

## Questionario di gradimento rivolto agli utenti dei servizi ambulatoriali Anno 2019 - 2020

Gentile sig.ra/e come ogni anno Le chiediamo cortesemente di dedicarci alcuni minuti per rispondere alle domande che seguono. Grazie al contributo degli utenti potremo, infatti, verificare la qualità dei servizi offerti dall'Azienda al fine di migliorarli e renderli più adeguati alle loro esigenze. Per rispondere al questionario, che rimane comunque anonimo, sarà sufficiente per ogni domanda apporre la croce sull'apposito spazio (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte). Le ricordiamo, per qualsiasi informazione utile, il ns .sito aziendale [www.aocatanzaro.it](http://www.aocatanzaro.it).

Sesso  maschio (39)  femmina (61) età in anni  
Nazionalità  italiana (92)  straniera (7) comune di residenza

### Per quale motivo ha scelto questa Struttura ospedaliera? (Solo una risposta)

Me l'ha consigliata il medico di base <input type="checkbox"/> (38)	Me l'hanno consigliata amici/conoscenti <input type="checkbox"/> (14)	Conosco gli operatori e ho fiducia in loro <input type="checkbox"/> (21)	E' vicino casa <input type="checkbox"/> (27)
--	--	---	---

La prenotazione da lei effettuata è avvenuta tramite  
C.U.P. area centro Calabria  (36)  Personale di reparto (64)

### Ritiene sia stata agevole?

Si (74)  No (26)

In particolare quanto è soddisfatto di:

Rispetto della privacy (riservatezza)

Spiegazioni dell'operatore su come prepararsi per la visita o l'esame

Informaz. sulle pratiche amministrative da sbrigare prima della visita o dell'esame

Tempi di attesa per ottenere la visita o l'esame

	Per nulla	Poco	Così così	Abbastanza	molto	Non saprei
Rispetto della privacy (riservatezza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (11)	<input type="checkbox"/> (14)	<input type="checkbox"/> (57)	<input type="checkbox"/> (14)	<input type="checkbox"/> (4)
Spiegazioni dell'operatore su come prepararsi per la visita o l'esame	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (31)	<input type="checkbox"/> (41)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (4)
Informaz. sulle pratiche amministrative da sbrigare prima della visita o dell'esame	<input type="checkbox"/> (11)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (39)	<input type="checkbox"/> (28)	<input type="checkbox"/> (11)	<input type="checkbox"/> (4)
Tempi di attesa per ottenere la visita o l'esame	<input type="checkbox"/> (14)	<input type="checkbox"/> (14)	<input type="checkbox"/> (24)	<input type="checkbox"/> (31)	<input type="checkbox"/> (14)	<input type="checkbox"/> (3)

## Prenotazione telefonica

**E' soddisfatto della prenotazione telefonica?**

<b>Per nulla Soddisfatto</b> <input type="checkbox"/> (12)	<b>Poco soddisfatto</b> <input type="checkbox"/> (27)	<b>Soddisfatto così così</b> <input type="checkbox"/> (19)	<b>Abbastanza soddisfatto</b> <input type="checkbox"/> (15)	<b>Molto soddisfatto</b> <input type="checkbox"/> (4)	<b>Non saprei</b> <input type="checkbox"/> (23)
---	--	---	--	--	--

**In particolare:**

Quanto è soddisfatto degli orari in cui è possibile prenotare per telefono

Attesa per prendere la linea

Cortesìa dell'operatore con cui ha parlato

	Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
Quanto è soddisfatto degli orari in cui è possibile prenotare per telefono	<input type="checkbox"/> (17)	<input type="checkbox"/> (37)	<input type="checkbox"/> (21)	<input type="checkbox"/> (21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (4)
Attesa per prendere la linea	<input type="checkbox"/> (42)	<input type="checkbox"/> (17)	<input type="checkbox"/> (21)	<input type="checkbox"/> (12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (8)
Cortesìa dell'operatore con cui ha parlato	<input type="checkbox"/> (12)	<input type="checkbox"/> (17)	<input type="checkbox"/> (25)	<input type="checkbox"/> (30)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (8)

## Accettazione amministrativa e pagamento ticket

**E' soddisfatto dell'organizzazione dei servizi di accettazione amministrativa e pagamento ticket?**

<b>Per nulla soddisfatto</b> <input type="checkbox"/> 7	<b>Poco soddisfatto</b> <input type="checkbox"/> 36	<b>Soddisfatto così così</b> <input type="checkbox"/> 18	<b>Abbastanza soddisfatto</b> <input type="checkbox"/> 32	<b>Molto soddisfatto</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non saprei</b> <input type="checkbox"/> 7
--	--	---	--	--	---

In particolare:

Quanto è stato soddisfatto di

Orari di apertura degli sportelli di accettaz. amm.va o di pagamento pagamento ticket

Semplicità nel raggiungere gli sportelli di accettaz. o di pagamento ticket ( es. segnaletica, percorso, scale, ascensori)

Semplicità delle pratiche di accettaz. o di pagamento del ticket

Tempo di attesa agli sportelli

Cortesia degli impiegati degli sportelli

Per nulla	Poco	Così così	Abbastanza	Molto	Non saprei
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>

### Arrivo all'ambulatorio presso cui effettuare visita o esame

E' soddisfatto dell'organizzazione dei servizi dell'ambulatorio presso cui ha effettuato la visita o esame?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>

In particolare :

Quanto è stato soddisfatto di:

Semplicità nel raggiungere l'ambulatorio ( es. segnaletica, percorso, scale, ascensori )

Tempo trascorso in sala di attesa

Confortevolezza della sala di attesa ( es: pulizia dei locali, posti a sedere liberi e comodi, servizi igienici)

Rispetto della privacy (riservatezza)

Cortesia degli infermieri

Per nulla	Poco	Così così	Abbastanza	Molto	Non saprei
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/>

### Come valuta la prestazione a cui è stato sottoposto?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto così così	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Non saprei
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 14	

**Sulla base della sua esperienza,consiglierebbe  
il poliambulatorio di questo ospedale a conoscenti  
nelle sue stesse condizioni?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No 17	Forse no 10	Nonso 13	Forse si 20	Si 40

**Se ha già fatto visite o esami specialistici presso questa Struttura,  
trova che il servizio sia :**

Peggiorato 23    Uguale 43    Migliorato 17    E' la prima volta che utilizzo la struttura 17

**E' a conoscenza che all'ingresso dell'ospedale lato nord è attivo un punto  
informazioni e accoglienza dell'URP dove potrà rivolgersi per qualunque  
disagio e dove le sarà possibile ritirare il modello dei reclami che, una volta  
compilato, potrà consegnare al personale preposto?**

**Si 37**

**No 63**

**Eventuali osservazioni e suggerimenti**

Utilità ad inserire la figura del medico al posto dell'infermiere c/o il triage al fine di poter smistare i pazienti nei vari ambulatori di riferimento, riducendo così il carico di lavoro per il P.S.(carenza di personale) ed i tempi di attesa per gli utenti.

Canale preferenziale per visita ed esami per le terapie eseguite c/o il Dipart. oncoematologico. Non si deve far prenotare al CUP per le visite collaterali in quanto le prenotazioni avvengono a distanza di un anno.

Umiltà e maggiore disponibilità di tempo che il medico deve dedicare al paziente.

Migliorare igiene dei bagni (oncologia).

La prenotazione di un intervento effettuata con un medico che conosce il paziente non viene per nulla rispettata, così si affida il paziente al medico che non lo conosce.

A cura dell'UOS Comunicazione e URP



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA  
"Pugliese Ciaccio"  
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO RIVOLTO AGLI UTENTI PRONTO SOCCORSO E ACCETTAZIONE ANNO 2019 – 2020

Gentile sig.ra/e come ogni anno Le chiediamo cortesemente di dedicarci alcuni minuti per rispondere alle domande che seguono. Grazie al contributo degli utenti potremo, infatti, verificare la qualità dei servizi offerti dall'Azienda al fine di migliorarli e renderli più adeguati alle loro esigenze. Per rispondere al questionario, che rimane comunque anonimo, sarà sufficiente per ogni domanda apporre la croce sull'apposito spazio (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte). Le ricordiamo, per qualsiasi informazione utile, il ns. sito aziendale [www.aocatanzaro.it](http://www.aocatanzaro.it).

( Risultanze numeriche in percentuali )

Sesso F (55) M (45)

età da 1 a 18 (5) da 19 a 35 (20) da 36 a 60 (75) oltre

**E' a conoscenza che il servizio di pronto Soccorso funziona soltanto per le urgenze ed emergenze?**

Si (53) No (47)

**Quando avverte un leggero malore pensa subito di recarsi al pronto Soccorso o lo fa dopo aver consultato il medico di base?**

Mi reco subito in Pronto soccorso (52) Consulto prima il medico di base o il servizio di guardia medica (48)

**Quanto ritiene che il Pronto Soccorso sia il luogo dove recarsi per evitare le liste di attesa o di pagare il ticket?**

Per nulla (30) Poco (40) Abbastanza (20) Molto (10)

**Ritiene che l'accettazione del Pronto Soccorso (triage) sia organizzata in modo da soddisfare le esigenze degli utenti?**

Per nulla (7) Poco (61) Abbastanza (28) Molto (4)

**E' a conoscenza che a seguito dei sintomi da lei manifestati le verrà assegnato un codice?**

Si (70) No (30)

**E' consapevole che non sempre chi arriva per primo entra subito?**

Si (75) No (25)

**Conosce i colori dell'attesa?**

Si (55) No (45)

Con il **codice rosso** il paziente deve entrare subito in quanto necessita di assistenza immediata.

Con il **codice giallo** il paziente deve entrare con urgenza per essere visitato entro breve tempo.

Con il **codice verde** il paziente entrerà dopo le urgenze.

Con il **codice bianco** il paziente entrerà quando possibile e, a codice confermato, dovrà pagare un ticket secondo quanto previsto dalla normativa vigente, così come il codice verde.

Le scale sottostanti alle domande esprimono un valore crescente da 1 a 10, come nei voti scolastici.

**La sala d'attesa attualmente in uso è funzionale alle esigenze degli utenti ?**

1 (3) 2 3 4 (3) 5 (7) 6 (23) 7 (19) 8 (23) 9 (3) 10 (19)

**Vi sono sufficienti posti a sedere in sala d'attesa ?**

1 2 3 (4) 4 5 (17) 6 (21) 7 (24) 8 (17) 9 (7) 10 (10)

**I locali sono puliti ?**

1 2 3 (3) 4 (10) 5 (3) 6 (17) 7 (10) 8 (27) 9 (7) 10 (23)

**I servizi igienici sono idonei e sufficienti ?**

1 (6) 2 3 4 (6) 5 (6) 6 (23) 7 (16) 8 (13) 9 (3) 10 (26)

**Viene rispettato il divieto di fumo ?**

1 2 (4) 3 4 (7) 5 (10) 6 (14) 7 (10) 8 9 (10) 10 (45)

**Le indicazioni sono chiare ? La cartellonistica è sufficiente ?**

1 (3) 2 (3) 3 4 (3) 5 (14) 6 (17) 7 (17) 8 (10) 9 (3) 10 (30)

**Gli operatori indossano il cartellino di identificazione ?**

Si (96) No (4)

**Come valuta il livello di cortesia del personale medico ?**

1 2 3 4 (7) 5 (14) 6 (27) 7 (14) 8 (14) 9 (3) 10 (21)

**Come valuta il livello di cortesia del personale non medico ?**

1 (3) 2 3 4 (6) 5 (25) 6 (25) 7 (16) 8 (13) 9 (3) 10 (9)

**Gli operatori del triage (accettazione) sono stati disponibili a fornirle qualunque tipo di spiegazioni durante l'attesa ?**

1 (3) 2 3 (3) 4 5 (14) 6 (34) 7 (17) 8 (13) 9 (3) 10 (13)

**Ritiene di essere stato accolto/a con cortesia, rispetto e dignità ?**

1 (3) 2 3 4 5 (7) 6 (29) 7 (19) 8 (16) 9 (13) 10 (13)

**Come valuta la professionalità degli operatori ?**

1 (3) 2 3 4 (7) 5 (11) 6 (17) 7 (21) 8 (21) 9 (3) 10 (17)

**Ritiene che la sua riservatezza personale ( privacy) sia stata rispettata ?**

Si (54) No (46)

**Come valuta, in generale, l'assistenza ricevuta presso la Struttura di medicina d'urgenza ed emergenza dell'Azienda ospedaliera ?** E' buona (13) è abbastanza buona (23) non è molto buona (37) è scadente (23) non saprei (4)

**Se dovesse presentare un reclamo / segnalazione, saprebbe come comportarsi ?**

Si (30)

No (70)

**E' a conoscenza che all'ingresso dell'Ospedale "Pugliese" lato nord è attivo un Punto informazioni e accoglienza dell'URP dove potrà rivolgersi per qualunque disagio e dove sarà possibile ritirare il modello dei reclami che, una volta compilato, potrà consegnare al personale preposto ?**

Si (30)

No (70)

**Secondo la sua esperienza personale cosa andrebbe migliorato in questa Unità operativa ?**

La gestione e l'organizzazione

Il medico di base può fare da filtro

Scarsa dotazione organica del personale medico

Maggiore informazione

Andrebbe migliorato un po di tutto

L'iter dall'accettazione alla diagnosi

Abbastanza soddisfacente

Tempi di attesa prima del ricovero

Tempi di attesa lunghi

A cura dell' UOS Comunicazione e URP

## Questionario di gradimento rivolto ai degenti

Anno 2019 - 2020

Gentile sig.ra/e come ogni anno Le chiediamo cortesemente di dedicarci alcuni minuti per rispondere alle domande che seguono. Grazie al contributo degli utenti potremo, infatti, verificare la qualità dei servizi offerti dall'Azienda al fine di migliorarli e renderli più adeguati alle loro esigenze. Per rispondere al questionario, che rimane comunque anonimo, sarà sufficiente per ogni domanda apporre la croce sull'apposito spazio (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte). Le ricordiamo, per qualsiasi informazione utile, il ns. sito aziendale [www.aocatanzaro.it](http://www.aocatanzaro.it).

(Risultanze numeriche in percentuali)

Sesso  maschio 30  femmina 70 età in anni \_\_\_\_\_

Nazionalità  italiana 83  straniera 17 comune di residenza \_\_\_\_\_

### Ingresso in ospedale

#### Il ricovero è avvenuto

Su proposta del medico di base	Su proposta del medico specialista ospedaliero	Si è rivolta/o in modo autonomo al Pronto soccorso senza impegnativa	Altro
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 4

	si	no
Era già stata/o ricoverato in questo ospedale?	<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/> 33
Quando è giunta/o in ospedale ha avuto difficoltà a trovare il luogo in cui doveva recarsi?	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 70
Al momento del ricovero era a conoscenza del motivo per cui Lei veniva ricoverato/a ?	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 3
Al momento del ricovero è stata/o informata/o sull'organizzazione del reparto (orario visite mediche, prelievi e terapie, pasti, visite parenti ecc.)?	<input type="checkbox"/> 71	<input type="checkbox"/> 29



Se ha risposto NO, è stato informata/o successivamente?	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 50
--	-----------------------------	-----------------------------

**Aspetti alberghieri**

Come valuta nell'insieme l'ospitalità offerta?

<b>Ottima</b>	<b>Soddisfacente</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Insoddisfacente</b>	<b>Pessima</b>	<b>Non saprei</b>
<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4

**In particolare :**

	<b>Ottimo</b>	<b>Soddisfacente</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Insufficiente</b>	<b>Pessimo</b>	<b>Non saprei</b>
Ambienti(letti,camere,corridoi,spazi comuni, reparti,ecc.)	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi igienici (qualità, pulizia, accessibilità)	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Tranquillità e comfort personale	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Servizi vari (telefoni, vendita rt.personali,giornali,distrib.automatici, cc.)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Come valuta, complessivamente,il tutto? (qualità,quantità,adeguatezza e varietà dei pasti)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
La possibilità di scegliere il menu	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Assistenza medica e infermieristica**

Durante il ricovero era informato delle persone a cui far riferimento per i suoi problemi ?

<b>Sempre</b>	<b>Abbastanza</b>	<b>Sufficientemente</b>	<b>Solo qualche volta</b>	<b>Mai</b>	<b>Non saprei</b>
<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sulla base della Sua esperienza,  
che giudizio attribuisce al personale?**

<b>Ottimo</b> <input type="checkbox"/> 34	<b>Soddisfacente</b> <input type="checkbox"/> 31	<b>Sufficiente</b> <input type="checkbox"/> 31	<b>Insoddisfacente</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pessimo</b> <input type="checkbox"/> 4	<b>Non saprei</b> <input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--	---

**Come valuta il personale medico per gli aspetti qui sotto elencati?**

	Ottimo	Soddisfacente	Sufficiente	Insufficiente	Pessimo	Non saprei
<b>Frequenza delle visite mediche</b>	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Professionalità</b>	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Disponibilità all'ascolto</b>	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Come valuta il personale infermieristico per gli aspetti qui sotto elencati?**

	Ottimo	Soddisfacente	Sufficiente	Insufficiente	Pessimo	Non saprei
<b>Frequenza delle visite infermieristiche</b>	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
<b>Professionalità</b>	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
<b>Sollecitudine e cortesia degli infermieri nel rispondere alle richieste</b>	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
<b>Vicinanza, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio</b>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

**Come valuta le informazioni ricevute sul Suo stato di salute e sulle cure prestate?**

Esaurienti	Soddisfacenti	Sufficienti	Insufficienti	Nulle	Non saprei
<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In particolare :

	Esaurienti	Soddisfacenti	Sufficienti	Insufficienti	Nulle	Non saprei
Informazioni date dai medici sugli accertamenti necessari a diagnosticare e/o a controllare la malattia, sulla malattia stessa e sulle condizioni di salute	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni date dai medici su eventuali rischi legati alle cure e/o agli interventi chirurgici e sulle eventuali alternative possibili	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istruzioni ricevute al momento della dimissione	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità a dare informazioni e spiegazioni da parte degli infermieri	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

**Qualche altra considerazione su aspetti generali del ricovero**

Ha avuto problemi con gli altri pazienti della Sua stanza?	<input type="checkbox"/> 85 Si (sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Rumore 36
	<input type="checkbox"/> 15 No	<input type="checkbox"/> Affollamento 46
		<input type="checkbox"/> Altro 18

Ha avuto problemi per ricevere le visite da parenti o amici?	<input type="checkbox"/> 32 Si (sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Troppi visitatori
		<input type="checkbox"/> Difficoltà con gli orari 60
<input type="checkbox"/> 68 No		<input type="checkbox"/> Mancanza di spazio 20
		<input type="checkbox"/> Altro 20

**Come considera il rispetto della riservatezza personale  
( comunicazione di informazioni riservate, svolgimento  
di azioni delicate da parte degli operatori,ecc.?)**

Ottimo	Soddisfacente	Sufficiente	Insoddisfacente	Pessimo	Non saprei
<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero e cura**

**Come valuta l'organizzazione dell'ospedale nel suo insieme?  
( orari,disponibilità e professionalità del personale,  
collegamenti tra reparti e servizi diversi, servizi  
alberghieri,ecc.)**

Ottima	Soddisfacente	Sufficiente	Insoddisfacente	Pessima	Non saprei
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Come considera le cure a Lei prestate?**

Ottime	Soddisfacenti	Sufficienti	Insoddisfacenti	Pessime	Non saprei
<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ritiene soddisfatte le aspettative che Lei aveva al momento del ricovero?**

Pienamente	Discretamente	Sufficientemente	Solo in parte	Per nulla	Non saprei
<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

**E' soddisfatto delle indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come  
comportarsi dopo la dimissione(riguardo a : uso di farmaci,presidi o  
protesi,alimentazione,attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di  
controllo,ecc.) ?**

Pienamente	Discretamente	Sufficientemente	Solo in parte	Per nulla	Non saprei
<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4

**Quali sono gli aspetti che ha gradito maggiormente?  
(sono possibili al massimo tre risposte)**

Organizzazione ed efficienza	Informazioni/ Comunicazione	Attenzione al paziente*	Riservatezza/ Privacy	Professionalità	Qualità delle cure ricevute	Comfort alberghiero	Altro	Non saprei
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5

**Quali sono gli aspetti che ha gradito meno?  
(sono possibili al massimo tre risposte)**

Organizzazione ed efficienza	Informazioni/ Comunicazione	Attenzione al paziente*	Riservatezza/ Privacy	Professionalità	Qualità delle cure ricevute	Comfort alberghiero	Altro	Non saprei
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 19

\* Disponibilità, Ascolto, Cortesia

**E' a conoscenza che all'ingresso dell'ospedale lato nord è attivo un punto informazioni e accoglienza dell'URP dove potrà rivolgersi per qualunque disagio e dove Le sarà possibile ritirare il modello dei reclami che, una volta compilato, potrà consegnare al personale preposto?**

**Si**

63

**No**

37

**Eventuali osservazioni e suggerimenti**

Mancanza di personale OSS

Non va bene far coincidere pasti e visite contemporaneamente