



**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO
CURE DOMICILIARI INTEGRATE ANNO 2023**

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di compilare il questionario con lo scopo di verificare se il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata che Le è fornita risponde alle Sue attese.

Le risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo ai bisogni ed alle aspettative delle persone che lo utilizzano.

Il questionario è anonimo.

La ringraziamo della collaborazione.
Istituto San Giuseppe Villa d'Adda (BG)

1. E' soddisfatto delle informazioni che riceve da chi svolge in casa Sua le prestazioni?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

2. Indichi, cortesemente quali figure professionali sono intervenute a casa Sua:

- Infermiere
- Fisioterapista
- Operatore Socio Sanitario (OSS)
- Medico di assistenza primaria
- Medico Specialista
- Altro professionista

3. Dal punto di vista pratico, l'infermiere ha soddisfatto le Sue esigenze?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

4. Dal punto di vista pratico, l'OSS ha soddisfatto le Sue esigenze?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

5) Dal punto di vista pratico, il fisioterapista ha soddisfatto le Sue esigenze?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

6) E' soddisfatto, in generale, dell'organizzazione del servizio che le è stato offerto a domicilio

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

7) Come valuta la tempestività e la capacità del servizio nell'affrontare i problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

- Insufficiente
- Sufficiente
- Buona
- Ottima
- Non saprei

8) Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio di assistenza socio – sanitaria ricevuto?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

Indichi le eventuali difficoltà che ha incontrato:

Osservazioni e/o suggerimenti:

Il questionario è compilato da:

- Assistito
- Familiari
- Altro _____

Informazioni sul Paziente:

Maschio /__/
Età /____/

Femmina /__/

Data di compilazione: __/__/____

Grazie per la collaborazione