

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

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. PSICOLOGHE 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/commerciante ☐ 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