

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.

## Questionario di gradimento Servizio Domiciliare Centro Santa Maria al Castello - Ambulatorio di \_\_\_\_\_

Il questionario viene compilato in data: \_\_\_\_\_

Da:

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

Età dell'utente: \_\_\_\_\_

Il questionario, è relativo alle prestazioni erogate all'utente per:

- ADI     Riabilitazione Domiciliare adulti     Riabilitazione Domiciliare minori     Altro (Es: RSA Aperta)

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 e 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**

**Orari:** Lu-Ve dalle 9:30 alle 12:00                      **Telefono:** 02/95540302  
**Mail:** [urp.pessano@dongnocchi.it](mailto:urp.pessano@dongnocchi.it)                      **Indirizzo:** Piazza Castello, 20 Pessano con Bornago