



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Sondrio



Regione Lombardia

Gent. Sig.ra / Egr. Sig.re

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Sondrio desidera conoscere quanto siano soddisfatti i Cittadini che abbiano fruito di prestazioni "Assistenza Domiciliare Integrata" per poter studiare azioni migliorative che vadano incontro alle esigenze dell'utenza.

Sul retro di questa lettera troverà un questionario che La preghiamo di compilare in ogni sua parte con la massima sincerità.

I QUESTIONARI, CHE SONO ANONIMI, VERRANNO ELABORATI ASSIEME A QUELLI DI ALTRI CITTADINI CHE HANNO FRUITO DI PRESTAZIONI IN QUESTE SETTIMANE, NEL PIENO RISPETTO DELLA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI RACCOLTE.

Nel ringraziarLa in anticipo per la Sua gentile collaborazione, Le ricordiamo che i dati che raccoglieremo saranno attentamente valutati dall'Amministrazione e che il risultato dell'indagine sarà reso pubblico.

IL DIRETTORE GENERALE

(Ing. Emilio Triaca)

CODICE DISTRETTO



INIZIO

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI : ACCESSIBILITA' AMBULATORIALE

Il questionario viene compilato in data __/__/__:



1 dall'utente



2 con l'aiuto di familiari o conoscenti



3 con l'aiuto di un operatore



4 da un intervistatore esterno



5 da un intervistatore esterno

N.B! Per ogni domanda apporre la croce su un solo quadratino di risposta (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte)

INFORMAZIONI GENERALI

Sesso:	1 <input type="checkbox"/> maschio	2 <input type="checkbox"/> femmina	
Età in anni:	1 <input type="checkbox"/> meno di 25 anni	2 <input type="checkbox"/> da 25 a 35 anni	3 <input type="checkbox"/> da 36 a 45 anni
	1 <input type="checkbox"/> da 46 a 55 anni	2 <input type="checkbox"/> da 56 a 65 anni	3 <input type="checkbox"/> oltre 65 anni
Nazionalità:	1 <input type="checkbox"/> Italiana	2 <input type="checkbox"/> straniera	
Scolarità:	1 <input type="checkbox"/> nessuna	2 <input type="checkbox"/> scuola obbligo	3 <input type="checkbox"/> sc. Superiore
	4 <input type="checkbox"/> laurea/altro titolo universitario		

AREA INFORMAZIONE

1. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE SUL SERVIZIO A.D.I. ?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

AREA CONTINUITA' E ASSISTENZA

2. DAL PUNTO DI VISTA PRATICO L'INFERMIERE /TERAPISTA HA SODDISFATTO LE SUE ESIGENZE

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

3. **E' SODDISFATTO, IN GENERALE, DELL'ORGANIZZAZIONE DELSERVIZIO A.D.I.(ORARI, TURNAZIONE DEL PERSONALE,ECC)?**


Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
 1 <input type="checkbox"/>	 2 <input type="checkbox"/>	 3 <input type="checkbox"/>	 4 <input type="checkbox"/>	 5 <input type="checkbox"/>	 6 <input type="checkbox"/>

AREA RELAZIONALE





4. **E' SODDISFATTO DEL RAPPORTO CHE SI È CREATO CON L'OPERATORECHE SI È OCCUPATO DI LEI?**

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
 1 <input type="checkbox"/>	 2 <input type="checkbox"/>	 3 <input type="checkbox"/>	 4 <input type="checkbox"/>	 5 <input type="checkbox"/>	 6 <input type="checkbox"/>

5. **NEL COMPLESSO, QUANTO SI RITIENE SODDISFATTO DEL SERVIZIO A.D.I.?**

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
 1 <input type="checkbox"/>	 2 <input type="checkbox"/>	 3 <input type="checkbox"/>	 4 <input type="checkbox"/>	 5 <input type="checkbox"/>	 6 <input type="checkbox"/>

6. **NEL COMPLESSO, COME GIUDICA LA QUALITÀ DELLA VITA IN QUESTO MOMENTO?**

Migliorata	Come prima	Peggiorata	Non saprei
 1 <input type="checkbox"/>	 2 <input type="checkbox"/>	 3 <input type="checkbox"/>	 4 <input type="checkbox"/>

7. **NEL COMPLESSO, COME VA IN GENERALE LA SUA SALUTE VITA IN QUESTO MOMENTO?**

Bene	Piuttosto bene	Così così	Male	Piuttosto male	Non saprei
 1 <input type="checkbox"/>	 2 <input type="checkbox"/>	 3 <input type="checkbox"/>	 4 <input type="checkbox"/>	 5 <input type="checkbox"/>	 6 <input type="checkbox"/>

Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, si informa che i risultati della presente indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di questa struttura, e potranno essere messi a Sua disposizione.

La Direzione