

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE CLIENTE - OdC

Prima della dimissione del paziente, La preghiamo di completare il presente questionario senza indicare nominativi di pazienti e/o familiari e di restituirlo in R.S.A. **ponendolo nella cassetta azzurra davanti all'ufficio del Responsabile.**

Nel caso Lei non avesse usufruito di un determinato servizio, non risponda alla domanda.

La ringraziamo fin d'ora per la sua disponibilità e collaborazione.

ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI

1. LE CHIEDIAMO DI ESPRIMERE UNA VALUTAZIONE GENERALE SUI SERVIZI RESI DALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

| | MOLTO SODDISFATTO | ABBASTANZA SODDISFATTO | POCO SODDISFATTO | PER NULLA SODDISFATTO |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Ripensando alla sua esperienza e a quella del suo congiunto, come giudica complessivamente la qualità dei servizi forniti dall'Ospedale di Comunità? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. È soddisfatto di come viene organizzata la giornata nell'Ospedale di Comunità? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. LE CHIEDIAMO DI ESPRIMERE UN GIUDIZIO SUL SERVIZIO MEDICO DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ. IN BASE ALLA SUA ESPERIENZA

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Il medico la informa in modo chiaro e comprensibile sulle condizioni di salute generali del suo congiunto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Nei suoi confronti e in quelli del suo congiunto, il medico si comporta con cortesia, attenzione e disponibilità? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. LE CHIEDIAMO DI ESPRIMERE UN GIUDIZIO SUL SERVIZIO INFERMIERISTICO DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ. IN BASE ALLA SUA ESPERIENZA

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Gli infermieri dimostrano attenzione e tempestività di intervento a fronte di problemi sanitari del suo congiunto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Nel loro lavoro, gli infermieri dimostrano cortesia e disponibilità verso il suo congiunto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. LE CHIEDIAMO DI ESPRIMERE UN GIUDIZIO SUL SERVIZIO DI ASSISTENZA DI BASE (OPERATORI SOCIO SANITARI). SULLA SCORTA DELLA SUA ESPERIENZA

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Come giudica la cura dell'igiene personale verso il suo congiunto? (esempio: pulito, pettinato, curato nell'aspetto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Il comportamento degli operatori è improntato alla cortesia, attenzione e disponibilità all'aiuto verso il suo congiunto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE CLIENTE - OdC

SERVIZI DI CARATTERE ALBERGHIERO E CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA

5. OLTRE ALLE ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARIE, ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ SI SVOLGONO NUMEROSI ALTRI SERVIZI CHE CONTRIBUISCONO A GARANTIRE UNA BUONA QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE. LE CHIEDIAMO PERTANTO:

| | MOLTO SODDISFATTO | ABBASTANZA SODDISFATTO | POCO SODDISFATTO | PER NULLA SODDISFATTO |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Qual è il suo giudizio sulla pulizia e l'ordine delle stanze dei Pazienti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Come giudica il livello di manutenzione e conservazione degli edifici e degli arredi dell'Ospedale di Comunità? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. È soddisfatto del servizio di trasporto degli Ospiti fornito dall'Ospedale di Comunità? (es. visite in ospedale, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Qual è il suo giudizio sul servizio di parrucchiera/barbiere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. È soddisfatto di come viene condotto il rapporto amministrativo tra Ospedale di Comunità e parente? (es. comunicazioni, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. LE CHIEDIAMO DI ESPRIMERE UN GIUDIZIO SUGLI ASPETTI STRUTTURALI DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ: CAMERE, SPAZI COMUNI E ATTREZZATURE SANITARIE

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Le camere sono adeguate alle esigenze degli Ospiti? (es. in termini di numero letti per stanza, dimensioni, posizione, bagni in camera, dotazione di attrezzature sanitarie, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Qual è il suo giudizio sul livello di funzionalità degli spazi comuni? (es. atri, sale, salette, servizi igienici comuni, collocazione dei servizi ai piani, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Come giudica la cura che viene dedicata agli spazi esterni dell'Ospedale di Comunità? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. LE CHIEDIAMO DI RIPENSARE COMPLESSIVAMENTE AI SERVIZI EROGATI DALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ E DI ESPRIMERE UN SUGGERIMENTO:
