



Istituto _____

Data di compilazione del questionario:

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI RICOVERO IN CURE INTERMEDIE

in conformità alla DGR n. 5589 del 30/12/2025, Appendice 10

COMPILATORE	<input type="checkbox"/> Paziente		<input type="checkbox"/> Familiare/ caregiver del pz			
REPARTO DI RICOVERO						
ETA' DEL PAZIENTE	_____anni					
GENERE	<input type="checkbox"/> Maschio		<input type="checkbox"/> Femmina		<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
NAZIONALITA'	<input type="checkbox"/> Italiana		<input type="checkbox"/> Straniera (specificare)			
DOMICILIO DEL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> Regione Lombardia		<input type="checkbox"/> altra Regione(specificare)			
TITOLO DI STUDIO	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Scuola elementare	<input type="checkbox"/> Scuola media	<input type="checkbox"/> Scuola superiore	<input type="checkbox"/> Laurea	
OCCUPAZIONE ATTUALE	<input type="checkbox"/> Casalingo/a	<input type="checkbox"/> Pensionato/a	<input type="checkbox"/> Senza occupazione	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
MESE DEL RICOVERO						
PERCHE' HA SCELTO QUESTA STRUTTURA?	<input type="checkbox"/> Inviato dall'Ospedale alla dimissione	Inviato dal <input type="checkbox"/> Medico di Famiglia <input type="checkbox"/> Medico Specialista	<input type="checkbox"/> già in carico presso questo Istituto	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE su consiglio di familiare/ amico/ conoscente	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE ricerche in rete e reputazione della struttura	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE vicinanza a casa

1.	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI RICOVERO E CURA					
1a	Come considera le cure ricevute?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
1b	Quanto è rimasto soddisfatto complessivamente della sua esperienza?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
2.	INGRESSO IN ISTITUTO					
2a	Al momento dell'ingresso in reparto è stata/o informata/o sull'organizzazione (orari visite mediche, prelievi e terapie, pasti, visite parenti)?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
2b	Se ha risposto "Per niente" è stato informato/a successivamente?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO	

3.		CURA E ASSISTENZA				
3a	Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute da tutto il personale?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
3b	Durante il ricovero il personale sanitario ha fornito ai suoi familiari/caregiver informazioni adeguate per comprendere il suo percorso di cura e le procedure eseguite?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4.		VALUTAZIONE DELL'EQUIPE DI CURA				
4a	Personale Medico (professionalità / disponibilità all'ascolto / coinvolgimento nel percorso di cura, disponibilità e cortesia)	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4b	Personale Infermieristico (accuratezza nella somministrazione dei farmaci e nell'esecuzione delle medicazioni, disponibilità e cortesia)	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4c	Personale Riabilitativo (chiarezza e completezza delle informazioni ricevute, professionalità nell'esecuzione dei trattamenti riabilitativi, disponibilità e cortesia)	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4d	Personale Assistenziale (accuratezza nell'esecuzione dell'igiene, attenzione agli aspetti relazionali, disponibilità e cortesia)	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
5.		ASPETTI GENERALI DEL RICOVERO				
5a	Come valuta l'organizzazione delle visite dei familiari/caregiver (orari e numero di persone consentito)?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
5b	Durante il ricovero è stato possibile parlare con i medici del reparto in caso di necessità e/o durante gli orari stabiliti?	<input type="checkbox"/> SÌ			<input type="checkbox"/> NO	
5c	Durante il ricovero, se ha segnalato dolore, le è stato fornito un trattamento/terapia?	<input type="checkbox"/> SÌ			<input type="checkbox"/> NO	
5d	Se ha risposto Sì, come valuta il trattamento/terapia ricevuto?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
5e	Ritiene che la sua privacy (riservatezza) sia stata rispettata durante il suo ricovero?	<input type="checkbox"/> SÌ			<input type="checkbox"/> NO	
6.		DIMISSIONE				
6a	E' soddisfatto delle informazioni ricevute su come comportarsi dopo la dimissione (es. uso di farmaci, alimentazione, attività fisica, eventuali controlli, ecc.)?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

7.	ASPETTI ALBERGHIERI – INFRASTRUTTURALI E DI SICUREZZA					
7a	Come valuta nell'insieme l'ospitalità offerta (temperatura degli ambienti, spazi, tranquillità e comfort)?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
7b	Come valuta gli aspetti di pulizia e igiene del reparto e della stanza?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
7c	Come valuta i pasti?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
7d	Si è sentito sicuro in Istituto?	1	2	3	4	5
		Per niente	Poco	Né poco sicuro Né abbastanza sicuro	Abbastanza	Molto
7e	Se nel precedente quesito ha risposto "Per niente", quali aspetti migliorerebbe?				

COMMENTI E SUGGERIMENTI

La Sua opinione ci interessa per aiutarci a migliorare:

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Tel 02 41315 213

e-mail: urp.redaelli_mi@golgiredaelli.it