

**Ospedale Civico Città di Settimo Torinese**

La Direzione della Saapa S.p.a. ha avviato un programma per conoscere il parere degli utenti su alcuni aspetti che si ritengono importanti ai fini della valutazione di qualità dell'assistenza. Si auspica che, con l'analisi dei pareri raccolti, sia possibile individuare ed eliminare lacune/inconvenienti nell'ottica di un miglioramento continuo del servizio offerto. A tal fine Le chiediamo cortesemente di **compilare il questionario** che, nel completo anonimato, **potrà essere depositato presso la reception**, dopo aver effettuato la prestazione da Lei richiesta.

Si ringrazia fin d'ora per la collaborazione.

**Chi risponde al questionario e':**                      il paziente stesso                      un parente, altro

**Mese di riferimento:** \_\_\_\_\_ **Anno:** \_\_\_\_\_

|                       |                                                   |                                                  |                                      |                          |
|-----------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <b>Il paziente è:</b> | maschio                                           | femmina                                          | di nazionalità italiana              | di nazionalità straniera |
|                       | residente nel territorio dell'ASL Città di Torino |                                                  | residente nel territorio dell'ASLTO4 |                          |
|                       | residente altra ASL Piemonte *                    | residente fuori Regione* * (indicare quale)_____ |                                      |                          |

**In quale Reparto è ricoverato?**

CAVS    Blu    Rosso    Verde    ---    LD    Blu    Rosso    Verde    ---    RRF    Blu    Rosso    Verde

**E' la prima volta che si rivolge a questa Struttura?**                      Sì                      No

**Come ha conosciuto questa Struttura Sanitaria?**

Me l'ha consigliata il medico del Reparto

Me l'ha consigliata il medico di famiglia

Me l'hanno consigliata amici/famigliari

Conosco gli operatori e ho fiducia in loro

vicino a casa

Altro (specificare)\_\_\_\_\_

**A = Insoddisfatto    B = Sufficiente    C = Buono    D = Ottimo**

| COMFORT                                                          | A | B | C | D |
|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Adeguatezza degli ambienti, servizi igienici, arredi dei locali. |   |   |   |   |
| Pulizia dei locali dell'ospedale                                 |   |   |   |   |
| La tranquillità e il comfort degli ambienti di visita /ricovero  |   |   |   |   |

| RELAZIONE                                                                                    | A | B | C | D |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Cortesìa e sollecitudine del personale di contatto (prenotazione, accettazione e portinerie) |   |   |   |   |
| Accoglienza ed assistenza del personale infermieristico/assistenziale/riabilit.              |   |   |   |   |
| Disponibilità del personale medico                                                           |   |   |   |   |

| ASSISTENZA MEDICI                        | A | B | C | D |
|------------------------------------------|---|---|---|---|
| Accuratezza visite e prestazioni mediche |   |   |   |   |
| Frequenza visite mediche                 |   |   |   |   |
| Disponibilità a fornire informazioni     |   |   |   |   |
| Relazioni umane                          |   |   |   |   |

| ASSISTENZA AMMINISTR.                                         | A | B | C | D |
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Disponibilità a fornire informazioni                          |   |   |   |   |
| Orario e organizzazione degli sportelli di accettazione       |   |   |   |   |
| Richiesta documentazione (cartella clinica, fatture, referti) |   |   |   |   |
| Relazioni umane                                               |   |   |   |   |

| ASSISTENZA INFERMIERI                          | A | B | C | D |
|------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Accuratezza visite e tecniche infermieristiche |   |   |   |   |
| Frequenza visite infermieristiche diurne       |   |   |   |   |
| Frequenza visite infermieristiche notturne     |   |   |   |   |
| Tempestività nel rispondere alle chiamate      |   |   |   |   |
| Disponibilità a fornire informazioni           |   |   |   |   |
| Relazioni umane                                |   |   |   |   |

| TRATTAMENTO Alberghiero | A | B | C | D |
|-------------------------|---|---|---|---|
| Qualità del vitto       |   |   |   |   |
| Orario dei pasti        |   |   |   |   |
| Igiene ambienti         |   |   |   |   |
| Tranquillità e confort  |   |   |   |   |
| Camera di degenza       |   |   |   |   |
| Orario e visita parenti |   |   |   |   |

## SODDISFAZIONE GENERALE

Consiglierebbe ad altri di recarsi presso questa struttura per le proprie cure?    **Si**    **No**    **Non saprei**

Nel complesso, sulla base della sua esperienza di ricovero/visita/esame, esprima il suo livello di soddisfazione per il servizio ricevuto

Il servizio è stato:    Ottimo    buono    Accettabile    scarso    Pessimo

Ritiene che il Suo problema di salute sia stato adeguatamente trattato?    **Si**    **No**    **Non saprei**

Da quando è entrato in questa Struttura, come si sente?    Meglio    Peggio    Non è cambiato nulla

## RELAZIONI CON IL PUBBLICO - RELAZIONI ESTERNE

1) Ha mai inoltrato un reclamo a questo Ospedale?    **Si**    **No**

2) Se sì, Le è stata fornita risposta in maniera tempestiva e soddisfacente?    **Si**    **No**

3) Se dovesse presentare un reclamo/segnalazione, saprebbe come comportarsi?    **Si**    **No**

Ritiene di essere stato ben informato sui servizi e le iniziative dell'Ospedale?    **Si**    **No**