

SCHEDA VALUTAZIONE PAZIENTI



Revisione

01

del

21.07.2025

MOD

SVP- MDS 9

Caro genitore, utente

consapevole dell'importanza e della centralità rivestita dai pazienti, abbiamo predisposto il presente questionario per valutare la soddisfazione di quanti usufruiscono dei nostri servizi. Le risposte saranno esaminate e serviranno per migliorare la qualità e l'efficacia del nostro lavoro, pertanto, la invitiamo ad esprimere il suo giudizio per ognuna delle domande che seguono.

Alcuni dati: Qual è l'età di suo/a figlio/a

Da quanto tempo frequenta il Centro?

Segnali con una croce la casella del giudizio che Vuole attribuire a ciascuna delle voci sottostanti

1: Insufficiente; 2: Migliorabile; 3: Sufficiente; 4: Buono; 5: Ottimo; 6: Eccellente

QUALITA' DELLE STRUTTURE

1. Rispetto alla struttura come valuta la qualità di:	
• La facilità di accesso al Laboratorio	1 2 3 4 5 6
• La sala d'attesa	1 2 3 4 5 6
• La pulizia dei locali	1 2 3 4 5 6
• La pulizia dei servizi igienici	1 2 3 4 5 6
• I materiali a disposizione dell'utenza	1 2 3 4 5 6
• La riservatezza e rispetto dei diritti degli utenti	1 2 3 4 5 6
2. Rispetto alla relazione con il personale come valuta la qualità	
• relazione con il Medico	1 2 3 4 5 6
• relazione con il Terapista della Riabilitazione	1 2 3 4 5 6
• relazione con lo Psicologo	1 2 3 4 5 6
• relazione con la Segreteria	1 2 3 4 5 6
3. Come valuta la professionalità dell'atteggiamento del:	
• Medico	1 2 3 4 5 6
• Psicologo	1 2 3 4 5 6
• Terapista della Riabilitazione	1 2 3 4 5 6
• Segreteria	1 2 3 4 5 6
4. Come valuta la cortesia dell'atteggiamento del:	
• Medico	1 2 3 4 5 6
• Psicologo	1 2 3 4 5 6
• Terapista della Riabilitazione	1 2 3 4 5 6
• Segreteria	1 2 3 4 5 6
5. Come valuta la puntualità e il rispetto delle procedure del:	
• Medico	1 2 3 4 5 6
• Psicologo	1 2 3 4 5 6
• Terapista della Riabilitazione	1 2 3 4 5 6
• Segreteria	1 2 3 4 5 6

PROCESSI COMUNICATIVI

• Ritene funzionale ed efficace il servizio offerto dalla segreteria del centro	1 2 3 4 5 6
---	-------------

SCHEDA VALUTAZIONE PAZIENTI



Revisione

01

del

21.07.2025

MOD

SVP- MDS 9

Il Medico, lo Psicologo e/o il Terapista provvedono ad aggiornarLa in merito al programma terapeutico?	1 2 3 4 5 6
Ritiene che le informazioni ricevute siano state chiare ed adeguate ai Suoi bisogni?	1 2 3 4 5 6

QUALITA' DELL'INTERVENTO

E' soddisfatto della presa in carico effettuata Centro?	1 2 3 4 5 6
Come valuta il suo coinvolgimento nelle decisioni	1 2 3 4 5 6
Come valuta la qualità del percorso diagnostico?	
1. Rispetto alla completezza del processo	1 2 3 4 5 6
2. Rispetto alla tranquillità di suo/a figlio/a nell'affrontarlo	1 2 3 4 5 6
3. Rispetto alla chiarezza delle risposta fornita	1 2 3 4 5 6
Come valuta l'esito dell'intervento?	
1. rispetto agli obiettivi raggiunti	1 2 3 4 5 6
2. rispetto alla coerenza del progetto riabilitativo	1 2 3 4 5 6
3. rispetto al sostegno alle sue capacità di affrontare la situazione	1 2 3 4 5 6

QUALITA' COMPLESSIVA DEL SERVIZIO

Consiglierebbe questo Centro ad un altro genitore con una situazione simile alla sua?	1 2 3 4 5 6
Qual è l'aspetto del servizio che ritiene più positivo e gradito?	
Qual è l'aspetto del servizio che ritiene più negativo e meno gradito	
ALTRE OSSERVAZIONI E/O SUGGERIMENTI O RECLAMI	

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE