



Azienda di Servizi alla Persona
"GOLGI - REDAELLI"

ISTITUTO GERIATRICO

**QUESTIONARIO SODDISFAZIONE OSPITI/FAMILIARI SERVIZIO
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - A.D.I.**

Età dell'ospiteanni

Sesso maschio femmina

Usufruisce del servizio da meno di 6 mesi 6 mesi a 2 anni più di 2 anni più di 4 anni

Indicare la persona che compila il presente questionario

ospite care giver familiare

Specificare: coniuge figlio/figlia nipote altri

1 - Chi ha proposto o suggerito l'Assistenza Domiciliare Integrata?

- Il medico di famiglia L'assistente sociale del Comune
 Il medico specialista Il servizio Cure Domiciliari della ASL
 L'ospedale o l'Istituto di riabilitazione Altro _____

2 - Come valuta i seguenti aspetti del servizio ADI?

Possibilità di scegliere l'Ente erogatore	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Rapidità dell'avvio dell'assistenza da parte del Servizio ADI dell'Istituto	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Facilità di comunicazione con il Servizio ADI dell'Istituto	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Coinvolgimento della famiglia nella definizione del programma di assistenza e di cura	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Chiarezza del programma di assistenza e cura	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Competenza e capacità degli operatori	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Comportamento degli operatori (ad es. correttezza, disponibilità)	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Rispetto della riservatezza e del pudore	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Adeguatezza delle cure ricevute	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
Gestione degli eventuali imprevisti	<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente

3 - Quali operatori sono intervenuti nelle cure? (indicare con una o più crocette)

- Medico specialista Infermiere
 Fisioterapista Operatore professionale per la cura/igiene personale
 Altro operatore (*da specificare*) _____

4 - Giudizio complessivo

Come valuta complessivamente il servizio di Assistenza Domiciliare fornito dall'Istituto?

<input type="checkbox"/> Per niente soddisfacente	<input type="checkbox"/> Poco soddisfacente	<input type="checkbox"/> Abbastanza soddisfacente	<input type="checkbox"/> Molto soddisfacente
---	---	---	--

EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI

Data di compilazione _____