

**Questionario** **per la valutazione del grado di soddisfazione della famiglia per le cure ricevute nel reparto di medicina intensiva** **©**

# Valutazione dei nostri servizi

Il suo parere sul recente ricovero di un suo famigliare nel reparto di medicina intensiva

Il suo famigliare è stato recentemente ospedalizzato in questo reparto. Nella nostra documentazione lei è stato considerato come "parente stretto". Le domande seguenti a **LEI** rivolte riguardano **l'ultimo ricovero** del suo famigliare **nel reparto di medicina intensiva**. Siamo consapevoli che diversi medici, infermieri e altri membri del personale sono stati coinvolti nell’assistenza al suo famigliare. Sappiamo inoltre che ci possono essere state situazioni particolari. Ciò che tuttavia ci interessa è conoscere la sua **valutazione complessiva** della qualità delle cure prestate. Ci rendiamo conto che questo possa essere stato un periodo particolarmente difficile per lei e i suoi famigliari. Le saremo grati se potesse dedicarci un po' del suo tempo e darci il suo parere. Le chiediamo di comunicarci cosa del nostro operato le è parso positivo e cosa potremmo fare per migliorare. Le assicuriamo che le risposte saranno trattate con riservatezza. I medici e il personale infermieristico che hanno assistito il suo famigliare non avranno modo di identificarla attraverso il presente questionario.

**DATI DEMOGRAFICI (Informazioni che la riguardano)**

**La preghiamo di compilare i seguenti dati per permetterci di avere qualche informazione su di lei e sulla sua relazione con il paziente.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Sono: |  |  |  | uomo |  | donna |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ho: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | anni |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Relazione con il paziente:      * f * a | mog mad iglia ltro | li r | e e  (spe | * marito * padre * figlio cificare): |      | partner sorella fratello |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Prima di quest'ultimo ricovero, lei è mai stato coinvolto come famigliare di un paziente ospedalizzato in un reparto di medicina intensiva? | | | | | | |
|  |  |  |  |  | Si |  | No |
| 5 | Vive con il paziente? |  |  |  | Si |  | No |
| In caso di risposta negativa, in media con che frequenza vede il paziente? | | | | | | | |
|  | * Più volte alla settimana |  |  |  | Una volta alla settimana | | |
|  | * Una volta al mese |  |  |  | Una volta all’anno | |  |
|  Meno di una volta all’anno | | | | | | | |
| 6 | Dove abita? |  |  |  | Nella città in cui si trova l'ospedale | | |
|  |  |  |  |  | In un’altra città | |  |

**PARTE 1: Grado di soddisfazione per l’assistenza**

Contrassegni cortesemente **la casella** che meglio riflette il suo punto di vista. Se la domanda non è pertinente al ricovero del suo famigliare, contrassegni la casella **NP (non pertinente)**.

**COME ABBIAMO ASSISTITO IL SUO FAMIGLIARE (IL PAZIENTE)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Interesse e attenzione da parte del personale di reparto:**  Cortesia, rispetto e comprensione riservate al suo famigliare (il paziente). |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |

**Gestione dei sintomi:** in che modo il personale ha valutato e trattato i sintomi del suo famigliare.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Dolore |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |
| 3 | Difficoltà respiratorie (affanno) |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |
| 4 | Agitazione |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |

**IN CHE MODO CI SIAMO OCCUPATI DI LEI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | **Considerazione dei suoi bisogni:** |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |
| In che modo il personale di reparto si è interessato ai suoi bisogni. |
| 6 | **Sostegno emotivo:** |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |
| In quale modo il personale di reparto l’ha sostenuta emotivamente. |
| 7 | **Coordinazione delle cure:** |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |
| Il lavoro di squadra svolto dal personale di reparto che ha assistito il suo famigliare è stato. |
| 8 | **Interesse e attenzione da parte del personale di reparto:** |   Ottimo |   Molto buono |   Buono |    Sufficiente Scadente |   NP |
| Cortesia, rispetto e comprensione riservate a **lei**. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PERSONALE INFERMIERISTICO** | | | | | | |
| 9 | **Abilità e competenze del personale infermieristico di reparto:** |  |  |  |  |  |  |
|  | Come il personale infermieristico ha curato il suo famigliare. | Ottimo | Molto  buono | Buono | Sufficiente Scadente | | NP |
| 10 | **Frequenza della comunicazione con**  **il personale infermieristico di reparto:** |   Molto |   Frequente |   A volte |   Raramente |   Mai |   NP |
|  | Con quale frequenza il personale infermieristico l’ha informata sulle condizioni del suo famigliare. | frequente | | | | |  |
|  | **MEDICI (tutti i medici, compresi i medici assistenti)** | | | | | | |
| 11 | **Abilità e competenze dei medici di reparto:** |  |  |  |  |  |  |
|  | Come i medici hanno curato il suo famigliare. | Ottimo | Molto  buono | Buono | Sufficiente Scadente | | NP |
|  | **IL REPARTO DI MEDICINA INTENSIVA** | | | | | | |
| 12 | **Quale atmosfera si respira nel reparto di medicina intensiva?** |   Ottima |   Molto buona |   Buona |    Sufficiente Scadente | |   NP |
|  | **LA SALA D’ATTESA** | | | | | | |
| 13 | **Quale atmosfera si respira nella sala d'attesa di reparto?** |   Ottima |   Molto buona |   Buona |    Sufficiente Scadente | |   NP |
|  | **ASSISTENZA SANITARIA** | | | | | | |
| 14 | **Alcune persone vorrebbero che si facesse di tutto per la loro salute, mentre altre non lo desiderano.** | | | | | | |
|  | Qual è il suo grado di soddisfazione per       il LIVELLO o **la quantità** di assistenza  sanitaria fornita al suo famigliare nel Assolutamente Leggermente Abbastanza Molto Pienament  reparto di medicina intensiva? insoddisfatto insoddisfatto soddisfatto soddisfatto soddisfatto | | | | | | |

**PARTE 2: Soddisfazione della famiglia per il processo decisionale relativo all’assistenza a pazienti in condizioni critiche**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | ISTRUZIONI PER LA FAMIGLIA DI PAZIENTI IN CONDIZIONI CRITICHE |
| Questa parte del questionario serve a valutare la percezione che lei ha avuto del SUO coinvolgimento nelle decisioni relative ai trattamenti sanitari riservati al suo famigliare. Nel reparto di medicina intensiva il suo famigliare è stato assistito da diverse persone. Nel rispondere alle domande le chiediamo tuttavia di considerare l'assistenza ricevuta dal suo famigliare nel suo insieme. | |
|  | Contrassegni gentilmente **la casella** che meglio descrive la sua opinione |
|  | **ESIGENZE DI INFORMAZIONI** |
| 15 | **Frequenza della comunicazione con i**        **medici di reparto:** |
|  | Con quale frequenza i medici l’hanno Ottima Molto Buona Sufficiente Scadente NP  informata delle condizioni del suo buona  famigliare. |
| 16 | **Facilità di reperimento delle**        **informazioni:** |
|  | Disponibilità del personale di reparto Ottima Molto Buona Sufficiente Scadente NP  a rispondere alle sue domande. buona |
| 17 | **Comprensione delle informazioni:**       |
|  | In quale misura il personale di reparto  ha fornito informazioni a lei Ottima Molto Buona Sufficiente Scadente NP  comprensibili. buona |
| 18 | **Sincerità delle informazioni:**       |
|  | Sincerità delle informazioni fornite dal  personale in merito alle condizioni del Ottima Molto Buona Sufficiente Scadente NP  suo famigliare. buona |
| 19 | **Completezza delle informazioni:**       |
|  | In quale misura il personale di reparto  l’ha informata di ciò che stava Ottima Molto Buona Sufficiente Scadente NP  accadendo al suo famigliare e del buona  perché di quanto fatto. |
| 20 | **Coerenza delle informazioni:**       |
|  | Coerenza delle informazioni fornite  sulle condizioni del suo famigliare. Ha Ottima Molto Buona Sufficiente Scadente NP  ricevuto delle informazioni comparabili buona  dal medico, personale infermieristico, ecc. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **PROCESSO DI PRESA DI DECISIONE** |
| Durante il ricovero del suo famigliare nel reparto di medicina intensiva sono state prese molte decisioni importanti riguardanti l'assistenza sanitaria riservata a lui/lei. Nelle domande seguenti scelga **la** risposta che meglio corrisponde al suo parere: | | |
| 21 | **Si è sentito coinvolto nel processo di presa di decisione?** | |
|  |  | Mi sono sentito **totalmente** escluso |
|  |  | Mi sono sentito **parzialmente** escluso |
|  |  | Non mi sono sentito né coinvolto né escluso dal processo di presa di decisione |
|  |  | Mi sono sentito **parzialmente** coinvolto |
|  |  | Mi sono sentito **molto** coinvolto |
| 22 | **Si è sentito sostenuto durante il processo di presa di decisione?** | |
|  |  | Mi sono sentito **completamente** abbandonato |
|  |  | Mi sono sentito **in parte** abbandonato |
|  |  | Non mi sono sentito né abbandonato né sostenuto |
|  |  | Mi sono sentito sostenuto |
|  |  | Mi sono sentito **molto** sostenuto |
| 23 | **Ha avuto la sensazione di essere stato coinvolto nell'assistenza al suo famigliare?** | |
|  |  | Mi sono sentito **completamente** escluso, e ho avuto l’impressione che il personale curante abbia preso il sopravvento e imposto le cure da riservare al mio famigliare |
|  |  | Mi sono sentito **parzialmente** escluso, e ho avuto l’impressione che il personale curante abbia preso il sopravvento e imposto l'assistenza da riservare al mio famigliare |
|  |  | Non mi sono sentito né coinvolto né escluso |
|  |  | Mi sono sentito **parzialmente** coinvolto nell'assistenza al mio famigliare |
|  |  | Mi sono sentito **molto** coinvolto nell'assistenza al mio famigliare |
| 24 | **Nel momento di prendere delle decisioni ha avuto tempo sufficiente per esprimere i suoi dubbi e ottenere delle risposte alle sue domande?** | |
|  |  | Avrei avuto bisogno di più tempo |
|  |  | Ho avuto tempo sufficiente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Se il suo famigliare è deceduto durante la permanenza nel reparto di medicina intensiva,** | | |
| **risponda cortesemente alle seguenti domande (25-27). Se il famigliare non è deceduto,** | | |
| **passi alla domanda 28.** | | |
| 25 | **Quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo punto di vista:** | |
|  |  | Ritengo che la vita del mio famigliare sia stata prolungata inutilmente |
|  |  | Ritengo che la vita del mio famigliare sia stata **in parte** prolungata inutilmente |
|  |  | Ritengo che la vita del mio famigliare non sia stata né prolungata né abbreviata inutilmente |
|  |  | Ritengo che la vita del mio famigliare sia stata **in parte** abbreviata inutilmente |
|  |  | Ritengo che la vita del mio famigliare sia stata abbreviata inutilmente |
| 26 | **Nelle ultime ore di vita del suo famigliare, quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo punto di vista:** | |
|  |  | Ritengo che lui/lei abbia sofferto molto |
|  |  | Ritengo che lui/lei abbia **in parte** sofferto |
|  |  | Ritengo che lui/lei si sia sentito/a per lo più sereno/a |
|  |  | Ritengo che lui/lei si sia sentito/a sereno/a |
|  |  | Ritengo che lui/lei si sia sentito/a **molto** sereno/a |
| 27 | **Nelle ultime ore prima del decesso del suo famigliare, quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo punto di vista:** | |
|  |  | Mi sono sentito **totalmente** abbandonato dal personale curante |
|  |  | Mi sono sentito abbandonato dal personale curante |
|  |  | Non mi sono sentito né abbandonato né sostenuto dal personale curante |
|  |  | Mi sono sentito sostenuto dal personale curante |
|  |  | Mi sono sentito **molto** sostenuto dal personale curante |

|  |  |
| --- | --- |
| 28 | **Ha dei suggerimenti su come migliorare l'assistenza nel reparto di medicina intensiva?** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 29 | **Ha osservazioni o commenti su ciò che abbiamo svolto bene?** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 30 | **Aggiunga qualsiasi osservazione o proposta che ritiene utile per il personale di questo ospedale.** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **La ringraziamo vivamente per aver compilato il questionario e per averci dato la sua opinione. Le chiediamo cortesemente di metterlo nella busta affrancata e già indirizzata e di spedirlo il più presto possibile.** | |