

Mappatura Associazioni Terzo Settore con impegno socio-sanitario

Questionario per le Organizzazioni del Terzo Settore che partecipano con interventi assistenziali in rete alla presa in carico di Cittadini con gravi fragilità psico-fisico-sociali (nel territorio area metropolitana milanese)

DATI GENERALI

1. NOME ENTE *

2. NOME E RECAPITI DEL COMPILATORE (telefono e mail) *

3. NOME E RECAPITI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (telefono e mail) *

4. INDIRIZZO (via/piazza, n.civico, CAP, città) *

SITO WEB:

Ragione sociale *:

☐ Fondazione Onlus

☐ Associazione di Volontariato

☐ Associazione APS

☐ Cooperativa sociale

☐ Altro (specificare)

1. Quale è la principale tipologia di fragilità di cui si occupa l'Associazione ?

a) Minori ☐

b) Anziani ☐

c) Disabili ☐

d) Povertà ☐

e) Carcerati - ex carcerati ☐

- f) Tossicodipendenti ☐
- g) Donne oggetto di violenza ☐
- h) Pazienti con grave deficit cognitivo ☐
- i) Pazienti con malattie avanzate ☐
- l) Salute mentale e Pazienti psichiatrici ☐
- m) Migranti ☐
- n) Altro ☐

2. Se l'Ente lavora in rete, con quali altri nodi della rete socio-sanitaria interagisce ?

- a) Servizi sanitari pubblici o privati convenzionati con il SSN ☐
- b) Servizi sociali del Comune e dei Municipi ☐
- c) Altre Organizzazioni del Terzo Settore ☐ (elencare)
- d) Enti-Aziende private ☐
- e) Medico di famiglia ☐
- f) Infermiere di famiglia (qualora esista) ☐
- g) ADI – SAD ☐
- h) Unità di Cure palliative residenziali e domiciliari ☐
- i) Altri ☐ (specificare ...)

3. Da quanti anni l'Organizzazione è operativa nel settore socio-sanitario (contrassegna solo un quadratino) ?

- ☐ <1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ tra 5 e 10
- ☐ >10

4. E' disponibile una carta dei servizi?

- ☐ SI
- ☐ NO

5. Esiste un sistema formale di valutazione dei bisogni (fisici, psicologici, spirituali, sociali, ...) dei Cittadini con grave fragilità ?

- ☐ SI
☐ NO

6. Indicare eventuali scale di valutazione utilizzate:

7. Indicare il numero di Pazienti assistiti nel 2018 per ognuna delle seguenti patologie:

- a) Cancro: ...
- b) malattie cardiovascolari: ...
- c) BCPO: ...
- d) Diabete: ...
- e) Demenza: ...
- f) HIV/AIDS: ...
- g) Parkinson: ...
- h) SLA: ...
- i) Altre malattie neurologiche: ...
- l) Insufficienza renale: ...
- m) Insufficienza epatica: ...
- n) Altro (specificare)

8. Indicare il numero di Persone assistite per ognuna delle seguenti perdite di autonomia o condizioni di grave fragilità sociale:

- a) Perdita di autonomia per grave deficit cognitivo
- b) Perdita di autonomia in bambini/ragazzi/adolescenti con disabilità congenita o acquisita
- c) Grave fragilità con necessità di relazione di aiuto in Persone con disturbi psichici
- d) Fragilità con necessità di relazione di aiuto in Persone tossico-dipendenti
- e) Fragilità con necessità di aiuto in Cittadini con grave povertà e/o senza dimora e/o senza lavoro
- f) Fragilità con necessità di relazione e di aiuto in Cittadini ex carcerati
- g) Fragilità in Immigrati con difficoltà ad integrarsi nella nostra realtà sociale
- h) Altro (specificare)

9. Grado di consapevolezza dei Pazienti assistiti e dei loro Familiari

- a) % Pazienti consapevoli della diagnosi
- b) % Pazienti consapevoli della prognosi
- c) % Familiari consapevoli della diagnosi
- d) % Familiari consapevoli della prognosi
- e) % Pazienti informati sulla Legge delle D.A.T.
- f) % di familiari informati sulla Legge delle D.A.T.
- g) "non lo so": ...

10. L'Organizzazione ha Volontari ? ☐ SI ☐ NO

11. Indicare il numero totale di Volontari:

12. Indicare il numero di Volontari impegnati nella assistenza diretta dei Pazienti e delle Persone con fragilità (Volontari dello stare):

13. Indicare la mediana delle ore settimanali di un Volontario dello stare:

14. Indicare il numero di Volontari solo di supporto (compiti amministrativi, organizzazione di eventi, fund raising, ...):

15. Indicare la mediana delle ore settimanali di un Volontario di supporto:

16. E' identificato un Coordinatore dei Volontari della Associazione ? ☐ SI ☐ NO

17. Esiste una metodologia di selezione dei volontari? ☐ SI ☐ NO

18. Quale figura professionale si occupa della selezione?

19. Viene fatta una formazione iniziale dei volontari? ☐ SI ☐ NO

20. Se la risposta è "Sì" indicare il totale delle ore/volontario del corso di formazione iniziale:

21. Viene fatta formazione continua ai volontari ? ☐ SI ☐ NO

22. Se la risposta è "Sì" indicare il totale di ore/anno di formazione continua per tutti i Volontari:

23. E' prevista anche una formazione in Cure palliative (con riferimento al "Core curriculum del Volontario in Cure palliative" della FCP) ? ☐ SI ☐ NO

24. APPROFONDIMENTO SUI VOLONTARI Rispondere alle domande che seguono:

a) Percentuale di presenza femminile:

b) Percentuale di presenza maschile:

c) Percentuale di volontari <35 anni:

d) Percentuale di volontari 35-50 anni:

e) Percentuale di volontari >50 anni:

f) percentuale di volontari con diploma di scuola media:

g) percentuale di volontari con diploma di scuola superiore:

h) percentuale di volontari con diploma universitario:

25. Quali sono le principali attività dei volontari?

26. Esistono, oltre ai Volontari, Professionisti nel settore socio-sanitario dipendenti (indicare il numero) ?

a) Medico ☐ ...

b) Infermiere ☐ ...

c) Assistente sociale ☐ ...

d) Psicologo ☐ ...

e) Counsellor ☐ ...

f) Fisioterapisti ☐ ...

g) Educatore-Terapista occupazionale ☐ ...

h) ASA – OSS ☐ ...

i) Assistenti familiari (Badanti) ☐ ...

l) Altro (specificare) ☐

27. Con quale tipologia di contratto l'Operatore dipendente (Medico, Infermiere, ...) è assunto:

- Contratto a tempo determinato ☐ ...
- Contratto a tempo indeterminato ☐ ...
- Rapporto Libero Professionale ☐ ...
- Altro contratto/accordo (precario?) ☐ ...

28. E' disponibile un servizio di supporto psicologico?

- ☐ SI (specificare: per gli Operatori, per i Pazienti/Persone fragili, per i Familiari ?)
- ☐ NO

29. Vengono somministrati questionari di valutazione del servizio?

- ☐ SI (specificare se anonimo e con quale modalità di somministrazione)
- ☐ NO

30. Viene fatta formazione continua del personale dipendente?

- ☐ SI
- ☐ NO

31. Qualora l'Organizzazione svolga assistenza a domicilio, viene stabilito uno stretto legame con il Care giver formale ☐ SI ☐ NO o informale ☐ SI ☐ NO ?

32. L'Organizzazione prevede che il Care Giver venga "educato" alla gestione del Paziente (per consentire un reale empowerment) ? ☐ SI ☐ NO

33. L'Organizzazione prevede un aiuto alle Persone fragili e/o ai loro familiari (economico, trasporti, alloggio ecc.): ☐ SI ☐ NO

34. Se la risposta è "sì" indicare quali:

35. In quale fase del percorso assistenziale di malattia e/o di perdita di autonomia, l'Organizzazione è operativa ?

- Nella prevenzione
- Nella fase iniziale e nella fase in cui è probabile la guarigione oppure un parziale recupero funzionale

- Nella fase avanzata inguaribile e in cui gli interventi riabilitativi non potrebbero consentire un recupero funzionale anche solo parziale
- Nella fase in cui la fragilità è molto grave con probabile evoluzione verso la fine della vita

36. In caso di probabile evoluzione verso la fase finale della vita, l'Organizzazione continua ad assistere direttamente il Paziente oppure si ritira affidando ai Servizi di Cure palliative residenziali e domiciliari la gestione della cura e della assistenza ? (spiega i motivi per "continuare" o per "abbandonare")

☐ SI,

☐ NO,

37. L'Ente svolge attività di comunicazione e di informazione con la popolazione ?

a) Incontri nelle Scuole ☐

b) Eventi – convegni – riunioni per la cittadinanza ☐

c) Convegni – riunioni con gli Operato socio-sanitari ☐

d) Riunioni dedicate ai familiari ☐

e) altro (specificare):

38. L'Organizzazione prevede un sistema amministrativo di rendicontazione (Entrate e Uscite) con un Bilancio economico annuale ? (spiega i motivi per cui esiste o non esiste)

☐ SI,

☐ NO,

39. L'organizzazione è disponibile che venga riportata nella mappatura della Organizzazione del Terzo Settore, la rendicontazione consuntiva dell'anno 2018 ? (in tal caso si chiede di allegare il documento di rendicontazione 2018) ☐ SI, ☐ NO,