



FONDAZIONE I.P.S. CARD. GUSMINI ONLUS

2025

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI
DELL'UNITÀ CURE PALLIATIVE DOMICILIARI (CP-DOM).**

Gentile Signora/Signore,

il questionario che Le chiediamo cortesemente di compilare ha lo scopo di farci capire se l'assistenza domiciliare che Le è stata fornita ha risposto alle Sue attese, oppure se poteva essere fatto di più. Le Sue risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo ai bisogni e alle aspettative delle persone che lo utilizzano e che lo utilizzeranno in futuro.

Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più adatta.

Per restituire il questionario compilato, La invitiamo ad utilizzare la busta che le verrà consegnata, restituendola, chiusa, al personale oppure ad inviarla presso gli Uffici Amministrativi della Fondazione Cardinal Gusmini (indirizzo sull'intestazione).

La ringraziamo per la collaborazione.

Il Presidente
Avv. Angelo Capelli

Il questionario viene compilato in data/...../.....

- da familiare dalla badante/assistente alla persona/assistente familiare
 altro

Sesso compilatore: F M Età compilatore:

Nazionalità compilatore:

<input type="radio"/> Italiana	<input type="radio"/> Europea	<input type="radio"/> Extraeuropea
--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Scolarità compilatore:

<input type="radio"/> Nessuna	<input type="radio"/> Scuola dell'obbligo	<input type="radio"/> Scuola Superiore	<input type="radio"/> Laurea
-------------------------------	---	--	------------------------------

Professione compilatore:

<input type="radio"/> Casalinga	<input type="radio"/> Disoccupato	<input type="radio"/> Impiegato	<input type="radio"/> Dirigente	<input type="radio"/> Pensionato
<input type="radio"/> Artigiano	<input type="radio"/> Commerciante	<input type="radio"/> Studente	<input type="radio"/> Operaio	<input type="radio"/> Altro

1) Come valuta l'accesso al servizio di cure palliative in quanto a cortesia e disponibilità?

<input type="radio"/> Scarso	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Discreto	<input type="radio"/> Buono	<input type="radio"/> Ottimo
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

2) Dopo quanti giorni è stato fissato il colloquio con la Fondazione Gusmini per avviare il programma di cure domiciliari?

<input type="radio"/> Oltre 15 gg	<input type="radio"/> Tra 7 e 15 gg	<input type="radio"/> Tra 3 e 6 gg	<input type="radio"/> Meno di 3 gg
-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

3) È soddisfatto del tempo intercorso tra il primo colloquio e l'inizio del programma di assistenza domiciliare?

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

4) Durante il periodo di cura era informato di quali erano gli operatori sanitari (medico e infermiere) dedicati alle cure del malato?

<input type="radio"/> Mai	<input type="radio"/> Sì, a volte	<input type="radio"/> Sì, spesso	<input type="radio"/> Sì, sempre
---------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

5) Come considera il rispetto della riservatezza personale (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, ecc.)?

<input type="radio"/> Scarso	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Discreto	<input type="radio"/> Buono	<input type="radio"/> Ottimo
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

6) Come valuta la frequenza delle visite domiciliari rispetto alle necessità del malato?

<input type="radio"/> Scarso	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Discreto	<input type="radio"/> Buono	<input type="radio"/> Ottimo
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

7) In caso di chiamata urgente, come valuta la tempestività di risposta alla chiamata da parte degli operatori di cure palliative?

<input type="radio"/> Scarso	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Discreto	<input type="radio"/> Buono	<input type="radio"/> Ottimo
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

8) È soddisfatto delle indicazioni fornite su come utilizzare a domicilio farmaci, presidi, protesi?

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

9) È soddisfatto delle informazioni e dei consigli ricevuti in merito a come alimentare, muovere, curare l'igiene personale, assistere il malato?

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

10) Come ha valutato la modalità e i tempi di fornitura di carrozzine, materassi antidecubito, ecc.?

<input type="radio"/> Scarso	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Discreto	<input type="radio"/> Buono	<input type="radio"/> Ottimo
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

11) È rimasto soddisfatto delle modalità di prescrizione dei farmaci?

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

12) Durante il periodo di assistenza domiciliare ha avuto necessità di ricorrere ad altri servizi di assistenza?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------

Se sì, quali?

<input type="radio"/> Pronto Soccorso	<input type="radio"/> Guardia Medica	<input type="radio"/> 112
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

13) Dal punto di vista dei rapporti umani è rimasto soddisfatto degli operatori del servizio di cure palliative domiciliari?

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

14) In generale come valuta il servizio di cure domiciliari?

<input type="radio"/> Scarso	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Discreto	<input type="radio"/> Buono	<input type="radio"/> Ottimo
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Indichi le eventuali difficoltà che ha incontrato:

.....
.....
.....

Altre osservazioni/suggerimenti:

.....
.....
.....

Grazie per la collaborazione.