*** Trattamenti a domicilio nell'ERGOTERAPIA ***

Informazioni generali

Lei ha almeno 16 anni ed è disposto a partecipare al sondaggio?

0 SÌ (1) 0 NO (2)

Q1. Indichi lo studio di ergoterapia o l'ergoterapista che la cura a domicilio.

_____
_____

Q2. Il suo sesso

0 donna (1) 0 uomo (2) 0 altro (3)

Q3. La sua età

0 16-25 anni (1) 0 36-45 anni (3) 0 56-65 anni (5) 0 76 anni e oltre (7)

0 26-35 anni (2) 0 46-55 anni (4) 0 66-75 anni (6)

Q4. In quale reparto viene curato? (è possibile selezionare più risposte)

0 Neurologia (1) 0 Terapia della mano, ortopedia, traumatologia (4)

0 Geriatria (2) 0 Reumatologia (5)

0 Psichiatria (3) 0 Altro / Non so (6)

Q5. Come è venuto a conoscenza del nostro studio?

0 Ero già stato in cura in questo studio di ergoterapia in passato. (1)

0 Medico (2) 0 Ex pazienti (5)

0 Internet/sito web (3) 0 Amici/conoscenti (6)

0 Cura a casa (4) 0 Altro (7)

D6. Dove si sono svolti principalmente i trattamenti?

0 A casa/domicilio (1) 0 In comunità (2) 0 In istituto (3)

La preghiamo di valutare i seguenti punti selezionando la risposta che più si avvicina alla sua valutazione.

Q7. Infrastruttura e amministrazione: quanto è soddisfatto di…	Molto soddisfatto*a (1)	Soddisfatto*a (2)	Insoddisfatto*a (3)	Molto insoddisfatto (4)	Non so / nessuna risposta (99)
la disponibilità a fissare un appuntamento? (Q7_1)	☐	☐	☐	☐	☐
il tempo di attesa fino al primo appuntamento? (Q7_2)	☐	☐	☐	☐	☐
Puntualità del/della terapeuta? (Q7_3)	☐	☐	☐	☐	☐
Flessibilità degli appuntamenti? (Q7_4)	☐	☐	☐	☐	☐
Comunicazione? (Q7_5)	☐	☐	☐	☐	☐
Garanzia della privacy? (Q7_6)	☐	☐	☐	☐	☐

Q8. Competenza professionale e offerta: quanto è soddisfatto di ...	Molto soddisfatto*a (1)	Soddisfatto*a (2)	Insoddisfatto*a (3)	Molto insoddisfatto*a (4)	Non so / nessua risposta (99)
Spiegazioni fornite dal/dalla terapista? (Q8_1)	☐	☐	☐	☐	☐
Consulenza fornita dal/dalla terapista? (Q8_2)	☐	☐	☐	☐	☐
Competenze professionali del/della terapista? (Q8_3)	☐	☐	☐	☐	☐
È stato/a ascoltato/a? (Q8_4)	☐	☐	☐	☐	☐
Sono stati presi in considerazione i Suoi obiettivi personali? (Q8_5)	☐	☐	☐	☐	☐
Qualità generale del trattamento? (Q8_6)	☐	☐	☐	☐	☐
Soddisfazione delle sue aspettative? (Q8_7)	☐	☐	☐	☐	☐
Miglioramento della sua qualità di vita? (Q8_8)	☐	☐	☐	☐	☐
Raggiungimento degli obiettivi? (Q8_9)	☐	☐	☐	☐	☐
Soddisfazione generale per il trattamento? (Q8_10)	☐	☐	☐	☐	☐

Q9. Vantaggi di una visita a domicilio rispetto a un trattamento in ambulatorio: Secondo lei, cosa si può semplificare o ottimizzare grazie a una visita a domicilio:	assolutamente d'accordo (1)	D'accordo (2)	Non d'accordo (3)	Non applicabile (4)	Non so / nessuna risposta (99)
L'organizzazione (viaggi, orari, ecc.) (Q9_1)	☐	☐	☐	☐	☐
Fiducia e impegno nell'assistenza post-trattamento (motivazione e impegno personale) (Q9_2)	☐	☐	☐	☐	☐
La qualità e l'efficacia dell'assistenza (adeguamenti diretti e concreti, sperimentazione di ausili) (Q9_3)	☐	☐	☐	☐	☐
Il senso di autonomia (Q9_4)	☐	☐	☐	☐	☐
Il coinvolgimento dei familiari nell'assistenza (Q9_5)	☐	☐	☐	☐	☐
Il coordinamento interprofessionale (Q9_6)	☐	☐	☐	☐	☐
L'assistenza domiciliare (Q9_7)	☐	☐	☐	☐	☐

Domande aperte e facoltative

Oltre ai criteri sopra menzionati, quali altri vantaggi ritiene che il trattamneto a domicilio presenti rispetto a quella presso lo studio?

_____
_____
_____

Cosa le è piaciuto di più del trattamento ricevuto?

_____
_____
_____

Ha suggerimenti per migliorare il servizio?

_____
_____
_____

Consiglierestе questo studio di ergoterapia / questo ergoterapista ai vostri cari?
Se sì o no, per quali motivi?

_____
_____
_____

Commenti liberi

_____
_____
_____

La ringraziamo di cuore per aver dedicato del tempo alla compilazione di questo questionario.