

**Sede Amministrativa**

I via Girolodi Forcella 27, 25026 PONTEVICO (BS)  
T 030 9930282  
F 030 9930419  
E info@ilgabbiano.it  
W ilgabbiano.it

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA  
PER UTENTI E FAMIGLIARI**

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 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA?

per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---

In particolare:

Come è venuto a conoscenza del servizio ADI?

- 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 soddisfatto <input type="checkbox"/>	poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	soddisfatto così così <input type="checkbox"/>	abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	non saprei <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---

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 ADI?

(ORARI, TURNAZIONE DEL PERSONALE, ECCI?)

per nulla soddisfatto saprei	poco soddisfatto	soddisfatto così così	abbastanza soddisfatto	molto	non soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 soddisfatto saprei	poco soddisfatto	soddisfatto così così	abbastanza soddisfatto	molto	non soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. NEL COMPLESSO, COME GIUDICA LA QUALITÀ DELLA VITA IN QUESTO MOMENTO?	Migliorata	Come prima	Peggiorata	Non saprei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. NEL COMPLESSO, COME VA IN GENERALE LA SUA SALUTE VITA IN QUESTO MOMENTO?	Bene	Piuttosto bene	Così così	Male	Piuttosto male	Non saprei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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*