

### Cure Domiciliari Integrate

Gentile cittadino/a, l' ASL NA 3 SUD sta realizzando un'indagine per valutare la soddisfazione relativamente al Servizio di Cure Domiciliare Integrate.

Le Sue opinioni e ogni altro Suo suggerimento saranno utili per migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario saranno trattati nel rispetto dell'Informativa Privacy art. 13 e 14 del GDPR 679/2016.

Per ogni domanda può apporre una o più X nella casella corrispondente.

Grazie per la collaborazione.

### Sessione informativa

Distretto sociosanitario n. \_\_\_\_\_

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

Chi compila il questionario

Utente

Caregiver (  coniuge  figlio/a  familiare  badante  Altro \_\_\_\_\_ )

### Dati anagrafici dell'assistito/a

1. Sesso  F  M

2. Età \_\_\_\_\_

3. Nazionalità: Italiana  straniera  (specificare \_\_\_\_\_)

4. Grado di istruzione

Nessuno  licenza elementare  Licenza media inferiore  Licenza media superiore  Laurea   
Altro  \_\_\_\_\_

5. Professione: casalinga  pensionato/a  studente/ssa  disoccupato/a  operaio/a  impiegato/a   
commerciante  dirigente  libero professionista   
altro  (specificare \_\_\_\_\_)

6. Chi la assiste quotidianamente?

\_\_\_\_\_

**Conoscenza del Servizio**

7. Da chi è venuto/a conoscenza del servizio di assistenza delle cure domiciliari?

- MMG
- PLS
- Distretto sanitario
- Ospedale
- Passaparola
- Parenti/Amici
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

8. Da quanto tempo usufruisce delle cure domiciliari?

- Meno di 3 mesi
- Meno di 6 mesi
- Meno di 1 anno
- Più di 1 anno
- Specificare \_\_\_\_\_

9. Quante volte a settimana riceve il servizio di cure domiciliare?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 volta                  | 2 volte                  | 3 volte                  | 4 volte                  | 5 volte                  | 6 volte                  | 7 volte                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Per quante volte al giorno?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 volta                  | 2 volte                  | 3 volte                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Dopo quanto tempo dalla richiesta è stato attivato il servizio di cure domiciliari?

- |                          |                          |                          |                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| Entro 7 giorni           | entro 15 giorni          | entro 30 giorni          | Oltre specificare |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -----             |

12. Chi sono gli operatori che si recano presso la sua abitazione?

- |                          |                           |                          |                          |                    |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Medico Medicina Generale | Pediatra di Libera Scelta | Infermieri               | Fisioterapisti           |                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |
| Psicologo                | OSA                       | OSS                      | OSSS                     | Medico Specialista |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____              |

Altro  Specificare ( \_\_\_\_\_ )

13. Indichi per ogni operatore il tempo a Lei dedicato al giorno (g) settimana (s) o mese (m)

|                                   | 30 minuti                | 45 minuti                | 1 ora                    | 1 ora e 30'              | 2 ore                    |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Medico di<br>Medicina<br>Generale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pediatra di<br>Libera Scelta      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medico<br>Specialista             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infermiere                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisioterapista                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OSA                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OSS                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OSSS                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

14. Se Lei usufruisce del supporto psicologico, l'accesso è

Settimanale

Ogni 15 giorni

14.1 Il supporto psicologico, in quale modalità Le è fornito?

Sostegno psicologo a domicilio

Sostegno psicologo in videochiamata

15. Oltre alle figure professionali che l'assistono presso il suo domicilio, di quale altro aiuto o figura professionale avrebbe bisogno?

Specificare \_\_\_\_\_

## 16 Grado di soddisfazione

|                                                                                                                                             | Molto                    | Abbastanza               | Poco                     | Per Nulla                | Non so                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| È stato semplice ricevere <b>informazioni</b> sulle cure domiciliari?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ritiene che le informazioni sanitarie ricevute in merito all'assistenza siano <b>state chiare</b> ?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ritiene adeguato il <b>coinvolgimento nell'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale</b> del Medico di Medicina Generale/PLS?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E' soddisfatto/a della <b>disponibilità del MMG/PLS</b> ?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È soddisfatto del rispetto <b>dei giorni e degli orari stabiliti previsti dal Piano Assistenziale Individuale</b> ?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È soddisfatto della <b>puntualità degli operatori</b> ?                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gli <b>orari sono flessibili</b> e si adeguano alle sue esigenze e bisogni?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si ritiene soddisfatto del <b>tempo e dell'accuratezza dedicato agli interventi</b> ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ritiene che gli <b>operatori</b> (infermieri, fisioterapisti, psicologi, etc.) che la seguono siano <b>cortesi e gentili nei rapporti</b> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È soddisfatto <b>dell'osservanza delle norme igieniche</b> (guanti monouso, lavaggio mani prima e dopo, ecc.)?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

È soddisfatto delle **prestazioni che riguardano la cura della persona?**

Se è stato necessario la **fornitura di ausili protesici** (pannoloni, sedia a rotelle, letti articolati, ecc.) ci può esprimere il suo grado di soddisfazione **rispetto ai tempi e alle procedure per la fornitura?**

Si ritiene soddisfatto **dell'attenzione da parte del personale al rispetto della Sua dignità e privacy?**

Si ritiene soddisfatto/a dell'attenzione ricevuta da parte degli operatori alle sue **tradizioni culturali e religiose?**

I suoi **familiari** (o caregivers) hanno avuto dagli operatori **formazione e/o istruzioni adeguate ad aiutarla?**

Può esprimere il suo **grado complessivo di soddisfazione** sulla qualità del Servizio erogato?

17. Ha avuto bisogno di integrare a sue spese le prestazioni fornite (ad esempio: per ritardi nelle forniture, per forniture insufficienti, per assistenza insufficiente, ecc.)?

Sì  No

Se Sì, per cosa? Specificare \_\_\_\_\_

18. E' a conoscenza della possibilità di poter comunicare un reclamo/segnalazione del servizio che le viene reso?

Sì  No

18.1 Se Sì, a chi si rivolge?

\_\_\_\_\_

19. Quali miglioramenti del servizio gradirebbe? (massimo 2 risposte)

- Nessuno
- Maggior rispetto dei giorni stabiliti
- Maggior rispetto degli orari del servizio
- Maggior puntualità degli operatori
- Maggior rispetto degli interventi previsti

- Meno operatori che cambiano
- Maggior professionalità degli operatori
- Maggior gentilezza, educazione, rispetto degli operatori

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Le saremmo grati se potesse indicarci questioni che non sono state trattate e che, a suo avviso, lo meriterebbero

---

---

---

Infine, cortesemente, vorrebbe fornirci qualche suggerimento per migliorare l'assistenza erogata

---

---

---