

## Questionario di rilevazione del gradimento di prestazioni erogate Cure Domiciliari / C-Dom

Gentile Cliente,

è nostro impegno perseguire la qualità dei servizi da noi offerti, in un'ottica di miglioramento continuo ed attenzione alle Vostre esigenze. Per tale motivo è per noi importante conoscere il Suo parere circa i servizi ricevuti, perché questo ci aiuterà a guardare avanti, imparare e crescere.

Le chiediamo di compilare il presente questionario, ponendo una barretta sul grado di soddisfazione che meglio corrisponde alla Sua esperienza e farcelo avere via posta ordinaria, e-mail (info@rsacasalbuttano.eu), consegnato in portineria o direttamente ai nostri operatori. Non esiti a chiedere supporto in caso di bisogno (domande non chiare; difficoltà di lettura; etc.).

Grazie per la collaborazione.

Il Presidente  
Dr. Orfeo Mattarozzi

\*\*\*\*\*

1) *Come valuta complessivamente la qualità del servizio Cure Domiciliari ricevuto?*

Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
--------	-------	-------------	--------	---------	--------

2) *Come valuta questi aspetti del nostro servizio?*

Rapidità nell'avvio del servizio	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
Puntualità degli operatori nell'accesso al Suo domicilio	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
Chiarezza delle informazioni ricevute	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
Competenza e professionalità degli operatori intervenuti	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
Cortesìa e gentilezza degli operatori intervenuti	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so

3) *In che misura ritiene che il nostro servizio sia stato utile e abbia dato delle risposte ai bisogni Suoi e della Sua famiglia?*

Molto	Abbastanza	Sufficiente	Poco	Per nulla	Non so
-------	------------	-------------	------	-----------	--------

4) *Quali delle seguenti figure professionali sono state attivate nell'erogazione del servizio da Lei utilizzato (si possono indicare con una X anche più figure)?*

- Medico
- Infermiere
- Fisioterapista
- Operatore Socio-Sanitario
- Altro (indicare) \_\_\_\_\_

5) Come è venuto a conoscenza del nostro servizio Cure Domiciliari?

- Sono già stato un vostro cliente
- Mi è stato indicato dal medico di famiglia
- Mi è stato indicato da parenti/amici
- Ho trovato delle informazioni sul vostro sito internet
- Altro (da indicare) \_\_\_\_\_

6) In caso di bisogno, pensa che si rivolgerà ancora ai servizi della Fondazione Ospedale della Carità di Casalbuttano?

- Certamente sì
- Non so, ci devo pensare
- Certamente no

7) Consiglierebbe ai suoi parenti/amici il nostro servizio Cure Domiciliari?

- Certamente sì
- Non so, ci devo pensare
- Certamente no

La invitiamo, utilizzando queste righe, a fornirci **osservazioni e suggerimenti** al fine di migliorare il nostro servizio

---

---

---

\*\*\*\*\*

Dati anagrafici

- Questo questionario è stato compilato da ...
  - Utente/Anziano
  - Parente/Coniuge
  - Badante/Care Giver
  - Altro
  
- Sesso:       Maschio                       Femmina
  
- Età: \_\_\_\_\_
  
- Comune di residenza:
  - Comune di Casalbuttano ed Uniti
  - Altro Comune della Provincia di Cremona (da indicare) \_\_\_\_\_
  - Alto Comune fuori dalla Provincia di Cremona (da indicare) \_\_\_\_\_

I DATI RACCOLTI VERRANNO ANNUALMENTE ELABORATI E RESI DISPONIBILI TRAMITE BILANCIO SOCIALE, SITO E BACHECA DELLA FONDAZIONE (fronte Portineria)