

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

Presidio Ospedaliero "SS. Gonfalone" - Monterotondo

Via Roberto Faravelli, 27

Tel. 06 90075845 Fax 06 90075871

Email: spdc.monterotondo@aslroma5.it

Responsabile: Dr. Agostino Manzi

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Servizio Psichiatrico Di Diagnosi E Cura
P.O. MONTEROTONDO

Gentile Sig./Sig.ra,

al fine di analizzare come Lei valuta la qualità delle cure offerte dal nostro Servizio al suo familiare
Le chiediamo di compilare il presente questionario.

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 del personale all'atto del ricovero***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

✓ ***Chiarezza delle informazioni ricevute sul ricovero e sulle terapie***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

2. PERSONALE MEDICO

✓ ***Competenza e professionalità***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

✓ ***Cortesia***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

✓ ***Disponibilità all'ascolto e al dialogo***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

3. PERSONALE INFERMIERISTICO

✓ ***Competenza e professionalità***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

✓ ***Cortesia***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

✓ ***Disponibilità all'ascolto e al dialogo***

PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**
Presidio Ospedaliero "SS. Gonfalone" - Monterotondo
Via Roberto Faravelli, 27
Tel. 06 90075845 Fax 06 90075871
Email: spdc.monterotondo@aslroma5.it
Responsabile: Dr. Agostino Manzi
4. CLIMA RELAZIONALE ALL'INTERNO DEL REPARTO

 PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐
5. SODDISFAZIONE RISPETTO ALLE CURE

 ✓ **Miglioramento dello stato di salute in seguito alle terapie e alle cure ricevute**

 PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

 ✓ **Tempo dedicato alla visita**

 PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐
6. GRADIMENTO DELLE ATTIVITA' CHE COINVOLGONO I FAMILIARI

 ✓ **Spazio dedicato ai familiari**

 PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐

 ✓ **Partecipazione al Gruppo Multi Familiare**

 PESSIMO ☐ SCADENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO ☐
7. 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 _____

 Nazionalità Italiana ☐ Estera ☐
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 ☐.....

Data,

__/__/____