



## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE FORNITA CON IL VOUCHER SOCIO- SANITARIO

### Ci interessa la Sua opinione

Gentile Signora/ Signore,

il questionario che Le chiediamo di compilare ha lo scopo di farci capire se **l'assistenza domiciliare che La Società A.A.C. Aurea Assistenza e Cura Gestioni srl le ha fornito attraverso il voucher socio-sanitario** 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 ed individuare possibili nodi critici riscontrati durante il trattamento.*

Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più adatta. Potrà riconsegnarlo all'operatore al termine dell'assistenza in busta chiusa.

La ringraziamo della collaborazione.

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

dall'assistito     con l'aiuto di familiari o conoscenti     con l'aiuto di un operatore     altro \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI GENERALI

**Sesso**     maschio     femmina    **Età:** in anni compiuti \_\_\_\_\_    **Nazionalità**  italiana     straniera

**Scolarità**     nessuna     scuola obbligo     Scuola Superiore     laurea/altro titolo universitario

**1) E' soddisfatto del tempo che è intercorso tra la sua richiesta di attivazione del voucher socio-sanitario e il primo contatto avuto con la/le figura/e professionale/i richiesta/e?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Poco Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**2) E' soddisfatto delle informazioni avute dal Referente della Cooperativa su come può utilizzare ed attivare il voucher socio-sanitario?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Poco Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**3) E' soddisfatto delle informazioni che riceve da chi svolge in casa Sua le prestazioni acquistate con il voucher socio-sanitario?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Poco Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**4) Indichi cortesemente quali professionisti sono intervenuti a casa Sua (anche più risposte)**

|  |  |                                 |  |
|--|--|---------------------------------|--|
| Infermiere<br><input type="checkbox"/> | Fisioterapista<br><input type="checkbox"/> | ASA<br><input type="checkbox"/> | Medico specialista<br><input type="checkbox"/> |
|  |  |                                 | Indicare quale: _____                          |

**5) Dal punto di vista pratico l'infermiere ha soddisfatto le Sue esigenze?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Poco Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**6) Dal punto di vista pratico il fisioterapista ha soddisfatto le Sue esigenze?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Poco Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**7) Dal punto di vista pratico l'ASA ha soddisfatto le Sue esigenze?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Poco Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto Così Così<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**8) Dal punto di vista pratico il medico specialista ha soddisfatto le Sue esigenze?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Poco Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**9) E' soddisfatto, in generale, dell'organizzazione del servizio che Le è stato offerto a domicilio (orari, turnazione del personale, ecc.)?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | poco soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**10) E' soddisfatto del rapporto che si è creato con il professionista che si è maggiormente occupato di Lei? Indicare quale professionista:**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | poco soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

**11) Come valuta la tempestività del servizio nell'affrontare eventuali problemi importanti che si siano presentati durante il periodo di assistenza:**

|   |   |                                      |                                   |                                    |  |
|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| Insufficiente<br><input type="checkbox"/> | Sufficiente<br><input type="checkbox"/> | Discreta<br><input type="checkbox"/> | Buona<br><input type="checkbox"/> | Ottima<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|

**12) Come valuta la capacità del servizio di rispondere agli eventuali problemi che si sono presentati durante il periodo di assistenza:**

|   |   |                                      |                                   |                                    |  |
|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| Insufficiente<br><input type="checkbox"/> | Sufficiente<br><input type="checkbox"/> | Discreta<br><input type="checkbox"/> | Buona<br><input type="checkbox"/> | Ottima<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|

**13) In assenza dell'assistenza ricevuta con il voucher socio-sanitario avrebbe dovuto lasciare il Suo domicilio?  SI  NO**

**14) Dove avrebbe potuto ricevere le cure di cui aveva bisogno? (rispondere solo se ha risposto SI alla domanda precedente 13)**

|                                      |  |   |                                   |  |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------------------|--|
| Ospedale<br><input type="checkbox"/> | Casa di riposo<br><input type="checkbox"/> | Domicilio di parenti o conoscenti<br><input type="checkbox"/> | Altro<br><input type="checkbox"/> | Non Saprei<br><input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------------------|--|

**15) Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio di assistenza socio-sanitaria ricevuto con il voucher tramite la Cooperativa?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| per nulla soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | poco soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | soddisfatto COSI COSI<br><input type="checkbox"/> | abbastanza Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | Molto Soddisfatto<br><input type="checkbox"/> | non saprei<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|---|--|---|--|

Indicate le eventuali difficoltà che avete incontrato (esempio: tempi di attesa, scarse informazioni, difficoltà nel contattare gli operatori, etc...)

**16) Altre osservazioni e/o suggerimenti:**