

- 11) Come valuta la discussione delle scelte terapeutiche con la famiglia? 1 2 3 4 5 6 7
- 12) Come giudica i suggerimenti/consigli forniti dal personale per affrontare meglio il percorso dell'accompagnamento? 1 2 3 4 5 6 7
- 13) Come giudica le informazioni che ha ricevuto dal medico/infermiere su cosa sarebbe accaduto al Suo familiare? 1 2 3 4 5 6 7
- 14) Come giudica complessivamente l'assistenza e la cura dedicata al Suo familiare all'interno della Struttura? 1 2 3 4 5 6 7
- 15) Come giudica la possibilità di parlare con gli operatori dei Suoi sentimenti in relazione all'evoluzione della malattia del Suo familiare? 1 2 3 4 5 6 7

SUGGERIMENTI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA AI MALATI E IL SUPPORTO AI FAMILIARI



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Mantova

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELLA FAMIGLIA

Gentile Signore/Signora,

rispondendo alle domande che seguono potrà aiutarci a comprendere se l'assistenza fornita al Suo congiunto dall'équipe dell'Hospice (medici, infermieri, operatori sociosanitari, psicologa, fisioterapista, assistente spirituale e volontari), ha risposto ai bisogni e alle attese, oppure se poteva essere fatto di più.

Le Sue risposte serviranno a migliorare il nostro servizio, adeguandolo ai bisogni e alle aspettative delle persone che lo utilizzano.

Il questionario è anonimo e una volta compilato può essere depositato nel PUNTO RACCOLTA della Struttura delle Cure Palliative.

Per rispondere alle domande, esprima il Suo giudizio attraverso una scala di valori da 1 a 7:

1= per niente soddisfacente 1 2 3 4 5 6 7

7= molto soddisfacente

Grazie per la collaborazione

DATA DI COMPILAZIONE _____

a) Grado di parentela di chi compila il questionario (es. moglie, marito, convivente, figlio/a, amico/a ecc.)

b) Genere

M F

c) Età _____

d) Grado di scolarità:

Scuola Elementare
Scuola Media Inferiore
Media Superiore
Laurea

e) Nazionalità:

Italiana
Europea
Extraeuropea

1) All'arrivo in reparto, come giudica le informazioni ricevute dagli operatori? e in particolare:

1.1 Informazioni sulla Struttura 1234567

1.2 Orario di visita parenti/amici 1234567

1.3 Identificazione degli operatori 1234567

2) Come valuta gli aspetti strutturali ed alberghieri? e in particolare:

2.1 Comfort della stanza 1234567

2.2 Pulizia degli ambienti 1234567

2.3 Qualità del vitto 1234567

2.4 Flessibilità pasti 1234567

3) Come giudica il comportamento del personale di assistenza? e in particolare:

3.1 Disponibilità 1234567

3.2 Tempestività 1234567

3.3 Cortesia 1234567

4) Durante il periodo di assistenza, come è stato il controllo dei sintomi?

4.1 Dolore 1234567

4.2 Difficoltà a respirare 1234567

4.3 Vomito 1234567

4.4 Agitazione 1234567

4.5 Paura/Ansia 1234567

5) Durante gli ultimi due giorni di assistenza, come è stato il controllo dei sintomi?

5.1 Dolore 1234567

5.2 Difficoltà a respirare 1234567

5.3 Vomito 1234567

5.4 Agitazione 1234567

5.5 Paura/Ansia 1234567

6) Come valuta la tempestività delle risposte dei medici e degli infermieri alla chiamata tramite campanello? 1234567

7) Come giudica la chiarezza delle informazioni ricevute sulla malattia del Suo familiare e sulla sua evoluzione? 1234567

8) Come giudica la completezza delle informazioni ricevute sulla malattia del Suo familiare e sulla sua evoluzione? 1234567

9) Come valuta il rispetto della riservatezza personale della famiglia e del malato? 1234567

10) Durante il periodo di assistenza come valuta il rispetto delle scelte espresse dal malato? 1234567