Questionario - Pazienti da 18 o più anni

Il questionario deve essere compilato dalla persona responsabile della cura del paziente.

1. Quale tipo di relazione ha con il paziente? Lei è:

o Madre / Padre

o Zio / Zia

o Fratello / Sorella

o Tutore legale

o Persona che assiste il paziente su base professionale

o Altro (per favore, specificare) _____

2. Età del paziente _____

3. Sesso del paziente

o Femmina o Maschio

4. Provincia di residenza del paziente _____

5. Stato civile del paziente

o Celibe/Nubile

o Coniugato/a o convivente

o Divorziato/a

o Separato/a

o Vedovo/a

6. Titolo di studio del paziente

o Diploma di scuola media inferiore

o Attestato di frequenza di scuola media superiore

o Diploma di scuola media superiore

- o Laurea universitaria
- o Nessuno

7. Numero di membri del nucleo familiare in cui il paziente vive:

N° ___ di persone escluso il paziente

8. A quale età è stata diagnosticata al paziente la malattia? ___ anni

9. Il paziente ha bisogno di una persona per assisterlo nelle attività quotidiane?
(ad es. igiene personale, aiuto nel muoversi, somministrazione farmaci, svolgimento dei trattamenti terapeutici, ecc. ecc.)

o Sì o No ⇒ *si passi alla domanda 12*

10. Se sì, chi è la persona principale che assiste il paziente?

o Un membro della famiglia ⇒ si passi alla domanda 12

o Una persona non su base contrattuale (ad es. amico o volontario) ⇒ si passi alla domanda 12

o Una persona su base professionale e contrattuale (assunto direttamente con contratto o fornito da un ente di assistenza)

11. Se sono utilizzati i servizi di assistenza forniti da una persona su base contrattuale

a. Per quante ore alla settimana? _____ ore alla settimana

b. Chi paga il servizio e quanto?

o La persona responsabile della cura del paziente paga l'intero costo di _____ € per ora

o Il costo è coperto totalmente da enti pubblici

o Il costo è parzialmente coperto da enti pubblici, per cui la persona responsabile della cura del paziente paga _____ € per ora

12. Qual è la sua situazione lavorativa del paziente?

o Occupato

o Studente ⇒ *Si passi alla domanda 19*

o Disoccupato ⇒ *Si passi alla domanda 15*

o Congedo temporaneo ⇒ *Si passi alla domanda 15*

o Stato di invalido permanente ⇒ *Si passi alla domanda 17*

o Pensionato ⇒ *Si passi alla domanda 17*

o Casalinga ⇒ *Si passi alla domanda 19*

o Collocamento mirato

13. Se il paziente è occupato, specificare il tipo di contratto

o Tempo determinato

o Tempo indeterminato

o CoCoPro

o Vaucher

o Altro (specificare)_____

14. Se il paziente è occupato, specificare la retribuzione mensile (importo al netto)
_____ €

15. La malattia ha comportato al paziente problemi nello svolgimento della sua attività lavorativa in questi ultimi 6 mesi?
(Rispondere solo se il paziente è occupato, disoccupato o è in congedo temporaneo)

o Sì o No ⇒ *Si passi alla domanda 19*

16. Se sì, per favore specifichi quali:

o Il paziente è stato assente dal lavoro per ___ giorni

o Il paziente ha lavorato ___ ore in meno al giorno per ___ giorni

o Il paziente sta lavorando ___ ore in meno al giorno

o Il paziente non lavora meno ore al giorno, ma ha problemi nello svolgimento del suo lavoro

o Altri problemi (per favore specificare): _____

17. Il paziente ha deciso di lasciare il lavoro o di andare in pensione anticipata a causa della sua malattia?
(Rispondere solo se il paziente è invalido permanente o pensionato)

o Sì

o No ⇒ *Passi alla domanda 19*

o Non è stato più in grado di lavorare in seguito alla sua malattia ⇒ *Passi alla domanda 19*

18. Se sì, per favore specifichi con quali modalità

o Il paziente ha dovuto lasciare il lavoro all'età di ___ anni

o Il paziente ha dovuto andare in pensione anticipata all'età di ___ anni

19. Il paziente ha un certificato di invalidità con la relativa percentuale?

o Sì, ce l'ha - Per favore, indichi la percentuale riconosciuta: _____ %

o No

20. Il paziente ha un assegno di invalidità?

o Sì - Per favore, specifichi da quanti anni _____

o No

21. Il paziente ha assunto dei farmaci nell'ultimo mese?

o Sì

o No ⇒ *Passi alla domanda 23*

22. Quali farmaci il paziente ha assunto nell'ultimo mese sia a domicilio sia in ospedale (specificatamente a causa della sua malattia)?

Per favore, segni i farmaci assunti e specifichi la forma di pagamento

	Nome commerciale del farmaco (o principio attivo)	Costo coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (ASL)		
		Sì	No	Parziale
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o

23. Negli ultimi 6 mesi, il paziente ha fatto test o esami medici, prescritti da un medico (specificatamente a causa della sua malattia)?

o Sì

o No ⇒ *Passi alla domanda 25*

24. Quali test o esami medici, prescritti da un medico, il paziente ha fatto negli ultimi <u>6 mesi</u> (specificatamente a causa della malattia)?

Se uno dei test non è elencato, per favore lo specifichi.

	Test ed esami medici	N° di volte in 6 mesi	Costo coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (ASL)		
			Sì	No	Parziale
o	Esami del sangue		o	o	o
o	Esame delle urine		o	o	o
o	Radiografia		o	o	o
o	Esame dell'udito (Audiometria)		o	o	o
o	Elettrocardiogramma		o	o	o
o	Ecocardiogramma		o	o	o
o	Risonanza magnetica		o	o	o
o	TAC		o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o

25. Negli ultimi 12 mesi, il paziente si è sottoposto a visite specialistiche?

o Sì

o No ⇒ *Passi alla domanda 27*

26. A quante visite specialistiche il paziente si è sottoposto negli ultimi <u>12 mesi</u>?

Se qualcuna delle specialità non è elencata, per favore ci specifici quale.

	Visite specialistiche	N° di visite in 12 mesi	Costo coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (ASL)		
			Sì	No	Parziale
o	Diagnostica genetica		o	o	o
o	Cardiologica		o	o	o
o	Chirurgica		o	o	o
o	Dermatologica		o	o	o
o	Gastrointerologica		o	o	o
o	Endocrinologica		o	o	o
o	Fisioterapica		o	o	o
o	Ginecologica		o	o	o
o	Ematologica		o	o	o
o	Immunologica		o	o	o
o	Logopedistica		o	o	o
o	Nefrologica		o	o	o
o	Pneumologica		o	o	o
o	Neurochirurgica		o	o	o
o	Neurologica		o	o	o
o	Dentistica		o	o	o
o	Oculistica		o	o	o
o	Oncologica		o	o	o
o	Otorinolaringoiatrica		o	o	o
o	Podologica		o	o	o
o	Psicologica		o	o	o
o	Psichiatrica		o	o	o
o	Reumatologica		o	o	o
o	Traumatologica		o	o	o
o	Urologica		o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o

27. Negli ultimi 6 mesi, il paziente si è sottoposto a sedute di terapia riabilitativa?

o Sì

o No ⇒ *Passi alla domanda 29*

28. A quante sedute di terapia riabilitativa è stato sottoposto il paziente negli ultimi <u>6 mesi</u>?

Se qualcuna delle sedute non è elencata, per favore ci specifici quale.

	Sedute di terapia	N° di sedute in 6 mesi	Costo coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (ASL)		
			Sì	No	Parziale
o	Fisica		o	o	o
o	Cognitiva		o	o	o
o	Logopedia		o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o
o			o	o	o

29. A quante visite del <u>Medico di Medicina Generale</u> (MMG) / <u>Infermiere</u> / <u>Pronto Soccorso</u> - <u>Servizi di continuità assistenziale</u> il paziente è stato sottoposto negli ultimi <u>6 mesi</u>?

o MMG
___ visite presso il suo studio
___ visite a domicilio

o Infermiere
___ visite presso l'ambulatorio
___ visite a domicilio
___ visite presso l'ospedale

o Pronto soccorso - Servizi di continuità assist.
___ accessi al Pronto soccorso ospedaliero
___ visite a domicilio
___ consultazioni telefoniche

30. Quante volte e per quanti giorni complessivamente il paziente è stato <u>ricoverato in ospedale</u> negli ultimi <u>12 mesi</u> (specificatamente a causa della sua malattia)?

n ___ volte
n ___ giornate di degenza in totale

31. Il paziente ha utilizzato materiale sanitario negli ultimi 6 mesi?

o Sì
o No ⇒ *Passi alla domanda 34*

32. Per favore, specifichi il <u>materiale sanitario</u> che il paziente ha dovuto usare negli ultimi <u>6 mesi</u>.

Se qualcuno dei materiali usati non è elencato, per favore ce lo specifichi.

	Materiale sanitario	Costo coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (ASL)		
		Sì	No	Parziale
o	Panolloni	o	o	o
o	Passeggino	o	o	o
o	Macchinette per aerosol	o	o	o
o	Scarpa ortopedica	o	o	o
o	Ausili terapeutici (scivoli, altalene, tappetti, attrezzi per esercici gnnici etc)	o	o	o
o	Altro (specificare)	o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o
o		o	o	o

33. Per quali motivi il paziente ha avuto eventuali difficoltà ad ottenere questo materiale sanitario?

o Mancanza di scorte del prodotto

o Il prodotto è stato ritirato dal mercato

o Il prodotto è stato importato da un altro Paese

o Il prodotto è indicato/prescritto per una patologia diversa da quella del paziente

o Il prodotto è troppo costoso

o Il dosaggio o la confezione disponibile non è appropriata alle necessità del paziente (ad es. non è disponibile il dosaggio necessario per le specifiche caratteristica e condizioni)

o Altre difficoltà (per favore, specificare): _____

o Non ci sono state difficoltà nell'ottenimento del materiale

34. Quante volte il paziente ha usato mezzi di trasporto negli ultimi <u>6 mesi</u> per recarsi, per motivi specificatamente correlati alla sua malattia, presso ambulatori, ospedali, centri di riabilitazione ecc. ecc.?

	Tipo di trasporto	N° di volte negli ultimi 6 mesi	Costo coperto dal Servizio Sanitario Nazionale (ASL)		
			Sì	No	Parziale
o	Auto privata		o	o	o
o	Taxi		o	o	o
o	Bus/Treno		o	o	o
o	Aereoplano		o	o	o
o	Mezzi di trasporto di tipo sanitario		o	o	o
o	Ambulanza		o	o	o
o	Automezzi Associazioni di Volontariato (o automezzi di tipo socio/sanitario)		o	o	o

35. Il paziente ha richiesto servizi sanitari e sociali nell'ultimo mese?

o Sì

o No ⇒ *Passi alla domanda 37*

36. Indichi i servizi sanitari e sociali che il paziente ha richiesto e avuto, il sistema di finanziamento e gli eventuali motivi per cui non ha avuto i servizi richiesti.

Segni i servizi richiesti, il numero di giorni in cui sono stati erogati e la modalità di pagamento.

**Nel caso abbia richiesto un servizio e non l'abbia ottenuto, segni il numero della motivazione (le possibili motivazioni sono elencate e numerate nella nota con asterisco sotto la tabella).*

Nell'ultimo mese...

Tipi di servizio	A causa degli effetti della malattia è stato necessario il servizio	Le giornate di servizio erogato a seconda delle modalità di finanziamento			Ragioni per cui non sono stati erogati i servizi richiesti (*)
		Gratuite	Pagamento a proprio carico	Misto (pubblico e privato)	
Nell'ultimo mese...		**Nell'ultimo mese...**			
1. Teleassistenza	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
2. Assistenza domiciliare programmata	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
a. sociale (es. accudenti)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
b. socio-sanitaria	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
c. sanitaria (infermieristica specializzata)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
3. Assistenza semiresidenziale	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
a. sociale (centri polifunzionali - Attività culturali, ricreative e per il tempo libero)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
b. socio-sanitaria (es:centri diurni persone con disabilità, centri occupazionali)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
c. sanitaria (es. centri di riabilitazione)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
4. Assistenza residenziale	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
a. sociale (es. casa famiglia, comunità alloggio)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
b. socio-sanitaria (es:RSA Residenza sanitaria assistita)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
c. sanitaria (lungodegenza e servizi riabilitativi, centri riabilitativi)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
5. Altro :...	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
6. Altro :...	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
7. Altro :...	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	

(*) Ragioni: 1 – Lista d'attesa. 2 – Non c'è disponibilità di offerta. 3 – Non c'è disponibilità economica alla compartecipazione al costo. 4 – Non ho i requisiti per accedere. 5 – Altre ragioni.

Negli ultimi 6 mesi ...

Tipi di servizio	A causa degli effetti della malattia è stato necessario il servizio	Le giornate di servizio erogato a seconda delle modalità di finanziamento			Ragioni per cui non sono stati erogati i servizi richiesti (*)
		Gratuite	Pagamento a proprio carico	Misto (pubblico e privato)	
Negli ultimi 6 mesi...		**Negli ultimi 6 mesi ...**			
8. Terapia occupazionale e/o esercizi per svolgere le attività quotidiane (ADLs - Activities of Daily Living)	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
9. Informazioni / Consulenze / Valutazioni	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
10. Assistenza psicologica ai familiari	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
11. Servizi di sollievo: soggiorni temporanei in strutture residenziali	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
12. Servizi da parte di interpreti del linguaggio dei segni	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
13. Altri sistemi di comunicazione alternativi	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
14. Centri residenziali	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
15. Turismo e idroterapia per persone disabili	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
16. Orientamento / preparazione al lavoro	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
17. Musicoterapia	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
18. Ippoterapia	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
19. Nuoto	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
20. Altro:...	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	
21. Altro:...	O	___ giorni	___ giorni	___ giorni	

(*) Ragioni: 1 – Lista d'attesa. 2 – Non c'è disponibilità di offerta. 3 – Non c'è disponibilità economica alla compartecipazione al costo. 4 – Non ho i requisiti per accedere. 5 – Altre ragioni.

37. E' soddisfatto dell'assistenza sanitaria ricevuta dal paziente specificatamente alla malattia?

Per favore indichi il grado della sua soddisfazione in una scala di 1 a 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Per nulla soddisfatto ..... Molto soddisfatto

Si prega di riempire anche i seguenti questionari:

- **QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL PAZIENTE (EQ-5D-5L)**
- **QUESTIONARIO SULL'AUTONOMIA DEL PAZIENTE (WHODAS 2.0)**
- **QUESTIONARIO PER LA PERSONA CHE ASSISTE IL MALATO**
- **QUESTIONARIO SULLA SALUTE DELLA PERSONA CHE ASSISTE IL MALATO (EQ-5D-5L)**