



**PROGETTO DELLA REGIONE LAZIO
“FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI CON GRAVI
PATOLOGIE NEUROMOTORIE”**

Azienda “Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri”
www.sanfilipponeri.roma.it – segreteria.dsp@sanfilipponeri.roma.it
Società Cooperativa Sociale “Centro per l’Autonomia”
www.centroperlautonomia.it – comunicazione@centroperlautonomia.it

**Questionario di valutazione della qualità dei servizi offerti
dall’Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri e dal Centro per
l’Autonomia di Roma (Legge Regionale 22/2009)**

Gentile signora/Egregio signore,

L’Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri, individuato dalla regione Lazio quale Centro Erogatore (CE) ai sensi della DGR 393 del 22.05.2009 e il Centro per l’Autonomia (Cpa), riconosciuto dalla Regione Lazio con Legge regionale 11 agosto 2009, n. 22 [5], per la sua funzione di supporto, sono interessati a conoscere il suo giudizio in merito al gradimento dei servizi offerti e di cui ha usufruito nell’ambito del progetto “*Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie*”.

Questa indagine ha come unico scopo il miglioramento della qualità dei servizi offerti ed i dati da essa ricavati saranno gestiti in maniera anonima ed elaborati per uso statistico.

La ringraziamo per la gentile collaborazione.

Il questionario viene compilato da:

- la persona con disabilità
- da un familiare, conoscente o assistente che lo aiuta nella compilazione
- da un familiare perché minorenne

Informazioni generali

Da quanto tempo ha difficoltà di comunicazione?

- da 1 a 6 mesi
- da 6 mesi a 1 anno
- da 1 a 2 anni
- più di 2 anni

Come è venuto a sapere dell’esistenza di un fondo regionale per facilitare la comunicazione?

- centro di cura
- medico di base
- associazioni
- mass media
- altro

specificare _____

valutazione sui tempi di attesa

come valuta il servizio offerto relativamente ai tempi di risoluzione dei suoi bisogni di comunicazione, per ognuno dei seguenti aspetti?

	molto scadente	scadente	sufficiente	buono	ottimo	non so
Tempi di attesa fra la richiesta e la valutazione	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
Tempi di attesa fra valutazione e consegna ausilio a domicilio	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
Tempi di attesa inizio training (se previsto)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
Tempi attesa tra esposizione problema al call center e risoluzione	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
Tempi attesa riparazione/sostituzione ausilio	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
	1	2	3	4	5	0

Valutazione della capacità relazionale del personale

Come valuta il servizio offerto relativamente alle capacità relazionali degli operatori con cui ha interagito, per ognuno dei seguenti aspetti?

	molto scadente	scadente	sufficiente	buono	ottimo	non so
Gentilezza e cortesia nei rapporti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
Disponibilità e prontezza di risposta alle esigenze dell'utente	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
Capacità di rassicurare e far sentire le persone a proprio agio	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
Capacità di immedesimarsi nelle esigenze specifiche della persona	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>

VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DELL'AUSILIO SCELTO IN RELAZIONE ALLE PROPRIE ESIGENZE DI COMUNICAZIONE

1. In che modo l'ausilio scelto con il supporto del Centro per l'Autonomia soddisfa le sue aspettative?

- molto
- abbastanza
- poco
- Per niente
- Non so

2. Con quale frequenza utilizza l'ausilio scelto:

- Tutte le volte di cui ho bisogno
- Solo quando è strettamente necessario
- Mai

3. L'ausilio scelto in che misura ha migliorato la sua comunicazione?

- molto
- abbastanza
- poco
- Per niente
- Non so

4. L'ausilio scelto presenta delle difficoltà di utilizzo?

- molte
- abbastanza
- poco
- Per niente
- Non so

5. In generale, come considera l'esperienza della scelta degli ausili realizzata?

- ottima buona sufficiente mediocre insufficiente

6. L'adozione del nuovo ausilio in che modo ha influito sugli aspetti di seguito elencati?

	Ha diminuito			Non ha modificato	Ha aumentato		
	molto	abbastanza	poco		molto	abbastanza	poco
Qualità di vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autostima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrazione/ Impaccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiducia in sé stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di partecipazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adattamento nelle attività di vita quotidiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senso di controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A distanza di tre mesi, come valuta la qualità dei servizi di cui ha usufruito?

molto scadente	scadente	sufficiente	buono	ottimo	Non so
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0