

 	Modulo CUSTOMER SATISFACTION CURE DOMICILIARI	ModSDF52.03	
		Rev. 02	Pagina 1 di 2
		Data Rev: 04/02/2026	

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 preceduti da asterisco * sono a compilazione obbligatoria)

Data compilazione: ____/____/____ 8. * Mese di compilazione _____	
Reparto/Servizio: ☐ C-DOM (Adi)	

1 * Compilatore: ☐ Paziente ☐ Familiare/Caregiver ☐ Altro (es.operatore) _____	
2.* Genere ☐ M ☐ F ☐ Preferisco non rispondere	

3. * Età (anni)	4. * Nazionalità ☐ Italiana ☐ Straniera (specificare): _____
------------------------	---

10. * Come è stato indirizzato verso il servizio di cure domiciliari?	
☐ da Medico di Famiglia ☐ da Medico Specialista ☐ da Distretto ☐ Da Ospedale (al momento della dimissione) ☐ Su consiglio di familiare/amico/conoscente ☐ Altro (specificare): _____	

11.* Quanti accessi domiciliari riceve al mese?	
☐ da 1 a 5 ☐ da 5 a 9 ☐ da 9 a 14 ☐ da 14 a 30 ☐ Altro (specificare): _____	

12. * Quali delle seguenti figure professionali sono state coinvolte nell'attivazione del servizio di cure domiciliari da lei utilizzato?	
☐ Infermiere ☐ Fisioterapista ☐ Logopedista ☐ Operatore Socio-Sanitario ☐ Psicologo ☐ Medico ☐ Altro (specificare): _____	

13. * Ha scelto operatori: ☐ dell'ASST di riferimento territoriale ☐ di cooperative/gestori accreditati	
--	--

14. * Di quali prestazioni ha avuto bisogno?	
☐ Prelievi ☐ Medicazioni ☐ Gestione catetere ☐ Riabilitazione ☐ Gestione nutrizione artificiale ☐ Altro (specificare): _____	

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

21* Come valuta complessivamente la qualità del servizio cure domiciliari ricevuto?				
1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf.né soddisf	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

22. * I servizi attivati rispondono alle sue esigenze di salute, migliorando la qualità di vita?				
1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto

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

 	Modulo CUSTOMER SATISFACTION CURE DOMICILIARI	ModSDF52.03	
		Rev. 02	Pagina 2 di 2
		Data Rev: 04/02/2026	

RICHIESTA/VALUTAZIONE INIZIALE/PRESA IN CARICO (Segnare una croce su un numero da 1 a 5)

23. * È soddisfatto della modalità di attivazione e presa in carico del servizio di cure domiciliari? ☐ Si ☐ No

26. * Quanto è soddisfatto dei tempi di attivazione del servizio di cure domiciliari?

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

EROGAZIONE DELLE CURE (Segnare una croce su un numero da 1 a 5)

29. * Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute sulle sue condizioni di salute e sul programma di cure?

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

31. * È stato coinvolto nella definizione del suo piano assistenziale?

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto

32. * È soddisfatto, in generale, delle modalità erogative del servizio di cure domiciliari? ☐ Si ☐ No

35. * Ha ricevuto tutti gli ausili e i dispositivi necessari? ☐ Si ☐ No

37. * Come valuta gli operatori 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
Rispetto della privacy:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto

38. * Gli operatori sono aggiornati sulla gestione della sua problematica (passaggio di consegne)?

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto