

Questionario di gradimento

Gentile Sig./Sig.ra,

Le chiediamo di dedicarci alcuni minuti del Suo tempo per rispondere alle domande che seguono.

Grazie al contributo degli Utenti, infatti, potremo verificare la qualità dei nostri Servizi, al fine di migliorarli e renderli più adeguati alle vostre esigenze.

Il questionario è anonimo. Per rispondere alle domande sarà sufficiente mettere una crocetta sulla casella corrispondente alla risposta scelta, tenendo presente che la scala esprime un valore crescente da 1 a 7, dove:

1 = Pessimo e 7 = Ottimo

Qualora avesse bisogno di aiuto per la compilazione, potrà rivolgersi ad un Suo familiare o conoscente oppure ad un operatore della Struttura che riterrà opportuno.

Il questionario può essere compilato anche da Persona diversa dall'Utente interessato; in questo caso i dati anagrafici dovranno essere riferiti al compilatore.

Una volta compilato, potrà lasciare il questionario nell'apposita cassetta.

La ringraziamo anticipatamente della Sua preziosa collaborazione.

DATI ANAGRAFICI

1) Età in anni: _____ **2) Sesso:** M F **3) Nazionalità:** Italiana Europea ExtraUE

4) Il questionario è compilato: (indichi una sola risposta)

dal Paziente con l'aiuto di familiari e conoscenti con l'aiuto di un operatore della struttura
 da un Parente Altro _____

5) Professione:

Casalinga Pensionato/a Studente/ssa Disoccupato/a Operaio/a
 Impiegato/a Libero Professionista Altro _____

6) Titolo di studio:

Nessuno Scuola elementare Scuola media inferiore
 Scuola media superiore Laurea Altro _____

7) È la prima volta che si rivolge a questa struttura? Sì No

8) Per quale motivo ha scelto questa struttura?

La scelta di questa struttura è stata per lei indotta (può esprimere anche più di una scelta):

dalla vicinanza all'abitazione dal fatto che in questa zona non esistono Strutture analoghe
 dalla buona reputazione della Struttura dopo averne visto la pubblicità da amico/conoscente
 dal Medico di famiglia dallo Specialista da altre Strutture del Santo Stefano

AMMISSIONE E ACCOGLIENZA

1 = Pessimo 7 = Ottimo

Una volta accolto nella Struttura, come valuta la puntualità degli appuntamenti dati?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la completezza delle informazioni ricevute sui Servizi offerti dalla Struttura?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la cortesia del Personale al momento dell'accoglienza in Struttura?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la completezza delle informazioni ricevute sull'organizzazione del Servizio?	1	2	3	4	5	6	7

ASPETTI DI COMFORT

1 = Pessimo 7 = Ottimo

Come valuta la pulizia degli ambienti di ambulatori e palestre?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta il comfort e la cura degli ambienti del Centro?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la pulizia dei Servizi igienici?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la pulizia ed il decoro dell'abbigliamento professionale degli Operatori?	1	2	3	4	5	6	7

ASSISTENZA MEDICA

(non rispondere se non ha avuto relazioni con i nostri Medici)

1 = Pessimo 7 = Ottimo

Come valuta la disponibilità dei Medici ad ascoltarLa ed a rispondere alle Sue domande?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la cortesia dei nostri Medici?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la completezza delle informazioni fornite dai Medici su esami, cure e terapia?	1	2	3	4	5	6	7

ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE

1 = Pessimo 7 = Ottimo

Come valuta la disponibilità del Personale Sanitario ad ascoltarLa ed a rispondere alle Sue domande?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la completezza delle informazioni fornite dal Personale Sanitario sulla terapia?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta l'accuratezza dei trattamenti riabilitativi che ha ricevuto?	1	2	3	4	5	6	7

ASSISTENZA SOCIALE

(non rispondere se non si è usufruito del Servizio Sociale)

1 = Pessimo 7 = Ottimo

Come valuta la disponibilità dell'Assistente Sociale ad ascoltarLa ed a rispondere alle Sue domande?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la cortesia dell'Assistente Sociale?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta l'accuratezza del lavoro svolto dal Servizio Sociale?	1	2	3	4	5	6	7

ASPETTI RIGUARDANTI IL SUO PERCORSO DI CURA

1 = Pessimo 7 = Ottimo

Come valuta la disponibilità del personale della riabilitazione ad ascoltarLa e a rispondere alle Sue domande?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la chiarezza delle informazioni fornite dal personale della Riabilitazione sui trattamenti?	1	2	3	4	5	6	7
Il Personale di Riabilitazione si è rivolto a Lei con rispetto e cortesia?	1	2	3	4	5	6	7

ALTRI ASPETTI

1 = Pessimo 7 = Ottimo

Al momento del Suo arrivo nel Centro, come valuta la chiarezza delle informazioni ricevute sull'Operatore a cui far riferimento per i suoi problemi di salute?	1	2	3	4	5	6	7
Durante il periodo di terapia, come valuta l'adeguatezza delle informazioni ricevute sul suo stato di salute?	1	2	3	4	5	6	7
Quanto ritiene che sia stata rispettata la Sua privacy da parte degli Operatori?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta la completezza delle informazioni ricevute sulle cure e/o procedure da seguire dopo la fine delle terapie o alla dimissione?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta il suo percorso riabilitativo rispetto alle aspettative che aveva all'inizio della terapia?	1	2	3	4	5	6	7
Come valuta l'organizzazione della Struttura nel suo insieme?	1	2	3	4	5	6	7

In base della Sua esperienza, che opinione ha maturato sulle competenze professionali di chi l'ha assistita/curata?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Come valuta complessivamente la sua esperienza in questa Struttura?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Quali sono gli aspetti che ha gradito maggiormente? (indichi al massimo tre risposte)

Organizzazione della struttura	Informazioni ricevute	Qualità delle cure a Lei prestate	Disponibilità all'ascolto da parte degli operatori	Cortesìa da parte degli operatori	Aspetti di comfort	Riservatezza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quali sono gli aspetti che ha gradito meno? (indichi al massimo tre risposte)

Organizzazione della struttura	Informazioni ricevute	Qualità delle cure a Lei prestate	Disponibilità all'ascolto da parte degli operatori	Cortesìa da parte degli operatori	Aspetti di comfort	Riservatezza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consiglierebbe ad altri questa struttura?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

EVENTUALI SEGNALAZIONI O SUGGERIMENTI

Data di compilazione ____/____/____