



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.

oo

### 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 inferiore   ☐ 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      ☐ 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 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 fretteolosità, 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*)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Il medico di base/di famiglia                              | <input type="checkbox"/> Un medico-specialista                  |
| <input type="checkbox"/> L'ospedale   | <input type="checkbox"/> Il medico del distretto sociosanitario |
| <input type="checkbox"/> Il servizio ADI/Cure domiciliari della ASL                 | <input type="checkbox"/> L'assistente sociale del Comune        |
| <input type="checkbox"/> La struttura residenziale a cui si era chiesto il ricovero |   |
| <input type="checkbox"/> La struttura diurna a cui si era chiesto la frequenza      |   |
| <input type="checkbox"/> Altro ( <i>da specificare</i> ) _____                      |   |

**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 da cui 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 “Sì” o “In parte” alla domanda 8, indicare se è stato effettuato/rispettato quantoprevisto 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?**

- ☐ Sì
- ☐ 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?**

- ☐ Sì
- ☐ No

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

- ☐ Sì
- ☐ 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?**

- ☐ Sì
- ☐ No

**Se sì: 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