

Gentile Utente,

al fine di operare un miglioramento costante della qualità dei servizi offerti alla nostra utenza, viene consegnato a ciascun paziente ricoverato il presente Questionario. In tal senso, al termine del Suo periodo di degenza, la invitiamo a rispondere alle seguenti domande riportando un voto da **1** a **10** per ciascuno degli aspetti sottoposti al Suo giudizio, dove **1** rappresenta un giudizio di totale insoddisfazione del servizio e **10** un giudizio di assoluta soddisfazione.

Il questionario è anonimo, pertanto, Le chiediamo di rispondere con assoluta sincerità alle domande e di restituire il modulo compilato presso l'apposito BOX.

Le chiediamo, inoltre, qualora Le risultasse impossibile compilarlo autonomamente, di ricorrere all'aiuto di un familiare.

La ringraziamo per la Sua cortese collaborazione.

DATA: ____/____/____

Chi compila il Questionario: Paziente ricoverato Familiare

Dati relativi alla persona che è stata ricoverata

Sesso: Donna Uomo **Età:** _____

Nazionalità: Italiana Europea Extra UE

Titolo di studio: Scuola elementare Scuola media Scuola superiore Laurea

Numero di giornate di ricovero: _____ **Reparto/i di degenza:** _____

Servizio Parcheggio: Soddisfatto Non soddisfatto Non ho usufruito del servizio

1 = TOTALMENTE INSODDISFATTI

10 = TOTALMENTE SODISFATTO

NA = NON APPLICABILE / NON HA USUFRUITO DEL SERVIZIO

D1. Cortesia del personale al momento del contatto telefonico con la Casa di Salute Santa Lucia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
D2. FASE ACCETTAZIONE – PERSONALE											
a. Cortesia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Competenza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
c. Garanzia della privacy nel comunicare informazioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D3. FASE ACCETTAZIONE – SALA D'ATTESA

a. Pulizia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Adeguatezza degli arredi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
c. Segnaletica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
d. Tempo di attesa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D4. FASE DI DEGENZA – PERSONALE INFERMIERISTICO

a. Professionalità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Cortesia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
c. Garanzia della privacy nello svolgimento di operazioni a letto del paziente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D5. FASE DI DEGENZA – PERSONALE MEDICO

a. Professionalità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Cortesia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
c. Garanzia della privacy nel comunicare informazioni sensibili	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D6. FASE DI DEGENZA – STANZE DI DEGENZA

a. Pulizia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Confort alberghiero (ad es. tv, aria condizionata)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
c. Pasti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
d. In caso di cambio stanza, come giudica l'assistenza ricevuta per lo spostamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D7. AMBULATORI

a. Pulizia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Arredi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D8. CORRETTEZZA E COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA ALLA DIMISSIONE

a. Documentazione medica (ad es. Scheda di dimissione)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Documentazione amministrativa/contabile (ad es. Fatture)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D9. PUNTO DI PRIMA ASSISTENZA (OVE SI SIA USUFRUITO DEL SERVIZIO)

a. Tempo di attesa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Affollamento percepito	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
c. Cortesia del Personale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
d. Professionalità del Personale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

D10. ALTRO

a. Capacità comunicativa del Personale della struttura con riferimento a tempistiche e informazioni generali	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
b. Giudizio complessivo sulla struttura	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA

NOTE / SUGGERIMENTI ULTERIORI:
