



Università degli Studi di Padova  
Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco Vascolari  
e Sanità Pubblica

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN  
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Andrea Vianello*

**TESI DI LAUREA**

CUSTOMER SATISFACTION NEI SERVIZI DI RIABILITAZIONE DOMICILIARE  
FISIOTERAPICA E LOGOPEDICA: PROGETTAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI UN  
QUESTIONARIO PER L'UTENZA IN AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE

Customer Satisfaction in Home Rehabilitation Physiotherapy and Speech Therapy Services: Design  
and Administration of a Questionnaire for Users in the Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

RELATORE: Prof.ssa Tozzo Pamela

LAUREANDO: Dott.ssa Pegolo Francesca

Anno Accademico 2024-2025

## Indice:

<b>Riassunto</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Introduzione</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Contesto teorico</b> .....	<b>5</b>
2.1 <i>La riabilitazione domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale</i> .....	5
2.2 <i>Qualità nei servizi sanitari</i> .....	6
2.3 <i>Customer Satisfaction in sanità</i> .....	7
2.3.1. <i>Fattori che influenzano la Customer Satisfaction</i> .....	8
2.4 <i>I questionari</i> .....	9
2.5 <i>Accreditamento istituzionale</i> .....	11
<b>3. Scopo della tesi</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Materiali e metodi</b> .....	<b>14</b>
4.1 <i>Procedura</i> .....	14
4.2 <i>Disegno dello studio</i> .....	16
4.3 <i>Popolazione e campione</i> .....	16
4.3.1 <i>Criteria di inclusione ed esclusione</i> .....	16
4.3.2 <i>Modalità di reclutamento</i> .....	17
4.3.3 <i>Numerosità campionaria</i> .....	17
4.4 <i>Strumenti e materiali</i> .....	18
4.5 <i>Analisi dei dati</i> .....	19
4.6 <i>Aspetti etici</i> .....	20
<b>5. Risultati</b> .....	<b>21</b>
5.1 <i>Popolazione campionaria</i> .....	21
5.1.1 <i>Caratteristiche socio-demografiche di compilatori e assistiti</i> .....	21
5.2 <i>Conoscenza e accesso ai servizi</i> .....	23
5.3 <i>Qualità percepita della presa in carico e dei servizi</i> .....	25
5.3.1 <i>Soddisfazione percepita degli aspetti organizzativi e di contesto</i> .....	25
5.3.2 <i>Soddisfazione percepita della presa in carico riabilitativa</i> .....	27
5.3.3 <i>Soddisfazione percepita su aspetti di relazione e supporto</i> .....	29
5.3.4 <i>Soddisfazione complessiva del servizio</i> .....	30
5.3.5 <i>Analisi della somministrazione dei questionari</i> .....	32

<b>6. Discussione .....</b>	<b>36</b>
6.1 <i>Aree di miglioramento</i> .....	39
<b>7. Conclusioni.....</b>	<b>41</b>
<b>Bibliografia .....</b>	
<b>Allegati.....</b>	

## **Riassunto**

La qualità dei servizi sanitari non può essere valutata esclusivamente attraverso indicatori clinici, ma deve considerare anche la prospettiva dell'utente, la sua esperienza e la soddisfazione percepita. In questo contesto, la Customer Satisfaction rappresenta uno strumento fondamentale per garantire l'efficacia, l'appropriatezza e l'umanizzazione delle cure, in particolare nei servizi territoriali, dove la presa in carico avviene nel contesto quotidiano della persona.

Attualmente, in Italia, non esistono strumenti specifici e consolidati per rilevare la soddisfazione degli utenti nei servizi di riabilitazione domiciliare fisioterapica e logopedica; anche l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AsFO), pur disponendo di un questionario generico per l'Assistenza Domiciliare Integrata, non aveva finora uno strumento dedicato a questo ambito.

Il presente lavoro di tesi ha avuto come obiettivo la progettazione, la somministrazione e l'analisi dei dati raccolti tramite un questionario volto a rilevare la qualità percepita e il grado di soddisfazione degli utenti e dei caregivers nei servizi di riabilitazione domiciliare dell'AsFO.

Lo studio è stato condotto con un disegno osservazionale, descrittivo e trasversale: dopo una fase di costruzione e test pilota dello strumento il questionario è stato somministrato a tutti gli utenti (o ai loro caregivers) dimessi dai Servizi di Riabilitazione Domiciliare.

L'analisi dei dati mostra un elevato livello di soddisfazione generale, con particolare apprezzamento per le competenze relazionali degli operatori (cortesia, disponibilità, capacità di ascolto e attenzione ai bisogni globali della persona), il rispetto della privacy e la puntualità.

Sono state tuttavia rilevate alcune criticità organizzative, principalmente legate ai tempi di attesa per l'attivazione del servizio, alla frequenza delle sedute e alla continuità assistenziale.

Le osservazioni libere da parte dell'utenza hanno evidenziato l'importanza di una comunicazione più chiara e puntuale, suggerendo possibili percorsi di formazione dedicati allo sviluppo delle competenze comunicative.

Parallelamente, la fase di somministrazione ha messo in luce criticità legate alla copertura e all'uniformità dei questionari tra i Distretti, con possibili riflessi sulla rappresentatività dei dati sottolineando la necessità di approfondire i fattori organizzativi che ne hanno limitato la distribuzione e di valutare strategie mirate a migliorarne la diffusione.

Il questionario rappresenta quindi un primo strumento per analizzare la soddisfazione nei servizi riabilitativi domiciliari e può supportare l'organizzazione nel monitoraggio della qualità percepita, nella valorizzazione dei punti di forza, nell'individuazione delle aree di miglioramento e nella pianificazione di azioni mirate a un'assistenza sempre più centrata sulla persona.

Parole chiave: Customer Satisfaction, Qualità delle cure, Servizio di Riabilitazione Domiciliare

## **Abstract**

The quality of healthcare services cannot be assessed solely on the basis of clinical indicators, but should also include the patient's perspective, experience, and perceived satisfaction.

In this context, Customer Satisfaction is a crucial tool to ensure effectiveness, appropriateness, and humanization of care, particularly in home-based services where interventions are provided in the patient's everyday environment.

Currently, in Italy, there are no specific, established tools for measuring Customer Satisfaction in home rehabilitation physiotherapy and speech therapy services. Even the "Azienda Sanitaria Friuli Occidentale" (AsFO), despite having a generic questionnaire for Integrated Home Care, did not previously have a tool dedicated to this area.

The aim of this thesis was to design, administer, and analyse data collected through a questionnaire aimed at measuring the perceived quality and satisfaction among users and caregivers of AsFO's home rehabilitation services.

The study was conducted using an observational, descriptive, and cross-sectional design. After a development and pilot testing phase, the questionnaire was administered to all patients (or their caregivers) discharged from home rehabilitation services during the study period.

The data analysis revealed a high level of overall satisfaction, especially regarding healthcare professionals' relational skills (courtesy, availability, ability to listen, and attention to the person's overall needs), respect for privacy, and punctuality.

However, some organisational issues were identified, mainly related to waiting times for service activation, frequency of sessions, and continuity of care. Free-text comments highlighted the need for clearer and more consistent communication, suggesting possible training courses dedicated to the development of communication skills.

At the same time, the administration phase also revealed criticalities concerning questionnaire distribution and coverage across districts, potentially affecting data representativeness emphasizing the need to investigate the organisational factors that limited their distribution and to evaluate strategies aimed at improving their dissemination.

The questionnaire thus represents a first step toward systematically evaluating satisfaction in home rehabilitation services. It may support healthcare organisations in monitoring perceived quality, enhancing strengths, identifying areas for improvement, and planning targeted actions to deliver more patient-centered care.

**Keywords:** Customer Satisfaction, Quality of care, Home rehabilitation services

## 1. Introduzione

La Mission di un'azienda sanitaria consiste nell'erogare servizi e prestazioni che rispondano efficacemente ai bisogni di salute della popolazione, garantendo qualità, sicurezza e appropriatezza.

La qualità si declina in modi diversi a seconda del punto di vista del:

- Professionista clinico: si traduce nell'appropriatezza delle prestazioni, supportate da evidenze scientifiche e dall'aggiornamento continuo, ricerca e innovazione <sup>[1,2]</sup>.
- Organizzazione sanitaria: si orienta alla definizione di standard per uniformare i comportamenti, limitare gli sprechi e promuovere l'accesso equo ai servizi <sup>[3,4]</sup>.
- Paziente/utente: la qualità, non solo misurata tramite indicatori clinici, ma anche percepita e vissuta dal paziente includendo la sicurezza delle prestazioni, umanizzazione delle cure ed efficacia del trattamento <sup>[5]</sup>.

In un sistema di Clinical Governance <sup>[5]</sup>, modello organizzativo a cui le organizzazioni sanitarie moderne fanno riferimento per gestire e governare le proprie attività, gli obiettivi principali sono l'ottimizzazione delle risorse, il miglioramento continuo delle prestazioni e garantire la soddisfazione dell'assistito (Customer Satisfaction).

In quest'ottica, promuovere la qualità assistenziale significa assicurare che ogni paziente riceva l'intervento più adeguato, ottimizzando le risorse impiegate, minimizzando il rischio di eventi avversi, e massimizzando la soddisfazione dell'utente.

La valutazione della soddisfazione percepita dall'utente rispetto ai processi di cura o Customer Satisfaction, rappresenta quindi uno strumento essenziale per le strutture sanitarie per migliorare la qualità dei propri servizi.

Misurando lo scostamento tra le aspettative dei pazienti e le prestazioni effettivamente erogate, è possibile identificare punti di forza e criticità, migliorare la qualità dei servizi e orientare interventi mirati. La rilevazione sistematica della soddisfazione degli utenti si inserisce quindi nel più ampio contesto della clinical governance e del miglioramento continuo della qualità, orientato alla centralità della persona nei processi di cura, alla sua sicurezza e all'efficacia dei percorsi assistenziali.

Nonostante l'esistenza di strumenti per la valutazione della qualità dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), ad oggi, in Italia non sembrano esserci strumenti consolidati e pubblicamente disponibili esclusivamente dedicati alla valutazione della soddisfazione dei pazienti/caregivers per la riabilitazione domiciliare.

Anche nell'Azienda Sanitaria del Friuli Occidentale (AsFO), è presente un questionario di valutazione della soddisfazione degli utenti nelle cure domiciliari (ADI) ma mancava uno strumento ad hoc per rilevare l'esperienza degli utenti rispetto ai servizi riabilitativi domiciliari.

Questo studio si pone quindi l'obiettivo di progettare e somministrare un questionario finalizzato a rilevare la soddisfazione percepita dagli utenti e dai caregivers rispetto alle cure riabilitative domiciliari e, attraverso la sua analisi, individuare le possibili aree di miglioramento futuro dei servizi.

Inoltre, l'introduzione di questo strumento potrà favorire il monitoraggio nel tempo della qualità dei servizi.

Questa tesi si articola in tre parti principali:

- il contesto teorico che presenta il quadro normativo e organizzativo della riabilitazione domiciliare, i concetti di qualità dei servizi sanitari, di Customer Satisfaction e Accredimento Istituzionale;
- la parte metodologica che descrive la progettazione, la validazione e la somministrazione del questionario;
- la parte finale in cui vengono presentati risultati, discussione critica e conclusioni, con implicazioni pratiche e suggerimenti per la pianificazione futura.

In sintesi, questo lavoro intende offrire uno strumento validato a supporto del miglioramento dei servizi, fornire dati utili all'organizzazione per interventi mirati e rappresentare un elemento cruciale per migliorare gli esiti clinici e il benessere del paziente.

## 2. Contesto teorico

Per comprendere pienamente il significato e l'importanza del questionario progettato in questo progetto di tesi, è necessario inquadrare il contesto teorico e normativo di riferimento.

Risulta evidente, infatti, come la qualità dei servizi sanitari e la soddisfazione dell'utente siano concetti strettamente interconnessi, e va valutata in tutti gli ambiti, compreso l'ambito della riabilitazione domiciliare, dove l'intervento avviene direttamente nel contesto familiare del paziente.

Nella sezione che segue verranno quindi illustrati il modello organizzativo della riabilitazione domiciliare nel SSN, i principali concetti di qualità dei servizi sanitari e di qualità percepita, gli strumenti di valutazione della Customer Satisfaction e il ruolo dell'accreditamento istituzionale come strumento di governance e miglioramento continuo.

### 2.1 La riabilitazione domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale

La riabilitazione domiciliare rappresenta un modello di assistenza fondamentale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, volto a garantire interventi terapeutici direttamente presso il domicilio del paziente, assicurando continuità delle cure e favorendo il recupero funzionale nel contesto domestico.

Dal punto di vista normativo, la riabilitazione domiciliare è disciplinata a livello nazionale:

- Legge n. 104/1992 <sup>[6]</sup>: garantisce il diritto alla riabilitazione e all'assistenza domiciliare per persone con disabilità gravi o croniche;
- Decreto Ministeriale 12 gennaio 2017 <sup>[7]</sup>: linee guida sui servizi di assistenza domiciliare integrata – ADI che definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) per l'ADI, inclusa la componente riabilitativa;
- Decreto Ministeriale 70/2015 <sup>[8]</sup>: non disciplina direttamente la riabilitazione domiciliare, ma stabilisce riferimenti per la rete ospedaliera e territoriale di supporto.

Queste fonti normative integrano le disposizioni regionali specifiche che regolano l'organizzazione e la gestione dei servizi nel territorio, definendo l'organizzazione concreta e i protocolli operativi.

I ruoli professionali coinvolti comprendono fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali e altri specialisti, ciascuno con competenze specifiche volte a rispondere ai bisogni multidimensionali dell'utente e il lavoro multidisciplinare è essenziale per garantire un intervento efficace e coordinato <sup>[9,10]</sup>.

Anche nell'ambito del potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR, il Decreto Ministeriale 77/2022 <sup>[11]</sup> stabilisce il domicilio come uno dei luoghi principali di erogazione delle

cure, prevedendo che le prestazioni possano includere interventi medici, infermieristici, riabilitativi e diagnostici, integrati in un percorso assistenziale (PAI) personalizzato o, nel caso specifico riabilitativo, in un piano Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

Il decreto definisce inoltre modelli organizzativi e standard per i diversi livelli di cure domiciliari, in relazione alla complessità assistenziale, e li inserisce in una rete territoriale più ampia che comprende le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità. Questo approccio mira a garantire una presa in carico globale e continuativa, basata sul lavoro multidisciplinare e sull'integrazione tra professionisti e servizi e, in tale contesto, la rilevazione sistematica della soddisfazione dell'utenza rappresenta uno strumento strategico per monitorare la qualità percepita, favorire il miglioramento continuo e orientare la programmazione sanitaria.

## **2.2 Qualità nei servizi sanitari**

Il concetto di qualità nei servizi sanitari si è evoluto nel tempo, passando da una semplice attenzione alla conformità tecnica degli interventi a una visione più ampia che include aspetti strutturali, processuali e di esito.

I modelli di qualità più noti, infatti, comprendono il modello Donabedian<sup>[12]</sup>, che identifica tre dimensioni fondamentali della qualità:

- strutturale: riguarda le risorse disponibili (personale, tecnologie, infrastrutture)
- di processo: concerne le modalità di erogazione delle prestazioni
- di outcome: si focalizza sugli esiti clinici e sulla soddisfazione del paziente.

A livello normativo nazionale, la riforma del Servizio Sanitario Nazionale del 1992, attraverso i Decreti-legge n. 502/1992 e n. 517/1993, ha introdotto il concetto di “qualità delle prestazioni” erogate nel contesto sanitario e ha istituito un sistema per valutare e rivalutare l'assistenza erogata, gettando i presupposti per un approccio sistemico alla qualità <sup>[1,2]</sup>.

Nel contesto attuale sono presenti altri riferimenti normativi orientati a promuovere la qualità e la sicurezza del paziente tra cui:

- Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con il DM del 12 marzo 2019, operativo dal 1° gennaio 2020, che consente la valutazione della qualità e dell'equità delle prestazioni tramite indicatori relativi ai LEA <sup>[3]</sup>.

L'equità viene intesa come uniformità di accesso ai servizi e riduzione delle disuguaglianze territoriali, assicurando che i cittadini, indipendentemente da dove vivano, possano ricevere prestazioni di pari qualità.

- La Carta dei diritti del paziente per la sicurezza, promossa da AGENAS nel 2024, che valorizza concetti come trasparenza, responsabilizzazione, equità e ruolo attivo del paziente nel proprio percorso assistenziale [4].

Garantisce che ogni paziente abbia uguale diritto a cure sicure e di qualità, indipendentemente da età, genere, condizione sociale o area geografica. Riguarda i diritti alla privacy e riservatezza, supporto nel processo decisionale, ascolto, coinvolgimento attivo di paziente e della sua famiglia, informazione e educazione sostenendo il concetto di equità come diritto individuale, non solo come standard misurabile: in questo la soddisfazione dell'utenza diventa uno strumento per verificare se questo diritto è percepito come rispettato dagli utenti.

Nel caso della soddisfazione del paziente si tratta di qualità percepita riferendosi alla valutazione soggettiva che gli utenti danno del servizio ricevuto, influenzata da aspetti relazionali, comunicativi e di accessibilità.

In un sistema di Clinical Governance [5], modello organizzativo volto al miglioramento continuo delle prestazioni, all'efficienza delle risorse e alla soddisfazione dell'utente, a cui le organizzazioni sanitarie moderne fanno riferimento per gestire e governare le proprie attività, la sua rilevazione permette di conoscere meglio le aspettative e le percezioni dei pazienti e verificarne gli scostamenti rispetto alle prestazioni erogate; permette quindi di valutare se le prestazioni raggiungono il livello prefissato e, eventualmente, di pianificare eventuali cambiamenti.

Essa rappresenta perciò un elemento cruciale per orientare politiche di miglioramento e valutazioni di accreditamento [13-15].

### **2.3 Customer Satisfaction in sanità**

Come già sottolineato, la Customer Satisfaction, o soddisfazione del cliente, in ambito sanitario indica il grado di conformità tra le aspettative dell'utente e la percezione reale del servizio ricevuto [16].

Rilevare la Customer Satisfaction consente di costruire un modello di relazione tra amministrazione e cittadini basato sulla fiducia, fornendo legittimazione all'azione pubblica attraverso risposte tempestive e adeguate ai reali bisogni dei cittadini e delle imprese.

In particolare, permette di verificare:

- lo scostamento tra i bisogni del cittadino e il punto di vista dell'amministrazione, considerando che i bisogni e le attese non sempre sono compresi allo stesso modo e che le priorità possono differire;

- lo scostamento tra le attese del cittadino e i livelli di servizio definiti, poiché l'insoddisfazione spesso deriva dal disallineamento tra ciò che il cittadino si aspetta e le prestazioni previste;
- lo scostamento tra i livelli di servizio definiti e le prestazioni effettivamente fornite, imputabile a eventuali inefficienze nei processi di erogazione;
- lo scostamento tra le prestazioni erogate e la percezione del cittadino, influenzata da fattori soggettivi e dalla personale esperienza di fruizione del servizio.

Essa assume un ruolo strategico: i dati della letteratura scientifica, infatti, suggeriscono che la soddisfazione del paziente è correlata a esiti positivi, come una maggiore aderenza al trattamento, miglioramenti nella qualità della vita e riduzione delle ospedalizzazioni, influenzando la continuità assistenziale e la credibilità dell'organizzazione sanitaria <sup>[17,18,19]</sup>.

Inoltre, un'indagine di Customer Satisfaction non corrisponde a un sondaggio d'opinione, né alla semplice distribuzione di questionari senza metodologia, né a un dato fine a sé stesso, né alla valutazione del singolo operatore. Essa misura invece la capacità complessiva dell'organizzazione di generare valore per il cittadino in tutti gli aspetti del servizio.

Questo strumento fornisce dati utili per orientare le politiche sanitarie, supportare la formazione degli operatori e garantire un'assistenza più centrata sul paziente <sup>[20]</sup>, permettendo di monitorare continuamente la qualità del servizio e favorendo una gestione proattiva dei bisogni dei pazienti e un miglioramento continuo delle pratiche assistenziali <sup>[21]</sup>.

Infine, la personalizzazione degli strumenti in base alle specificità del contesto locale e alle caratteristiche del paziente, così come la sua somministrazione regolare, sono approcci sostenuti dalla letteratura per garantire la rappresentatività dei dati raccolti <sup>[22]</sup>.

### 2.3.1. Fattori che influenzano la Customer Satisfaction

La soddisfazione dell'utenza è un indicatore complesso e multidimensionale, influenzato da diversi aspetti che riguardano la presa in carico e la gestione del percorso di salute della persona, quali:

- Qualità dell'assistenza sanitaria: è uno dei determinanti principali della soddisfazione del paziente. Studi hanno evidenziato che indicatori come la competenza tecnica, l'efficacia del trattamento e l'aderenza alle linee guida cliniche sono strettamente correlati alla percezione positiva del servizio da parte dell'utenza <sup>[23,24]</sup>.
- Comunicazione e relazione interpersonale: la capacità del personale di ascoltare attivamente, spiegare in modo comprensibile e mostrare empatia e interesse genuino per il benessere del paziente è associata a livelli più elevati di soddisfazione <sup>[25,26,27]</sup>.

- Accessibilità e organizzazione del servizio: la disponibilità di appuntamenti, la limitazione dei tempi di attesa e l'efficienza organizzativa sono determinanti per l'esperienza positiva dell'utente [28,24,29].
- Aspetti socio-demografici: caratteristiche come età, livello di istruzione, stato socio-economico e background culturale influenzano le aspettative e la percezione del servizio sanitario. Infatti, pazienti con maggiore *alfabetizzazione sanitaria (health literacy)* tendono ad avere un'esperienza più positiva, percependo maggiore controllo e partecipazione nelle cure [30].
- Continuità assistenziale: ovvero la possibilità per il paziente di interagire con gli stessi professionisti nel tempo, favorisce la costruzione di una relazione di fiducia e migliora la soddisfazione complessiva. Studi hanno dimostrato che una buona continuità assistenziale è correlata a una maggiore soddisfazione e a migliori esiti di salute [31].
- Aspetti economici: costi associati all'assistenza sanitaria, come spese dirette, ticket e copertura assicurativa, influenzano significativamente la soddisfazione del paziente. Nei sistemi privati il focus è sul rapporto qualità-prezzo percepito, mentre nei sistemi pubblici, il fattore economico si esprime nella percezione di equità e nella percezione del rapporto tra contributo fiscale e qualità del servizio ricevuto. In entrambi i contesti, la percezione di un buon rapporto tra risorse investite e qualità delle cure erogate rimane centrale nella valutazione complessiva della soddisfazione [24-29].
- Digitalizzazione e innovazione tecnologica: l'uso efficace tecnologie come la telemedicina e strumenti digitali di supporto è associato a una maggiore soddisfazione, soprattutto quando facilita la comunicazione e riduce i tempi di attesa [32].

## 2.4 I questionari

Gli strumenti di rilevazione della Customer Satisfaction in sanità includono questionari standardizzati, interviste, focus group e metodologie qualitative [33,34].

Un questionario strutturato rappresenta uno strumento valido per raccogliere feedback diretti da parte dei pazienti o dai loro caregivers, consentendo di identificare punti di forza e aree di miglioramento rispetto alle cure ricevute.

Infatti, secondo la letteratura, la misurazione della soddisfazione attraverso questionari è stata utilizzata con successo per monitorare e migliorare la qualità dei servizi sanitari, inclusi quelli domiciliari [35]. In particolare, i questionari possono focalizzarsi su vari aspetti delle cure domiciliari, come la comunicazione con gli operatori sanitari, l'efficacia del trattamento, la gestione del dolore e la percezione del supporto familiare [36,37].

#### 2.4.1 Metodologia per la progettazione

Gli strumenti di misurazione devono essere validi e affidabili per garantire che i dati raccolti siano accurati e rappresentativi delle esperienze dei pazienti ma la ricerca recente fa emergere che gli strumenti attualmente esistenti mostrano ancora limiti metodologici e nessuno soddisfa gli standard di qualità più elevati [38].

Le criticità attuali nella misurazione dell'esperienza e della soddisfazione del paziente in contesti complessi riguardano in particolare:

- la scarsità di strumenti completi e psicometricamente validi;
- l'importanza della partecipazione del cliente/utente nella fase di sviluppo;
- la necessità di standardizzare e testare con rigore i questionari.

Il Dipartimento per la Funzione Pubblica, con il Progetto MiglioraPA, ha redatto una “Guida Operativa per i percorsi di Customer Satisfaction” [39] volta ad offrire uno strumento metodologico nella progettazione di strumenti per la Customer Satisfaction.

Viene suggerito di:

1. Effettuare una fase preliminare di analisi e pianificazione volta a garantire la coerenza dello strumento con gli obiettivi dell'indagine e la qualità dei dati raccolti
  - Scouting e benchmark: analisi di documentazione e indagini precedenti sul tema, all'interno o all'esterno dell'organizzazione, per identificare pratiche consolidate e parametri di confronto.
  - Colloqui preliminari: interviste di profondità o focus group con utenti e stakeholder, utili a individuare le aree rilevanti da indagare e ad arricchire il contenuto del questionario.
2. Definire struttura e contenuto
  - Obiettivi chiari:  
deve essere prevista una breve introduzione o una spiegazione sintetica degli obiettivi dell'indagine per un impatto trasparente utile all'utente per comprendere e partecipare alle finalità dell'indagine. Essa rassicura inoltre l'utente sulle modalità con le quali verranno trattate le informazioni che fornirà, in particolare alle eventuali informazioni di carattere sensibile o personale.
  - Profilo dell'utente:  
includere solo dati anagrafici funzionali alle finalità dello studio (ad es. sesso, età, professione, livello di istruzione), evitando richieste invasive.
  - Ordine logico e leggibilità:

le domande devono seguire un flusso coerente, facilitare il ricordo del vissuto esperienziale dell'utente ed essere organizzate in aree tematiche se il questionario è complesso.

Inoltre, viene consigliato di seguire una sequenza logica delle domande, iniziando con domande semplici e generali per mettere a proprio agio i partecipanti, inserire poi domande più specifiche e dettagliate (core del questionario) e terminare con domande aperte per raccogliere feedback aggiuntivi.

- Tipologia delle domande e registro linguistico:  
scegliere domande chiuse (scelta multipla, scala Likert) e aperte in base agli obiettivi e al target, evitando ridondanze e domande superflue. Inoltre, deve essere utilizzato un registro linguistico semplice e diretto, chiaro evitando ambiguità.
  - Aspetti grafici e leggibilità:  
evitare caratteri troppo piccoli, colori eccessivi o formati complessi che possano distrarre o rendere difficile la compilazione, soprattutto in somministrazioni online.
3. Definire durata della rilevazione pianificando un periodo adeguato a garantire rappresentatività dei dati, evitando sia tempi eccessivi sia periodi troppo brevi.
  4. Effettuare la fase di testing attraverso
    - revisione critica: sottoporre il questionario a persone esterne al gruppo di progettazione per valutare chiarezza e coerenza.
    - Beta test o focus group: testare lo strumento su un piccolo campione di utenti, raccogliendo osservazioni e suggerimenti per eventuali modifiche.
  5. Favorire l'accessibilità prestando attenzione alle persone con disabilità (ad esempio evitare domande a matrice complesse per utenti ipovedenti) e scegliere formati che assicurino inclusività.

## **2.5 Accredimento istituzionale**

L'accredimento istituzionale è un processo di valutazione esterna che attesta la conformità delle strutture sanitarie a determinati standard di qualità e sicurezza, al fine di garantire servizi appropriati, efficaci e centrati sul paziente <sup>[8]</sup>.

A livello nazionale, la normativa di riferimento è rappresentata dal Decreto Ministeriale 70/2015, che definisce i requisiti minimi organizzativi, gestionali e assistenziali per l'accredimento delle strutture erogatrici di servizi sanitari, compresi quelli domiciliari <sup>[8]</sup>.

I requisiti di qualità previsti riguardano la gestione del rischio clinico, la competenza del personale, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la soddisfazione degli utenti.

In particolare, Friuli-Venezia Giulia, in virtù della Delibera Regionale n. 930 del 16 giugno 2023 <sup>[40]</sup>, è stato adottato il regolamento per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture che erogano cure domiciliari <sup>[41]</sup>, in attuazione degli articoli 63 e 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 <sup>[42]</sup> riguardanti la “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria...”.

Il regolamento prevede che le strutture adottino iniziative volte al miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali, basandosi sui risultati delle analisi effettuate (CD.ACC.34), implementino un sistema di monitoraggio e valutazione, sia qualitativo sia quantitativo, delle attività erogate, con particolare attenzione all'eleggibilità del paziente, alla presa in carico e alla continuità dell'assistenza secondo gli indicatori regionali (CD.ACC.35), e adottino modalità di misurazione delle prestazioni per gestire e ottimizzare l'attività, favorendo interventi mirati di miglioramento (CD.ACC.36).

La ricerca effettuata evidenzia che sono poche le realtà aziendali in Italia, sia pubbliche che private o convenzionate, che dispongono di un sistema di rilevazione della qualità per le cure domiciliari integrate (infermieristiche, riabilitative ecc), e attualmente nessuna in modo specifico per le cure domiciliari riabilitative (fisioterapia e logopedia).

Anche nel contesto dell'Azienda Sanitaria del Friuli Occidentale (AsFO), è stato progettato un questionario di “Valutazione della soddisfazione degli utenti nelle Cure Domiciliari” (ADI) ma non ancora somministrato all'utenza all'inizio di questo progetto. Esso si configura come un questionario che, in 12 quesiti, si pone l'obiettivo di esplorare la soddisfazione generale dell'utenza rispetto alle cure domiciliari in termini di qualità complessiva, tempestività e puntualità, chiarezza e completezza delle informazioni ricevute, disponibilità del personale, ma senza distinguere tra i vari servizi e i diversi territori.

In questo contesto, l'implementazione di strumenti come il questionario di Customer Satisfaction diventa essenziale non solo per il miglioramento continuo, ma anche per supportare i processi di accREDITAMENTO e verifica degli standard di qualità <sup>[43,44]</sup>.

### **3. Scopo della tesi**

Nonostante l'esistenza di strumenti generali per valutare la Customer Satisfaction in ambito domiciliare, ad oggi non sono disponibili questionari specifici per l'ambito riabilitativo.

Questo progetto di tesi si propone quindi di colmare questo gap, contribuendo al miglioramento della qualità dei servizi di riabilitazione domiciliare erogati dall'Azienda Sanitaria del Friuli Occidentale, attraverso la progettazione, validazione e somministrazione di uno strumento dedicato alla rilevazione della soddisfazione percepita dagli utenti e dai loro caregivers.

Obiettivo generale:

- Rilevare la soddisfazione degli utenti e dei caregivers rispetto ai servizi di riabilitazione domiciliare, al fine di supportare l'AsFO nel monitoraggio della qualità percepita e nel miglioramento continuo dei percorsi assistenziali.

Obiettivi specifici:

- progettare un questionario ad hoc per la valutazione della Customer Satisfaction nel contesto della riabilitazione domiciliare, tenendo conto delle esigenze cliniche, relazionali e organizzative del servizio
- validare lo strumento attraverso procedure metodologiche che ne garantiscano l'affidabilità, la chiarezza e l'adeguatezza rispetto alla popolazione target
- somministrare il questionario agli utenti e ai caregivers coinvolti nei programmi di riabilitazione domiciliare, raccogliendo dati sistematici sulla percezione della qualità delle cure ricevute
- analizzare i risultati al fine di identificare punti di forza, criticità e possibili aree di miglioramento dei servizi, fornendo indicazioni concrete per interventi mirati
- favorire l'integrazione dello strumento nel processo di monitoraggio continuo della qualità dei servizi, in linea con i principi della Clinical Governance e con le linee guida per l'accreditamento istituzionale.

In sintesi, lo studio mira non solo a produrre dati utili per l'organizzazione, ma anche a offrire uno strumento concreto per valorizzare la centralità dell'utente nei percorsi riabilitativi domiciliari, migliorando la sicurezza, l'efficacia e l'esperienza complessiva del servizio.

## 4. Materiali e metodi

### 4.1 Procedura

Il progetto di tesi si è svolto secondo le seguenti fasi:

- a) *Progettazione e strutturazione del questionario*: è stata effettuata la ricerca preliminare per la valutazione della Customer Satisfaction nel contesto della riabilitazione domiciliare, tenendo conto della normativa, della ricerca in letteratura rispetto ai fattori influenti la soddisfazione percepita e delle esigenze cliniche, relazionali e organizzative di AsFO (personalizzazioni aziendali);
- b) *Validazione* dello strumento per garantire la maggiore affidabilità, chiarezza e adeguatezza possibili rispetto alla popolazione target.

La versione iniziale, a dicembre 2024, è stata somministrata a un campione di persone esterne ai servizi territoriali riabilitativi (10 questionari) per individuare, attraverso una scheda di rilevazione [Allegato 1] eventuali concetti ambigui, ignoti o poco chiari, errori, considerazioni sulla lunghezza di compilazione e sul gradimento generale rispetto alla proposta di ricevere un questionario di Customer Satisfaction.

Come criticità principale è stata segnalata la lunghezza del questionario ed è stato suggerito di non utilizzare termini inglesi come “caregivers” in quanto non noti a tutti.

Gli aspetti critici evidenziati sono stati analizzati e sono state apportate le modifiche opportune. Questa versione del questionario è stata revisionata dalla Dirigenza (Direttore Sanitario, Dirigente delle professioni sanitarie riabilitative) e, successivamente, la revisione definitiva è stata comunque testata su un piccolo campione di utenza, per effettuare un’ulteriore verifica e per valutare il corretto funzionamento di QR code e tempi di compilazione a domicilio al fine di ridurre tutti i potenziali imprevisti a cui i professionisti dei servizi territoriali sarebbero potuti incorrere.

- c) *Definizione del periodo e delle modalità di somministrazione*

La raccolta dei dati ha previsto due modalità di somministrazione per favorire l’accessibilità e l’efficacia del processo:

- Versione digitale: accessibile tramite QR code [Allegato 2], da utilizzare come scelta preferenziale, mediante la Piattaforma Titanium, disponibile per AsFO;
- Versione cartacea: per le situazioni di limitazione tecnologica da parte dell’utenza.

Per garantire la riservatezza, nel formato cartaceo, è stato indicato di far compilare all’utente il questionario ed imbustarlo in busta bianca anonima fornita dall’operatore e sigillata dal compilatore stesso.

Il periodo di somministrazione è stato stabilito, in accordo con il Direttore Sanitario, per due mesi consecutivi: maggio e giugno 2025.

- d) *Formazione e informazione* ai Coordinatori dei Distretti dei Servizi di riabilitazione territoriale: preliminarmente all'avvio della somministrazione è stato organizzato un incontro informativo e formativo per illustrare gli obiettivi organizzativi rispetto all'introduzione del questionario nell'operatività dei servizi e le modalità operative proposte.
- e) *Redazione di una Istruzione Operativa (I.O.)* [Allegato 3] per il personale con definizione degli obiettivi, i criteri di inclusione ed esclusione, le modalità operative e gli indicatori di risultato (rispetto alle somministrazioni).

f) *Formazione del personale*

Per favorire l'aderenza e la somministrazione corretta dei questionari sono stati effettuati:

- Organizzazione di un incontro informativo e formativo rivolto a tutto il personale sanitario coinvolto, volto a illustrare il questionario, gli obiettivi aziendali e di salute ad esso correlati, e a presentare l'IO predisposta, contenente le modalità di distribuzione e raccolta, le procedure operative e gli indicatori di risultato.
- creazione di una tabella Excel per i Coordinatori dei SRD per facilitare il tracciamento dei dati necessari (per ovviare alla difficoltà di reperire dati in tempo reale e attendibili sulle PIC chiuse mese per mese) [Allegato 4].

- g) *Somministrazione* del questionario [Allegato 5] agli utenti e ai caregivers coinvolti nei programmi di riabilitazione domiciliare, raccogliendo dati sistematici sulla percezione della qualità delle cure ricevute.

La somministrazione è stata proposta in concomitanza con la dimissione dell'utente dal servizio e conseguente chiusura della PIC nel periodo individuato (maggio-giugno 2025) e la compilazione è avvenuta presso il domicilio dell'utenza.

- h) *Analisi dei risultati*: i dati da QR code sono stati raccolti e sono stati resi disponibili in un database Excel. In questo sono stati inseriti manualmente i dati dei questionari cartacei, pervenuti al termine del rilevamento. È stata effettuata una scrematura e pulizia dei dati escludendo dall'analisi i questionari con dati mancanti. Sono state successivamente effettuate le analisi quali/quantitative sia sui dati raccolti dai questionari, sia sui dati relativi alla somministrazione.

i) *Attività in programmazione futura*:

Si prevederà entro il 31.12.2025 la restituzione dei risultati e dell'analisi agli operatori e alla dirigenza al fine di riassumere i principali risultati dell'analisi, evidenziando i punti di forza e le aree di miglioramento con l'obiettivo di:

- favorire implementazione di azioni di miglioramento continuo su processi operativi, formazione;
- favorire l'integrazione dello strumento nel processo di monitoraggio continuo della qualità dei servizi, in linea con i principi della Clinical Governance e con le linee guida per l'accreditamento istituzionale.

## **4.2 Disegno dello studio**

Lo studio è stato condotto con un disegno osservazionale, descrittivo e trasversale, con l'obiettivo di rilevare il livello di soddisfazione degli utenti dei servizi di riabilitazione domiciliare fisioterapica e logopedica dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale.

Il progetto ha avuto inizio a novembre 2024 e si è svolto in queste tre fasi principali:

1. Novembre 2024- aprile 2025: progettazione e validazione preliminare dello strumento.
2. Maggio e giugno 2025: somministrazione del questionario.
3. Luglio-agosto 2025: raccolta dati e analisi.

Lo studio ha coinvolto, per la parte organizzativa, la Direzione Sanitaria, i responsabili dei Dipartimenti di Assistenza Territoriale (DAT), la SC Direzione delle Professioni sanitarie della riabilitazione e i Coordinamenti dei servizi di riabilitazione territoriale.

Per la parte operativa di somministrazione e raccolta dei questionari, sono stati coinvolti tutti gli operatori dei Servizi di Riabilitazione Domiciliare e gli utenti o i loro caregivers, direttamente al loro domicilio, secondo i criteri di inclusione/esclusione definiti.

## **4.3 Popolazione e campione**

La popolazione di riferimento dello studio comprende utenti che hanno beneficiato dei Servizi di Riabilitazione Domiciliare fisioterapica o logopedica dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale o ai loro caregivers.

### **4.3.1 Criteri di inclusione ed esclusione**

Il questionario è stato somministrato agli utenti maggiorenni in grado di prestare il proprio consenso a partecipare allo studio, presi in carico sia per valutazioni ausili che per percorsi riabilitativi di rieducazione e ai loro caregivers.

Sono stati esclusi:

- pazienti presi in carico per valutazioni ambientali isolate senza presenza dell'utente al domicilio;

- utenti o caregivers con grave barriera linguistica o assenza del caregivers in caso di utente non in grado di compilare il questionario;
- rifiuto alla compilazione;
- PIC ambulatoriali o miste (domicilio e ambulatorio contemporaneamente).

#### 4.3.2 Modalità di reclutamento

Il questionario è stato proposto a tutti gli utenti dimessi dal Servizio di Riabilitazione Domiciliare (SRD) nel periodo di somministrazione, spiegando all'utenza che la compilazione sarebbe stata facoltativa, anonima e finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi.

La somministrazione è stata effettuata dai professionisti durante l'ultima seduta della PIC e il reclutamento è avvenuto come da criteri di inclusione/esclusione.

#### 4.3.3 Numerosità campionaria

Inizialmente è stato tentato un calcolo della numerosità campionaria. Tuttavia, i sistemi gestionali aziendali non consentono di rilevare con precisione le aperture e chiusure delle PIC con cadenza mensile. Il tentativo di raccolta preliminare, con riferimento l'anno 2024, ha evidenziato una notevole variabilità dei dati mensili, legata a fattori organizzativi e clinici (n. di eventi acuti, segnalazioni da parte dei medici di medicina generale e dell'ospedale, assenze degli operatori, festività e corsi di formazione). Sono stati scelti i mesi di maggio e giugno in quanto, in apparenza periodi meno sensibili ad assenze degli operatori per festività, ferie estive e corsi di formazione.

Pertanto, si è optato per un reclutamento di tipo censuario, proponendo la compilazione a tutti gli utenti dimessi nel periodo considerato.

Per poter rilevare il flusso preciso delle PIC chiuse nel periodo, è stato predisposto un file Excel (Allegato 1) con cui rilevare, mediante compilazione accurata da parte di ciascun operatore:

- Le PIC totali chiuse nel periodo di rilevazione;
- Il numero totale di questionari somministrati e compilati;
- Il numero totale dei questionari somministrati e non compilati (per rifiuto o barriera linguistica).

Poiché non è stato possibile calcolare a priori la dimensione campionaria, è stato fissato come obiettivo il raggiungimento dell'80% di somministrazioni rispetto alle PIC totali. Tale indicatore è stato definito per garantire una quantità di dati sufficiente a conferire significatività e rappresentatività ai questionari.

#### 4.4 Strumenti e materiali

Il questionario strutturato utilizzato per l'indagine è stato predisposto ad hoc per i servizi di riabilitazione domiciliare fisioterapica e logopedica dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale.

La ricerca in letteratura ha evidenziato infatti l'assenza di questionari già pronti e validati che indaghino la Customer Satisfaction nei Servizi domiciliari riabilitativi.

La sua strutturazione è avvenuta attraverso l'analisi:

- della normativa riguardante la qualità e l'equità delle cure e i Diritti dell'utenza;
- dei requisiti necessari ad assolvere l'accreditamento istituzionale;
- di strumenti di Customer Satisfaction già adottati da altre aziende sanitarie italiane per i servizi territoriali non riabilitativi (nella fattispecie per le cure palliative domiciliari) <sup>[45]</sup>;
- della letteratura scientifica (Pubmed) e letteratura grigia per identificare i fattori che influenzano la soddisfazione dell'utenza.

Il questionario è stato quindi strutturato in 31 item, suddivisi in sezioni:

- 1) Messaggio introduttivo: definizione della volontarietà della compilazione, dell'anonimato e della durata stimata, nonché degli obiettivi della raccolta dei dati.
- 2) Informazioni generali del compilatore (genere, età, nazionalità, titolo di studio).
- 3) Informazioni generali dell'assistito (relazione con l'assistito, convivenza, distretto di residenza, dati anagrafici di base).
- 4) Conoscenza dei servizi e segnalazione (fonti di informazione, tipologia di interventi ricevuti, altre figure professionali coinvolte, eventuale ricorso a riabilitazione privata).
- 5) Qualità percepita della presa in carico riabilitativa (chiarezza delle informazioni, tempi di attesa, frequenza delle visite, rispetto degli orari, completezza e utilità delle indicazioni fornite, cortesia e disponibilità del personale, rispetto della privacy, supporto emotivo e coinvolgimento nel percorso).
- 6) Valutazione complessiva del servizio (grado di soddisfazione globale rispetto alle aspettative).
- 7) Suggerimenti e osservazioni libere (spazio aperto per commenti e proposte di miglioramento).

È stata inoltre prevista una personalizzazione aziendale con l'inserimento di una domanda dedicata alla gestione del magazzino ausili.

Le domande sono state:

- prevalentemente a risposta chiusa, utilizzando la scala Likert a 5 punti (da “per nulla soddisfatto” a “molto soddisfatto” oppure da “per nulla supportato” a “molto supportato”) per valutare aspetti relativi ai tempi di attesa, puntualità, cortesia, competenza tecnica, chiarezza delle informazioni;
- quesiti dicotomici (sì/no);
- domande a scelta multipla (es. fonti di informazione, interventi usufruiti, operatori coinvolti);
- a risposta aperta per rendere possibile la spiegazione nel caso di insoddisfazione e per favorire l’espressione libera di suggerimenti degli utenti.

Il tempo medio di compilazione è stato stimato in circa 10 minuti

#### **4.5 Analisi dei dati**

I dati raccolti mediante il questionario sono stati sottoposti ad analisi descrittiva.

L’analisi dei dati ha previsto un approccio descrittivo su due livelli:

- analisi quantitativa e qualitativa delle risposte ai questionari, attraverso l’esame delle variabili categoriali e ordinali in termini di frequenze e percentuali, e delle eventuali variabili quantitative mediante misure di tendenza centrale e di dispersione. È stata analizzata la distribuzione delle risposte per identificare tendenze e pattern comuni. Inoltre, l’analisi qualitativa ha riguardato i commenti e suggerimenti per identificare temi comuni e aree specifiche di miglioramento rimuovendo eventuali duplicati o risposte incomplete
- analisi dei dati relativi alla somministrazione, finalizzata a valutare l’aderenza alla somministrazione e la rappresentatività del campione rispetto alla popolazione di riferimento. In particolare, sono stati calcolati indicatori di copertura rapportando il numero di questionari somministrati e compilati al numero di prese in carico riabilitative chiuse nello stesso periodo, sia complessivamente sia per ciascun Distretto.

Per valutare eventuali differenze territoriali, i risultati sono stati analizzati sia in forma aggregata a livello aziendale, sia disaggregati per Distretto, confrontandoli con la media generale.

Tutte le elaborazioni sono state realizzate mediante Microsoft Excel®.

#### **4.6. Aspetti etici**

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici della ricerca con esseri umani, come indicato nella Dichiarazione di Helsinki, che tutela i partecipanti, richiede il consenso informato e garantisce la riservatezza dei dati.

Il questionario somministrato è completamente anonimo: la piattaforma informatica utilizzata (Titanium) non registra l'indirizzo e-mail dei partecipanti e, alla luce delle domande proposte, non è possibile risalire né al professionista né all'utente. A seguito del parere della S.C. Affari Generali e Legali, non è stata ritenuta necessaria alcuna informativa aggiuntiva, essendo sufficiente l'introduzione sintetica riportata all'inizio del questionario.

La raccolta dei dati è stata inoltre autorizzata dai Direttori dei Distretti tramite apposito modulo aziendale.

I dati sono stati trattati in forma aggregata e analizzati esclusivamente per le finalità dello studio.

La partecipazione è stata volontaria e i partecipanti potevano interrompere la compilazione in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza.

## 5. Risultati

### 5.1 Popolazione campionaria

Durante il periodo di studio sono stati raccolti complessivamente 121 questionari, di cui 90 in formato digitale mediante QR code (76%) e 31 in formato cartaceo (24%).

Dei questionari cartacei, 2 sono risultati non validi, in quanto non compilati completamente, portando il totale dei questionari validi a 119. Questi dati costituiscono il campione su cui si basa l'analisi della soddisfazione dei pazienti dei servizi di riabilitazione domiciliare.

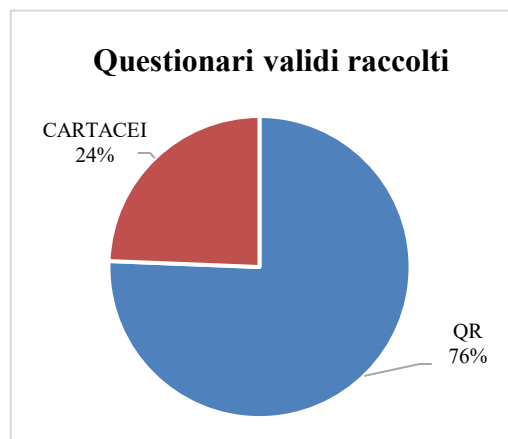


Grafico 1: questionari validi raccolti

#### 5.1.1 Caratteristiche socio-demografiche di compilatori e assistiti

La maggioranza dei compilatori è rappresentata da donne (68,1%) e, similmente, anche tra gli assistiti prevalgono le donne (61,3%) rispetto agli uomini (38,7%).

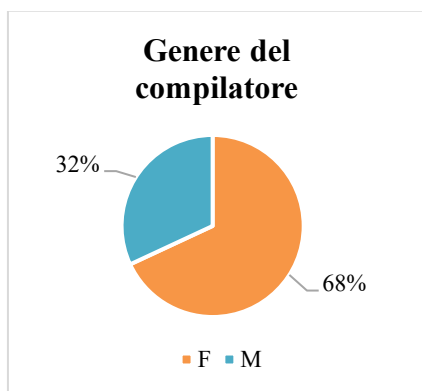


Grafico 2: genere del compilatore

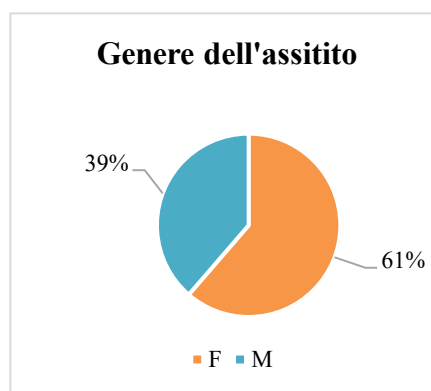


Grafico 3: genere dell'assistito

Con riferimento all'*età del compilatore*, la fascia più rappresentata è compresa tra i 50 e i 70 anni (circa il 50%), seguita da quella 70-80 anni (25,2%) e oltre gli 80 anni (10,1%).

L'*età degli assistiti* è invece più avanzata: la maggioranza (63,9%) ha più di 80 anni, mentre il 24,4% rientra nella fascia 70-80 anni.

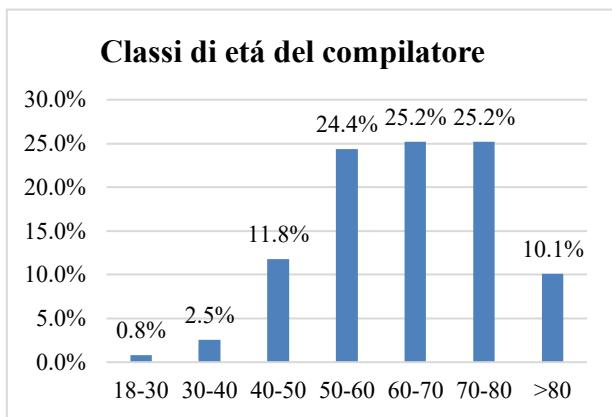


Grafico 4: età dei compilatori

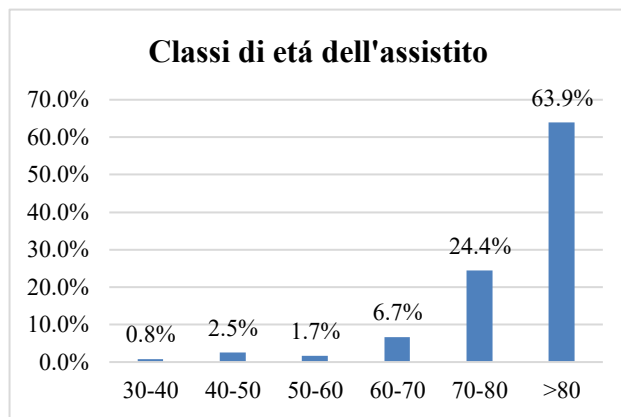


Grafico 5: età degli assistiti

La quasi totalità dei compilatori ha **nazionalità** italiana (95,8%), mentre solo il 5% è di origine comunitaria o extracomunitaria.

Per quanto riguarda il **titolo di studio**, prevalgono il diploma di scuola superiore (47,1%) e il titolo di scuola elementare/media (41,2%); solo una quota ridotta presenta un titolo universitario (10,1% complessivo tra laurea triennale e magistrale).

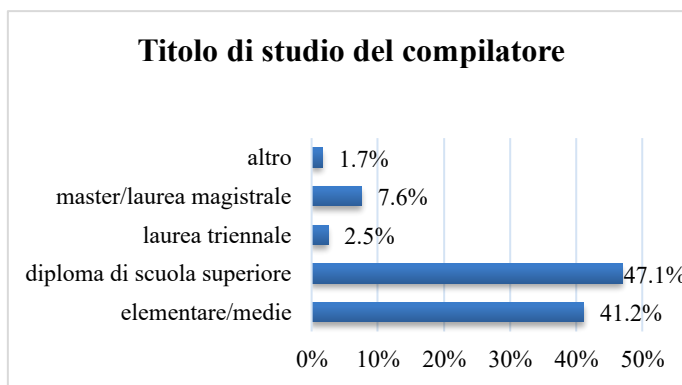


Grafico 6: titolo di studio del compilatore

In relazione al **ruolo nei confronti dell'assistito**, il gruppo più numeroso è rappresentato dai figli (46,2%), seguito dall'assistito stesso (22,7%) e dal coniuge (13,4%). In minor misura compaiono i caregivers professionali (badanti/assistenti familiari, 8,4%) e altri familiari.

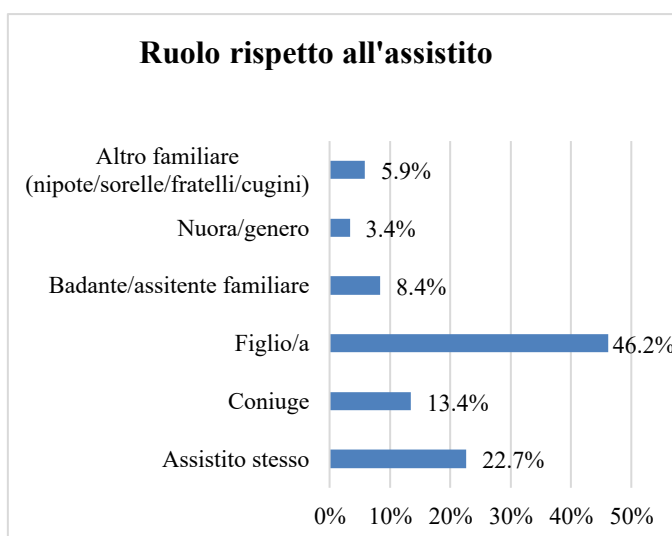


Grafico 7: ruolo rispetto all'assistito

Infine, rispetto allo *stato di convivenza*, il 40,3% dei compilatori convive con l'assistito, il 37,0% non convive e nel 22,7% dei casi il compilatore coincide con l'assistito stesso

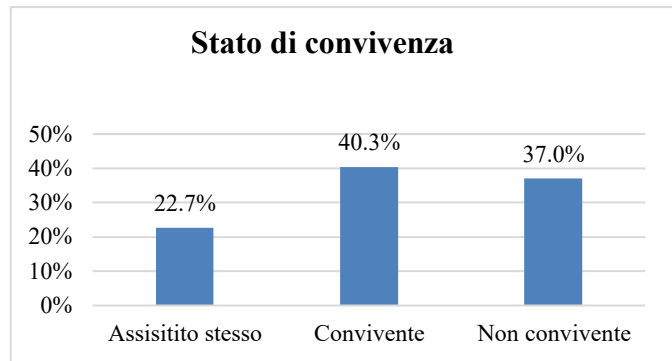


Grafico 8: stato di convivenza assistito-caregivers

## 5.2 Conoscenza e accesso ai servizi

La maggior parte degli utenti (58,8%) dichiara di conoscere i servizi offerti, mentre il 32,8% non ne era a conoscenza e l'8,4% ne aveva solo sentito parlare senza sapere di cosa si trattasse.

Dall'analisi dei questionari è emerso che le principali *fonti di informazione sui servizi* di riabilitazione domiciliare sono rappresentate dai medici di medicina generale (40,3%), dall'ospedale (28,6%), e in misura minore da parenti/conoscenti (16%), servizi sociali (5%) e altre fonti residuali.

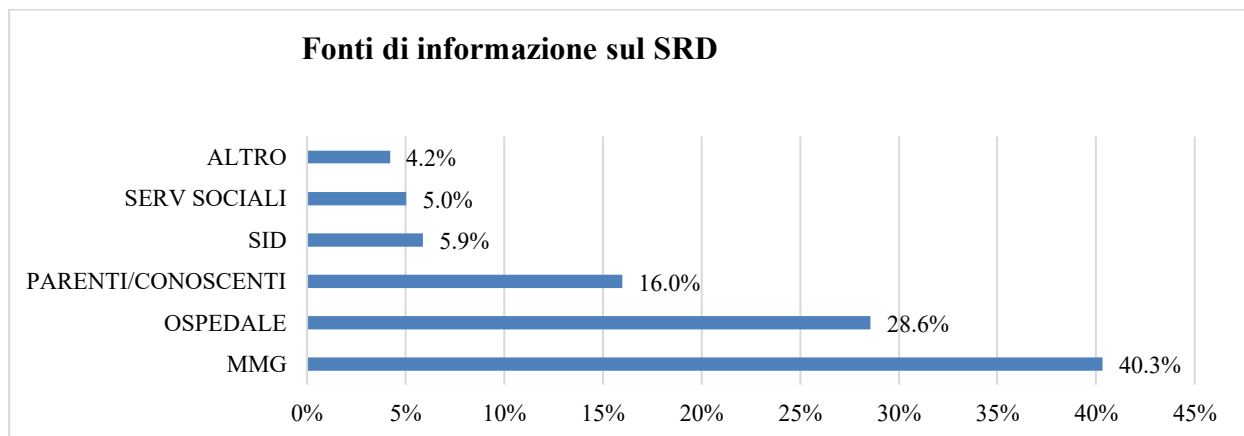


Grafico 9: principali fonti di informazione sul Servizio di Riabilitazione Domiciliare

Il *servizio più utilizzato* è risultato essere la consulenza per valutazione ausili (51,4%), seguita dal trattamento fisioterapico (31,4%) e dall'educazione alla gestione della vita quotidiana (14,1%).

Una quota più ridotta di utenti ha usufruito di interventi logopedici (3,2%).

In oltre la metà dei casi (58,8%) è stato erogato un singolo servizio, mentre il 41,2% degli utenti ha beneficiato di più prestazioni in combinazione tra loro.

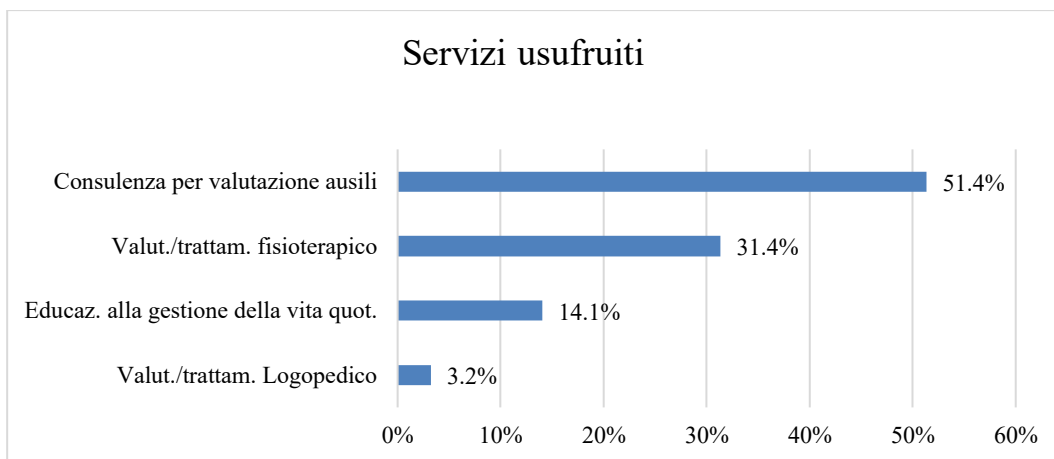


Grafico 10: servizi riabilitativi domiciliari usufruiti dagli utenti

Inoltre, nella maggior parte dei casi (72%) dei casi è stato segnalato il **coinvolgimento di più figure professionali** nella presa in carico.

Le più coinvolte risultano essere gli infermieri (45,8%), seguiti da assistenti sociali (16,2%) e assistenti domiciliari (14,8%). Il MMG compare nel 16,9% dei casi, mentre logopedisti, terapisti occupazionali e medici delle cure palliative presentano percentuali minori.

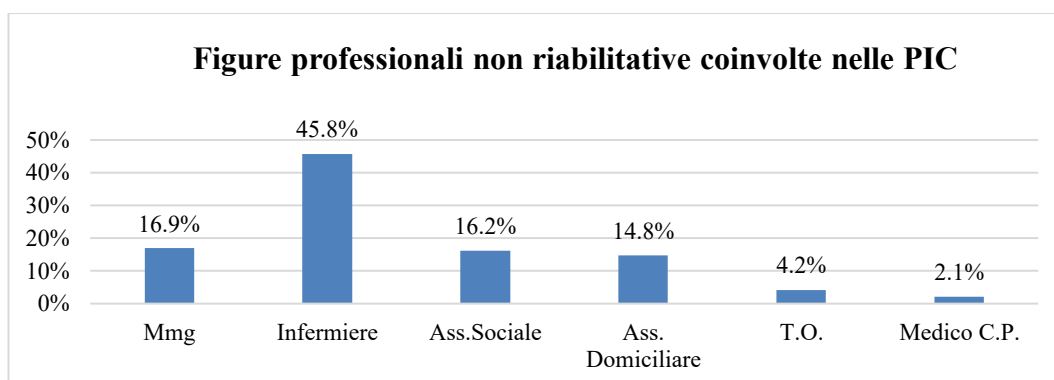


Grafico 11: collaborazione multidisciplinare territoriale

Infine, la maggioranza degli utenti (82,4%) non ha fatto **ricorso a servizi privati**.

Tra il 17,6 % di utenti che hanno dichiarato di aver fatto ricorso a servizi di riabilitazione privata, i motivi principali emersi dall'analisi qualitativa delle domande a risposta aperta si concentrano soprattutto su due aree:

- la percezione di un'insufficienza degli interventi erogati dal servizio pubblico in termini di quantità di prestazioni (38,1%), lunghi tempi d'attesa (14,3%) e la volontà di "accelerare il percorso riabilitativo" (4,8%) per un totale maggioritario del 57,2 %;
- la naturale continuità riabilitativa con un professionista privato già attivo prima della PIC riabilitativa Distrettuale (38,1%).

Motivazioni residuali riguardano l'attivazione di servizi privati su consiglio di conoscenti (4,8%).

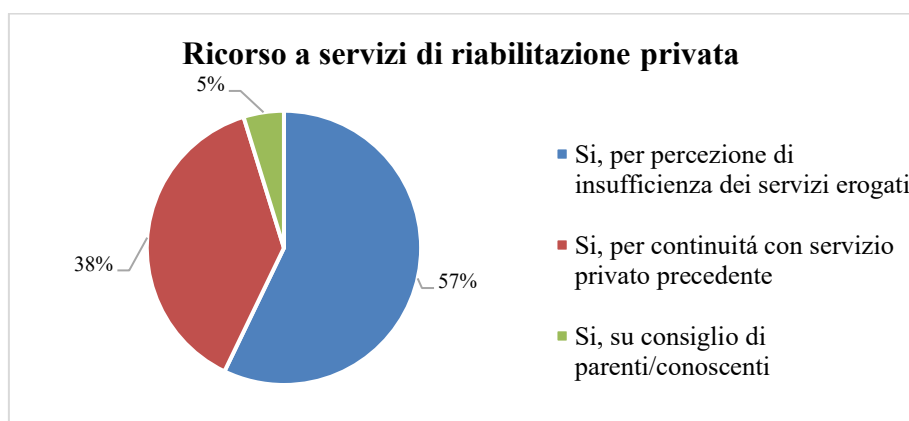


Grafico 12: motivi di ricorso a servizi di riabilitazione privata

### 5.3 Qualità percepita della presa in carico e dei servizi

L'analisi delle risposte fornite dagli utenti ha permesso di rilevare i livelli di soddisfazione percepita rispetto a diversi aspetti dell'organizzazione, della presa in carico riabilitativa, della relazione con gli operatori e della valutazione complessiva del servizio.

#### 5.3.1 Soddisfazione percepita degli aspetti organizzativi e di contesto

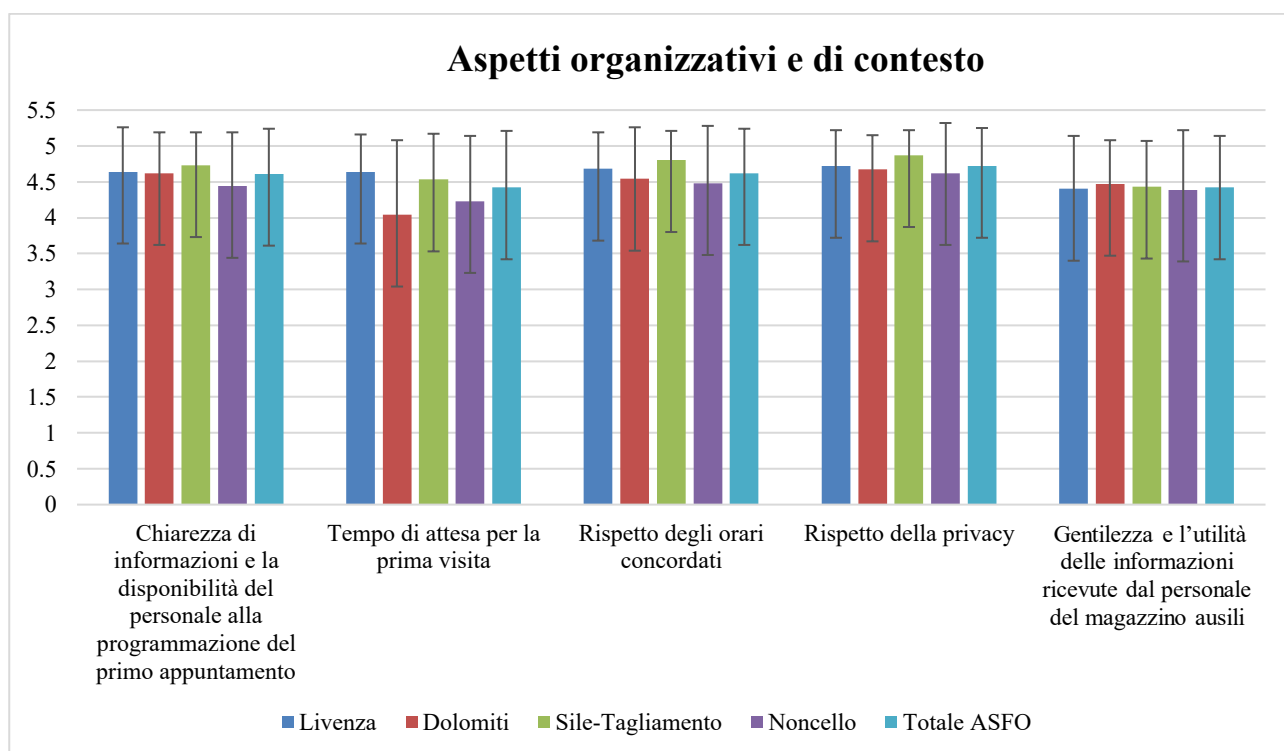
Gli aspetti organizzativi e di contesto hanno ottenuto in generale valutazioni elevate. In particolare, il **rispetto della privacy** ha riportato i punteggi medi più alti e omogenei (media 4,72; DS 0,53). Anche la chiarezza delle informazioni e la disponibilità del personale nella fase di **programmazione del primo appuntamento** hanno ottenuto valori molto positivi (media 4,61; DS 0,63), così come il **rispetto degli orari concordati** (media 4,62; DS 0,62).

La **valutazione del magazzino ausili** si colloca su un livello buono (media 4,42; DS 0,72), pur mostrando una maggiore variabilità tra i Distretti rispetto agli altri indicatori.

Tra gli aspetti indagati, la soddisfazione rispetto ai **tempi di attesa per la prima visita** è quella che ha ricevuto il punteggio medio più contenuto (media 4,42; DS 0,79), con differenze territoriali che vedono i valori più bassi e variabili nel distretto Dolomiti (4,04 DS 1,04) e del Noncello (4,23 DS 0,91).

Nel complesso, comunque, i dati mettono in luce una percezione positiva dei servizi sotto il profilo organizzativo e del contesto, con alcune aree che presentano margini di miglioramento, in particolare per quanto riguarda la tempestività della prima visita.

Tabella 1 – Soddisfazione percepita: aspetti organizzativi e di contesto										
Distretto	Chiarezza di informazioni e la disponibilità del personale alla programmazione del primo appuntamento		Tempo di attesa per la prima visita		Rispetto degli orari concordati		Rispetto della privacy		Gentilezza e l'utilità delle informazioni ricevute dal personale del magazzino ausili	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds
Livenza	4,64	0,62	4,64	0,52	4,68	0,51	4,72	0,5	4,4	0,74
Dolomiti	4,62	0,57	4,04	1,04	4,54	0,72	4,67	0,48	4,47	0,61
Sile-Tagliamento	4,73	0,46	4,53	0,64	4,8	0,41	4,87	0,35	4,43	0,64
Noncello	4,44	0,75	4,23	0,91	4,48	0,8	4,62	0,7	4,39	0,83
Totale ASFO	4,61	0,63	4,42	0,79	4,62	0,62	4,72	0,53	4,42	0,72



*Grafico 13: soddisfazione percepita rispetto ad aspetti organizzativi e di contesto*

### 5.3.2 Soddisfazione percepita della presa in carico riabilitativa

La valutazione degli aspetti relativi alla presa in carico riabilitativa evidenzia livelli di soddisfazione complessivamente elevati.

In particolare, le domande rispetto alla *chiarezza e completezza delle informazioni fornite in merito al Piano Riabilitativo Individuale (PRI)* e al *coinvolgimento dell'utente nel percorso riabilitativo* hanno ottenuto rispettivamente una media pari a 4,58 (DS 0,63) e 4,50 (DS 0,64) con valori pressoché omogenei tra i vari Distretti.

Coerentemente, alla domanda specifica sulla condivisione del PRI, la grande maggioranza

dei rispondenti (85,7%) ha dichiarato di aver condiviso con il professionista il PRI; solo una quota minoritaria ha segnalato il contrario (5,9%) o ha dichiarato di non saperlo (4,2%).

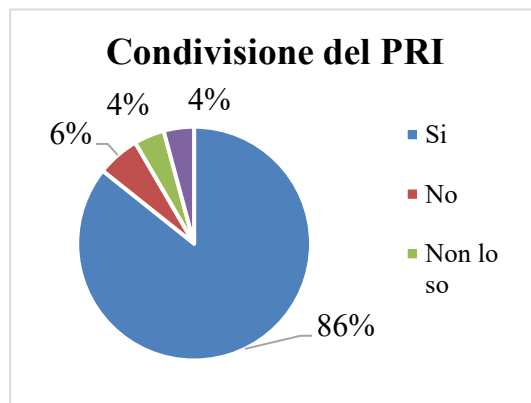


Grafico 14: condivisione del PRI

Nei commenti liberi non sono emerse particolarità da segnalare.

Distretto	Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute rispetto al PRI		Coinvolgimento nel percorso riabilitativo	
	Media	Ds	Media	Ds
Livenza	4,64	0,62	4,53	0,6
Dolomiti	4,62	0,58	4,38	0,77
Sile-Tagliamento	4,71	0,47	4,6	0,63
Noncello	4,37	0,74	4,52	0,58
Totale ASFO	4,58	0,63	4,5	0,64

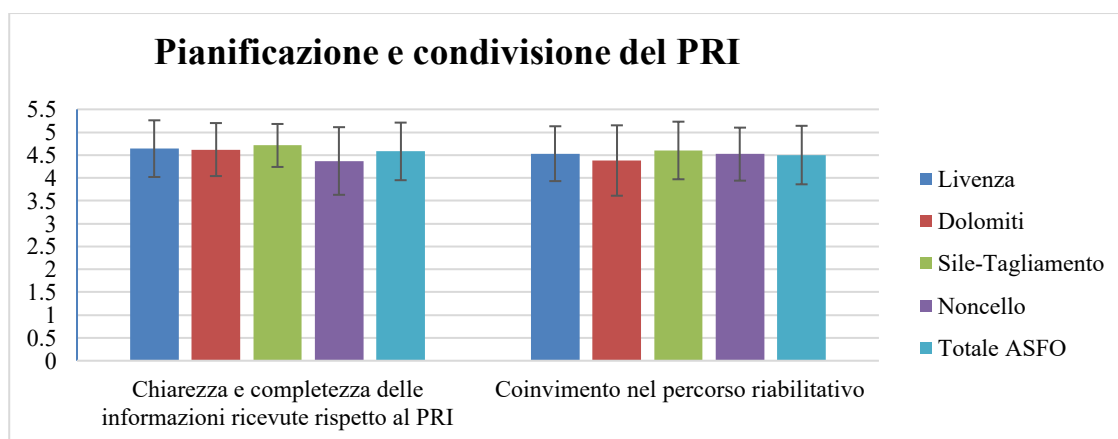


Grafico 15: soddisfazione percepita rispetto al PRI

Anche gli aspetti riguardanti la **chiarezza delle informazioni fornite in merito alla gestione degli ausili e alla cura della persona** (mobilitazione, alimentazione, igiene) hanno ricevuto punteggi molto positivi, con medie rispettivamente di 4,61 (DS 0,59) e 4,55 (DS 0,70).

Invece, tra gli aspetti indagati, la **frequenza delle visite domiciliari** ha registrato il punteggio medio relativamente più basso (4,24; DS 0,89), pur mantenendosi su valori positivi. L'analisi per distretto mostra una certa variabilità: i valori più alti sono stati rilevati nel distretto Sile-Tagliamento (media 4,53; DS 0,64), seguiti da Livenza (media 4,34; DS 0,81). Nei Distretti Noncello (media 4,10; DS 0,97) e Dolomiti (media 3,96; DS 1,04) i punteggi risultano invece più bassi, con una maggiore dispersione delle risposte.

Questo andamento trova riscontro anche nelle risposte aperte, in cui alcuni utenti (n=7) hanno espresso il desiderio di un numero maggiore di sedute, ritenendo talvolta insufficiente la frequenza delle prestazioni ricevute.

Nel complesso, i risultati mettono in evidenza un buon livello di soddisfazione rispetto alla chiarezza delle informazioni, al coinvolgimento nel percorso e alla qualità delle indicazioni ricevute, mentre la frequenza delle visite emerge come l'aspetto che ha ottenuto le valutazioni più contenute.

<b>Tabella 3 – Soddisfazione percepita: presa in carico riabilitativa</b>						
Distretto	Frequenza delle visite domiciliari		Utilità e la completezza delle indicazioni fornite sull'utilizzo di ausili		Utilità e la completezza delle indicazioni per la gestione della persona (mobilitazione/movimentazione, alimentazione, cura e igiene personale)	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds
Livenza	4,34	0,81	4,64	0,56	4,6	0,74
Dolomiti	3,96	1,04	4,54	0,59	4,42	0,72
Sile-Tagliamento	4,53	0,64	4,67	0,49	4,67	0,48
Noncello	4,1	0,97	4,56	0,7	4,48	0,7
Totale ASFO	4,24	0,89	4,61	0,59	4,55	0,7

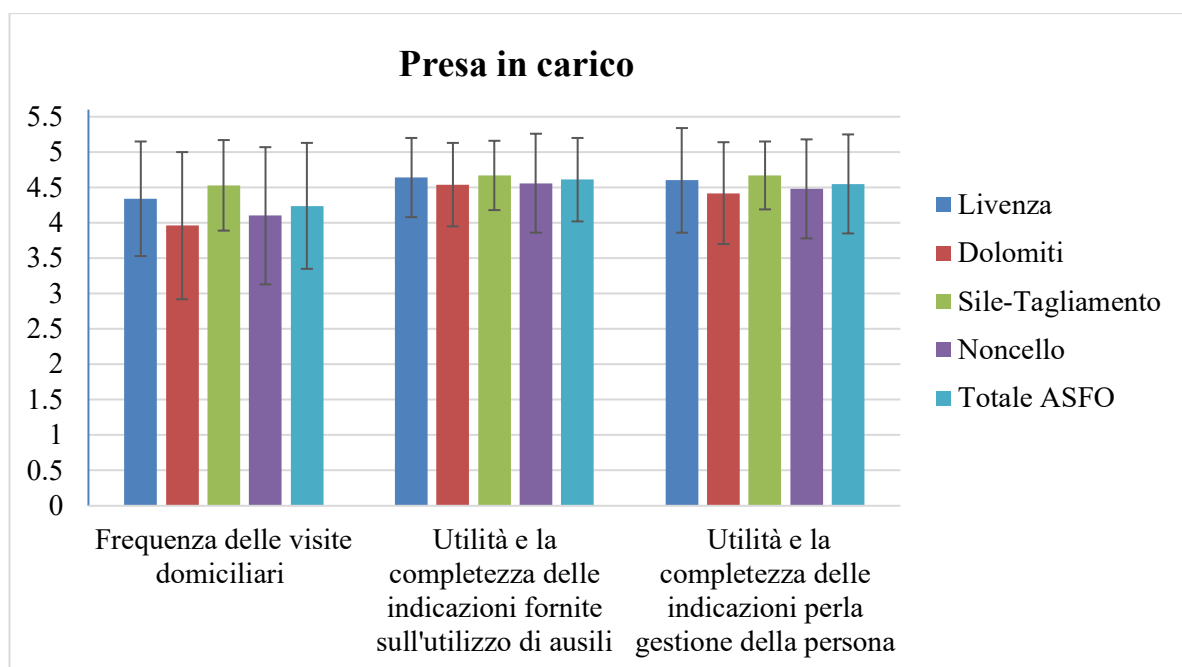


Grafico 16: soddisfazione percepita rispetto al PRI

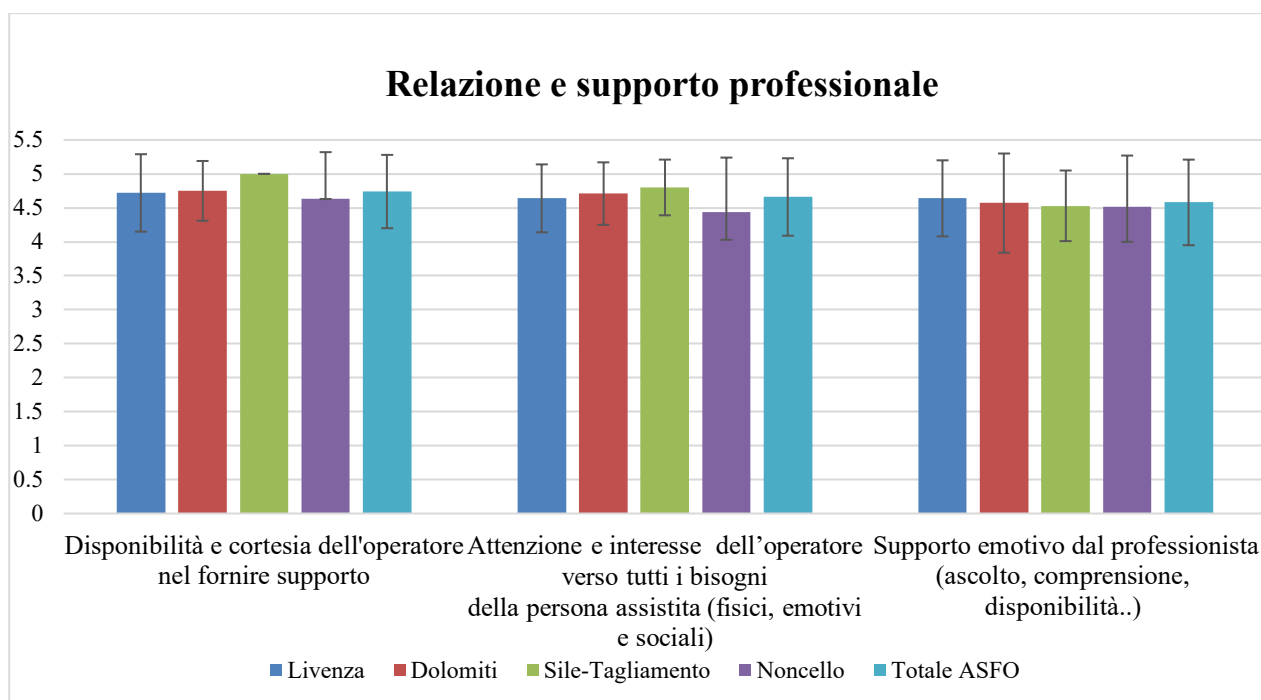
### 5.3.3 Soddisfazione percepita su aspetti di relazione e supporto

Gli aspetti relazionali hanno raccolto valutazioni particolarmente elevate.

La **disponibilità e cortesia** degli operatori nel fornire supporto ha registrato un punteggio medio pari a 4,74 (DS 0,54). **L'attenzione e l'interesse verso i bisogni globali della persona** assistita hanno ottenuto un valore medio di 4,66 (DS 0,57), mentre il **supporto emotivo**, inteso come ascolto e comprensione, è stato valutato con una media di 4,58 (DS 0,63).

Si evidenzia una notevole omogeneità nei punteggi tra i Distretti, con valori sempre compresi nella fascia più alta della scala di valutazione, segno di un apprezzamento diffuso e costante nei confronti della relazione instaurata con i professionisti.

Distretto	Disponibilità e cortesia dell'operatore nel fornire supporto		Attenzione e interesse dell'operatore verso tutti i bisogni della persona assistita (fisici, emotivi e sociali)		Supporto emotivo dal professionista (ascolto, comprensione, disponibilità...)	
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds
Livenza	4,72	0,57	4,64	0,5	4,64	0,56
Dolomiti	4,75	0,44	4,71	0,46	4,57	0,73
Sile-Tagliamento	5	0	4,8	0,41	4,53	0,52
Noncello	4,63	0,69	4,44	0,8	4,52	0,75
Totale ASFO	4,74	0,54	4,66	0,57	4,58	0,63



*Grafico 17: soddisfazione percepita rispetto agli aspetti di relazione e supporto*

#### 5.3.4 Soddisfazione complessiva del servizio

Il giudizio complessivo sul servizio di riabilitazione domiciliare è risultato ampiamente positivo. A livello aziendale, oltre la metà degli utenti (53,8%) ha espresso una valutazione di “ottimo” e il 39,5% ha indicato “buono”. Le valutazioni meno favorevoli sono limitate: il 5,9% ha espresso un giudizio “sufficiente” e soltanto lo 0,8% ha riportato un giudizio “insufficiente”.

Questi dati confermano una percezione generale molto positiva da parte dell’utenza rispetto ai servizi di riabilitazione domiciliare offerti dall’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, con un livello di gradimento complessivo che si colloca nelle fasce più alte della scala di valutazione.

Oltre ai dati quantitativi, l’analisi delle risposte aperte fornite dagli utenti ha permesso di raccogliere osservazioni qualitative utili.

Come illustrato in Tabella 5, in totale sono stati analizzati 25 commenti, di cui la maggioranza ha espresso un giudizio positivo. Nove utenti hanno sottolineato in particolare la soddisfazione generale per il servizio ricevuto, con riferimenti alla competenza professionale, alla cortesia e alla disponibilità del personale.

Oltre ai giudizi positivi, l’analisi qualitativa delle risposte aperte ha fatto emergere 14 commenti critici, prevalentemente legati ad aspetti organizzativi.

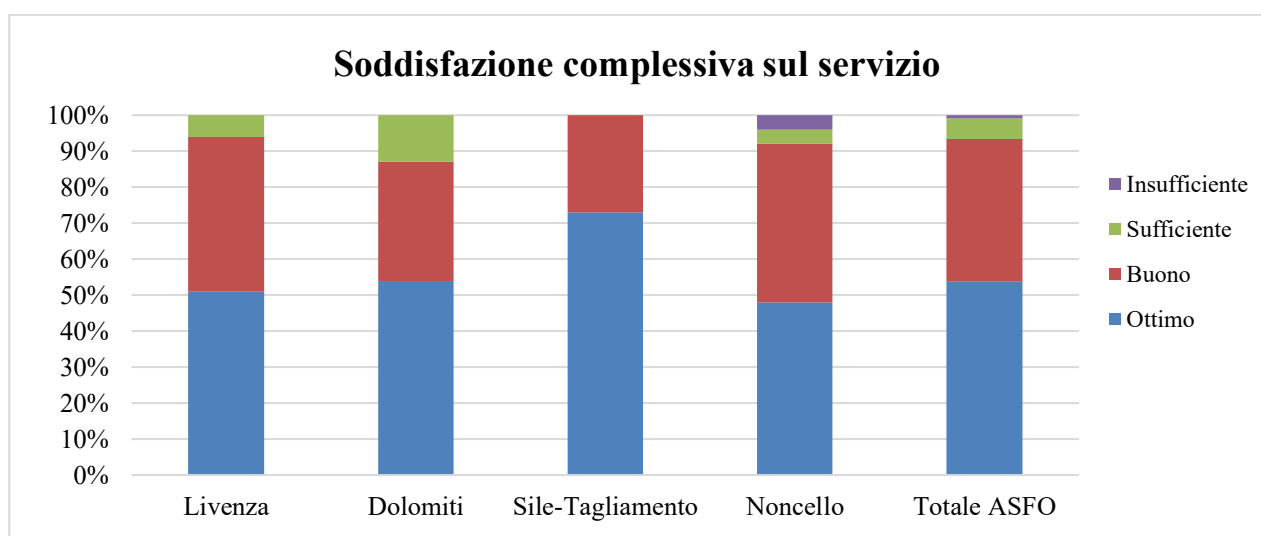
**Tabella 5: Suggerimenti Generali degli utenti sulla soddisfazione generale rispetto ai servizi riabilitativi domiciliari.**

*In verde i giudizi positivi, in giallo i giudizi neutri, in arancione i giudizi non positivi*

Nulla da segnalare, di conseguenza sono rimasto molto soddisfatto. Buon proseguimento nel vostro lavoro
Ascoltare i consigli dei vostri operatori a domicilio, che per quanto mi riguarda, posso affermare che stanno facendo il loro lavoro con "il cuore." Un grazie a tutti Voi.
Va tutto bene così
Buongiorno, Servizio ottimo e personale fisioterapico gentile, disponibile e positivo. La terapeuta è sempre stata molto presente e ha svolto un ottimo servizio.
Ringrazio la fisioterapista XXX perché è molto brava e competente
Per ora lo vedo bene così com'è
Al momento soddisfacente nel mio caso
Siete gentilissimi, continuate così perché è importante per l'assistito avere un approccio così importante. Grazie
Continuate così
Sono soddisfatta del servizio, auspicando più personale addetto.
Informare i caregivers degli ultimi ausili di ultima generazione
Presenza più assidua del fisioterapista (per il supporto morale)
Curare meglio la formazione sulla comunicazione anche degli operatori del magazzino (in riferimento ad un episodio avvenuto all'inizio di quest'anno)
Sarebbe da migliorare la disponibilità e rispetto degli orari del magazzino ausili
Sarebbe utile avere più chiarezza sulla gestione chi arriva nel caso di eventuali assenze del professionista di riferimento (per ferie o malattia) avendo certezza che il servizio non si interrompa.
Ripetete il trattamento periodicamente nel corso dell'anno
Aumentare il personale
Sedute più frequenti e più prolungate
Facilitare l'accesso al servizio, tempi di attesa troppo lunghi
Credo che lavorando sotto organico sia praticamente impossibile essere presenti in modo sufficiente
Diminuire i tempi di attesa
oltre gli ausili e loro utilizzo ritengo che l'assistito necessiti anche di un supporto fisioterapico per il mantenimento della mobilità residua
La parola badante è scorretta. La parola giusta per usare questo ruolo è assistente domiciliare.
Aumentare gli interventi
Ritardo nella fornitura del cuscino antidecubito, aumentare il numero di sedute per settimana
<b>Commenti validi = 25 (rimossi I commenti "nessuno" e simili)</b>
di cui 9 positivi (dichiarano soddisfazione generale dei servizi + gentilezza, disponibilità e competenza del professionista)
14 negativi riguardanti la quantità e frequenza delle sedute e la necessità di > personale (7), tempi di attesa (2), linguaggio (1--> no badante), relative al magazzino (2), aspettative diverse (1), comunicazione chiara (1)

Le osservazioni riguardanti la frequenza delle sedute, i tempi di attesa, la continuità assistenziale, la comunicazione e la gestione del magazzino ausili risultano coerenti con quanto evidenziato dai dati quantitativi, che proprio su queste dimensioni hanno riportato punteggi relativamente più contenuti rispetto agli altri indicatori. Nel complesso, i dati qualitativi confermano quindi le tendenze emerse dalle valutazioni numeriche, arricchendole con spunti concreti provenienti dall'esperienza diretta degli utenti e dei caregivers.

<b>Tabella 6 – Soddisfazione complessiva percepita</b>				
Distretto	<b>Giudizio complessivo sul servizio</b>			
	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
Livenza	51,0%	43,0%	6,0%	0,0%
Dolomiti	54,0%	33,0%	13,0%	0,0%
Sile-Tagliamento	73,0%	27,0%	0,0%	0,0%
Noncello	48,0%	44,0%	4,0%	4,0%
Totale ASFO	53,8%	39,5%	5,9%	0,8%



*Grafico 18: soddisfazione complessiva del servizio*

### 5.3.5 Analisi della somministrazione dei questionari

Oltre ai risultati relativi alla soddisfazione percepita, è stata effettuata un'analisi dei dati di somministrazione dei questionari al fine di valutare la rappresentatività del campione e l'adesione dell'utenza alla rilevazione. Questi elementi permettono di contestualizzare correttamente i risultati ottenuti e di evidenziarne eventuali limiti interpretativi.

Durante il periodo di somministrazione dei questionari sono stati dimessi dai servizi riabilitativi domiciliari complessivamente 406 utenti, con conseguenti PIC chiuse. A fronte di queste sono stati proposti agli utenti 161 questionari, con un **tasso di somministrazione** pari al 39,7% (questionari

somministrati su PIC chiuse). Dei 161 questionari proposti, 119 sono stati effettivamente compilati, con un *tasso di compilazione* per ASFO pari al 29,3% (questionari compilati sulle PIC chiuse).

L'*adesione alla compilazione* dei questionari da parte dell'utenza è mediamente alta, con un tasso di adesione del 74% (questionari effettivamente compilati sui questionari somministrati).

<b>Tabella 7 – Sintesi del processo di rilevazione per distretto e totale ASFO</b>							
Distretto	PIC chiuse	Questionari tot somministrati (proposti e compilati+ proposti e non compilati)	Tasso di somministrazione	Questionari somministrati E compilati	Questionari proposti E NON compilati (rifiuto/decesso/ospedalizzazione)	Tasso di compilazione (risposta)	Tasso di adesione dell'utenza
Livenza	87	74	85,06%	53	21	60,92%	71,62%
Dolomiti	78	31	39,74%	24	4	30,77%	77,42%
Sile Tagliamento	81	19	23,46%	15	7	18,52%	78,95%
Noncello	160	37	23,13%	27	3	16,88%	72,97%
<b>Tot ASFO</b>	<b>406</b>	<b>161</b>	<b>39,66%</b>	<b>119</b>	<b>42</b>	<b>29,31%</b>	<b>73,91%</b>

Analizzando i dati per Distretto, si osservano differenze nei tassi di somministrazione e di compilazione come riportato nel grafico sottostante:

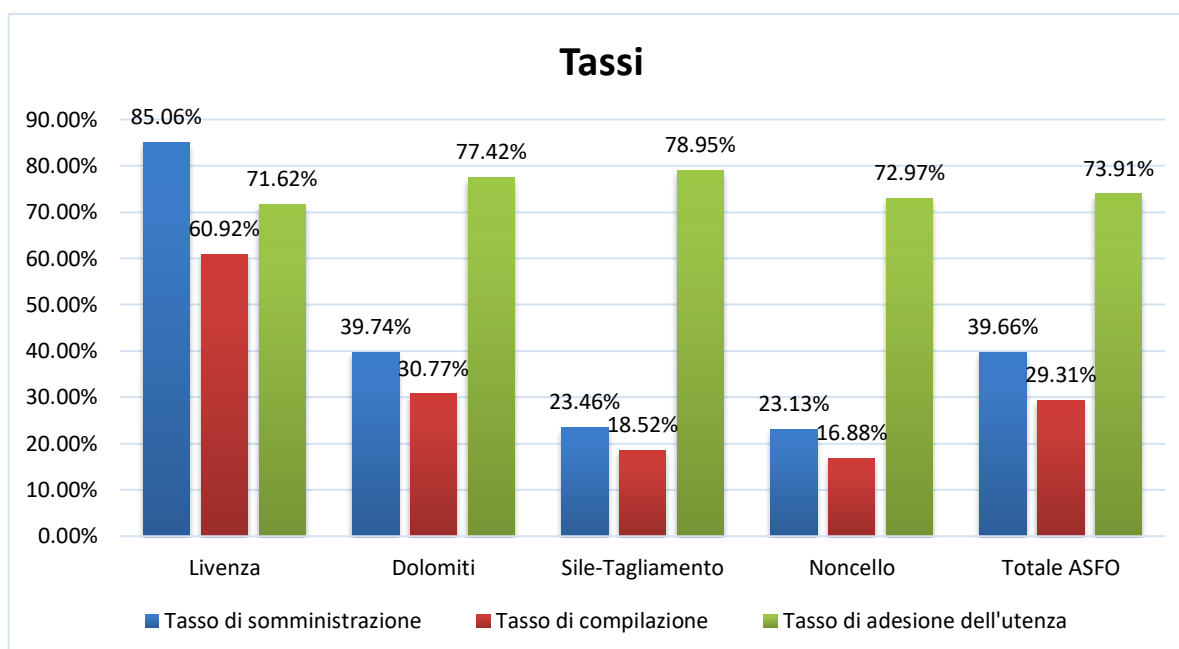


Grafico 19: tassi di somministrazione compilazione dei questionari e adesione dell'utenza

L'analisi dei dati raccolti attraverso i questionari somministrati nei diversi Distretti dell'ASFO evidenzia alcune differenze significative sia nei tassi di somministrazione che nei tassi di

compilazione, mentre il tasso di adesione dell'utenza risulta più omogeneo rispetto alla media aziendale.

In particolare, il Distretto Livenza mostra una buona rappresentatività, con 74 questionari somministrati di cui 53 effettivamente compilati su 87 PIC chiuse, corrispondenti a un tasso di somministrazione del 85,06% e a un tasso di compilazione del 60,92%.

Negli altri Distretti, invece, si osserva una variabilità significativa: Dolomiti, Sile-Tagliamento e Noncello hanno tassi di somministrazione e di compilazione inferiori alla media ASFO, con un contributo complessivo al campione finale decisamente più limitato.

Complessivamente, il campione finale di 119 questionari validi rappresenta meno di un terzo delle PIC chiuse nel periodo considerato. Questa distribuzione eterogenea sarà tenuta in considerazione nel discutere eventuali bias legati alla rappresentatività territoriale.

Nonostante le differenze nella raccolta dei questionari, l'analisi dei dati relativi alla qualità percepita della presa in carico e dei servizi indica un livello di soddisfazione generale elevato. Gli aspetti relazionali e di supporto hanno ricevuto le valutazioni più positive, confermando l'efficacia del rapporto tra operatori e utenti. Alcune osservazioni aperte evidenziano criticità legate principalmente a elementi organizzativi, come la frequenza delle sedute o la gestione dei tempi di attesa.

Questi aspetti però sembrano non incidere complessivamente sul giudizio globale, che si mantiene nella fascia alta della scala di valutazione.

Per sintetizzare i principali elementi emersi dall'analisi dei dati, è stata elaborata una SWOT analysis che riassume punti di forza, debolezze, opportunità e minacce del progetto (Tabella 8).

**Tabella 8: SWOT ANALYSIS**

FATTORI INTERNI	
PUNTI DI FORZA (+)	PUNTI DEBOLI (-)
<p><b>1. Focus sulla persona (umanizzazione delle cure):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Approccio centrato sul paziente e sul caregivers</li> <li>○ Questionario che esplora diverse dimensioni della soddisfazione (supporto emotivo, qualità del servizio, raggiungimento degli obiettivi).</li> </ul> <p><b>2. Metodologia basata sulle evidenze scientifiche disponibili</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ricerca preliminare su questionari esistenti e modelli validati</li> <li>○ Inclusione di fattori influenti la soddisfazione utente, supportati dalla letteratura scientifica.</li> </ul> <p><b>3. Personalizzazione del questionario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adattamento alle esigenze specifiche aziendali</li> </ul> <p><b>4. Accessibilità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Questionario disponibile in formato digitale (QR code) e cartaceo.</li> <li>○ Linguaggio semplificato per facilitare la comprensione.</li> </ul> <p><b>5. Supporto organizzativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenza di un sistema informatico già predisposto per il rilevamento della qualità percepita dall'utenza rispetto alle cure ospedaliere</li> </ul>	<p><b>1. Lunghezza del questionario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Numero di domande elevate che possono risultare impegnative per alcuni utenti, riducendo la partecipazione.</li> </ul> <p><b>2. Ambiguità delle domande:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Necessità di revisione da parte di esperti in psicologia per eliminare potenziali ambiguità.</li> </ul> <p><b>3. Gestione delle somministrazioni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Possibili difficoltà logistiche nella distribuzione e raccolta dei questionari (es. coinvolgimento dei caregivers).</li> </ul> <p><b>4. Rappresentatività dei dati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Possibile bias dovuto alla compilazione da parte di utenti più collaborativi.</li> <li>○ Difficoltà nel definire criteri di esclusione assoluti (es. barriere linguistiche).</li> </ul>
FATTORI ESTERNI	
OPPORTUNITA' (+)	MINACCE (-)
<p><b>1. Valutazione strutturata e continuativa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Possibilità di raccogliere dati comparativi su base periodica per monitorare miglioramenti/criticità nel tempo.</li> </ul> <p><b>2. Incremento della qualità del servizio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Feedback diretto per identificare e risolvere criticità specifiche (es. magazzino ausili, supporto emotivo).</li> </ul> <p><b>3. Coinvolgimento degli utenti e caregivers:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rafforzamento del rapporto di fiducia tra utenti e servizio.</li> <li>○ Possibilità di co-progettare soluzioni con l'utenza.</li> </ul> <p><b>4. Innovazione tecnologica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utilizzo di strumenti digitali (QR code) per semplificare la somministrazione e l'analisi.</li> </ul> <p><b>5. Impatto sulla reputazione aziendale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Miglioramento dell'immagine pubblica grazie alla trasparenza e all'attenzione verso l'utente.</li> </ul>	<p><b>1. Resistenza al cambiamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Difficoltà di coinvolgimento attivo del personale e degli utenti nella compilazione del questionario.</li> </ul> <p><b>2. Bias dei risultati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Influenza di fattori esterni (es. difficoltà linguistiche o culturali).</li> </ul> <p><b>3. Sostenibilità organizzativa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impatto del progetto sulla routine lavorativa del personale sanitario.</li> </ul>

## 6. Discussione

I risultati dello studio mettono in luce un elevato livello di soddisfazione percepita dagli utenti dei servizi di riabilitazione domiciliare dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale.

In particolare, gli aspetti relazionali hanno ottenuto le valutazioni più alte: cortesia, disponibilità, capacità di ascolto e attenzione ai bisogni globali dell'utente sono stati riconosciuti come punti di forza consolidati. Ciò conferma un approccio assistenziale centrato sulla persona e orientato alla sua globalità.

Anche la chiarezza delle informazioni fornite, il rispetto della privacy e la puntualità degli operatori hanno ricevuto punteggi mediamente elevati e omogenei tra i Distretti, a testimonianza di standard qualitativi complessivamente apprezzati dall'utenza.

Accanto a questi elementi molto positivi, sono emerse tuttavia alcune aree di criticità.

Sul piano organizzativo, i punteggi meno alti riguardano i tempi di attesa per l'attivazione della prima visita e la frequenza delle sedute riabilitative, con differenze territoriali che vedono i valori più bassi soprattutto nei Distretti Dolomiti e Noncello. Nelle risposte aperte, gli utenti hanno inoltre segnalato, confermando quanto riportato nelle risposte chiuse, la necessità di un maggior numero di interventi settimanali, una più rapida gestione delle forniture di ausili e una comunicazione più chiara in caso di assenze del professionista di riferimento.

Anche la gestione del magazzino ausili ha riportato osservazioni di miglioramento, sia in termini di disponibilità oraria che di chiarezza informativa.

Tali aspetti, pur non intaccando la percezione complessivamente molto positiva dei servizi, rappresentano aree di lavoro su cui l'organizzazione potrà investire per aumentare ulteriormente la qualità percepita.

Un altro aspetto organizzativo, che è opportuno valorizzare, riguarda la fase di somministrazione dei questionari.

L'analisi dei dati di somministrazione ha messo in luce alcune criticità organizzative e metodologiche significative, che influenzano l'interpretazione dei dati.

L'indicatore aziendale previsto ( $\geq 80\%$  di somministrazioni sulle prese in carico chiuse), posto per ovviare alla problematica dell'impossibilità di calcolo a priori della numerosità campionaria, non è stato infatti raggiunto in gran parte dei Distretti.

Solo il distretto del Livorno ha mostrato valori vicini al target (85% di somministrazione e circa il 60% di compilazioni effettive), mentre Dolomiti, Sile-Tagliamento e Noncello hanno registrato percentuali molto più basse, inferiori al 30%.

Va sottolineato che lo studio ha un disegno prevalentemente descrittivo e operativo, finalizzato a rilevare la soddisfazione percepita dagli utenti dei servizi di riabilitazione domiciliare. Non sono stati effettuati test statistici inferenziali per confronti tra Distretti o categorie di utenti; pertanto, le differenze osservate tra gruppi vanno interpretate come tendenze descrittive piuttosto che come evidenze statisticamente significative. Questa scelta metodologica è coerente con l'obiettivo dello studio, che mira principalmente a identificare punti di forza, criticità e aree di miglioramento dei servizi, fornendo indicazioni pratiche per l'organizzazione sanitaria.

Quindi, pur trattandosi di una percentuale non elevata, il campione è stato considerato sufficiente per effettuare un'analisi descrittiva della soddisfazione percepita.

Tuttavia, questo rappresenta un limite importante: sebbene la qualità percepita dagli utenti che hanno risposto risulta elevata, il campione dei questionari validi rappresenta meno di un terzo delle PIC chiuse nel periodo di riferimento e presenta una distribuzione territoriale eterogenea, sollevando quindi interrogativi sulla reale rappresentatività del campione nelle diverse aree.

Di conseguenza, i risultati aggregati dovranno essere letti con cautela, in quanto possono riflettere in misura maggiore le valutazioni degli utenti del Distretto sovra-rappresentato (Livenza).

Alla luce dei risultati ottenuti, è opportuno riflettere anche sui possibili bias che possono aver influito sulla raccolta dei dati:

- *bias legati alla selezione e alla distribuzione del questionario:*
  - di selezione: non tutti gli utenti hanno ricevuto il questionario, con differenze rilevanti tra i diversi Distretti; ciò può aver inciso sulla rappresentatività del campione.
  - di non risposta: è plausibile che abbiano compilato il questionario con maggiore frequenza gli utenti più motivati o più soddisfatti del servizio, mentre restano meno rappresentate le opinioni di chi ha scelto di non rispondere.
  - geografico: le disomogeneità nella modalità di distribuzione del questionario tra i territori possono aver favorito una maggiore rappresentatività di alcune aree rispetto ad altre.
  - di modalità: la doppia modalità di compilazione (digitale e cartacea) può aver favorito alcune fasce di utenza (ad esempio, i più giovani e digitalizzati nella modalità online), pur rappresentando al contempo un punto di forza, in quanto ha permesso di includere un'utenza più ampia.
- *bias legati alla modalità di somministrazione e all'utente:*

la scelta di affidare la distribuzione del questionario agli operatori ha comportato potenziali criticità, pur avendo il vantaggio di favorire la partecipazione. In particolare:

- bias di desiderabilità sociale: la consegna del questionario da parte del professionista che ha seguito l'utente può indurre a fornire risposte più positive per non esprimere critiche dirette. Per ridurre tale effetto, è stato sottolineato l'anonimato della compilazione e, soprattutto nella modalità con QR code, l'operatore non aveva accesso alle risposte, ma fungeva solo da supporto tecnico. Nella modalità cartacea, invece, il rischio rimaneva maggiore, seppur mitigato dalla consegna del questionario in busta chiusa.
- bias di gratitudine: pazienti che hanno sperimentato un significativo miglioramento clinico possono tendere a esprimere giudizi complessivamente positivi, anche su aspetti organizzativi che presentano margini di miglioramento.

Per quanto riguarda i *bias legati allo strumento di indagine*, nella fase di costruzione del questionario si è lavorato per ridurre al minimo quelli più frequenti (bias di formulazione, di scala, linguistico e culturale), seguendo le indicazioni della letteratura e realizzando somministrazioni pilota. In particolare, si è posta attenzione a evitare ambiguità, domande eccessivamente lunghe o poco chiare, scale di risposta troppo ampie o poco intuitive, e l'uso di termini complessi o specialistici.

Il mancato raggiungimento dell'indicatore aziendale solleva inevitabilmente questioni di tipo organizzativo: occorre indagare le cause per cui gli operatori non hanno proposto i questionari in maniera sistematica.

Le differenze osservate nei tassi di somministrazione appaiono riconducibili principalmente a fattori organizzativi e al diverso grado di coinvolgimento degli operatori nella fase di somministrazione del questionario.

A tal fine, per ridurre le possibili difficoltà, il questionario era stato reso disponibile in duplice formato: prioritariamente tramite QR code e, laddove necessario, anche in versione cartacea. Inoltre, per facilitare la comprensione dell'obiettivo aziendale e l'applicazione operativa, era stata predisposta un'istruzione operativa, preceduta da una riunione esplicativa in cui si sottolineava come la rilevazione della soddisfazione costituisse parte integrante del percorso di accreditamento istituzionale e rappresentasse uno strumento essenziale per il miglioramento dei servizi.

Nonostante tali accorgimenti, l'aderenza del personale al progetto non è risultata omogenea nei diversi Distretti: in alcuni la consegna e la raccolta dei questionari sono state integrate stabilmente nella routine assistenziale, mentre in altri la rilevazione si è rivelata meno sistematica.

È plausibile che a determinare tale variabilità abbiano contribuito diversi fattori: da un lato la compilazione della documentazione professionale, che richiede un notevole impegno di tempo e

costituisce, in questo periodo, un elemento di complessità o di interferenza nell'organizzazione del lavoro degli operatori; dall'altro i processi di riorganizzazione che hanno interessato alcuni Distretti nei primi mesi dell'anno, con cambi di coordinatori e accorpamenti territoriali.

A ciò si aggiunge quanto emerso da un'indagine interna eseguita a posteriori, secondo la quale la compilazione del questionario richiedeva spesso più di 10–15 minuti; tale aspetto poteva porre il professionista in difficoltà nella gestione della routine quotidiana e costituire un ulteriore elemento di disincentivo alla somministrazione sistematica. È infine opportuno considerare che nel distretto in cui i tassi di somministrazione sono risultati più elevati era in corso lo svolgimento del presente lavoro di tesi, inserito in un progetto aziendale: la costante attenzione rivolta a questa attività di rilevazione può aver contribuito a favorire una maggiore adesione da parte degli operatori e degli utenti.

### **6.1 Aree di miglioramento**

Dall'analisi dei dati quantitativi e qualitativi emergono soprattutto alcuni ambiti su cui l'organizzazione potrebbe orientare interventi di miglioramento.

In primo luogo, appare necessario rendere più uniforme la somministrazione dei questionari, prevedendo strategie operative efficaci e condivise tra i Distretti. Ciò potrebbe includere una maggiore sensibilizzazione e formazione degli operatori sul valore della rilevazione della soddisfazione e l'introduzione di promemoria operativi. Considerata la criticità riportata a posteriori sui tempi di somministrazione, potrebbe inoltre essere utile valutare l'adozione di un questionario più snello, al fine di favorirne una compilazione più agevole e diffusa, garantendo così una copertura più ampia e una maggiore affidabilità dei dati raccolti.

Un altro elemento riguarda i tempi di attivazione del servizio, percepiti dagli utenti come talvolta eccessivi. Sebbene tali aspetti siano in parte inevitabilmente condizionati dalla disponibilità di risorse e dalle specificità organizzative dei diversi Distretti, potrebbe risultare utile un'analisi interna dei processi per individuare eventuali margini di miglioramento e di ottimizzazione.

Infine, un ulteriore aspetto emerso è la percezione, tra gli utenti, della necessità di intensificare la frequenza delle sedute.

Questo dato va interpretato con attenzione: se da un lato riflette il vissuto dell'utenza e il valore attribuito alla presenza del professionista, dall'altro non sempre la richiesta di sedute più frequenti corrisponde alle reali necessità riabilitative. Spesso, infatti, pazienti e caregivers considerano "percorso riabilitativo" solo le sedute in presenza del professionista, sottovalutando l'importanza delle attività affidate da svolgere tra un intervento e l'altro come parte integrante del percorso stesso. Ciò può dare origine a malintesi o alla percezione di una riabilitazione insufficiente.

In questa prospettiva, la frequenza delle sedute dovrebbe essere calibrata sui bisogni effettivi, in base al quadro clinico e funzionale della persona, e potenziata, ove possibile, dalla collaborazione con utenti e caregivers.

Rafforzare la comunicazione e la condivisione degli obiettivi riabilitativi può infatti aiutare a riconoscere anche le attività affidate a domicilio come parte integrante del trattamento, favorendo un cambiamento culturale che orienti la percezione della riabilitazione da un approccio centrato sull'“intervento” a uno basato sul raggiungimento di obiettivi funzionali e condivisi.

Altri aspetti rilevanti emersi riguardano la gestione del magazzino ausili, in particolare la chiarezza delle informazioni e l'accessibilità per l'utenza, e la continuità assistenziale, soprattutto nei casi di variazioni organizzative o assenze dei professionisti. Pur trattandosi di elementi residuali, entrambi rimandano all'importanza delle capacità comunicative e della qualità della relazione con l'utenza, dimensioni trasversali e determinanti per la percezione di efficacia del servizio.

In tal senso, un possibile intervento migliorativo potrebbe consistere nel potenziare lo sviluppo di competenze comunicative e relazionali nei professionisti, al fine di rafforzare la chiarezza delle informazioni, la continuità assistenziale e, più in generale, la qualità complessiva dell'esperienza dell'utenza in tutte le fasi del percorso riabilitativo.

In sintesi, i dati confermano la qualità percepita del servizio, ma evidenziano come la limitata copertura della somministrazione e alcune criticità organizzative possano rappresentare vincoli per l'interpretazione dei risultati e per la gestione ottimale dei servizi.

L'attenzione a questi aspetti offre un'opportunità concreta di miglioramento per rendere il processo di rilevazione della soddisfazione più efficace e i servizi più rispondenti ai bisogni degli utenti.

## 7. Conclusioni

Il presente lavoro di tesi ha permesso di progettare, somministrare e analizzare un questionario specifico per la rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei caregiver nei servizi di riabilitazione domiciliare fisioterapica e logopedica dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale.

I risultati evidenziano un livello complessivamente elevato di soddisfazione, con particolare apprezzamento per gli aspetti relazionali e di supporto. La cortesia, la disponibilità e l'attenzione ai bisogni globali della persona confermano l'approccio centrato sull'utente e la qualità professionale degli operatori, rappresentando punti di forza consolidati.

Accanto a questi elementi positivi, gli utenti hanno segnalato alcune difficoltà di carattere organizzativo, soprattutto riguardanti la frequenza delle sedute, i tempi di attesa per l'attivazione del servizio, la continuità assistenziale e la gestione del magazzino ausili.

Pur non incidendo in modo determinante sulla valutazione complessiva, tali aspetti costituiscono aree di attenzione che meritano ulteriori approfondimenti e possibili interventi migliorativi.

La dimensione comunicativa è emersa come elemento centrale nella percezione della qualità dei servizi: se da un lato sono state riconosciute competenze di ascolto, cortesia e disponibilità da parte degli operatori, dall'altro alcune osservazioni hanno evidenziato l'esigenza di maggiore chiarezza e puntualità, ad esempio in caso di variazioni organizzative o nella gestione degli ausili.

Inoltre, la comunicazione risulta fondamentale anche nella condivisione del progetto riabilitativo e delle sue finalità, che rappresenta un passaggio chiave per garantire coinvolgimento attivo, consapevolezza e adesione da parte dell'utente e dei caregiver. Una condivisione più chiara ed efficace degli obiettivi del percorso e delle modalità di presa in carico potrebbe contribuire a ridurre alcune segnalazioni relative alla frequenza delle sedute riabilitative, talvolta percepite come insufficienti. In quest'ottica, percorsi formativi mirati sulle competenze comunicative potrebbero rafforzare ulteriormente la qualità percepita e promuovere una presa in carico più efficace.

Dal punto di vista metodologico, la fase di rilevazione ha mostrato alcuni limiti, in particolare la disomogeneità territoriale e la difficoltà nel raggiungere la copertura prevista. Inoltre, pur avendo superato un processo di revisione preliminare e un test pilota, il questionario non può essere considerato validato a livello psicometrico: il suo utilizzo deve quindi essere inteso come esplorativo e come base per eventuali futuri studi di validazione più approfonditi.

Il questionario è comunque risultato ben accettato dall'utenza, come dimostrano i tassi di adesione dell'utenza alla compilazione.

Tuttavia, le differenze territoriali nell'aderenza degli operatori rappresentano un segnale della necessità di migliorare la fase organizzativa del processo.

Potrebbe essere utile approfondire, con un'analisi organizzativa, le ragioni per cui la somministrazione dei questionari non è stata uniforme tra i Distretti e valutare eventuali modifiche per migliorarne la copertura e la solidità dei dati a livello aziendale.

In prospettiva, il questionario potrà rappresentare uno strumento concreto per:

- consolidare i punti di forza dei servizi;
- individuare e affrontare tempestivamente le criticità organizzative;
- individuare e orientare eventuali bisogni formativi del personale in base alle evidenze emerse;
- favorire il coinvolgimento attivo di utenti e caregiver in una logica di co-progettazione.

In sintesi, lo studio ha permesso di fotografare i principali punti di forza e di debolezza dei servizi di riabilitazione domiciliare aziendali. Da un lato, è emersa una forte valorizzazione degli aspetti umani e professionali, che costituiscono una base solida su cui costruire interventi di miglioramento; dall'altro, sono stati messi in luce elementi organizzativi critici, in particolare la disomogeneità territoriale nella somministrazione e nella percezione di alcuni aspetti operativi.

Il rafforzamento della fase di rilevazione, attraverso procedure più standardizzate e una maggiore sensibilizzazione degli operatori, appare fondamentale per garantire in futuro una copertura più ampia, omogenea e rappresentativa, che permetta di utilizzare i dati raccolti non solo a scopo descrittivo ma anche come base comparativa e di monitoraggio continuo della qualità dei servizi.

In conclusione, il questionario rappresenta uno strumento innovativo e concreto per i servizi di riabilitazione domiciliare, per i quali fino ad oggi non esistevano strumenti specifici dedicati alla valutazione della soddisfazione di pazienti e caregiver.

Esso consente di accrescere la consapevolezza organizzativa, guidare azioni mirate di miglioramento e promuovere un'erogazione dei servizi più equa e uniforme sul territorio, a garanzia di un impatto diretto sull'esperienza degli utenti e dei caregiver, e sul monitoraggio continuo della qualità.

Al contempo, il questionario si configura come uno strumento funzionale anche al processo di accreditamento istituzionale dell'Azienda, in linea con i principi della Clinical Governance.

## Bibliografia

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 1993; Serie Generale n. 14.
2. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 1993; Serie Generale n. 293.
3. Ministero della Salute. Decreto 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2019; Serie Generale n. 138.
4. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). *Carta dei diritti per la sicurezza del paziente*. Roma: AGENAS; 2024 [cited 2025 Sep 16]. Disponibile da: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2491-carta-dei-diritti-per-la-sicurezza-del-paziente>
5. Vettori A, et al. *Clinical governance: verso l'eccellenza dell'assistenza sanitaria*. Milano-Firenze-Napoli: Mediserve; 2005.
6. Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
7. Ministero della Salute. *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2017 Mar 18;65 (Suppl Ord n. 15) [cited 2025 Sep 16]. Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/s>
8. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 70/2015 - Accreditemento istituzionale delle strutture sanitarie. 2015.
9. Apolone G, et al . La riabilitazione domiciliare: modelli e organizzazione nel SSN. *G Ital Med Riabil*. 2018;32(3):145-152.
10. Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI). *Linee guida per la riabilitazione domiciliare*. 2020.
11. Ministero della Salute. *Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 2022 Jun 22;144 [cited 2025 Sep 16]. Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00087/sg>
12. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.
13. Batalden P, et al. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *BMJ Qual Saf*. 2007;16(1):2-3.
14. Bruni F, et al. La qualità percepita nei servizi sanitari: modelli e metodi di indagine. *Manag Sanit*. 2015;33(1):15-25.
15. World Health Organization. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. 2006.

16. Sitzia J, et al. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997;45(12):1829-1843.
17. Cleary PD, et al. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry.* 1988;25(1):25-36.
18. Smith J, et al. Impact of patient satisfaction on healthcare outcomes. *J Healthc Qual.* 2015;37(5):312-319.
19. Johnson K, et al. Patient satisfaction and its relationship with health outcomes in home care. *Home Health Care Manag Pract.* 2017;29(3):154-160.
20. Brown P, et al. Improving patient satisfaction through evidence-based practices in home care. *Health Serv Res.* 2021;56(2):404-412.
21. Williams S, et al. Quality improvement in home healthcare: Using satisfaction surveys for better outcomes. *J Aging Soc Policy.* 2022;34(1):91-104.
22. Turner C, et al. Customizing satisfaction surveys for home healthcare settings. *J Health Commun.* 2016;21(3):210-218.
23. Kalaja R. Determinants of patient satisfaction with health care: a literature review. *Eur J Nat Soc Sci.* 2023;12(1):1-8.
24. Senitan M, et al. Predictors of patients' satisfaction with primary health care services: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2021;33(1):mzaa177. doi: 10.1093/intqhc/mzaa177.
25. Aoude M. Factors that impact patient satisfaction and perceptions in patient-physician interactions in Canada: a literature review. *Univ Res J Nat Clin Sci Technol.* 2023;1(1):1-10. (3)
26. Rahman MM, et al. Factors influencing patient satisfaction and trust in healthcare services: a study in private general practice clinics. *Front Psychol.* 2021;12:856750. doi: 10.3389/fpsyg.2022.856750.
27. Ladhari R. Service quality, emotional satisfaction, and behavioral intentions: a test of the sequential mediation model. *J Serv Mark.* 2009;23(3):164-77. doi: 10.1108/08876040910957633.
28. Burns T, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2001;5(15):1-139. doi: 10.3310/hta5150.
29. Olesen K, et al. A meta-analysis of the determinants of patient satisfaction and loyalty. *Health Mark Q.* 2022;39(2):191-210. doi: 10.1080/07359683.2022.2050000.
30. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
31. Haggerty JL, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
32. National Quality Forum. National Quality Forum Report: National Quality Strategy. 2011. (9)
33. Anselmi L, et al. La soddisfazione del paziente nei servizi sanitari: strumenti di misura e interpretazioni. *Riv Ital Valut Qual.* 2014;3(1):5-20.
34. Devlin AS, et al. Health care environments and patient outcomes: a review of the literature. *Environ Behav.* 2003;35(5):665-694.
35. Davis K, et al. Assessing patient satisfaction in home health care: a systematic review. *J Community Health.* 2019;44(2):324-330.
36. Miller R, et al. Key determinants of satisfaction in home health care. *J Clin Nurs.* 2020;29(4):1005-1013.

37. Lee L, et al. Patient-centered care in home health: Patient satisfaction and its impact on outcomes. *Home Care Serv Q.* 2018;37(4):262-275.
38. Banda S, Nkungula N, Chiumia IK, Rylance J, Limbani F. Tools for measuring client experiences and satisfaction with healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review of measurement properties. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:133.
39. Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione. *Customer Satisfaction Management: guida operativa ai percorsi di Customer Satisfaction*; 2011 Disponibile da: [http://qualitapa.gov.it/fileadmin/CS/GuidaOperativa\\_finale1213\\_.pdf](http://qualitapa.gov.it/fileadmin/CS/GuidaOperativa_finale1213_.pdf)
40. Regione Friuli Venezia Giulia. Delibera n. 930/2023: Attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento per l'erogazione di cure domiciliari. Trieste: Regione Friuli Venezia Giulia; 2023. Disponibile da: [http://mtom.regione.fvg.it/storage/2023\\_930/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%20930-2023.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage/2023_930/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%20930-2023.pdf)
41. Regione Friuli Venezia Giulia. *Allegato 1 alla Delibera n. 930/2023: Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle organizzazioni eroganti cure domiciliari.* Trieste: Regione Friuli Venezia Giulia; 2023 [cited 2025 Sep 16]. Disponibile da: [http://mtom.regione.fvg.it/storage/2023\\_930/Allegato%201%20alla%20Delibera%20930-2023.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage/2023_930/Allegato%201%20alla%20Delibera%20930-2023.pdf)
42. Regione Friuli Venezia Giulia. *Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22: Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.* Trieste: Regione Friuli-Venezia Giulia; 2019 [cited 2025 Sep 16]. Disponibile da: <https://lexview-int.regione.fvg.it/FontiNormative/xml/xmlLex.aspx?anno=2019&legge=22&fx=leg&lista=0&lang=ita>
43. Burström B, et al. The impact of accreditation on quality improvement in healthcare: a review. *Int J Qual Health Care.* 2006;18(4):241-249.
44. Casadei G, et al. L'accreditamento come strumento di governance clinica e management sanitario. *Manag Sanit.* 2018;32(4):245-254
45. Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Lariana. *Questionario UCP-Dom.* 2025 [cited 2025 Sep 16]. Disponibile da: <https://www.surveio.com/survey/d/S8O3T9Q9M3Y4F1J8J>

# Allegati

## Allegato 1: Questionario per somministrazione pilota

### OPINIONE GENERALE SUL QUESTIONARIO (somministrazione pilota):

#### Compilatore:

Età

Lavoro

Nazionalità

- Lunghezza/tempo

.....  
.....  
.....

- Chiarezza

.....  
.....  
.....

- Termini ignoti (indicare)

.....  
.....  
.....

- Completezza

.....  
.....  
.....

- Gradimento

.....  
.....  
.....

- Note/appunti

.....  
.....  
.....

## Allegato 2: QR code



### Allegato 3: Istruzione Operativa

 AS FO Azienda sanitaria Friuli Occidentale <small>REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA</small>	<b>Dipartimento Assistenza Territoriale – Cure Domiciliare</b>	<b>29/04/2025</b>
--	--	-------------------

## ***Istruzioni operative per la somministrazione del questionario di gradimento sul servizio di cure domiciliari riabilitative***

REVISIONI						
Numero	0	1	2	3	4	5
Data	29/04/2025	Entro 03/2026				
Redazione/ Aggiornamento	Pegolo Francesca Tomè Stefania					
Verifica dei contenuti	Tomè Stefania					
Verifica formale	Tomè Stefania					
Approvazione	Tomè Stefania					
Firma di approvazione	Tomè Stefania					

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Customer satisfaction	Cure domiciliari riabilitative	Professioni sanitarie della Riabilitazione
<b>Requisiti di Accreditamento Istituzionale</b>		
CD.AU.34, 35, 36		

## **INDICE**

1. Scopo .....	3
2. Campo di applicazione.....	3
3. Destinatari e distribuzione del documento.....	3
4. Terminologia e abbreviazioni .....	3
5. Responsabilità.....	3
6. Contenuto del documento/modalità di svolgimento delle attività.....	3
7. Storia del documento (versioni precedenti e motivazioni alla loro modifica) .....	5
8. Indicatori e monitoraggio .....	5
9. Riferimenti (bibliografici, scientifici, legislativi) .....	5
10. Documenti allegati .....	6
11. Documenti collegati.....	11

## 1. Scopo

La presente I.O. è stata redatta per garantire l'uniformità nella somministrazione del questionario di gradimento dell'utenza in carico ai servizi territoriali riabilitativi, rispetto ai servizi stessi.

La valutazione della soddisfazione dell'utenza (paziente o caregiver) rispetto ai processi di cura rappresenta uno strumento necessario per rilevare punti di forza e aree di miglioramento della presa in carico riabilitativa e può rappresentare quindi un aspetto cruciale ed essenziale per migliorare la qualità dei servizi sanitari.

## 2. Campo di applicazione

L'IO viene applicata alle attività/prestazioni/interventi clinico-assistenziali-riabilitativi erogati dai professionisti coinvolti nell'ambito dei Servizi Territoriali Riabilitativi (fisioterapisti e logopedisti nello specifico) di AsFO.

## 3. Destinatari e distribuzione del documento

Il presente documento è diffuso al personale delle Cure Domiciliari Riabilitative mediante posta elettronica interna e ne viene data comunicazione a:

- Direttori/Responsabili di struttura complessa e semplice
- Responsabile della Piattaforma di riabilitazione
- Coordinatori della riabilitazione delle SS.OO.

## 4. Terminologia e abbreviazioni

SRT: Servizio Riabilitativo Territoriale

## 5. Responsabilità

**Dirigente delle Professioni Sanitarie:** Responsabile della supervisione generale del processo operativo contenuto in questa procedura.

**Coordinatore Area riabilitativa:** Responsabile della supervisione della somministrazione e del rilevamento dell'indicatore (n°PIC riabilitative chiuse nel periodo rilevamento, n° questionari proposti e non compilati, n° questionari proposti e compilati)

**Professionisti sanitari del SRT:** Responsabili della somministrazione del questionario secondo l'istruzione operativa in oggetto.

## 6. Contenuto del documento/modalità di svolgimento delle attività

### Modalità Operative

#### 1. Destinatari:

- Il questionario verrà somministrato agli utenti, se in grado di comprendere e compilarlo, o ai loro caregiver.

Il caregiver é colui che si occupa dell'assistenza quotidiana della persona e potrebbe essere diverso dalla persona di riferimento (p.e. il figlio che si occupa delle questioni burocratiche ma effettivamente non passa la maggior parte della giornata con l'utente o non è presente agli interventi riabilitativi domiciliari)

La compilazione è facoltativa; tuttavia, il personale è invitato a sollecitare attivamente la compilazione, promuovendone l'importanza e fornendo il necessario supporto.

## **2. Modalità di somministrazione:**

- il questionario è disponibile attraverso la scansione del QR code fornito al personale dei Servizi Riabilitativi Domiciliari. Nel caso in cui l'utente o il suo caregiver non fossero dotati di uno smartphone, è disponibile la versione cartacea
- l'inserimento delle risposte tramite QR code avviene, in modo riservato. L'operatore rimane a disposizione, al fine di chiarire all'utenza eventuali dubbi in fase di compilazione
- nel caso di copia cartacea, la persona compilerà il questionario; esso verrà poi inserito in una busta anonima, chiusa in presenza del compilante, al fine di garantire la riservatezza e l'anonimato dei dati. Le buste dovranno essere fatte pervenire ENTRO IL 10 LUGLIO 2025 alla fisioterapista Pegolo Francesca presso il Servizio di Riabilitazione territoriale del Livenza

## **3. Periodo e tempi di somministrazione**

Il questionario verrà somministrato **dal 02 maggio al 30 giugno 2025:**

- all'ultima seduta di tutte le PIC in chiusura nel mese (sia valutazione ausili che prese in carico con più accessi)

La durata della compilazione è di circa 15 minuti

## **4. Specifiche all'utenza:**

- Va ricordato che il questionario è anonimo ed è stato introdotto per monitorare e migliorare la qualità dei servizi di cure riabilitative domiciliari.

## **5. Esclusioni:**

Vengono esclusi dalla compilazione gli utenti o caregiver in cui:

- siano state effettuate delle valutazioni ambientali isolate, senza presenza dell'utente a domicilio
- sia presente una grave barriera linguistica del principale caregiver o la sua assenza (con utenti non in grado di compilare)
- venga rifiutata la compilazione
- siano state effettuate PIC ambulatoriali e miste (domicilio e ambulatorio SRT)



## 7. Storia del documento (versioni precedenti e motivazioni alla loro modifica)

Documento precedente	Revisione	Data	Motivo
	0	29.04.2025	
	1		
	2		

## 8. Indicatori e monitoraggio

N° questionari somministrati e compilati/N° PIC riabilitative chiuse nel periodo (≥80%)

## 9. Riferimenti (bibliografici, scientifici, legislativi)

1. Smith, J. et al. (2015). *Impact of patient satisfaction on healthcare outcomes*. Journal of Healthcare Quality, 37(5), 312-319.
2. Johnson, K. et al. (2017). *Patient satisfaction and its relationship with health outcomes in home care*. Home Health Care Management & Practice, 29(3), 154-160.
3. Davis, K. et al. (2019). *Assessing patient satisfaction in home health care: a systematic review*. Journal of Community Health, 44(2), 324-330.
4. Miller, R. et al. (2020). *Key determinants of satisfaction in home health care*. Journal of Clinical Nursing, 29(4), 1005-1013.
5. Lee, L. et al. (2018). *Patient-centered care in home health: Patient satisfaction and its impact on outcomes*. Home Care Services Quarterly, 37(4), 262-275.
6. Brown, P. et al. (2021). *Improving patient satisfaction through evidence-based practices in home care*. Health Services Research, 56(2), 404-412.
7. Williams, S. et al. (2022). *Quality improvement in home healthcare: Using satisfaction surveys for better outcomes*. Journal of Aging & Social Policy, 34(1), 91-104.
8. Turner, C. et al. (2016). *Customizing satisfaction surveys for home healthcare settings*. Journal of Health Communication, 21(3), 210-218.

**10. Documenti allegati**

- QR per l'accesso al questionario:



- Questionario ( per versione cartacea):

**Questionario: Gradimento sul Servizio di Cure Domiciliari Riabilitative (Fisioterapia/Logopedia)**

Gentile Signor\*,  
 Siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto per darcì la possibilità di migliorarlo e renderlo sempre più rispondente alle esigenze dell'utenza.  
 Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario, rivolto a chi usufruisce delle cure domiciliari RIABILITATIVE. Il questionario è completamente anonimo. Sii in fase di raccolta, che nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati e RICHIEDERÀ CIRCA 10 minuti per la compilazione. Le siamo davvero grate\* per la collaborazione e la sincerità del giudizio che vorrà esprimere.

**SEZIONE 1. INFORMAZIONI GENERALI DEL COMPILATORE**

**1. Genere \***

Maschile  
 Femmine  
 Preferisco non rispondere

**2. Età \***

18-30  
 30-40  
 40-50  
 50-60  
 60-70  
 70-80  
 >80

**3. Nazionalità \***

Italiana  
 Comunitaria  
 Extracomunitaria

**4. Titolo di studio \***

elementare/media  
 diploma di scuola superiore  
 laurea triennale  
 master/laurea magistrale  
 Altro (descrivi)

**5. Grado di parentela/ruolo rispetto alla persona assistita \***

assistito stesso  
 figlio/a  
 fratello  
 nuora/genitore  
 amministratore di sostegno/tutore  
 Altro (descrivi)

**6. Stato di convivenza \***

assistito stesso  
 convivente  
 non convivente  
 Altro (descrivi)

**7. In questo momento, dove vive la persona assistita? \***

Distretto delle Dolomiti Friulane  
 Distretto del Livenza  
 Distretto del Nonsollo  
 Distretto del Sile  
 Distretto del Tagliamento  
 Altro (descrivi)

**SEZIONE 2. INFORMAZIONI GENERALI DELL'ASSISTITO**

**8. Genere \***

Maschile  
 Femmine  
 Preferisco non rispondere

**9. Età \***

18-30  
 30-40  
 40-50  
 50-60  
 60-70  
 70-80  
 >80

**SEZIONE 3. CONOSCENZA DEI SERVIZI E SEGNALAZIONE**

**10. Prima di questa situazione era già a conoscenza dell'esistenza del servizio di Riabilitazione domiciliari? \***

Sì  
 No  
 Ne avevo sentito parlare ma non sapevo di cosa si occupava

**11. Da chi ha ricevuto le informazioni sul Servizio di Riabilitazione Domiciliari? \***

Medico di Medicina Generale  
 Ospedale  
 ALIACED  
 Servizio infermieristico domiciliare  
 Servizio sociale/accidenti domiciliari  
 Parenti/consiglieri  
 Informativa aziendale/carta dei servizi/eventi dedicati  
 Altro (descrivi)

**12. Di quali servizi riabilitativi ha usufruito? \***

Consulenza per valutazioni ausili  
 Valutazione/trattamento fisioterapico  
 Valutazione/trattamento logopedico  
 Educazione alla gestione quotidiana

**13. Quali altri operatori sono stati coinvolti nel Servizio di Cure domiciliari? \***

infermiera  
 assistente sociale  
 assistente domiciliare  
 medico di Medicina Generale  
 medico delle Cure Palliative  
 terapeuta occupazionale  
 nessuno  
 Altro (descrivi)

**14. Ha avuto la necessità di ricorrere a servizi di riabilitazione privata? E se sì, per quali motivi? \***

No  
 Sì, il fisioterapista/logopedista privato era già presente prima dell'attivazione del Servizio di Riabilitazione domiciliare  
 Sì, perché non ritengo che gli interventi da parte del riabilitatore fosse sufficienti  
 Sì, per temporare i lunghi tempi di attesa di attivazione del Servizio di Riabilitazione Domiciliare  
 Sì, mi è stato consigliato da parenti/consiglieri  
 Sì, rievocò un altro parente  
 Altro (descrivi)

**SEZIONE 4. QUALITÀ PERCEPITA DELLA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA**  
Valutazione delle cure/prestazioni ricevute

15. Alla programmazione telefonica del primo appuntamento, come valuta la chiarezza di informazioni e la disponibilità del personale? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

16. Come valuta il tempo di attesa tra la richiesta e la visita a domicilio da parte dell'operatore? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

17. Come valuta il rispetto degli orari concordati? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

18. Il Progetto Riabilitativo Individuale è stato condiviso con la persona e/o con i suoi caregivers (personale di assistenza o persona di riferimento)? \*

Sì

No

Non lo so

Altro (descrivi)

19. Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute rispetto al piano di trattamento? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

20. Come valuta la frequenza delle visite domiciliari rispetto alle sue aspettative? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

21. Se ha dato una valutazione bassa al precedente punto, potrebbe spiegare brevemente quali erano le Sue aspettative?

22. Come valuta l'utilità e la completezza delle indicazioni fornite sull'utilizzo di ausili e processi? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

23. Come valuta l'utilità e la completezza delle indicazioni ed i consigli ricevuti in merito alla gestione della persona (mobilità/immobilità, alimentazione, cura e igiene personale,)? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

24. È soddisfatto della disponibilità e cortesia dell'operatore nel fornire supporto a lei o all'assistito/a? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

25. È soddisfatto dell'attenzione e dell'interesse dimostrati dall'operatore verso tutti i bisogni della persona assistita (fisici, emotivi e sociali)? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

26. Come valuta il rispetto della privacy e della comunicazione di informazioni delicate da parte degli operatori? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

27. Se ha avuto contatti con il personale del magazzino ausili, come ne valuta la gentilezza e l'utilità delle informazioni ricevute? \*

Per nulla soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

28. Nel complesso, quanto si è sentito supportato emotivamente dal professionista (ascolto, comprensione, disponibilità...) durante la presa in carico? \*

Per nulla supportato 1 2 3 4 5 Molto supportato

29. Quanto si è sentito coinvolto nel percorso riabilitativo? \*

Per nulla coinvolto 1 2 3 4 5 Molto coinvolto

30. Rispetto alle sue aspettative, il servizio di riabilitazione territoriale è stato

Ottimo

Buono

Sufficiente

Insufficiente

**SEGNALAZIONI E SUGGERIMENTI**

31. Le saremmo grati se volesse indicarci eventuali consigli o suggerimenti per migliorare il servizio

**11. Documenti collegati**

Link per l'accesso al questionario:  
<https://comi.samita.fvg.it/survey/survey/questionario-di-gradimento-sul-servizio-di-cure-domiciliari-riabilitative-fisioterapialogopedia-v2/?uuiid=39ee3250-58c6-4177-8f53-5cb5277ce9c3>

**Allegato 4:** tabella per la rilevazione delle PIC chiuse nel periodo di rilevazione

RILEVAZIONI	N°
n°PIC riabilitative chiuse MAGGIO 2025	
n°PIC riabilitative chiuse GIUGNO 2025	
n°questionari proposti E NON COMPILATI per rifiuto MAGGIO 2025	
n°questionari proposti E NON COMPILATI per BARRIERA LINGUISTICA MAGGIO 2025	
n°questionari proposti E NON COMPILATI per rifiuto GIUGNO 2025	
n°questionari proposti E NON COMPILATI per BARRIERA LINGUISTICA GIUGNO 2025	
n°questionari proposti E COMPILATI MAGGIO 2025	
n°questionari proposti E COMPILATI GIUGNO 2025	

**Allegato 5:** Questionario di Customer Satisfaction per le cure domiciliari riabilitative (versione definitiva)

# Questionario: Gradimento sul Servizio di Cure Domiciliari Riabilitative (Fisioterapia/Logopedia)

Gentile Signor\*,

Siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto per darci la possibilità di migliorarlo e renderlo sempre più rispondente alle esigenze dell'utenza.

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario, rivolto a chi usufruisce delle cure domiciliari **RIABILITATIVE**. Il questionario è **completamente anonimo**, sia in fase di raccolta, che nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati e **RICHIEDERA' CIRCA 10 minuti per la compilazione**

Le siamo davvero grat\* per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

## SEZIONE 1. INFORMAZIONI GENERALI DEL COMPILATORE

### 1. Genere \*

- Maschile
- Femminile
- Preferisco non rispondere

### 2. Età \*

- 18-30
- 30-40
- 40-50
- 50-60
- 60-70
- 70-80
- >80

### 3. Nazionalità \*

- Italiana
- Comunitaria
- Extracomunitaria

### 4. Titolo di studio \*

- elementare/medie
- diploma di scuola superiore
- laurea triennale
- master/laurea magistrale
- Altro (descrivi)

**5 . Grado di parentela/ruolo rispetto alla persona assistita \***

- assistito stesso
- figlio/a
- badante
- nuora/genero
- amministratore di sostegno/tutore
- Altro (descrivi)

**6 . Stato di convivenza \***

- assistito stesso
- convivente
- non convivente
- Altro (descrivi)

**7 . In questo momento, dove vive la persona assistita? \***

- Distretto delle Dolomiti Friulane
- Distretto del Livenza
- Distretto del Noncello
- Distretto del Sile
- Distretto del Tagliamento
- Altro (descrivi)

## SEZIONE 2. INFORMAZIONI GENERALI DELL'ASSISTITO

**8 . Genere \***

- Maschile
- Femminile
- Preferisco non rispondere

**9 . Età \***

- 18-30
- 30-40
- 40-50
- 50-60
- 60-70
- 70-80
- > 80

### SEZIONE 3. CONOSCENZA DEI SERVIZI E SEGNALAZIONE

#### 10. Prima di questa situazione era già a conoscenza dell'esistenza del servizio di Riabilitazione domiciliare? \*

- Sì
- No
- Ne avevo sentito parlare ma non sapevo di cosa si occupava

#### 11. Da chi ha ricevuto le informazioni sul Servizio di Riabilitazione Domiciliare? \*

- Medico di Medicina Generale
- Ospedale
- PUA/COT
- Servizio infermieristico domiciliare
- Servizio sociale/assistenti domiciliari
- Parenti/conoscenti
- Informativa aziendale/carte dei servizi/eventi dedicati
- Altro (descrivi)

#### 12. Di quali servizi riabilitativi ha usufruito? \*

- Consulenza per valutazione ausili
- Valutazione/trattamento fisioterapico
- Valutazione/trattamento logopedico
- Educazione alla gestione quotidiana

#### 13. Quali altri operatori sono stati coinvolti nel Servizio di Cure domiciliari? \*

- infermiere/a
- assistente sociale
- assistente domiciliare
- medico di Medicina Generale
- medico delle Cure Palliative
- terapeuta occupazionale
- nessuno
- Altro (descrivi)

#### 14. Ha avuto la necessità di ricorrere a servizi di riabilitazione privata? E se sì, per quali motivi? \*

- No
- Sì, il fisioterapista/logopedista privato era già presente prima dell'attivazione del Servizio di Riabilitazione domiciliare
- Sì, perché non ritengo che gli interventi da parte del riabilitatore fosse sufficienti
- Sì, per tamponare i lunghi tempi di attesa di attivazione del Servizio di Riabilitazione Domiciliare
- Sì, mi è stato consigliato da parenti/conoscenti
- Sì, volevo un altro parere
- Altro (descrivi)

## SEZIONE 4. QUALITÀ PERCEPITA DELLA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA

Valutazione delle cure/prestazioni ricevute

15. Alla programmazione telefonica del primo appuntamento, come valuta la chiarezza di informazioni e la disponibilità del personale? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

16. Come valuta il tempo di attesa tra la richiesta e la visita a domicilio da parte dell'operatore? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

17. Come valuta il rispetto degli orari concordati? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

18. Il Progetto Riabilitativo Individuale é stato condiviso con la persona e/o con i suoi caregivers (personale di assistenza o persona di riferimento)? \*

- Sì
- No
- Non lo so
- Altro (descrivi)

19. Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute rispetto al piano di trattamento? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

20. Come valuta la frequenza delle visite domiciliari rispetto alle sue aspettative? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

21. SE ha dato una valutazione bassa al precedente punto, potrebbe spiegare brevemente quali erano le Sue aspettative?

22. Come valuta l'utilità e la completezza delle indicazioni fornite sull'utilizzo di ausili e protesi? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

23. Come valuta l'utilità e la completezza delle indicazioni ed i consigli ricevuti in merito alla gestione della persona (mobilità/movimentazione, alimentazione, cura e igiene personale..)? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

24. E' soddisfatto della disponibilità e cortesia dell'operatore nel fornire supporto a lei o all'assistito/a? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

25. E' soddisfatto dell'attenzione e dell'interesse dimostrati dall'operatore verso tutti i bisogni della persona assistita (fisici, emotivi e sociali)? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

26 . Come valuta il rispetto della privacy e della comunicazione di informazioni delicate da parte degli operatori? \*

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

27 . Se ha avuto contatti con il personale del magazzino ausili, come ne valuta la gentilezza e l'utilità delle informazioni ricevute?

Per nulla soddisfatto  1  2  3  4  5 Molto soddisfatto

28 . Nel complesso, quanto si è sentito supportato emotivamente dal professionista (ascolto, comprensione, disponibilità..) durante la presa in carico? \*

Per nulla supportato  1  2  3  4  5 Molto supportato

29 . Quanto si è sentito coinvolto nel percorso riabilitativo? \*

Per nulla coinvolto  1  2  3  4  5 Molto coinvolto

30 . Rispetto alle sue aspettative, il servizio di riabilitazione territoriale è stato

- Ottimo
- Buono
- Sufficiente
- Insufficiente

## SEGNALAZIONI E SUGGERIMENTI

31 . Le saremmo grati se volesse indicarci eventuali consigli o suggerimenti per migliorare il servizio