



**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI :  
CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

**MOD. 13**

**Il questionario viene compilato in data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dall'utente       con l'aiuto di familiari o conoscenti       con l'aiuto di un operatore

**e poi**  riconsegnato al Distretto nell'apposita casella       spedito per posta

altro \_\_\_\_\_

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

**INFORMAZIONI GENERALI**

Sesso       maschio       femmina      Età in anni \_\_\_\_\_

Nazionalità       italiana       straniera

Scolarità       nessuna       scuola 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 INFORMAZIONE**

**1. È SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE SUL SERVIZIO CURE DOMICILIARI INTEGRATE?**

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 Integrate?	<input type="checkbox"/> Medico di famiglia <input type="checkbox"/> ospedale _____	<input type="checkbox"/> distretto/asl <input type="checkbox"/> altro
---	---	--

In caso di problemi relativi al buon funzionamento del servizio preferisce rivolgersi a:	<input type="checkbox"/> sede distrettuale <input type="checkbox"/> medico di base <input type="checkbox"/> altro _____
--	---

## AREA CONTINUITÀ E ASSISTENZA

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

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"/>
A suo parere i diversi operatori da cui è stata/o erano reciprocamente informati della sua situazione?			<input type="checkbox"/> sì, sempre <input type="checkbox"/> sì, abbastanza <input type="checkbox"/> No, quasi mai		
Come ritiene l'attesa tra la prenotazione delle cure e il primo appuntamento			<input type="checkbox"/> breve <input type="checkbox"/> abbastanza lunga <input type="checkbox"/> non saprei		
			<input type="checkbox"/> abbastanza breve <input type="checkbox"/> troppo lunga		

Quanto ritiene che le informazioni ricevute sul programma delle cure siano chiare e complete?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei
E' a conoscenza del suo programma di cure?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei
Gli operatori le hanno insegnato ad affrontare con autonomia la situazione?	<input type="checkbox"/> per nulla <input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> così così <input type="checkbox"/> non saprei

## ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

### 3. E' SODDISFATTO, IN GENERALE, DELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ORARI, TURNAZIONE DEL PERSONALE, ECC.)?

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"/>
---	--	---	--	---	--



## EVENTUALI OSSERVAZIONI

--

*Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, si informa che i risultati della presente indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell'ASL e potranno essere messi a Sua disposizione.*

*La Direzione*