



Istituto _____

MESE di compilazione del questionario: ANNO:

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO PER IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI

in conformità alla DGR n. 5589 del 30/12/2025, Appendice 10

COMPILATORE	<input type="checkbox"/> Paziente	<input type="checkbox"/> Familiare/ caregiver del pz	<input type="checkbox"/> Altro (es. operatore)				
ETA' DEL PAZIENTE	_____anni						
GENERE	<input type="checkbox"/> Maschio		<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere			
NAZIONALITA'	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Straniera (specificare)					
DOMICILIO DEL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> Regione Lombardia		<input type="checkbox"/> altra Regione(specificare)				
TITOLO DI STUDIO	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Scuola elementare	<input type="checkbox"/> Scuola media	<input type="checkbox"/> Scuola superiore	<input type="checkbox"/> Laurea		
OCCUPAZIONE ATTUALE	<input type="checkbox"/> Casalingo/a	<input type="checkbox"/> Pensionato/a	<input type="checkbox"/> Senza occupazione	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Studente		
PER QUANTO TEMPO HA RICEVUTO IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?	<input type="checkbox"/> 30 giorni	<input type="checkbox"/> 60 giorni	<input type="checkbox"/> 90 giorni	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
COME È STATO INDIRIZZATO VERSO IL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI?	<input type="checkbox"/> dal Medico di famiglia	<input type="checkbox"/> da Medico Specialista	<input type="checkbox"/> dal Distretto	<input type="checkbox"/> dall' Ospedale alla dimissione	<input type="checkbox"/> su consiglio di familiare/ amico/ conoscente	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
QUANTI ACCESSI DOMICILIARI RICEVE AL MESE?	<input type="checkbox"/> da 1 a 5	<input type="checkbox"/> da 5 a 9	<input type="checkbox"/> da 9 a 14	<input type="checkbox"/> da 14 a 30	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
QUALI DELLE SEGUENTI FIGURE PROFESSIONALI SONO STATE COINVOLTE NELL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI DA LEI UTILIZZATO?	<input type="checkbox"/> Infermiere Professionale	<input type="checkbox"/> Fiiisio- terapista	<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> OSS	<input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Altro specificare
HA SCELTO OPERATORI:	<input type="checkbox"/> dell'ASST di riferimento territoriale		<input type="checkbox"/> di cooperative (gestori accreditati)				
DI QUALI PRESTAZIONI HA AVUTO BISOGNO?	<input type="checkbox"/> PRELIEVI	<input type="checkbox"/> MEDICA- ZIONI	<input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE	<input type="checkbox"/> RIABILITA- ZIONE	<input type="checkbox"/> GESTIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE	<input type="checkbox"/> ALTRO specificare	

1. VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI CURA						
1a	Come valuta complessivamente la qualità del servizio di cure domiciliari ricevuto?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
1b	I servizi attivati rispondono alle sue esigenze di salute, migliorando la qualità di vita?	1	2	3	4	5
		Per niente	Poco	Né poco Né molto	Abbastanza	Molto
2. RICHIESTA/VALUTAZIONE INIZIALE/PRESA IN CARICO						
2a	È soddisfatto della modalità di attivazione e presa in carico del servizio di cure domiciliari?	<input type="checkbox"/> SÌ		<input type="checkbox"/> NO Potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti non ritiene siano stati soddisfatti? (è possibile indicare fino a 2 opzioni) 1) Modalità di presentazione richiesta 2) Professionalità dell'operatore 3) Mancato rispetto della privacy 4) Altro (specificare) _____		
2b	È soddisfatto delle informazioni ricevute durante la presa in carico?	<input type="checkbox"/> SÌ			<input type="checkbox"/> NO	
2c	Quanto è soddisfatto dei tempi di attivazione del servizio di cure domiciliari?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
2d	Per avere informazioni o accedere ai servizi domiciliari si è rivolto al Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa di Comunità di riferimento?	<input type="checkbox"/> SÌ			<input type="checkbox"/> NO	
2e	Se SÌ, è rimasto soddisfatto?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
3. EROGAZIONE DELLE CURE						
3a	Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sulle sue condizioni di salute e sul programma di cura?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
3b	In caso di necessità sono state rese disponibili le informazioni necessarie per contattare il servizio?	<input type="checkbox"/> SÌ			<input type="checkbox"/> NO	
3c	È stato coinvolto nella definizione del suo piano assistenziale?	1	2	3	4	5
		Per niente	Poco	Né poco Né molto	Abbastanza	Molto
3e	Come percepisce il grado di collaborazione fra il suo medico di base e gli operatori delle cure domiciliari?	1	2	3	4	5
		Assente	Debole	Moderato	Buono	Eccellente
3f	Ha ricevuto tutti gli ausili e i dispositivi necessari?	<input type="checkbox"/> SÌ			<input type="checkbox"/> NO	
3g	Quanto ritiene importante avere un operatore di riferimento?	1	2	3	4	5
		Per niente importante	Poco importante	Né poco né molto importante	Abbastanza importante	Molto importante
4. COME VALUTA GLI OPERATORI PER I SEGUENTI ASPETTI?						
4a	Professionalità	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4b	Disponibilità all'ascolto	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

4c	Rispetto della privacy	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto Soddisfatto
4d	Gli operatori sono aggiornati sulla gestione della sua problematica (passaggio di consegne)?	1	2	3	4	5
		Per niente	Poco	Né poco Né molto	Abbastanza	Molto
5.	CONCLUSIONE / RIATTIVAZIONE DELLE CURE					
5a	E' stato informato per tempo rispetto al termine o alla prosecuzione delle cure domiciliari?	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> non è stato necessario

COMMENTI E SUGGERIMENTI

La Sua opinione ci interessa per aiutarci a migliorare:

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Tel 02 41315 213

e-mail: urp.redaelli_mi@golgiredaelli.it