

## Anno 2007

# Indagine sulla qualità percepita dai pazienti ricoverati

Gentile Signora, egregio Signore,

al momento di lasciare questo Ospedale, chiedo la Sua attenzione per dedicare dieci minuti del Suo tempo alla compilazione del presente questionario, giunto alla sua terza edizione, dopo l'avvio dell'indagine nel mese di marzo 2005. Le Sue risposte saranno utilizzate per migliorare i servizi che l'Azienda eroga all'utenza.

Il questionario compilato può essere imbucato in una delle "cassette suggerimenti" poste in ogni piano e nell'atrio dell'Ospedale. La raccolta dei moduli sarà curata dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, responsabile della gestione e del trattamento dei dati.

Il questionario è anonimo e i dati raccolti saranno diffusi solo in forma sintetica, nel rispetto della normativa sul diritto alla riservatezza (D.Lgs. 196/2003).

Il modulo potrà essere utilizzato anche per chiedere una risposta alle segnalazioni che verranno prodotte. In questo caso dovrà essere firmato e indicato il recapito telefonico e l'indirizzo.

Grazie per la collaborazione.

Gennaio 2007

Il Direttore Generale  
Daniela Carraro

Data di compilazione \_\_\_\_\_ Reparto di degenza \_\_\_\_\_

Ospedale:  Arzignano  Lonigo  Montebelluna  Montebelluna M.  Valdagno

Compilatore:  Diretto interessato  Familiare  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### Dati relativi alla persona ricoverata:

Sesso:  Maschio  Femmina **Nazionalità:** (specificare) \_\_\_\_\_

Fascia di età:  0 - 14  15 - 29  30 - 44  45 - 54  55 - 64  65 e più

Studio:  Licenza elementare  Titolo universitario  
 Licenza media inferiore  Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 Diploma media superiore

Occupazione:  Studente  Occupato, posizione indipendente  
 In cerca di occupazione / Disoccupato  Ritirato dal lavoro / Pensionato / Inabile  
 Casalinga  Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 Occupato, posizione dipendente

Compilare la parte sottostante solamente nel caso in cui intenda chiedere all'Azienda una risposta in merito alle osservazioni prodotte nel presente modulo.

INDIRIZZO  
cognome e nome \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_

tel. n. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

# Anno 2007

## Indagine sulla qualità percepita dai pazienti ricoverati

La invito a compilare la parte sottostante segnando, per ciascuna delle 11 griglie, una crocetta in corrispondenza della valutazione che ritiene maggiormente rispondente al Suo personale giudizio, rispetto alle prestazioni ricevute durante il ricovero.

Valutazione da utilizzare per la compilazione del questionario

Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente	Molto Insufficiente	Gravemente Insufficiente
--------	-------	-------------	---------------	------------------------	-----------------------------

- Valutazioni delle **cure sanitarie:**

professionalità e competenza

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

adeguatezza delle prestazioni ricevute

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

- Valutazioni delle **relazioni con gli operatori sanitari:**

disponibilità e cortesia

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

rispetto della sofferenza

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

rispetto della privacy

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

completezza delle informazioni ricevute

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

- Valutazioni del **confort alberghiero**

adeguatezza e gradevolezza ambienti

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

pulizia

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

temperatura ambienti

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

qualità dei pasti

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

orario distribuzione pasti

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

**Proposte e segnalazioni** (indichi qui sotto le eventuali segnalazioni di disservizio che ha riscontrato durante il Suo ricovero e inoltre le proposte che ritiene opportuno suggerire all'Azienda ULSS 5 per il miglioramento dei servizi erogati)

---

---

---

---