



			REPARTO	ID	Rilevatore
P	DEG				

Gentile Signora/Signore,

il nostro Ospedale in collaborazione con la Regione Lombardia promuove una ricerca sulla qualità dell'assistenza ospedaliera dal punto di vista dell'utente. **Il Suo contributo è molto importante per poter migliorare i nostri servizi e rispondere sempre meglio alle esigenze dei pazienti.** La preghiamo di compilare il seguente questionario (in forma anonima) barrando la casella che meglio esprime il Suo giudizio. Se è "per niente soddisfatto" può barrare la casella 1; se "molto soddisfatto" la 7. Per giudizi intermedi scelga la casella che ritiene più adatta. Grazie per la Sua collaborazione.

DATA COMPILAZIONE: \_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_ (gg\mm\aaaa)

## REPARTO:

**D01** Il suo ricovero è avvenuto:

- D'urgenza       Programmato       E' un ricovero in day hospital

**QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ?:** (indicare da 1 a 7)

		Per niente soddisfatto				Molto soddisfatto		
		1	2	3	4	5	6	7
D02	<b>Tempi d'attesa per ottenere il ricovero</b> (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)	1	2	3	4	5	6	7
D03	<b>Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto</b> (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili di cure)	1	2	3	4	5	6	7
<b>ASPETTI STRUTTURALI E ALBERGHIERI</b>								
D041	<b>Comfort della stanza</b>	1	2	3	4	5	6	7
D042	<b>Vitto</b>	1	2	3	4	5	6	7
D043	<b>Pulizia</b>	1	2	3	4	5	6	7
D044	<b>Aspetti strutturali e alberghieri complessivamente</b>	1	2	3	4	5	6	7
D05	<b>Assistenza del personale infermieristico</b> (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)	1	2	3	4	5	6	7
D06	<b>Assistenza del personale medico</b> (disponibilità, cortesia)	1	2	3	4	5	6	7
D07	<b>Cure a Lei prestate</b>	1	2	3	4	5	6	7
D08	<b>Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate</b>	1	2	3	4	5	6	7
D09	<b>Rispetto della riservatezza personale</b>	1	2	3	4	5	6	7
D10	<b>Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme</b>	1	2	3	4	5	6	7
D11	<b>Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione</b> (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)	1	2	3	4	5	6	7
D12	<b>Complessivamente, quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?</b>	1	2	3	4	5	6	7
A01	<b>Qual è il suo grado di soddisfazione per l'operato dei volontari, se presenti?</b>	1	2	3	4	5	6	7



<b>B01</b>	Ha già fruito in passato di servizi offerti da questo ospedale?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
------------	---	-----------------------------	-----------------------------

		Assolutamente no				Certamente si		
<b>D13</b>	Consiglierebbe ad altri questo ospedale?	1	2	3	4	5	6	7
<b>D14</b>	In caso di sue future necessità, pensa di rivolgersi nuovamente a questa struttura?	1	2	3	4	5	6	7

*La valutazione della soddisfazione del servizio sanitario in generale.*

		Per niente soddisfatto				Molto soddisfatto		
<b>E01</b>	Facendo riferimento alle sue esperienze passate come valuta il suo grado di soddisfazione del servizio pubblico ospedaliero offerto dagli Ospedali della città di Milano?	1	2	3	4	5	6	7
<b>E02</b>	Facendo riferimento alle sue esperienze passate come valuta il suo grado di soddisfazione del servizio pubblico ospedaliero offerto dagli Ospedali di altre città?	1	2	3	4	5	6	7

**D15** Legga per cortesia questo elenco. Potrebbe indicarci quali sono, per lei, **i tre aspetti ritenuti in assoluto più importanti e quello meno importante** nel determinare la sua soddisfazione personale?  
*(Indichi nella Tabella con il numero 1 quello ritenuto più importante e con 2 e 3 quelli successivi. Indichi con il 10 quello meno importante in assoluto).*

Indicare in progressione con 1, 2 e 3 i più importanti e con 10 il meno importante

<b>a.</b> Tempo di attesa per ottenere il ricovero	
<b>b.</b> Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione	
<b>c.</b> Aspetti strutturali e alberghieri	
<b>d.</b> Assistenza del personale infermieristico	
<b>e.</b> Assistenza del personale medico	
<b>f.</b> Cure a Lei prestate	
<b>g.</b> Informazioni sul suo stato di salute e sulle cure prestate	
<b>h.</b> Rispetto della riservatezza personale	
<b>i.</b> Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme	
<b>l.</b> Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione	



## IL CONSENSO INFORMATO

**D16** Ricorda di aver sottoscritto un documento riguardante il consenso informato per gli interventi/terapie/accertamenti che le sono stati proposti?

Sì, sicuramente  Forse sì  No  Non so/non ricordo

**D16.1** Questo documento le è stato presentato durante un colloquio?

Sì, sicuramente  Forse sì  No  Non so/non ricordo

		Per niente							Moltissimo						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D16.2</b>	Le sono stati spiegati i benefici connessi alla procedura proposta?														
<b>D16.3</b>	Le sono stati spiegati gli eventuali rischi?														
<b>D16.4</b>	Le sono state presentate delle alternative possibili?														
<b>D16.5</b>	Ritiene di essere soddisfatto dei modi e dei tempi con cui è stato acquisito il suo consenso informato?														
<b>D16.6</b>	Ritiene di avere ben compreso quanto le è stato spiegato?														

**D17** Ha ricevuto un opuscolo contenente informazioni sul reparto chiamato Carta d'Accoglienza?

Sì, sicuramente  Forse sì  No  Non so/non ricordo

<b>A14</b> Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<b>A15</b> Et� <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A16</b> Scolarit� <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Scuola obbligo <input type="checkbox"/> Scuola superiore <input type="checkbox"/> Laurea	<b>A17</b> Nazionalit� <input type="checkbox"/> 1.Italia <input type="checkbox"/> 2.Europ Occ. <input type="checkbox"/> 3. Europa Est <input type="checkbox"/> 4.Asia Occ. <input type="checkbox"/> 5.Africa Centro-sud <input type="checkbox"/> 6.Africa Nord <input type="checkbox"/> 7.Asia Sud orientale <input type="checkbox"/> 8.Amer Centro-Sud <input type="checkbox"/> 9.America del Nord <input type="checkbox"/> 10.Oceania  <b>A17.1</b> se straniero da quanto anni risiede in Italia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**B02** Risiede in Provincia di Milano ?  S   No

**B03** Se no, in quale zona geografica risiede?  Nord  Centro  Sud