

## Centro Clinico Nemo

### Customer Satisfaction Degenza Ordinaria/Day Hospital/MAC v.4.0

Gentile Signora, Gentile Signore,

Siamo interessati a conoscere il **livello di gradimento dei Servizi** a Lei offerti dal Centro Clinico Nemo. Per noi è fondamentale perché ci consente di individuare aspetti di **miglioramento**, atti a garantire **un'assistenza adeguata** durante la Sua permanenza al Centro.

La invitiamo cortesemente a compilare il questionario in ogni sua parte. **Non ci sono risposte giuste o sbagliate.** Le Sue preziose risposte e i dati ricavati saranno elaborati in forma anonima a fini statistici.

Se minorenne o impossibilitato a compilare autonomamente il questionario, La invitiamo a ricorrere **all'aiuto di un familiare.**

La compilazione le richiederà circa **10 minuti.**

La ringraziamo per la gentile collaborazione.

Lo staff del Centro Clinico Nemo

01) Data di compilazione: \_\_/\_\_/202\_\_

02) Centro Clinico NEMO (sede):

- a.  Milano                      b.  Arezano                      c.  Roma adulti                      d.  Roma pediatrico  
e.  Napoli                      f.  Gussago                      g.  Trento                      h.  Ancona

03) Età del paziente:

\_\_\_\_\_

04) Tipologia di prestazione:

- a.  Ricovero                      b.  Day Hospital                      c.  Attività  
ambulatoriale  
complessa (MAC)                      d.  Ambulatorio

05) Negli ultimi 12 mesi quante volte è venuto/a al Centro Clinico NEMO?

- a.  questa è la prima volta                      b.  sono venuto/a 2/3 volte                      c.  sono venuto/a 4 o più volte

06) Il suo ricovero è avvenuto:

- a.  D'urgenza                      b.  programmato                      c.  è un day hospital                      d.  Altro

07) Sesso del paziente:

- a.  Maschio                      b.  Femmina

08) Nazionalità del paziente:

- a.  Italiana                      b.  Europea                      c.  Extra europea

09) Scolarità del paziente:

- a.  Nessuna                      b.  Scuola dell'obbligo                      c.  Scuola superiore                      d.  Laurea

10) Provincia di residenza del paziente:

\_\_\_\_\_

11) Quanto è soddisfatto/a (INDICARE DA 1 “per nulla soddisfatto” a 7 “molto soddisfatto”):

	1	2	3	4	5	6	7	8 non sono entrato in contatto con questa figura
11a. Cure a lei prestate								
11b. Assistenza del personale medico (disponibilità, cortesia)								
11c. Assistenza del coordinatore infermieristico, del coordinatore/referente riabilitativo (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)								
11d. Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)								
11e. Assistenza del personale riabilitativo motorio (Fisioterapista / Terapista età evolutiva)								
11f. Assistenza del personale riabilitativo respiratorio (Fisioterapista respiratorio)								
11g. Assistenza del personale psicologico (Psicologo / Neuropsicologo)								
11h. Assistenza del personale dedicato alla nutrizione (Nutrizionista / Dietista / Logopedista)								
11i. Assistenza del personale dedicato agli ausili (Terapista Occupazionale)								
11l. Assistenza del personale per il rientro al domicilio/rapporto con il territorio (Nurse-coach)								
11m. Assistenza del personale socio sanitario/ addetto all'igiene della persona (OSS)								
11n. Lavoro svolto dagli addetti alla pulizia delle stanze/bagni/luoghi comuni								

12) Inoltre quanto è soddisfatto/a (INDICARE DA 1 "per nulla soddisfatto" a 7 "molto soddisfatto"):

	1	2	3	4	5	6	7		
12a. Collaborazione fra le diverse figure sanitarie									
12b. Percezione di essere trattato/a come "persona" e non solo come "paziente"									
12c. Tempi di attesa per ricevere una prescrizione (Farmaco, Relazione neuropsicologica, Diagnosi Funzionale, etc.)									
12d. Chiarezza nell'identificare il suo medico di riferimento									
12e. Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate									
12f. Coinvolgimento rispetto le scelte assistenziali relative al Piano di Cure Condiviso (PCC) da parte dell'equipe multidisciplinare								8 Non ne ho ancora parlato	
12g. Tempi di attesa per la prescrizione degli ausili (ortesi, carrozzina, comunicatore, etc.)									
12h. Addestramento relativo all'utilizzo dei presidi (carrozzina, macchina della tosse, NIV, etc.)								8 Non utilizzo presidi	9 Non sono stato addestrato all'utilizzo
12i. Cortesia e informazioni ricevute dal Servizio di accettazione amministrativa									
12l. Rispetto della riservatezza personale (tutela della sua privacy, rispetto del segreto professionale da parte degli operatori)									
12m. Aspetti strutturali e alberghieri (comfort della stanza, vitto, pulizia)									
12n. Accessibilità ai diversi spazi (ascensori, stanze, ecc.)									
12o. Consiglierebbe agli altri questo ospedale?									
12p. Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme									

13) Inoltre quanto è soddisfatto/a (INDICARE DA 1 “per nulla soddisfatto” a 7 “molto soddisfatto”):

	1	2	3	4	5	6	7
13a. Tempi di attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)							
13b. Accoglienza (informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimento medici, identificazione dei responsabili delle cure)							
13c. Comodità delle stanze dedicate al tempo libero							
13d. Qualità e gradimento dei pasti offerti							
13e. Accoglienza riservata ai suoi familiari e/o conoscenti							
13f. Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione							
13g. Complessivamente, quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?							

14) Infine quanto è soddisfatto/a (INDICARE DA 1 “per nulla soddisfatto” a 7 “molto soddisfatto”):

	1	2	3	4	5	6	7	
14a. Attenzione del personale al soddisfacimento dei bisogni specifici del bambino/a - giovane								
14b. Capacità del personale di comunicare e parlare con il bambino/a - giovane								
14c. Disponibilità degli spazi per bambini/giovani pazienti								
14d. Capacità di collaborare con le scuole e il territorio (Diagnosi Funzionale, colloqui con i docenti)								8 Non ne ha avuto bisogno

15) Il questionario risulta essere chiaro/comprensibile?

a.  Si

b.  No

16) Indichi nello spazio sottostante suggerimenti/osservazioni/modifiche sul questionario:

---

---

---

---

---

---

---

---