

CUSTOMER SATISFACTION rilevazione anno 2018 ASST NORD MILANO

a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Nel corso dell'anno 2018 sono state svolte le rilevazioni della **Customer Satisfaction** per:

- **l'area di degenza e per i servizi ambulatoriali**
- **l'ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative**

I risultati raccolti evidenziano un giudizio più che positivo da parte dei cittadini, ma non per questo ci inducono a facili sicurezze: si può, e si deve, sempre cercare il miglioramento, osservando con attenzione la realtà che si evidenzia.

La Customer Satisfaction per "l'ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative" ha avuto una rilevazione continua, mentre per "l'area di degenza e per i servizi ambulatoriali" sono state svolte due rilevazioni, la prima nei mesi di aprile-maggio e la seconda nei mesi di ottobre-novembre.

I dati sono rappresentati attraverso dei **grafici a istogramma** che riportano per:

- "l'area di degenza e per i servizi ambulatoriali" **la percentuale** e la **valutazione media** di ogni voto per ciascun item di cui si compone il questionario;
- "l'ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative" **la numerosità** di ogni voto per ciascun item di cui si compone il questionario.

Nel documento sono riportati il questionario di gradimento utilizzato per ogni tipo di rilevazione ed il dato relativo a:

- "area di degenza e servizi ambulatoriali":
 - ⇒ **ASST Nord Milano complessivo**;
 - ⇒ **Ospedale "E. Bassini"**;
 - ⇒ **Ospedale "Città di Sesto San Giovanni"**;
 - ⇒ **Poliambulatori Territoriali**;
 - ⇒ **Servizio Territoriale – Consultori Familiari Integrati**.
- "ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative":
 - ⇒ **UO Cure Palliative e Terapia del Dolore**.

Il questionario viene compilato in data ____/____/____ (gg/mm/aa)

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI: AMBULATORIALI

N.B. Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta

Sesso:	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	Età in anni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazionalità:	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Europea	<input type="checkbox"/> Extraeuropea			
Scolarità:	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Scuola Obbligo	<input type="checkbox"/> Sc. Superiore	<input type="checkbox"/> Laurea		

Come ha prenotato?			
Telefonicamente	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>
Allo sportello	<input type="checkbox"/>	Non so	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Nessuna Prenotazione	<input type="checkbox"/>

QUANTO E' SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?: (indicare da 1 a 7)

Servizio di prenotazione

(orari di aperture, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Per niente soddisfatto			Molto soddisfatto			

Tempo di attesa della prenotazione alla data della prestazione

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Per niente soddisfatto			Molto soddisfatto			

Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket

(attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Per niente soddisfatto			Molto soddisfatto			

Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Per niente soddisfatto			Molto soddisfatto			

Rispetto degli orari previsti

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

Attenzione ricevuta dal personale Medico
(accuratezza della visita, cortesia)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

Attenzione ricevuta dal personale Infermieristico e/o tecnico
(accuratezza, cortesia, informazioni)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

Rispetto della riservatezza personale

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

COMPLESSIVAMENTE QUANTO E' SODDISFATTO DEL NOSTRO SERVIZIO?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Assolutamente no Certamente sì

Eventuali osservazioni e suggerimenti?

.....
.....

Grazie per la collaborazione

Il questionario viene compilato in data ___/___/___ (gg/mm/aa)

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI: RICOVERO

N.B. Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta

Sesso:	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina	Età in anni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazionalità:	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Europea	<input type="checkbox"/> Extraeuropea			
Scolarità:	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Scuola Obbligo	<input type="checkbox"/> Sc. Superiore	<input type="checkbox"/> Laurea		

IL SUO RICOVERO E' AVVENUTO?	
D'urgenza	<input type="checkbox"/>
E' stato programmato	<input type="checkbox"/>
E' un ricovero in day hospital	<input type="checkbox"/>

QUANTO E' SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?: (indicare da 1 a 7)

Tempi di attesa per ottenere il ricovero

(Tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del Reparto

(Orari: visite mediche, prelievi e terapie, visite parenti, ricevimento dei medici; identificazione dei responsabili delle cure)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Aspetti strutturali e alberghieri

(Comfort della stanza, vitto, pulizia)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Assistenza del personale infermieristico

(Disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Assistenza del personale medico

(Disponibilità, cortesia)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Cure a lei prestate

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Rispetto della riservatezza personale

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Organizzazione dell'Ospedale nel suo insieme

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

COMPLESSIVAMENTE QUANTO E' SODDISFATTO DELLA SUA ESPERIENZA DI RICOVERO?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Per niente soddisfatto

Molto soddisfatto

CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTO OSPEDALE?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Assolutamente no

Certamente sì

Eventuali osservazioni e suggerimenti?

.....
.....

Grazie per la collaborazione

UO CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
Questionario di Soddisfazione

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Nord Milano

Azienda Ospedaliera **ASST NORD MILANO**
Unità Operativa **UO Cure Palliative e Terapia del Dolore**
Data compilazione ___ / ___ / 20__

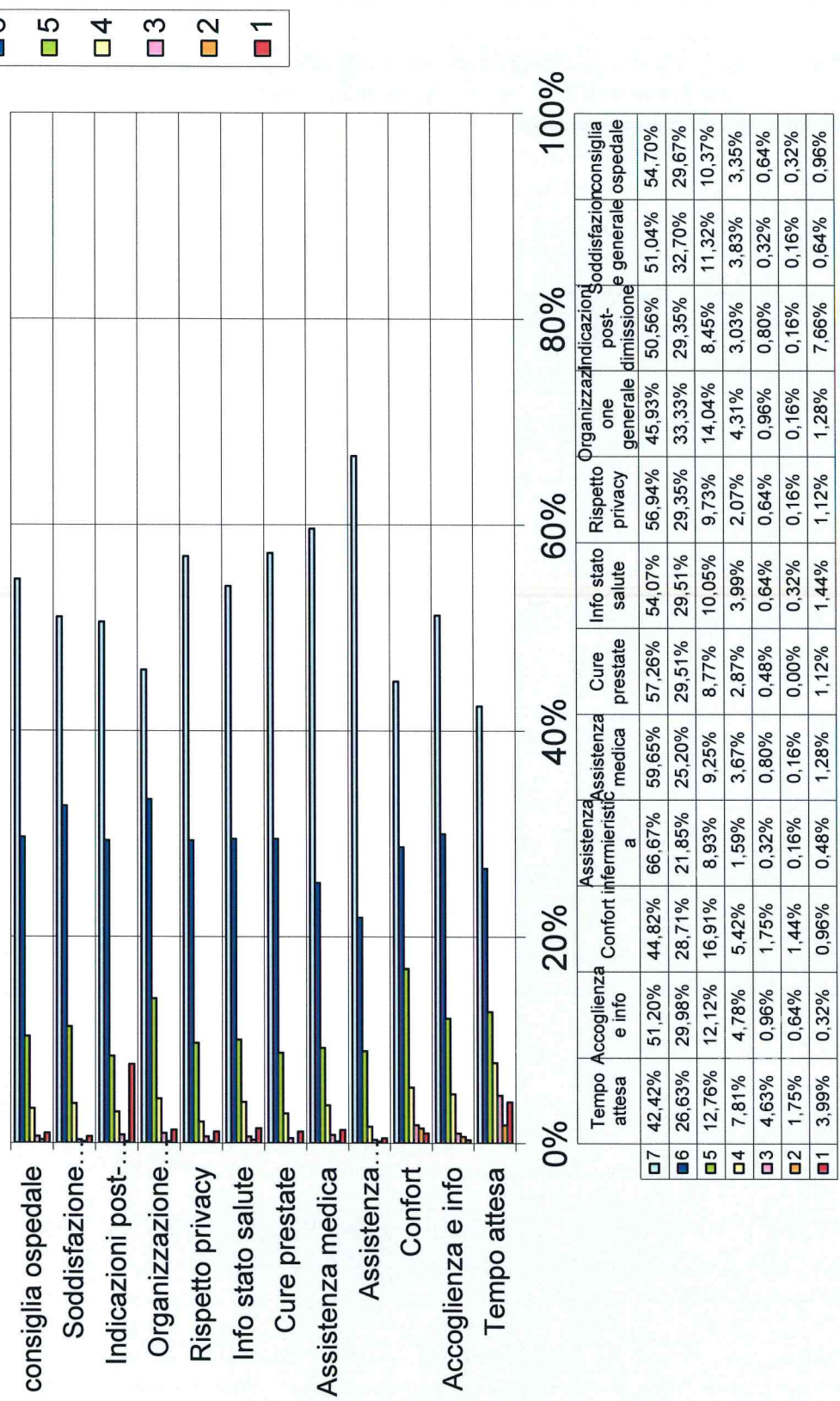
Gentile signora/e, le chiediamo di dedicare qualche minuto per rispondere, **in maniera del tutto anonima**, ad alcune domande che permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a del servizio di Ospedalizzazione Domiciliare per Cure Palliative e quali sono le aree che necessitano un miglioramento.

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	<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 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, ecc...)?				
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, PRESID, PROTESI?				
PER NULLA <input type="checkbox"/>	POCO <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	

ASST Nord Milano

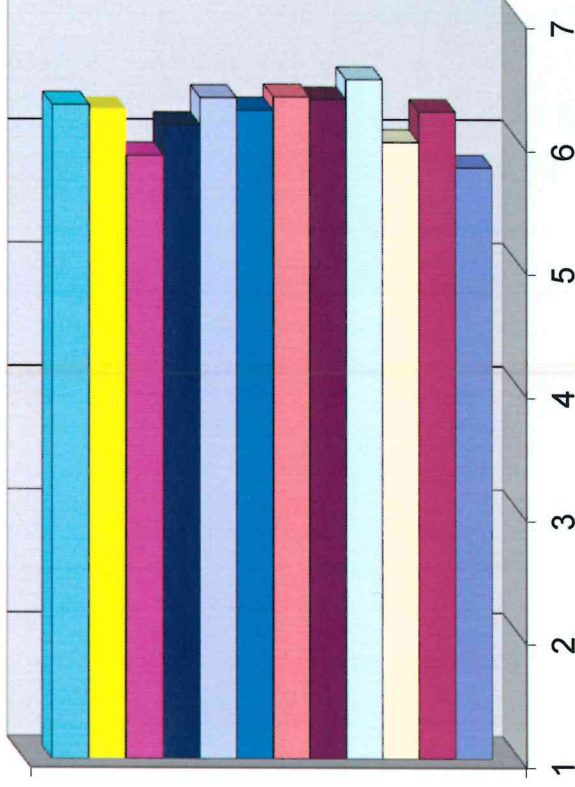
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Azienda Percentuali - area degenza



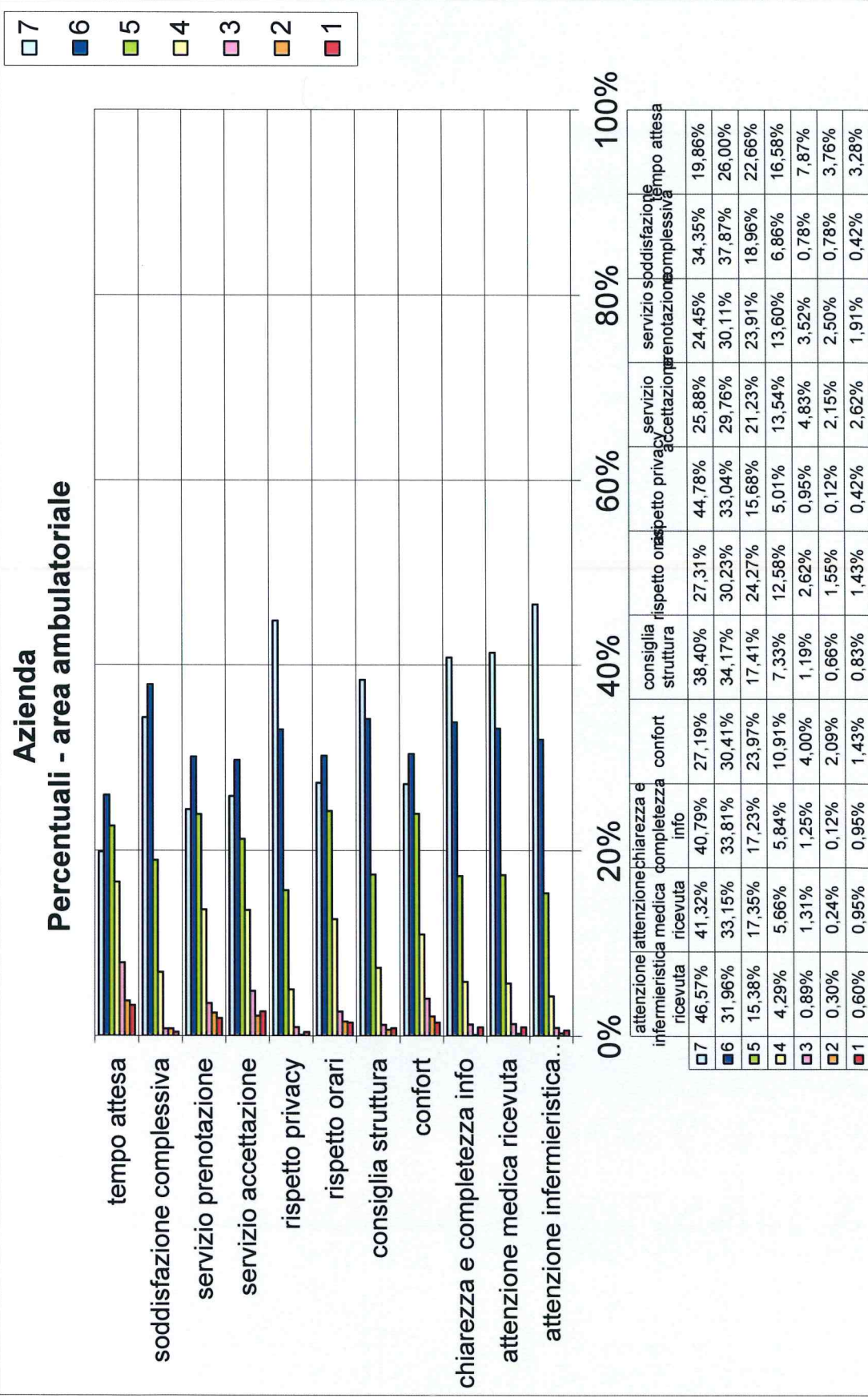
ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Azienda
Valori Medi - area degenza



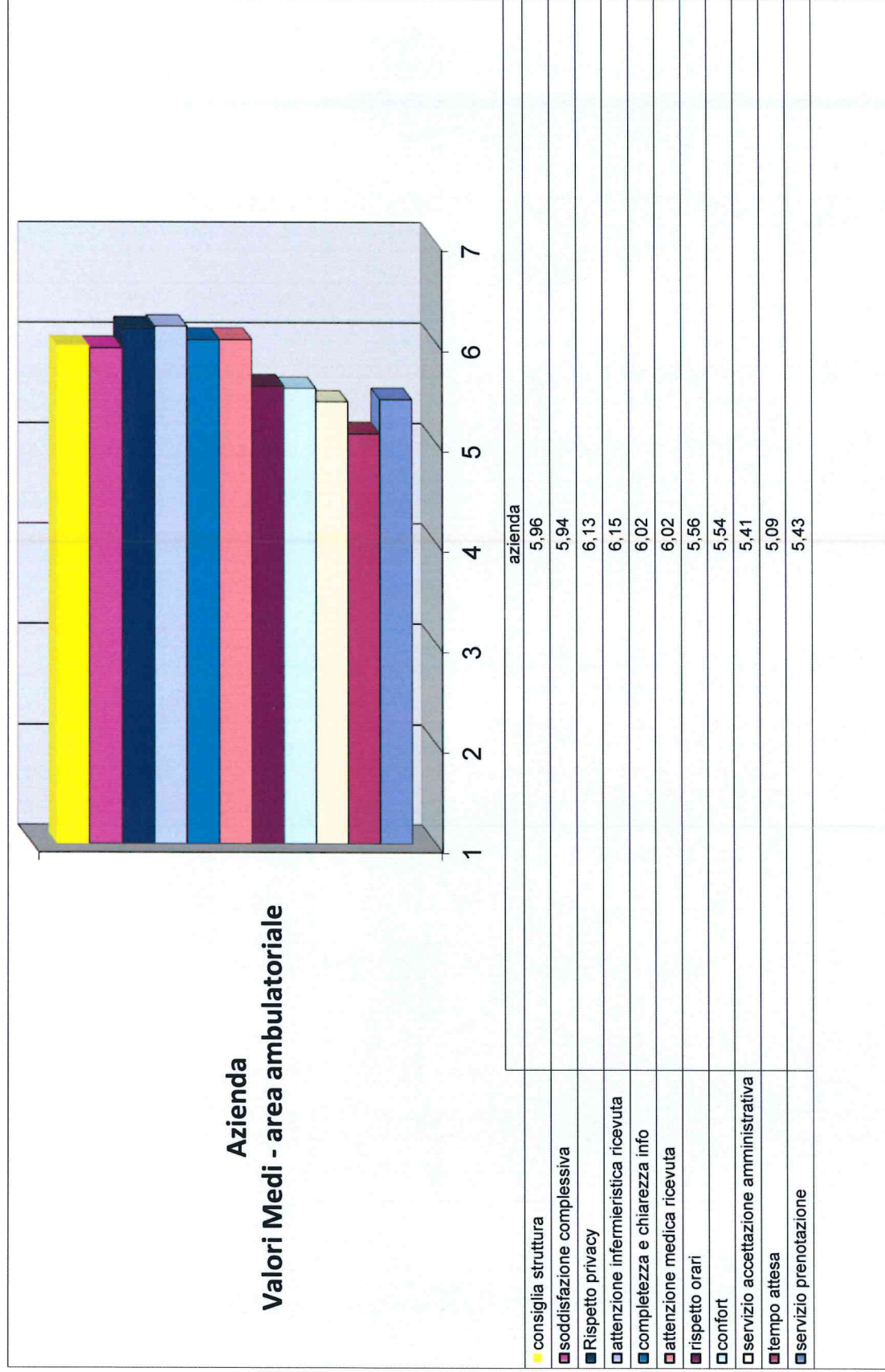
	Azienda - degenza
Consegna ospedale	6,30
Soddisfazione generale	6,25
Indicazioni post-dimissione	5,88
Organizzazione generale	6,13
Rispetto privacy	6,35
Info stato salute	6,25
Cure prestate	6,36
Assistenza medica	6,34
Assistenza infermieristica	6,50
Confort	5,99
Accoglienza e info	6,24
Tempo attesa	5,79

ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018



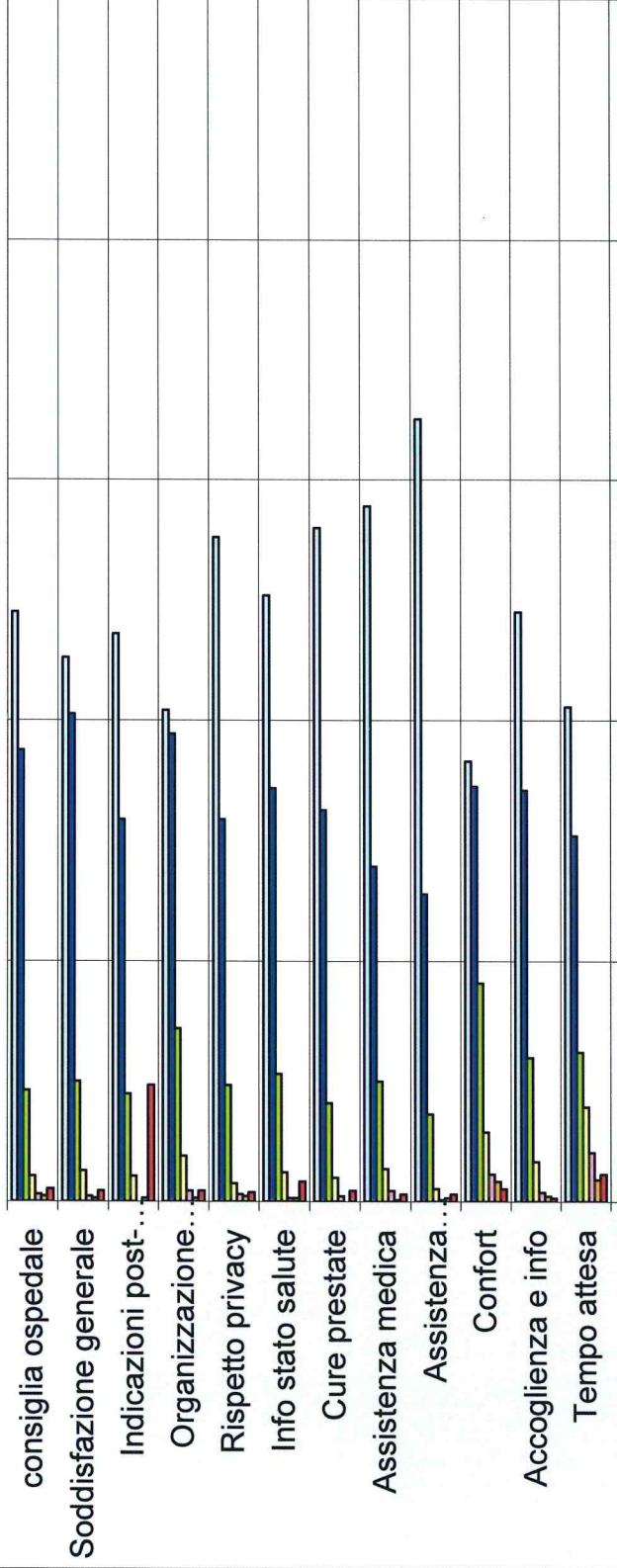
ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Azienda
Valori Medi - area ambulatoriale



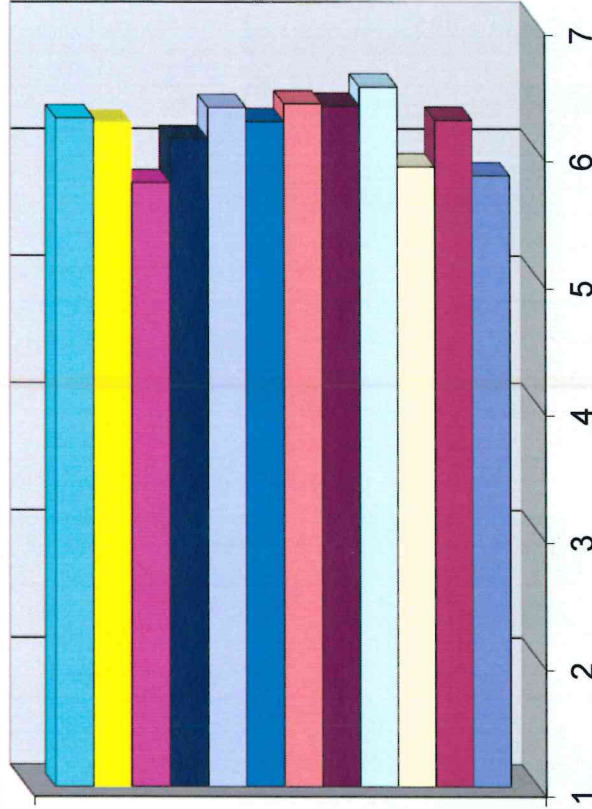
ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

**«E. Bassini»
Percentuali - area degenza**



	0%	20%	40%	60%	80%	100%				
Tempo attesa e info	Accoglienza e info	Confort infermieristica	Assistenza medica	Cure prestate	Info stato salute	Rispetto privacy	Organizzazione generale	Indicazioni post-dimissione	Soddisfazione generale	consiglia ospedale
7	41,15%	36,61%	65,05%	57,79%	55,98%	50,38%	40,85%	47,20%	45,23%	49,02%
6	30,41%	34,49%	25,57%	27,84%	32,53%	34,34%	38,88%	31,77%	40,54%	37,52%
5	12,41%	18,15%	7,26%	9,98%	8,17%	10,59%	14,37%	8,93%	9,98%	9,23%
4	7,87%	5,75%	1,06%	2,72%	1,97%	2,42%	3,78%	2,12%	2,57%	2,12%
3	4,08%	2,27%	0,15%	0,91%	0,45%	0,30%	0,91%	0,00%	0,45%	0,61%
2	1,82%	1,66%	0,30%	0,15%	0,00%	0,30%	0,45%	0,30%	0,30%	0,45%
1	2,27%	1,06%	0,61%	0,61%	0,91%	1,66%	0,76%	9,68%	0,91%	1,06%

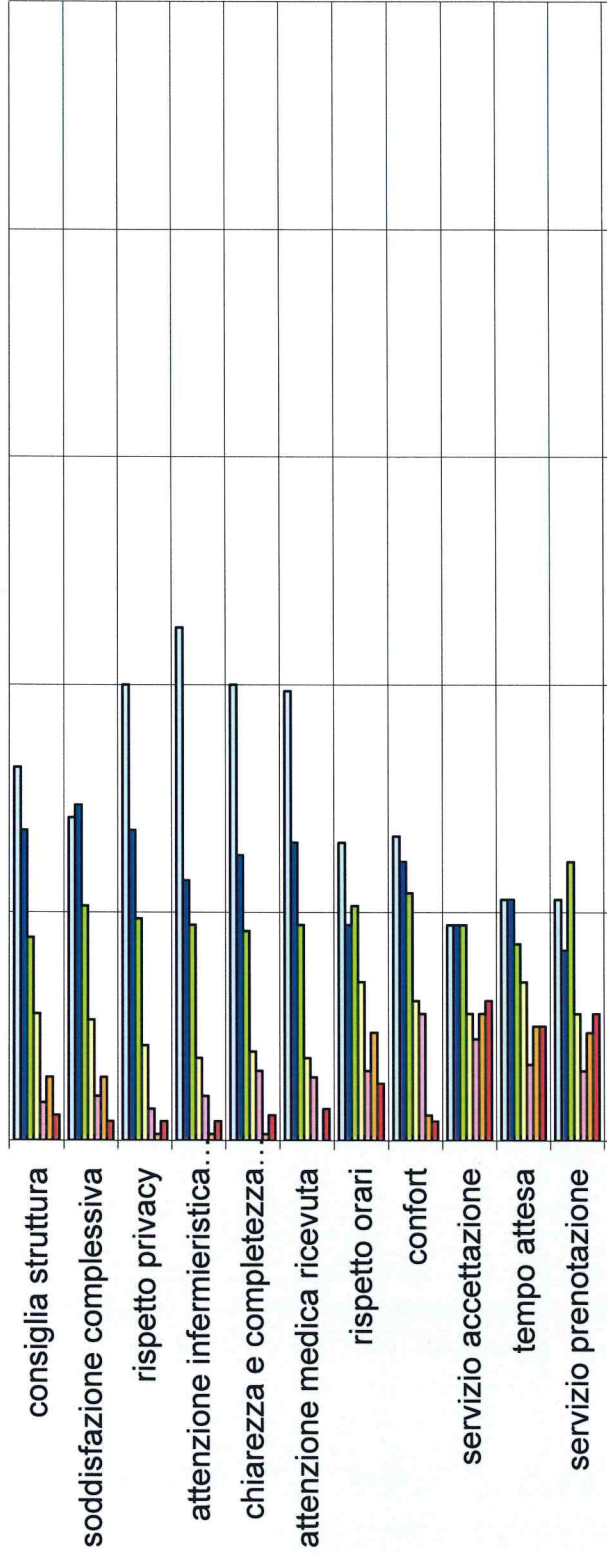
**Ospedale «E. Bassini»
Valori Medi - area degenza**



	Bassini - degenza
Consigliata ospedale	6,26
Soddisfazione generale	6,22
Indicazioni post-dimissione	5,75
Organizzazione generale	6,10
Rispetto privacy	6,34
Info stato salute	6,23
Cure prestate	6,37
Assistenza medica	6,36
Assistenza infermieristica	6,51
Confort	5,88
Accoglienza e info	6,25
Tempo attesa	5,81

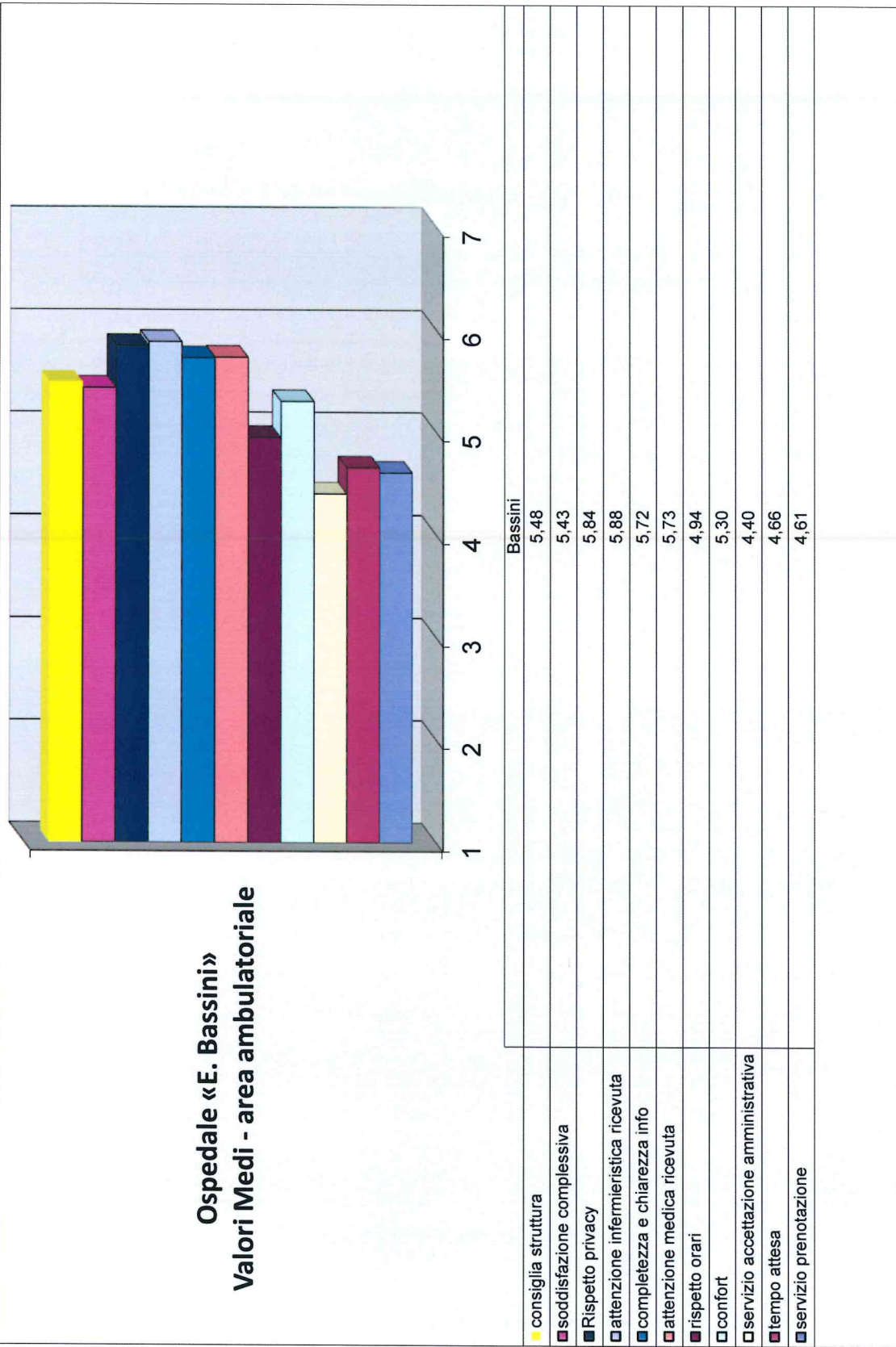
ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Ospedale «E. Bassini»
Percentuali - area ambulatoriale



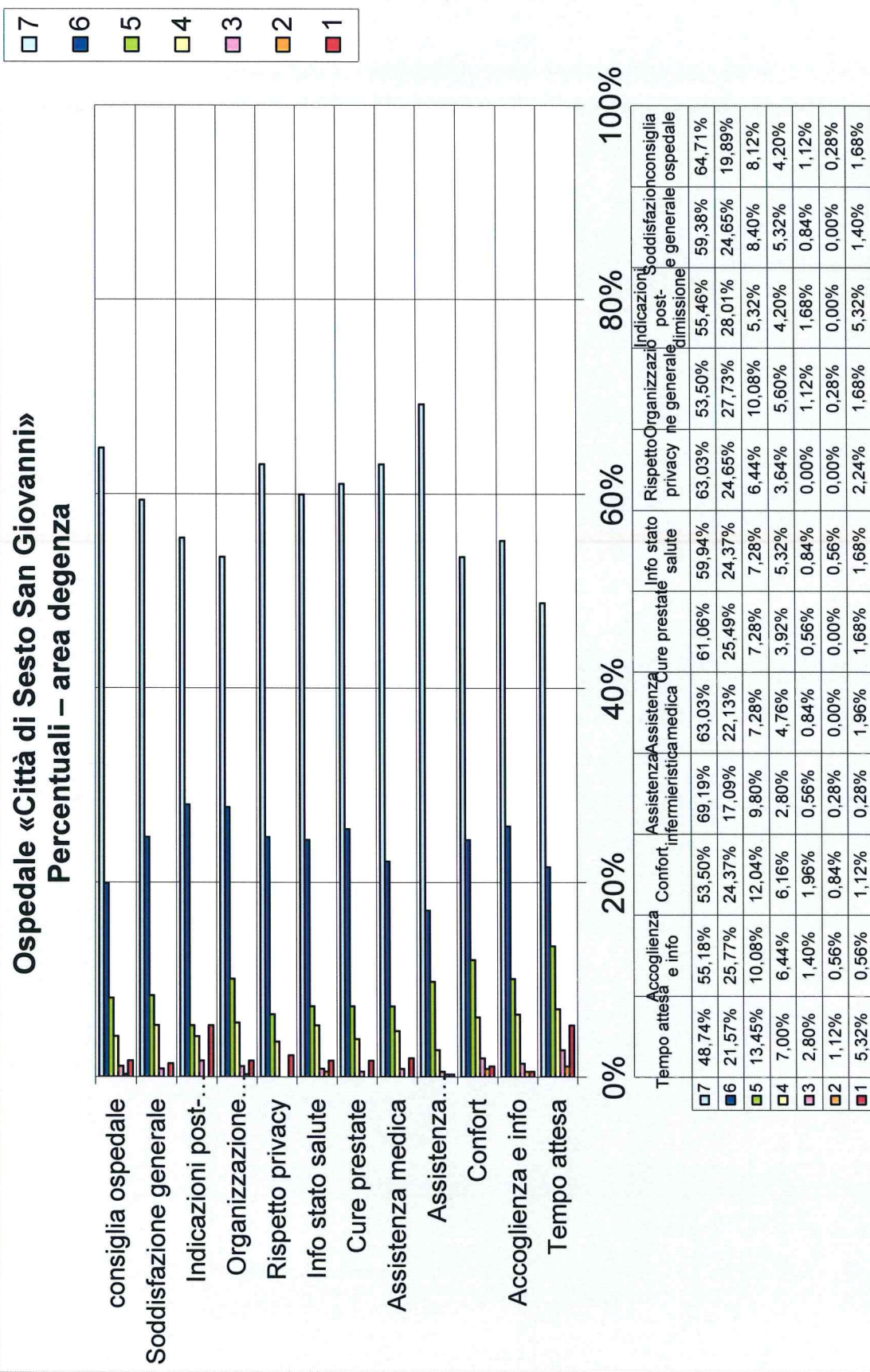
	0%	20%	40%	60%	80%	100%
servizio prenotazioni	21,11%	18,89%	26,11%	39,44%	45,00%	40,00%
tempo attesa	21,11%	18,89%	18,89%	26,11%	22,78%	27,22%
accettazione	17,22%	18,89%	20,56%	18,89%	18,89%	19,44%
servizio	11,11%	11,11%	13,89%	7,22%	7,22%	8,33%
accettazione	8,89%	11,11%	12,22%	11,11%	3,89%	10,56%
confort	26,67%	24,44%	21,67%	12,22%	11,11%	2,78%
rispetto orari	26,11%	18,89%	20,56%	18,89%	19,44%	20,56%
attenzione medica ricevuta	39,44%	26,11%	18,89%	7,22%	5,56%	0,56%
chiarezza e completezza info	40,00%	25,00%	18,33%	7,78%	0,56%	2,22%
attenzione infermieristica ricevuta	45,00%	22,78%	18,89%	7,22%	3,89%	1,67%
rispetto privacy	40,00%	27,22%	19,44%	8,33%	2,78%	0,56%
soddisfazione complessiva	28,33%	29,44%	20,56%	10,56%	3,89%	5,56%
consiglia struttura	32,78%	27,22%	17,78%	11,11%	1,67%	2,22%

Ospedale «E. Bassini»
Valori Medi - area ambulatoriale

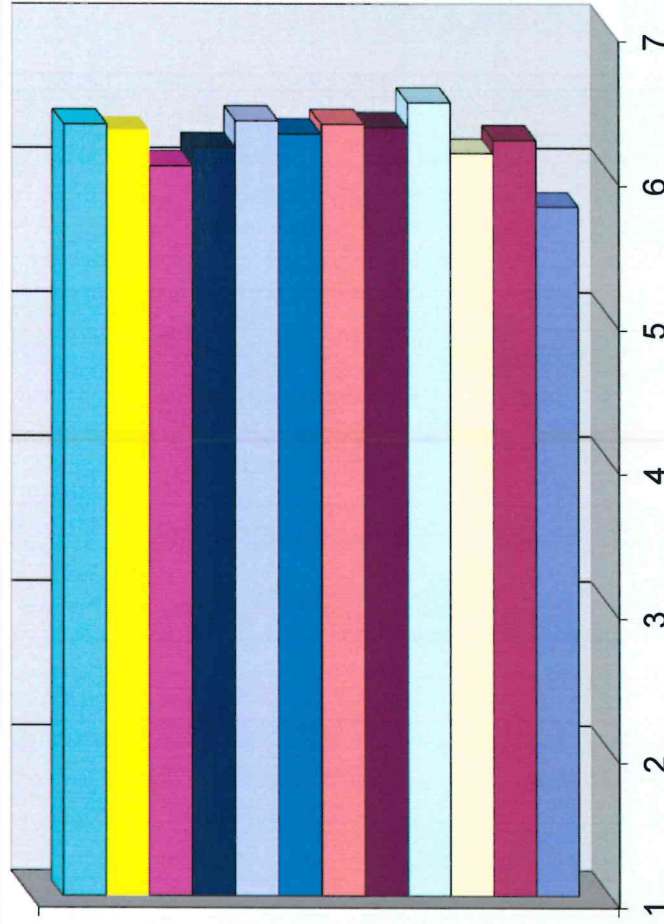


ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Ospedale «Città di Sesto San Giovanni»
Percentuali – area degenza



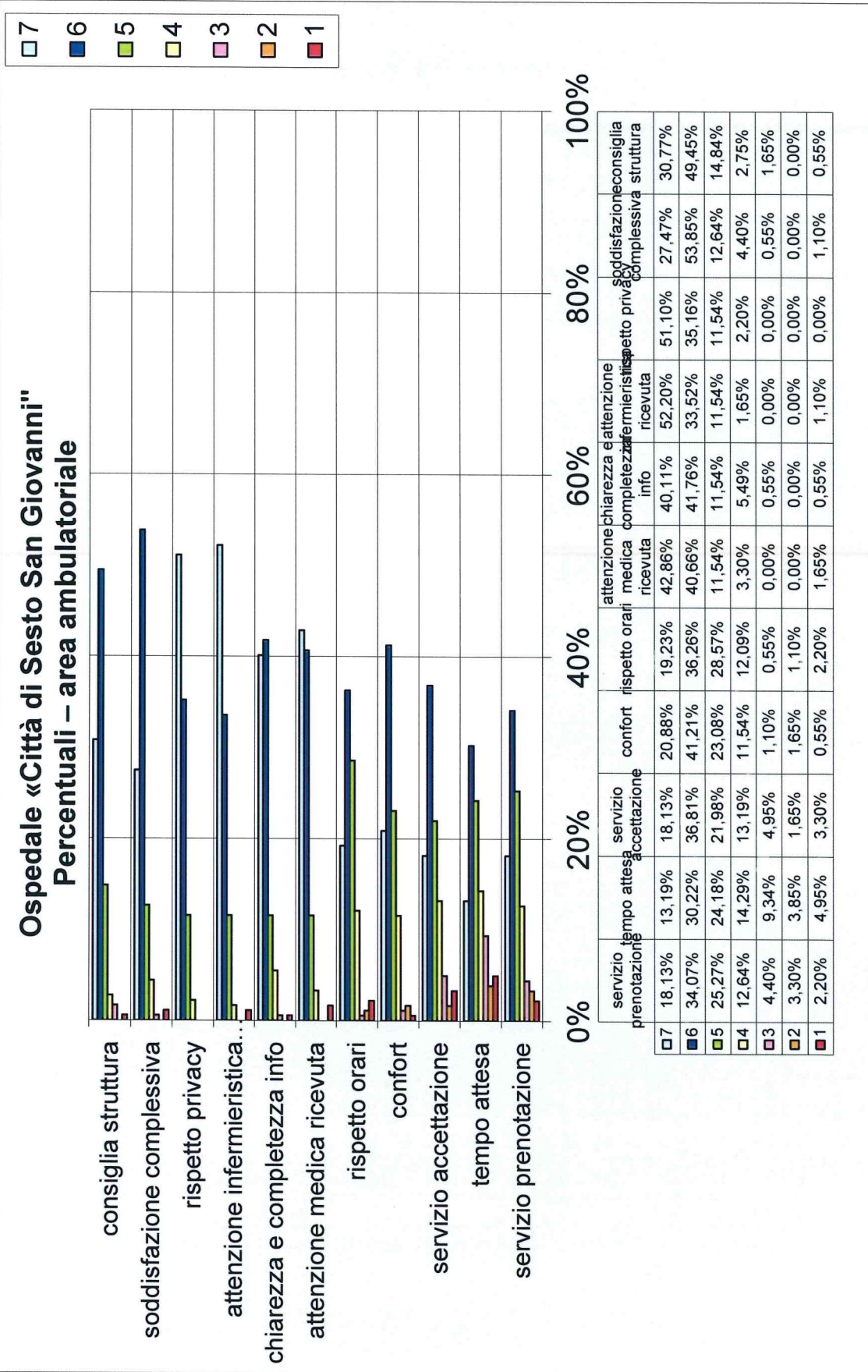
**Ospedale
«Città di Sesto S. Giovanni»
Valori Medi – area degenza**



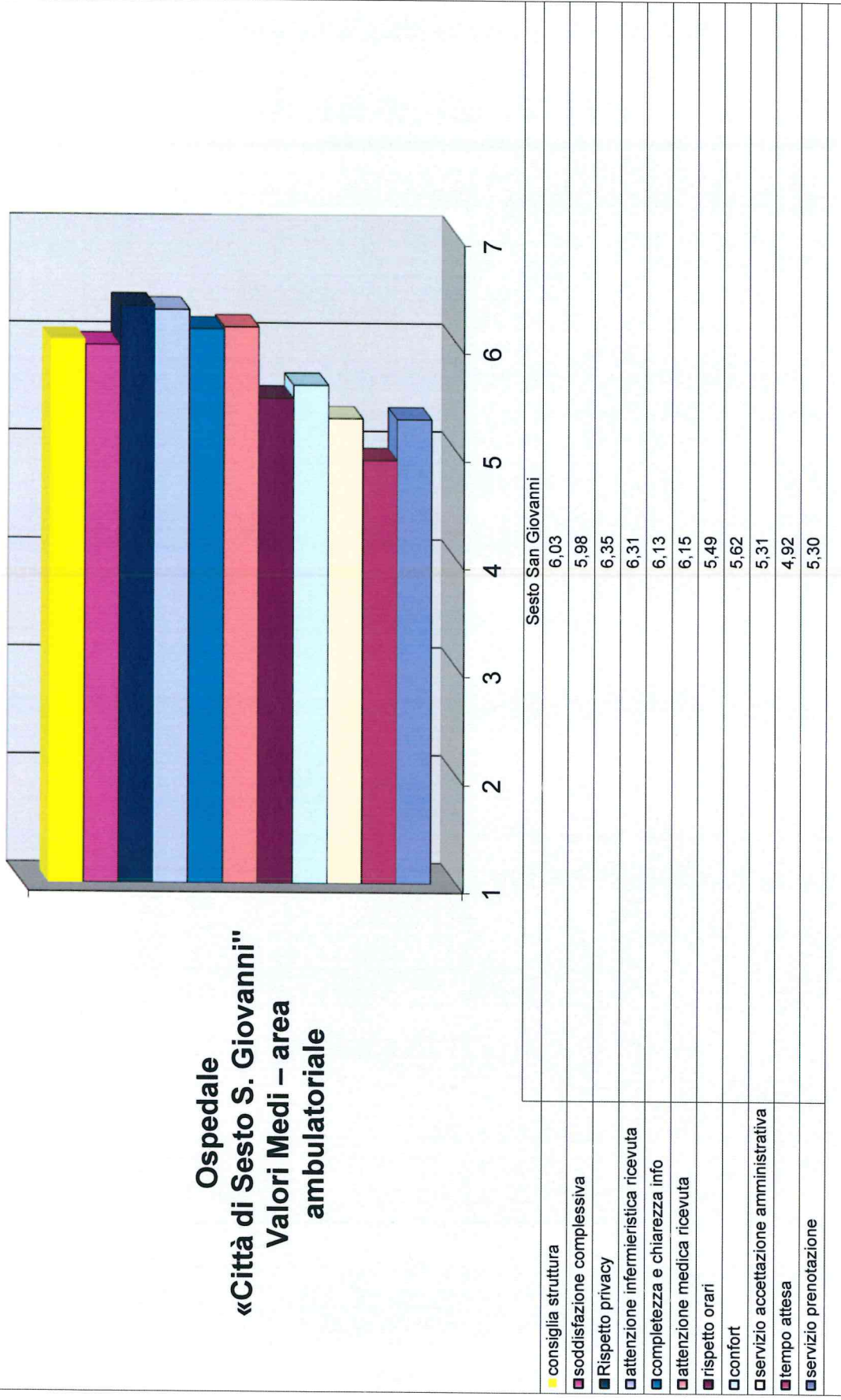
	Sesto San Giovanni - degenza
Consiglia ospedale	6,34
Soddisfazione generale	6,29
Indicazioni post-dimissione	6,05
Organizzazione generale	6,18
Rispetto privacy	6,36
Info stato salute	6,27
Cure prestate	6,34
Assistenza medica	6,32
Assistenza infermieristica	6,49
Comfort	6,14
Accoglienza e info	6,23
Tempo attesa	5,77

ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Ospedale «Città di Sesto San Giovanni»
Percentuali – area ambulatoriale



**Ospedale
«Città di Sesto S. Giovanni»
Valori Medi – area
ambulatoriale**



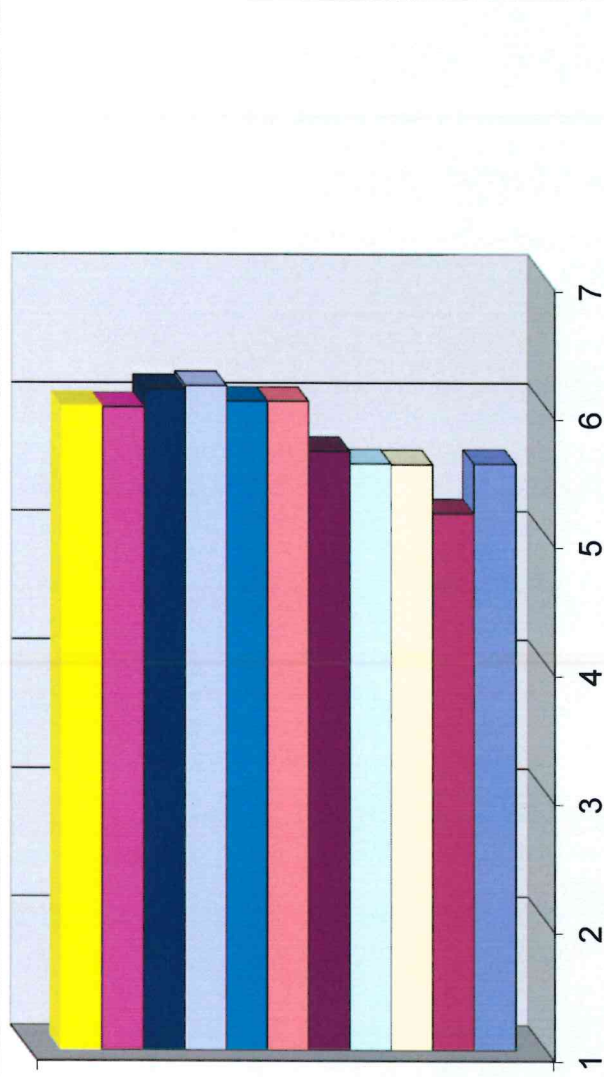
ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Presidio Territoriale dei Poliambulatori – area ambulatoriale



ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

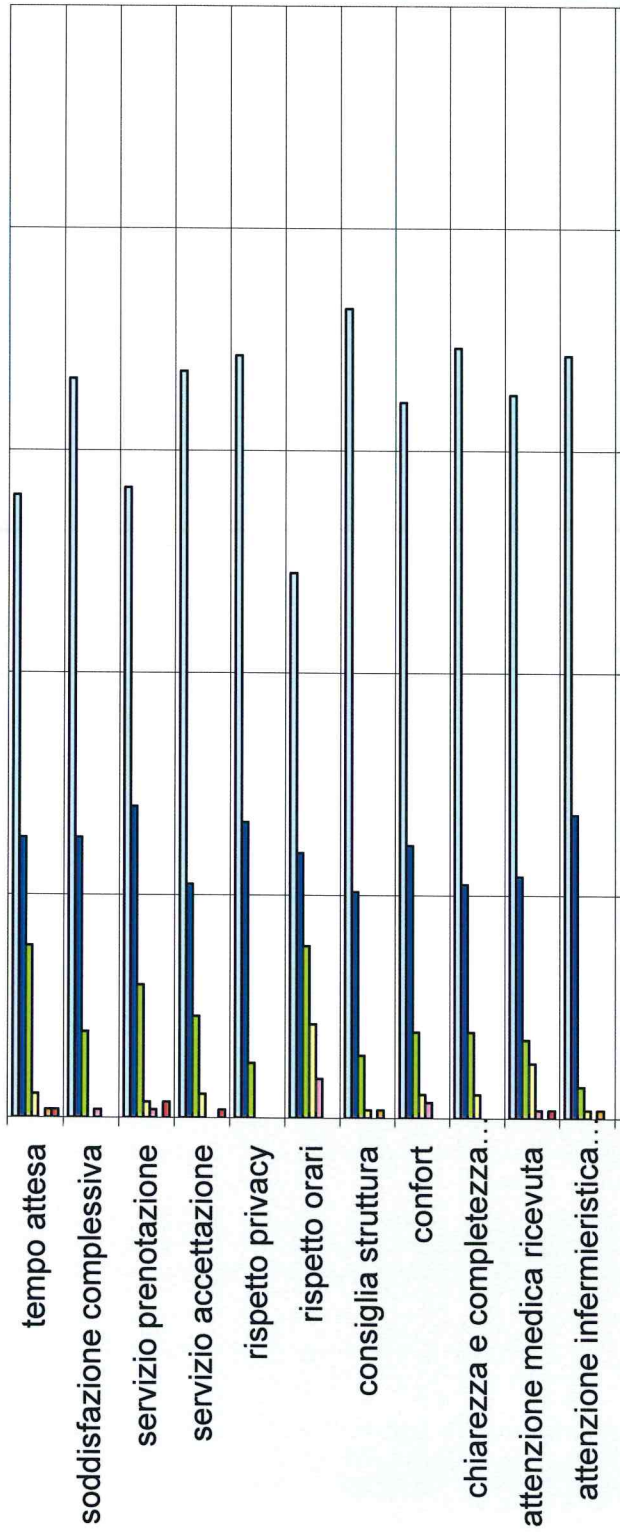
**Presidio Territoriale dei
Poliambulatori
Valori Medi – area
ambulatoriale**



	Poliambulatori
consiglia struttura	6,01
soddisfazione complessiva	6,00
Rispetto privacy	6,15
attenzione infermieristica ricevuta	6,17
completezza e chiarezza info	6,05
attenzione medica ricevuta	6,05
rispetto orari	5,66
confort	5,56
servizio accettazione amministrativa	5,56
tempo attesa	5,17
servizio prenotazione	5,56

ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

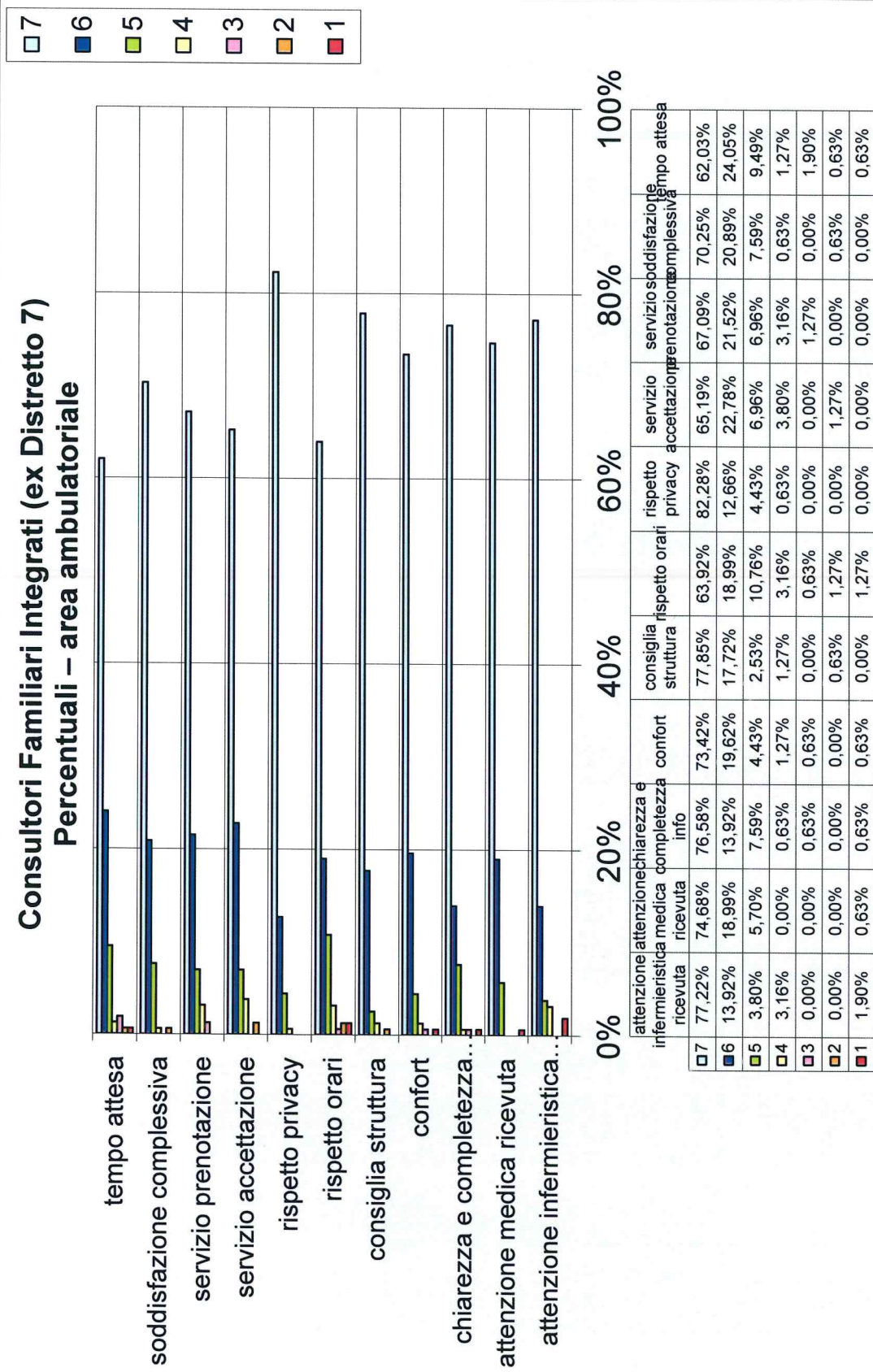
Consultori Familiari Integrati (ex Distretto 6)
Percentuali – area ambulatoriale



	0%	20%	40%	60%	80%	100%
tempo attesa	68,53%	65,03%	72,73%	68,53%	67,13%	55,94%
soddisfazione complessiva	27,27%	21,68%	20,28%	26,57%	20,98%	25,17%
servizio prenotazione	2,80%	6,99%	5,59%	4,90%	9,09%	15,38%
servizio accettazione	0,70%	4,90%	0,70%	0,00%	2,10%	2,10%
rispetto privacy	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
rispetto orari	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
consiglia struttura	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
confort	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
chiarezza e completezza...	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
attenzione medica ricevuta	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
attenzione infermieristica...	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%	0,70%

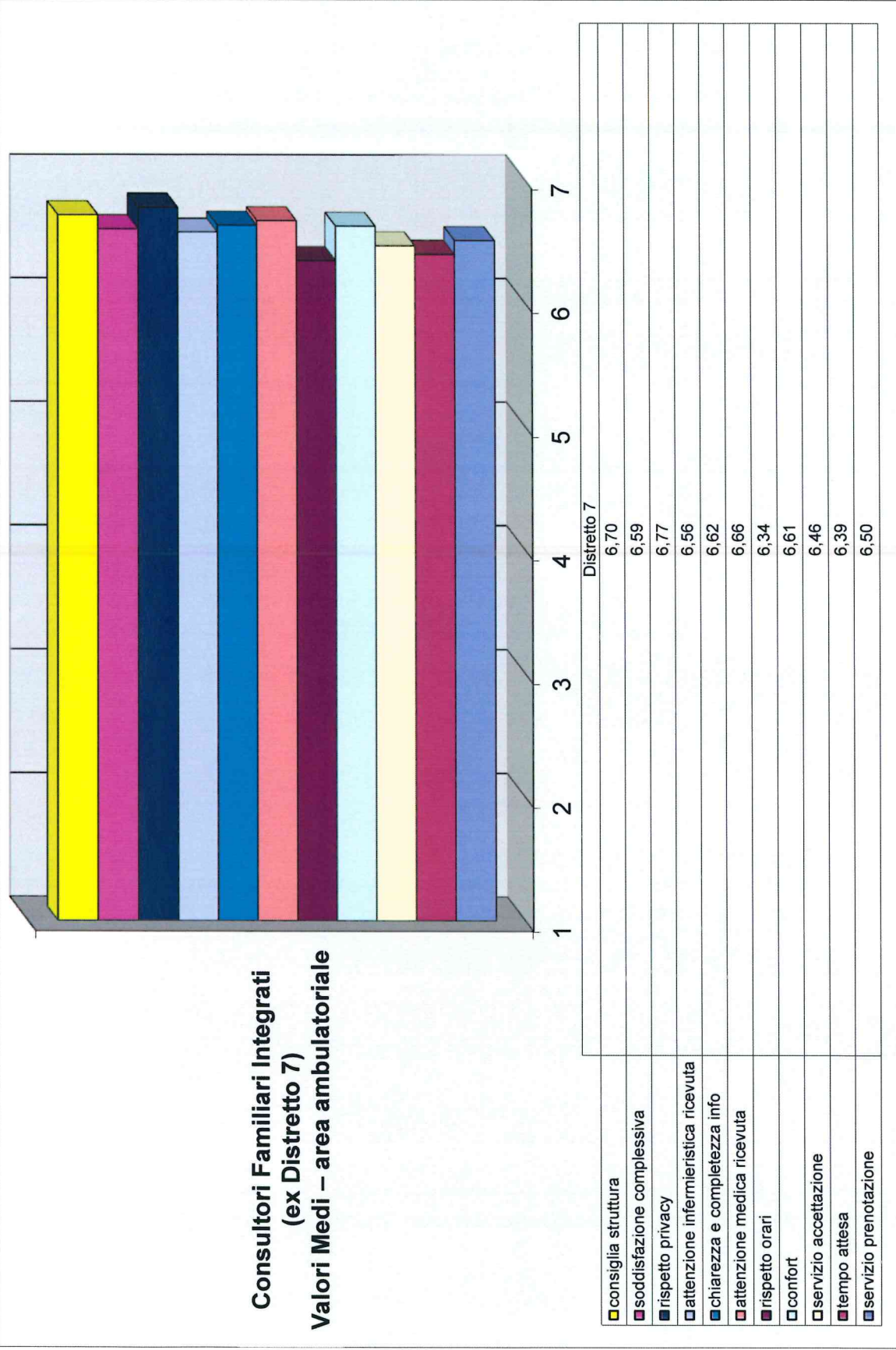
ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

Consultori Familiari Integrati (ex Distretto 7)
Percentuali – area ambulatoriale



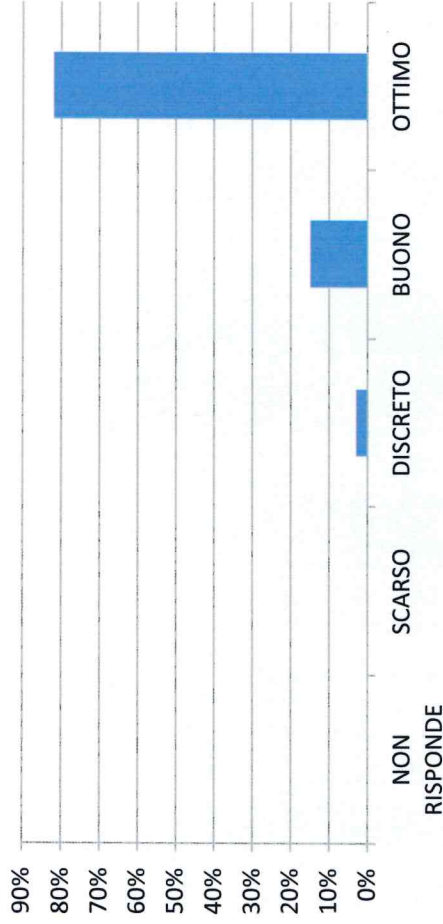
ASST Nord Milano
Customer Satisfaction – ANNO 2018

**Consultori Familiari Integrati
(ex Distretto 7)
Valori Medi – area ambulatoriale**

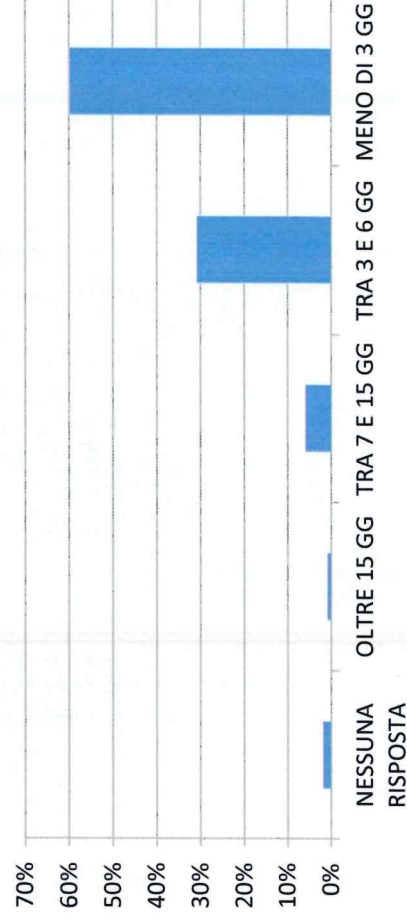


UO Cure Palliative e Terapia del dolore
Ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative

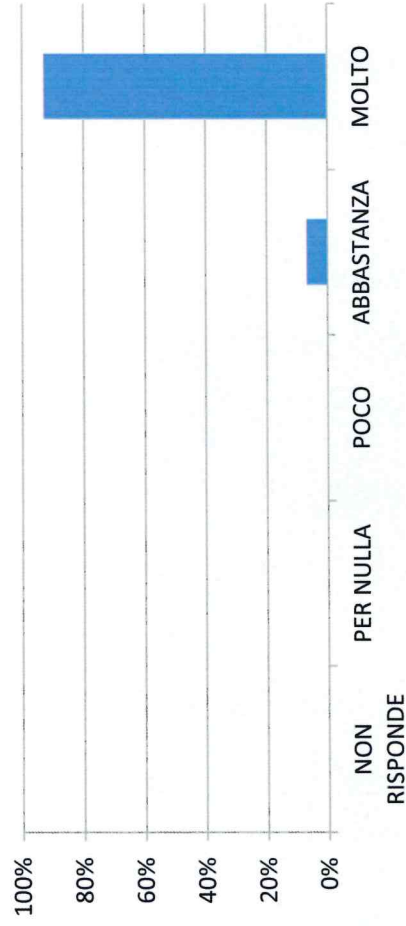
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?



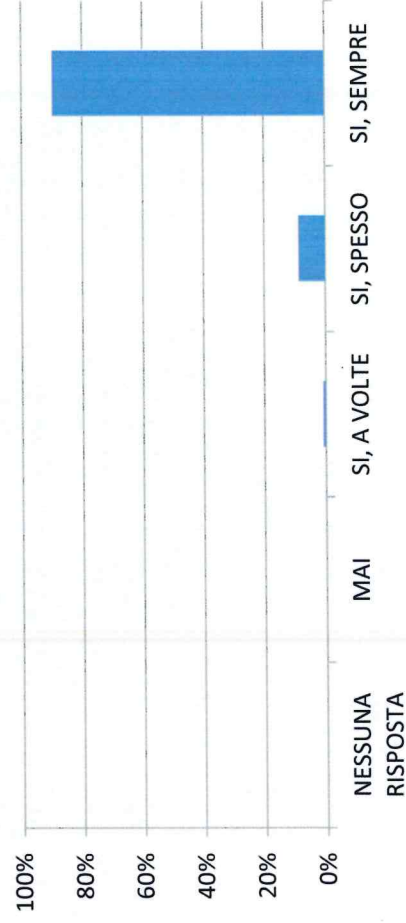
2. DOPO QUANTI GIORNI E' STATO FISSATO IL PRIMO COLLOQUIO PER AVVIARE IL PROGRAMMA DI CURE DOMICILIARI?



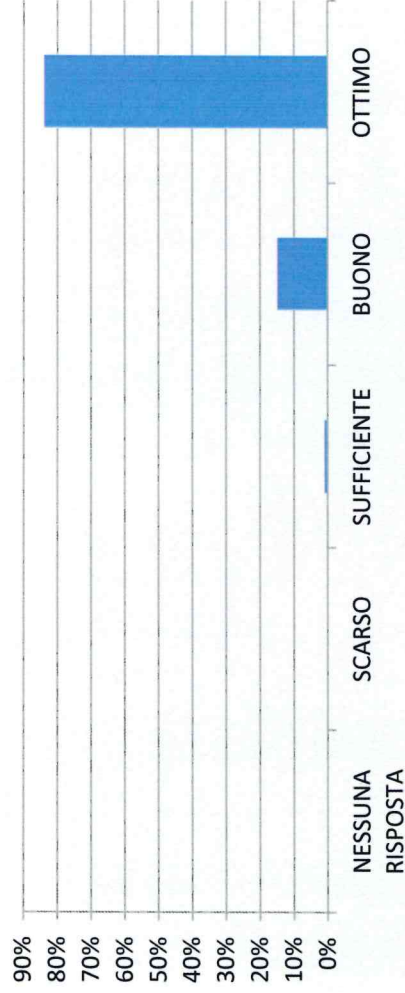
3. E' SODDISFATTO DEL TEMPO CHE E' INTERCORSO TRA IL PRIMO COLLOQUIO E L'INIZIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA DOMICILIARE?



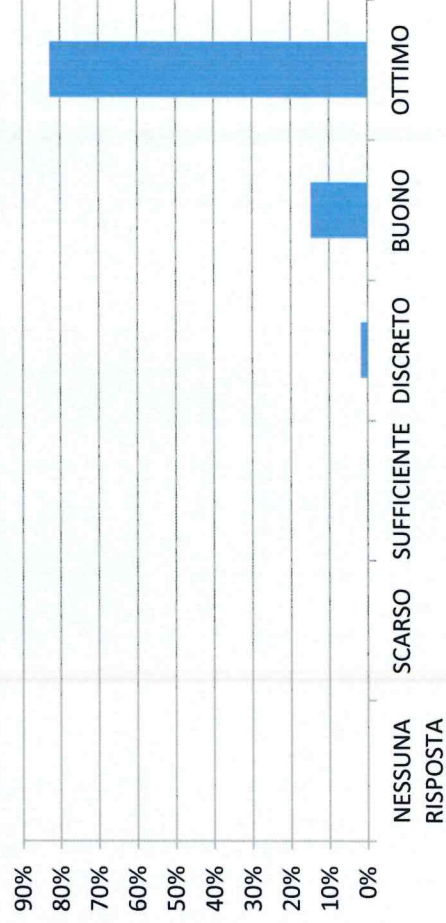
4. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (MEDICO E INFERMIERE) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?



5. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc) ?



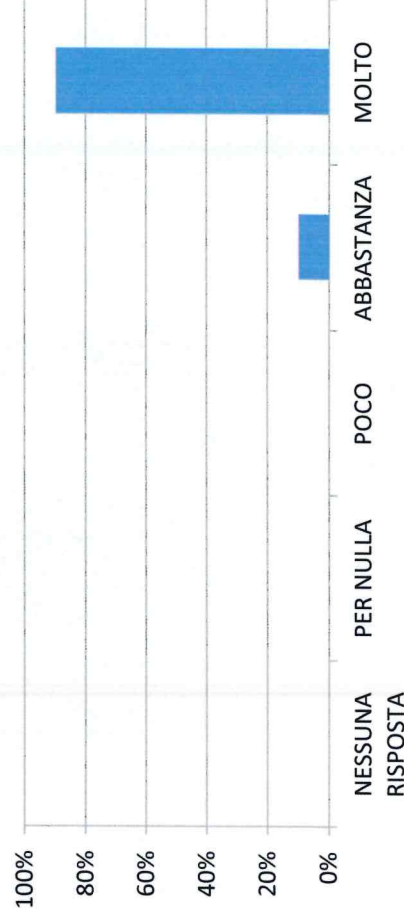
6. COME VALUTA LA FREQUENZA DELLE VISITE DOMICILIARI RISPETTO ALLE NECESSITA' DEL MALATO?



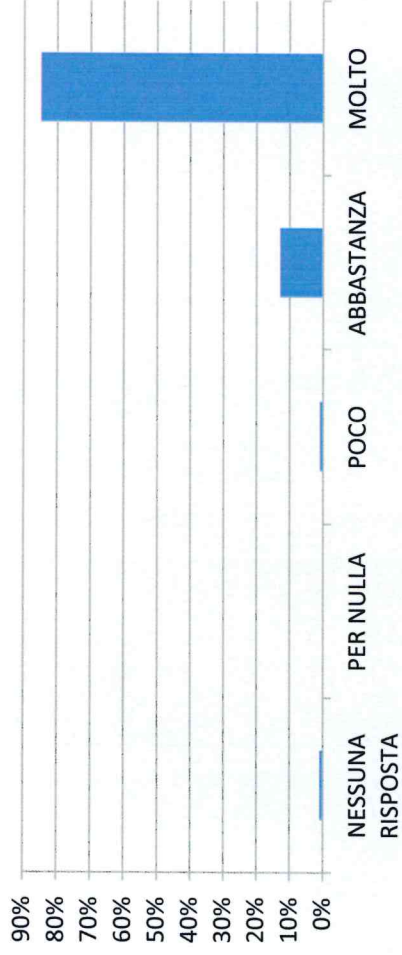
7. IN CASO DI CHIAMATA URGENTE, COME VALUTA LA TEMPESTIVITA' DI RISPOSTA ALLA CHIAMATA DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE CURE PALLIATIVE?



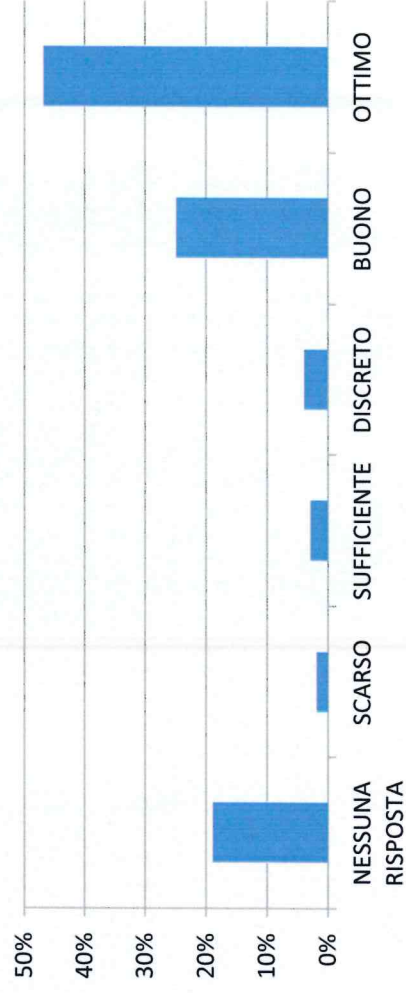
8. E' SODDISFATTO DELLE INDICAZIONI FORNITE SU COME UTILIZZARE A DOMICILIO FARMACI, PRESIDI, PROTESI?



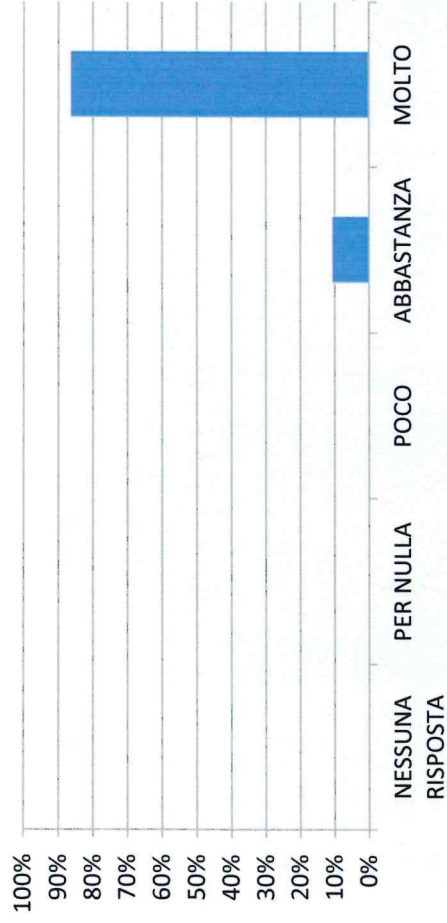
9. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI E DEI CONSIGLI RICEVUTI IN MERITO A COME ALIMENTARE, MUOVERE, CURARE L'IGIENE PERSONALE, ASSISTERE IL MALATO?



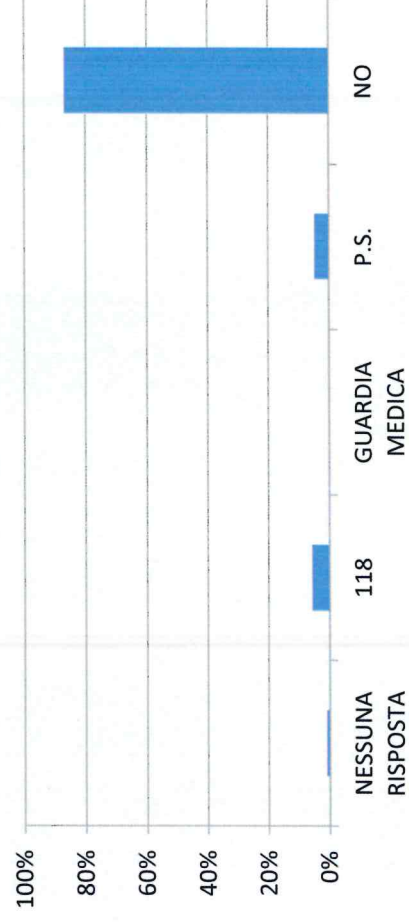
10. COME HA VALUTATO LE MODALITA' E I TEMPI DI FORNITURA DI CARROZZINE, MATERASSI ANTIDECUBITO ETC?



11. E' RIMASTO SODDISFATTO DELLE MODALITA' DI
PRESCRIZIONE DEI FARMACI?



12. DURANTE IL PERIODO DI ASSISTENZA DOMICILIARE
HA AVUTO NECESSITA' DI RICORRERE AD ALTRI SERVIZI
DI ASSISTENZA?



13. DAL PUNTO DI VISTA DEI RAPPORTI UMANI E' RIMASTO SODDISFATTO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI?



14. IN GENERALE COME VALUTA IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?

