ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Gentile Utente,

il presente questionario contiene una serie di domande per conoscere il Suo punto di vista su alcune delle caratteristiche del servizio offerto.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate, La invitiamo semplicemente a riportare quello che ha osservato.

La informiamo, infine, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, che le informazioni sono raccolte in forma anonima e che le stesse saranno utilizzate per rapporti statistici, al fine di valutare il servizio erogato e l'eventuale necessità di modifiche o miglioramenti.

SEDE

DISTRETTO □1 □ 2 □ Alto Isontino □ Basso Isontino

ALTRO *(specificare)*……

VALUTAZIONE DELL'ACCESSO

1) Chi l'ha informata circa la possibilità di avere un servizio a domicilio con prestazioni di tipo sanitario?

- un amico / parente
- un infermiere
- il medico di famiglia
- l'assistente sociale
- un medico dell'ospedale
- altro

2) Le è sembrato semplice il percorso per accedere ai servizi di assistenza domiciliare?
(dove 1 corrisponde a 'per niente semplice' e 5 a 'molto semplice')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

VALUTAZIONE DEL TEMPO DI ATTESA

3) Quanto tempo ha dovuto aspettare prima di poter usufruire della assistenza sanitaria a domicilio dal momento della richiesta? (indicare il numero di giorni)

_____

4) Rispetto alle sue esigenze (o a quelle del Suo familiare) ritiene questo tempo di attesa:
(dove 1 corrisponde a 'molto lungo' e 5 a 'molto breve')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

5) Rispetto alle sue esigenze (o a quelle del Suo familiare) se il tempo di attesa è stato eccessivo ha creato delle complicazioni?
(dove 1 corrisponde a 'per niente' e 5 a 'molto')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

VALUTAZIONE DELLE INFORMAZIONI

6) Come giudica le informazioni sull'operato fornite dai professionisti coinvolti nell'assistenza sanitaria a domicilio (medico, infermiere, medico specialista, fisioterapista e assistente sociale)?
(dove 1 corrisponde a 'scarse' e 5 a 'ottime')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

7) Come giudica le informazioni su tempi di inizio e durata dell'assistenza?
(dove 1 corrisponde a 'poco chiare' e 5 a 'molto chiare')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

8) Come giudica le informazioni riguardanti gli orari dell'appuntamento?
(dove 1 corrisponde a 'poco chiare' e 5 a 'molto chiare')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

IL SERVIZIO RICEVUTO (O CHE STA RICEVENDO)

Con queste domande Le chiediamo di esprimere una serie di valutazioni sulla qualità e tipo di servizio di assistenza sanitaria a domicilio che sta ricevendo o ha ricevuto

9) Per quali di queste attività ritiene di aver bisogno di ulteriore aiuto?

- igiene del corpo
- cura del corpo
- gestione della casa

VALUTAZIONE DEL PERSONALE

10) Come giudica il comportamento tenuto dagli operatori nei Suoi confronti in riferimento a:
(dove 1 corrisponde al valore minimo e 5 al valore massimo)

	1	2	3	4	5
Gentilezza	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione alle Sue esigenze	☐	☐	☐	☐	☐
Informazioni sulla situazione sanitaria	☐	☐	☐	☐	☐
Riservatezza	☐	☐	☐	☐	☐

VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI

11) Gli orari in cui gli operatori vengono al suo domicilio rispettano le sue esigenze?
(dove 1 corrisponde a 'per nulla' e 5 a 'molto')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

12) Come ritiene la frequenza con cui gli operatori vengono a domicilio per rispondere ai Suoi problemi?
(dove 1 corrisponde a 'per nulla adeguata' e 5 a 'molto adeguata')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

13) Nel corso del trattamento, come valuta il rispetto dei tempi concordati con gli operatori?
(dove 1 corrisponde a 'per nulla adeguati' e 5 a 'molto adeguati')

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

14) Nel corso del trattamento programmato come valuta la continuità del servizio: vengono sempre gli stessi operatori?

(dove 1 corrisponde a 'per nulla adeguata' e 5 a 'molto adeguata')

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I RISULTATI

Con queste domande Le chiediamo di esprimere delle valutazioni sull'utilità che il servizio di assistenza sanitaria a domicilio ha avuto per Lei, sulla base della Sua esperienza personale.

15) Ritiene che l'intervento dell'assistenza domiciliare integrata abbia avuto un ruolo positivo in relazione al Suo stato di salute (o del Suo familiare)?

(dove 1 corrisponde ad 'assolutamente no' e 5 ad 'assolutamente sì')

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16) Si ritiene nel complesso soddisfatto del servizio che è stato offerto?
(dove 1 corrisponde ad 'assolutamente no' e 5 ad 'assolutamente sì')

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17) Come valuta, rispetto alle Sue aspettative, il servizio ricevuto?
(dove 1 corrisponde a 'scarso' e 5 a 'ottimo')

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI:

DATI ANAGRAFICI:

Sesso: ☐ **M** ☐ **F**

Età: ☐ **0 -11** ☐ **12 - 17** ☐ **18 - 34** ☐ **35 - 49** ☐ **50 - 64** ☐ **65 - 79** ☐ **80 e oltre**

Vive solo/a: ☐ **sì** ☐ **no**

C'è qualcuno che le è di aiuto nel suo quotidiano? ☐ **sì**

☐ **no, non ne ho bisogno**

☐ **no, ma ne avrei bisogno**