



# COOPERATIVA SOCIALE IL DONO

Sede legale e operativa: via Spartana, 2  
24064 Sarnico (BG) - C.F e P.IVA  
02827740164  
Tel. - Fax. 035/936369  
Mail: cooperativa.ildono@libero.it

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Gentile signore/a,

con il presente questionario avremmo il piacere di chiedere la sua preziosa collaborazione al fine di poter meglio individuare possibili miglioramenti nel nostro servizio.

La compilazione del questionario è anonima e deve essere consegnato in busta chiusa alla cooperativa tramite un nostro operatore o spedito all'indirizzo dell'ufficio sopra riportato.

Se lei non fosse in grado di poterlo compilare, può avvalersi dell'aiuto di un caregiver, il quale può del tutto sostituirsi nella compilazione se il diretto interessato non ha le facoltà mentali per farlo.

Certi di una vostra collaborazione, porgiamo distinti saluti.

Formenti Donata  
Responsabile servizio ADI

### 1. INFORMAZIONI GENERALI DELL'UTENTE

Età (in anni compiuti) \_\_\_\_\_ Sesso maschio femmina

Nazionalità italiana straniera

Scolarità nessuna scuola obbligo sc. 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:	<input type="checkbox"/> per nulla	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto
Tempi:	<input type="checkbox"/> per nulla	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto
Orari:	<input type="checkbox"/> per nulla	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Quali sono gli operatori venuti al Suo domicilio?

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

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

---

---

#### 5. Gli operatori hanno rispettato la Sua riservatezza?

- per nulla     poco     abbastanza     molto  
 per nulla     poco     abbastanza     molto  
 per nulla     poco     abbastanza     molto

Se la sua risposta è stata per nulla o poco, precisi i motivi del mancato rispetto:

---

---

#### 6. 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
- Attenzione alle Sue esigenze:             per nulla     poco     abbastanza     molto
- Informazioni  
sulla situazione sanitaria:                 per nulla     poco     abbastanza     molto
- Comportamento adatto alle  
richieste effettuate:                         per nulla     poco     abbastanza     molto
- Sono affidabili nel rispetto  
    degli orari                                     per nulla     poco     abbastanza     molto
- Sono capaci di stabilire buoni  
    rapporti con il paziente ed i  
    famigliari                                     per nulla     poco     abbastanza     molto

#### 7. Dal punto di vista pratico l'infermiere ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla soddisfatto             pocosoddisfatto             abbastanza soddisfatto   
molto soddisfatto             non saprei

#### 7. Dal punto di vista pratico il fisioterapista ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla soddisfatto             pocosoddisfatto             abbastanza soddisfatto   
molto soddisfatto             non saprei

#### 7. Dal punto di vista pratico il Medico ha soddisfatto le Sue esigenze?

- per nulla soddisfatto             pocosoddisfatto             abbastanza soddisfatto   
molto soddisfatto             non saprei

**7. Dal punto di vista pratico lo Psicologo ha soddisfatto le Sue esigenze?**

per nulla soddisfatto       pocosoddisfatto       abbastanza soddisfatto   
molto soddisfatto       non saprei

**7. Dal punto di vista pratico l'animatore ha soddisfatto le Sue esigenze?**

per nulla soddisfatto       pocosoddisfatto       abbastanza soddisfatto   
molto soddisfatto       non saprei

**7. Dal punto di vista pratico l'operatore ASA/OSS ha soddisfatto le Sue esigenze?**

per nulla soddisfatto       pocosoddisfatto       abbastanza soddisfatto   
molto soddisfatto       non saprei

**8. 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? \_\_\_\_\_

**9. Ritieni soddisfacente la frequenza con cui gli operatori sono venuti a domicilio per rispondere ai Suoi problemi?**

Sì       No

Se no, perché? \_\_\_\_\_

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

Sì       No

Se sì, chi è intervenuto? \_\_\_\_\_

**11. Ritieni che il Suo stato di salute sia migliorato dall'intervento del Servizio?**

Sì       No

Se no, perché? \_\_\_\_\_

**12. Si ritiene soddisfatto del Servizio domiciliare?**

Sì       No

Se no, perché? \_\_\_\_\_

**13. Come giudica in generale la qualità del servizio erogato?**    Ottima     Buona

Sufficiente  Insufficiente  Pessima

**14. Ritieni che il Servizio di assistenza Domiciliare l'abbia aiutata a gestire al meglio la Sua situazione?**

Sì

No

**Perché?**

---

---

**15. Quali prestazioni vorrebbe che fossero offerte dal Servizio di Assistenza Domiciliare che ora non sono offerte?**

---

---

---

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

---

---

---

---

**17. HA COMPILATO IL QUESTIONARIO:**

da solo  Coniuge/Partner convivente

Insieme ad altri:

altro familiare parente/convivente  \_\_\_\_\_  
*precisare il grado di parentela*

altro familiare/parente NON convivente  \_\_\_\_\_  
*precisare il grado di parentela*

badante

vicino di casa

volontario

amico/a

Il Questionario è stato compilato dal Tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona assistita

**18. Ha altre cose da aggiungere? Ci sono cose per Lei poco soddisfacenti che vorrebbe segnalare?**

---

---

---

Data di compilazione, \_\_\_\_\_

*Grazie per il tempo che ci ha dedicato*

