

Gentile Utente,

Le chiediamo di dedicare qualche minuto del Suo tempo per la compilazione del presente questionario, che ha lo scopo di aiutarci a migliorare il nostro servizio al fine di renderlo sempre più rispondente alle Sue esigenze.

Qualora preferisse, può avvalersi dell'aiuto di una persona di Sua fiducia per la compilazione.

Il questionario è in forma assolutamente anonima.

Data __ / __ / __

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'UTENTE

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE ATTIVATA: PROFILI

SESSO: ☐ maschio ☐ femmina

ETÀ: ____

NAZIONALITÀ: ☐ italiana ☐ europea ☐ non europea

SCOLARITÀ: ☐ nessuna ☐ elementare ☐ media inferiore ☐ media superiore ☐ laurea

IL QUESTIONARIO È COMPILATO:

☐ Autonomamente dalla persona assistita

☐ coniuge/convivente ☐ figlio/a ☐ fratello/sorella ☐ cognato/a ☐ genero/nuora

☐ nipote ☐ genitore ☐ nonno/a ☐ zio/a ☐ cugino/a ☐ Badante

☐ vicino di casa ☐ volontario ☐ amico/a ☐ altro _____

LA PERSONA COINVOLTA È: ☐ convivente ☐ non convivente

L'ASSISTENZA DOMICILIARE È STATA PROPOSTA DA:

- ☐ il Medico di Medicina Generale
- ☐ l'Ospedale
- ☐ l'ATS
- ☐ un Medico specialista
- ☐ l'Assistente Sociale del comune

PERCHE' HA SCELTO IL NOSTRO ENTE COME EROGATORE DEL SERVIZIO?

- ☐ perché più vicino a casa
- ☐ ne avevo sentito parlare bene
- ☐ conoscevo già personalmente l'ente
- ☐ altri conoscenti/parenti hanno avuto assistenza dallo stesso ente erogatore
- ☐ altro _____

1. Nel complesso, si ritiene soddisfatto/a dell'assistenza ricevuta?

- ☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

2. Le è stato spiegato chiaramente come funziona il servizio?

- ☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

3. Rispetto a ciò che si aspettava, quanto le è sembrata adeguata l'assistenza ricevuta?

- ☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

4. Le è stato spiegato chiaramente che se insoddisfatto, poteva cambiare l'Ente Erogatore?

- ☐ per nulla ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

5. Segnare se a suo avviso questi aspetti sono adeguati o meno rispetto alla soddisfazione del Servizio

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ▪ facilità di accesso al servizio | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ possibilità di scegliere l'ente di assistenza | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ rapidità dell'avvio dell'assistenza | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ gratuità delle cure | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ presenza medico di famiglia | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ competenza degli operatori | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ comportamento degli operatori | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ adeguatezza delle cure ricevute | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ durata delle cure | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ alternanza degli operatori | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |
| ▪ impegno dei miei familiari | ☐ adeguato | ☐ non adeguato |

SE LO DESIDERA, SCRIVA DI SEGUITO COSA NON HA GRADITO DI QUESTO SERVIZIO

SE LO DESIDERA, SCRIVA EVENTUALI SUGGERIMENTI/PROPOSTE PER MIGLIORARE IL SERVIZIO

La ringraziamo per il tempo che ci ha dedicato