

 <p>La casa del Sole società cooperativa sociale a.r.l.</p>	<b>MODULO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</b>	MOT_31_C_DOM pag. 1 di 2
 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p>	<h1>QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE</h1>	Edizione 0 Revisione 1 del 23/06/2023

Ente Gestore                    La Casa Del Sole soc.coop. Soc. arl  
Unità Operativa                C-dom  
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 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		
<b>SESSO</b>	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	Età in anni _____		
<b>NAZIONALITA'</b>	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> extracomunitaria		
<b>SCOLARITA'</b>	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> scuola obbligo	<input type="checkbox"/> scuola sup.	<input type="checkbox"/> laurea/altro	
<b>PROFESSIONE</b>	<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	
<b>ACCOGLIENZA</b>					
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE 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. DOPO QUANTI GIORNI E' STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI?					
	<i>OLTRE 15 GG</i> <input type="checkbox"/>	<i>TRA 6 E 15 GG</i> <input type="checkbox"/>	<i>TRA 2 E 5 GG</i> <input type="checkbox"/>	<i>MENO DI 2 GG</i> <input type="checkbox"/>	
3. E' SODDISFATTO DEL TEMPO CHE E' INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?					
	<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>ASSISTENZA MEDICA ED INFERMIERISTICA</b>					
4. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (MEDICO E INFERMIERE) 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"/>	
5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, 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"/>
6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITA' DEL MALATO?					
	<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"/>
7. IN CASO DI CHIAMATA URGENTE, COME VALUTA LA TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA ALLA CHIAMATA DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE CURE PALLIATIVE?					
	<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 mai avuto bisogno <input type="checkbox"/>					
8. E' 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"/>	
9. E' 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"/>	

 <p>La casa del Sole società cooperativa sociale a.r.l.</p>	<p><b>MODULO ORGANIZZATIVO TERRITORIALE</b></p> <p><b>QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE</b></p>	<p>MOT_31_C_DOM pag. 2 di 2</p> <hr/> <p>Edizione 0 Revisione 1 del 23/06/2023</p>
 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia</p>		

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. COME HA VALUTATO LE MODALITA' E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO ETC?			
<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"/>			
11. E' RIMASTO SODDISFATTO DELLE MODALITA' DI PRESCRIZIONE DEI FARMACI?			
<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"/>
<i>NO</i> <input type="checkbox"/>			
12. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA?			
<i>SI:</i>			<i>NO</i>
<input type="checkbox"/> 118	<input type="checkbox"/> <i>GUARDIA MEDICA</i>	<input type="checkbox"/> <i>PRONTO SOCCORSO</i>	<input type="checkbox"/>
13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI E' RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE 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"/>
<i>OTTIMO</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 apprezzamenti

---



---



---



---

Eventuali osservazioni

---



---



---



---

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

La preghiamo ora di inserire il questionario nella busta e imbucarla nella casella postale fuori dalla segreteria del servizio o 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.