



QUESTIONARIO

PER CONOSCERE IL GRADO DI SODDISFAZIONE DI
CITTADINI E CITTADINE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

www.difesasanitavenezia.top

DATI ANAGRAFICI

Residenza:	Venezia c.s. <input type="checkbox"/>		Età: _____
	Estuario <input type="checkbox"/>		Maschio: <input type="checkbox"/>
	Terraferma <input type="checkbox"/>		Femmina <input type="checkbox"/>

MEDICI DI BASE/FAMIGLIA

1)	Quante volte accede, in un anno, all'ambulatorio del suo medico di famiglia?		_____
2)	L'ambulatorio ha un servizio di Segreteria?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3)	E' necessario fissare l'appuntamento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4)	I tempi di attesa per la visita sono?	brevi <input type="checkbox"/> accettabili <input type="checkbox"/> lunghi <input type="checkbox"/>	
5)	Ha avuto difficoltà ad ottenere una visita domiciliare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6)	In caso affermativo perché?	difficoltà a contattare il medico <input type="checkbox"/> impegni del medico <input type="checkbox"/>	
		Altro	
7)	Nell'orario dell'ambulatorio trova sempre il medico o un suo sostituto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8)	Quanto è soddisfatto/a del suo medico di famiglia?	per nulla <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> molto <input type="checkbox"/>	
9)	Se ha utilizzato il Servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica notturna/festiva) è rimasto/a soddisfatto/a?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
10)	Cosa propone per migliorare il servizio del medico di famiglia?		
		Proposte	

DISTRETTO SOCIO- SANITARIO

11)	Ha avuto accesso ai servizi distrettuali nell'ultimo anno?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12)	Se sì, quante volte?	_____
13)	Per quali servizi	
Servizi		
14)	E' soddisfatto/a dei servizi distrettuali?	per nulla <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> molto <input type="checkbox"/>

OSPEDALI

15)	Ha subito ricoveri ospedalieri programmati negli ultimi tre anni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16)	Se sì, per quale tipo di intervento?	
tipo intervento		
17)	Per l' intervento si è rivolto/a:	all'Ospedale Civile Ve <input type="checkbox"/> all'Ospedale all'Angelo <input type="checkbox"/> Mestre <input type="checkbox"/> ad altro luogo di cura <input type="checkbox"/>
quale ?		
18)	Il tempo di degenza pensa sia stato adeguato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19)	Se NO	
Perché ?		
20)	E' soddisfatto/a di come le è stato spiegato il suo diritto al consenso informato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
21)	Ha usufruito del servizio continuità ospedale /territorio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22)	Se SI, è rimasto soddisfatto/a?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
23)	Quanto è soddisfatto/a del trattamento ricevuto?	per nulla <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> abbastanza <input type="checkbox"/> molto <input type="checkbox"/>
24)	Se il suo parere è complessivamente negativo a cosa è dovuto principalmente?	
motivo		
25)	Dove, negli ultimi 3 anni, ha effettuato esami clinici?	a) prevalentemente nella sede della ULSS <input type="checkbox"/> b) esclusivamente nelle sedi della ULSS <input type="checkbox"/> c) prevalentemente in strutture convenzionate <input type="checkbox"/>

		d) esclusivamente in strutture convenzionate e) in strutture private a pagamento (non con ticket) f) a volte nelle une a volte nelle altre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26)	E le visite specialistiche?	a) prevalentemente nella sede della ULSS b) esclusivamente nelle sedi della ULSS c) prevalentemente in strutture convenzionate d) esclusivamente in strutture convenzionate e) in strutture private a pagamento (non con ticket) f) a volte nelle une a volte nelle altre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PRONTO SOCCORSO

27)	Quante volta ha dovuto ricorrere al Pronto Soccorso negli ultimi 12 mesi?		_____
28)	Ritiene che avrebbe potuto ricevere le stesse prestazioni presso il suo medico di base?	SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29)	Per quanto tempo è rimasto/a complessivamente in Pronto Soccorso?		_____
30)	Ritiene congrui i tempi di attesa?	SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31)	Si ricorda che codice le era stato attribuito	Bianco Rosso Verde Giallo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32)	E' soddisfatto/a delle prestazioni mediche ricevute?	SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33)	Se il parere è negativo,		
perché?			
34)	E' soddisfatto/a del trattamento umano e relazionale?	SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35)	Se il parere è negativo,		
perché?			

PREVENZIONE E RIABILITAZIONE

36)	Le è capitato di rinunciare a delle prestazioni sanitarie?		
37)	Se SI, per quale motivo?	scomodità logistica tempi lunghi rispetto alle esigenze costo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
altro			
38)	Ha aderito alle campagne di prevenzione della ULSS (screening mammografico, pap-test, ricerca tumori del colon-retto, ecc.) e alle vaccinazioni?	SI NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39)	Se NO, perché?	non ci crede sono scomode (orari,	<input type="checkbox"/>

		ubicazione) <input type="checkbox"/>
altro		
40)	Ha utilizzato servizi di Assistenza Domiciliare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
41)	Se SI, hanno risposto alle sue esigenze?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SERVIZI E STRUTTURE SOCIO- SANITARI

42)	Ha familiari che risiedono in casa di riposo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
43)	Se SI, in	strutture pubbliche /convenzionate private <input type="checkbox"/>
44)	Ha familiari che utilizzano servizi sanitari o socio-sanitari quali Hospice, Centri sollievo Alzheimer, Centri diurni per non autosufficienti, Centri diurni di salute mentale, Comunità Alloggio ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
45)	Se SI,	
Quali ?		
46)	Se dovuto un contributo economico lo ritiene congruo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
47)	E' soddisfatto/a del trattamento di riabilitazione e mantenimento della qualità della vita del suo familiare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
48)	Se il parere è negativo	
perché?		
49)	E' soddisfatto/a del trattamento umano e relazionale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
50)	Se il parere è negativo	
perché?		
51)	Ritiene che lei o qualcuno dei suoi familiari sia stato vittima di un grave errore medico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
52)	Se SI, quali azioni ha intrapreso o intende intraprendere?	
Quali ?		

SI RINGRAZIA PER LA GENTILE COLLABORAZIONE