



Regione Lombardia

Sanità

## Questionario di Soddisfazione

### Cure Palliative Domiciliari

 Azienda Ospedaliera    Fondazione Teresa Camplani Casa di Cura     Domus Salutis     Ancelle di Cremona

Unità Operativa    Unità Cure palliative

Data 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.

<b>INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO</b>				
	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> colf	<input type="checkbox"/> altro	
<i>SESSO</i>	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	Età in anni _____	
<i>NAZIONALITA'</i>	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> extracomunitaria	
<i>SCOLARITA'</i>	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> scuola obbligo	<input type="checkbox"/> scuola sup.	<input type="checkbox"/> laurea/altro
<i>PROFESSIONE</i>	<input type="checkbox"/> casalinga	<input type="checkbox"/> operaio	<input type="checkbox"/> impiegato	<input type="checkbox"/> dirigente
	<input type="checkbox"/> artigiano	<input type="checkbox"/> commerciante	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> altro
<b>ACCOGLIENZA</b>				
<b>1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?</b>				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. DOPO QUANTI GIORNI E' STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI?</b>				
<i>OLTRE 15 GG</i>	<i>TRA 7 E 15 GG</i>	<i>TRA 6 E 3 GG</i>	<i>MENO DI 3 GG</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. E' SODDISFATTO DEL TEMPO CHE E' INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?</b>				
<i>PER NULLA</i>	<i>POCO</i>	<i>ABBASTANZA</i>	<i>MOLTO</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ASSISTENZA MEDICA ED INFERMIERISTICA</b>				
<b>4. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (MEDICO E INFERMIERE) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?</b>				
<i>MAI</i>	<i>SI, A VOLTE</i>	<i>SI, SPESSO</i>	<i>SI, SEMPRE</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc...)?</b>				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITA' DEL MALATO?</b>				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. IN CASO DI CHIAMATA URGENTE, COME VALUTA LA TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA ALLA CHIAMATA DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE CURE PALLIATIVE?</b>				
<i>SCARSO</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETO</i>	<i>BUONO</i>	<i>OTTIMO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. E' SODDISFATTO DELLE INDICAZIONI FORNITE SU COME UTILIZZARE A DOMICILIO FARMACI, PRESIDI, PROTESI?</b>				
<i>PER NULLA</i>	<i>POCO</i>	<i>ABBASTANZA</i>	<i>MOLTO</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Regione Lombardia  
Sanità

## Questionario di Soddisfazione

### Cure Palliative Domiciliari

<b>9. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI E DEI CONSIGLI RICEVUTI IN MERITO A COME ALIMENTARE, MUOVERE, CURARE L'IGIENE PERSONALE, ASSISTERE IL MALATO?</b>				
<i>PER NULLA</i> <input type="checkbox"/>	<i>POCO</i> <input type="checkbox"/>	<i>ABBASTANZA</i> <input type="checkbox"/>	<i>MOLTO</i> <input type="checkbox"/>	
<b>10. COME HA VALUTATO LE MODALITA' E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO ETC?</b>				
<i>SCARSO</i> <input type="checkbox"/>	<i>SUFFICIENTE</i> <input type="checkbox"/>	<i>DISCRETO</i> <input type="checkbox"/>	<i>BUONO</i> <input type="checkbox"/>	<i>OTTIMO</i> <input type="checkbox"/>
<b>11. E' RIMASTO SODDISFATTO DELLE MODALITA' DI PRESCRIZIONE DEI FARMACI?</b>				
<i>PER NULLA</i> <input type="checkbox"/>	<i>POCO</i> <input type="checkbox"/>	<i>ABBASTANZA</i> <input type="checkbox"/>	<i>MOLTO</i> <input type="checkbox"/>	
<b>12. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?</b>				
<i>SI:</i>			<i>NO</i>	
<input type="checkbox"/> 118	<input type="checkbox"/> GUARDIA MEDICA	<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/>	
<b>13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI E' RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI?</b>				
<i>PER NULLA</i> <input type="checkbox"/>	<i>POCO</i> <input type="checkbox"/>	<i>ABBASTANZA</i> <input type="checkbox"/>	<i>MOLTO</i> <input type="checkbox"/>	
<b>14. IN GENERALE COME VALUTA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?</b>				
<i>SCARSO</i> <input type="checkbox"/>	<i>SUFFICIENTE</i> <input type="checkbox"/>	<i>DISCRETO</i> <input type="checkbox"/>	<i>BUONO</i> <input type="checkbox"/>	<i>OTTIMO</i> <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 e di consegnarlo al servizio. Potrà lasciarlo presso la segreteria, comunque in busta chiusa, nel corso del suo prossimo accesso.

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