



## QUESTIONARIO SUL LIVELLO DI SODDISFAZIONE PROPOSTO AGLI UTENTI

Gentile Signora/e, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti che la Casa di Cura Villa Fiorita mira a perseguire, La invitiamo cortesemente ad esporci, attraverso la compilazione di questo semplice questionario, il Suo giudizio sui nostri servizi ed eventuali suggerimenti per migliorarli.

Cercheremo in questo modo di trasformare le Sue attese in migliori prestazioni.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario sono rigorosamente anonimi\*.

Se le risultasse difficile compilare autonomamente il questionario, lo stesso può essere compilato da un familiare o da un'altra persona di fiducia.

La ringraziamo per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

La Direzione Sanitaria

(\*) I dati verranno trattati con cautela osservando le norme di Legge sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

### IL QUESTIONARIO È STAMPATO SU TRE PAGINE, LA PREGHIAMO QUINDI DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE PRESENTI.

Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti? (indicare da 1 a 5)

1      2      3      4      5  
INSODDISFATTO       $\longrightarrow$       MOLTO SODDISFATTO

#### Il paziente ha usufruito di:

ricovero    prestazione ambulatoriale

#### In quale Reparto/Ambulatorio?

Poliambulatorio \_\_\_\_\_

Degenza \_\_\_\_\_

#### È la prima volta che si rivolge a questa Struttura?

Sì    No

#### Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?

Consigliata dal medico

Consigliata da amici/familiari

Conosco gli operatori e ho fiducia in loro

E' vicino a casa

Tramite sito internet

Tramite giornali, riviste, ecc...

Altro (specificare).....

Periodo di riferimento della Sua esperienza:

Mese ..... Anno .....

#### ACCESSIBILITÀ AL REPARTO

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Tempo trascorso tra l'arrivo in Accettazione e la prestazione/ricovero					
Cortesie degli operatori e completezza delle informazioni in Accettazione					



### ASSISTENZA RICEVUTA (disponibilità, cortesia, competenza, capacità d'ascolto)

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Personale medico					
Personale infermieristico					

### CURE - ESAMI

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Informazioni sul suo stato di salute (chiarezza e completezza)					
Informazioni sul trattamento sanitario ricevuto					
Rispetto della riservatezza personale durante le visite mediche					

### ASPETTI ALBERGHIERI

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Pulizia dei reparti e dei servizi igienici					
Confort degli ambienti di degenza					
Quantità e qualità dei pasti					

### ESITO DELLA CURA

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Durata della degenza					
Comunicazione delle dimissioni (con anticipo e chiarezza)					
Informazioni su eventuali terapie da seguire autonomamente					

### CONTINUITÀ DELLA CURA

Dovrà continuare la cura presso Servizi Sanitari Territoriali?  Sì  No

Se risponde SI, era a conoscenza dell'esistenza di tali Servizi?  Sì  No

### GIUDIZIO GENERALE

CONSIGLIEREBBE AD ALTRI DI RECARSÌ PRESSO QUESTA STRUTTURA?

Sì  No  Non saprei

### SODDISFAZIONE GENERALE

Indichi la sua valutazione su:	1	2	3	4	5
Servizio, nel complesso:					



Ritiene che il Suo problema di salute sia stato adeguatamente trattato?

Sì  No  Non saprei

Ha percepito/vissuto eventi e/o situazioni di pericolo  No  Sì

Se Sì, quali:

---

---

---

**EVENTUALI OSSERVAZIONI/SUGGERIMENTI PER MIGLIORARE IL SERVIZIO:**

---

---

---

---

Per esigenze statistiche, la preghiamo di indicarci se:

Il suo ricovero è stato:

- programmato  
 urgente

Sesso del paziente

- Maschio  
 Femmina

Se è stato programmato, da chi è stato consigliato?

- Medico di Medicina Generale  
 Medico ospedaliero  
 Medico specialista ASL  
 Medico privato Altri

Età del paziente

- meno di 30  31-50  51-60  
 61-70  71-80  oltre 80

Il questionario è stato compilato:

- dal paziente  
 da un familiare  
 da un'altra persona

Luogo di provenienza:

- Roma  
 Altro, specificare .....

**Qualora volesse segnalare un disservizio e/o effettuare un RECLAMO, al fine di poter essere ricontattato, la invitiamo a compilare l'apposito modulo, chiedendolo al personale della struttura oppure scaricandolo on-line sul sito web della Casa di Cura.**

*GRAZIE PER LA SUA DISPONIBILITÀ  
IL SUO GIUDIZIO È FONDAMENTALE PER MIGLIORARE IL NOSTRO SERVIZIO*

Per la sicurezza del paziente e degli operatori, all'interno della Casa di Cura Villa Fiorita viene applicato un processo sistematico di gestione del Rischio Clinico che comprende sia la dimensione clinica sia quella gestionale.



**Casa di Cura Privata Villa Benedetta**

Circonvallazione Cornelia 65 - 00165 Roma

Tel. 06 66 65 21 | Fax 06 66 21 630

**Poliambulatorio Semeiologico Romano**

Via Nizza 22 - 00198 Roma

Tel. 06 84 13 992 | Fax 06 85 40 003

**Casa di Cura Karol Wojtyla Hospital**

Viale Africa 32 - 00144 Roma

Tel. 06 54 999 | Fax. 06 54 99 21 38

**Casa di Cura Villa dei Pini**

Via Casal di Brocco 19 - 00042 Anzio

Tel. 06 86 77 14

**Hospice Santa Rita**

Via Catignano 2/4 - 00132 Roma

Tel. 06 90 21 36 56

**Poliambulatori Tivoli**

Centro di Terapia Fisica e Ginnastica Medica

Viale Trieste 2/B - 00019 Tivoli

Tel. 0774 312842

Via Nazionale Tiburtina 325 - 00011 Tivoli Terme

Tel. 0774 371299

**Casa di Cura Villa Fiorita**

Via XX Settembre 55 - 06121 Perugia

Tel. 075 57 59 81

[www.villabenedettagroup.it](http://www.villabenedettagroup.it)

