



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

Azienda cod. _____ Presidio cod. _____ Unità Operativa cod. _____

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.

REPARTO: _____ OSPEDALE _____ DATA DI COMPILAZIONE _____

D1) Qual è il Suo giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto durante il ricovero?			
pessimo ○	insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○

D2) Qual è il Suo giudizio rispetto all'accoglienza al momento del ricovero per gli aspetti qui elencati?				
D2a) Gentilezza e cortesia di chi l'ha accolta	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D2b) Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D2c) Tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○

D3) Qual è il Suo giudizio rispetto al personale medico per ciascuno degli aspetti qui elencati?				
D3a) Gentilezza e cortesia nei rapporti	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D3b) Disponibilità ad ascoltare le sue richieste	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D3c) Informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D3d) Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapia	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D3e) Informazioni ricevute al momento della dimissione (prescrizioni, appuntamenti per controlli successivi...)	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○

D4) Qual è il Suo giudizio rispetto al personale infermieristico per ciascuno degli aspetti qui elencati?				
D4a) Gentilezza e cortesia nei rapporti	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D4b) Disponibilità ad ascoltare le sue richieste	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D4c) Sostegno, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○
D4d) Disponibilità a dare informazioni	pessimo ○	Insufficiente ○	sufficiente ○	buono ○

D5) Qual è il Suo giudizio rispetto agli ambienti e all'organizzazione per quanto riguarda gli aspetti qui elencati?				
D5a) Cura e decoro degli ambienti	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5b) Pulizia degli ambienti	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5c) Funzionalità dei servizi igienici	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5d) Temperatura nelle stanze	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5e) Illuminazione nelle stanze	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5f) Tranquillità, silenzio nel reparto	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5g) Qualità dei pasti	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5h) Orari dei pasti	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5i) Possibilità di scelta del menu	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5j) Orari di visita dei familiari	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5k) Rispetto della privacy	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D5l) Condizioni di trasporto (carrozzella, barella..)	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>

D6) Rispetto alle sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato

- peggiore di come me lo aspettavo
 come me lo aspettavo
 migliore di come me lo aspettavo

D7) Suggerimenti:

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

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

D8) Chi risponde al questionario	<input type="radio"/> paziente <input type="radio"/> familiare <input type="radio"/> altra persona
D9) Sesso	<input type="radio"/> maschio <input type="radio"/> femmina
D10) Età	
D11) Titolo di studio conseguito	<input type="radio"/> nessuno <input type="radio"/> licenza elementare <input type="radio"/> licenza di scuola media inferiore <input type="radio"/> diploma <input type="radio"/> laurea e post-laurea
D12) Professione	<input type="radio"/> casalinga <input type="radio"/> operaio / impiegato <input type="radio"/> dirigente <input type="radio"/> pensionato <input type="radio"/> artigiano <input type="radio"/> commerciante <input type="radio"/> studente <input type="radio"/> in cerca di occupazione <input type="radio"/> altro, specificare.....
D13) Residenza	<input type="radio"/> provincia (specificare) <input type="radio"/> altre regioni (specificare)..... <input type="radio"/> altro Stato (specificare).....
D14) Nazionalità	<input type="radio"/> italiana <input type="radio"/> altra (specificare)
D15) E' stato già ricoverato in questa unità operativa?	<input type="radio"/> si <input type="radio"/> no

