

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

POCHI MINUTI DEL SUO TEMPO PER GARANTIRLE UN SERVIZIO MIGLIORE

DOMANDE RISERVATE ALL'ASSISTITO

1. **Sesso** Maschio
 Femmina

2. **Data di nascita** _____

3. **Da quanto tempo utilizza il servizio di assistenza domiciliare?**
 _____ mesi _____ anni

4. **Quante volte riceve il servizio alla settimana?** _____

5. **Con chi vive?**
 Da solo
 Con figlio/i
 Con altri parenti
 Coniuge/Convivente
 Con badante

6. **Da chi è venuto a conoscenza dell'esistenza del servizio?**
 Figlio/parente
 Amico/vicino di casa
 Medico di famiglia
 Medico dell'ospedale
 Assistente sociale
 Associazioni di volontariato
 Parroco
 Altro

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

7. In riferimento agli accordi stabiliti nel Progetto Assistenziale Individualizzato, in quali attività viene aiutato dagli operatori? Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo il loro operato:

Parametri	molto soddisfatto	soddisfatto	insoddisfatto	molto insoddisfatto
Vestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene Personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagno assistito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzata e posizionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cura della casa (igiene ambientale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aiuto nella somministrazione dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custodia sociale (accompagnamento: visite, medico di base, spesa, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Esprima quanto è soddisfatto secondo le seguenti affermazioni.

Parametri	molto soddisfatto	soddisfatto	insoddisfatto	molto insoddisfatto
Gli operatori sono cortesi e disponibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cambi degli operatori sono comunicati con sufficiente anticipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori sono quasi sempre gli stessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori sono affidabili nel rispetto degli orari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori sono attenti alle sue esigenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'è una buona comunicazione con gli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il tempo impiegato dall'operatore per svolgere le attività concordate è sufficiente rispetto al bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori eseguono regolarmente le attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

concordate

Gli orari in cui l'operatore è venuto al suo domicilio rispettano le sue esigenze

Gli operatori sono in grado di stabilire buoni rapporti con Lei e i suoi Familiari

Gli operatori sono in grado di trovare nuove soluzioni in caso di problema/i

Gli operatori nello svolgere le attività, tengono in considerazione le indicazioni sue o dei suoi familiari

9. Nell'ultimo mese quanti operatori ha cambiato?

10. Se è cambiato, il cambiamento dell'operatore Le crea disagio?

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

11. Ci sono altre attività nelle quali vorrebbe essere aiutato?

12. Ho compilato il questionario

- Da solo
 Insieme ad altri

- coniuge/partner convivente
 figli/altro parente convivente
 altro familiare non convivente
 badante
 vicino di casa
 amico
 tutore o ADS

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

13. Come giudica la qualità del servizio in generale?

- Ottima
- Buona
- Sufficiente
- Insufficiente

DOMANDE RISERVATE AI FAMILIARI

14. Sapeva a quale ufficio o servizio doveva rivolgersi per ottenere informazioni sull'assistenza domiciliare?

- SI
- NO

15. Ha riscontrato difficoltà nel ricevere le informazioni?

Parametri	Molte	Abbastanza	Poche	Per niente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Per attivare il servizio ha individuato facilmente l'operatore a cui rivolgersi?

Parametri	Molte	Abbastanza	Poche	Per niente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. I tempi di attesa per accedere al servizio sono stati rapidi?

Parametri	Molte	Abbastanza	Poche	Per niente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Le informazioni fornite sono state complete?

Parametri	Molte	Abbastanza	Poche	Per niente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Nel ricevere le informazioni è stato usato un linguaggio semplice?

- Si
- No

20. È facile effettuare reclami/ proporre suggerimenti?

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

- Sì
 No

SE sì Il servizio ha affrontato il reclamo in modo soddisfacente?

- Sì
 No

21. Si sente realmente aiutato/supportato dal servizio rispetto alle sue aspettative?

Parametri **Molte** **Abbastanza** **Poche** **Per niente**

22. Come percepisce la soddisfazione dell'assistito rispetto al servizio erogato?

Parametri **Ottima** **Buona** **Sufficiente** **Insufficiente**

Questo spazio è destinato a osservazioni e suggerimenti:

GRAZIE PER LA VOSTRA COLLABORAZIONE. IL VOSTRO PARERE CI SERVIRA' PER OFFRIRVI UN SERVIZIO MIGLIORE.