

Questionario di Soddisfazione

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Brianza

SC Cure Palliative

Unità di Cure Palliative Domiciliari- UCP Dom

SEDE CENTRALE I GIUSSANO Via Milano, 65-20838 Giussano (MB)

SEDE DISTACCATA DI VIMERCATE Via Santi Cosma e Damiano, 10 -208 Vimercate (MB)

ASST Brianza
Struttura Complessa Cure Palliative
Data compilazione ___ / ___ / 20___

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 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 _____		
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"/> artigiano altro	<input type="checkbox"/> operaio	<input type="checkbox"/> impiegato <input type="checkbox"/> commerciante	<input type="checkbox"/> dirigente <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/>	
ACCOGLIENZA					
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?	SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
2. DOPO QUANTI GIORNI E' STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI?	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 <input type="checkbox"/>	
3. E' SODDISFATTO DEL TEMPO CHE E' INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?	PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
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?	MAI <input type="checkbox"/>	SI, A VOLTE <input type="checkbox"/>	SI, SPESSO <input type="checkbox"/>	SI, SEMPRE <input type="checkbox"/>	
5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, etc...)?	SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITA' DEL MALATO?	SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
7. IN CASO DI CHIAMATA URGENTE, COME VALUTA LA TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA ALLA CHIAMATA DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE CURE PALLIATIVE?	SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	

Questionario di Soddisfazione

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Brianza

SC Cure Palliative

Unità di Cure Palliative Domiciliari- UCP Dom

SEDE CENTRALE I GIUSSANO Via Milano, 65-20838 Giussano (MB)

SEDE DISTACCATA DI VIMERCATE Via Santi Cosma e Damiano, 10 -208 Vimercate (MB)

9. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI E DEI CONSIGLI RICEVUTI IN MERITO A COME ALIMENTARE, MUOVERE, CURARE L'IGIENE PERSONALE, ASSISTERE IL MALATO?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
10. COME HA VALUTATO LE MODALITÀ' E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO, etc...?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>
Non ne ho fatto uso <input type="checkbox"/>				
11. E' RIMASTO SODDISFATTO DELLE MODALITÀ' DI PRESCRIZIONE DEI FARMACI?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
12. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?				
SI: <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> GUARDIA MEDICA <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO			NO <input type="checkbox"/>	
13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI E' RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	
14. IN GENERALE COME VALUTA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?				
SCARSO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	DISCRETO <input type="checkbox"/>	BUONO <input type="checkbox"/>	OTTIMO <input type="checkbox"/>

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 consegnata 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.

Il presente questionario Le viene proposto ai sensi della D.g.r. n. X/3993 del 04.08.2015 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015".