



Questionario di gradimento sulle cure domiciliari ricevute con il voucher socio-sanitario

Gentile Signora/Gentile Signore,

Le chiediamo di aiutarci ad offrire un servizio migliore e sempre più vicino alle Sue esigenze dedicando qualche minuto del suo tempo alla compilazione di questo questionario. Esso è rivolto a tutte le persone che usufruiscono delle cure domiciliari e viene trattato in forma anonima al fine di non consentire alcuna identificazione.

Qualora non possa compilarlo da sola/o, potrà avvalersi dell'aiuto di una persona di Sua fiducia che conosca bene i Suoi bisogni.

Grazie per la collaborazione e l'attenzione dedicata a questa importante iniziativa.

oo

Informazioni generali

Soggetto erogatore:

Distretto sociosanitario della persona assistita:

DATA di compilazione del questionario : _ / _ / _

Il Questionario è compilato autonomamente dalla persona assistita

Il Questionario è compilato con l'aiuto di:

Coniuge/Partner convivente

Altro familiare/parente convivente _____

precisare il grado di parentela: (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)

Altro familiare/parente NON convivente _____

precisare il grado di parentela: (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)

Badante

Vicino di casa

Volontario

Amico/a

Altra persona (*precisare chi*) _____

Il Questionario è compilato dal tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona assistita

Informazioni anagrafiche riferite alla persona assistita

Sesso Maschio Femmina

Età in anni compiuti ____

Nazionalità Italiana Unione Europea Extra Comunitaria

Scolarità Nessuna Elementare Media inferiore
 Media superiore Laurea/post laurea

Precisare di quale forma d'intervento ha fruito

Credit

Voucher socio-sanitario

1 – Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a della assistenza domiciliare che Le è stata fornita?

€ Molto € Abbastanza € Poco € Per nulla

2 – Rispetto a ciò che si aspettava l'assistenza è stata:

- Migliore
- Come mi aspettavo
- Peggior

3 - Quale dei seguenti aspetti hanno influito maggiormente sulla sua soddisfazione?

(indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)

- Facilità di accesso al servizio
- Possibilità di scegliere da chi farmi curare
- Rapidità dell'avvio dell'assistenza
- Coinvolgimento nella definizione del programma di assistenza/cura
- Totale gratuità delle cure
- Presenza del mio medico di base/di famiglia
- Competenza/capacità degli operatori
- Comportamento degli operatori (*esempio*: gentilezza, disponibilità)
- Adeguatezza delle cure ricevute
- Verifica/controllo da parte del mio medico di famiglia
- Verifica/controllo da parte dell'operatore/i dell'ASL

8 - Il piano di assistenza, ossia il programma delle cure, è stato presentato prima che venisse attuato?

- € Sì
- € No
- € In parte

9 - Chi ha spiegato il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?

L'erogatore che ha effettuato le cure

L'ASL

Il medico di base/di famiglia

Nessuno

Altro (da specificare) _____

10 - Le informazioni sul piano di assistenza, ossia sul programma delle cure, sono state chiare?

- | | | | |
|-------|------------|------|-----------|
| € | € | € | € |
| Molto | Abbastanza | Poco | Per nulla |

11 - Se si è risposto "Sì" o "In parte" alla domanda 8, indicare se è stato effettuato/rispettato quanto previsto nel piano di assistenza, ossia nel programma delle cure

qualcosa in più

quello che era previsto

qualcosa in meno

è durato più del previsto

è durato meno del previsto

12- Quali operatori sono intervenuti nelle cure?

Medico di base/di famiglia

Medico specialista (*esempio*: cardiologo, fisiatra, geriatra, ortopedico, oncologo, ecc..)

Pediatra di libera scelta

Psicologo

Infermiere

Fisioterapista

Assistente Sociale

Animatore

Educatore

Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama "ASA" oppure "OSS"), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)

Altro operatore (da specificare) _____

13 - Operatori non intervenuti, ma che avrebbe desiderato intervenissero nelle cure:

Medico di base/di famiglia

Medico specialista (*esempio*: cardiologo, fisiatra, geriatra, ortopedico, oncologo, ecc..)

Pediatra di libera scelta

Psicologo

Infermiere

Fisioterapista

Assistente Sociale

Animatore

Educatore

Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama "ASA" oppure "OSS"), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)

Altro operatore (da specificare) _____

14a - Qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute?

- € Si
- € No

14b - Se qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute, indicare chi:

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell'ASL
- Personale del servizio che ha effettuato le cure
- Altra persona (da specificare) _____

15 - Persone a cui sono state comunicate eventuali insoddisfazioni:

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell'ASL
- Personale dell'ente erogatore che ha effettuato le cure
- Altra persona (da specificare) _____
- Non ho trovato nessuno a cui poterlo comunicare

16- Sapeva che, se insoddisfatta/o, aveva la possibilità di cambiare l'erogatore delle cure?

- € Si
- € No

17- E' stato cambiato l'erogatore delle cure?

- € Si
- € No

18 - Eventuali osservazioni critiche:

19 - Eventuali suggerimenti/proposte migliorative:
