

QUESTIONARIO UTENTI/FAMIGLIARI – CURE DOMICILIARI

Gentile Signora/Egregio Signore, Le chiediamo cortesemente di compilare il questionario di seguito riportato e di **riconsegnarlo in busta chiusa all'operatore** che presta servizio presso il Suo domicilio o **spedirlo tramite posta ordinaria** a: Centro di Cure "Il Gabbiano" via Gorno Ruffoni 18 – 25026 Pontevecchio (BS).

Riteniamo molto importante la Sua opinione sugli argomenti elencati; la Sua collaborazione renderà possibile una valutazione critica della nostra organizzazione finalizzata ad un continuo miglioramento dei servizi offerti. I risultati raccolti verranno resi pubblici come previsto nella Carta dei Servizi.

Il questionario è anonimo, qualsiasi segno di riconoscimento non comporta comunque il suo annullamento; in questo caso si garantisce che i dati verranno trattati secondo la normativa vigente in materia di Privacy.

La ringraziamo per la collaborazione e Le rivolgiamo un cordiale saluto.

INFORMAZIONI GENERALI					
1. Il questionario viene compilato da:	<input type="checkbox"/> Utente da solo	<input type="checkbox"/> Utente con l'aiuto di un familiare o conoscente (specificare: _____)	<input type="checkbox"/> Un familiare o conoscente (specificare: _____)		
2. Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere		
3. Età	_____				
4. Nazionalità	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Straniera (specificare: _____)			
5. Scolarità	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo	<input type="checkbox"/> Scuola Superiore	<input type="checkbox"/> Laurea/altro titolo universitario	
AREA INFORMAZIONE					
6. Come è venuto a conoscenza del servizio di Cure Domiciliari?	<input type="checkbox"/> Medico di famiglia	<input type="checkbox"/> Distretto/ASL	<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Altro (specificare: _____)	
7. Il servizio erogato corrisponde alle informazioni ricevute dall'inviante?	<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> Non saprei
AREA ASSISTENZIALE E DI CONTINUITÀ DELLE CURE					
8. Dal punto di vista pratico, gli Infermieri hanno soddisfatto le sue esigenze? <small>(rispondere solo se si è usufruito di accesso degli Infermieri)</small>	<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> Non saprei
9. Dal punto di vista pratico, le figure professionali dello Psicologo e Assistente Sociale , hanno risposto alle sue esigenze? <small>(rispondere solo se una o entrambe le figure sopra citate si sono recate a domicilio)</small>	<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> Non saprei
10. Dal punto di vista pratico, le figure professionali del Fisioterapista o Tecnico , hanno risposto alle sue esigenze? <small>(rispondere solo se una o entrambe le figure sopra citate si sono recate a domicilio)</small>	<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> Non saprei

11. Qual è il suo grado di soddisfazione in merito a competenza, professionalità e capacità di rispondere alle esigenze assistenziali del Personale del Servizio?	<input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto	<input type="checkbox"/> Poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto	<input type="checkbox"/> Molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> Non saprei
12. A suo parere, il personale del servizio è in grado di comunicare e interagire in modo efficace con il paziente, i familiari e altre figure presenti a domicilio, anche nel caso in cui vi sia bisogno di educare e/o insegnare manovre assistenziali ?	<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto	<input type="checkbox"/> Non saprei

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

13. Quanto si può ritenere soddisfatto dell' organizzazione del Servizio (orari, turnazione del personale, tempi di risposta)?	<input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto	<input type="checkbox"/> Poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto	<input type="checkbox"/> Molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> Non saprei
---	---	--	--	---	--

AREA RELAZIONALE

14. È soddisfatto del rapporto che si è creato con gli operatori che si sono occupati di Lei?	<input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto	<input type="checkbox"/> Poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto	<input type="checkbox"/> Molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> Non saprei
15. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del Servizio di Cure Domiciliari?	<input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto	<input type="checkbox"/> Poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto	<input type="checkbox"/> Molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> Non saprei

Eventuali osservazioni, commenti e/o suggerimenti:

Data _____