

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI CURE DOMICILIARI

Il questionario viene compilato in data: \_\_\_\_\_

- dall'utente  con l'aiuto di un operatore  
 con l'aiuto dei familiari o conoscenti  da un intervistatore esterno

E poi:  riconsegnato agli operatori  spedito per posta  altro

*N.B. È obbligatoria la compilazione dei campi evidenziati: Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta (laddove possibile lasciare la facoltà di più risposte)*

**NOME e COGNOME** (facoltativo) \_\_\_\_\_

Sesso  maschio  femmina

Età \_\_\_\_\_

Nazionalità  italiana  straniera

Scolarità  nessuna  scuole obbligo  sc. Superiore

laurea/altro titolo universitario

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Professione  casalinga  pensionato/a  studente/ssa  
 disoccupato/a  operaio/a  impiegato/a  
 commerciante  dirigente  libero professionista  
 altro \_\_\_\_\_

### AREA INFORMAZIONI

#### 1. E' soddisfatto delle informazioni ricevute sul servizio di Cure Domiciliari?

- Per nulla  Poco  Così così  Abbastanza  Molto  Non saprei

In particolare:

- Come è venuto a conoscenza del servizio di Cure Domiciliari?

- Medico Medicina Generale  Distretto/ATS  Ospedale  Altro

- In caso di problemi relativi al buon funzionamento del servizio, preferisce rivolgersi a:

- Sede distrettuale  Medico Medicina Generale  Altro

### AREA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

#### 2. Dal punto di vista pratico l'infermiere/terapista ha soddisfatto le sue esigenze?

- Per nulla  Poco  Così così  Abbastanza  Molto  Non saprei

In particolare:

- A suo parere i diversi operatori da cui è stata/o erano reciprocamente informati della sua situazione?

- Sì, sempre  Sì, abbastanza  No, quasi mai

- Come ritiene l'attesa tra la prenotazione delle cure e il primo appuntamento?

- Breve  Abbastanza breve  Abbastanza lunga  Troppo lunga  Non saprei

- Quanto ritiene che le informazioni ricevute sul programma delle cure siano chiare e complete?

- Per nulla  Poco  Così così  Abbastanza  Molto  Non saprei

- E' a conoscenza del suo programma di cure?

- Per nulla  Poco  Così così  Abbastanza  Molto  Non saprei

- Gli operatori le hanno insegnato ad affrontare con autonomia la situazione?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

### ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

#### 3. È soddisfatto, in generale, dell'organizzazione del servizio di Cure Domiciliari (orari, turnazione del personale, ecc...)?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

In particolare:

- Quanto si ritiene soddisfatto degli orari per gli appuntamenti?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

- Gli operatori hanno rispettato i giorni e gli orari per gli appuntamenti?

Sì, sempre     Sì, abbastanza     No, quasi mai

- È importante per lei che l'operatore sia lo stesso?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

- La turnazione degli operatori le ha creato difficoltà?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

### AREA RELAZIONALE

#### 4. È soddisfatto del rapporto che si è creato con l'operatore che si è occupato di lei?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

In particolare:

- Quanto è soddisfatto della cortesia dimostrata dagli operatori?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

- Quanto è soddisfatto della disponibilità degli operatori? (ad ascoltare, alle spiegazioni, ecc...)

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

#### 5. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio di Cure Domiciliari?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

#### 6. Nel complesso, come si giudica la qualità della vita in questo momento?

Migliorata     Come prima     Peggiorata     Non saprei

#### 7. Nel complesso, come va in generale la sua salute in questo momento?

Bene     Piuttosto bene     Così così     Male     Piuttosto male     Non saprei

### AREA RISERVATA AL CAREGIVER

#### 8. In qualità di caregiver ritiene che, a seguito dell'assistenza ricevuta dal proprio familiare, lei abbia beneficiato di un alleviamento del carico assistenziale?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

#### 9. In qualità di caregiver ritiene che gli operatori venuti al domicilio le abbiano insegnato le strategie adeguate per la gestione in autonomia del proprio familiare?

Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

### Ulteriori informazioni

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------

Nel ringraziarla della cortese collaborazione, la informiamo che i risultati della presente indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell'ufficio Relazioni con il pubblico di questa struttura, potranno essere messi a sua disposizione.

La direzione