**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI :**

**CURE PALLIATIVE DOMICIALIARI**

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

□ dall’utente □ con l’aiuto di familiari o conoscenti □ con l’aiuto di un operatore

□ da un intervistatore esterno

e poi□ riconsegnato agli operatori □ spedito per posta □ altro\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

***N.B! È OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DEI CAMPI EVIDENZIATI: Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte)***

**INFORMAZIONI GENERALI**

**COGNOME e NOME** (facoltativo)\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**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 PALLIATIVE DOMICILIARI?***

**per nulla poco soddisfatto abbastanza molto non**

**soddisfatto soddisfatto così così soddisfatto soddisfatto saprei**

❏ ❏ ❏ ❏ ❏ ❏

In particolare:

Come è venuto a conoscenza del servizio Cure Palliative Domiciliari?

❏ Medico di famiglia ❏ distretto/ASL ❏ ospedale ❏ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di problemi relativi al buon funzionamento del servizio preferisce rivolgersi a:

❏ sede distrettuale ❏ medico di base ❏ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AREA CONTINUITÀ E ASSISTENZA**

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

**per nulla poco soddisfatto abbastanza molto non**

**soddisfatto soddisfatto così così soddisfatto soddisfatto saprei**

❏ ❏ ❏ ❏ ❏ ❏

In particolare

A suo parere i diversi operatori da cui è stata/o erano RECIPROCAMENTE INFORMATI della sua situazione?

❏ sì, sempre ❏ sì, abbastanza ❏ No, quasi mai

Come ritiene l’ATTESA tra la prenotazione delle cure e il primo appuntamento

❏ breve ❏ abbastanza breve ❏ abbastanza lunga ❏ troppo lunga ❏ non saprei

Quanto ritiene che le INFORMAZIONI RICEVUTE sul programma delle cure siano chiare e complete?

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

È a conoscenza del suo PROGRAMMA DI CURE?

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

Gli operatori le hanno INSEGNATO ad affrontare con autonomia la situazione?

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

**ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

***3. È SODDISFATTO, IN GENERALE, DELL’ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO CURE PALLIATIVE DOMICIALIRI?***

*(ORARI, TURNAZIONE DEL PERSONALE, ECC)****?***

**per nulla poco soddisfatto abbastanza molto non**

**soddisfatto soddisfatto così così soddisfatto soddisfatto saprei**

❏ ❏ ❏ ❏ ❏ ❏

In particolare

Quanto si ritiene soddisfatto degli ORARI per gli appuntamenti?

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

Gli operatori hanno rispettato i giorni e gli orari concordati?

❏ sì, sempre ❏ sì, abbastanza ❏ No, quasi mai

È importante per lei che l’operatore sia lo stesso?

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

La turnazione degli operatori le ha creato difficoltà?

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

**AREA RELAZIONALE**

***4. È SODDISFATTO DEL RAPPORTO CHE SI È CREATO CON L’OPERATORE CHE SI È***

***OCCUPATO DI LEI?***

**per nulla poco soddisfatto abbastanza molto non**

**soddisfatto soddisfatto così così soddisfatto soddisfatto saprei**

❏ ❏ ❏ ❏ ❏ ❏

In particolare

Quanto è soddisfatto della cortesia dimostrata dagli operatori?

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

Quanto è soddisfatto della disponibilità degli operatori ( *ad ascoltare, alle spiegazioni, ecc)*

❏ per nulla ❏ poco ❏così così ❏ abbastanza ❏molto ❏ non saprei

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. NEL COMPLESSO, QUANTO SI RITIENE SODDISFATTO DEL SERVIZIO ADI?** | Per nulla soddisfatto | Poco soddisfatto | Soddisfatto così così | Abbastanza soddisfatto | Molto soddisfatto | Non saprei |
| ❏ | ❏ | ❏ | ❏ | ❏ | ❏ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. NEL COMPLESSO, COME GIUDICA LA QUALITÀ DELLA VITA IN QUESTO MOMENTO?** | Migliorata | Come prima | Peggiorata | Non saprei |
| ❏ | ❏ | ❏ | ❏ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. NEL COMPLESSO, COME VA IN GENERALE LA SUA SALUTE VITA IN QUESTO MOMENTO?** | Bene | Piuttosto bene | Così così | Male | Piuttosto male | Non saprei |
| ❏ | ❏ | ❏ | ❏ | ❏ | ❏ |

**EVENTUALI OSSERVAZIONI**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, si informa che i risultati della presente indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico di questa struttura, e potranno essere messi a Sua disposizione.***

***La Direzione***