

Questionario per la valutazione della soddisfazione dei famigliari per le cure ricevute in Terapia Intensiva©

Ci piacerebbe avere il suo parere a riguardo del recente ricovero del suo famigliare nel reparto di Terapia Intensiva (TI)





Il suo famigliare è stato recentemente ricoverato in questa TI. Le seguenti domande a **LEI** rivolte riguardano **l'ultimo ricovero** del suo famigliare **in TI**. Siamo consapevoli che diversi medici, infermieri e altri membri del personale sono stati coinvolti nella cura del suo famigliare. Pur sapendo che ci possono essere state situazioni particolari, quello che a noi interessa conoscere è la **sua valutazione complessiva** della qualità delle cure prestate. Capiamo che questo periodo possa essere stato molto difficile per lei e i suoi famigliari, ma Le saremmo grati se potesse dedicarci un po' del suo tempo e darci il suo parere. Le chiediamo di riferirci cosa del nostro operato le è parso positivo e cosa potremmo fare per migliorare. Le assicuriamo che **le risposte saranno trattate con riservatezza**. In alcun modo i medici e il personale infermieristico che hanno assistito il suo famigliare saranno in grado di individuare le sue risposte.

PARTE 1: SODDISFAZIONE PER LE CURE

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






COME ABBIAMO ASSISTITO IL SUO FAMIGLIARE (IL PAZIENTE)? QUANTO LEI È SODDISFATTO RISPETTO A ...

1. **Interesse e attenzione da parte del personale della TI:**
Cortesia, rispetto e vicinanza riservate al **suo famigliare (il paziente)** sono stati






					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

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






a. In che modo il personale della TI ha valutato e trattato il dolore del suo famigliare

					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

b. In che modo il personale della TI ha valutato e trattato le difficoltà respiratorie (affanno) del suo famigliare






					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

c. In che modo il personale della TI ha valutato e trattato l'agitazione del suo familiare






					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

IN CHE MODO CI SIAMO OCCUPATI DI LEI? QUANTO LEI È SODDISFATTO RISPETTO A...






3. **Considerazione dei suoi bisogni:**
In che modo il personale di TI ha dimostrato interesse ai suoi bisogni.

					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>






4. **Sostegno emotivo:**
In che modo il personale della TI l'ha sostenuta emotivamente.

					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

5. **Coordinamento delle cure:**
Il lavoro di squadra svolto dal personale della TI che ha assistito il suo familiare.






					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

6. **Interesse e attenzione da parte del personale della TI:**
Cortesia, rispetto e vicinanza riservate a lei.






					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

PERSONALE DELLA TERAPIA INTENSIVA: QUANTO LEI È SODDISFATTO RISPETTO A...

7. **Abilità e competenze del personale infermieristico della TI:**
In che modo il personale infermieristico della TI ha curato il suo familiare.






					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

8. **Frequenza della comunicazione con il personale infermieristico della TI:**
La frequenza, con cui lei è stato informato delle condizioni del suo familiare.

					
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	NP
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>






9. Abilità e competenze dei medici della TI (tutti i medici specializzandi inclusi):

In che modo i medici hanno curato il suo familiare.

					NP
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	






LA SALA DI ATTESA

10. Quanto è soddisfatto dell'ambiente della sala d'attesa della TI era






					NP
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

IL REPARTO DI T.I.






11. Quanto è soddisfatto dell'atmosfera del reparto di TI

					NP
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

12. Quanto è soddisfatto del suo coinvolgimento nella visita medica giornaliera

					NP
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

13. Quanto è soddisfatto del suo coinvolgimento nell'assistenza al suo familiare

					NP
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

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 cure sanitarie fornite al suo familiare in TI?

					NP
Del tutto insoddisfatto	Abbastanza insoddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Pienamente soddisfatto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	































PARTE 2: SODDISFAZIONE DELLA FAMIGLIA RISPETTO AL 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 TI 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 cortesemente una sola casella, quella 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).

BISOGNI INFORMATIVI
QUANTO LEI È SODDISFATTO RISPETTO A...

<p>15. Frequenza della comunicazione con i medici di TI: La frequenza, con cui Lei è stato informato delle condizioni del suo familiare da parte dei medici</p>	 Del tutto insoddisfatto <input type="checkbox"/> 1	 Abbastanza insoddisfatto <input type="checkbox"/> 2	 Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/> 3	 Molto soddisfatto <input type="checkbox"/> 4	 Pienamente soddisfatto <input type="checkbox"/> 5	<p>NP <input type="checkbox"/></p>
<p>16. Facilità nel reperire le informazioni: La disponibilità del personale di TI a rispondere alle sue domande</p>	 Del tutto insoddisfatto <input type="checkbox"/> 1	 Abbastanza insoddisfatto <input type="checkbox"/> 2	 Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/> 3	 Molto soddisfatto <input type="checkbox"/> 4	 Pienamente soddisfatto <input type="checkbox"/> 5	<p>NP <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Comprensione delle informazioni: In quale misura il personale di TI ha fornito informazioni a lei comprensibili</p>	 Del tutto insoddisfatto <input type="checkbox"/> 1	 Abbastanza insoddisfatto <input type="checkbox"/> 2	 Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/> 3	 Molto soddisfatto <input type="checkbox"/> 4	 Pienamente soddisfatto <input type="checkbox"/> 5	<p>NP <input type="checkbox"/></p>
<p>18. Sincerità delle informazioni: La sincerità delle informazioni fornite dal personale sulle condizioni del suo familiare</p>	 Del tutto insoddisfatto <input type="checkbox"/> 1	 Abbastanza insoddisfatto <input type="checkbox"/> 2	 Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/> 3	 Molto soddisfatto <input type="checkbox"/> 4	 Pienamente soddisfatto <input type="checkbox"/> 5	<p>NP <input type="checkbox"/></p>
<p>19. Completezza delle informazioni: In quale misura il personale di TI l'ha informata di ciò che stava accadendo al suo familiare e del perché di quanto fatto.</p>	 Del tutto insoddisfatto <input type="checkbox"/> 1	 Abbastanza insoddisfatto <input type="checkbox"/> 2	 Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/> 3	 Molto soddisfatto <input type="checkbox"/> 4	 Pienamente soddisfatto <input type="checkbox"/> 5	<p>NP <input type="checkbox"/></p>
<p>20. Coerenza delle informazioni: La coerenza delle informazioni fornite sulle condizioni del suo familiare (informazioni simili da parte di medici, infermieri, ecc.)</p>	 Del tutto insoddisfatto <input type="checkbox"/> 1	 Abbastanza insoddisfatto <input type="checkbox"/> 2	 Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/> 3	 Molto soddisfatto <input type="checkbox"/> 4	 Pienamente soddisfatto <input type="checkbox"/> 5	<p>NP <input type="checkbox"/></p>

PROCESSO DECISIONALE

Durante il ricovero del suo familiare in TI sono state prese molte decisioni importanti riguardanti l'assistenza sanitaria riservata a lui/lei. Nelle domande seguenti scelga **una sola** risposta, quella che meglio corrisponde al suo parere:

21 Si è sentito coinvolto nel processo decisionale?

- 1 Mi sono sentito **del tutto** escluso
- 2 Mi sono sentito **in parte** escluso
- 3 Non mi sono sentito né coinvolto né escluso dal processo decisionale
- 4 Mi sono sentito **in parte** coinvolto
- 5 Mi sono sentito **del tutto** coinvolto

22 Si è sentito sostenuto durante il processo decisionale?

- 1 Mi sono sentito **del tutto** abbandonato
- 2 Mi sono sentito **in parte** abbandonato
- 3 Non mi sono sentito né abbandonato né sostenuto
- 4 Mi sono sentito sostenuto
- 5 Mi sono sentito **del tutto** sostenuto

23 Ha avuto la sensazione di aver mantenuto il controllo sull'assistenza al suo familiare?

- 1 Mi sentivo di non aver nessun controllo e ho avuto l'impressione che il sistema sanitario abbia preso il sopravvento e imposto l'assistenza da riservare al mio familiare
- 2 Mi sentivo di avere poco controllo e ho avuto l'impressione che il sistema sanitario abbia preso il sopravvento e imposto l'assistenza da riservare al mio familiare
- 3 Mi sentivo né di avere né di non avere il controllo
- 4 Mi sentivo di aver un certo controllo sull'assistenza ricevuta dal mio familiare
- 5 Mi sentivo di aver un buon controllo sull'assistenza ricevuta dal mio familiare

24 Nel momento di prendere delle decisioni ha avuto tempo sufficiente per esprimere le sue preoccupazioni e ottenere risposte alle sue domande?

- 1 Il tempo a mia disposizione è stato del tutto insufficiente
- 2 Il tempo a mia disposizione è stato parzialmente insufficiente
- 3 Il tempo a mia disposizione è stato sufficiente
- 4 Il tempo a mia disposizione è stato più che sufficiente
- 5 Ho avuto a mia disposizione un tempo considerevole

Se il suo familiare è deceduto durante il ricovero in TI, risponda cortesemente alle seguenti domande (25-27). Se il suo familiare non è deceduto, passi alla domanda 28.

25 Quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo punto di vista

- 1 Ritengo che la vita del mio familiare sia stata prolungata inutilmente
- 2 Ritengo che la vita del mio familiare sia stata in parte prolungata inutilmente
- 3 Ritengo che la vita del mio familiare non sia stata né prolungata né abbreviata inutilmente
- 4 Ritengo che la vita del mio familiare sia stata in parte abbreviata inutilmente
- 5 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

- 1 Ritengo che lui/lei abbia sofferto molto
- 2 Ritengo che lui/lei abbia in parte sofferto
- 3 Ritengo che lui/lei si sia sentito/a per lo più sereno/a
- 4 Ritengo che lui/lei si sia sentito/a sereno/a
- 5 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:

- 1 Mi sono sentito totalmente abbandonato dal personale curante
- 2 Mi sono sentito abbandonato dal personale curante
- 3 Non mi sono sentito né abbandonato né sostenuto dal personale curante
- 4 Mi sono sentito sostenuto dal personale curante
- 5 Mi sono sentito molto sostenuto dal personale curante

28 Ha dei suggerimenti su come migliorare l'assistenza offerta in TI?

29 Ha osservazioni o commenti su ciò che abbiamo svolto bene?

30 Ha qualche suggerimento su come potremmo migliorare la sua esperienza e quella del suo familiare in TI?

DATI DEMOGRAFICI

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

1 Io sono: uomo donna altro

2 Io ho: anni

3 Rispetto al paziente io sono:

<input type="checkbox"/> moglie	<input type="checkbox"/> marito	<input type="checkbox"/> partner
<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> sorella
<input type="checkbox"/> figlia	<input type="checkbox"/> figlio	<input type="checkbox"/> fratello
<input type="checkbox"/> altro (specificare): _____		

4 Prima di quest'ultimo ricovero, lei è mai stato coinvolto come familiare di un paziente in TI (Terapia intensiva)?

Si No

5 Vive attualmente con il paziente? Si No

In caso di risposta negativa, in media con che frequenza vede il paziente?

<input type="checkbox"/> Più volte alla settimana	<input type="checkbox"/> Una volta alla settimana
<input type="checkbox"/> Una volta al mese	<input type="checkbox"/> Una volta all'anno
<input type="checkbox"/> Meno di una volta all'anno	

6 Dove abita? Nella città in cui si trova l'ospedale
 In un'altra città

7 Titolo di studio

- Licenza elementare
- Licenza media
- Licenza scuola superiore
- Laurea
- Specializzazione post Laurea/ Dottorato

Vorremmo ringraziarla molto per aver compilato il questionario e per averci dato la sua opinione