



Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di esprimere la Sua opinione sull'assistenza ospedaliera ricevuta.

I dati da Lei forniti nel presente questionario verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Le informazioni saranno utilizzate per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate: risponda semplicemente ciò che pensa.

Annerisca la casella che si avvicina di più alla Sua opinione, dando una sola risposta.

Grazie per la collaborazione.

Presidio Ospedaliero _____

Unità Operativa _____

1. Qual è il Suo giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto durante il ricovero?

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

2. Qual è il suo giudizio rispetto all'accoglienza al momento del ricovero per gli aspetti qui elencati?

Gentilezza e cortesia di chi l'ha accolta	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono

3. Qual è il suo giudizio rispetto al personale medico per ciascuno degli aspetti qui elencati?

Gentilezza e cortesia nei rapporti	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Disponibilità ad ascoltare le sue richieste	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapia	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Informazioni alla dimissione	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono

4. Qual è il suo giudizio rispetto al personale infermieristico per ciascuno degli aspetti qui elencati?

Gentilezza e cortesia nei rapporti	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Disponibilità ad ascoltare le sue richieste	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Sostegno, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Disponibilità a dare informazioni	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono

5. Qual è il suo giudizio rispetto agli ambienti e all'organizzazione per quanto riguarda gli aspetti qui elencati?

Cura e decoro degli ambienti	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Pulizia degli ambienti	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Funzionalità dei servizi igienici	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Temperatura nelle stanze	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Illuminazione nelle stanze	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Tranquillità, silenzio nel reparto	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Qualità dei pasti	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Orari dei pasti	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Possibilità di scelta nel menu	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Orari di visita dei familiari	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono

Rispetto della Privacy	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Condizioni di trasporto (carrozzella, barella...)	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono

6. Rispetto alle sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato:

Peggior di come me lo aspettavo	Come me lo aspettavo	Migliore di come me lo aspettavo
---------------------------------	----------------------	----------------------------------

7. Suggerimenti

Indichi l'aspetto positivo che l'ha colpita maggiormente:	
Indichi l'aspetto negativo che l'ha colpita maggiormente:	

8. Chi risponde al questionario

Paziente	Familiare	Altra persona
----------	-----------	---------------

9. Sesso

Maschio	Femmina
---------	---------

10. Et  (in anni compiuti)

11. Titolo di studio conseguito

Nessuno	Licenza elementare	Licenza di scuola media inferiore	Diploma	Laurea e Post Laurea
---------	--------------------	-----------------------------------	---------	----------------------

12. Professione

Casalinga	Operaio/Impiegato	Dirigente	Pensionato
Artigiano	Commerciante	Studente	In cerca di occupazione
Altro (specificare accanto)			

13. Residenza

Provincia (specificare accanto)
Altre Regioni (specificare accanto)
Altro Stato (specificare accanto)

14. Nazionalit 

Italiana	Altra (specificare accanto)
----------	-----------------------------

15. E' stato gi  ricoverato in questa Unit  Operativa?

Si	No
----	----