

**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE
UTENTE - FAMILIARE - TUTORE**

Pagina 1 di 4

MESE DI COMPILAZIONE :

1	2	3	4	X	6	7	8	9
10	11	12						

ANNO DI COMPILAZIONE :

2022

ETA' DEL PAZIENTE

3 ANNI

SESSO

M

X

DA QUANTO TEMPO E' IN CARICO AL SERVIZIO :

<input type="checkbox"/>	0 - 6 MESI
<input checked="" type="checkbox"/>	6 - 12 MESI
<input type="checkbox"/>	OLTRE I 12 MESI

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL SERVIZIO :

- ASL
- CONOSCENTI/AMICI
- INTERNET
- MEDICO DI BASE/PEDIATRA
- ALTRO

**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE
UTENTE - FAMILIARE - TUTORE**
LEGENDA
1=PER NIENTE → 4= MOLTO
0= NON VALUTABILE
ACCESSIBILITA':
1 E' facile accedere alla struttura ?

 1 2 ~~3~~ 4 0

(parcheggio / mezzi pubblici)

2 Vi è sufficiente attenzione all'accesso

 1 2 3 ~~4~~ 0

 per i pazienti con disabilità o con
difficoltà deambulatorie?

COMFORT:
1 Adeguatezza degli ambienti,
servizi igienici e arredi dei locali

 1 2 3 ~~4~~ 0

2 Pulizia dei locali

 1 2 3 ~~4~~ 0

QUALITA' DELLE RELAZIONI:
1 Ritiene che l'*atteggiamento* degli operatori del centro sia *professionale e cortese*?

Personale della segreteria

 1 2 3 ~~4~~ 0

Coordinatori

 1 2 3 ~~4~~ 0

Medico di riferimento

 1 2 3 ~~4~~ 0

Terapista

 1 2 3 ~~4~~ 0

Psicologo

 1 2 3 ~~4~~ 0

Assistente sociale

 1 2 3 ~~4~~ 0

Direzione Sanitaria

 1 2 3 ~~4~~ 0

QUALITA' DELL'INTERVENTO DI CURA E RIABILITAZIONE

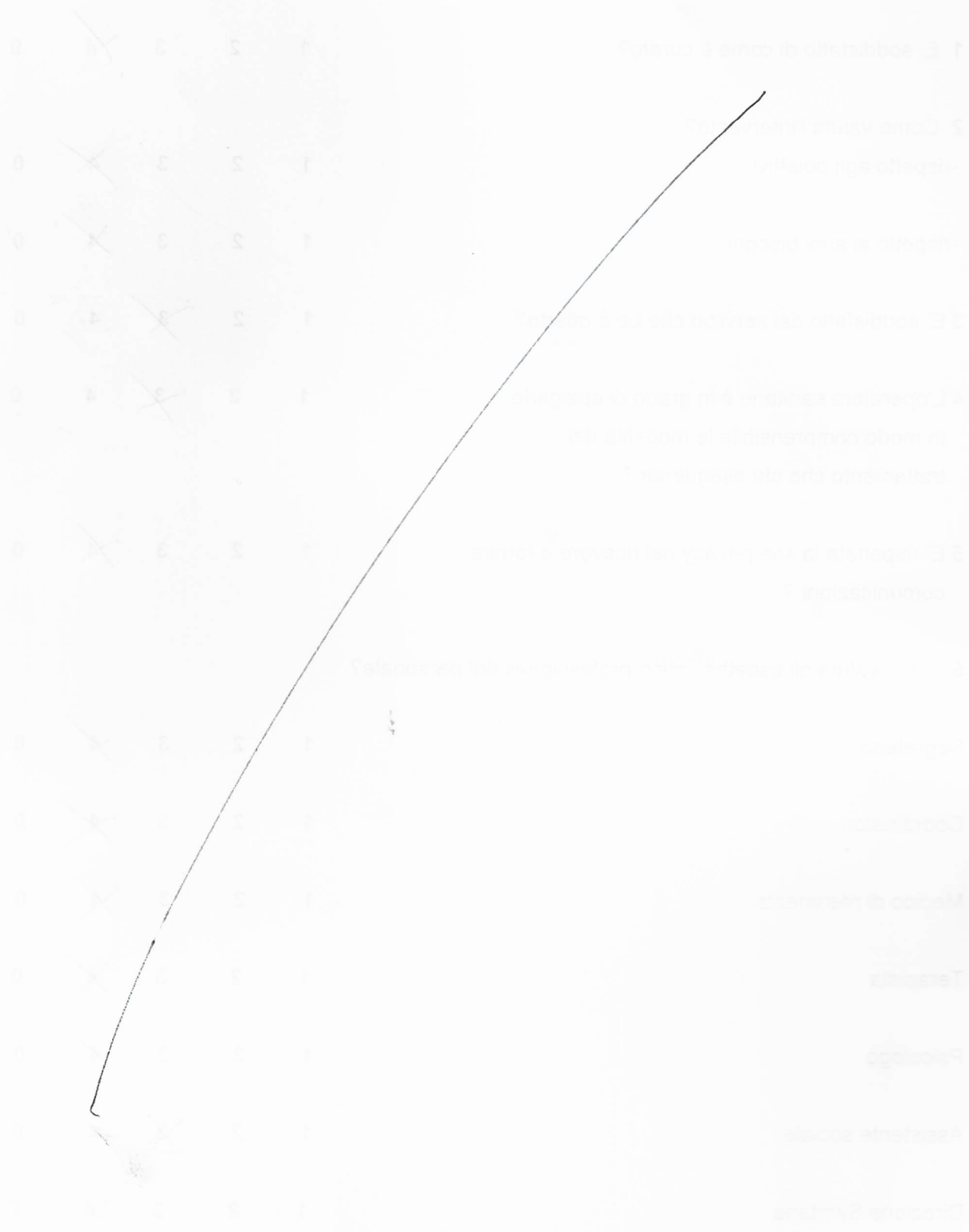
1 E' soddisfatto di come è curato?	1	2	3	4	0
2 Come valuta l'intervento?					
-rispetto agli obiettivi	1	2	3	4	0
-rispetto ai suoi bisogni	1	2	3	4	0
3 E' soddisfatto del servizio che Le è offerto?	1	2	3	4	0
4 L'operatore sanitario è in grado di spiegarle in modo comprensibile le modalità del trattamento che sta eseguendo?	1	2	3	4	0
5 E' rispettata la sua privacy nel ricevere o fornire comunicazioni ?	1	2	3	4	0
6 Come valuta gli aspetti tecnico-professionali del personale?					
Segreteria	1	2	3	4	0
Coordinatori	1	2	3	4	0
Medico di riferimento	1	2	3	4	0
Terapista	1	2	3	4	0
Psicologo	1	2	3	4	0
Assistente sociale	1	2	3	4	0
Direzione Sanitaria	1	2	3	4	0

EVENTUALI OSSERVAZIONI:

**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE
UTENTE - FAMILIARE - TUTORE**

Pagina 4 di 4

Se lo desidera può aggiungere osservazioni in merito al servizio o su di un singolo operatore:



The grid area contains a large, faint watermark of a brain icon. The grid itself is mostly blank, with some very faint, illegible markings that appear to be bleed-through from the reverse side of the page. There are no handwritten observations or data points visible in this section.

**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE
UTENTE - FAMILIARE - TUTORE**

Pagina 1 di 4

MESE DI COMPILAZIONE :

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12						

ANNO DI COMPILAZIONE :

2022

ETA' DEL PAZIENTE

6 ANNI

SESSO

F

DA QUANTO TEMPO E' IN CARICO AL SERVIZIO :

<input checked="" type="checkbox"/>	0 - 6 MESI
<input type="checkbox"/>	6 - 12 MESI
<input type="checkbox"/>	OLTRE I 12 MESI

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL SERVIZIO :

- ASL
- CONOSCENTI/AMICI
- INTERNET
- MEDICO DI BASE/PEDIATRA
- ALTRO

**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE
UTENTE - FAMILIARE - TUTORE**

LEGENDA

1=PER NIENTE → 4=MOLTO

0=NON VALUTABILE

ACCESSIBILITA':

1 E' facile accedere alla struttura ?
(parcheggio / mezzi pubblici)

1 2 ~~3~~ 4 0

2 Vi è sufficiente attenzione all'accesso
per i pazienti con disabilità o con
difficoltà deambulatorie?

1 2 3 ~~4~~ 0

COMFORT:

1 Adeguatezza degli ambienti,
servizi igienici e arredi dei locali

1 2 3 ~~4~~ 0

2 Pulizia dei locali

1 2 ~~3~~ 4 0

QUALITA' DELLE RELAZIONI:

1 Ritiene che l'atteggiamento degli operatori del centro sia *professionale e cortese*?

Personale della segreteria

1 2 3 ~~4~~ 0

Coordinatori

1 2 3 ~~4~~ 0

Medico di riferimento

1 2 3 ~~4~~ 0

Terapista

1 2 3 ~~4~~ 0

Psicologo

1 2 3 ~~4~~ 0

Assistente sociale

1 2 3 ~~4~~ ~~0~~

Direzione Sanitaria

1 2 3 ~~4~~ 0

QUALITA' DELL'INTERVENTO DI CURA E RIABILITAZIONE

1 E' soddisfatto di come è curato?	1	2	3	4	0
2 Come valuta l'intervento?					
-rispetto agli obiettivi	1	2	3	4	0
-rispetto ai suoi bisogni	1	2	3	4	0
3 E' soddisfatto del servizio che Le è offerto?	1	2	3	4	0
4 L'operatore sanitario è in grado di spiegarle in modo comprensibile le modalità del trattamento che sta eseguendo?	1	2	3	4	0
5 E' rispettata la sua privacy nel ricevere o fornire comunicazioni ?	1	2	3	4	0
6 Come valuta gli aspetti tecnico-professionali del personale?					
Segreteria	1	2	3	4	0
Coordinatori	1	2	3	4	0
Medico di riferimento	1	2	3	4	0
Terapista	1	2	3	4	0
Psicologo	1	2	3	4	0
Assistente sociale	1	2	3	4	0
Direzione Sanitaria	1	2	3	4	0

**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE
UTENTE - FAMILIARE - TUTORE****EVENTUALI OSSERVAZIONI:**

Se lo desidera può aggiungere osservazioni in merito al servizio o su di un singolo operatore:

