

## **Ci interessa la sua opinione**

Questionario di gradimento dell'assistenza domiciliare Integrata – CDOM

Gentile Signora /Signore,

Le chiediamo la cortesia di compilare questo questionario al fine di valutare la qualità del Servizio erogato dai nostri operatori e quindi offrirle un servizio sempre migliore e più rispondente alle sue esigenze. Il questionario è anonimo e viene distribuito ad un campione di persone e le risposte non consentono pertanto la Sua identificazione. Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che le sembra più adatta. Una volta compilato il questionario va imbustato nella busta allegata.

La ringraziamo anticipatamente per la sua collaborazione.

**Il questionario viene compilato in data** \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Da:**

- ☐ Assistito /a
- ☐ Coniuge /Partner convivente
- ☐ Altro familiare /parente convivente (specificare)
- ☐ Altro familiare /parente NON convivente (specificare)
- ☐ Badante
- ☐ Età in anni compiuti \_\_\_\_\_

**Come e perche' ha scelto la nostra Cooperativa** \_\_\_\_\_

**Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a dell'assistenza domiciliare che Le è stata fornita dai nostri operatori?**

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Moltissimo               | Molto                    | Abbastanza               | Poco                     | Per nulla                |

### **1. Aspetti che hanno influito maggiormente sulla sua soddisfazione?**

- ☐ Rapidità nell'avvio dell' assistenza
- ☐ Competenza /capacità degli operatori
- ☐ Gentilezza e premurosità degli operatori
- ☐ Risposta completa ai mie bisogni ( tempi di assistenza e materiali utilizzati )

### **2. Quale dei seguenti aspetti non l'hanno soddisfatto/a?**

- ☐ Ritardo nell'avvio delle cure
- ☐ Insufficienza delle cure ricevute
- ☐ Mi hanno curato operatori con atteggiamento di fretteolosità – non stabilità – non gentilezza

**3. Chi le ha spiegato il suo programma di assistenza?**

- ☐ L'infermiere od altro operatore del servizio che mi assiste.
- ☐ Il mio medico di famiglia.
- ☐ Altro.
- ☐ Nessuno me lo ha spiegato.

**4. Ritene che le informazioni che Le sono state date fossero chiare?**

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Moltissimo               | Molto                    | Abbastanza               | Poco                     | Per nulla                |

**5. E' stato effettuato tutto quello che era previsto nel programma dell'assistenza?**

- ☐ Qualcosa in più
- ☐ Quello che era previsto
- ☐ Qualcosa in meno
- ☐ E' stato cambiato durante il percorso di cure.

**6. Quali operatori l'hanno assistito?**

- ☐ Fisioterapista.
- ☐ Infermiere.
- ☐ ASA Operatore per cura/igiene personale ( è l'operatore professionale che l'aiuta ad alzarsi dal letto, a vestirsi, a fare il bagno, l'igiene ecc.)
- ☐ Psicologo.
- ☐ Educatore.
- ☐ Altro medico specialista ( Fisiatra, Palliatore, Geriatra, Nutrizionista,) -

**7. Quando ci sono stati cambiamenti di operatori (per ferie, malattie ecc.) ha avuto disagi?**

- ☐ Si
- ☐ No

Se ha risposto **si** quali erano / sono le difficoltà \_\_\_\_\_

A chi li ha segnalati \_\_\_\_\_

**8. Indichi eventuali osservazioni o suggerimenti :**

---



---



---