



COMUNE DI VIGONOVO

CITTA' METROPOLITANA DI VENEZIA

Via Veneto, 2

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO UTENTE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANNO 2018

Gentile utente,

l'ufficio Servizi Sociali, allo scopo di rendere sempre più efficiente il Servizio di Assistenza Domiciliare, le offre il seguente **Questionario di Gradimento per la rilevazione della sua Soddisfazione**. Il Questionario rappresenta per la nostra attività uno strumento prezioso che vuole valutare il livello qualitativo del servizio di Assistenza Domiciliare erogato e, nel contempo, individuare i punti di forza e di debolezza del servizio offerto per capire e anticipare le esigenze presenti e future e poter così progressivamente e tempestivamente riprogrammare il servizio.

Le chiediamo di dedicarci parte del suo tempo per un sincero giudizio affinché le Sue risposte e i suoi commenti diventino strumenti indispensabili per un costante e continuo impegno al miglioramento della nostra organizzazione e la gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare garantito dal Comune di Vigonovo.

Il presente questionario dovrà essere compilato in forma anonima, tutte le risposte saranno trattate in forma aggregata e nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto statistico e privacy e consegnato in busta chiusa all'Assistente Domiciliare entro il 30 novembre 2018.

◆ Per ulteriori informazioni è possibile contattare il numero 049/9834931

Eventuali motivazioni potranno essere riportate nello spazio apposito.

PRIMA DI AVERE IL SERVIZIO

1. Chi l'ha informata circa la possibilità di avere un Servizio a Domicilio con prestazioni di tipo socio-sanitario?

- un conoscente
- il medico di famiglia
- l'infermiere
- l'assistente sociale
- altro

QUALITÀ DEL SERVIZIO CHE STA RICEVENDO

2. Il Servizio di cui usufruisce l'aiuta anche ad affrontare i problemi di assistenza quotidiani?

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Igiene personale | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Cura del corpo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Gestione della casa | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

3. Se ha risposto di No ad una delle possibilità precedenti, ritiene di poter avere bisogno di aiuto per queste attività?

- Sì No

Segnalare con una crocetta le caselle che rappresentano maggiormente la sua opinione

<u>ASPETTI DEL SERVIZIO PER I QUALI CHIEDIAMO LA SUA VALUTAZIONE</u>	MOLTO SODDISFACENTE	ABBASTANZA SODDISFACENTE	POCO SODDISFACENTE	PER NULLA SODDISFACENTE
4)È soddisfatto della puntualità degli interventi?				
5)Considera adeguato il comportamento assunto dagli operatori?				
6)È soddisfatto dell'attenzione prestata alle sue esigenze durante gli interventi assistenziali?				
7)Ritiene che l'atteggiamento del personale nei Suoi confronti sia cortese e disponibile?				
8)È soddisfatto della competenza e preparazione tecnica degli operatori?				
9)Considera che gli operatori tutelino e rispettino la Sua riservatezza?				
10)Ritiene che il servizio Assistenziale risponda ai bisogni per i quali è stato richiesto?				

11. Sarebbe interessato al servizio se erogato in una fascia oraria più ampia (pomeriggio e sera)?

- Sì No

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

- Sì No

GIUDIZIO COMPLESSIVO

13. Qual è il suo giudizio complessivo sul servizio di assistenza Domiciliare?

- Molto Soddisfacente Abbastanza Soddisfacente Poco Soddisfacente Per nulla Soddisfacente

14. Quali prestazioni vorrebbe che fossero offerte da Servizio di Assistenza Domiciliare che ora non sono offerte?

.....

.....

.....

.....

.....

Grazie per la disponibilità!