



Questionario di Soddisfazione

Dipartimento Gestionale Riabilitazione Direttore: Dott. Enrico Tallarita
Unità Operativa Complessa di Cure Palliative - Hospice
Direttore: Dott.ssa Carla Longhi

Sede: Presidio Polispecialistico "Felice Villa" di Mariano Comense

Unità Operativa Complessa di Cure Palliative - Hospice

Data di compilazione ____/____/____

Gentile signora/e, le chiediamo di dedicare qualche minuto per rispondere, in maniera del tutto anonima, ad alcune domande che permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a del servizio di Ospedalizzazione Domiciliare per Cure Palliative e quali sono le aree che necessitano un miglioramento.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO					
	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> colf	<input type="checkbox"/> altro		
SESSO	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	Età in anni	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAZIONALITA'	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> extracomunitaria		
SCOLARITA'	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> scuola obbligo	<input type="checkbox"/> scuola sup.	<input type="checkbox"/> laurea/altro	
PROFESSIONE	<input type="checkbox"/> casalinga	<input type="checkbox"/> operaio	<input type="checkbox"/> impiegato	<input type="checkbox"/> dirigente	<input type="checkbox"/> pensionato
	<input type="checkbox"/> artigiano	<input type="checkbox"/> commerciante	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> altro
ACCOGLIENZA					
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?					
	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> discreto	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> ottimo
2. DOPO QUANTI GIORNI E' STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE?					
	<input type="checkbox"/> oltre 15 gg	<input type="checkbox"/> tra 7 e 15 gg	<input type="checkbox"/> tra 3 e 6 gg	<input type="checkbox"/> meno di 3 gg	
3. E' SODDISFATTO DEL TEMPO CHE E' INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?					
	<input type="checkbox"/> per nulla	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto	
ASSISTENZA MEDICA ED INFERMIERISTICA					
4. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (MEDICO E INFERMIERE) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?					
	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> sì, a volte	<input type="checkbox"/> sì, spesso	<input type="checkbox"/> sì, sempre	
5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc...) ?					
	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> discreto	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> ottimo
6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITA' DEL MALATO?					
	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> discreto	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> ottimo
7. IN CASO DI CHIAMATA URGENTE, COME VALUTA LA TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA ALLA CHIAMATA DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE CURE PALLIATIVE?					
	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> discreto	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> ottimo
Non ne ho mai avuto bisogno <input type="checkbox"/>					

8. E' SODDISFATTO DELLE INDICAZIONI FORNITE SU COME UTILIZZARE A DOMICILIO FARMACI, PRESIDI, PROTESI?

☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

9. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI E DEI CONSIGLI RICEVUTI IN MERITO A COME ALIMENTARE, MUOVERE, CURARE L'IGIENE PERSONALE, ASSISTERE IL MALATO?

☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

10. COME HA VALUTATO LE MODALITA' E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO ETC?

☐ scarso ☐ sufficiente ☐ discreto ☐ buono ☐ ottimo

Non ne ho fatto uso ☐

11. E' RIMASTO SODDISFATTO DELLE MODALITA' DI PRESCRIZIONE DEI FARMACI?

☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

12. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?

SI':			<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> 118	<input type="checkbox"/> guardia medica	<input type="checkbox"/> pronto soccorso	

13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI E' RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI?

☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

14. IN GENERALE COME VALUTA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?

☐ scarso ☐ sufficiente ☐ discreto ☐ buono ☐ ottimo

Se lo desidera può darci dei suggerimenti per rendere più efficace il nostro operato: ad esempio, se potesse, che cosa cambierebbe nel nostro servizio?

Eventuali osservazioni

Grazie per la collaborazione, le sue valutazioni saranno utili a migliorare la qualità dei nostri servizi.

La preghiamo ora di imbustare il questionario nella busta preaffrancata consegnatale dal servizio e di spedirlo al destinatario individuato sulla busta.

Le ricordiamo che è fondamentale che il questionario giunga a destinazione per consentire una valutazione dell'efficacia e della qualità del servizio nonché per riprogettare gli aspetti che risultino essere inadeguati.

9675414764674