



Azienda ASST di Lecco

Unità d'Offerta Dipartimento della Fragilità – cure geriatriche/riabilitative C.O. di

Data compilazione ___ / ___ / _____

Gentile signora/e, le chiediamo di dedicare qualche minuto per rispondere, **in maniera del tutto anonima**, ad alcune domande che ci permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a del servizio di cure domiciliari geriatriche o riabilitative e quali sono le aree che necessitano di un miglioramento.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO				
	<input type="checkbox"/> assistito	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> colf/badante	<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"/> artigiano	<input type="checkbox"/> operaio <input type="checkbox"/> commerciante	<input type="checkbox"/> impiegato <input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> dirigente <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> altro
ACCOGLIENZA				
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?				
<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"/>
2. COME VALUTA LA TEMPISTICA DELLA PRESA IN CARICO?				
<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"/>
ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA e RIABILITATIVA				
3. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (MEDICO, INFERMIERE, TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?				
<i>MAI</i> <input type="checkbox"/>	<i>SI, A VOLTE</i> <input type="checkbox"/>	<i>SI, SPESSO</i> <input type="checkbox"/>	<i>SI, SEMPRE</i> <input type="checkbox"/>	
4. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, privacy, ecc...)?				
<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"/>
5. COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE PRESTAZIONI RICEVUTE?				
<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"/>
6. SE IL SUO PROGRAMMA DI CURA PREVEDEVA L'INTERVENTO DOMICILIARE DI PERSONALE INFERMIERISTICO, È STATO SODDISFATTO DELLA CORTESIA, DELLA PROFESSIONALITA', DELLA SOLLECITUDINE DIMOSTRATA?				
<i>NON PREVISTO</i> <input type="checkbox"/>	<i>SCARSO</i> <input type="checkbox"/>	<i>SUFFICIENTE</i> <input type="checkbox"/>	<i>DISCRETO</i> <input type="checkbox"/>	<i>BUONO</i> <input type="checkbox"/>
7. SE IL SUO PROGRAMMA DI CURA PREVEDEVA L'INTERVENTO DOMICILIARE DI PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE, È STATO SODDISFATTO DELLA CORTESIA, DELLA PROFESSIONALITA', DELLA SOLLECITUDINE DIMOSTRATA?				
<i>NON PREVISTO</i> <input type="checkbox"/>	<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>NON PREVISTO</i> <input type="checkbox"/>	<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>NON PREVISTO</i> <input type="checkbox"/>	<i>SCARSO</i> <input type="checkbox"/>	<i>SUFFICIENTE</i> <input type="checkbox"/>	<i>DISCRETO</i> <input type="checkbox"/>	<i>BUONO</i> <input type="checkbox"/>



8. SE IL SUO PROGRAMMA DI CURA PREVEDEVA L'INTERVENTO DOMICILIARE DI PERSONALE MEDICO, È STATO SODDISFATTO DELLA CORTESIA, DELLA PROFESSIONALITÀ, DELLA SOLLECITUDINE DIMOSTRATA?					
<i>NON PREVISTO</i> <input type="checkbox"/>	<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"/>
9. E' STATO SODDISFATTO DELLE INDICAZIONI FORNITE SU COME UTILIZZARE A DOMICILIO FARMACI, PRESIDI, PROTESI?					
<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"/>		
10. E' STATO SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI E DEI CONSIGLI RICEVUTI IN MERITO A COME ALIMENTARE, MUOVERE, CURARE L'IGIENE PERSONALE, ASSISTERE IL MALATO?					
<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"/>		
11. COME HA VALUTATO LE MODALITÀ E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO, ECC. DA PARTE DEGLI UFFICI COMPETENTI?					
<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"/>	
Non ne ho fatto uso <input type="checkbox"/>					
12. DURANTE LE FASCE ORARIE IN CUI ERA PREVISTA L'ASSISTENZA DOMICILIARE, HA AVUTO NECESSITÀ DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?					
<i>118</i> <input type="checkbox"/>	<i>SI:</i> <i>GUARDIA MEDICA</i> <input type="checkbox"/>	<i>PRONTO SOCCORSO</i> <input type="checkbox"/>	<i>NO</i> <input type="checkbox"/>		
13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI E' RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?					
<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"/>		
14. IN GENERALE COME VALUTA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?					
<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 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.