

*Vi preghiamo di voler compilare il seguente questionario di cinque brevi domande al fine di meglio orientare la discussione nelle due ore a seguire.*

Nome associazione:

1. Svolgete attività sanitaria sui migranti, anche marginalmente?  Sì  No

1.1. Se sì, offrite un servizio di:

MMG (medico di medicina generale) e.g. quale il Vostro Medico di famiglia.

Specialità mediche (e.g. ginecologo, cardiologo, infettivologo etc...).

Mera informazione circa le strutture dove curarsi.

Altro: \_\_\_\_\_

2. In quale contesto offrite assistenza sanitaria?

Ambulatorio gestito dalla Vostra OdV(organizzazione di volontariato).

Unità di strada.

Visite domiciliari.

Invio dell'utente presso studi medici privati convenzionati con la Vostra OdV.

invio dell'utente presso ospedali pubblici.

Altro: \_\_\_\_\_

3. Rilevate dati circa le prestazioni sanitarie erogate?  Sì  No

3.1. Se sì, siete a conoscenza delle norme sul trattamento dei dati sensibili?

Sì  No

3.2. Quale tipo di supporto utilizzate?

Cartella clinica cartacea.

Supporto informatizzato.

Altro: \_\_\_\_\_

4. Avete rapporti con uffici della ASL3 Genovese?  Sì  No
- 4.1. Se sì, con quali servizi di quale distretto sociosanitario?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Distretto ponente n.8</u>         | <input type="checkbox"/> Assistenza disabili                    |
| <input type="checkbox"/> <u>D. Val Polcevera/Scrivia n.10</u> | <input type="checkbox"/> Servizio/ambulatorio infermieristico   |
| <input type="checkbox"/> <u>D. Val Bisagno/Trebbia n.12</u>   | <input type="checkbox"/> Assistenza specialistica               |
| <input type="checkbox"/> <u>D. Medio ponente n.9</u>          | <input type="checkbox"/> Medico di distretto/medico funzionario |
| <input type="checkbox"/> <u>D. Centro n.11</u>                | <input type="checkbox"/> Attività consultoriale                 |
| <input type="checkbox"/> <u>D. Levante n.13</u>               | <input type="checkbox"/> Assistenza anziani                     |
| <input type="checkbox"/> Salute mentale                       | <input type="checkbox"/> SERT                                   |
| <input type="checkbox"/> Terapia fisica/riabilitazione        | <input type="checkbox"/> Cure domiciliari                       |
| <input type="checkbox"/> Cure palliative/terapia dolore       | <input type="checkbox"/> Protesi e ausili                       |
| <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale             | <input type="checkbox"/> Centri prelievo                        |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____                         |   |

5. Come vi regolate con i farmaci?

- 5.1. Avete scorte di farmaci?  Sì  No
- 5.1.1. Se sì, i farmaci di cui disponete:
- sono esclusivamente farmaci da banco (e.g. aspirina, tachipirina etc.).
  - sono anche farmaci per cui vige l'obbligo di ricetta medica (e.g. antibiotici etc.).
- 5.2. Avete conti aperti presso farmacie (cui inviate gli utenti per ritirare i farmaci che poi salderete)?  Sì  No
- 5.3. Vi rivolgete ai Dipartimenti delle Attività Farmaceutiche della ASL3 per ottenere assistenza farmaceutica per i Vostri utenti?  Sì  No

5.4. Con i farmaci ci regoliamo diversamente:


Grazie.