

## Rilevamento della soddisfazione dei clienti dell'ergoterapia

Edito dall'Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE)

*Di recente ha beneficiato di sedute di ergoterapia. La ringraziamo per la fiducia dimostrataci.*

*L'ergoterapia si concentra sulla capacità di agire delle persone, contribuisce al miglioramento della loro salute e qualità di vita, facendo sì che siano in grado di partecipare alla vita quotidiana e sociale.*

*Desidereremmo sapere in che misura la terapia ricevuta abbia soddisfatto le Sue aspettative e i nostri standard di qualità. Per questo Le saremmo grati se volesse prendersi qualche minuto di tempo per riempire il seguente questionario, dandoci così l'opportunità di continuare a migliorarci. Le Sue risposte sono anonimizzate e verranno trattate con la massima riservatezza.*

*Il presente questionario è parte integrante del sistema di garanzia della qualità dell'ergoterapia.*

*La ringraziamo per il Suo aiuto!*

### Dati anagrafici del cliente

**Sesso:**       maschile       femminile      **Età:**      **Diagnosi:**

**Assunzione dei costi:**  Cassa malati       AI       Assicurazione infortuni       Cliente

**Durata del trattamento ergoterapico (lasso di tempo):**

**La struttura dove recarsi per la terapia è stata scelta:**

Da Lei       Dal Suo medico       Le è stata raccomandata       Altro

**Questo questionario è stato riempito:**

Dal cliente       Da un familiare       Da altri

**Valutazione delle risposte:**

1 = eccellente                      2 = molto buono                      3 = buono  
4 = sufficiente                      5 = insufficiente                      6 = pessimo  
7 = non può essere valutato (informazione molto importante a fini statistici)

| 1. Primo contatto e registrazione   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Come si è svolto il primo contatto?   |   |   |   |   |   |   |   |
| Come giudica l'efficienza del modo di fissare gli appuntamenti?   |   |   |   |   |   |   |   |
| Come ha trovato il tempo di attesa fino all'inizio della terapia?   |   |   |   |   |   |   |   |
| Come ha trovato il tempo di attesa tra il momento in cui ha fissato il primo appuntamento e l'inizio della terapia? |   |   |   |   |   |   |   |
| Osservazioni:   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Locali / Struttura   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

|   |          |          |          |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Come giudica l'accessibilità del luogo per quel che riguarda i mezzi pubblici o la possibilità di parcheggio?     |          |          |          |          |          |          |          |
| Quanto sono utili i cartelli attorno e nell'edificio?   |          |          |          |          |          |          |          |
| Come Le è sembrata la pulizia dei locali dove si svolgeva la terapia?   |          |          |          |          |          |          |          |
| Come Le è sembrata la pulizia della sala d'attesa?  |          |          |          |          |          |          |          |
| Come considera la praticità dell'arredamento della sala d'attesa?   |          |          |          |          |          |          |          |
| Quanto erano adeguati a Lei i locali dove si svolgeva la terapia?   |          |          |          |          |          |          |          |
| Come giudica la sicurezza delle apparecchiature e dei locali dove si svolgeva la terapia?                         |          |          |          |          |          |          |          |
| Osservazioni:   |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>3. Trattamento ergoterapico</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| Si è sentita/o informata/o e consigliata/o in modo professionale e competente?                                    |          |          |          |          |          |          |          |
| In che modo sono stati discussi e valutati con Lei gli obiettivi dell'ergoterapia?                                |          |          |          |          |          |          |          |
| Quanto si è tenuto conto dei Suoi desideri e delle Sue aspettative nell'ergoterapia?                              |          |          |          |          |          |          |          |
| In che misura sono state prese in considerazione le Sue richieste?  |          |          |          |          |          |          |          |
| Ha potuto constatare miglioramenti nello svolgimento delle attività quotidiane grazie all'ergoterapia?            |          |          |          |          |          |          |          |
| I miglioramenti ottenuti grazie all'ergoterapia corrispondono alle Sue aspettative/agli obiettivi concordati?     |          |          |          |          |          |          |          |
| I miglioramenti ottenuti grazie all'ergoterapia La aiutano a gestire meglio le Sue attività nel tempo libero?     |          |          |          |          |          |          |          |
| I miglioramenti ottenuti grazie all'ergoterapia La aiutano sul lavoro/a scuola?                                   |          |          |          |          |          |          |          |
| In che modo è stato deciso quando concludere la terapia?  |          |          |          |          |          |          |          |
| Come giudica le informazioni / le raccomandazioni ricevute alla conclusione della terapia?                        |          |          |          |          |          |          |          |
| Critiche o osservazioni:  |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>4. Collaborazione interdisciplinare / Comunicazione</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> |
| Come giudica la collaborazione degli specialisti coinvolti (terapeuti, medici, personale curante, docenti, ecc.)? |          |          |          |          |          |          |          |
| Nei momenti cruciali, è stata/o coinvolta/o anche Lei nelle decisioni terapeutiche?                               |          |          |          |          |          |          |          |
| Osservazioni:   |          |          |          |          |          |          |          |

**In generale raccomanderebbe ad altri l'ergoterapia come approccio terapeutico?**

- Sì, certo     Sì, direi di sì     No, direi di no     Assolutamente no

**Raccomanderebbe l'ergoterapia in questa struttura?**

- Sì, certo     Sì, direi di sì     No, direi di no     Assolutamente no

**Vorrei aggiungere:**

Grazie mille!