



Questionario conoscitivo delle attività inerenti il sostegno al lutto

A. Dati relativi all'Organizzazione Non Profit/Hospice

A-1 Anagrafica

Nome:	
Indirizzo:	
CAP :	
Città:	
Provincia:	
Regione:	
Nome compilatore del questionario ¹ :	
Telefono:	
E-mail:	

A-2 Aree di intervento (possibilità di risposta multipla. Segnare con una X le attività svolte e, nell'ultima colonna P, l'attività principale)

	Attività	X	P
1	Gestione di servizi di cure palliative (hospice e/o cure domiciliari) – Privato Non Profit		
2	Gestione di servizi di cure palliative (hospice e/o cure domiciliari) – Privato Profit		
3	Gestione di servizi di cure palliative (hospice e/o cure domiciliari) – Pubblico SSN		
4	Volontariato di supporto a servizi di cure palliative		
5	Raccolta fondi		
6	Formazione		
7	Informazione alla cittadinanza		
8	Ricerca		
9	Altro (specificare)		

¹ In caso di necessità di chiarimenti



Questionario conoscitivo delle attività inerenti il sostegno al lutto

B-1 Sono attive presso la vostra Organizzazione attività di sostegno al lutto a persone che hanno perso un coniuge/compagno/familiare/amico?

Sì (in caso di risposta positiva rispondere alle domande B2- B14)

No (in caso di risposta negativa andare direttamente alla domanda C1)

B-2 Quali tipi di servizi sono attualmente attivi nella vostra Organizzazione e da quanti anni?
(possibilità di risposta multipla)

	Servizi	X	Da anni
1	Percorso psicologico individuale		
2	Percorso psicologico di gruppo		
3	Gruppi di auto mutuo aiuto (GAMA)		
4	Organizzazione di eventi (convegni, incontri, Messe...)		
5	Narrazione guidata		
6	Sportello per l'ascolto		
7	Forum di discussione online		
8	Segnalazione di letture utili		
9	Incontri nelle Scuole per i minori		
10	Counseling di sostegno per le Scuole rivolto (o su richiesta) a genitori e insegnanti		
11	Opuscoli informativi		
12	Altro (specificare):		

B-3 Per l'organizzazione/gestione dei servizi attivi, la vostra Organizzazione si avvale di:
(possibilità di risposta multipla)

	Personale impegnato	X
1	Risorse interne (professionisti, gli stessi che hanno avuto in cura il paziente deceduto)	
2	Risorse interne (professionisti diversi da quelli che hanno avuto in cura il paziente deceduto)	
3	Risorse interne (volontari)	
4	Consulenti professionisti esterni	
5	Volontari singoli esterni	
6	Associazioni esterne	
7	Reti di associazioni sul territorio	
8	Altro (specificare)	

B-4 In caso la vostra Organizzazione si avvalga di volontari interni, che tipo di formazione specifica viene attuata?

	Metodi formativi	X
1	Focus group	
2	Lezioni frontali	
3	Gruppi di lavoro	
4	Tirocinio con affiancamento di un esperto	
5	Supervisioni	
6	Altro (<i>specificare</i>):	
7	Non viene attuata alcuna formazione	

B-5 Il servizio di assistenza al lutto viene offerto a tutti?

Sì

No

B-6 In caso di risposta negativa da chi e con quale modalità viene effettuata la selezione?
(risposta aperta)

B-7 Qual è la durata media dell'assistenza al lutto nei principali tipi di servizi?:

Servizi	2-4 settimane	1-2 mesi	3-5 mesi	più di 5 mesi	più di 1 anno
1	Percorso psicologico individuale				
2	Percorso psicologico di gruppo				
3	Gruppi di auto mutuo aiuto (GAMA)				
5	Narrazione guidata				
7	Forum di discussione online				
8	Altro (<i>specificare</i>):				



Questionario conoscitivo delle attività inerenti il sostegno al lutto

B-8 Quali sono le modalità di informazione del Servizio attivato?

	Modalità	X
1	Informazione diretta alle famiglie durante la presa in carico del paziente	
2	Distribuzione di materiale informativo	
3	Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza	
4	Passa parola	
7	Altro (<i>specificare</i>):	

B-9 La vostra Organizzazione prevede una verifica di gradimento dei Servizi svolti?

Sì
No

B-10 In caso di risposta affermativa quale?

	Tipo di verifica	X
1	Questionario di gradimento	
2	Incontro di verifica conclusivo	
3	Interviste	
4	Contatto telefonico	
5	Altro (<i>specificare</i>):	

B-11 La vostra Organizzazione prevede una verifica del raggiungimento degli obiettivi?

Sì
No

B-12 In caso di risposta affermativa quale?

	Tipo di verifica	X
1	Questionario	
2	Incontro di verifica conclusivo	
3	Interviste	
4	Contatto telefonico	
5	Altro (<i>specificare</i>):	

Non tralasciate queste ultime due domande aperte, riguardano contenuti che non sono compresi nelle precedenti. Servono a comprendere procedure, metodi, percorsi che vengono da voi offerti alle persone.



Questionario conoscitivo delle attività inerenti il sostegno al lutto

B-13 Descrizione della metodologia adottata nei Servizi attivi:



Questionario conoscitivo delle attività inerenti il sostegno al lutto

B-14 Descrizione dettagliata degli obiettivi dei Servizi attivi:



Questionario conoscitivo delle attività inerenti il sostegno al lutto

Se avete risposto NO alla domanda B1:

C-1 La vostra Organizzazione ha in programma di attivare a breve attività di sostegno al lutto per persone che hanno perso un coniuge/compagno/familiare/amico?

Sì (in caso di risposta positiva rispondere alle domande C2- C5)
 No

C-2 Quali tipi di servizi prevedete di attivare nella vostra Organizzazione? (possibilità di risposta multipla)

	Servizi	X
1	Assistenza psicologica individuale	<input type="checkbox"/>
2	Assistenza psicologica di gruppo	<input type="checkbox"/>
3	Gruppi di auto mutuo aiuto (GAMA)	<input type="checkbox"/>
4	Organizzazione di eventi (convegni, incontri, Messe...)	<input type="checkbox"/>
5	Narrazione guidata	<input type="checkbox"/>
6	Sportello per l'ascolto	<input type="checkbox"/>
7	Forum di discussione online	<input type="checkbox"/>
8	Segnalazione di letture utili	<input type="checkbox"/>
9	Incontri nelle Scuole per i minori	<input type="checkbox"/>
10	Counseling di sostegno per le Scuole rivolto (o su richiesta) a genitori e insegnanti	<input type="checkbox"/>
11	Opuscoli informativi	<input type="checkbox"/>
12	Altro (specificare):	<input type="checkbox"/>

C-3 Per l'organizzazione/gestione dei servizi attivi, la vostra Organizzazione prevede di avvalersi di: (possibilità di risposta multipla)

	Personale impegnato	X
1	Risorse interne (professionisti, gli stessi che hanno avuto in cura il paziente deceduto)	<input type="checkbox"/>
2	Risorse interne (professionisti diversi da quelli che hanno avuto in cura il paziente deceduto)	<input type="checkbox"/>
3	Risorse interne (volontari)	<input type="checkbox"/>
4	Consulenti professionisti esterni	<input type="checkbox"/>
5	Volontari singoli esterni	<input type="checkbox"/>
6	Associazioni esterne	<input type="checkbox"/>
7	Reti di associazioni sul territorio	<input type="checkbox"/>
8	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>



Questionario conoscitivo delle attività inerenti il sostegno al lutto

Non tralasciate le ultime due domande aperte, riguardano contenuti che non sono compresi nelle precedenti. Servono a comprendere procedure, metodi, percorsi che pensate di offrire in un prossimo futuro.

C-4 Descrizione della metodologia che intendete adottare nella realizzazione del servizio:

C-5 Descrizione dettagliata degli obiettivi del servizio che intendete avviare:

I dati trattati dal questionario verranno analizzati in forma aggregata ed anonima nel rispetto della legge sulla privacy ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003 e s.m. ed integrazioni.