



SERVIZIO ASSISTENZA  
DOMICILIARE INTEGRATA  
E ADI CURE PALLIATIVE  
*via San Giovanni Bosco 1*  
24047 Treviglio (BG)  
Telefono 3333672801 – 3279095033;  
fax 023590477.  
e-mail: [ticurosrl@gmail.com](mailto:ticurosrl@gmail.com)

## 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.

oooooooooooooooooooooooooooo

### Informazioni generali

Soggetto erogatore: **SOCIETÀ TI CURO**

Distretto sociosanitario della persona: \_\_\_\_\_

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

### Precisare il setting di cura di cui ha usufruito

Assistenza Domiciliare Integrata  Cure Palliative

#### 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  Peggio

#### 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 del distretto

#### 4. Quale dei seguenti aspetti non l'hanno soddisfatta/o?

*(indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)*

- Difficoltà per l'accesso al servizio
- Mancanza di informazioni per scegliere da chi farsi curare
- Non conoscenza del "piano di assistenza", ossia del programma delle cure
- Assenza/mancanza del controllo delle cure da parte del mio medico di base/di famiglia
- Ritardo nell'avvio delle cure
- Inadeguatezza delle cure ricevute
- Durata insufficiente delle cure ricevute
- Mi hanno curato operatori inesperti/incapaci
- Mi hanno curato operatori con atteggiamento di frettolosità, non gentilezza, non disponibilità
- Frequente ricambio degli operatori
- Eccessivo impegno per i miei familiari
- Mancanza del controllo delle cure da parte degli operatori del distretto

**5 - Chi ha proposto/suggerito l'assistenza domiciliare? (indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)**

- Il medico di base/di famiglia
  - Un medico-specialista
  - L'ospedale
  - Il medico del distretto sociosanitario
  - Il servizio ADI/Cure domiciliari della ASL
  - L'assistente sociale del Comune
  - La struttura residenziale a cui si era chiesto il ricovero
  - La struttura diurna a cui si era chiesto la frequenza
  - Altro (*da specificare*) \_\_\_\_\_
- 

**6 - Chi ha predisposto il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?**

(indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)

- L'erogatore scelto per le cure (privato o dell'ATS)
  - Il medico di base/di famiglia
  - L'ospedale
  - Non so chi l'abbia fatto
  - Altro (*da specificare*) \_\_\_\_\_
- 

**7a - Considerando che la scelta dell'erogatore da cui farsi curare spetta all'assistito e/o ai suoi familiari, è stato chiesto l'aiuto di qualcuno per effettuarla?**

- non è stato chiesto l'aiuto di nessuno
  - è stato chiesto aiuto al medico di base/di famiglia
  - è stato chiesto aiuto agli operatori dell'ASL
  - è stato chiesto aiuto agli operatori del servizio sociale del Comune
  - è stato chiesto aiuto a parenti/amici/conoscenti
  - altro *da specificare* \_\_\_\_\_
- 

**7b - Se non è stato chiesto l'aiuto di nessuno, indicare come è stata effettuata la scelta del servizio dacui farsi curare:**

- è stato scelto quello più vicino a casa
  - ne avevo sentito parlare bene
  - conoscevo già personalmente l'erogatore delle cure/lo avevo già utilizzato
  - avevano già utilizzato lo stesso erogatore altri parenti/amici/conoscenti/vicini di casa
  - altro *da specificare* \_\_\_\_\_
- 

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

Si  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 “Si” 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*) \_\_\_\_\_

**14 – Come valuta la frequenza delle visite domiciliari rispetto alla necessità del malato?**

- Scarso
- Sufficiente
- Discreto
- Buono
- Ottimo

**15 - Qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute?**

- Si
- No

**15b - 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*) \_\_\_\_\_

**16 – 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

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

- Si
- No

**18 - E' stato cambiato l'erogatore delle cure?**

- Si
- No

**19 – Come considera il rispetto della riservatezza personale (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori)?**

- Scarso
- Sufficiente
- Discreto
- Buono
- Ottimo

**20 – Durante il periodo di assistenza domiciliare ha avuto necessità di ricorrere ad altri servizi di assistenza?**

- Si
- No

**Se si: quali?**

- 118
- Guardia Medica
- Pronto Soccorso
- Altro \_\_\_\_\_

**21- Eventuali osservazioni critiche:**

---

---

---

**22- Eventuali suggerimenti/proposte migliorative:**

---

---

---

La ringraziamo per aver dedicato il Suo tempo alla compilazione del Questionario

La Direzione