

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO
DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
(Questionario consigliato) ¹**

Il questionario viene compilato in data ____/____/____

<input type="checkbox"/> dall'utente	<input type="checkbox"/> con l'aiuto di familiari o conoscenti	<input type="checkbox"/> con l'aiuto di un operatore	<input type="checkbox"/> da un intervistatore esterno
E' stato poi	<input type="checkbox"/> riconsegnato agli operatori	<input type="checkbox"/> spedito	<input type="checkbox"/> altro

Oppure

Il questionario viene compilato attraverso intervista telefonica in data .././....

NB! E' obbligatoria la compilazione dei campi evidenziati.

Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta (laddove è possibile è lasciata facoltà di più risposte)

INFORMAZIONI GENERALI

COGNOME e NOME (facoltativo) _____

Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	Età in anni		
Nazionalità	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Straniera			
Scolarità	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo	<input type="checkbox"/> Scuola Superiore	<input type="checkbox"/> Laurea	
Comune di residenza					
Professione	<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Pensionato/a	<input type="checkbox"/> Studente/ssa	<input type="checkbox"/> Disoccupato/a	<input type="checkbox"/> Operaio/a
	<input type="checkbox"/> Impiegato/a	<input type="checkbox"/> Commerciante	<input type="checkbox"/> Dirigente	<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> altro

AREA INFORMAZIONE

1. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE SUL SERVIZIO A.D.I. ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
per nulla soddisfatto	poco soddisfatto	soddisfatto così così	abbastanza soddisfatto	molto soddisfatto	non saprei

In particolare

Come è venuto a conoscenza del servizio CURE DOMICILIARI	<input type="checkbox"/> Medico di famiglia
	<input type="checkbox"/> distretto/asl
	<input type="checkbox"/> ospedale
	<input type="checkbox"/> altro _____

¹ Questionario di gradimento estratto da Deliberazione n.VII/8504 del 22 marzo 2002

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

- sede distrettuale
 medico di base
 altro _____

AREA CONTINUITA' E ASSISTENZA

2. DAL PUNTO DI VISTA PRATICO L'INFERMIERE /TERAPISTA HA SODDISFATTO LE SUE ESIGENZE

<input type="checkbox"/> per nulla soddisfatto	<input type="checkbox"/> poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> soddisfatto così così	<input type="checkbox"/> abbastanza soddisfatto	<input type="checkbox"/> molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> non saprei
--	--	--	---	---	--

In particolare

A suo parere i diversi operatori da cui è stata/o assistito/a 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. E' SODDISFATTO, IN GENERALE, DELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI (ORARI, TURNAZIONE DEL PERSONALE,ECC)?

<input type="checkbox"/> per nulla soddisfatto	<input type="checkbox"/> poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> soddisfatto così così	<input type="checkbox"/> abbastanza soddisfatto	<input type="checkbox"/> molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> 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 concordati?

- sì,sempre
 sì, abbastanza
 no,quasi mai

E' 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. E' SODDISFATTO DEL RAPPORTO CHE SI È CREATO CON L'OPERATORE CHE SI È OCCUPATO DI LEI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
per nulla soddisfatto	poco soddisfatto	soddisfatto così così	abbastanza soddisfatto	molto soddisfatto	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 CURE DOMICILIARI	per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
5. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio CURE DOMICILIARI	per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
6. Nel complesso, come giudica la qualità della vita in questo momento		migliorata <input type="checkbox"/>	come prima <input type="checkbox"/>	peggiorata <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>	
7. Nel complesso, come va in generale la sua salute vita in questo momento	bene <input type="checkbox"/>	piuttosto bene <input type="checkbox"/>	così così <input type="checkbox"/>	male <input type="checkbox"/>	piuttosto male <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>

EVENTUALI OSSERVAZIONI

Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, si informa che i risultati della presente indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di questa struttura, e potranno essere messi a Sua disposizione.