

Dipartimento \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Gentile signora/e, Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione o darci suggerimenti che possano aiutarci a migliorare la qualità dell'assistenza. **LA INFORMIAMO CHE IL QUESTIONARIO È ANONIMO.**

La compilazione è semplice e veloce: è sufficiente barrare la casella corrispondente alla valutazione ritenuta più confacente. Al termine depositare il questionario nelle apposite cassette.

Si **RINGRAZIA** per la collaborazione.

La Direzione

**1. VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA DI RICOVERO IN GENERALE**

1.1 Considerando complessivamente l'esperienza di ricovero, come valuta la qualità dei servizi ricevuti?

MOLTO INADEGUATO    INADEGUATO    ADEGUATO    MOLTO ADEGUATO    NON SO

                                                                                      

**2. VALUTAZIONE DEL PERSONALE IN REPARTO**

2.1 Considerando complessivamente l'esperienza di ricovero, come valuta il personale del reparto?

                                                                                      

**3. VALUTAZIONE DEL PERSONALE MEDICO**

3.1 Come valuta il personale medico nel suo complesso?

                                                                                      

3.2 Come valuta il personale medico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?

                                                                                      

3.3 Come valuta il personale medico per la disponibilità ad ascoltare pazienti e familiari?

                                                                                      

3.4 Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sulle condizioni di salute, sulla diagnosi e sulla terapia?

                                                                                      

3.5 Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sui benefici, sui rischi e sulle alternative legati alle cure?

                                                                                      

**4. VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO**

4.1 Come valuta il personale infermieristico nel suo complesso?

                                                                                      

4.2 Come valuta il personale infermieristico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?

                                                                                      

4.3 Come valuta il personale infermieristico per la disponibilità e la prontezza nella risposta alle sue esigenze?

                                                                                      

4.4 Come valuta il personale infermieristico per la disponibilità a dare spiegazioni ed informazioni?

                                                                                      

**5. VALUTAZIONE DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE**

5.1 Considerando complessivamente la Sua esperienza di ricovero, come valuta Le informazioni ricevute dal personale del reparto?

	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
<b>6. VALUTAZIONE DELLA TERAPIA DEL DOLORE</b>					
6.1 Se durante il ricovero Lei ha avuto bisogno di terapia analgesica, come valuta la terapia ottenuta ?	<input type="checkbox"/>				
<b>7. VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI: L' OSPEDALE</b>					
7.1 Considerando la Sua esperienza di ricovero, come valuta complessivamente l'organizzazione dell'ospedale?	<input type="checkbox"/>				
<b>8. VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI: L'ACCOGLIENZA</b>					
8.1 Come valuta il tempo trascorso fra l'ingresso in reparto ed il momento in cui si sono occupati del Suo caso?	<input type="checkbox"/>				
<b>9. VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI: IL REPARTO</b>					
9.1 Come valuta complessivamente l'organizzazione del reparto?	<input type="checkbox"/>				
9.2 Come valuta l'organizzazione del reparto relativamente alla gestione della lista di attesa per il ricovero prenotato?	<input type="checkbox"/>				
9.3 Come valuta l'organizzazione del reparto relativamente alle informazioni ricevute prima del ricovero prenotato?	<input type="checkbox"/>				
9.4 Come valuta l'organizzazione del reparto relativamente alla collaborazione e al collegamento fra i Servizi e i Reparti di cui ha avuto bisogno?	<input type="checkbox"/>				
<b>10. VALUTAZIONE DEGLI AMBIENTI</b>					
10.1 Come valuta nel complesso gli ambienti del reparto (camere, corridoi, altri locali)?	<input type="checkbox"/>				
10.2 Come valuta la qualità del comfort degli ambienti (confortevoli e in buono stato)?	<input type="checkbox"/>				
10.3 Come valuta la pulizia degli ambienti (esclusi i bagni)?	<input type="checkbox"/>				
10.4 Come valuta la pulizia dei bagni?	<input type="checkbox"/>				
10.5 Come valuta il numero e la disponibilità di bagni e docce?	<input type="checkbox"/>				
10.6 Come valuta la temperatura nelle stanze?	<input type="checkbox"/>				
10.7 Come valuta la disponibilità di spazio per ogni paziente nelle camere?	<input type="checkbox"/>				
10.8 Come valuta la tranquillità ed il silenzio nelle camere?	<input type="checkbox"/>				

<b>11. VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI CONTORNO (CIBO, SERVIZI IN CAMERA, COMFORT)</b>		MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
11.1	Come valuta nel complesso i servizi forniti in reparto che non riguardano le cure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Come valuta la qualità del cibo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3	Come valuta la quantità di cibo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4	Come valuta la possibilità di scelta del menù?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5	Come valuta gli orari dei pasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6	Come valuta la comodità dei letti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. VALUTAZIONE DEL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA (PRIVACY)</b>						
12.1	Come valuta il rispetto della Sua riservatezza durante il ricovero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE SUL RICOVERO</b>		PEGGIORE DI QUANTO MI ASPETTASSI		COME ME LO ASPETTAVO		MIGLIORE DI QUANTO MI ASPETTASSI
13.1	Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13.2	Vuole riferire qualcosa di particolare relativamente alla Sue aspettative?	_____				
<b>14. VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE SUL RICOVERO</b>		PEGGIORE		RISPONDENTE		MIGLIORE
14.1	Ritiene che le Sue condizioni di salute siano cambiate in seguito al ricovero?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14.2	Vuole riferire qualcosa di particolare relativamente alla Sue condizioni di salute dopo il ricovero?	_____				
<b>15. VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE</b>		INDICHI CON PUNTEGGIO DA 1 A 5 (DOVE 1 INDICA LO STATO PEGGIORE E 5 QUELLO MIGLIORE) IL SUO STATO DI SALUTE				
15.1	Come valuta il suo stato di salute?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se è possibile, esprima i Suoi suggerimenti per migliorare il servizio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CHI RISPONDE AL QUESTIONARIO UTENTE:**

- PAZIENTE
- FAMILIARE
- ALTRO

**SESSO:**

- MASCHIO
- FEMMINA

▪ ETÀ \_\_\_\_\_

**TITOLO DI STUDIO:**

- NESSUN TITOLO
- LICENZA ELEMENTARE
- LICENZA MEDIA INFERIORE
- LICENZA MEDIA SUPERIORE
- LAUREA

**CONDIZIONI DI LAVORO:**

- OCCUPATO
- DISOCCUPATO
- CASALINGA
- INABILE
- STUDENTE
- PENSIONATO
- ALTRO

**RESIDENZA:**

- PROVINCIA DI MATERA
- ALTRE PROVINCE DELLA REGIONE
- ALTRA REGIONE

**NAZIONALITÀ:**

- ITALIANA
- ALTRA (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

**STATO CIVILE:**

- CELIBE/NUBILE
- CONIUGATO/A
- SEPARATO/A
- DIVORZIATO/A
- VEDOVO/A

**VIVE DA SOLO:**

- SI
- NO