



**QUESTIONARIO SUL LIVELLO DI  
SODDISFAZIONE  
PROPOSTO AGLI UTENTI**

MOD.HSR101

Pag. 1 di 2

Gentile Signora/e, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti che l'Hospice Santa Rita mira a perseguire, La invitiamo cortesemente ad esporci, attraverso la compilazione di questo questionario, il Suo giudizio sui nostri servizi ed eventuali suggerimenti per migliorarli.

Cercheremo in questo modo di trasformare le Sue attese in migliori prestazioni.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario sono rigorosamente anonimi\*.

Se le risultasse difficile compilare autonomamente il questionario, lo stesso può essere compilato da un familiare o da un'altra persona di fiducia.

La ringraziamo per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

La Direzione Sanitaria

(\* ) I dati verranno trattati con cautela osservando le norme di Legge sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

**IL QUESTIONARIO È STAMPATO SU DUE PAGINE, LA PREGHIAMO QUINDI DI  
RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE PRESENTI.**

Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti? (indicare da 1 a 5)

1      2      3      4      5  
INSODDISFATTO       $\longrightarrow$       MOLTO SODDISFATTO

**Il paziente ha usufruito di:**

assistenza residenziale     assistenza domiciliare

**Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?**

Consigliata dal medico o struttura ospedaliera  
 Conosco gli operatori e ho fiducia in loro  
 Tramite sito internet

Consigliata da amici/familiari  
 E' vicino a casa

Altro (specificare).....

Periodo di riferimento della Sua esperienza:      Mese ..... Anno .....

**ACCESSIBILITÀ AL SERVIZIO**

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Tempo trascorso tra la richiesta inviata per l'Accettazione e il ricovero/ass. domiciliare					
Cortesia degli operatori e completezza delle informazioni					

**ASSISTENZA RICEVUTA (disponibilità, cortesia, competenza, capacità d'ascolto)**

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Personale medico					
Personale infermieristico					



**QUESTIONARIO SUL LIVELLO DI  
SODDISFAZIONE  
PROPOSTO AGLI UTENTI**

MOD.HSR101

Pag. 2 di 2

**CURE - ESAMI**

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Informazioni sul suo stato di salute (chiarezza e completezza)					
Informazioni sul trattamento sanitario ricevuto					
Rispetto della riservatezza personale durante l'assistenza sanitaria					

**ASPETTI ALBERGHIERI**

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Pulizia del reparto e dei servizi igienici					
Comfort degli ambienti di degenza					
Quantità e qualità dei pasti					

**SODDISFAZIONE GENERALE**

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Servizio, nel complesso:					

Ha percepito/vissuto eventi e/o situazioni di pericolo  No  Sì

**Se Sì, quali:**

---

---

---

---

**EVENTUALI OSSERVAZIONI/SUGGERIMENTI PER MIGLIORARE IL SERVIZIO:**

---

---

---

---

**Qualora volesse segnalare un disservizio e/o effettuare un reclamo, al fine di poter essere ricontattato, la invitiamo a compilare l'apposito modulo di Segnalazione Reclamo (richiedere al personale) e inserirlo nella cassetta posta nel soggiorno del primo piano di degenza o inviarlo all'indirizzo mail [segreteria@hospicesantarita.it](mailto:segreteria@hospicesantarita.it)**

*GRAZIE PER LA SUA DISPONIBILITÀ  
IL SUO GIUDIZIO È FONDAMENTALE PER MIGLIORARE IL NOSTRO SERVIZIO*