbia e Svizzera.

Quando saranno disponibili i risultati del sondaggio?

I risultati del sondaggio ECHOES saranno pubblicati nei primi mesi del 2018. Saranno consultabili sul sito web del progetto www.esticom.eu.

Consenso

Ti chiediamo la cortesia di selezionare **tutte e tre** le affermazioni qui di seguito. Ciò ci consentirà di comprendere se vuoi prendere parte al sondaggio e se hai capito in che cosa consiste. (ECHOES2017)

1)

COMPULSORY QUESTION

- Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra riportate. Ho compreso che il mio anonimato sarà garantito e che non sarà possibile collegare a me le informazioni che fornirò. **[seleziona per confermare]**

2)

COMPULSORY QUESTION

- Ho inteso che la mia partecipazione è volontaria e che sono libero/a di ritirarmi in qualsiasi momento. **[seleziona per confermare]**

3)

COMPULSORY QUESTION

- Selezionando questo box, fornisco il mio consenso a partecipare al sondaggio. **[seleziona per confermare]**

Ti chiediamo di completare questo sondaggio UNA SOLA VOLTA.

[ECHOES]

Per favore, leggi attentamente le domande che seguono.

Negli ultimi 12 mesi hai offerto sostegno sui temi della salute sessuale a uomini gay, bisessuali e altri MSM in un **luogo gestito dalla community (non un ospedale o una clinica)?**

COMPULSORY QUESTION

No Sì

In quale Paese hai **lavorato più frequentemente** negli **ultimi 12 mesi**, offrendo sostegno sui temi della salute sessuale a uomini gay, bisessuali e ad altri MSM in un luogo gestito dalla community? (country_worked_in)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NEGLI ULTIMI 12 MESI HAI OFFERTO SOSTEGNO SUI TEMI DELLA SALUTE SESSUALE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM IN UN LUOGO GESTITO DALLA COMMUNITY (NON UN OSPEDALE O UNA CLINICA)? IS ANY OF SI

COMPULSORY QUESTION

[Per favore seleziona una risposta]

Austria
Belgio
Bosnia-Erzegovina
Bulgaria
Croazia
Cipro
Repubblica Ceca
Danimarca
Estonia
Finlandia
Francia
Germania
Grecia
Ungheria
Islanda
Irlanda
Italia
Lettonia
Lituania
Lussemburgo
Malta
Moldavia
Olanda
Norvegia
Polonia
Portogallo
Romania
Russia
Serbia
Slovacchia
Slovenia
Spagna
Svezia
Svizzera
Ucraina
Regno Unito
Altri Paesi

[Pagina di uscita - non CHW]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NEGLI ULTIMI 12 MESI HAI OFFERTO SOSTEGNO SUI TEMI DELLA SALUTE SESSUALE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM IN UN LUOGO GESTITO DALLA COMMUNITY (NON UN OSPEDALE O UNA CLINICA)? IS ANY OF NO

A quanto pare non rispondi ai requisiti di partecipazione al sondaggio. Questa ricerca vuole indagare sui/le Community Health Worker che abbiano offerto sostegno sui temi della salute sessuale a uomini gay, bisessuali e ad altri MSM negli ultimi 12 mesi. I risultati saranno pubblicati in tutta Europa nel 2018. Puoi trovare ulteriori informazioni sul sito www.esticom.eu.

[Pagina di uscita - Paese non partecipante]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IN QUALE PAESE HAI LAVORATO PIÙ FREQUENTEMENTE NEGLI ULTIMI 12 MESI, OFFRENDO SOSTEGNO SUI TEMI DELLA SALUTE SESSUALE A UOMINI GAY, BISESSUALI E AD ALTRI MSM IN UN LUOGO GESTITO DALLA COMMUNITY? IS ANY OF ALTRI PAESI

A quanto pare non rispondi ai requisiti di partecipazione al sondaggio. Questa ricerca riguarda i/le CHW che lavorano negli Stati membri della UE o in Bosnia-Erzegovina, Islanda, Moldavia, Norvegia, Russia, Serbia e Svizzera. I risultati saranno pubblicati in tutta Europa nel 2018. Puoi trovare ulteriori informazioni sul sito www.esticom.eu.

SEZIONE 1: Informazioni su di te

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IN QUALE PAESE HAI LAVORATO PIÙ FREQUENTEMENTE NEGLI ULTIMI 12 MESI, OFFRENDO SOSTEGNO SUI TEMI DELLA SALUTE SESSUALE A UOMINI GAY, BISESSUALI E AD ALTRI MSM IN UN LUOGO GESTITO DALLA COMMUNITY? IS ANY OF AUSTRIA, BELGIO, BOSNIA-ERZEGOVINA, BULGARIA, CROAZIA, CIPRO, REPUBBLICA Ceca, DANIMARCA, ESTONIA, FINLANDIA, FRANCIA, GERMANIA, GRECIA, UNGHERIA, ISLANDA, IRLANDA, ITALIA, LETTONIA, LITUANIA, LUSSEMBURGO, MALTA, MOLDAVIA, OLANDA, NORVEGIA, POLONIA, PORTOGALLO, ROMANIA, RUSSIA, SERBIA, SLOVACCHIA, SLOVENIA, SPAGNA, SVEZIA, SVIZZERA, UCRAINA, REGNO UNITO

Questa sezione contiene alcune semplici domande che ti riguardano. Ci aiuterà a descrivere coloro che avranno completato il sondaggio.

Quanti anni hai ?

COMPULSORY QUESTION

[Per favore seleziona una risposta]

17 o meno di 17
18
19
20
21
22
23
24
25

26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75 o più di 75

Quale tra le seguenti definizioni meglio descrive ciò che pensi di te stesso/a?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

COMPULSORY QUESTION

- Uomo
- Donna
- Non-binario
- Altro
- Preferisco non rispondere

Pensando alla risposta data alla domanda precedente, eri stato/a definito/a in questo modo al momento della nascita?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE TRA LE SEGUENTI DEFINIZIONI MEGLIO DESCRIVE CIÒ CHE PENSI DI TE STESSO/A? IS ANY OF UOMO, DONNA

- No
- Sì
- Non lo so/Non ne sono sicuro/a

Quale tra le seguenti definizioni meglio descrive ciò che pensi di te stesso/a?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

COMPULSORY QUESTION

- Gay
- Omosessuale
- Lesbica
- Bisessuale
- Queer
- Eterosessuale
- Altre definizioni
- Di solito non uso una definizione

Pensando a tutte le persone che ti conoscono (compresi famigliari, amici/he e colleghi/e di lavoro o studio) quanti lo sanno?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

- Tutti o quasi tutti
- Più della metà
- Meno della metà
- Pochi
- Nessuno

Ritieni di appartenere a una minoranza etnica o razziale nel Paese in cui vivi?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

- No
- Sì

Di quale minoranza fai parte?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION RITIENI DI APPARTENERE A UNA MINORANZA ETNICA O RAZZIALE NEL PAESE IN CUI VIVI? IS ANY OF SI

Nel tuo ruolo di CHW, lavori in...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

- un paese/una zona rurale - fino a 5.000 abitanti
- una cittadina - fino a 20.000 abitanti
- una città di piccole dimensioni - fino a 100.000 abitanti
- una città di medie dimensioni - fino a 500.000 abitanti
- una grande città/metropoli - oltre 500.000 abitanti

Quanti anni hai dedicato a tempo pieno agli studi dall'età di 16 anni?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

[Per favore seleziona una risposta]

- Nessuno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Più di 10

Quale tra le frasi seguenti senti più vicina alla tua situazione economica?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

- Vivo molto agiatamente grazie al mio attuale reddito
- Vivo agiatamente grazie al mio attuale reddito
- Col mio attuale reddito non vivo agiatamente ma non ho particolari disagi
- Vivo faticosamente a causa del mio attuale reddito
- Vivo in maniera molto disagiata a causa del mio attuale reddito

Qual è la tua lingua madre?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

[Per favore seleziona una risposta]

- Bulgaro
- Croato
- Ceco
- Danese
- Olandese
- Inglese
- Estone
- Finlandese
- Francese
- Tedesco
- Greco
- Ungherese
- Italiano
- Lettone
- Lituano
- Norvegese
- Polacco
- Portoghese
- Rumeno
- Russo
- Serbo
- Sloveno
- Spagnolo
- Svedese
- Ucraino
- Altra lingua non elencata

Per favore, scrivi quale è la tua lingua madre.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUAL È LA TUA LINGUA MADRE? IS ANY OF UCRAINO

Oltre alla tua lingua madre, quali altre lingue parli fluentemente? (seleziona tutte quelle che vuoi indicare)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 O PIÙ DI 75

- Inglese

- Francese
- Tedesco
- Italiano
- Polacco
- Russo
- Spagnolo
- Nessuna di quelle sopra riportate

[Pagina di uscita - Minore di 18 anni]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 17 O MENO DI 17

A quanto pare non rispondi ai requisiti di partecipazione al sondaggio. Questa ricerca vuole indagare sui/le CHWs dai 18 anni in su. I risultati saranno pubblicati in tutta Europa nel 2018. Puoi trovare ulteriori informazioni sul sito www.esticom.eu.

[Pagina di uscita 1 - Persone che non rispondono ai requisiti della ricerca]

THIS IS AN EXIT PAGE PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NEGLI ULTIMI 12 MESI HAI OFFERTO SOSTEGNO SUI TEMI DELLA SALUTE SESSUALE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM IN UN LUOGO GESTITO DALLA COMMUNITY (NON UN OSPEDALE O UNA CLINICA)? IS ANY OF NO OR ANSWER TO QUESTION IN QUALE PAESE HAI LAVORATO PIÙ FREQUENTEMENTE NEGLI ULTIMI 12 MESI, OFFRENDO SOSTEGNO SUI TEMI DELLA SALUTE SESSUALE A UOMINI GAY, BISESSUALI E AD ALTRI MSM IN UN LUOGO GESTITO DALLA COMMUNITY? IS ANY OF ALTRI PAESI OR ANSWER TO QUESTION QUANTI ANNI HAI ? IS ANY OF 17 O MENO DI 17

Ci spiace che non ti sia stata data la possibilità di completare il sondaggio ECHOES. Il sondaggio sarà concluso il **31 gennaio 2018**. Puoi comunque esserci di aiuto condividendo questo link con coloro che pensi possano essere interessati:

echoesurvey.eu

Come posso fare una domanda riguardante il sondaggio?

Il team ECHOES è ospitato presso l'Università di Brighton, nel Regno Unito. Puoi inviare una email al team ECHOES a questo indirizzo: echoesurvey@brighton.ac.uk. Saremo felici di discutere il sondaggio con te.

Dove potrò trovare ulteriori informazioni una volta che i risultati del sondaggio saranno stati pubblicati?

Il report con i risultati del sondaggio sarà prodotto all'inizio del 2018. Sarà pubblicato sul sito web del progetto www.esticom.eu.

SEZIONE 2: Il tuo lavoro, la tua condizione di impiego, la tua organizzazione

Questa sezione del sondaggio indaga sul tuo **ruolo lavorativo** (retribuito o non retribuito) di CHW che fornisce sostegno sui temi della salute sessuale a uomini gay, bisessuali e ad altri MSM. Tale supporto sulla salute sessuale potrebbe riguardare HIV/AIDS, epatiti virali o altre IST. Se attualmente non ricopri il ruolo di CHW, ti chiediamo di rispondere facendo riferimento al tuo più recente ruolo di CHW degli ultimi 12 mesi.

Ricorda: Con CHW facciamo riferimento a *Community Health Worker* (o ad altri termini correlati).

Sappiamo che molte persone non utilizzano la definizione 'Community Health Worker'. Come descriveresti il tuo ruolo lavorativo? - per esempio operatore di strada, operatore sui temi della salute sessuale, promotore di salute, ecc.

COMPULSORY QUESTION

Quale delle situazioni che seguono meglio descrive la tua attuale condizione di CHW?

Tempo pieno = 30 ore/oltre 30 ore settimanali

Part-time = meno di 30 ore settimanali

- Dipendente/collaboratore (retribuito/a) - a tempo pieno
- Dipendente/collaboratore (retribuito/a) - part-time
- Libero/a professionista/consulente (retribuito/a) - a tempo pieno
- Libero/a professionista/consulente (retribuito/a) - part-time
- Volontario/a (non retribuito/a)- a tempo pieno
- Volontario/a (non retribuito/a)- part-time

La tua posizione è...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE DELLE SITUAZIONI CHE SEGUONO MEGLIO DESCRIVE LA TUA ATTUALE CONDIZIONE DI CHW? TEMPO PIENO = 30 ORE/OLTRE 30 ORE SETTIMANALI PART-TIME = MENO DI 30 ORE SETTIMANALI IS ANY OF DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) - A TEMPO PIENO, DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) - PART-TIME

- A tempo determinato/temporanea
- A tempo indeterminato/permanente

Per il tuo lavoro di CHW il tuo compenso è...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE DELLE SITUAZIONI CHE SEGUONO MEGLIO DESCRIVE LA TUA ATTUALE CONDIZIONE DI CHW? TEMPO PIENO = 30 ORE/OLTRE 30 ORE SETTIMANALI PART-TIME = MENO DI 30 ORE SETTIMANALI IS ANY OF DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) - A TEMPO PIENO, DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) - PART-TIME

- Fisso - sono stipendiato/a
- Variabile - sono pagato/a a ore

Quale tra le seguenti definizioni meglio descrive il tuo status quando **non** svolgi il ruolo di CHW?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE DELLE SITUAZIONI CHE SEGUONO MEGLIO DESCRIVE LA TUA ATTUALE CONDIZIONE DI CHW? TEMPO PIENO = 30 ORE/OLTRE 30 ORE SETTIMANALI PART-TIME = MENO DI 30 ORE SETTIMANALI IS ANY OF DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) - PART-TIME, LIBERO/A PROFESSIONISTA/CONSULENTE (RETRIBUITO/A) - A TEMPO PIENO, LIBERO/A PROFESSIONISTA/CONSULENTE (RETRIBUITO/A) - PART-TIME, VOLONTARIO/A (NON RETRIBUITO/A)- A TEMPO PIENO, VOLONTARIO/A (NON RETRIBUITO/A)- PART-TIME

- Non pertinente (il mio unico ruolo è quello di CHW)
- Dipendente - a tempo pieno o part-time
- Libero/a professionista/consulente - a tempo pieno o part-time

- Disoccupato/a
- Volontario/a (in un ruolo diverso da CHW)
- Pensionato/a
- Studente

Quale definizione meglio descrive la tua qualifica quando **non** svolgi il ruolo di CHW? (una sola scelta)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE TRA LE SEGUENTI DEFINIZIONI MEGLIO DESCRIVE IL TUO STATUS QUANDO NON SVOLGI IL RUOLO DI CHW? IS ANY OF DIPENDENTE – A TEMPO PIENO O PART-TIME, LIBERO/A PROFESSIONISTA/CONSULENTE - A TEMPO PIENO O PART-TIME, VOLONTARIO/A (IN UN RUOLO DIVERSO DA CHW)

- Dottore in medicina (clinico o altra specializzazione)
- Medico di base
- Medico infettivologo (HIV o specialista nella salute sessuale)
- Lavoratore/rice dipendente
- Collaboratore/rice familiare
- Operatore/rice nell'accoglienza abitativa o nell'assistenza alle persone senza fissa dimora
- Operatore/rice nei centri di salute mentale
- Infermiere/a professionale
- Detenuto/a in borsa-lavoro
- Assistente sociale
- Operatore/rice nel campo delle dipendenze
- Insegnante o altra professione educativa
- Operatore/rice in attività rivolte ai minori
- Altra qualifica non elencata
- Nessuna delle definizioni sopra riportate

Per favore, indica il tuo ruolo lavorativo quando **non** svolgi i compiti di CHW.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE DEFINIZIONE MEGLIO DESCRIVE LA TUA QUALIFICA QUANDO NON SVOLGI IL RUOLO DI CHW? (UNA SOLA SCELTA) IS ANY OF NESSUNA DELLE DEFINIZIONI SOPRA RIPORTATE

SEZIONE 2 (seconda parte):

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE DELLE SITUAZIONI CHE SEGUONO MEGLIO DESCRIVE LA TUA ATTUALE CONDIZIONE DI CHW? TEMPO PIENO = 30 ORE/OLTRE 30 ORE SETTIMANALI PART-TIME = MENO DI 30 ORE SETTIMANALI IS ANY OF DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) – A TEMPO PIENO, DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) – PART-TIME, VOLONTARIO/A (NON RETRIBUITO/A)- A TEMPO PIENO, VOLONTARIO/A (NON RETRIBUITO/A)- PART-TIME

La tua organizzazione

Quando svolgi il tuo ruolo di CHW, quale tra le seguenti definizioni meglio descrive il tipo di organizzazione per cui lavori? Se lavori come CHW per più di un'organizzazione, ti chiediamo di rispondere riferendoti a quella principale.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALE DELLE SITUAZIONI CHE SEGUONO MEGLIO DESCRIVE LA TUA ATTUALE CONDIZIONE DI CHW? TEMPO PIENO = 30 ORE/OLTRE 30 ORE SETTIMANALI PART-TIME = MENO DI 30 ORE SETTIMANALI IS ANY OF DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) – A TEMPO PIENO, DIPENDENTE/COLLABORATORE (RETRIBUITO/A) – PART-TIME, VOLONTARIO/A (NON RETRIBUITO/A)- A TEMPO PIENO, VOLONTARIO/A (NON RETRIBUITO/A)- PART-TIME

- Privata non-profit - per esempio organizzazione non governativa, ente di beneficenza, organizzazione della società civile, associazione di pazienti, associazione di volontariato
- Privata profit/organizzazione commerciale
- Ente pubblico/ente locale/ente governativo
- Altro

Qual è l'attività prevalente di questa organizzazione?

- Salute sessuale
- Salute in generale - per esempio ospedale, clinica, salute della community, medicina generale
- Esigenze specifiche della popolazione LGBT
- Salute mentale e/o benessere
- Sostegno per persone che consumano sostanze
- Religione
- Educazione - per esempio scuola, università
- Assistenza abitativa e/o a persone senza dimora
- Advocacy
- Trasporti
- Carcere/misure alternative
- Altro

Qual è approssimativamente la dimensione dell'organizzazione con riferimento al numero di persone che vi lavorano (sia retribuite che non retribuite)?

- Fino a 5 persone
- Tra 6 e 9 persone
- Tra 10 e 49 persone
- Tra 50 e 249 persone
- Da 250 persone in su
- Non lo so

Secondo quanto ti risulta, su quali fonti economiche fa conto questa organizzazione? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

- Contributi dal governo nazionale e/o dagli enti locali
- Beneficenza/donazioni private
- Attività di raccolta fondi
- Finanziamenti europei
- Entrate relative ai servizi offerti - per esempio formazione
- Altro
- Non lo so

SEZIONE 3: Nel tuo ruolo di CHW, di che cosa ti occupi?

Uno degli obiettivi del sondaggio è comprendere quali sono i compiti effettivamente svolti dai/le CHW. Siamo quindi interessati al **tuo personale coinvolgimento** nelle attività previste dal tuo ruolo di CHW negli **ultimi 12 mesi**. Queste attività sono connesse al sostegno in tema di salute sessuale che offri a uomini gay, bisessuali e ad altri MSM per quanto riguarda HIV/AIDS, epatiti virali o altre IST. Se attualmente non ricopri il ruolo di CHW, ti chiediamo di rispondere facendo riferimento al tuo più recente ruolo come CHW negli ultimi 12 mesi.

Nota: Se ne sentirai la necessità, potrai sempre tornare indietro e modificare le tue risposte. Potrai anche de-selezionare le opzioni precedentemente scelte se ti renderai conto che non sono adatte alla tua situazione.

Mi occupo di... (seleziona tutte le risposte pertinenti, anche se il tuo coinvolgimento non è rilevante)

COMPULSORY QUESTION

- Prevenzione** di HIV, epatiti virali e/o altre IST (ciò potrebbe includere, pur senza limitarsi a quanto descritto di seguito, preservativi, pratiche di safer sex, vaccinazioni, PrEP, PEP, utilizzo di sostanze, salute mentale, ecc.)
- Screening e/o testing** per HIV, epatiti virali e/o altre IST (ciò potrebbe includere, pur senza limitarsi a quanto descritto di seguito, importanza del sottoporsi agli screening/test, counselling pre- e post-test, procedure di esecuzione degli screening/test, ecc.)
- Trattamento e/o sostegno** per HIV, epatiti virali e/o altre IST (ciò potrebbe includere, pur senza limitarsi a quanto descritto di seguito, trattamenti per HIV/AIDS, epatiti virali e altre IST, supporto all'aderenza terapeutica, riferimento ai servizi sanitari, ecc.)
- Nulla di quanto descritto qui sopra

In quali attività previste dal ruolo di CHW sei coinvolto/a?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF NULLA DI QUANTO DESCRITTO QUI SOPRA

Prevenzione di HIV, epatiti virali e altre IST

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF PREVENZIONE DI HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, PRESERVATIVI, PRATICHE DI SAFER SEX, VACCINAZIONI, PREP, PEP, UTILIZZO DI SOSTANZE, SALUTE MENTALE, ECC.)

Le domande seguenti fanno riferimento alle attività di **PREVENZIONE** di cui ti sei **occupato/a personalmente** quando negli **ultimi 12 mesi** hai offerto sostegno in tema di salute sessuale a uomini gay, bisessuali e altri MSM relativamente ad HIV, epatiti virali e altre IST.

Nell'ambito della prevenzione, mi occupo delle seguenti attività... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

- Trasmissione di informazioni
- Interventi - per esempio attività di outreach
- Invio ai servizi e aggancio alle cure
- Attività strategiche e amministrative - per esempio rendicontazioni, gestione
- Non mi occupo di attività di prevenzione

Nell'ambito della prevenzione, mi occupo di **fornire informazioni su**... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI

	Tutti i giorni o quasi tutti i giorni	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Modalità di trasmissione di HIV, epatiti virali e/o altre IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pratiche di safer sex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sottoporsi ai test e conoscere la propria condizione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaccinazioni e trattamenti preventivi (vaccinazioni per le epatiti, PrEP o PEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trattamenti/farmaci per HIV/AIDS, epatiti virali e/o altre IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aderenza ai trattamenti/farmaci per HIV/ AIDS, epatiti virali e/o altre IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo di sostanze per via iniettiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo di altre sostanze - per esempio alcool, marijuana, cocaina, ketamina, ecc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chemsex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salute in generale e stili di vita sani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salute mentale, compreso il counselling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segnalazioni per esempio su test, supporto gay-friendly	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altre attività o temi non in elenco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Di quale altra attività o tematica non elencata qui sopra ti sei occupato/a fornendo informazioni?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DI FORNIRE INFORMAZIONI SU... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRE ATTIVITÀ O TEMI NON IN ELENCO=TUTTI I GIORNI O QUASI TUTTI I GIORNI, ALTRE ATTIVITÀ O TEMI NON IN ELENCO=UNA O PIÙ VOLTE LA SETTIMANA, ALTRE ATTIVITÀ O TEMI NON IN ELENCO=UNA VOLTA OGNI DUE SETTIMANE O PIÙ SPESSO, ALTRE ATTIVITÀ O TEMI NON IN ELENCO=UNA VOLTA AL MESE O MENO

Nell'ambito della prevenzione, mi occupo/a di **realizzare questi interventi**...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF INTERVENTI - PER ESEMPIO ATTIVITÀ DI OUTREACH

	Tutti i giorni o quasi tutti i giorni	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Sostegno in tema di salute sessuale - per esempio distribuzione di preservativi e lubrificanti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno all'utilizzo di sostanze - per esempio distribuzione di siringhe sterili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno all'utilizzo o all'accesso alla Profilassi Pre-Esposizione (PrEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno all'utilizzo o all'accesso alla Profilassi Post-Esposizione (PEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cibo, acqua e altri generi di prima necessità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pronto soccorso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientamento lavorativo, sostegno nella ricerca di abitazione ed economico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno alla salute in generale e a stili di vita sani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno alla modifica dei comportamenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno alla salute mentale, incluso il counselling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno mirato tra pari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostegno online e sui social media	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altre attività non elencate qui sopra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Di quali altre attività non elencate qui sopra ti occupi?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO/A DI REALIZZARE QUESTI INTERVENTI... IS ANY OF ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=TUTTI I GIORNI O QUASI TUTTI I GIORNI, ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=UNA O PIÙ VOLTE LA SETTIMANA, ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=UNA VOLTA OGNI DUE SETTIMANE O PIÙ SPESSO, ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=UNA VOLTA AL MESE O MENO

Nell'ambito della prevenzione, mi occupo di **referire** uomini gay, bisessuali e altri MSM a... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF INVIO AI SERVIZI E AGGANCIO ALLE CURE

	Ogni giorno o quasi ogni giorno	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Ospedali, ambulatori, medico di base o altri medici specialisti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizi per la salute mentale, compreso il counselling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associazioni di volontariato o della community in ambito socio-sanitario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polizia - per esempio per la denuncia di atti di omofobia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizi sociali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizi religiosi/spirituali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centri sociali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizi di distribuzione pasti/mense	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizi di sostegno per utilizzatori di sostanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Altri servizi od organizzazioni non elencati qui sopra

Nell'ambito della prevenzione, a quali altri servizi od organizzazioni non elencati qui sopra invii i clienti?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DI RIFERIRE UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM A... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRI SERVIZI OD ORGANIZZAZIONI NON ELENCATI QUI SOPRA=OGNI GIORNO O QUASI OGNI GIORNO, ALTRI SERVIZI OD ORGANIZZAZIONI NON ELENCATI QUI SOPRA=UNA O PIÙ VOLTE LA SETTIMANA, ALTRI SERVIZI OD ORGANIZZAZIONI NON ELENCATI QUI SOPRA=UNA VOLTA OGNI DUE SETTIMANE O PIÙ SPESSO, ALTRI SERVIZI OD ORGANIZZAZIONI NON ELENCATI QUI SOPRA=UNA VOLTA AL MESE O MENO

Nell'ambito della prevenzione, mi occupo delle seguenti attività **strategiche e amministrative...** (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

	Ogni giorno o quasi ogni giorno	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Advocacy e networking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo di interventi, attività di outreach e sostegno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partecipazione ad attività di ricerca e/o di valutazione dei bisogni della community	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marketing, promozione e attività sui media	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoraggio, valutazione e rendicontazione delle attività dell'organizzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raccolta fondi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo delle risorse umane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altre attività non elencate qui sopra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Di quale altra attività strategica e amministrativa legata alla prevenzione ti occupi?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=OGNI GIORNO O QUASI OGNI GIORNO, ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=UNA O PIÙ VOLTE LA SETTIMANA, ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=UNA VOLTA OGNI DUE SETTIMANE O PIÙ SPESSO, ALTRE ATTIVITÀ NON ELENcate QUI SOPRA=UNA VOLTA AL MESE O MENO

[Contesti della prevenzione]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF PREVENZIONE DI HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, PRESERVATIVI, PRATICHE DI SAFER SEX, VACCINAZIONI, PREP, PEP, UTILIZZO DI SOSTANZE, SALUTE MENTALE, ECC.) AND ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI, INTERVENTI - PER ESEMPIO ATTIVITÀ DI OUTREACH, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

Ripensando ora a tutte le risposte che hai dato nella sezione precedente sulle attività di **PREVENZIONE...**

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI, INTERVENTI - PER ESEMPIO ATTIVITÀ DI OUTREACH, INVIO AI SERVIZI E AGGANCIO ALLE CURE, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

Dove svolgi le attività di **PREVENZIONE** relative a HIV/AIDS, epatiti virali e IST rivolte a uomini gay, bisessuali e altri MSM? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI, INTERVENTI - PER ESEMPIO ATTIVITÀ DI OUTREACH, INVIO AI SERVIZI E AGGANCIO ALLE CURE, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

- Luoghi di incontro gay/gay friendly - per esempio bar, locali
- Centri gestiti dalla community - per esempio drop-in, strutture di accoglienza
- Contesti esterni - per esempio zone di cruising
- Strutture statali/pubbliche - per esempio istituti scolastici, carceri
- Luoghi privati - per esempio case private, hotel
- Online o tramite posta - per esempio siti web, app per smartphone, servizi postali
- Altro
- Nessuno di questi luoghi

Quali luoghi di ritrovo gay/gay friendly? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF LUOGHI DI INCONTRO GAY/GAY FRIENDLY - PER ESEMPIO BAR, LOCALI

- Caffè/ristoranti
- Bar/pub/locali/feste
- Cinema porno
- Negozi - per esempio fetish, libri, video

- Saune
- Locali per la prostituzione maschile
- Altro
- Nessuno di questi luoghi

Quali altri luoghi di ritrovo gay/gay-friendly?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI LUOGHI DI RITROVO GAY/GAY FRIENDLY? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali centri gestiti dalla community? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF CENTRI GESTITI DALLA COMMUNITY - PER ESEMPIO DROP-IN, STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

- Drop-in, centri o associazioni della community
- Strutture per l'accoglienza dei migranti
- Dormitori, centri di accoglienza
- Servizi di distribuzione pasti/mense
- Centri sociali
- Eventi in occasione del Pride, cortei/manifestazioni
- Altro
- Nessuno di questi centri

Quali altri centri gestiti dalla community?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI CENTRI GESTITI DALLA COMMUNITY? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali contesti esterni? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF CONTESTI ESTERNI - PER ESEMPIO ZONE DI CRUISING

- Unità mobili - per esempio camper, furgoni
- Strade o spazi pubblici
- Zone di cruising
- Eventi sportivi
- Altro
- Nessuno di questi contesti

Quali altri contesti esterni?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI CONTESTI ESTERNI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali strutture statali/pubbliche? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF STRUTTURE STATALI/PUBBLICHE - PER ESEMPIO ISTITUTI SCOLASTICI, CARCERI

- Istituti scolastici
- Carceri
- Servizi sociali statali
- Altro
- Nessuna di queste strutture

Quali altre strutture statali/pubbliche?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI STRUTTURE STATALI/PUBBLICHE? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali luoghi privati? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF LUOGHI PRIVATI - PER ESEMPIO CASE PRIVATE, HOTEL

- Case private/dimore
- Strutture di assistenza residenziali
- Hotel
- Altro
- Nessuno di questi luoghi

Quali altri luoghi privati?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI LUOGHI PRIVATI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali mezzi di comunicazione online o postali? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ONLINE O TRAMITE POSTA - PER ESEMPIO SITI WEB, APP PER SMARTPHONE, SERVIZI POSTALI

- Sito web o chat online
- App per smartphone
- Helpline telefonica
- Social media
- Servizi postali - per esempio per l'invio di preservativi, kit per i test
- Altro
- Nessuno di questi mezzi di comunicazione

Quali altri mezzi di comunicazione online o postali?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI MEZZI DI COMUNICAZIONE ONLINE O POSTALI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

In quali altri contesti, non elencati qui sopra, svolgi attività di prevenzione?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Screening e/o test per HIV, epatiti virali e altre IST

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF SCREENING E/O TESTING PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, IMPORTANZA DEL SOTTOPORSI AGLI SCREENING/TEST, COUNSELLING PRE- E POST-TEST, PROCEDURE DI ESECUZIONE DEGLI SCREENING/TEST, ECC.)

Le domande seguenti fanno riferimento alle attività di **SCREENING E/O TESTING** di cui ti sei **occupato/a personalmente** quando negli **ultimi 12 mesi** hai offerto sostegno in tema di salute sessuale a uomini gay, bisessuali e altri MSM relativamente ad HIV, epatiti virali e altre IST.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF SCREENING E/O TESTING PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, IMPORTANZA DEL SOTTOPORSI AGLI SCREENING/TEST, COUNSELLING PRE- E POST-TEST, PROCEDURE DI ESECUZIONE DEGLI SCREENING/TEST, ECC.)

Nell'ambito di screening e/o testing, mi occupo delle seguenti attività... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF SCREENING E/O TESTING PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, IMPORTANZA DEL SOTTOPORSI AGLI SCREENING/TEST, COUNSELLING PRE- E POST-TEST, PROCEDURE DI ESECUZIONE DEGLI SCREENING/TEST, ECC.)

- Colloqui e counselling
- Procedure di screening e/o testing
- Invio ai servizi e aggancio alle cure
- Attività strategiche e amministrative - per esempio rendicontazioni, gestione
- Non mi occupo di screening e/o testing

Nell'ambito di screening e/o testing, mi occupo delle seguenti attività di **consulenza e counselling**... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF COLLOQUI E COUNSELLING

	Ogni giorno o quasi ogni giorno	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Offerta di consulenza, informazioni o supporto relativi a screening e/o testing per HIV/epatiti/IST - per esempio sull'importanza di sottoporsi regolarmente ai test, di conoscere la propria condizione sierologica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offerta di consulenza, informazioni o supporto relativi all'aderenza ai farmaci/trattamenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offerta di colloqui pre/post-test e counselling su HIV/epatiti/IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mi occupo delle seguenti procedure di **screening e/o testing**... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF PROCEDURE DI SCREENING E/O TESTING

	Ogni giorno o quasi ogni giorno	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Eseguo screening e/o test per l'HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eseguo screening e/o test per le epatiti virali (B e/o C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eseguo screening e/o test per altre IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quali campioni utilizzi per lo screening e/o testing di HIV, epatiti virali e altre IST? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF PROCEDURE DI SCREENING E/O TESTING

	Prelevo i campioni e li analizzo immediatamente (test rapidi)	Prelevo i campioni e li invio al laboratorio di analisi	Fornisco self-sampling kit ai clienti, che eseguono il prelievo da sé	Non eseguo procedure di screening e/o testing
Campioni di sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamponi (uretrali, rettali, orali, faringei)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campioni di urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nell'ambito di screening e/o testing, mi occupo di **referire o agganciare uomini gay, bisessuali e altri MSM** a... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF INVIO AI SERVIZI E AGGANCIAMENTO ALLE CURE

- Ospedali, ambulatori, medico di base o altri medici specialisti
- Associazioni di volontariato o della community in ambito socio-sanitario
- Altri servizi/altro supporto
- Non mi occupo di invio allo screening e/o testing

Nell'ambito di screening e/o testing, mi occupo delle seguenti **attività strategiche e amministrative** ... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

	Ogni giorno o quasi ogni giorno	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Advocacy e networking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo di interventi, attività di outreach e sostegno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partecipazione ad attività di ricerca e/o di valutazione dei bisogni della community	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marketing, promozione e attività sui media	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoraggio, valutazione e rendicontazione delle attività dell'organizzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raccolta fondi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo delle risorse umane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Di quali altre attività strategiche e amministrative relative a screening e/o testing ti occupi?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO=OGNI GIORNO O QUASI OGNI GIORNO, ALTRO=UNA O PIÙ VOLTE LA SETTIMANA, ALTRO=UNA VOLTA OGNI DUE SETTIMANE O PIÙ SPESSO, ALTRO=UNA VOLTA AL MESE O MENO

[Contesti di screening e/o testing]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF SCREENING E/O TESTING PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, IMPORTANZA DEL SOTTOPORSI AGLI SCREENING/TEST, COUNSELLING PRE- E POST-TEST, PROCEDURE DI ESECUZIONE DEGLI SCREENING/TEST, ECC.) AND ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF COLLOQUI E COUNSELLING, PROCEDURE DI SCREENING E/O TESTING, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

Ripensando ora a tutte le risposte che hai dato nella sezione precedente sullo **SCREENING E/O TESTING**...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF COLLOQUI E COUNSELLING, PROCEDURE DI SCREENING E/O TESTING, INVIO AI SERVIZI E AGGANCIAMENTO ALLE CURE, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

Dove svolgi le attività di **SCREENING E/O TESTING** relative a HIV/AIDS, epatiti virali e IST rivolte a uomini gay, bisessuali e altri MSM? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF COLLOQUI E COUNSELLING, PROCEDURE DI SCREENING E/O TESTING, INVIO AI SERVIZI E AGGANCIAMENTO ALLE CURE, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

- Luoghi di incontro gay/gay friendly - per esempio bar, locali
- Centri gestiti dalla community - per esempio drop-in, strutture di accoglienza
- Contesti esterni - per esempio zone di cruising
- Strutture statali/pubbliche - per esempio istituti scolastici, carceri
- Luoghi privati - per esempio case private, hotel
- Online o tramite posta - per esempio siti web, app per smartphone, servizi postali
- Altro
- Nessuno di questi luoghi

Quali luoghi di ritrovo gay/gay friendly? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI SCREENING E/O TESTING RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF LUOGHI DI INCONTRO GAY/GAY FRIENDLY - PER ESEMPIO BAR, LOCALI

- Caffè/ristoranti
- Bar/pub/locali/feste
- Cinema porno
- Negozi - per esempio fetish, libri, video
- Saune
- Locali per la prostituzione maschile
- Altro

Nessuno di questi luoghi

Quali altri luoghi di ritrovo gay/gay-friendly?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI LUOGHI DI RITROVO GAY/GAY FRIENDLY? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali centri gestiti dalla community? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI SCREENING E/O TESTING RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF CENTRI GESTITI DALLA COMMUNITY - PER ESEMPIO DROP-IN, STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

- Drop-in, centri o associazioni della community
- Strutture per l'accoglienza dei migranti
- Dormitori, centri di accoglienza
- Servizi di distribuzione pasti/mense
- Centri sociali
- Eventi in occasione del Pride, cortei/manifestazioni
- Altro
- Nessuno di questi centri

Quali altri centri della community?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI CENTRI GESTITI DALLA COMMUNITY? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali contesti esterni? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI SCREENING E/O TESTING RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF CONTESTI ESTERNI - PER ESEMPIO ZONE DI CRUISING

- Unità mobili - per esempio camper, furgoni
- Strade o spazi pubblici
- Zone di cruising
- Eventi sportivi
- Altro
- Nessuno di questi contesti

Quali altri contesti esterni?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI CONTESTI ESTERNI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali strutture statali/pubbliche? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI SCREENING E/O TESTING RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF STRUTTURE STATALI/PUBBLICHE - PER ESEMPIO ISTITUTI SCOLASTICI, CARCERI

- Istituti scolastici
- Carceri
- Servizi sociali statali
- Altro
- Nessuna di queste strutture

Quali altre strutture statali/pubbliche?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI STRUTTURE STATALI/PUBBLICHE? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali luoghi privati? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI SCREENING E/O TESTING RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF LUOGHI PRIVATI - PER ESEMPIO CASE PRIVATE, HOTEL

- Case private/dimore
- Strutture di assistenza residenziali
- Hotel
- Altro
- Nessuno di questi luoghi

Quali altri luoghi privati?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI LUOGHI PRIVATI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali mezzi di comunicazione online o postali? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI SCREENING E/O TESTING RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ONLINE O TRAMITE POSTA - PER ESEMPIO SITI WEB, APP PER SMARTPHONE, SERVIZI POSTALI

- Sito web o chat online
- App per smartphone
- Helpline telefonica
- Social media
- Servizi postali - per esempio per l'invio di preservativi, kit per i test
- Altro
- Nessuno di questi mezzi di comunicazione

Quali altri mezzi di comunicazione online o postali?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI MEZZI DI COMUNICAZIONE ONLINE O POSTALI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

In quali altri contesti, non elencati qui sopra, svolgi attività di screening e/o testing?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI SCREENING E/O TESTING RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO, NESSUNO DI QUESTI LUOGHI

Trattamento e/o sostegno per HIV, epatiti virali e altre IST

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, TRATTAMENTI PER HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E ALTRE IST, SUPPORTO ALL'ADERENZA TERAPEUTICA, RIFERIMENTO AI SERVIZI SANITARI, ECC.)

Le domande seguenti fanno riferimento alle attività di **TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO** di cui ti sei **occupato/a personalmente** quando negli **ultimi 12 mesi** hai offerto servizi in tema di salute sessuale a uomini gay, bisessuali e altri MSM relativamente ad HIV, epatiti virali e altre IST.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, TRATTAMENTI PER HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E ALTRE IST, SUPPORTO ALL'ADERENZA TERAPEUTICA, RIFERIMENTO AI SERVIZI SANITARI, ECC.)

Nell'ambito dei trattamenti e/o sostegno, mi occupo delle seguenti attività... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, TRATTAMENTI PER HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E ALTRE IST, SUPPORTO ALL'ADERENZA TERAPEUTICA, RIFERIMENTO AI SERVIZI SANITARI, ECC.)

- Trasmissione di informazioni
- Interventi - per esempio sostegno all'aderenza
- Invio ai servizi e aggancio alle cure
- Attività strategiche e amministrative - per esempio rendicontazioni, gestione
- Non mi occupo di trattamento e sostegno

Mi occupo di **fornire informazioni** su... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI

- Trattamenti per HIV/AIDS
- Trattamenti per le epatiti virali
- Trattamenti per altre IST
- Counselling e sostegno nell'area della salute mentale

Fornisco informazioni su questi trattamenti per HIV/AIDS (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI FORNIRE INFORMAZIONI SU... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRATTAMENTI PER HIV/AIDS

- Singoli farmaci anti-retrovirali (ARV)
- Terapie anti-retrovirali (ARV) di combinazione
- Altro
- Nessuno di questi trattamenti

Fornisco informazioni su questi trattamenti per le epatiti virali (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI FORNIRE INFORMAZIONI SU... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRATTAMENTI PER LE EPATITI VIRALI

- Vaccini per epatiti A/B
- Interferone pegilato
- Terapie di combinazione/DAA per epatite C
- Antidolorifici - per esempio ibuprofene, paracetamolo
- Altro
- Nessuno di questi trattamenti

Fornisco informazioni su questi trattamenti per altre IST (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI FORNIRE INFORMAZIONI SU... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRATTAMENTI PER ALTRE IST

- Terapie antibiotiche
- Terapie antivirali
- Creme topiche
- Antidolorifici - per esempio, ibuprofene, paracetamolo
- Altro
- Nessuno di questi trattamenti

Nell'ambito dei trattamenti e/o sostegno, mi occupo di **realizzare questi interventi**... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF INTERVENTI - PER ESEMPIO SOSTEGNO ALL'ADERENZA

- Sostegno nella pianificazione dei tempi di assunzione di trattamenti/farmaci
- Sostegno ai clienti sull'aderenza ai trattamenti/farmaci
- Accompagnamento dei clienti in occasione del ritiro di trattamenti/farmaci
- Assistenza nel reperimento e nell'accesso ai trattamenti/farmaci
- Altro

Di quali altri interventi non elencati qui sopra ti occupi?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DI REALIZZARE QUESTI INTERVENTI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Mi occupo di **riferire** uomini gay, bisessuali e altri MSM per trattamenti e sostegno a... (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF INVIO AI SERVIZI E AGGANCIO ALLE CURE

- Ospedali, ambulatori, medico di base o altri medici specialisti
- Associazioni di volontariato o della community in ambito socio-sanitario

- Altri servizi o sostegno
 Non mi occupo di riferire i clienti per i trattamenti o il sostegno

Nell'ambito dei trattamenti e/o sostegno, mi occupo di realizzare queste **attività strategiche e amministrative...** (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

	Ogni giorno o quasi ogni giorno	Una o più volte la settimana	Una volta ogni due settimane o più spesso	Una volta al mese o meno	Mai
Advocacy e networking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo di interventi e attività di sostegno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partecipazione ad attività di ricerca e/o di valutazione dei bisogni della community	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marketing, promozione e attività sui media	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoraggio, valutazione e rendicontazione delle attività dell'organizzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo delle risorse umane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Di quali altre attività strategiche e amministrative relative a trattamenti e sostegno ti occupi?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DI REALIZZARE QUESTE ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO=OGNI GIORNO O QUASI OGNI GIORNO, ALTRO=UNA O PIÙ VOLTE LA SETTIMANA, ALTRO=UNA VOLTA OGNI DUE SETTIMANE O PIÙ SPESSO, ALTRO=UNA VOLTA AL MESE O MENO

[Contesti del trattamento e sostegno]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION MI OCCUPO DI... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI, ANCHE SE IL TUO COINVOLGIMENTO NON È RILEVANTE) IS ANY OF TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO PER HIV, EPATITI VIRALI E/O ALTRE IST (CIÒ POTREBBE INCLUDERE, PUR SENZA LIMITARSI A QUANTO DESCRITTO DI SEGUITO, TRATTAMENTI PER HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E ALTRE IST, SUPPORTO ALL'ADERENZA TERAPEUTICA, RIFERIMENTO AI SERVIZI SANITARI, ECC.) AND ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI, INTERVENTI - PER ESEMPIO SOSTEGNO ALL'ADERENZA, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

Ripensando ora a tutte le risposte che hai dato nella sezione precedente sui **TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO...**

Dove svolgi le attività di **TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO** relative a HIV/AIDS, epatiti virali e IST rivolte a uomini gay, bisessuali e altri MSM? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

- Luoghi di incontro gay/gay friendly - per esempio bar, locali
 Centri gestiti dalla community - per esempio drop-in, strutture di accoglienza
 Contesti esterni - per esempio zone di cruising
 Strutture statali/pubbliche - per esempio istituti scolastici, carceri
 Luoghi privati - per esempio case private, hotel
 Online o tramite posta - per esempio siti web, app per smartphone, servizi postali
 Altro
 Nessuno di questi luoghi

Quali luoghi di ritrovo gay/gay friendly? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF LUOGHI DI INCONTRO GAY/GAY FRIENDLY - PER ESEMPIO BAR, LOCALI

- Caffè/ristoranti
 Bar/pub/locali/feste
 Cinema porno
 Negozi - per esempio fetish, libri, video
 Saune
 Locali per la prostituzione maschile
 Altro
 Nessuno di questi luoghi

Quali altri luoghi di ritrovo gay/gay-friendly?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI LUOGHI DI RITROVO GAY/GAY FRIENDLY? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali centri gestiti dalla community? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF CENTRI GESTITI DALLA COMMUNITY - PER ESEMPIO DROP-IN, STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

- Drop-in, centri o associazioni della community
 Strutture per l'accoglienza dei migranti
 Dormitori, centri di accoglienza

- Servizi di distribuzione pasti/mense
- Centri sociali
- Eventi in occasione del Pride, cortei/manifestazioni
- Altro
- Nessuno di questi centri

Quali altri centri gestiti dalla community?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI CENTRI GESTITI DALLA COMMUNITY? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali contesti esterni? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF CONTESTI ESTERNI - PER ESEMPIO ZONE DI CRUISING

- Unità mobili - per esempio camper, furgoni
- Strade o spazi pubblici
- Zone di cruising
- Eventi sportivi
- Altro
- Nessuno di questi contesti

Quali altri contesti esterni?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI CONTESTI ESTERNI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali strutture statali/pubbliche? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF STRUTTURE STATALI/PUBBLICHE - PER ESEMPIO ISTITUTI SCOLASTICI, CARCERI

- Istituti scolastici
- Carceri
- Servizi sociali statali
- Altro
- Nessuna di queste strutture

Quali altre strutture statali/pubbliche?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI STRUTTURE STATALI/PUBBLICHE? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali luoghi privati? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF LUOGHI PRIVATI - PER ESEMPIO CASE PRIVATE, HOTEL

- Case private/dimore
- Strutture di assistenza residenziali
- Hotel
- Altro
- Nessuno di questi luoghi

Quali altri luoghi privati?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI LUOGHI PRIVATI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Quali mezzi di comunicazione online o postali? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ONLINE O TRAMITE POSTA - PER ESEMPIO SITI WEB, APP PER SMARTPHONE, SERVIZI POSTALI

- Sito web o chat online
- App per smartphone
- Helpline telefonica
- Social media
- Servizi postali - per esempio per l'invio di preservativi, kit per i test
- Altro
- Nessuno di questi mezzi di comunicazione

Quali altri mezzi di comunicazione online o postali?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUALI MEZZI DI COMUNICAZIONE ONLINE O POSTALI? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

In quali altri contesti, non elencati qui sopra, svolgi attività di trattamento e/o sostegno?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DOVE SVOLGI LE ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO E/O SOSTEGNO RELATIVE A HIV/AIDS, EPATITI VIRALI E IST RIVOLTE A UOMINI GAY, BISESSUALI E ALTRI MSM? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO, NESSUNO DI QUESTI LUOGHI

Tempo dedicato alle attività di CHW

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI, INTERVENTI - PER ESEMPIO ATTIVITÀ DI OUTREACH, INVIO AI SERVIZI E AGGANCIAMENTO ALLE CURE, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE OR ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DI SCREENING E/O TESTING, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF COLLOQUI E COUNSELLING, PROCEDURE DI SCREENING E/O TESTING, INVIO AI SERVIZI E AGGANCIAMENTO ALLE CURE, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE OR ANSWER TO QUESTION NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI E/O SOSTEGNO, MI OCCUPO DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ... (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF TRASMISSIONE DI INFORMAZIONI, INTERVENTI - PER ESEMPIO SOSTEGNO ALL'ADERENZA, INVIO AI SERVIZI E AGGANCIAMENTO ALLE CURE, ATTIVITÀ STRATEGICHE E AMMINISTRATIVE - PER ESEMPIO RENDICONTAZIONI, GESTIONE

Ora rifletti sui diversi tipi di attività di cui ti occupi come CHW e sul tempo che dedichi a ciascun compito.

Negli ultimi 12 mesi, che percentuale di tempo hai dedicato nel tuo ruolo di CHW a...

Nota: Il totale dovrebbe raggiungere circa il 100% ma non deve necessariamente essere preciso.

Prevenzione di HIV, epatiti virali e/o altre IST

Screening e/o testing per HIV, epatiti virali e/o altre IST

Trattamenti e/o sostegno per HIV, epatiti virali e/o altre IST

SEZIONE 4: Le persone con cui lavori (clienti)

Questa sezione indaga sulle persone con cui lavori e sulla tua relazione con loro. Se attualmente non ricopri il ruolo di CHW, ti chiediamo di rispondere facendo riferimento al tuo più recente ruolo di CHW degli ultimi 12 mesi.

A quali tre gruppi di popolazione ti rivolgi **più spesso** durante le tue attività come CHW? (seleziona al massimo tre risposte)

MAXIMUM OF 3 ANSWERS CAN BE SELECTED

- Uomini gay, bisessuali e altri MSM
- Donne lesbiche/bisessuali e altre donne che fanno sesso con donne (WSW)
- Persone trans
- Adolescenti/giovani
- Studenti
- Minoranze etniche
- Persone credenti/gruppi religiosi
- Persone disabili o con difficoltà di apprendimento
- Migranti
- Sex workers
- Persone senza dimora
- Persone con HIV/AIDS
- Consumatori di sostanze (per via iniettiva o altre modalità)
- Popolazione generale ma comprendente uomini gay, bisessuali e altri MSM
- Persone colpevoli di reati/detenute/che beneficiano di misure alternative al carcere
- Anziani
- Genitori, bambini e famiglie

Pensando ora **esclusivamente** alle attività rivolte a uomini gay, bisessuali e altri MSM riguardanti l'offerta di sostegno in tema di salute sessuale per HIV, epatiti virali e altre IST, di quale fascia di età ti occupi **più frequentemente**?

- Soprattutto di ragazzi minori di 25 anni
- Soprattutto di uomini di oltre 25 anni
- Dei due gruppi in egual misura

Durante una settimana ordinaria, con quanti uomini gay, bisessuali e altri MSM approssimativamente entri in diretto contatto per offrire sostegno in tema di salute sessuale relativamente a HIV, epatiti virali e altre IST?

- Fino a 5
- Da 6 a 9
- Da 10 a 49
- Da 50 a 249
- 250 e oltre
- Non lo so

Quanto ritieni che gli uomini gay, bisessuali e altri MSM 'apprezzino' o abbiano fiducia del sostegno che **tu** offri loro come CHW?

- Per niente
- Poco
- Moderatamente
- Molto
- Non lo so

Quanto ritieni che gli uomini gay, bisessuali e altri MSM 'apprezzino' o abbiano fiducia nella **tua organizzazione di CHW**?

- Per niente
- Poco
- Moderatamente
- Molto
- Non lo so

SEZIONE 5: Barriere allo svolgimento delle attività di CHW

In questa sezione, ti chiediamo di raccontarci quali questioni devi affrontare nel ruolo e nelle attività di CHW, comprese quelle che potrebbero essere migliorate. Se attualmente non ricopri il ruolo di CHW, ti chiediamo di rispondere facendo riferimento al tuo più recente ruolo di CHW degli ultimi 12 mesi.

Pensa a tutte le attività che svolgi nel tuo ruolo di CHW. Ti chiediamo di selezionare **le principali questioni che ti riguardano personalmente e che sono di ostacolo al tuo lavoro.** (chwIssues_individual)

- Non ho il tempo sufficiente per lavorare/fare volontariato come CHW
- Il ruolo di CHW - come lavoratore o volontario - mi impegna per troppe ore/in orari difficili
- Mi mancano le competenze necessarie
- Ho preoccupazioni o timori personali legati al ruolo di CHW che ricopro
- Non faccio parte della community gay/bisessuale/MSM
- Ho un compenso basso/non sono pagato
- Niente di quanto sopra elencato

Ti chiediamo di selezionare **i problemi principali della tua organizzazione** che ostacolano la tua attività. (chwIssues_organisation)

- Mancanza di fondi/risorse
- Spazi inadeguati per le attività dell'organizzazione
- Mancanza di obiettivi o scopi ben definiti
- Formazione insufficiente o non prevista
- Disaccordo interno
- Scarso coordinamento delle attività
- Scarsa comunicazione interna
- Mancanza di supervisione adeguata
- Carenza di CHW/colleghi/staff
- Servizi sanitari limitati o inaccessibili (medici, infermieri/e, ambulatori)
- Scarsa collaborazione con i servizi sanitari (medici, infermieri/e, ambulatori)
- Questioni riguardanti confidenzialità e anonimato
- Scarsa competenza sui temi riguardanti sessualità e popolazione LGBT nei servizi sanitari
- Niente di quanto sopra elencato

Ora seleziona **i problemi principali delle comunità locali** che ostacolano la tua attività. (chwIssues_communities)

- Mancanza di interesse da parte di uomini gay, bisessuali o altri MSM
- Mancanza di supporto da parte di attività commerciali e/o locali gay/bisessuali
- Niente di quanto sopra elencato

Ora seleziona **i problemi principali della società in senso lato** che ostacolano le tue attività. (chwIssues_society)

- Mancanza di fondi per le organizzazioni di CHW
- Vincoli legali/normativi
- Mancanza di un piano nazionale HIV/piano nazionale HIV inadeguato
- Stigma riguardante omosessualità e bisessualità
- Stigma riguardante HIV/AIDS
- Stigma riguardante le epatiti
- Stigma riguardante le IST
- Niente di quanto sopra elencato

SEZIONE 5 (seconda parte):

Quali problemi, tra i principali che hai segnalato, ostacolano più degli altri la tua attività? (selezionane al massimo **tre**) (chwIssues_consolidated)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSA A TUTTE LE ATTIVITÀ CHE SVOLGI NEL TUO RUOLO DI CHW. TI CHIEDIAMO DI SELEZIONARE LE PRINCIPALI QUESTIONI CHE TI RIGUARDANO PERSONALMENTE E CHE SONO DI OSTACOLO AL TUO LAVORO. IS ANY OF NON HO IL TEMPO SUFFICIENTE PER LAVORARE/FARE VOLONTARIATO COME CHW, IL RUOLO DI CHW - COME LAVORATORE O VOLONTARIO - MI IMPEGNA PER TROPPE ORE/IN ORARI DIFFICILI, MI MANCANO LE COMPETENZE NECESSARIE, HO PREOCCUPAZIONI O TIMORI PERSONALI LEGATI AL RUOLO DI CHW CHE RICOPRO, NON FACCIO PARTE DELLA COMMUNITY GAY/BISESSUALE/MSM, HO UN COMPENSO BASSO/NON SONO PAGATO OR ANSWER TO QUESTION TI CHIEDIAMO DI SELEZIONARE I PROBLEMI PRINCIPALI DELLA TUA ORGANIZZAZIONE CHE OSTACOLANO LA TUA ATTIVITÀ. IS ANY OF MANCANZA DI FONDI/RISORSE, SPAZI INADEGUATI PER LE ATTIVITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE, MANCANZA DI OBIETTIVI O SCOPPI BEN DEFINITI, FORMAZIONE INSUFFICIENTE O NON PREVISTA, DISACCORDO INTERNO, SCARSO COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ, SCARSA COMUNICAZIONE INTERNA, MANCANZA DI SUPERVISIONE ADEGUATA, CARENZA DI CHW/COLLEGGHI/STAFF, SERVIZI SANITARI LIMITATI O INACCESSIBILI (MEDICI, INFERMIERI/E, AMBULATORI), SCARSA COLLABORAZIONE CON I SERVIZI SANITARI (MEDICI, INFERMIERI/E, AMBULATORI), QUESTIONI RIGUARDANTI CONFIDENZIALITÀ E ANONIMATO, SCARSA COMPETENZA SUI TEMI RIGUARDANTI SESSUALITÀ E POPOLAZIONE LGBT NEI SERVIZI SANITARI OR ANSWER TO QUESTION OR SELEZIONA I PROBLEMI PRINCIPALI DELLE COMUNITÀ LOCALI CHE OSTACOLANO LA TUA ATTIVITÀ. IS ANY OF MANCANZA DI INTERESSE DA PARTE DI UOMINI GAY, BISESSUALI O ALTRI MSM, MANCANZA DI SUPPORTO DA PARTE DI ATTIVITÀ COMMERCIALI E/O LOCALI GAY/BISESSUALI OR ANSWER TO QUESTION OR SELEZIONA I PROBLEMI PRINCIPALI DELLA SOCIETÀ IN SENSO LATO CHE OSTACOLANO LE TUE ATTIVITÀ. IS ANY OF MANCANZA DI FONDI PER LE ORGANIZZAZIONI DI CHW, VINCOLI LEGALI/NORMATIVI, MANCANZA DI UN PIANO NAZIONALE HIV/PIANO NAZIONALE HIV INADEGUATO, STIGMA RIGUARDANTE OMOSESSUALITÀ E BISESSUALITÀ, STIGMA RIGUARDANTE HIV/AIDS, STIGMA RIGUARDANTE LE EPATITI, STIGMA RIGUARDANTE LE IST

MAXIMUM OF 3 ANSWERS CAN BE SELECTED

- Non ho il tempo sufficiente per lavorare/fare volontariato come CHW
- Il ruolo di CHW - come lavoratore o volontario - mi impegna per troppe ore/in orari difficili
- Mi mancano le competenze necessarie
- Ho preoccupazioni o timori personali legati al ruolo di CHW che ricopro
- Non faccio parte della community gay/bisessuale/MSM
- Ho un compenso basso/non sono pagato
- Mancanza di fondi/risorse
- Spazi inadeguati per le attività dell'organizzazione
- Mancanza di obiettivi o scopi ben definiti
- Formazione insufficiente o non prevista
- Disaccordo interno
- Scarso coordinamento delle attività
- Scarsa comunicazione interna

- Mancanza di supervisione adeguata
- Carezza di CHW/colleghi/staff
- Servizi sanitari limitati o inaccessibili (medici, infermieri/e, ambulatori)
- Scarsa collaborazione con i servizi sanitari (medici, infermieri/e, ambulatori)
- Questioni riguardanti confidenzialità e anonimato
- Scarsa competenza sui temi riguardanti sessualità e popolazione LGBT nei servizi sanitari
- Mancanza di interesse da parte di uomini gay, bisessuali o altri MSM
- Mancanza di supporto da parte di attività commerciali e/o locali gay/bisessuali
- Mancanza di fondi per le organizzazioni di CHW
- Vincoli legali/normativi
- Mancanza di un piano nazionale HIV/piano nazionale HIV inadeguato
- Stigma riguardante omosessualità e bisessualità
- Stigma riguardante HIV/AIDS
- Stigma riguardante le epatiti
- Stigma riguardante le IST

Secondo te, quali **tre cambiamenti** renderebbero il tuo lavoro di CHW più efficace nei prossimi 12 mesi?

Primo suggerimento:

Secondo suggerimento:

Terzo suggerimento:

SEZIONE 6: Selezione dei/le CHW

Questa sezione indaga sulle modalità con cui sei stato/a selezionato/a per il ruolo di CHW. Ti chiediamo di tornare col pensiero al periodo in cui hai iniziato a lavorare come CHW o sei stato coinvolto/a in attività a sostegno di uomini gay, bisessuali e altri MSM.

Per quali motivi hai iniziato a lavorare o a impegnarti come volontario/a nel ruolo di CHW? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

- Desideravo offrire sostegno a uomini gay, bisessuali e altri MSM
- Desideravo offrire sostegno a persone con HIV/AIDS, epatiti virali e/o IST
- Desideravo frequentare un corso di formazione
- Avevo bisogno di un posto di lavoro
- Lo stipendio era buono
- C'erano opportunità di avanzamento di carriera
- Per socializzare
- Per cogliere opportunità di networking
- Per avere accesso ad ambienti o spazi particolari
- Per migliorare le mie competenze
- Desideravo contribuire alla prevenzione di HIV, epatiti virali e/o altre IST
- Per l'opportunità di insegnare/educare altri
- Altro

Per quale altro motivo hai iniziato a lavorare come CHW?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PER QUALI MOTIVI HAI INIZIATO A LAVORARE O A IMPEGNARTI COME VOLONTARIO/A NEL RUOLO DI CHW? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRO

Come sei divenuto un/a CHW?

- Ho contattato un'associazione per fare volontariato
- Ho risposto a un'inserzione formale per la ricerca di volontari/e
- Ho risposto a un'inserzione formale per la ricerca di personale retribuito
- Stavo già lavorando per la mia organizzazione in un ruolo diverso
- Sono stato selezionato/a / raccomandato/a da colleghi/e / amici/he
- Altro

Quante posizioni retribuite/incarichi volontari come CHW hai avuto per l'offerta di sostegno specifico in tema di salute sessuale a uomini gay, bisessuali e altri MSM?

- Uno
- Due o tre
- Quattro o cinque
- Sei o più

Sommando tutti gli incarichi retribuiti e volontari come CSW, approssimativamente da quanto tempo sei un/a CHW?

- Da meno di un anno
- Da 1 a 5 anni
- Da 6 a 10 anni
- Da 11 a 20 anni
- Da più di 20 anni

Quando hai assunto il tuo attuale ruolo di CHW, tra i requisiti richiesti figuravano **formazione precedente o qualifiche specifiche**?

- No
- Sì
- Non lo so / non ricordo

Quali erano i requisiti in merito a formazione precedente o qualifiche specifiche?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANDO HAI ASSUNTO IL TUO ATTUALE RUOLO DI CHW, TRA I REQUISITI RICHIESTI FIGURAVANO FORMAZIONE PRECEDENTE O QUALIFICHE SPECIFICHE? IS ANY OF SI

Quando hai assunto il tuo attuale ruolo di CHW, tra i requisiti previsti era richiesta una **rilevante esperienza**?

- No
- Sì
- Non lo so / non ricordo

Quanta progressiva esperienza era stata approssimativamente richiesta?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION QUANDO HAI ASSUNTO IL TUO ATTUALE RUOLO DI CHW, TRA I REQUISITI PREVISTI ERA RICHIESTA UNA RILEVANTE ESPERIENZA? IS ANY OF SI

- Nessuna esperienza
- Fino a un mese
- Fino a tre mesi
- Fino a sei mesi
- Fino a 12 mesi
- Oltre 12 mesi

SEZIONE 7: Formazione e abilità

Questa sezione indaga sulle tue abilità e sul tipo di formazione che hai ricevuto (ammesso tu l'abbia ricevuta) durante il lavoro come CHW. Se attualmente non ricopri il ruolo di CHW, ti chiediamo di rispondere facendo riferimento al tuo più recente ruolo di CHW degli ultimi 12 mesi.

Pensando al tuo ruolo attuale di CHW, hai ricevuto una formazione per svolgere le attività previste?

- No
- Sì - **interna** / formazione durante lo svolgimento delle attività, da parte della mia organizzazione di CHW
- Sì - formazione **esterna** - da parte di una società di consulenza o di training, grazie a una iniziativa esterna
- Sì - **entrambe** le formazioni interna ed esterna

Che tipo di formazione hai ricevuto? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSANDO AL TUO RUOLO ATTUALE DI CHW, HAI RICEVUTO UNA FORMAZIONE PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ PREVISTE? IS ANY OF SI - INTERNA / FORMAZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DA PARTE DELLA MIA ORGANIZZAZIONE DI CHW, SI - FORMAZIONE ESTERNA - DA PARTE DI UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O DI TRAINING, GRAZIE A UNA INIZIATIVA ESTERNA, SI - ENTRAMBE LE FORMAZIONI INTERNA ED ESTERNA

- Corso online - per esempio webinar, programma di formazione online, lezioni online
- Faccia-a-faccia - per esempio seminario, workshop, lezioni, esercitazioni di gruppo, insegnamento tra pari, residenziale, conferenze, eventi
- Supporto strutturato - per esempio supervisione, accompagnamento, tutoraggio
- Osservazione strutturata - per esempio affiancamento di un/a collega, imitazione di un modello di ruolo
- Altro tipo di formazione

Su quali aree era focalizzata la formazione? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSANDO AL TUO RUOLO ATTUALE DI CHW, HAI RICEVUTO UNA FORMAZIONE PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ PREVISTE? IS ANY OF SI - INTERNA / FORMAZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DA PARTE DELLA MIA ORGANIZZAZIONE DI CHW, SI - FORMAZIONE ESTERNA - DA PARTE DI UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O DI TRAINING, GRAZIE A UNA INIZIATIVA ESTERNA, SI - ENTRAMBE LE FORMAZIONI INTERNA ED ESTERNA

- Prevenzione di HIV, epatiti virali e altre IST
- Screening e/o testing per HIV, epatiti virali e altre IST
- Trattamenti e/o sostegno per HIV, epatiti virali e altre IST
- Utilizzo di sostanze - per esempio Chemsex, alcool
- Sostegno nel settore della salute mentale
- Sostegno alla salute generale
- Pronto soccorso/sicurezza personale/rianimazione cardiopolmonare (CPR)
- Segnalazione per altri tipi di sostegno e servizi
- Supporto tra pari
- Counselling
- Advocacy
- Networking
- Capacity building
- Redazione di relazioni
- Competenze nelle attività di ricerca
- Raccolta fondi/redazione di richieste di finanziamento
- Social media/computer/competenze in area tecnologica
- Lingue straniere - per esempio divenire bilingue
- Competenze nella leadership/gestione
- Competenze nella comunicazione - per esempio scrivere e parlare correttamente
- Abilità interpersonali e costruzione di relazioni
- Competenze amministrative
- Competenze educative
- Competenze di bilancio/finanziarie
- Comprensione dei diversi orientamenti sessuali e identità di genere

- Conoscenze su diversi comportamenti e pratiche sessuali
- Esigenze specifiche della popolazione LGBT in tema di salute
- Altre aree della formazione

Quali altre aree erano state previste dalla formazione?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION SU QUALI AREE ERA FOCALIZZATA LA FORMAZIONE? (SELEZIONA TUTTE LE RISPOSTE PERTINENTI) IS ANY OF ALTRE AREE DELLA FORMAZIONE

Quanto tempo hai approssimativamente dedicato durante gli ultimi 12 mesi per portare a termine questa formazione?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSANDO AL TUO RUOLO ATTUALE DI CHW, HAI RICEVUTO UNA FORMAZIONE PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ PREVISTE? IS ANY OF SÌ – INTERNA / FORMAZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DA PARTE DELLA MIA ORGANIZZAZIONE DI CHW, SÌ - FORMAZIONE ESTERNA - DA PARTE DI UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O DI TRAINING, GRAZIE A UNA INIZIATIVA ESTERNA, SÌ – ENTRAMBE LE FORMAZIONI INTERNA ED ESTERNA

- Non ho dedicato del tempo
- Alcune ore
- Fino a una giornata
- Fino a una settimana
- Fino a 4 settimane
- Più di 4 settimane

Quali esperti od organizzazioni hanno realizzato la formazione? (seleziona tutte le risposte pertinenti)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSANDO AL TUO RUOLO ATTUALE DI CHW, HAI RICEVUTO UNA FORMAZIONE PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ PREVISTE? IS ANY OF SÌ – INTERNA / FORMAZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DA PARTE DELLA MIA ORGANIZZAZIONE DI CHW, SÌ - FORMAZIONE ESTERNA - DA PARTE DI UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O DI TRAINING, GRAZIE A UNA INIZIATIVA ESTERNA, SÌ – ENTRAMBE LE FORMAZIONI INTERNA ED ESTERNA

- La mia organizzazione
- Associazioni della community, enti di beneficenza, organizzazioni non governative, ecc. impegnate nelle tematiche relative a HIV/epatiti/IST o salute sessuale
- Associazioni, enti, organizzazioni non governative della community LGBT
- Settore sanitario - per esempio ospedali, ambulatori, medici di base o altri medici specialisti, ecc.
- Enti religiosi
- Governo - per esempio istituzioni nazionali, regionali o locali
- Organizzazioni private - per esempio società di profitto
- Settore educativo - per esempio scuole o università
- Consulenti individuali
- Altro

Chi ha pagato la formazione?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSANDO AL TUO RUOLO ATTUALE DI CHW, HAI RICEVUTO UNA FORMAZIONE PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ PREVISTE? IS ANY OF SÌ – INTERNA / FORMAZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DA PARTE DELLA MIA ORGANIZZAZIONE DI CHW, SÌ - FORMAZIONE ESTERNA - DA PARTE DI UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O DI TRAINING, GRAZIE A UNA INIZIATIVA ESTERNA, SÌ – ENTRAMBE LE FORMAZIONI INTERNA ED ESTERNA

- Ho pagato personalmente
- Ha pagato la mia organizzazione
- Abbiamo pagato sia io, che la mia organizzazione
- Altro

Chi ha pagato per la formazione?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION CHI HA PAGATO LA FORMAZIONE? IS ANY OF ALTRO

Chi ha individuato queste attività di formazione?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSANDO AL TUO RUOLO ATTUALE DI CHW, HAI RICEVUTO UNA FORMAZIONE PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ PREVISTE? IS ANY OF SÌ – INTERNA / FORMAZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DA PARTE DELLA MIA ORGANIZZAZIONE DI CHW, SÌ - FORMAZIONE ESTERNA - DA PARTE DI UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O DI TRAINING, GRAZIE A UNA INIZIATIVA ESTERNA, SÌ – ENTRAMBE LE FORMAZIONI INTERNA ED ESTERNA

- Le ho individuate autonomamente
- Le ha individuate la mia organizzazione
- Le abbiamo individuate insieme
- Altro

Chi ha individuato queste attività di formazione?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION CHI HA INDIVIDUATO QUESTE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE? IS ANY OF ALTRO

Ti è stato consentito di partecipare alla formazione durante il tuo orario lavorativo di CHW?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION PENSANDO AL TUO RUOLO ATTUALE DI CHW, HAI RICEVUTO UNA FORMAZIONE PER SVOLGERE LE ATTIVITÀ PREVISTE? IS ANY OF SÌ – INTERNA / FORMAZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ, DA PARTE DELLA MIA ORGANIZZAZIONE DI CHW, SÌ - FORMAZIONE ESTERNA - DA PARTE DI UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O DI TRAINING, GRAZIE A UNA INIZIATIVA ESTERNA, SÌ – ENTRAMBE LE FORMAZIONI INTERNA ED ESTERNA

- No
- Sì
- A volte

SEZIONE 7 (seconda parte):

Ci sono ulteriori opportunità formative in essere o disponibili per te relativamente al tuo ruolo di CHW?

COMPULSORY QUESTION

- No

- Sì
- Non lo so

Al fine di raggiungere un livello di efficacia ottimale nel tuo attuale ruolo, in quali aree **avresti particolare necessità** di ulteriore formazione? (Selezionane fino a un massimo di 5)

COMPULSORY QUESTION

MAXIMUM OF 5 ANSWERS CAN BE SELECTED

- Prevenzione di HIV, epatiti virali e altre IST
- Screening e/o testing per HIV, epatiti virali e altre IST
- Trattamenti e/o sostegno per HIV, epatiti virali e altre IST
- Utilizzo di sostanze - per esempio Chemsex, alcool
- Sostegno nel settore della salute mentale
- Sostegno alla salute generale
- Pronto soccorso/sicurezza personale/rianimazione cardiopolmonare (CPR)
- Segnalazione per altri tipi di sostegno e servizi
- Supporto tra pari
- Counselling
- Advocacy
- Networking
- Capacity building
- Redazione di relazioni
- Competenze nelle attività di ricerca
- Raccolta fondi/redazione di richieste di finanziamento
- Social media/computer/competenze in area tecnologica
- Lingue straniere - per esempio divenire bilingue
- Competenze nella leadership/gestione
- Competenze nella comunicazione - per esempio scrivere e parlare correttamente
- Abilità interpersonali e costruzione di relazioni
- Competenze amministrative
- Competenze educative
- Competenze di bilancio/finanziarie
- Comprensione dei diversi orientamenti sessuali e identità di genere
- Conoscenze su diversi comportamenti e pratiche sessuali
- Esigenze specifiche della popolazione LGBT in tema di salute
- Altre competenze e abilità

Ti chiediamo di classificare le risposte seguenti in ordine di priorità, ponendo la più importante in cima all'elenco.

ANSWERS/ROWS LINKED TO QUESTION: AL FINE DI RAGGIUNGERE UN LIVELLO DI EFFICACIA OTTIMALE NEL TUO ATTUALE RUOLO, IN QUALI AREE AVRESTI PARTICOLARE NECESSITÀ DI ULTERIORE FORMAZIONE? (SELEZIONANE FINO A UN MASSIMO DI 5)

- == SPOSTA SOPRA QUESTA LINEA PER ORDINARE ==
- Prevenzione di HIV, epatiti virali e altre IST
 - Screening e/o testing per HIV, epatiti virali e altre IST
 - Trattamenti e/o sostegno per HIV, epatiti virali e altre IST
 - Utilizzo di sostanze - per esempio Chemsex, alcool
 - Sostegno nel settore della salute mentale
 - Sostegno alla salute generale
 - Pronto soccorso/sicurezza personale/rianimazione cardiopolmonare (CPR)
 - Segnalazione per altri tipi di sostegno e servizi
 - Supporto tra pari
 - Counselling
 - Advocacy
 - Networking
 - Capacity building
 - Redazione di relazioni
 - Competenze nelle attività di ricerca
 - Raccolta fondi/redazione di richieste di finanziamento
 - Social media/computer/competenze in area tecnologica
 - Lingue straniere - per esempio divenire bilingue
 - Competenze nella leadership/gestione
 - Competenze nella comunicazione - per esempio scrivere e parlare correttamente
 - Abilità interpersonali e costruzione di relazioni
 - Competenze amministrative
 - Competenze educative
 - Competenze di bilancio/finanziarie
 - Comprensione dei diversi orientamenti sessuali e identità di genere
 - Conoscenze su diversi comportamenti e pratiche sessuali

SEZIONE 8: Pensieri e sensazioni sul tuo ruolo di CHW

Questa sezione ti chiede di prendere in considerazione i tuoi personali pensieri e le sensazioni che provi nel ruolo di CHW durante le attività che svolgi. Se attualmente non ricopri il ruolo di CHW, ti chiediamo di rispondere facendo riferimento al tuo più recente ruolo di CHW degli ultimi 12 mesi.

Ti chiediamo di non dedicare troppo tempo a ogni singola affermazione.

Pensa alla tua vita di tutti i giorni, compreso il tuo ruolo di CHW. Quanto sono vere le affermazioni seguenti?

	Per niente vero	Poco vero	Moderatamente vero	Assolutamente vero
Mi risulta facile attenermi ai miei obiettivi e raggiungerli.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso che riuscirei a gestire in maniera efficace gli eventi imprevisti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se qualcuno mi contrasta, posso trovare mezzi e modalità per ottenere ciò che voglio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grazie alla mia intraprendenza, so come gestire le situazioni impreviste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
So mantenere la calma mentre affronto le difficoltà perché posso fare affidamento sulle mie abilità di coping.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualsiasi cosa mi accada, di solito sono in grado di gestirla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa ora al tuo ruolo di CHW. Quanto sei soddisfatto dei seguenti aspetti?

	Molto insoddisfatto/a	Abbastanza insoddisfatto/a	Né soddisfatto/a, né insoddisfatto/a	Abbastanza soddisfatto/a	Molto soddisfatto/a
Mole di lavoro e varietà dei compiti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opportunità di utilizzare le mie abilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Libertà di scelta del metodo di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grado di responsabilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condizioni lavorative fisiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orario di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riconoscimento per il lavoro svolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colleghi/e e contatti di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadenza di pagamento del compenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opportunità di acquisire nuove abilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ora, prendendo tutto in considerazione, come ti senti complessivamente riguardo alle tue attività di CHW?

- Molto insoddisfatto/a
 Abbastanza insoddisfatto/a
 Né soddisfatto/a, né insoddisfatto/a
 Abbastanza soddisfatto/a
 Molto soddisfatto/a

Quanto ti trovi concorde o in disaccordo con le affermazioni seguenti?

	In forte disaccordo	In disaccordo	Né in accordo, né in disaccordo	Concorde	Assolutamente concorde
L'omosessualità per me è moralmente accettabile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarei felice di avere come vicini uomini gay, bisessuali o altri MSM.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sento a mio agio discutendo di omosessualità in una situazione pubblica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEZIONE 9: Competenze

In questa sezione siamo interessati ai tuoi livelli generali di competenza riguardo a HIV/AIDS, epatiti virali e altre IST relativamente al tuo ruolo di CHW.

Relativamente all'HIV/AIDS, **quanto ti senti competente** in materia di...
(1 = per niente competente e 5 = molto competente)

AVERAGE VALUES CALCULATED

prevenzione

screening e/o testing

trattamenti e/o sostegno

Relativamente alle epatiti B e C, **quanto ti senti competente** in materia di...
(1 = per niente competente e 5 = molto competente)

AVERAGE VALUES CALCULATED

prevenzione

screening e/o testing

trattamenti e/o sostegno

Relativamente ad altre IST, **quanto ti senti competente** in materia di...
(1 = per niente competente e 5 = molto competente)

AVERAGE VALUES CALCULATED

prevenzione

screening e/o testing

trattamenti e/o sostegno

SEZIONE 10: ALCUNE DOMANDE FINALI...

Questa sezione conclusiva prevede ulteriori domande che ti riguardano. Alcune potrebbero sembrarti molto personali. Stiamo tentando di comprendere come potresti essere connesso/a alle comunità con cui lavori. Ricorda, tutte le tue risposte sono anonime e non possono essere ricollegate a te.

Hai mai ricevuto il risultato di un test per l'HIV?

- No
- Sì

Ti è mai stato diagnosticato l'HIV?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HAI MAI RICEVUTO IL RISULTATO DI UN TEST PER L'HIV? IS ANY OF SÌ

- No
- Sì

Hai mai fatto uso di sostanze illegali?

- No
- Sì
- Preferisco non rispondere

Ti sei mai iniettato/a sostanze illegali? (esclusi steroidi anabolizzanti o farmaci)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HAI MAI FATTO USO DI SOSTANZE ILLEGALI? IS ANY OF SÌ

- No, mai
- Sì, negli ultimi 12 mesi
- Sì, più di 12 mesi fa

Hai mai fatto uso di droghe ricreative, senza iniettarle - per esempio marijuana, cocaina, GHB, ketamina?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HAI MAI FATTO USO DI SOSTANZE ILLEGALI? IS ANY OF SÌ

- No, mai
- Sì, negli ultimi 12 mesi
- Sì, più di 12 mesi fa

Qual è il tuo stato di salute generale? È...

- Ottimo
- Buono
- Discreto

- Cattivo
- Pessimo

Vorremmo sapere come stai in questo periodo. Per ognuna delle cinque affermazioni che seguono, ti chiediamo di indicare quale è la più vicina a come ti sei sentito/a nelle ultime due settimane.

	Mai	Qualche volta	Meno della metà delle volte	Più della metà delle volte	Spesso	Sempre
Mi sono sentito/a allegro/a e di buon umore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono sentito/a calmo/a e rilassato/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono sentito attivo/a e vigoroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono svegliato/a fresco/a e riposato/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mia vita di tutti i giorni è stata piena di cose interessanti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E infine, vorremmo ricevere i tuoi commenti sul sondaggio.

[Pagine di chiusura]

[È giunto il momento di inviare le tue risposte!](#)

Ce l'hai fatta! Ti ringraziamo per il tempo che hai dedicato a completare questo sondaggio. Utilizzeremo le informazioni che ci hai dato per comprendere che tipo di sostegno e formazione sono necessari ai/lle CHW.

Ora puoi cliccare sul tasto 'invia le risposte'.