

Gentile Paziente/Care Giver,

Allo scopo di renderVi sempre un servizio ottimale ed accrescere la Vostra soddisfazione, Vi chiediamo di esprimere un giudizio sugli elementi di seguito elencati, evidenziando una delle apposite caselle per ognuno degli aspetti esaminati. Le Sue valutazioni saranno molto utili per migliorare sempre più il livello del nostro servizio.

Segnare tra i seguenti il distretto di competenza:

- Catania  Gravina  Palagonia  Caltagirone  Giarre  Acireale  Paternò  Adrano  Bronte  
 Enna  Piazza Armerina  Agira  Nicosia

Elemento di Giudizio	1	2	3	4	5
1. Accesso al servizio di cure domiciliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> meno di 3 gg <input type="checkbox"/> tra 3 e 6 gg <input type="checkbox"/> tra 7 e 15 gg <input type="checkbox"/> oltre 15 gg <input type="checkbox"/> 1 mese					
2. Qualità e professionalità del Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qualità e professionalità dell'Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qualità e professionalità del OSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Qualità e professionalità del Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualità e professionalità dello Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Qualità e professionalità dell'Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Frequenza delle visite domiciliari da parte di SAMOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tempestività di risposta alle chiamate "Urgenti" da parte della centrale e degli operatori SAMOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tempi e qualità della fornitura di presidi/ausili forniti dall'ASP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Pessimo; 2 Insufficiente; 3 Sufficiente; 4 Buono; 5 Ottimo

Il nostro servizio complessivamente soddisfa le sue aspettative?  Sì  No

Se NO per quale motivo:

Quali suggerimenti Vi sentite di darci?

Grazie per la Collaborazione  
Il Responsabile Qualità

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma Paziente/Care Giver: \_\_\_\_\_