

## Questionario gradimento Servizio Cure Domiciliari (C-DOM)

*Gentile Cliente,*

*al fine di garantire un servizio sempre più aderente alle esigenze dei nostri utenti, Le chiediamo di dedicare alcuni minuti alla compilazione del seguente questionario, le cui informazioni potranno esserci utili per migliorare il nostro servizio. Una volta compilato in tutte le sue parti, Le chiediamo di inserirlo nella busta allegata e consegnarlo al nostro operatore che viene presso il Suo domicilio.*

*Grazie per la collaborazione.*

\*\*\*\*\*

1) Da chi è venuto a conoscenza del nostro servizio?

- Medico di famiglia
- Amici/conoscenti
- Figlio/parenti
- Assistente Sociale del Comune
- Altro

2) Quante volte a settimana riceve il servizio?

- 1 volta
- 2 volte
- 3 volte
- 4 volte
- 5 volte
- Più di 5 volte a settimana

3) Quali sono gli operatori venuti al Suo domicilio?

- Operatore/Assistente Socio Sanitario
- Infermiere
- Fisioterapista
- Medico

4) Come giudica - in termini generali - la qualità del servizio che ha ricevuto dai nostri operatori?

- Pessima
- Insufficiente
- Sufficiente
- Buona
- Ottima

5) Come giudica questi diversi aspetti del nostro servizio?

Puntualità nell'erogazione del servizio	Insufficiente	Pessima	Sufficiente	Buona	Ottima
Chiarezza delle informazioni ricevute	Insufficiente	Pessima	Sufficiente	Buona	Ottima
Cortesia e disponibilità degli operatori	Insufficiente	Pessima	Sufficiente	Buona	Ottima
Professionalità degli operatori	Insufficiente	Pessima	Sufficiente	Buona	Ottima

6) Consiglierebbe ai suoi parenti e/o amici il nostro servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)?

- Sì
- No
- Non so

\*\*\*\*\*

Età dell'assistito: \_\_\_\_\_

Sesso dell'assistito:

- Maschio
- Femmina

Nazionalità dell'assistito:

- Italiana
- Non italiana

Con chi vive l'assistito?

- Da solo
- Con il coniuge/convivente
- Con figlio/i
- Con altri parenti
- Con la badante

Chi ha compilato il presente questionario?

- L'assistito da solo
- Un parente
- Un amico/la badante
- Assieme all'operatore