



**Questionario di gradimento sulle cure domiciliari
Assistenza Domiciliare Integrata**

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 solo/a, 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.

Informazioni anagrafiche riferite alla persona assistita

Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	Età in anni compiuti ___ __
Nazionalità	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Unione Europea	<input type="checkbox"/> Extra Comunitaria
Scolarità	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Elementare	<input type="checkbox"/> Media Inferiore
	<input type="checkbox"/> Media Superiore	<input type="checkbox"/> Laurea/post Laurea	

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
- Altro familiare/parente NON convivente _____
precisare il grado di parentela
- Badante
- Vicino di casa
- Volontario
- Amico/a
- Altra persona (precisare chi) _____



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

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
 Peggioro

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 farsi curare
 Rapidità di 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'ASST Nord Milano

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 frettezza, non gentilezza, non disponibilità
 Frequento ricambio degli operatori
 Eccessivo impegno per i miei familiari
 Mancanza di controllo delle cure da parte degli operatori dell'ASST Nord Milano



5. Chi ha proposto/suggerito l'assistenza domiciliare?

(indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)

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

6. Le informazioni sul piano di assistenza, ossia sul programma delle cure, sono state chiare?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per nulla

7. 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)*

8. 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)*



9. Sapeva che, se insoddisfatto/a, aveva la possibilità di cambiare l'erogatore delle cure?

- Si
 No

10. Eventuali osservazioni critiche:

11. Eventuali suggerimenti/proposte migliorative:
