

Gentile Signora/Signore,

Le chiediamo gentilmente di compilare questo questionario per aiutarci a comprendere se il servizio di cure domiciliari erogato dall'Associazione Primavera ETS soddisfa le Sue esigenze e aspettative, o se ritenesse che possano essere apportati miglioramenti.

Le Sue risposte sono preziose per migliorare continuamente la qualità dell'assistenza e per adeguare il servizio ai reali bisogni delle persone che ne usufruiscono. Per questo, La invitiamo a selezionare la risposta che ritiene più adatta alla Sua esperienza. Se lo desidera, può farsi aiutare nella compilazione da un familiare o da una persona di fiducia.

Tutela della privacy: I risultati di questa indagine verranno inseriti in una banca dati in modo assolutamente anonimo. Se fosse interessato a conoscere l'esito complessivo dell'indagine, potrà farne richiesta presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Associazione Primavera ETS o visionare il sito internet: www.associazioneprimaveraonlus.it.

Modalità di somministrazione e consegna: Una volta compilato, il questionario cartaceo può essere restituito in busta chiusa al personale dell'équipe, consegnato all'ufficio amministrativo della sede operativa di appartenenza, oppure inviato via email o per posta. Il questionario può essere somministrato anche telefonicamente da un operatore della centrale operativa.

Scheda per reclami: In allegato troverà anche una scheda per segnalazioni e reclami, che potrà conservare ed eventualmente utilizzare per comunicarci eventuali disservizi futuri.

La ringraziamo per il tempo che vorrà dedicarci e per la Sua preziosa collaborazione. Il Suo parere è essenziale per aiutarci a migliorare continuamente il servizio, rendendolo sempre più attento e rispondente alle esigenze di chi ne usufruisce.

1. Il questionario è compilato da: ☐ Assistito, ☐ Familiare/caregiver, ☐ Tutore, ☐ genitori, in data: _____
2. ☐ Questionario somministrato telefonicamente

N.B. Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta

- Ha conosciuto il nostro servizio di Cure domiciliari ☐ dal medico (MMG/PLS), ☐ dall'ospedale, ☐ da amici/parenti

Sezione 1 - Qualità delle relazioni tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari		M.2A.08.01.02 – II				
<i>La qualità delle relazioni tra professionisti sanitari, pazienti e familiari è fondamentale per un'assistenza efficace. Comunicazione chiara, ascolto e collaborazione favoriscono fiducia e benessere della persona assistita. Questo questionario raccoglie opinioni per migliorare il rapporto umano e professionale nel percorso di cura.</i>						
Livello di soddisfazione						
	Molto poco	poco	Non so	abbastanza	molto	
S1D1 - È soddisfatta/o del rapporto che si è creato con l'operatore che si è occupato di lei, si sente rispettata/o? Il personale mostra empatia nei suoi confronti?						
S1D2 - Quanto si sente rispettata/o e coinvolta/o nelle decisioni riguardanti la sua salute?						
S1D3 - Come giudica la collaborazione tra professionisti sanitari, caregiver e familiari?						
Sezione 2 - Accoglienza e assistenza ai pazienti - aspetti riguardanti le loro esigenze individuali		M. 2A.08.01.01 - V				
<i>L'accoglienza e l'assistenza ai pazienti non riguardano soltanto le cure mediche, ma anche l'attenzione alle esigenze personali, emotive e sociali. Ogni persona porta con sé caratteristiche uniche, legate all'età, allo stato di salute, alla cultura e al contesto familiare. Valutare questi aspetti permette di offrire un percorso di cura personalizzato, inclusivo e rispettoso della dignità di ciascun paziente</i>						
Livello di soddisfazione						
	Molto poco	poco	Non so	abbastanza	molto	
S2D1 – Quanto è soddisfatto/a della chiarezza delle spiegazioni e dell'attenzione ricevuta al momento dell'avvio delle cure e durante il percorso assistenziale?						
S2D2 - In che misura l'assistenza ricevuta tiene conto della sua età, delle condizioni di salute o di eventuali fragilità personali?						
S2D3 - Quanto ritiene che le cure siano personalizzate e rispettose delle sue specificità culturali, religiose e linguistiche?						

Sezione 3 - Questionario sul paziente esperto della propria situazione					M. 2A.08.01.03 - II
<i>Il coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver è essenziale per garantire cure personalizzate e di qualità. Attraverso il questionario vogliamo conoscere la sua esperienza, quanto si sente informata/o e partecipa nelle decisioni, e il ruolo che i suoi familiari o caregiver svolgono nel percorso di assistenza. Le sue risposte ci aiuteranno a migliorare comunicazione, collaborazione e supporto.</i>					
Livello di soddisfazione					
		Molto poco	poco	Non so	abbastanza molto
S3D1 - In che misura si sente informata/o e parte attiva, insieme al suo caregiver o ai familiari, nelle decisioni riguardanti il percorso di cura?					
S3D2 - Le viene chiesto di fornire informazioni sui sintomi o cambiamenti nel tuo stato di salute?					
S3D3 - Pensa che il suo contributo o quello del caregiver sia stato utile nel migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta?					
Sezione 4 - Coinvolgimento e partecipazione di paziente e Caregiver nella definizione del percorso assistenziale					M. 2A.06.04.01
<i>Raccogliere le sue opinioni sull'assistenza domiciliare ricevuta, conoscere le sue esigenze e preferenze ci permette di migliorare la qualità del servizio, rendendo il percorso di cura più personalizzato ed efficace.</i>					
Livello di soddisfazione					
		Molto poco	poco	Non so	abbastanza molto
S4D1 - Quanto è soddisfatta/o dell'efficacia dei programmi educativi per paziente e caregiver per la gestione autonoma dell'assistito?					
S4D2 - Quanto è soddisfatta/o del modo in cui il personale sanitario comunica con lei e con il suo caregiver e lo coinvolge nelle decisioni sull'assistenza domiciliare?					
S4D3 - Quanto ritiene che l'attuale percorso assistenziale risponda adeguatamente alle sue necessità di salute?					
Sezione 5 -Partecipazione del paziente nella gestione del rischio clinico					M. 2A.06.04.02 - III
<i>La sicurezza del paziente è un obiettivo prioritario del nostro servizio, il questionario raccoglie le opinioni sulla gestione del rischio clinico, per capire quanto il paziente si senta informato, ascoltato e coinvolto nelle cure. Le sue risposte, anonime e riservate, ci aiuteranno a migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza.</i>					
Livello di soddisfazione					
		Molto poco	poco	Non so	abbastanza molto
S5D1 - Quanto si sente coinvolta/o e ascoltata/o quando esprime preoccupazioni o suggerimenti sui rischi legati alle cure					
S5D2 - È soddisfatta/o della comunicazione e delle informazioni ricevute dal personale sanitario riguardo ai rischi clinici?					
S5D3 - Come valuta complessivamente la sua esperienza nella gestione del rischio clinico durante le cure?					
Sezione 6 – giudizio di soddisfazione complessivo					
Livello di soddisfazione					
		Molto poco	poco	Non so	abbastanza molto
S6D1 - Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatta/o del servizio di Cure Domiciliari usufruito?					
S6D2 – Quanto consiglierebbe ad un suo parente/amico di usufruire dei servizi di cure domiciliari erogati dall'Associazione Primavera ETS?					

Spazio per suggerimenti e indicazioni:

Nel ringraziarla della cortese collaborazione, la informiamo che i risultati della presente indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell'ufficio Relazioni con il pubblico di questa struttura, potranno essere messi a sua disposizione.

Il Direttore Tecnico

Recapiti:

- Sede Operativa di Cure domiciliari di Bivona: Associazione Primavera ETS, Via Porta Palermo n. 139 - 92010 Bivona.
Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) tel. 0922073429 – mail: bivona.curedomiciliari@associazioneprimaveraonlus.it

Sezione riservata all'Amministrazione - da compilare a cura dell'intervistatore

Data rilevazione Questionario:

Intervistatore (cognome e nome):

Tipo di assistenza fornita al paziente: ☐ Infermieristica - ☐ FKT - ☐ OSS - ☐ altro:

Distretto sanitario:

Firma dell'intervistatore: