



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – SERVIZIO C-DOM

*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 Cooperativa tramite un nostro operatore oppure spedito al seguente indirizzo: Cooperativa Sociale L'Arca, via D.P Buzzetti, 41 - 23022 Chiavenna (SO).

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

INFORMAZIONI GENERALI

Data di compilazione del questionario _____

Il questionario è stato compilato da:

- utente
 utente + familiare/referente
 familiare
 altro (specificare) _____

Età dell'utente del servizio (in anni compiuti) _____ Sesso maschio femmina

1. Secondo Lei, le informazioni iniziali sulle prestazioni fornite dai diversi professionisti della Cooperativa coinvolti nel Servizio di Assistenza Domiciliare sono state chiare?

- per nulla poco abbastanza molto

2. Quali sono gli operatori venuti al Suo domicilio?

Infermiere	<input type="checkbox"/>	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	Logopedista	<input type="checkbox"/>
ASA/OSS	<input type="checkbox"/>	Psicologo	<input type="checkbox"/>	Educatore	<input type="checkbox"/>
Medico fisiatra	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>	_____	

3. Che tipo di prestazioni sono state effettuate da questi operatori (ex, prelievi, medicazioni, fisioterapia, ecc.)?

4. Metta una crocetta sull'atteggiamento tenuto dagli operatori:

-Gentilezza:

per nulla poco abbastanza molto

-Danno sicurezza perché sanno sempre gestire la situazione:

per nulla poco abbastanza molto

-Sono capaci di trovare nuove soluzioni in caso di problema

per nulla poco abbastanza molto

-Risposta alle informazioni richieste:

per nulla poco abbastanza molto

-Sono capaci di stabilire buoni rapporti con il paziente ed i famigliari

per nulla poco abbastanza molto

Sono competenti

per nulla poco abbastanza molto

5. Gli operatori che sono intervenuti a domicilio hanno soddisfatto le sue esigenze ?

Operatore	molto soddisfatto	abbastanza soddisfatto	poco soddisfatto	per nulla soddisfatto	Non so
Infermiere					
Fisioterapista					
ASA/OSS					
Psicologo					
Educatore					
Medico Fisiatra					
Medico Geriatra					

Metta una crocetta

Se insoddisfatto o parzialmente insoddisfatto perché:

6. Ritiene che la frequenza degli accessi sia coerente con il PAI programmato?

Si No Se no, perché? _____

7. In caso di bisogno, al di fuori degli accessi programmati, gli operatori sono intervenuti?

Si No Se si, chi è intervenuto? _____

8. Ritiene che le problematiche per cui è stato attivato il servizio siano migliorate dopo l'intervento degli operatori?

Si No Se no, perché? _____

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

Ottima Buona Sufficiente
Insufficiente Pessima

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

Si No In parte Perché?

11. In generale quali prestazioni vorrebbe che fossero offerte dal Servizio di Assistenza Domiciliare che ora non vengono offerte?

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

Grazie per il tempo che ci ha dedicato