

A casa lontani da casa



PROGETTO
A CASA LONTANI DA CASA

Allegati



Ci hanno aiutato:

Chiesa Evangelica Valdese
Fondazione CARIPLO
Caritas Ambrosiana
Filo Diretto Onlus
Fondazione Fernando Peretti
S.C. Johnson Italy Srl
UBI Banca
Fondazione Vodafone Italia
TEVA Italia Spa

Si ringraziano i volontari di:

AVO Milano
LILT Milano
PROMETEO ONLUS

per le attività di raccolta dati

ed inoltre:

Graziella Brambilla
Roberta Co
Anna De Sigis
Anna Massimiliani
Simonetta Sborea
Gianna Tinini

**CONSULTAZIONE CON I PAZIENTI E/ O FAMILIARI CHE SI SONO DOVUTI SPOSTARE
DALLA LORO CITTA' E REGIONE DI APPARTENENZA PER EFFETTUARE LE CURE.**

DISCUSSIONE APERTA

La ringrazio per la sua partecipazione a questo studio. Il nostro obiettivo è quello di identificare tutte le difficoltà e gli ostacoli che ha affrontato o sta affrontando stando lontano da casa per le cure, sue o del suo familiare.

Vorremmo avere maggiori informazioni sulla qualità della sua esperienza, specialmente sugli aspetti legati alle caratteristiche dell'accoglienza ricevuta, dello spostamento e della lontananza dai propri familiari.

Man mano che le pongo le domande, così come al termine del colloquio, non esiti a esprimere tutte le osservazioni e i commenti che le possono venire in mente, incluse le sue reazioni alle domande.

Prima di iniziare vorrei chiederle alcune informazioni generali, va bene?

Quale è la sua Area di provenienza?

- Nord Italia
- Centro Italia
- Sud Italia e Isole
- Resto del Mondo
- Resto dell'Europa

Quale è la sua età?

- 0-5 anni
- 6-14 anni
- 15-64 anni
- Oltre 65 anni

Quale è la durata del ricovero suo o del suo familiare?

- Day hospital
- 2 giorni
- Da 3 a 7 giorni
- Da 8 a 21 giorni
- Più di 21 giorni

Dovrà tornare a Milano per motivi di salute?

- Probabilmente sì
- Probabilmente no
- Non so

E' a Milano da solo o accompagnato?

- Solo (degente)
- Accompagnato da familiare
- Accompagnato da amico

In quale dei seguenti luoghi è alloggiato?

Patient semi-structured interview
Updated 11/08/99

- Casa di parenti o amici
- Hotel/Residence
- Casa di Accoglienza
- Letto accanto al degente
- Struttura interna all'ospedale
- Altro

I. Come definirebbe, con parole sue, la qualità dell'accoglienza ricevuta dalla città di Milano e dalle strutture di accoglienza?

II. La prego di dirmi cosa lei pensa sia importante in termini di qualità dell'accoglienza.

III. Ora la pregherei di elencare quattro dei problemi più grossi che ha dovuto o sta attualmente affrontando vivendo lontano dalla sua città e casa.

(L'intervistatore deve chiedere al/alla paziente di classificare la gravità di ciascun problema da 1 a 10, dove 1 è un problema molto lieve e 10 corrisponde alla massima gravità che il/la paziente possa immaginare.)

PROBLEMI

CLASSIFICAZIONE DA 1 A

10

| | |
|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |

IV. Quali domande pensa che dovremmo fare ai pazienti e ai familiari che, come lei, stanno affrontando le cure lontani da casa in termini di:

A. Disponibilità di alloggi:

B. Reperimento a distanza di informazioni sugli alloggi:

C. Aspetti correlati allo spostamento

D. Aspetti di tipo economico:

E. Aspetti legati alla lontananza dalla famiglia e dagli amici:

F. Motivazione dello spostamento:

G. Difficoltà economiche:

H. Bisogni di accoglienza:

I. Bisogni di relazione/compagnia:

L. Servizi da trovare in una struttura di accoglienza:

M. Altro:

CONSULTAZIONE CON GLI ESPERTI DEL SETTORE DELL'ACCOGLIENZA SANITARIA A MILANO

DISCUSSIONE APERTA

La ringrazio per aver accettato di offrire la sua opinione in qualità di esperto, per lo sviluppo di un questionario che raccolga informazioni sulla realtà che i pazienti e i loro familiari vivono quando devono spostarsi dalla loro città e regione di appartenenza per effettuare le cure.

Il questionario dovrebbe prendere in considerazione tutte le difficoltà, i bisogni, gli ostacoli che i pazienti e i loro familiari possono affrontare.

Man mano che le vengono poste le domande, così come al termine del colloquio, non esiti a esprimere tutte le osservazioni e i commenti che le possono venire in mente, incluse le sue reazioni alle domande.

II. Quali **problemi specifici** ritiene che affrontino i pazienti e i loro familiari che devono spostarsi dalla loro città e regione di appartenenza per effettuare le cure per quanto riguarda:

A. Disponibilità di alloggi:

B. Reperimento a distanza di informazioni sugli alloggi:

C. Aspetti correlati allo spostamento:

D. Aspetti di tipo economico:

E. Aspetti legati alla lontananza dalla famiglia e dagli amici:

F. Altro:

III. Quali sono le domande più importanti da porre ai pazienti e ai loro familiari che devono spostarsi dalla loro città e regione di appartenenza per effettuare le cure per quanto riguarda:
(la prego di elencarne il maggior numero possibile)

A. Motivazione dello spostamento:

B. Difficoltà economiche:

C. Bisogni di accoglienza:

D. Bisogni di relazione/compagnia:

C. Altro:

| Domanda | Pensa che questa domanda sia difficile da capire? | | Giudica questa domanda imbarazzante ? | | Giudica questa domanda irrilevante o inutile ? | |
|--|--|----|--|----|--|----|
| Ho bisogno di indicazioni più precise sui mezzi di trasporto della città. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di informazioni sulle Case di Accoglienza presenti a Milano. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di incontrare persone accoglienti e preparate. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le persone che si occupano dei servizi di accoglienza siano più disponibili. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le Case di Accoglienza siano dotate di servizi di uso quotidiano (uso di cucina ed elettrodomestici). | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le Case di Accoglienza siano raggiungibili velocemente dal luogo di cura. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le Case di Accoglienza siano dotate del bagno in camera. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che nelle Case di Accoglienza ci sia un'atmosfera familiare e della presenza di persone di riferimento. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le Case di Accoglienza chiedano contributi economici più bassi. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere una maggiore scelta di alloggi per avere la situazione che meglio risponde alle mie necessità personali. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla disponibilità di alloggi anche di altre strutture. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere informazioni sulle sulla disponibilità di alloggi anche di altre strutture prima di partire dalla mia Regione. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di trovare informazioni sugli alloggi su internet. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere un centro di prenotazione unico degli alloggi, tipo numero verde, per evitare inutili telefonate. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere un volontario che mi accompagni dall'ospedale alla Casa di Accoglienza. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di poter ricevere nelle strutture di accoglienza la visita di persone di famiglia. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di sentirmi meno sola. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere maggiori Informazioni sui diritti dei malati per rimborsi dalle regioni. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di maggiore privacy. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |

| | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|
| Ho bisogno che nelle Case di Accoglienza ci sia uno spazio comune per incontrare altre persone. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere la presenza di un volontario. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere un servizio di ristorazione interno alla Casa di Accoglienza. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di avere una stanza privata (non in condivisione con altri). | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di indicazioni più precise sui mezzi di trasporto della città. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di informazioni sulle Case di Accoglienza presenti a Milano. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno di incontrare persone accoglienti e preparate. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le persone che si occupano dei servizi di accoglienza siano più disponibili. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le Case di Accoglienza siano dotate di servizi di uso quotidiano (uso di cucina ed elettrodomestici). | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le Case di Accoglienza siano raggiungibili velocemente dal luogo di cura. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che le Case di Accoglienza siano dotate del bagno in camera. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Ho bisogno che nelle Case di Accoglienza ci sia un'atmosfera familiare e della presenza di persone di riferimento. | SI | NO | SI | NO | SI | NO |

Saprebbe indicare altri argomenti rilevanti non toccati dal questionario? (se si, quali)

La ringraziamo per la sua collaborazione

DATA |_|_| |_|_| |_|_|

intervistatore

QUESTIONARIO PER VISITA CASE ACCOGLIENZA

NOME STRUTTURA _____

NOMINATIVO PERSONA INTERVISTATA _____

RUOLO NELLA STRUTTURA

- direttore segretario
 volontario altro dipendente _____
 altro _____

Verificare dati in nostro possesso (correggere eventuali errori)

MODALITA' DI PRENOTAZIONE

Dove sono reperibili informazioni relative alla struttura?
(è possibile segnare più di una risposta)

- pagina web della struttura sito dell'ospedale
 carta dei servizi dell'ospedale URP o servizi sociali dell'ospedale
 nei reparti dell'ospedale altro _____

E possibile prenotare via internet? SI NO

PROCEDURE DI INGRESSO

Fotocopia documenti necessari per l'ammissione alla struttura :

- non sono necessari documenti
 CI o passaporto o patente
 codice fiscale
 permesso di soggiorno
 altro, specificare _____

Viene effettuata una verifica del rapporto dell'ospite con l'ospedale? SI NO

Viene effettuata una valutazione condizioni reddituali degli ospiti?

- no, mai
 si, ma solo per chi richiede una riduzione del contributo
 si per tutti gli ospiti

Viene richiesta una cauzione? SI NO Se SI, in che misura? _____

Il pagamento è richiesto:

- anticipatamente con acconti durante sogg alla partenza

Modalità di pagamento accettate

- (è possibile segnare più di una risposta) Contanti
 Assegno/Bonifico
 Bancomat/Carta
 altro, specificare _____

Eventuali note relative alle procedure di ingresso:

ACCOGLIENZA

E' previsto un limite di durata del soggiorno? SI NO
Se SI quanto? _____

Sono previste limitazioni di accesso alla struttura?

- nessun limite è una struttura per sole donne
 c'è un limite di reddito max non si accettano malati con determinate patologie
 altro _____

Malati affetti da determinate patologie hanno una prelazione? SI NO

Indicare orari per arrivi _____

Indicare orari per partenze _____

Indicare orari di segreteria _____

Esistono regole di orario per l'accesso alla casa? SI NO
Se SI quali? _____

Durante il soggiorno c'è la possibilità di contattare una persona di riferimento per le emergenze?
(ad esempio problemi con le chiavi, problemi idraulici...) SI NO

E' prevista la presenza di volontari nella struttura? SI NO
Se SI con quale periodicità? tutti i giorni 2/3 volte la settimana
 1 volta alla settimana altro _____

La struttura ha volontari propri? NO SI Se SI quanti? _____

Esiste un regolamento della struttura? SI NO

Sono previste visite di "controllo" non preannunciate durante il soggiorno? SI NO

Negli ultimi 12 mesi è capitato di dover gestire situazioni conflittuali fra gli ospiti?

No, mai Si, talvolta Si, spesso

Eventuali note relative all'accoglienza:

APPARTAMENTI/CAMERE

Per accedere dalla strada agli appartamenti/stanze, è necessario salire delle scale (anche pochi gradini) prive di montascale? SI NO

E' previsto l'uso di una cucina comune? SI NO
Se SI, è prevista una dotazione/gestione degli spazi separata per i diversi ospiti? SI NO
Se NO, è previsto l'uso di un frigorifero (in stanza e/o in comune)? SI NO

Sono presenti spazi comuni? SI NO
Se SI quali?
(è possibile segnare più di una risposta) soggiorno
 sala TV
 terrazzo
 giardino
 altro _____

E' previsto un servizio di pulizia dei locali?
 Solo al termine del soggiorno
 Anche durante il soggiorno ogni _____ gg

Indicare quale delle seguenti forniture di biancheria è disponibile e quale è la frequenza di cambio:

| FORNITURA | CAMBIO | COSTO |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> biancheria letto | <input type="checkbox"/> a cura dell'ospite <input type="checkbox"/> cambio ogni _____ gg | <input type="checkbox"/> compreso nel prezzo <input type="checkbox"/> a parte |
| <input type="checkbox"/> biancheria bagno | <input type="checkbox"/> a cura dell'ospite <input type="checkbox"/> cambio ogni _____ gg | <input type="checkbox"/> compreso nel prezzo <input type="checkbox"/> a parte |
| <input type="checkbox"/> biancheria cucina | <input type="checkbox"/> a cura dell'ospite <input type="checkbox"/> cambio ogni _____ gg | <input type="checkbox"/> compreso nel prezzo <input type="checkbox"/> a parte |

E' previsto l'uso di una lavanderia/stireria comune? SI NO

Esistono convenzioni con strutture esterne vicine per i pasti? SI NO

Indicare quali dei seguenti servizi sono presenti nei pressi della struttura (entro i 10 min. a piedi):

negozio di alimentari rivendita biglietti ATM
 supermercato farmacia

Eventuali note relative agli appartamenti/camere:

ACCESSIBILITA' TRASPORTO PUBBLICO

Nei pressi della struttura (entro 10 min a piedi) sono presenti i seguenti accessi ai mezzi pubblici:

| MEZZO | LINEA | FERMATA | DISTANZA APPROX. (in metri) |
|---------------|-------|---------|--------------------------------|
| | | | |
| METROPOLITANA | | | |
| METROPOLITANA | | | |
| METROPOLITANA | | | |
| METROPOLITANA | | | |
| | | | |
| AUTOBUS | | | |
| AUTOBUS | | | |
| AUTOBUS | | | |
| | | | |
| TRAM | | | |
| TRAM | | | |
| TRAM | | | |
| | | | |
| PASSANTE | | | |
| PASSANTE | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ALTRE CASE DI ACCOGLIENZA

Chiedere all'intervistato se in caso di indisponibilità di camere presso di loro segnalano altre strutture non comprese nel nostro elenco:

| Nome struttura | Persona di contatto | Indirizzo | Telefono |
|----------------|---------------------|-----------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FIRMA INTERVISTATORE

FIRMA INTERVISTATO
