

Gentile Signora, Egregio Signore,

La invitiamo a compilare il seguente questionario per la rilevazione del gradimento. La sua opinione ed i suoi suggerimenti ci saranno di grande utilità per migliorare la qualità dei nostri servizi.

Il questionario è anonimo e potrà inviarlo all'indirizzo sotto riportato o consegnarlo in busta chiusa all'operatore di riferimento.

Centro di Riabilitazione "E. Spalenza" Cure Domiciliari

Il questionario viene compilato in data: _____

Da: dall'assistito con l'aiuto di parenti/amici/assistente familiare da un familiare
 tutore/curatore/amministratore di sostegno

A13 – Sesso: M F **A14 - Età dell'utente:** _____

A15 – Scolarità: Scuola Obbligo Scuola Superiore Laurea Nessuna

A16 – Nazionalità: Italiana Europea Extraeuropea

A17 - Ha usufruito delle prestazioni tramite: Servizio Sanitario Nazionale Privatamente

Da chi è venuto a conoscenza del servizio Domiciliare della Fondazione?

Medico curante / pediatra Medico Ospedaliero Servizio Sociale Amici
 Operatori Associazioni Sito internet ATS/ASL

Per la compilazione, indicare punteggi da 1 (per nulla soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto)

A. È soddisfatto delle informazioni ricevute dagli operatori del servizio?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

B. Come valuta il tempo necessario per l'attivazione del Servizio?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

C. Le prestazioni sono state erogate con puntualità e continuità rispettando la programmazione e quanto le era stato comunicato?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D. E' soddisfatto della tempestività con cui sono stati affrontati i problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di presa in carico?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

E. E' soddisfatto della qualità dell'intervento professionale degli operatori del servizio (si raccomanda di valutare solo le figure effettivamente intervenute nella prestazione)

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| E.1 Operatore Accoglienza/prenotazione | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| E.2 Tecnico della Riabilitazione | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| E.3 Infermiere | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| E.4 Operatore Assistenziale | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| E.5 Medico specialista | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| E.6 Altro
(psicologo ecc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |

F. I professionisti del servizio si sono rivolti a Lei con rispetto, cortesia ed empatia?

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

G. Per quanto concerne i trattamenti riabilitativi sono stati rispettati i tempi previsti?

- SI NO

H. Quanto consiglierebbe il servizio?

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

I. Nel complesso quanto si ritiene soddisfatto del servizio?

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Le chiediamo, infine, di volerci esprimere eventuali carenze, suggerimenti o segnalare aspetti particolarmente positivi o eventuali altri servizi di cui sente particolarmente l'esigenza.

.....
.....
.....
.....
.....

Nel ringraziarla per la cortese attenzione, la informiamo che la raccolta delle informazioni del presente questionario è finalizzata ad elaborazioni statistiche che ci permettono di migliorare il servizio

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Orario 8.30-16.00
Centro di Riabilitazione "E. Spalenza"
Via Camillo Golgi 1 - Rovato (BS)
Telefono 030-72451
urp.spalenza@dongnocchi.it