

Allegato 12

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO C-DOM

Gentile Signora/Signore,

il questionario che Le chiediamo di compilare ha lo scopo di farci capire se l'assistenza domiciliare che Le è stata fornita ha risposto alle Sue attese, oppure se poteva essere fatto di più.

Le Sue risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo ai bisogni ed alle aspettative delle persone che lo utilizzano. Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più adatta.

La informiamo che i dati inseriti e i risultati della presente indagine verranno inseriti in una banca dati in modo assolutamente anonimo.

Il questionario viene compilato in data:

- Dall'assistito
- Con l'aiuto di familiari/conoscenti
- Da un familiare
- Con l'aiuto di un operatore
- Altro

Figura sanitaria in esame:

- Infermiere
- Fisioterapista
- Medico specialista
- Altro professionista

Informazioni generali:

- sesso M F
- anni compiuti
- nazionalità

È soddisfatto delle informazioni che riceve da chi svolge le prestazioni assistenziali al suo domicilio?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

Dal punto di vista pratico chi svolge le prestazioni assistenziali al suo domicilio ha soddisfatto le sue esigenze?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

È soddisfatto, in generale, dell'organizzazione del servizio che Le è stato offerto a domicilio?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

È soddisfatto del rapporto che si è creato con la figura sanitaria in esame?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

Come valuta la tempestività del servizio nella gestione dei problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

In assenza di questa assistenza ricevuta avrebbe dovuto lasciare il Suo domicilio?

- Sì
- No

Solo in caso di risposta affermativa alla domanda precedente, dove avrebbe potuto ricevere le cure di cui aveva bisogno?

- Ospedale
- Casa di riposo
- Domicilio di parenti/conoscenti
- Altro
- Non saprei

Nel complesso quanto si ritiene soddisfatto del servizio ricevuto?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

Altre osservazioni/suggerimenti:
