



Unità Operativa

UOC Cure Palliative Hospice Lecco

Data compilazione ___ / ___ / _____

Gentile Signora/e, le chiediamo di dedicarci qualche minuto per rispondere, **nel rispetto del suo anonimato**, ad alcune domande che ci permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a dall'assistenza ricevuta in Hospice e quali sono le aree, che a suo avviso, necessitano di miglioramento. Qualora tuttavia ritenesse di voler segnalare problematiche insorte nel corso della degenza e che richiedano una valutazione da parte della Direzione, le ricordiamo che è anche possibile contattarci al seguente recapito mail dipartimento.fragilita@asst-lecco.it oppure rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST di Lecco al seguente indirizzo urp@asst-lecco.it. Grazie della collaborazione

INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO				
	<input type="checkbox"/> paziente	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> badante/colf	<input type="checkbox"/> altro
<i>SESSO</i>	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	<i>ETA'</i>	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
GLI OBIETTIVI DELLE CURE SONO STATI SPIEGATI E CONCORDATI IN MODO:				
<i>INSUFFICIENTE</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"/>
DURANTE IL RICOVERO DEL SUO FAMILIARE, E' STATO COINVOLTO NEL PROCESSO DECISIONALE RIGUARDANTE L'ASSISTENZA A LUI/LEI RISERVATA?				
<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"/>	
IN QUALE MISURA IL PERSONALE DELL'HOSPICE LE HA FORNITO INFORMAZIONI COMPRESIBILI, COMPLETE E COERENTI?				
<i>SCARSA</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETA</i>	<i>BUONA</i>	<i>OTTIMA</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA COMUNICAZIONE E LA RELAZIONE CON IL PERSONALE INFERMIERISTICO (RISERVATEZZA, DISPONIBILITA', CORTESIA, VICINANZA) E' STATA:				
<i>INSUFFICIENTE</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETA</i>	<i>BUONA</i>	<i>OTTIMA</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA COMUNICAZIONE E LA RELAZIONE CON IL PERSONALE MEDICO (RISERVATEZZA, DISPONIBILITA', CORTESIA, VICINANZA) E' STATA:				
<i>INSUFFICIENTE</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETA</i>	<i>BUONA</i>	<i>OTTIMA</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA TEMPESTIVITA' DEGLI INTERVENTI E' STATA:				
<i>INSUFFICIENTE</i>	<i>SUFFICIENTE</i>	<i>DISCRETA</i>	<i>BUONA</i>	<i>OTTIMA</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE CURE EROGATE AL VOSTRO CONGIUNTO RISPETTO ALLE SUE NECESSITA' VI SONO SEMBRATE:				
<i>INSUFFICIENTI</i>	<i>SUFFICIENTI</i>	<i>DISCRETE</i>	<i>BUONE</i>	<i>OTTIME</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IL CONTROLLO DEL DOLORE E' STATO?				
<i>INSUFFICIENTE</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"/>



IN CHE MODO IL PERSONALE DELL'HOSPICE HA VALUTATO E TRATTATO I SINTOMI DEL SUO FAMIGLIARE?				
<i>INSUFFICIENTE</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"/>
IN CHE MODO L'EQUIPE DELL'HOSPICE VI HA SOSTENUTI EMOTIVAMENTE?				
<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"/>	
IL CONFORT DELLA STRUTTURA (STANZA, QUALITA' DEL VITTO, PULIZIA DEGLI AMBIENTI) E' STATO:				
<i>INSUFFICIENTE</i> <input type="checkbox"/>	<i>SUFFICIENTE</i> <input type="checkbox"/>	<i>DISCRETA</i> <input type="checkbox"/>	<i>BUONA</i> <input type="checkbox"/>	<i>OTTIMA</i> <input type="checkbox"/>
L'INTERVENTO DEI VOLONTARI, SE NE HA USUFRUITO, E' STATO:				
<i>INSUFFICIENTE</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"/>
COMPLESSIVAMENTE QUANTO E' SODDISFATTO DEL RICOVERO IN HOSPICE?				
<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

Le sue valutazioni saranno utili a migliorare la qualità dei nostri servizi. La preghiamo ora di imbustare il questionario nella busta preaffrancata che ha ricevuto e di rispedirla al destinatario indicato.

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.