

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
<input type="checkbox"/>				

2. VALUTAZIONE DEL PERSONALE IN REPARTO

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. VALUTAZIONE DEL PERSONALE MEDICO

3.1 Come valuta il personale medico nel suo complesso?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

4.1 Come valuta il personale infermieristico nel suo complesso?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. VALUTAZIONE DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE

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

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

11. VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI CONTORNO (CIBO, SERVIZI IN CAMERA, COMFORT)		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"/>
12. VALUTAZIONE DEL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA (PRIVACY)						
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"/>
13. VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE SUL RICOVERO		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?	_____				
14. VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE SUL RICOVERO		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?	_____				
15. VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE		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:

- SÌ
- NO