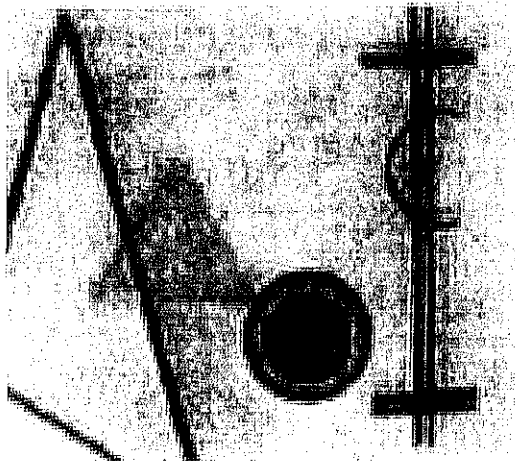
	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

01/2024

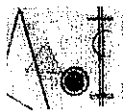


Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: R 2 D EST


	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input type="checkbox"/> Diploma; <input checked="" type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input checked="" type="checkbox"/> Impiegato; <input type="checkbox"/> Pensionato; <input checked="" type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO. (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?				X				X
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?				X				X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?				X	X			X
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO				X				X
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				X	X			
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?				X	X			
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?					X			X
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?				X				X
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI:				X				X
RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI				X				X
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO/LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?				X				X
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?				X				X
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?				X				X
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				X				X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESID SANITARI?				X	X			
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				X	X			
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?				X	X			
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?				X	X			
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				X	X			
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X				X
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:				X	X			

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 3 di 4

Ha suggerimenti per migliorare il servizio?

UNA PALESTRA
 UNA SALA PER FARE LE ATTIVITÀ
 SERVIZIO LAVANDERIA TROPPO CARO
 LETTO AUTOMATICO
 PRIMO PIATTO PIU
 SUGO

Ha segnalazioni di specifici disservizi?

Data di compilazione: 2024

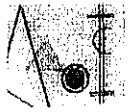
DATI FACOLTATIVI

Nome e Cognome


N° Stanza di Degenza

I dati raccolti, saranno utilizzati in conformità a quanto previsto dal Regolamento del Parlamento Europeo 679/2016 (GDPR), dal D. Lgs. 196/2003 così come integrato e aggiornato dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n° 101 a soli scopi statistici interni per l'implementazione del nostro Sistema Qualità

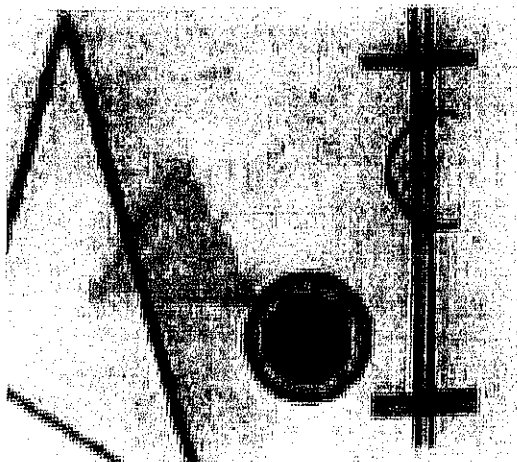
Il Responsabile Qualità di "Villa Mendicini"

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

OZ/2024




Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: R2D EST

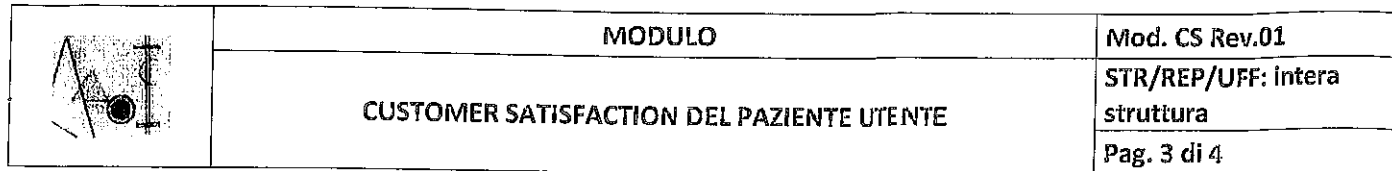
	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input checked="" type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input checked="" type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO. (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?				X				X
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?				X				X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?				X		X		
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO				X	X			
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				X		X		
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?				X	X			
HA CONTINUATO A RICEVERE INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?				X	X			
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?				X				X
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI :				X				X
RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI				X				X
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?				X				X
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?				X	X			
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?				X			X	
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				X				X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESID SANITARI?				X	X			
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				X	X			
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?				X	X			
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?				X	X			
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				X	X			
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X				X
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:				X				X



Mod. CS Rev.01

STR/REP/UFF: intera struttura

Ha suggerimenti per migliorare il servizio?

Ha segnalazioni di specifici disservizi?

VITTO POCO E FREDDO

Data di compilazione:

2024

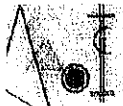
DATI FACOLTATIVI

Nome e Cognome


N° Stanza di Degenza

I dati raccolti, saranno utilizzati in conformità a quanto previsto dal Regolamento del Parlamento Europeo 679/2016 (GDPR), dal D. Lgs. 196/2003 così come integrato e aggiornato dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n° 101 a soli scopi statistici interni per l'implementazione del nostro Sistema Qualità

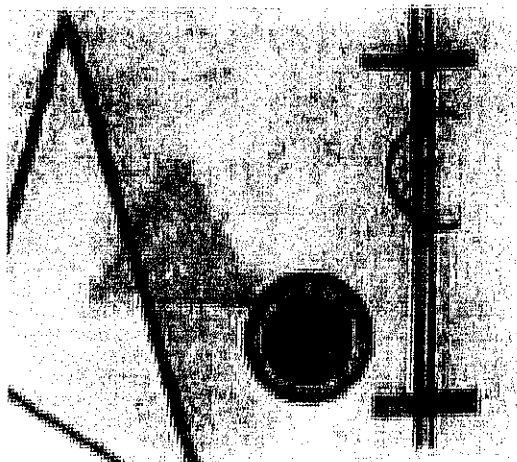
Il Responsabile Qualità di "Villa Mendicini"

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

03/2024

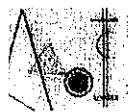


Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: ROSA D. EST


	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: Intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input type="checkbox"/> Diploma; <input checked="" type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input checked="" type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO, (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?			X				X	
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?				X				X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?		X				X		
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO	X				X			
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?		X				X		
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?	X				X			
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?		X				X		
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?			X				X	
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI : RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI	X				X			
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?			X				X	
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?			X				X	
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?		X				X		
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:	X				X			
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?				X				X
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:		X				X		
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?	X				X			
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?	X				X			
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:			X				X	
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X				X
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:		X				X		

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 3 di 4

Ha suggerimenti per migliorare il servizio?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ha segnalazioni di specifici disservizi?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data di compilazione: 2024


DATI FACOLTATIVI

Nome e Cognome


N° Stanza di Degenza

I dati raccolti, saranno utilizzati in conformità a quanto previsto dal Regolamento del Parlamento Europeo 679/2016 (GDPR), dal D. Lgs. 196/2003 così come integrato e aggiornato dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n° 101 a soli scopi statistici interni per l'implementazione del nostro Sistema Qualità

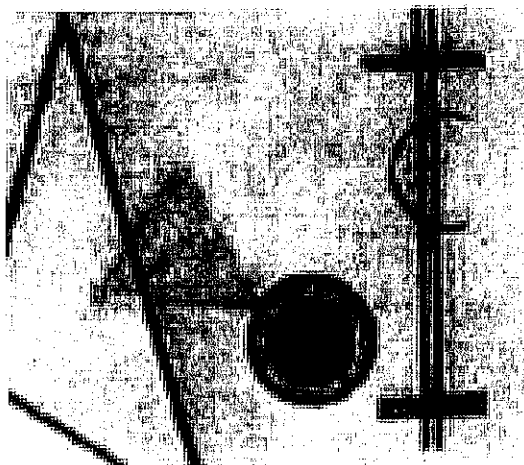
Il Responsabile Qualità di "Villa Mendicini"

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

04/2024




Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: NUCLEO
RSA - ESTENSIVO

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 2 di 4

SESSO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input checked="" type="checkbox"/> Elementare; <input type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input type="checkbox"/> Impiegato; <input checked="" type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato


In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO. (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

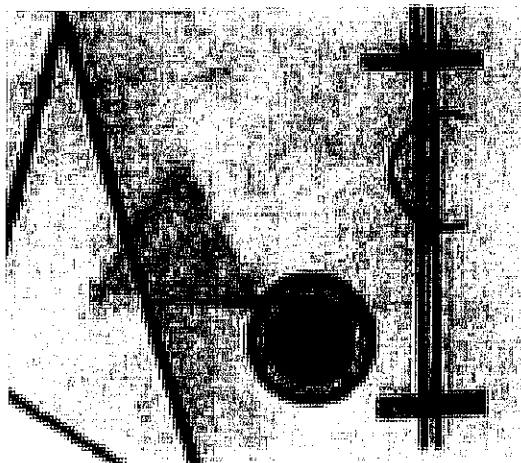
Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO IMPORTANZA				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?				X			X	
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?			X					X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?				X			X	
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO				X			X	
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?				X				X
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?			X				X	
HA CONTINUATO A RICEVERE INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?			X				X	
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?				X			X	
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI : RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI			X				X	
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATO LE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?				X			X	
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?				X				X
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?			X				X	
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				X				X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?			X				X	
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				X			X	
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?				X		X		
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?				X		X		
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				X			X	
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?			X				X	
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:				X			X	

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 1 di 4

05/2026




Gentile Paziente, Utente

il presente questionario è realizzato per raccogliere informazioni, per noi importanti, al fine di soddisfare il nostro desiderio di migliorare continuamente il servizio e le prestazioni rese e darci la possibilità di intervenire in modo specifico.

RingraziandoLa anticipatamente per l'attenzione che vorrà dedicare al presente questionario, ed informandoLa che i dati in esso contenuti non sono in nessun caso riconducibili alla persona, La preghiamo gentilmente di rispondere in modo completo a tutte le domande e segnalarci eventuali disservizi, errori o contrattempi da Lei riscontrati durante la permanenza nella nostra Struttura. Le chiediamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta presente presso il Reparto ove è ospitato.

Reparto: 2A - NUCLEO ESTENSIVO

	MODULO		Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE		STR/REP/UFF: intera struttura
			Pag. 2 di 4

SESSO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CITTADINANZA: <input checked="" type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Estera	ISTRUZIONE: <input type="checkbox"/> Elementare; <input checked="" type="checkbox"/> Diploma; <input type="checkbox"/> Laurea
ETA': <input type="checkbox"/> Da 21 a 40 anni; <input checked="" type="checkbox"/> Da 41 a 60 anni; <input type="checkbox"/> Da 61 a 80 anni; <input type="checkbox"/> Oltre 80 anni;		
PROFESSIONE: <input type="checkbox"/> Casalinga; <input type="checkbox"/> Operaio; <input checked="" type="checkbox"/> Impiegato; <input type="checkbox"/> Pensionato; <input type="checkbox"/> Disoccupato; <input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utente /Paziente con ricovero programmato		<input type="checkbox"/> Utente /Paziente privato

In relazione ai Servizi/Prestazioni ricevuti, voglia gentilmente fornirci il grado di **IMPORTANZA** (intendendo con ciò gli aspetti da Lei ritenuti prioritari nella nostra scelta) e di **SODDISFAZIONE** (intendendo con ciò la percezione su quanto le Sue esigenze o aspettative siano state da noi soddisfatte) da Lei attribuito ai seguenti aspetti, utilizzando la scala da 1 a 4 dove:

(1) indica TOTALMENTE INSODDISFATTO. (4) indica ESTREMAMENTE SODDISFATTO.

Servizio Prestazioni richieste/resi:	GRADO (IMPORTANZA)				LIVELLO SODDISFAZIONE			
	1	2	3	4	1	2	3	4
COME GIUDICA L'ACCOGLIENZA A LEI ED AI SUOI FAMILIARI O ACCOMPAGNATORI AL MOMENTO DEL RICOVERO?				X			X	
IL PERSONALE CHE LEI HA AVUTO MODO DI INCONTRARE PORTAVA CON SÉ IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO?				X				X
HA DOVUTO ATTENDERE PIÙ DI UN GIORNO PER IL RICOVERO? LE È STATO SPIEGATO DA UN OPERATORE?				X				X
AL MOMENTO DEL RICOVERO, RITIENE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMAZIONI NECESSARIE CIRCA LE REGOLE E LE ABITUDINI DI VITA NEL REPARTO				X		X		
IL PERSONALE MEDICO HA DIMOSTRATO DISPONIBILITÀ RIGUARDO ALL'ASCOLTO ED AL COLLOQUIO?			X			X		
ALL'INIZIO DEL RICOVERO, LE HANNO DATO INFORMAZIONI CIRCA IL DECORSO DELLA DEGENZA ED I CONTENUTI DELLA ASSISTENZA?				X		X		
HA CONTINUATO A RICEVER INFORMAZIONI DURANTE IL RICOVERO?			X			X		
SE, PER NECESSITÀ TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE, LE È STATO SOMMINISTRATO UN TRATTAMENTO FASTIDIOSO, GLIENE È STATA DATA INFORMAZIONE IN ANTICIPO?				X			X	
DURANTE QUESTO RICOVERO, LE È MAI RISULTATO CHE ESAMI O ACCERTAMENTI DI QUALSIASI TIPO SIANO STATI: RINVIATI-RIPETUTI PERCHÉ FATTI ALTROVE- RITENUTI INUTILI – PERCHÉ NEI REPARTI SI ERANO SMARRITI				X			X	
COME VALUTA IL TRATTAMENTO RISERVATOLE DAL PERSONAL INFERMIERISTICO SOTTO IL PROFILO SIA DELLA RISERVATEZZA CHE DELLA CORTESIA?				X				X
CHE GIUDIZIO DÀ DEL TRATTAMENTO RICEVUTO DURANTE LE ORE NOTTURNE?				X				X
CHE VALUTAZIONE DÀ DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ACCOMPAGNAMENTO DEI DEGENTI (PER L'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RADIO- DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO, CLINICI, ETC)?				X				X
RIGUARDO ALL'ACCURATEZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI, SI RITIENE:				X				X
LE È CAPITATO DI DOVER ACQUISTARE PARTICOLARI FARMACI PRESIDI SANITARI?				X				X
COME GIUDICA L'IGIENE E LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI? SI RITIENE:				X				X
HA AVUTO LA POSSIBILITÀ DI SCEGLIERE TRA DUE O PIÙ MENÙ?				X		X		
TROVA SODDISFACENTE IL LIVELLO, SIA QUANTITATIVO SIA QUALITATIVO DEI PASTI SOMMINISTRATI ED INOLTRE LE MODALITÀ E I TEMPI DELLE LORO DISTRIBUZIONI?				X		X		
RIGUARDO ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA DI RICOVERO(ORARIO DELLE VISITE, DELLE PULIZIE, ECC.) SI RITIENE:				X			X	
VIENE OSSERVATO IL DIVIETO DI FUMARE?				X				X
QUAL' È LA VALUTAZIONE GENERALE CHE DÀ DEL RICOVERO? SI RITIENE:				X			X	

	MODULO	Mod. CS Rev.01
	CUSTOMER SATISFACTION DEL PAZIENTE UTENTE	STR/REP/UFF: intera struttura
		Pag. 4 di 4

certificato secondo lo standard UNI EN ISO 9001:2015. L'eventuale diffusione degli stessi potrà avvenire solo ed esclusivamente in forma aggregata e non sarà pertanto possibile risalire all'origine del singolo compilatore..