

 <b>EURONURSING</b> SANITA' DOMICILIARE	SGO	<b>CURE PALLIATIVE DOMICILIARI</b>
	Rev. 00	M 04.4
		<b>Questionario di soddisfazione pazienti-famigliari</b>

Gentile Signora/Gentile Signore,

Le chiediamo di aiutarci ad offrire un servizio migliore e sempre più vicino alle Sue esigenze dedicando qualche minuto del suo tempo alla compilazione di questo questionario. Esso è rivolto a tutte le persone che usufruiscono delle cure domiciliari e viene trattato in forma anonima al fine di non consentire alcuna identificazione.

Qualora non possa compilarlo da sola/o, potrà avvalersi dell'aiuto di una persona di Sua fiducia che conosca bene i Suoi bisogni.

Grazie per la collaborazione e l'attenzione dedicata a questa importante iniziativa.

### Informazioni generali

**Distretto sociosanitario della persona assistita** \_\_\_\_\_

**DATA di compilazione del questionario**           /      /     

**Il Questionario è compilato autonomamente dalla persona assistita**

**Il Questionario è compilato con l'aiuto di:**

Coniuge/Partner convivente

Altro familiare/parente convivente \_\_\_\_\_

*precisare il grado di parentela: (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)*

Altro familiare/parente NON convivente \_\_\_\_\_

*precisare il grado di parentela: (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)*

Badante

Vicino di casa

Volontario

Amico/a

Altra persona (*precisare chi*) \_\_\_\_\_

**Il Questionario è compilato dal tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona assistita**

### Informazioni anagrafiche riferite alla persona assistita

**Sesso**                      Maschio                                      Femmina                      **Età in anni compiuti** \_\_\_\_\_

**Nazionalità**                      Italiana                                      Unione Europea                      Extra comunitaria

**Scolarità**                      Nessuna                                      Elementare                      Media Inferiore

Media Superiore                      Laurea/Post laurea

### Precisare di quale forma d'intervento ha fruito

Voucher socio-sanitario                                      Altro \_\_\_\_\_

 <b>EURONURSING</b> SANITA' DOMICILIARE	SGO	<b>CURE PALLIATIVE DOMICILIARI</b>
	Rev. 00	M 04.4
		Questionario di soddisfazione pazienti-famigliari

**1. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a della assistenza domiciliare che Le è stata fornita?**

- Molto
  Abbastanza
  Poco
  Per nulla

**2. Rispetto a ciò che si aspettava l'assistenza è stata:**

- Migliore
  Come mi aspettavo
  Peggioro

**3. Quale dei seguenti aspetti hanno influito maggiormente sulla sua soddisfazione?**

*(indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)*

- Facilità di accesso al servizio
- Possibilità di scegliere da chi farmi curare
- Rapidità dell'avvio dell'assistenza
- Coinvolgimento nella definizione del programma di assistenza/cura
- Totale gratuità delle cure
- Presenza del mio medico di base/di famiglia
- Competenza/capacità degli operatori
- Comportamento degli operatori (*esempio: gentilezza, disponibilità*)
- Adeguatezza delle cure ricevute
- Verifica/controllo da parte del mio medico di famiglia

**4. Quale dei seguenti aspetti non l'hanno soddisfatto/o? (Indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)**

- Difficoltà per l'accesso al servizio
- Mancanza di informazioni per scegliere da chi farsi curare
- Non conoscenza del "piano di assistenza", ossia del programma delle cure
- Assenza/mancanza del controllo delle cure da parte del mio medico di base/di famiglia
- Ritardo nell'avvio delle cure
- Inadeguatezza delle cure ricevute
- Durata insufficiente delle cure ricevute
- Mi hanno curato operatori inesperti/incapaci
- Mi hanno curato operatori con atteggiamento di frettezza, non gentilezza, non disponibilità
- Frequente ricambio degli operatori
- Eccessivo impegno per i miei familiari

**5. Chi ha proposto/suggerito Le Cure Palliative Domiciliari (UCP DOM)?(indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)**

- Il medico di base/di famiglia
- L'ospedale
- Il Distretto Sociosanit.
- La struttura residenziale a cui si era chiesto il ricovero
- La struttura diurna a cui si era chiesto la frequenza
- Altro (*da specificare*) \_\_\_\_\_
- Un medico-specialista
- La Rete Locale UCPDOM
- L'assistente sociale del Comune

 <b>EURO NURSING</b> SANITA' DOMICILIARE	SGO	<b>CURE PALLIATIVE DOMICILIARI</b>
	Rev. 00	M 04.4
		Questionario di soddisfazione pazienti-famigliari

**6. E' stato fatto un colloquio preliminare da parte dell'Equipe UCP DOM presso la sede o al domicilio dell'utente? E le sono state date tutte le informazioni necessarie?**

SI

NO

**7. Le sono state spiegate dettagliatamente cosa sono le cure palliative domiciliari?**

SI

NO

**8. Chi ha predisposto il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?**

*(indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)*

- Il Medico Palliativista dell'erogatore scelto per le cure palliative domiciliari
- Il medico di base/di famiglia
- L'ospedale
- Non so chi l'abbia fatto
- Altro *(da specificare)* \_\_\_\_\_

**9. Il piano di assistenza, ossia il programma delle cure, è stato presentato prima che venisse attuato?**

Sì

No

In parte

**10. Chi ha spiegato il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?**

- L'Equipe UCP DOM dell'erogatore scelto
- L'ATS o ASST
- Il medico di base/di famiglia
- Nessuno
- Altro *(da specificare)* \_\_\_\_\_

**11. Le informazioni sul piano di assistenza, ossia sul programma delle cure, sono state chiare?**

Molto

Abbastanza

Poco

Per nulla

**12. Quali operatori sono intervenuti nelle cure?**

- Medico Palliativista
- Medico specialista *(esempio: cardiologo, fisiatra, geriatra, ortopedico, oncologo, ecc..)*
- Pediatra di libera scelta
- Medico di famiglia
- Psicologo
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente Sociale

 <b>EURONURSING</b> SANITA' DOMICILIARE	SGO	<b>CURE PALLIATIVE DOMICILIARI</b>
	Rev. 00	M 04.4
		<b>Questionario di soddisfazione pazienti-famigliari</b>

- Dietista
- Educatore
- Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama "ASA" oppure "OSS"), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)
- Volontari
- Altro operatore (*da specificare*) \_\_\_\_\_

**13. Operatori non intervenuti, che avrebbe desiderato intervenissero nelle cure:**

- Medico di base/di famiglia
- Medico specialista (*esempio*: cardiologo, fisiatra, geriatra, ortopedico, oncologo, ecc..)
- Pediatra di libera scelta
- Psicologo
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente Sociale
- Animatore
- Educatore
- Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama "ASA" oppure "OSS"), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)
- Altro operatore (*da specificare*) \_\_\_\_\_

**14. A - Qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute?**

- Sì  No

**13. B - Se qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute, indicare chi:**

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell'ATS o dell'ASST
- Personale del servizio che ha effettuato le cure
- Altra persona (*da specificare*) \_\_\_\_\_

**14. Persone a cui sono state comunicate eventuali insoddisfazioni:**

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell'ATS o ASST
- Personale dell'ente erogatore che ha effettuato le cure
- Altra persona (*da specificare*) \_\_\_\_\_
- Non ho trovato nessuno a cui poterlo comunicare

**15. Sapeva che, se insoddisfatta/o, aveva la possibilità di cambiare l'erogatore delle cure?**

- Sì  No

**16. E' stato cambiato l'erogatore delle cure?**

- Sì  No

 <b>EURONURSING</b> SANITA' DOMICILIARE	SGO	<b>CURE PALLIATIVE DOMICILIARI</b>
	Rev. 00	M 04.4
		<b>Questionario di soddisfazione pazienti-famigliari</b>

**17. Eventuali osservazioni e critiche:**


**18. Eventuali suggerimenti/proposte migliorative:**
