

Gentile Sig.ra, Egr. Sig.re, contiamo sulla sua collaborazione chiedendoLe di compilare questo questionario e di restituirlo al personale di reparto o nelle apposite cassette situate nei salottini (I campi con asterisco * sono a compilazione obbligatoria)

3. Data compilazione: ____/____/____		10. * Mese del ricovero _____	
--------------------------------------	--	-------------------------------	--

2. * CdC Ancelle della Carità (Cremona) ☐ Riabilitazione sez. 1 ☐ Riabilitazione sez. 2 ☐ Riabilitazione sez. 3 ☐ Hospice	2. * CdC Domus Salutis (Brescia) ☐ Riabilitazione Polifunzionale ☐ Riabilitazione Neurogeriatrica ☐ Riabilitazione Pneumologica ☐ Riabilitazione Neurologica ☐ Riabilitazione Cardiologica sez. D ☐ Riabilitazione Cardiologica sez. F ☐ Hospice sez. A ☐ Hospice sez. B	2. * CdC San Clemente (Mantova) ☐ Medicina Generale ☐ Riabilitazione ☐ Chirurgia Generale ☐ Ortopedia ☐ DH Chirurgia ☐ DH Ortopedia
--	---	--

1 * Compilatore: ☐ Paziente ☐ Familiare/Caregiver **4.* Genere** ☐ M ☐ F ☐ Preferisco non rispondere

5. * Età (anni) **6. * Nazionalità** ☐ Italiana ☐ Straniera (specificare): _____

11. * Tipo di ricovero: ☐ Programmato ☐ Urgente (tramite Pronto Soccorso)

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI RICOVERO E CURA (Segnare una croce su un numero da 1 a 5)

1. * Come considera le cure ricevute:

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf. né soddisf.	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

2. * Quanto è rimasto soddisfatto complessivamente della sua esperienza di ricovero?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf. né soddisf.	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

CURA ED ASSISTENZA (Segnare una croce su un numero da 1 a 5)

7. * Come valuta il personale MEDICO per:

	1	2	3	4	5
Professionalità:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd. né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Disponibilità all'ascolto:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd. né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Coinvolgimento nel percorso di cura:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd. né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto

8. * Come valuta il personale SANITARIO NON MEDICO (infermiere, OSS, fisioterapista, logopedista, etc):

	1	2	3	4	5
Professionalità:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd. né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Disponibilità all'ascolto:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd. né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Coinvolgimento nel percorso di cura:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd. né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto

Il modulo continua sul retro della pagina, Le chiediamo gentilmente di proseguire nella compilazione. Grazie

 	Modulo CUSTOMER SATISFACTION DEGENZE	ModSDF52.01	
		Rev. 02	Pagina 2 di 2
		Data Rev: 04/02/2026	

ASPETTI GENERALI DEL RICOVERO

10. * Durante il ricovero è stato possibile parlare con i medici del reparto in caso di necessità e/o durante gli orari stabiliti?
- ☐ Si ☐ No
11. * Durante il ricovero, se ha segnalato dolore, le è stato fornito un trattamento/terapia?
- ☐ Si ☐ No
13. * Ritieni che la sua privacy (riservatezza) sia stata rispettata durante il suo ricovero?
- ☐ Si ☐ No

DIMISSIONE

14. * É soddisfatto delle indicazioni ricevute su come comportarsi dopo la dimissione (es. uso di farmaci, alimentazione, attività fisica, eventuali controlli, etc.)?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf.né soddisf	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

ASPETTI ALBERGHIERI – INFRASTRUTTURALI E DI SICUREZZA

16. *Come valuta gli aspetti di pulizia e igiene del reparto e della stanza?

1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf.né soddisf	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto