

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE
DEL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE**

Gentile Signore/a,

è nostro dovere effettuare un'indagine sulla qualità da Lei percepita sui servizi domiciliari erogati dalla nostra struttura: la Sua collaborazione, mediante la compilazione di questo questionario, **rigorosamente anonimo**, ci è particolarmente preziosa al fine di poter meglio individuare e migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

Qualora non possa compilarlo da solo/a, potrà avvalersi dell'aiuto di una persona di Sua fiducia che conosca bene i Suoi bisogni.

Il questionario, una volta compilato, dovrà essere restituito, in busta chiusa, alla Fondazione tramite un nostro operatore oppure spedito al seguente indirizzo: Fondazione "Casa di Industria" Onlus – Via Veronica Gambarà n° 6 – 25121 Brescia.

La ringraziamo sin d'ora per la disponibilità e la collaborazione.

Il Direttore Generale
Dott.ssa  Giugiana Terenghi



oooooooooooooooooooooooooooo

1. Informazioni generali dell'utente

Età (In anni compiuti) _____ **Sesso:** Maschio Femmina
Nazionalità: Italiana Straniera
Scolarità: Nessuna Scuola obbligo Scuola Superiore Laurea

2. Secondo Lei, le informazioni sulle prestazioni fornite dai diversi professionisti coinvolti nel Servizio di Assistenza Domiciliare (medico, infermiere, medico specialista, ecc...), sui tempi e sugli orari di visita sono state chiare?

Prestazioni: per nulla poco abbastanza molto
Orari: per nulla poco abbastanza molto
Tempi: per nulla poco abbastanza molto

3. Quali sono gli operatori venuti al Suo domicilio?

Infermiere

Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?
 per nulla poco abbastanza molto

Medico geriatra

Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?
 per nulla poco abbastanza molto

Medico fisiatra

Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?
 per nulla poco abbastanza molto

Fisioterapista

Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?
 per nulla poco abbastanza molto

ASA/OSS

Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?
 per nulla poco abbastanza molto

Educatore professionale

Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?
 per nulla poco abbastanza molto

Psicologo

Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?
 per nulla poco abbastanza molto





4. Che tipo di prestazioni sono state effettuate da questi operatori?

5. Metta una crocetta sull'atteggiamento tenuto dagli operatori che sono venuti al Suo domicilio:

- Gentilezza: per nulla poco abbastanza molto
- Sicurezza nel gestire la situazione: per nulla poco abbastanza molto
- Capacità nella risoluzione di problemi: per nulla poco abbastanza molto
- Attenzione alle Sue esigenze: per nulla poco abbastanza molto
- Informazioni sulla situazione sanitaria: per nulla poco abbastanza molto
- Comportamento adatto alle richieste: per nulla poco abbastanza molto
- Affidabilità nel rispetto degli orari: per nulla poco abbastanza molto
- Capacità di stabilire buoni rapporti con paziente e famigliari: per nulla poco abbastanza molto

6/a. Dal punto di vista pratico l'infermiere ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla poco abbastanza molto non saprei

6/b. Dal punto di vista pratico il Medico Geriatra ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla poco abbastanza molto non saprei

6/c. Dal punto di vista pratico il Medico Fisiatra ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla poco abbastanza molto non saprei

6/d. Dal punto di vista pratico il Fisioterapista ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla poco abbastanza molto non saprei

6/e. Dal punto di vista pratico gli operatori ASA/OSS ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla poco abbastanza molto non saprei

6/f. Dal punto di vista pratico l'Educatore Professionale ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla poco abbastanza molto non saprei

6/g. Dal punto di vista pratico lo Psicologo ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla poco abbastanza molto non saprei

7. Gli orari con cui sono venuti a domicilio, rispettano le Sue esigenze?

- Sì No

Se la Sua risposta è stata no, quale orario riterrebbe più adatto alle sue esigenze e per quale motivo? _____





8. Ritiene soddisfacente la frequenza con cui gli operatori sono venuti a domicilio per rispondere ai Suoi problemi?

Sì No

Se no, Perché?

9. In caso di bisogno urgente, gli operatori sono intervenuti in modo rapido?

Sì No

Se sì, chi è intervenuto?

10. Ritiene che il Suo stato di salute sia migliorato dall'intervento del Servizio?

Sì No

Se no, Perché?

11. Si ritiene soddisfatto del Servizio domiciliare?

Sì No

Se no, Perché?

12. Come giudica in generale la qualità del servizio erogato?

ottima buona sufficiente insufficiente pessima

13. Ritiene che il Servizio di assistenza Domiciliare l'abbia aiutata a gestire al meglio la Sua situazione?

Sì No

Perché?

14. Quali suggerimenti può offrire per migliorare il Servizio di Assistenza Domiciliare?

15. Ha compilato il questionario:

Da solo Coniuge/Partner convivente

Altro familiare/parente/convivente:

_____ *precisare il grado di parentela*

Altro familiare/parente NON convivente:

_____ *precisare il grado di parentela*

Data di compilazione, _____

Grazie per il tempo che ci ha dedicato



