

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

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**

*Cortesia 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. INFERNIERI ED OPERATORI SOCIO-SANITARI**

*Competenza e professionalità*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

*Assistenza ricevuta*

PESSIMO  SCADENTE  DISCRETO  BUONO  OTTIMO

**4. PSICOLOGI 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  F  Età .....

Titolo di studio:

Licenza elementare  Licenza media inferiore  Diploma scuola superiore  Laurea

Professione .....

Operaio  Impiegato  Libero professionista  Artigiano/commerciale  Pensionato  Dirigente

Disoccupato  Studente  Casalinga  altro  .....

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