
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 familiare nel reparto di medicina intensiva

Il suo familiare 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 familiare **nel reparto di medicina intensiva**. Siamo consapevoli che diversi medici, infermieri e altri membri del personale sono stati coinvolti nell'assistenza al suo familiare. 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 familiari. 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 familiare 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:

moglie marito partner

madre padre sorella

figlia figlio fratello

altro (specificare): _____

4 Prima di quest'ultimo ricovero, lei è mai stato coinvolto come familiare di un paziente ospedalizzato in un reparto di medicina intensiva?

Sì No

5 Vive con il paziente? Sì 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 familiare, 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 familiare (il paziente). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottimo | Molto buono | Buono | Sufficiente | Scadente | NP |
| Gestione dei sintomi: in che modo il personale ha valutato e trattato i sintomi del suo familiare. | | | | | | | |
| 2 | Dolore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottimo | Molto buono | Buono | Sufficiente | Scadente | NP |
| 3 | Difficoltà respiratorie (affanno) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottimo | Molto buono | Buono | Sufficiente | Scadente | NP |
| 4 | Agitazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottimo | Molto buono | Buono | Sufficiente | Scadente | NP |

IN CHE MODO CI SIAMO OCCUPATI DI LEI

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

PERSONALE INFERMIERISTICO

9 **Abilità e competenze del personale infermieristico di reparto:**
Come il personale infermieristico ha curato il suo familiare.

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ottimo | Molto buono | Buono | Sufficiente | Scadente | NP |

10 **Frequenza della comunicazione con il personale infermieristico di reparto:**
Con quale frequenza il personale infermieristico l'ha informata sulle condizioni del suo familiare.

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Molto frequente | Frequente | A volte | Raramente | Mai | NP |

MEDICI (tutti i medici, compresi i medici assistenti)

11 **Abilità e competenze dei medici di reparto:**
Come i medici hanno curato il suo familiare.

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ottimo | Molto buono | Buono | Sufficiente | Scadente | NP |

IL REPARTO DI MEDICINA INTENSIVA

12 **Quale atmosfera si respira nel reparto di medicina intensiva?**

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ottima | Molto buona | Buona | Sufficiente | Scadente | NP |

LA SALA D'ATTESA

13 **Quale atmosfera si respira nella sala d'attesa di reparto?**

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 familiare nel reparto di medicina intensiva?

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assolutamente insoddisfatto | Leggermente insoddisfatto | Abbastanza soddisfatto | Molto soddisfatto | Pienamente 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 familiare. Nel reparto di medicina intensiva il suo familiare è stato assistito da diverse persone. Nel rispondere alle domande le chiediamo tuttavia di considerare l'assistenza ricevuta dal suo familiare 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 informata delle condizioni del suo familiare. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottima | Molto buona | Buona | Sufficiente | Scadente | NP |
| 16 | Facilità di reperimento delle informazioni: Disponibilità del personale di reparto a rispondere alle sue domande. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottima | Molto buona | Buona | Sufficiente | Scadente | NP |
| 17 | Comprensione delle informazioni: In quale misura il personale di reparto ha fornito informazioni a lei comprensibili. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottima | Molto buona | Buona | Sufficiente | Scadente | NP |
| 18 | Sincerità delle informazioni: Sincerità delle informazioni fornite dal personale in merito alle condizioni del suo familiare. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottima | Molto buona | Buona | Sufficiente | Scadente | NP |
| 19 | Completezza delle informazioni: In quale misura il personale di reparto l'ha informata di ciò che stava accadendo al suo familiare e del perché di quanto fatto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottima | Molto buona | Buona | Sufficiente | Scadente | NP |
| 20 | Coerenza delle informazioni: Coerenza delle informazioni fornite sulle condizioni del suo familiare. Ha ricevuto delle informazioni comparabili dal medico, personale infermieristico, ecc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Ottima | Molto buona | Buona | Sufficiente | Scadente | NP |

PROCESSO DI PRESA DI DECISIONE

Durante il ricovero del suo familiare 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 familiare?**

- 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 familiare
- 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 familiare
- Non mi sono sentito né coinvolto né escluso
- Mi sono sentito **parzialmente** coinvolto nell'assistenza al mio familiare
- Mi sono sentito **molto** coinvolto nell'assistenza al mio familiare

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 familiare è deceduto durante la permanenza nel reparto di medicina intensiva, risponda cortesemente alle seguenti domande (25-27). Se il familiare 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 familiare sia stata prolungata inutilmente
- Ritengo che la vita del mio familiare sia stata **in parte** prolungata inutilmente
- Ritengo che la vita del mio familiare non sia stata né prolungata né abbreviata inutilmente
- Ritengo che la vita del mio familiare sia stata **in parte** abbreviata inutilmente
- Ritengo che la vita del mio familiare sia stata abbreviata inutilmente

26 Nelle ultime ore di vita del suo familiare, 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 familiare, 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.