

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Gentile Signora/e,

Le chiediamo, cortesemente, di esprimere la Sua opinione ed ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza e Lei non potrà in alcun modo essere identificata/o.

Metta una croce (X) nella casella che più si avvicina al Suo modo di vedere.

Dia una sola risposta per ciascuna domanda.

Grazie della Sua preziosa Collaborazione.

IL DIRETTORE SANITARIO
(Anna Elisabetta ALTOMARE)

**LA VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA DI
RICOVERO E CURA: IN GENERALE**

1. Consideri complessivamente l'esperienza di ricovero. Come valuta, in generale, la qualità dei servizi che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE DEL REPARTO

2. Nel complesso, sulla base della Sua esperienza, che valutazione dà al personale?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

3. Come valuta il personale medico per gli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
a) Gentilezza e cortesia nei rapporti						
b) Disponibilità ad ascoltare le richieste degli utenti (pazienti, familiari)						
c) Informazioni						

4. Come valuta il personale infermieristico per gli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
a) Gentilezza e cortesia nei rapporti						

b) Disponibilità a prontezza nel rispondere alle sue esigenze.						
c) Vicinanza, capacità di tranquillizza re e di mettere a proprio agio						
d) Disponibilità a dare spiegazioni / informazioni						

5. Ha ricevuto terapia quando ha avuto dolore fisico?

Sì

No

5. a) Se sì, come valuta la terapia del dolore che ha ricevuto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
-------------------------	---------------------	------------	----------	-------------------	-----------------------

--	--	--	--	--	--

6. Nel complesso, come valuta le informazioni che il personale Le ha fornito?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

LA VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI

7. Come valuta, complessivamente, l'Organizzazione della Casa di Cura San Michele?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

8. Come valuta l'organizzazione del ricovero per ciascuno degli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
Gestione della lista di attesa per il ricovero prenotato						
Collaborazione e collegamento tra servizi e reparti di cui ha avuto bisogno						
Informazioni ricevute dal reparto prima del ricovero (sole se prenotato)						

9. Come valuta il tempo trascorso tra l'ingresso in reparto ed il momento in cui si sono occupati del Suo caso?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

10. Come valuta, nel complesso, gli ambienti (camere, corridoi, altri locali) del reparto?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

11. Come valuta, nel complesso, gli ambienti per quanto concerne gli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
a) Qualità e cura degli ambienti						
b) Pulizia degli ambienti (stanze, corridoi esclusi bagni)						

c) Pulizia dei bagni						
d) Numero e disponibilità dei bagni e docce						
e) Temperatura nelle stanze						
f) Tranquillità, silenzio in reparto						

**LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI CONTORNO
(CIBO, SERVIZI IN CAMERA, COMFORT)**

12. Come valuta, nel complesso, i servizi forniti in reparto che non riguardano le cure e la terapia (es. cibo, tv)?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

13. Come valuta i servizi di contorno per gli aspetti qui elencati?

	Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata
a) Qualità dei pasti						
b) Quantità del cibo						
c)) Possibilità di scelta del menù						
d)) Comodità dei letti						
e) Orari dei pasti						

**LA VALUTAZIONE DELLA PRIVACY E
PERCEZIONE DI SALUTE**

14. Come valuta il rispetto della Sua Privacy durante il ricovero (nel comunicare informazioni riservate, nello svolgere operazioni delicate al letto nella stanza, insieme ad altri pazienti)?

Del tutto inadeguata	Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Del tutto adeguata

15. Ritiene che le Sue condizioni di salute siano cambiate in seguito al ricovero?

1. Il problema è stato completamente risolto;
2. Il problema è stato risolto solo in parte;
3. Il problema non è stato risolto, è stato solo impedito un peggioramento;
4. Il problema è peggiorato.

16. Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato:

1. Migliore di come me lo aspettassi;
2. Come me lo aspettavo;
3. Peggioro di come lo aspettassi.

17. Come va, in generale, la Sua salute?
(dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore)

**SUGGERIMENTI ALLA DIREZIONE PER
MIGLIORARE L'ASSISTENZA**

CHI COMPILA IL QUESTIONARIO

18. Chi risponde al questionario?

1. Utente/paziente
2. Familiare
3. Altra persona

19. Sesso

1. Femmina
2. Maschio

20. Età

21. Titolo di studio conseguito:

1. Nessun titolo
2. Licenza elementare
3. Licenza di Scuola Media Inferiore
4. Diploma o qualifica di Scuola Media Superiore
5. Laurea o Post Laurea

22. Condizione:

1. Occupato
 2. In cerca di occupazione
 3. Casalinga
 4. Studente
 5. Inabile al lavoro
 6. Pensionato
 7. Altro (specificare)
-

23. Residenza:

1. Provincia di Foggia
2. Altra provincia della Regione Puglia

- 3. Altra Regione Italiana
 - 4. Altro Stato (specificare)
-

24. Nazionalità:

- 1. Italiana
 - 2. Altra (specificare)
-

25. Stato civile:

- 1. Celibe/nubile
- 2. Coniugata/o
- 3. Separata/o
- 4. Divorziata/o
- 5. Vedova/o

26. Vive solo?

- 1. Sì
- 2. No

27. Se no, quante persone vivono con Lei?
