



QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Pagina: 1 di 4

POCHI MINUTI DEL SUO TEMPO PER GARANTIRLE UN SERVIZIO MIGLIORE

- 1. Sesso** Maschio
 Femmina

2. Data di nascita

3. Da quanto tempo è utente del servizio di assistenza domiciliare?

_____ giorni _____ mesi _____ anni

4. Con chi vive l'assistito?

- Da solo
 Con figlio/i
 Con altri parenti
 Coniuge/Convivente
 Con badante

5. Da chi è venuto a conoscenza dell'esistenza del servizio?

- Campagna informativa del Comune
 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

Pagina: 2 di 4

6. In riferimento agli accordi stabiliti in quali attività viene aiutato dagli operatori? Esprima inoltre il suo grado di soddisfazione riguardo il loro operato:

	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	<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"/>
Servizio di lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnamento (<i>visite, medico di base, ecc</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare la spesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commissioni varie (<i>Pagamento utenze, riscossione pensione, acquisto farmaci, ecc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Quanto è d'accordo con queste affermazioni?

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Gli operatori sono cortesi e disponibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori sono professionalmente preparati	<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 puntuali	<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"/>



8. Quanto ritiene importante che:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Gli operatori siano cortesi e disponibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori siano professionalmente preparati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I cambi degli operatori siano comunicati con sufficiente anticipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori siano quasi sempre gli stessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli operatori siano puntuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ci sia una buona comunicazione con gli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Nell'ultimo mese quanti operatori ha cambiato?

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

- sì, molto
- sì, poco
- no, per niente

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

.....

.

.....

.

.....

.

12. Come giudica la qualità del servizio in generale?

- Ottima
- Buona
- Sufficiente
- Insufficiente
- Pessima



DOMANDE RISERVATE AI FAMILIARI

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

- SI
 NO

14. Ha riscontrato difficoltà nel ricevere le informazioni?

- Molte
 Abbastanza
 Poche
 Per niente

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

- Molte
 Abbastanza
 Poche
 Per niente

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

- Ottima
 Buona
 Sufficiente
 Insufficiente

Questo spazio è destinato a osservazioni e suggerimenti:
