



			REPARTO	ID	Rilevatore
P	DH				

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			
D02	Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)	1	2	3	4	5	6	7
D03	Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto (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
ASPETTI STRUTTURALI E ALBERGHIERI								
D041	Comfort della stanza	1	2	3	4	5	6	7
D042	Vitto	1	2	3	4	5	6	7
D043	Pulizia	1	2	3	4	5	6	7
D044	Aspetti strutturali e alberghieri complessivamente	1	2	3	4	5	6	7
D05	Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)	1	2	3	4	5	6	7
D06	Assistenza del personale medico (disponibilità, cortesia)	1	2	3	4	5	6	7
D07	Cure a Lei prestate	1	2	3	4	5	6	7
D08	Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate	1	2	3	4	5	6	7
D09	Rispetto della riservatezza personale	1	2	3	4	5	6	7
D10	Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme	1	2	3	4	5	6	7
D11	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)	1	2	3	4	5	6	7
D12	Complessivamente, quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?	1	2	3	4	5	6	7
A01	Qual è il suo grado di soddisfazione per l'operato dei volontari, se presenti?	1	2	3	4	5	6	7



B01 Ha già fruito in passato di servizi offerti da questo ospedale?

Sì

No

		Assolutamente no				Certamente sì		
D13	Consiglierebbe ad altri questo ospedale?	1	2	3	4	5	6	7
D14	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		
E01	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
E02	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

a. Tempo di attesa per ottenere il ricovero	
b. Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione	
c. Aspetti strutturali e alberghieri	
d. Assistenza del personale infermieristico	
e. Assistenza del personale medico	
f. Cure a Lei prestate	
g. Informazioni sul suo stato di salute e sulle cure prestate	
h. Rispetto della riservatezza personale	
i. Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme	
l. 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
D16.2	Le sono stati spiegati i benefici connessi alla procedura proposta?														
D16.3	Le sono stati spiegati gli eventuali rischi?														
D16.4	Le sono state presentate delle alternative possibili?														
D16.5	Ritiene di essere soddisfatto dei modi e dei tempi con cui è stato acquisito il suo consenso informato?														
D16.6	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

<p>A14 Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina</p>	<p>A15 Età <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
<p>A16 Scolarità</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Scuola obbligo <input type="checkbox"/> Scuola superiore <input type="checkbox"/> Laurea</p>	<p>A17 Nazionalità</p> <p><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</p> <p>A17.1 se straniero da quanto anni risiede in Italia <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>

B02 Risiede in Provincia di Milano ? Sì No

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