



FONDAZIONE I.P.S. CARD. GUSMINI ONLUS

2025

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI
CURE DOMICILIARI**

Gentile Signora/Signore,

il questionario che Le chiediamo cortesemente di compilare ha lo scopo di farci capire se l'assistenza domiciliare che Le è stata fornita ha risposto alle Sue attese, oppure se poteva essere fatto di più. Le Sue risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo ai bisogni e alle aspettative delle persone che lo utilizzano e che lo utilizzeranno in futuro.

Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più adatta.

Per restituire il questionario compilato, La invitiamo ad utilizzare la busta che le verrà consegnata, restituendola, chiusa, al personale oppure ad inviarla presso gli Uffici Amministrativi della Fondazione Cardinal Gusmini (indirizzo sull'intestazione).

La ringraziamo per la collaborazione.

Il Presidente
Avv. Angelo Capelli

Il questionario viene compilato in *data*

- dall'utente con l'aiuto di familiari o conoscenti
 con l'aiuto di un operatore da un familiare
 altro

Sesso compilatore: F M Età compilatore:

Nazionalità compilatore:

<input type="radio"/> Italiana	<input type="radio"/> Europea	<input type="radio"/> Extraeuropea
--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Scolarità compilatore

<input type="radio"/> Nessuna	<input type="radio"/> Scuola dell'obbligo	<input type="radio"/> Scuola superiore	<input type="radio"/> Laurea
-------------------------------	---	--	------------------------------

a) Quali professionisti sono intervenuti a casa Sua (sono possibili risposte multiple):

<input type="radio"/> Infermiere	<input type="radio"/> Fisioterapista	<input type="radio"/> Asa/OSS	<input type="radio"/> Medico specialista	<input type="radio"/> Altro
----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--	-----------------------------------

b) Risponda solo se è intervenuto l'Infermiere. Dal punto di vista pratico ha soddisfatto le Sue esigenze?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

c) Risponda solo se è intervenuto il terapeuta della riabilitazione. Dal punto di vista pratico ha soddisfatto le Sue esigenze?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

d) Risponda solo se è intervenuto il personale addetto all'assistenza. Dal punto di vista pratico ha soddisfatto le Sue esigenze?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

e) È soddisfatto dal rapporto che si è creato con il professionista che si è maggiormente occupato di Lei?

Indicare quale professionista

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

f) È soddisfatto delle informazioni che ha ricevuto dagli operatori della Fondazione?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

g) In caso di importante ritardo, era stato avvisato dagli operatori?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

h) Per quanto riguarda i contatti telefonici con il Servizio, ha avuto difficoltà?

<input type="radio"/> Sempre	<input type="radio"/> A volte	<input type="radio"/> No
------------------------------	-------------------------------	--------------------------

i) I giorni e gli orari degli accessi presso la sua abitazione hanno soddisfatto le sue esigenze?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

l) Il numero degli accessi concordati sono stati rispettati?

<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No, perché
--------------------------	--

m) Come valuta la capacità del servizio di rispondere ai bisogni più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

<input type="radio"/> Insufficiente	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Discreta	<input type="radio"/> Buona	<input type="radio"/> Ottima
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------------------

n) Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio di assistenza fornito dagli operatori della Fondazione?

<input type="radio"/> Non soddisfatto	<input type="radio"/> Poco soddisfatto	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto	<input type="radio"/> Molto soddisfatto
---------------------------------------	--	--	---

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

.....

Altre osservazioni/suggerimenti:

.....

Grazie per la collaborazione.