

Questionario di gradimento Servizio di RSA Aperta

Gent. Signora/Egr. Signore,

Le chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario di soddisfazione relativo al Servizio di RSA Aperta.

Riteniamo molto importante la Sua opinione rispetto agli argomenti trattati e la Sua collaborazione renderà possibile una valutazione critica della nostra organizzazione, finalizzata ad un continuo miglioramento dei servizi offerti.

I risultati raccolti saranno resi pubblici, così come previsto dalla Carta dei Servizi.

Il questionario è anonimo.

I risultati verranno inviati al sistema di elaborazione in modo aggregato, insieme a quelli degli altri Utenti, e non sarà possibile risalire al mittente.

I dati verranno trattati secondo la normativa vigente in materia di Privacy.

** Indica una domanda obbligatoria*

SEZIONE ANAGRAFICA

Inserire i dati relativi alla **persona che compila il questionario**.

1. Data di compilazione del questionario *

Esempio: 7 gennaio 2019

2. Chi compila il questionario? *

Contrassegna solo un ovale.

Assistito/a *Passa alla domanda 8.*

Familiare

Altro: _____

SEZIONE ANAGRAFICA FAMILIARE/ALTRA PERSONA DI RIFERIMENTO

3. Qual è la sua età? *

Contrassegna solo un ovale.

- Meno di 50 anni
- Tra i 51 e i 64 anni
- Tra i 65 e i 79 anni
- Oltre 80 anni

4. Lei è... *

Contrassegna solo un ovale.

- Uomo
- Donna
- Preferisco non rispondere

5. Qual è la sua nazionalità? *

Contrassegna solo un ovale.

- Italiana
- Altro: _____

6. Qual è il suo livello di istruzione? *

Contrassegna solo un ovale.

- Nessuna
- Scuola dell'obbligo
- Scuola superiore
- Laurea/altro titolo universitario

7. Qual è la sua professione? *

Contrassegna solo un ovale.

- Casalinga/o
- Pensionato/a
- Studente/ssa
- Operaio/a
- Impiegato/a
- Commerciante
- Dirigente
- Libero Professionista
- Disoccupato/a
- Altro: _____

SEZIONE ANAGRAFICA ASSISTITO/A

Inserire i dati relativi alla **persona assistita** dal servizio di RSA Aperta, **solo se diversa** dalla persona che compila il presente questionario.

8. Sesso dell'assistito

Contrassegna solo un ovale.

- Uomo
- Donna
- Preferisco non rispondere

9. Nazionalità dell'assistito/a

Contrassegna solo un ovale.

- Italiana
- Altro: _____

GRADIMENTO DEL SERVIZIO

10. E' stato/a soddisfatto/a dell'attività di valutazione della sua domanda nel momento in cui è stato attivato il servizio? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

11. **Se ha risposto No**, ne spieghi la motivazione.

12. E' stato/a soddisfatto/a dell'attività di presa in carico dei suoi bisogni da parte della Cooperativa? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

13. **Se ha risposto NO**, ne spieghi la motivazione.

Contrassegna solo un ovale.

Opzione 1

14. Al momento della presa in carico, le sono state fornite tutte le informazioni in merito a come sarebbe stato organizzato il servizio? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

15. Prima dell'avvio del servizio, è stato/a informato/a in merito all'orario di arrivo a domicilio dell'operatore? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

16. L'orario concordato è stato rispettato? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

17. Prima dell'avvio del servizio, è stato/a informato/a in merito alle mansioni che gli operatori avrebbero svolto a domicilio? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

18. Le mansioni indicate, sono state rispettate ed effettivamente svolte come si aspettava? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

GLI OPERATORI

19. Pensa che gli operatori conoscano la sua situazione e i suoi bisogni/i bisogni dell'assistito/a? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

20. Pensa che gli operatori abbiano le giuste competenze tecniche per erogare il servizio? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

21. Gli operatori si rivolgono a lei in modo educato? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

22. Gli operatori rispettano il suo diritto alla Privacy? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

23. L'operatore che viene al suo domicilio, interagisce con l'Assistito/a? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

24. **Se ha risposto SI**, le fa piacere? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

25. L'operatore che viene al suo domicilio, collabora con le persone presenti (es. altro familiare, badante, ecc.)? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

L'assistito/a vive da solo/a

26. L'operatore arriva puntualmente al domicilio? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

IL SERVIZIO

27. Ritieni che, complessivamente, il servizio dia sollievo alle difficoltà dell'assistito/a? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

28. In una scala da 1 a 10 (in cui 1 rappresenta il valore minimo e 10 il valore massimo), qual è il suo giudizio complessivo rispetto al servizio ricevuto? *

Contrassegna solo un ovale.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Conosce gli altri servizi aggiuntivi che la Cooperativa può offrirle? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

30. **Se ha risposto SI**, indichi quali servizi della Cooperativa conosce. *

31. Inserisca eventuali note e suggerimenti che possono aiutarci a migliorare il servizio.

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli