

# QUESTIONARIO UTENTI

Gentile Signora/Signore,

il questionario che Le chiediamo di compilare ha lo scopo di farci capire se **l'assistenza domiciliare che Le è stata fornita attraverso il voucher socio-sanitario** ha risposto alle Sue attese. Le Sue risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo ai bisogni ed alle aspettative delle persone che lo utilizzano.

Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più adatta. Il questionario compilato dovrà essere riconsegnato al personale all'ultimo accesso.

La ringraziamo della collaborazione.

**Il questionario viene compilato in data ...../...../.....**

dall'assistito       con l'aiuto di familiari o conoscenti       da un familiare

con l'aiuto di un operatore       altro \_\_\_\_\_

**Tipologia di servizio**

RSA aperta

C-DOM

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

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

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

Infermiere <input type="checkbox"/>	Fisioterapista <input type="checkbox"/>	Operatore socio sanitario <input type="checkbox"/>	Medico specialista <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/>	Altro ----- <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---	--

**3. Dal punto di vista pratico l'infermiere ha soddisfatto le Sue esigenze?**

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

**4. Dal punto di vista pratico il fisioterapista ha soddisfatto le Sue esigenze?**

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

**5. Dal punto di vista pratico l'operatore socio sanitario ha soddisfatto le Sue esigenze?**

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

**6. Dal punto di vista pratico il medico specialista ha soddisfatto le Sue esigenze?**

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

# QUESTIONARIO UTENTI

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

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

## 8. Dal punto di vista pratico ..... (altro operatore) ha soddisfatto le Sue esigenze?

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <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 <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <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 <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

## 11. Come valuta la tempestività del servizio nell'affrontare i problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

Insufficiente <input type="checkbox"/>	Mediocre <input type="checkbox"/>	Appena sufficiente <input type="checkbox"/>	Buona <input type="checkbox"/>	Ottima <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	--

## 12. Come valuta la capacità del servizio di rispondere ai problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

Insufficiente <input type="checkbox"/>	Mediocre <input type="checkbox"/>	Appena sufficiente <input type="checkbox"/>	Buona <input type="checkbox"/>	Ottima <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	--

## 13. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio di assistenza socio-sanitaria ricevuto con il voucher socio-sanitario?

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--

# QUESTIONARIO UTENTI

Codice: ADI QU

Rev:03

Data: 01/05/2026

**14.Indicare le eventuali difficoltà che avete incontrato (esempio: tempi di attesa, scarse informazioni, difficoltà nel contattare gli operatori, ect.)**

Per nulla soddisfatto <input type="checkbox"/>	Poco soddisfatto <input type="checkbox"/>	Abbastanza soddisfatto <input type="checkbox"/>	Soddisfatto <input type="checkbox"/>	Molto soddisfatto <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--	--

**15. Altre osservazioni e/o suggerimenti**
