



Nuove Reti Sanitarie
Telesorveglianza Sanitaria domiciliare
per pazienti con BPCO grave e molto grave
Questionario di soddisfazione

Struttura sanitaria di riferimento _____

Data di compilazione ____ / ____ / ____

Tipologia di percorso: ☐ a bassa intensità
☐ ad alta intensità

Gentile signora/e, le chiediamo di dedicare qualche minuto per rispondere, **in maniera del tutto anonima**, ad alcune domande che permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a del servizio di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare e quali sono le aree che necessitano un miglioramento.

1. In complesso come valuta il servizio?	
☐ 1.	È un servizio per nulla soddisfacente, molto peggio di quanto mi aspettavo
☐ 2.	È un servizio poco soddisfacente
☐ 3.	È un servizio abbastanza soddisfacente
☐ 4.	È un servizio piuttosto soddisfacente come del resto mi aspettavo
☐ 5.	È un servizio molto soddisfacente, addirittura più di quanto mi aspettavo
2. Ha trovato facile usare il saturimetro?	
☐ 1.	No, l'ho trovato molto complicato
☐ 2.	No, l'ho trovato abbastanza complicato
☐ 3.	Sì, l'ho trovato abbastanza facile
☐ 4.	Sì, l'ho trovato facile
☐ 5.	Sì, l'ho trovato molto facile
3. Le è capitato di avere difficoltà a contattare il servizio (attese/interruzioni/mancata risposta/...)?	
☐ 1.	Sì, molto spesso
☐ 2.	Sì, spesso
☐ 3.	Sì, qualche volta
☐ 4.	Raramente
☐ 5.	No, mai
4. Com'è stato il rapporto con il suo infermiere di riferimento?	
☐ 1.	Non ho avuto modo di instaurare un rapporto continuativo
☐ 2.	Discontinuo, sono poco soddisfatta/o
☐ 3.	Soddisfacente
☐ 4.	Buono, sono soddisfatta/o
☐ 5.	Ottimo, sono pienamente soddisfatta/o
5. Le indicazioni e i suggerimenti ricevuti dalle infermiere sono stati chiari?	
☐ 1.	Per nulla
☐ 2.	Poco
☐ 3.	Abbastanza
☐ 4.	Molto
☐ 5.	Moltissimo

6. E' soddisfatto del modo in cui il servizio le ha permesso di affrontare i momenti di crisi?	
1.	No, sono totalmente insoddisfatta/o del supporto del servizio
2.	No, sono parzialmente insoddisfatta/o del supporto del servizio
3.	Non sono né soddisfatta/o né insoddisfatta/o del supporto del servizio
4.	Sì, sono parzialmente soddisfatta/o del supporto del servizio
5.	Sì, sono pienamente soddisfatta/o del supporto del servizio
7. Si sente più rassicurato da quando ha accesso al servizio?	
1.	Per nulla
2.	Poco
3.	Abbastanza
4.	Molto
5.	Moltissimo
8. Da quando ha aderito al servizio, contatta più spesso o meno spesso il suo medico di base?	
1.	Molto più spesso
2.	Più spesso
3.	Come prima
4.	Meno spesso
5.	Molto meno spesso
9. Crede che l'accesso al servizio abbia migliorato la sua vita?	
1.	Per nulla
2.	Poco
3.	Abbastanza
4.	Molto
5.	Moltissimo
10. Crede che l'accesso al servizio abbia aiutato la sua famiglia o le persone che le sono vicine?	
1.	Per nulla
2.	Poco
3.	Abbastanza
4.	Molto
5.	Moltissimo

Eventuali osservazioni _____

Grazie per la collaborazione, le sue valutazioni saranno utili a migliorare la qualità dei nostri servizi.

La preghiamo ora di inserire il questionario nella busta preaffrancata consegnatale dal servizio e di spedirlo al destinatario indicato sulla busta.

Le ricordiamo che è fondamentale che il questionario venga compilato per consentire una valutazione dell'efficacia e della qualità del servizio nonché per riprogettare gli aspetti che risultino essere inadeguati.