

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO**  
**SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**  
**P.O. COLLEFERRO**

Cognome e Nome ..... Data di nascita.....  
Data valutazione.....

Gentile utente,

al fine di valutare la qualità dei servizi offerti dal nostro reparto, la invitiamo ad esprimere il Suo grado di soddisfazione segnando con una crocetta nella casella corrispondente al Suo giudizio. Le garantiamo la completa riservatezza delle Sue risposte sia nella fase di raccolta, sia nella fase di trattamento ed analisi dei dati. La ringraziamo per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

**1. ACCOGLIENZA IN REPARTO**

*Cortesìa all'atto del ricovero*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

*Chiarezza delle informazioni ricevute sul ricovero e sulle terapie*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**2. MEDICI**

*Competenza e professionalità*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

*Livello di disponibilità all'ascolto e al dialogo*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**3. INFERMIERI ED OPERATORI SOCIO-SANITARI**

*Competenza e professionalità*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

*Assistenza ricevuta*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**4. PSICOLOGI E TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

*Competenza e professionalità*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

*Qualità della relazione e sostegno ricevuto*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**5. MIGLIORAMENTO DELLO STATO DI SALUTE IN SEGUITO ALLE TERAPIE E ALLE CURE RICEVUTE**

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**6. TEMPO DEDICATO ALLA VISITA**

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**7. ADEGUATEZZA DEGLI SPAZI E DEGLI ARREDI**

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**8. LIVELLO DI SOCIALIZZAZIONE CON GLI ALTRI DEGENTI**

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**9. COINVOLGIMENTO E PARTECIPAZIONE NEI GRUPPI**

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**10. SPAZIO DEDICATO AI FAMILIARI**

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**11. GIUDIZIO COMPLESSIVO**

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

Osservazioni

---

---

Per esigenze statistiche Le chiediamo cortesemente di indicare i Suoi dati socio-anagrafici.

Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Età .....
Titolo di studio:	
Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore <input type="checkbox"/> Diploma scuola superiore <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/>	
Professione .....	
Operaio <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Artigiano/commerciante <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/>	
Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> .....	
È il suo primo ricovero? ____ Se no, indichi di seguito l'anno e l'ospedale del/i precedente/i ricovero/i: _____	
_____	

Si autorizza il trattamento dei dati, in forma anonima, per il miglioramento della qualità dei servizi offerti e anche ai fini di ricerca.

Titolare del trattamento dei dati personali dott. Giuseppe Nicolò

FIRMA