

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.

Un sentito ringraziamento per le Sua preziosa collaborazione

Questionario di gradimento Area Domiciliare Istituto Palazzolo

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: _____

Sesso: M F

Nazionalità: Italiana Europea Extraeuropea

Scolarità: Scuola Obbligo Scuola Superiore Laurea Nessuna

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

- CDOM 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

L. E' soddisfatto delle informazioni ricevute da ATS su come utilizzare il voucher socio-sanitario?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

M. Quali professionisti sono intervenuti al Suo domicilio?

Infermiere Fisioterapista ASA/OSS
 Medico Specialista Medico di Famiglia Altra Professione

N. E' soddisfatto del rapporto che si è creato con i professionisti del Servizio?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

O. In assenza dell'assistenza ricevuta con il voucher socio sanitario avrebbe dovuto lasciare il Suo domicilio?

SI NO

P. Dove avrebbe potuto ricevere le cure di cui aveva bisogno?

Ospedale Casa di Riposo Presso parenti / conoscenti
 Altro Non Saprei / NR

