

Questionario di gradimento dell'Assistenza domiciliare

Gentile Signora/Signore,

il questionario che Le chiediamo di compilare ha lo scopo di farci capire se l'assistenza domiciliare che Le è stata fornita ha soddisfatto le sue attese. Le Sue risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo agli effettivi bisogni suoi e degli altri utenti. Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che le sembra più adatta. Per rinviare il questionario compilato, La invitiamo a seguire le indicazioni fornite da chi Le ha presentato questo foglio. Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, La informiamo che i risultati del customer care verranno pubblicati sul sito aziendale ed esposti nella bacheca della sede operativa, ai fini della trasparenza.

Il questionario viene compilato in data ___/___/___

- Dall'assistito
- Con l'aiuto di familiari e conoscenti
- Da un familiare
- Con l'aiuto di un operatore
- Altro _____

INFORMAZIONI GENERALI:

Sesso maschio femmina Età in anni compiuti _____

Nazionalità italiana straniera Scolarità

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

1) E' soddisfatto delle informazioni che riceve da chi svolge in casa Sua le prestazioni socio - sanitario?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto così così
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

2) Indichi cortesemente quali professionisti sono intervenuti a casa Sua (anche più risposte)

- Infermiere
- Fisioterapista
- OSS
- Medico specialista
- Altro professionista Quale? _____

3) Dal punto di vista pratico il professionista intervenuto ha soddisfatto le Sue esigenze?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto così così
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei
- Non saprei

4) E' soddisfatto, in generale, dell'organizzazione del servizio che Le è stato offerto a domicilio (orari, turnazione del personale, reperibilità ecc.)?

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto così così
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

5) E' soddisfatto del rapporto che si è creato con il professionista che si è maggiormente occupato di Lei? Indicare quale professionista

- Per nulla soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto così così
- Abbastanza soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non saprei

6) Come valuta la tempestività del servizio nella gestione dei problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?

- Insufficiente
- Sufficiente
- Discreta
- Buona
- Ottima
- Non saprei

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE PAZIENTE



Revisione

01

del

02.02.23

MOD

QSP- MDS 9

7) Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio di assistenza socio – sanitaria ricevuto?

o Per nulla soddisfatto

o Poco soddisfatto

o Sodisfatto così così

o Abbastanza soddisfatto

o Molto soddisfatto

o Non saprei

Indicate eventuali difficoltà che avete incontrato (esempio; tempi di attesa, scarse informazioni, difficoltà nel contattare gli operatori, etc.)

Grazie per la preziosa collaborazione.