

QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

DATA: ____ / ____ / ____

N. ____ / ____

1. È soddisfatto del tempo trascorso tra la richiesta di attivazione del servizio di cure domiciliari e l'inizio dell'assistenza stessa?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

2. È soddisfatto della frequenza delle visite del medico?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

3. È soddisfatto della frequenza delle visite dell'infermiere?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

4. È soddisfatto della frequenza delle visite del fisioterapista?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

5. È soddisfatto della frequenza delle visite dello psicologo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

6. È soddisfatto della durata delle visite del medico?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

7. È soddisfatto della durata delle visite dell'infermiere?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

8. È soddisfatto della durata delle visite del fisioterapista?

- Per nulla soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto

- Poco soddisfatto
- Molto soddisfatto

9. E' soddisfatto della durata delle visite dello psicologo?

- Per nulla soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto

- Poco soddisfatto
- Molto soddisfatto

10. È soddisfatto del rapporto con il medico?

- Per nulla soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto

- Poco soddisfatto
- Molto soddisfatto

11. È soddisfatto del rapporto con l'infermiere?

- Per nulla soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto

- Poco soddisfatto
- Molto soddisfatto

12. È soddisfatto del rapporto con il fisioterapista?

- Per nulla soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto

- Poco soddisfatto
- Molto soddisfatto

13. E' soddisfatto del rapporto con lo psicologo?

- Per nulla soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto

- Poco soddisfatto
- Molto soddisfatto

14. È soddisfatto delle informazioni ricevute circa le pratiche di natura burocratica dall'ASL?

- Per nulla soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto

- Poco soddisfatto
- Molto soddisfatto

15. E' soddisfatto delle informazioni ricevute circa le pratiche di natura burocratica dall'associazione?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

16. E' soddisfatto della disponibilità telefonica della centrale operativa del servizio?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla soddisfatto | <input type="checkbox"/> Poco soddisfatto |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfatto | <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto |

17. Pensa che l'intervento psicologico domiciliare sia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Controproducente | <input type="checkbox"/> Indifferente |
| <input type="checkbox"/> Utile | <input type="checkbox"/> Indispensabile |

18. Pensa che il linguaggio usato dall'équipe sia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per nulla comprensibile | <input type="checkbox"/> Poco comprensibile |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza comprensibile | <input type="checkbox"/> Molto comprensibile |

19. In generale, pensa che la qualità dell'assistenza ricevuta sia:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scadente | <input type="checkbox"/> Passabile |
| <input type="checkbox"/> Molto buona | <input type="checkbox"/> Eccellente |

20. In generale direbbe che la qualità della sua vita (dell'ammalato) è migliorata dopo l'inizio dell'assistenza domiciliare?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Per nulla | <input type="checkbox"/> Poco |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza | <input type="checkbox"/> Molto |

21. Ritieni che le cure domiciliari siano:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Non necessarie | <input type="checkbox"/> Molto poco utili |
| <input type="checkbox"/> Utili | <input type="checkbox"/> Indispensabili |

NOME DELL'ASSISTITO: _____

DOMICILIO: _____

SOMMINISTRATO A (specificare il grado di parentela e la motivazione):
