**ASSISTENZA DOMICILIARE – QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO**

**SIG./RA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Utilizzando la scala **“per niente – poco – così così – abbastanza – molto”**, valuta l’attività svolta da Medihospes/Santa Chiara per questo Progetto.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMANDE** | | **PER NIENTE** | **POCO** | **COSI' COSI'** | **ABBASTANZA** | **MOLTO** |
| RILEVANZA DEL PROGETTO SOCIO-ASSISTENZIALE | Il servizio è di aiuto? |  |  |  |  |  |
| Sai cosa puoi avere dal servizio? |  |  |  |  |  |
| Sono chiari gli orari? |  |  |  |  |  |
| PROFESSIONALITA’ DI MEDIHOSPES/SANTA CHIARA E DEL SUO PERSONALE | Gli operatori sono puntuali? |  |  |  |  |  |
| Pensi che gli operatori sappiano fare il loro lavoro? |  |  |  |  |  |
| Sei soddisfatto del rapporto che si è creato con l’operatori e l’assistente sociale? |  |  |  |  |  |
| CAPACITA’ DI PROBLEM SOLVING DI MEDIHOSPES/SANTA CHIARA | Sai chi chiamare se hai un problema con il servizio o con l’operatore? |  |  |  |  |  |
| E’ facile parlare con l’Assistente Sociale (per avere maggiori informazioni e/o contattarla quando hai la necessità di comunicare dei cambiamenti improvvisi) ? |  |  |  |  |  |
| Se accade un imprevisto, sei soddisfatto della risposta che ti viene data? |  |  |  |  |  |
| ORGANIZZAZIONE E QUALITA’ DEL SERVIZIO | Il servizio risponde alle tue necessità? |  |  |  |  |  |
| Gli orari scelti vanno bene? |  |  |  |  |  |
| Hai problemi quando bisogna cambiare l’operatore per ferie/malattie ecc.? |  |  |  |  |  |

Se qualcosa non ti piace, aiutaci a capire. Cosa si può migliorare?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_