

**QUESTIONARIO AZIENDALE DI GRADIMENTO SULLE CURE DOMICILIARI****Gentile Signora, Gentile Signore,**

Siamo interessati/e a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto per darci la possibilità di migliorare il servizio e renderlo sempre più rispondente alle Sue esigenze. Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario, rivolto a chi usufruisce delle cure domiciliari e che è **completamente anonimo**, sia in fase di raccolta, che nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati.

Le siamo davvero grati/e per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

**Chi compila il questionario è:**

<input type="checkbox"/> Il/la paziente stesso/a	<input type="checkbox"/> Coniuge/figlio/a, parente, volontario, altro.....
--	--

**Titolo di studio del/della paziente:**

<input type="checkbox"/> Elementare	<input type="checkbox"/> Media inferiore	<input type="checkbox"/> Scuola superiore	<input type="checkbox"/> Laurea
-------------------------------------	--	---	---------------------------------

Età del/dell' assistito/a \_\_\_\_\_

Nazionalità del/dell' assistito/a

- italiana  
 altra nazionalità

**Professione del/della assistito/a:**

<input type="checkbox"/> Operaio/a	<input type="checkbox"/> Impiegato/a	<input type="checkbox"/> Dirigente/ Professionista	<input type="checkbox"/> Artigiano/ Commerciante	<input type="checkbox"/> Pensionato/a
<input type="checkbox"/> Disoccupato/a	<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Casalinga		<input type="checkbox"/> Altro

**1. Da chi ha ricevuto l'informazione relativa alla possibilità di usufruire del servizio di cure domiciliari?**

- Amico/conoscente  
 Parente  
 Medico di famiglia  
 Operatore della Struttura territoriale  
 Assistente sociale del Comune  
 Ospedale  
 Altro \_\_\_\_\_

**2. Qual'è il Suo parere sui tempi burocratici e tempistici, per avere l'attivazione del servizio domiciliare?**

- Semplice  
 Complesso  
 Molto Complesso  
 Buono

**3. Da chi ha ricevuto l'informazione relativa alla possibilità di usufruire del servizio di cure domiciliari?**

- Prestazionale (prelievi, iniezioni, stick stomie, flebo, clisteri, cateterismi, medicazioni semplici, ...)  
 Assistenziale (1°, 2°, 3° livello)  
 Sufficiente  
 Non Sufficiente  
 Molto Insufficiente

**4. Quali figure professionali sono state coinvolte nel Servizio di cure domiciliari?**

- Medico Geriatra  
 Medico Fisiatra  
 Infermiere  
 O.S.S.  
 Assistente Sociale  
 Fisioterapista  
 Psicologa  
 Educatore Professionale  
 Logopedista

**5. Come giudica l'operato del personale Medico?**

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

**6. Come giudica l'operato del/della Infermiere/a?**

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

**7. Come giudica l'operato del/della Fisioterapista?**

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

**8. Come giudica l'operato del/della O.S.S.?**

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

**9. Come giudica l'operato del/della Logopedista?**

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

**10. Come giudica l'operato di altri**

**(precisare)** \_\_\_\_\_

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

**11. Nel complesso, come giudica l'assistenza domiciliare ricevuta dagli operatori e operatrici A.D.I.?**

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

**12. Quali tra questi servizi offerti dall'ASL di Foggia agli anziani e ai disabili conosce?**

- R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistenziale
- L.D.R. - Istituto di Riabilitazione
- Fisioterapia in regime convenzione ASL
- Fisioterapia a pagamento
- S.A.D. - Servizio di Assistenza Domiciliare e A.D.I. a pagamento
- Consultorio Geriatrico
- C.D.I. - Centro Diurno Integrato

**13. Utilizzerebbe altri servizi offerti dalla ASL FG?**

- SI
- NO
- NON SO

**14. Come giudica l'educazione alla salute ricevuta dal personale ASL FOGGIA (informazioni e indicazioni di carattere preventivo, curativo e riabilitativo)?**

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Non Sufficiente
- Molto Insufficiente

## **EVENTUALI OSSERVAZIONI/SUGGERIMENTI**

Può aggiungere, se lo desidera, osservazioni in merito al servizio che l'Azienda Le ha prestato:

---

---

---

---

---

---

---

---

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**