


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Bergamo Est Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</p>	<p>PT organizzativo n° 1</p> <p>CUSTOMER SATISFACTION</p>	<p>Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza</p> <p>Rev.6 del 25.01.2021</p>
---	--	---

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE


C.R.A. di _____

C.P.M. di _____

Sesso: ☐ **M** ☐ **F**

La invitiamo a rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza nel nostro Servizio.

Risponda mettendo una crocetta nel quadrato corrispondente a ciò che lei pensa.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Bergamo Est Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</p>	<p>PT organizzativo n° 1</p> <p>CUSTOMER SATISFACTION</p>	<p>Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza</p> <p>Rev.6 del 25.01.2021</p>
--	--	---

1. L'aiuto che Lei ha ricevuto è stato:

☐ ottimo ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

2. la capacità del Servizio di coinvolgere i familiari nel suo progetto è stata:

☐ ottima ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

3. La disponibilità dei medici e psicologi ad ascoltare e fornire spiegazioni sugli interventi necessari è stata:

☐ ottima ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

4. La capacità del personale di ascoltare e capire i Suoi problemi è stata:

☐ ottima ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

5. Qualità ed adeguatezza del vitto:

☐ ottime ☐ soddisfacenti ☐ insoddisfacenti

6. Igiene e pulizia degli ambienti (camere, corridoi, letti, servizi igienici, orari delle pulizie, ecc.):

☐ ottime ☐ soddisfacenti ☐ insoddisfacenti

7. Il rispetto della privacy è stato:


☐ ottimo ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

8. L'organizzazione della giornata (attività, tempo libero, riposo, ecc.) è stata:

☐ ottima ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

9. Ha avuto problemi con gli altri pazienti della Sua stanza?

☐ SI ☐ NO

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Bergamo Est Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</p>	<p>PT organizzativo n° 1</p> <p>CUSTOMER SATISFACTION</p>	<p>Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza</p> <p>Rev.6 del 25.01.2021</p>
--	--	---

10. Se sì, di che tipo?

☐ rumore ☐ fumo ☐ altro (specificare _____

_____)

11. Il suo giudizio complessivo sulla sua permanenza alla CRA / CPM è:

☐ ottimo ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

Se vuole, può indicare:

1) gli aspetti più graditi

2) Gli aspetti negativi:

3) Eventuali suggerimenti:

La ringraziamo per la collaborazione.

Data di compilazione _____