



Coop. Lo Scrigno Magico

Servizi socio-sanitari ed educativi  
Via Rovereto n. 7 - 27029 Vigevano (PV)  
Tel. 0381542068  
E-mail: scrignoadi@tiscali.it  
Iscr. REA: PV265514 Iscr. Albo Coop. A144170  
P.IVA 04812320960 PEC: scrignoadi@pec.it



## Questionario di gradimento sulle cure domiciliari ricevute con il *credit* e/o con il voucher socio-sanitario

Gentile Signora/Gentile Signore,

Le chiediamo di aiutarci ad offrire un servizio migliore e sempre più vicino alle Sue esigenze dedicando qualche minuto del suo tempo alla compilazione di questo questionario. Esso è rivolto a tutte le persone che usufruiscono delle cure domiciliari e viene trattato in forma anonima al fine di non consentire alcuna identificazione.

Qualora non possa compilarlo da sola/o, potrà avvalersi dell'aiuto di una persona di Sua fiducia che conosca bene i Suoi bisogni.

Grazie per la collaborazione e l'attenzione dedicata a questa importante iniziativa.

Lo Scrigno Magico

oo

### Informazioni generali

**Soggetto erogatore: LO SCRIGNO MAGICO**  
**Distretto sociosanitario** della persona assistita:

**DATA di compilazione del questionario : \_ / \_ / \_ \_**

- Il Questionario è compilato autonomamente dalla persona assistita**
- Il Questionario è compilato con l'aiuto di:**
  - Coniuge/Partner convivente
  - Altro familiare/parente convivente \_\_\_\_\_  
*precisare il grado di parentela:* (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)
  - Altro familiare/parente NON convivente \_\_\_\_\_  
*precisare il grado di parentela:* (figlio/a, fratello/sorella, cognato/a, cugino/a, genero/nuora, nipote, madre/padre, nonno/nonna, zio/zia,)
  - Badante
  - Vicino di casa
  - Volontario
  - Amico/a
  - Altra persona (*precisare chi*) \_\_\_\_\_
- Il Questionario è compilato dal tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona assistita**

## Informazioni anagrafiche riferite alla persona assistita

**Sesso**                     Maschio                     Femmina

**Età in anni compiuti** \_\_ \_\_

**Nazionalità**             Italiana                     Unione Europea             Extra Comunitaria

**Scolarità**             Nessuna                     Elementare                     Media inferiore  
 Media superiore             Laurea/post laurea

## Precisare di quale forma d'intervento ha fruito

*Credit*

Voucher socio-sanitario

**1 – Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a della assistenza domiciliare che Le è stata fornita?**

Molto                     Abbastanza                     Poco                     Per nulla

**2 – Rispetto a ciò che si aspettava l'assistenza è stata:**

- Migliore
- Come mi aspettavo
- Peggioro

**3 - Quale dei seguenti aspetti hanno influito maggiormente sulla sua soddisfazione?**

*(indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)*

- Facilità di accesso al servizio
- Possibilità di scegliere da chi farmi curare
- Rapidità dell'avvio dell'assistenza
- Coinvolgimento nella definizione del programma di assistenza/cura
- Totale gratuità delle cure
- Presenza del mio medico di base/di famiglia
- Competenza/capacità degli operatori
- Comportamento degli operatori (*esempio*: gentilezza, disponibilità)
- Adeguatezza delle cure ricevute
- Verifica/controllo da parte del mio medico di famiglia
- Verifica/controllo da parte dell'operatore/i dell'ASL

**4- Quale dei seguenti aspetti non l'hanno soddisfatta/o?**

*(indicare gli aspetti ritenuti principali, massimo 6)*

- Difficoltà per l'accesso al servizio
- Mancanza di informazioni per scegliere da chi farsi curare
- Non conoscenza del "piano di assistenza", ossia del programma delle cure
- Assenza/mancanza del controllo delle cure da parte del mio medico di base/di famiglia
- Ritardo nell'avvio delle cure
- Inadeguatezza delle cure ricevute
- Durata insufficiente delle cure ricevute
- Mi hanno curato operatori inesperti/incapaci
- Mi hanno curato operatori con atteggiamento di frettezza, non gentilezza, non disponibilità
- Frequente ricambio degli operatori
- Eccessivo impegno per i miei familiari
- Mancanza del controllo delle cure da parte degli operatori dell'ASL

**5 - Chi ha proposto/suggerito l'assistenza domiciliare?** *(indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)*

- Il medico di base/di famiglia
- L'ospedale
- Il servizio ADI/Cure domiciliari della ASL
- La struttura residenziale a cui si era chiesto il ricovero
- La struttura diurna a cui si era chiesto la frequenza
- Altro *(da specificare)* \_\_\_\_\_
- Un medico-specialista
- Il medico del distretto sociosanitario
- L'assistente sociale del Comune

**6 - Chi ha predisposto il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?**

*(indicare solo UNA risposta, ritenuta prevalente)*

- L'erogatore scelto per le cure (privato o dell'ASL)
- Il medico di base/di famiglia
- L'ospedale
- Non so chi l'abbia fatto
- Altro *(da specificare)* \_\_\_\_\_

**7a - Considerando che la scelta dell'erogatore da cui farsi curare spetta all'assistito e/o ai suoi familiari, è stato chiesto l'aiuto di qualcuno per effettuarla?**

- non è stato chiesto l'aiuto di nessuno
- è stato chiesto aiuto al medico di base/di famiglia
- è stato chiesto aiuto agli operatori dell'ASL
- è stato chiesto aiuto agli operatori del servizio sociale del Comune
- è stato chiesto aiuto a parenti/amici/conoscenti
- altro *da specificare* \_\_\_\_\_

**7b - Se non è stato chiesto l'aiuto di nessuno, indicare come è stata effettuata la scelta del servizio da cui farsi curare:**

- è stato scelto quello più vicino a casa
- ne avevo sentito parlare bene
- conoscevo già personalmente l'erogatore delle cure/lo avevo già utilizzato
- avevano già utilizzato lo stesso erogatore altri parenti/amici/conoscenti/vicini di casa
- altro *da specificare* \_\_\_\_\_

**8 - Il piano di assistenza, ossia il programma delle cure, è stato presentato prima che venisse attuato?**

- Sì

- No
- In parte

**9 - Chi ha spiegato il piano di assistenza, ossia il programma delle cure?**

- L'erogatore che ha effettuato le cure
- L'ASL
- Il medico di base/di famiglia
- Nessuno
- Altro (*da specificare*) \_\_\_\_\_

**10 - Le informazioni sul piano di assistenza, ossia sul programma delle cure, sono state chiare?**

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

**11 - Se si è risposto “Sì” o “In parte” alla domanda 8, indicare se è stato effettuato/rispettato quanto previsto nel piano di assistenza, ossia nel programma delle cure**

- qualcosa in più
- quello che era previsto
- qualcosa in meno
- è durato più del previsto
- è durato meno del previsto

**12- Quali operatori sono intervenuti nelle cure?**

- Medico di base/di famiglia
- Medico specialista (*esempio*: cardiologo, fisiatra, geriatra, ortopedico, oncologo, ecc..)
- Pediatra di libera scelta
- Psicologo
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente Sociale
- Animatore
- Educatore
- Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama “ASA” oppure “OSS”), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)
- Altro operatore (*da specificare*) \_\_\_\_\_

**13 - Operatori non intervenuti, ma che avrebbe desiderato intervenissero nelle cure:**

- Medico di base/di famiglia
- Medico specialista (*esempio*: cardiologo, fisiatra, geriatra, ortopedico, oncologo, ecc..)
- Pediatra di libera scelta
- Psicologo
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente Sociale
- Animatore
- Educatore
- Operatore professionale per la cura/igiene personale (generalmente in sigla si chiama “ASA” oppure “OSS”), che aiuta *per esempio*: ad alzarsi e andare a letto, a vestirsi, a fare il bagno ecc..)
- Altro operatore (*da specificare*) \_\_\_\_\_

**14a - Qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute?**

- Sì
- No

**14b - Se qualcuno ha effettuato verifiche/controlli sulle cure ricevute, indicare chi:**

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell'ASL
- Personale del servizio che ha effettuato le cure
- Altra persona (*da specificare*) \_\_\_\_\_

**15 – Persone a cui sono state comunicate eventuali insoddisfazioni:**

- Medico di base/di famiglia
- Personale dell'ASL
- Personale dell'ente erogatore che ha effettuato le cure
- Altra persona (*da specificare*) \_\_\_\_\_
- Non ho trovato nessuno a cui poterlo comunicare

**16- Sapeva che, se insoddisfatta/o, aveva la possibilità di cambiare l'erogatore delle cure?**

- Sì
- No

**17- E' stato cambiato l'erogatore delle cure?**

- Sì
- No

**18 - Eventuali osservazioni critiche:**

---

---

---

---

**19 - Eventuali suggerimenti/proposte migliorative:**

---

---

---

---