

# ASE Soddisfazione dei pazienti

**La vostra opinione ci interessa!**

Gentile paziente

Desideriamo che Lei sia soddisfatto/a delle nostre terapie e delle nostre cure. Per questo motivo è importante per noi conoscere la Sua opinione personale sul nostro studio e sui nostri servizi.

Le sue risposte contribuiranno a uno studio nazionale sulla soddisfazione nei confronti dell'ergoterapia. L'indagine è condotta dall'Università di Lucerna per conto dell'Associazione Svizzera di Ergoterapia. Le vostre informazioni sono anonime e trattate in modo strettamente confidenziale. Sono utilizzate esclusivamente a fini di analisi statistica. I risultati saranno comunicati agli studi alla fine dello studio. Le analisi non consentono tuttavia di identificare le persone interessate. Una volta completato lo studio, tutti i dati individuali saranno cancellati. Se avete domande sullo studio o desiderate che i dati inseriti vengano cancellati, contattate [datenerhebung\\_evs\[at\]unilu.ch](mailto:datenerhebung_evs[at]unilu.ch).

Vi preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione delle seguenti domande. Il sondaggio richiede circa 5-10 minuti. Le vostre informazioni ci aiutano notevolmente a identificare le possibilità di miglioramento nel campo dell'ergoterapia.

Grazie mille per il vostro aiuto!

Ha almeno 16 anni e accetta di partecipare al sondaggio?

Sì (1)

No (2)

Q1 Indicare il nome dello studio medico presso il quale è in cura.

---

---

---

---

---

Q2 Il suo sesso

- Femminile (1)
- Maschio (2)
- Altro (3)

Q3 La sua età

- 16-25 anni (1)
- 26-35 anni (2)
- 36-45 anni (3)
- 46-55 anni (4)
- 56-65 anni (5)
- 66-75 anni (6)
- 76 anni e più (7)

Q4 In quale reparto è ricoverato/a?

- Neurologia (1)
- Terapia della mano, ortopedia (2)
- Reumatologia (3)
- Geriatria (4)
- Psichiatria (5)
- Altro / non lo so (6)

Q5 Come ha saputo di noi?

- Ero già paziente di questo studio (1)
- Medico (2)
- Internet/sito web (3)
- Ex pazienti (4)
- Scuola (5)
- Amici/conoscenti (6)
- Altro (7)

Q6 Valuti i seguenti punti selezionando la risposta che meglio corrisponde alla vostra opinione.  
 Infrastrutture e amministrazione.

	Molto soddisfatto/a (1)	Soddisfatto/a (2)	Insoddisfatto/a (3)	Molto insoddisfatto/a (4)	Non so/non rispondo (99)
Lei è soddisfatto dell'accessibilità dello studio? (Q6_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto dei tempi di attesa prima del primo appuntamento? (Q6_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto dei nostri orari di apertura? (Q6_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto dei locali dello studio e delle loro attrezzature? (Q6_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto della pulizia dei locali dello studio? (Q6_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto del personale dello studio? (Q6_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto della garanzia di riservatezza? (Q6_7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7 Valuti i seguenti punti selezionando la risposta che meglio corrisponde alla vostra opinione.  
Competenza professionale e offerta.

	Molto soddisfatto/a (1)	Soddisfatto/a (2)	Insoddisfatto/a (3)	Molto insoddisfatto/a (4)	Non so/non rispondo (99)
Nel complesso, Lei è soddisfatto/a dei servizi offerti dallo studio di ergoterapia? (Q7_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto/a dei consigli forniti dal suo ergoterapista? (Q7_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto/a delle informazioni fornite sullo svolgimento della terapia? (Q7_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto del materiale terapeutico? (Q7_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto delle misure igieniche adottate durante la terapia? (Q7_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei è soddisfatto della qualità generale della terapia? (Q7_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q8 Si è sentito/a seguito/a con competenza professionale?

- Sì (1)
- Piuttosto sì (2)
- Piuttosto no (3)
- No (4)
- Non so /Non rispondo (99)

Q9 In che misura è rimasto/a soddisfatto/a del risultato del trattamento?

- Molto soddisfatto/a (1)
- Soddisfatto/a (2)
- Insoddisfatto/a (3)
- Molto insoddisfatto/a (4)
- Non so / non rispondo (99)

Q10 Ci consiglierebbe ai suoi amici o conoscenti?

- Sì (1)
- Piuttosto sì (2)
- Piuttosto no (3)
- No (4)
- Non so / non rispondo (99)

Le seguenti domande sono facoltative.

Q11 Come possiamo migliorare la sua soddisfazione?

---

---

---

---

---

Q12 Cosa le è piaciuto di più durante la sua permanenza presso lo studio?

---

---

---

---

---

Q13 Cosa le è piaciuto di meno?

---

---

---

---

---

Grazie per la vostra partecipazione!