

**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 Utente,

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

✓ **Cortesìa ed accoglienza del personale in fase di ricovero**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

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

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

2. PRESTAZIONI ALBERGHIERE

✓ **Pulizia e igiene degli ambienti del reparto**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

✓ **Gradevolezza e comodità degli arredi**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

✓ **Qualità e varietà del cibo fornito**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

3. PERSONALE INFERMIERISTICO

✓ **Competenza e professionalità**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

✓ **Cortesìa**

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. PERSONALE MEDICO

✓ **Competenza e professionalità**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

✓ **Cortesìa**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

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

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

5. EFFICACIA DELLE 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 PAZIENTI

✓ **Spazio dedicato ai familiari**

PESSIMO SCADENTE DISCRETO BUONO OTTIMO

✓ **Partecipazione alle Attività Riabilitative**

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,

__/__/____