

INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI:

“LA TUA OPINIONE PER MIGLIORARCI”

Dati relativi al servizio di Day Surgery – Ospedale Media Valle del Tevere

Mese di Maggio - Anno 2013

REPORT sintetico

a cura di: Daniela Ranocchia, Daniela Bovo, Nicola Donti

1. IL PROGETTO: indagine sperimentale Qualità Percepita nel Serv. di DAY SURGERY OSPEDALE MVT

L'indagine di valutazione della soddisfazione dell'utenza **nel Serv. di DAY SURGERY OSPEDALE MVT diretto dal Dr. Stefano Cappelletti**, sperimentata nel mese di Maggio 2013 nel Servizio di Day Surgery, è stata realizzata sulla base del questionario già da tempo utilizzato dalla Day Surgery dell'Az. Ospedaliera di Terni, diretta dal Dr. Marsilio Francucci (Allegato 1), poiché validato e ritenuto uno strumento di misurazione efficace e sostenibile.

I questionari, raccolti nell'apposito desk collocato all'interno del servizio, sono stati somministrati direttamente dal personale individuato agli utenti (Raccolta Attiva) e non lasciando a disposizione le schede per la compilazione spontanea (Raccolta Passiva).

La Raccolta Attiva è durata dal 01 Maggio al 31 Maggio 2013.

È già stata programmata una riunione con il personale del servizio interessato, in cui saranno restituiti i dati della sperimentazione ed affrontate le criticità riscontrate per adottate le opportune soluzioni.

La distribuzione e la raccolta dei questionari è stata monitorata dalle Coordinatrici Infermieristiche della Day Surgery Federica Corboli e Patrizia Taddei, coordinate dalla P.O. della direzione sanitaria Carla Ranieri.

La U.O. Sviluppo Qualità e Comunicazione ha curato la produzione di materiali e strumenti per l'indagine, l'informatizzazione, l'elaborazione statistica dei dati, oltre all'analisi dei risultati e la predisposizione dei report.

2. I RISULTATI

Nella Raccolta Attiva, effettuata fra 01 e il 31 maggio 2013 sono state raccolte 152 schede, dei quali 42 recavano anche un commento scritto.

Di seguito sono sinteticamente riportati i risultati complessivi della Raccolta Attiva nel solo mese di Maggio.

Complessivamente tutti gli item hanno raggiunto più del 90% di valutazioni positive o sufficienti.

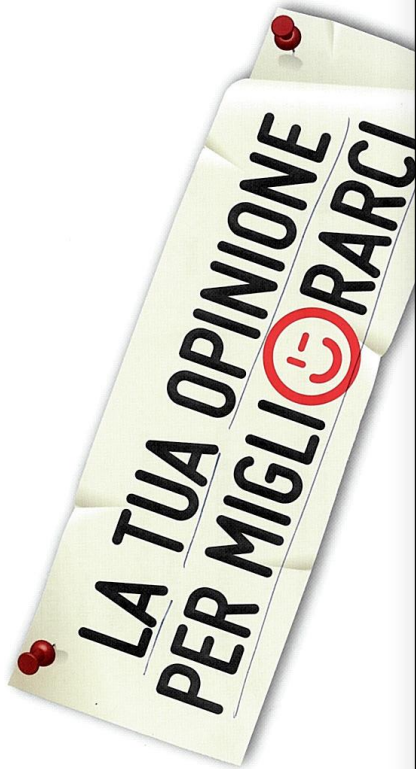
Gli item con le valutazioni insufficienti più numerose sono:

- quelli relative alla disponibilità a fornire informazioni da parte del personale medico (3%),
- quelli riguardanti i tempi di attesa sia dalla prima visita agli accertamenti (6%) sia dagli accertamenti all'intervento (5%)

Rilevanti e di grande interesse ai fini del miglioramento anche le osservazioni, i suggerimenti e i commenti, positivi o negativi, riportati in 42 schede dagli utenti.

Allegato 1 – Il questionario

Servizio Sanitario Regionale
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1



Servizio Sanitario Regionale
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Gentile Signore/a,
La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà imbucare nell'apposita urna collocata all'interno del Reparto. Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare costantemente la qualità del servizio.

ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASSISTENZA MEDICA | | | |
| - Soddisfazione per l'intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | |
| - Qualità dell'assistenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TEMPI DI ATTESA | | | |
| - Dalla prima visita agli accertamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dagli accertamenti all'intervento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ORGANIZZAZIONE INTERNA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PULIZIA DEL REPARTO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IGIENE DEI SERVIZI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA | | | |
| - In occasione degli accessi pre-ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante il ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante la permanenza in Sala Operatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?

SI NO

Grazie per la disponibilità dimostrata

Allegato 2 – Risultati servizio Day Surgery - Ospedale Media Vale del Tevere mese di Maggio (Dal 02/05/2013 al 02/06/2013)

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Esprima la sua valutazione in merito ai seguenti aspetti:

| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE | |
|--|-------|-------------|----------|-----------------------------|
| soddisfazione per intervento chirurgico | 142 | 10 | 1 | Assistenza Medica |
| cortesia | 143 | 8 | 1 | |
| disponibilità a fornire informazioni | 98 | 18 | 4 | |
| qualità dell'assistenza | 136 | 17 | 1 | Assistenza Infermierist. |
| cortesia | 143 | 6 | 2 | |
| disponibilità a fornire informazioni | 126 | 21 | 2 | |
| dalla prima visita agli accertamenti | 112 | 6 | 7 | Tempi di attesa |
| dagli accertamenti all'intervento | 108 | 34 | 7 | |
| Organizzazione interna | 117 | 28 | 3 | Giudizio sul comfort |
| facilità di contattare la struttura | 127 | 27 | 3 | |
| pulizia del reparto | 134 | 12 | 1 | |
| igiene dei servizi | 142 | 9 | / | |
| in occasione degli accessi pre-ricovero | 124 | 24 | 2 | |
| durante il ricovero | 134 | 14 | / | Giudizio sul comfort |
| durante la permanenza in sala operatoria | 136 | 14 | / | |
| grado di soddisfazione del ricovero | 132 | 15 | 2 | |

| | SI | NO |
|---|-----|----|
| Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione? | 146 | 3 |

| | | |
|--|----------|--------------|
| Commenti: | | |
| Vuole darci qualche suggerimento? | | |
| Positivi | Negativi | Suggerimenti |
| 17 | 10 | 15 |

ASSISTENZA MEDICA

Servizio Sanitario Regionale
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Gentile Signore/a,
La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà imbucare nell'apposita urna collocata all'interno del Reparto. Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare costantemente la qualità dell'assistenza.

ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

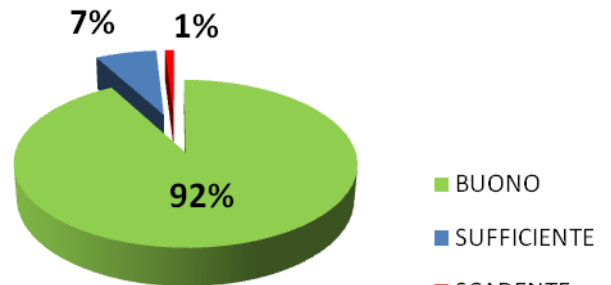
| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASSISTENZA MEDICA | | | |
| - Soddisfazione per l'intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | |
| - Qualità dell'assistenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| TEMPI DI ATTESA | | | |
| - Dalla prima visita agli accertamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Dagli accertamenti all'intervento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ORGANIZZAZIONE INTERNA | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| PULIZIA DEL REPARTO | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| IGIENE DEI SERVIZI | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA | | | |
| - In occasione degli accessi pre-ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Durante il ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Durante la permanenza in Sala Operatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?

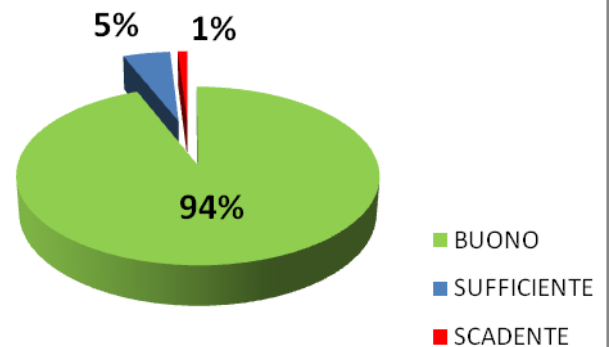
SI NO

Grazie per la disponibilità

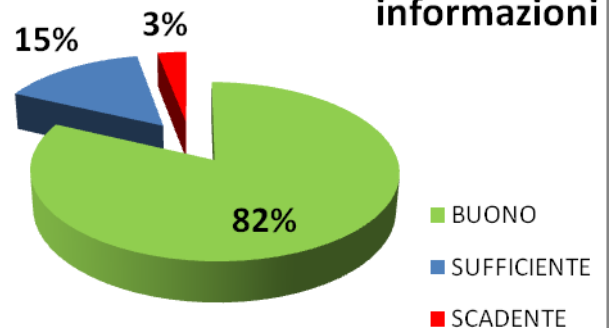
soddisfazione per intervento chirurgico



cortesia



disponibilità a fornire informazioni



ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Servizio Sanitario Regionale
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Gentile Signore/a,
La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà imbucare nell'apposita all'interno del Reparto. Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare costantemente

ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

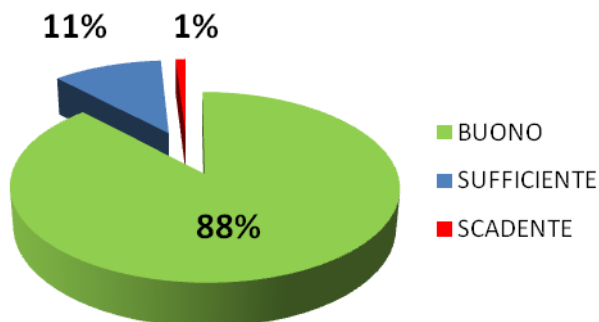
| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASSISTENZA MEDICA | | | |
| - Soddisfazione per l'intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | |
| - Qualità dell'assistenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TEMPI DI ATTESA | | | |
| - Dalla prima visita agli accertamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dagli accertamenti all'intervento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ORGANIZZAZIONE INTERNA | | | |
| FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA | | | |
| PULIZIA DEL REPARTO | | | |
| IGIENE DEI SERVIZI | | | |
| GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA | | | |
| - In occasione degli accessi pre-ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante il ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante la permanenza in Sala Operatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO | | | |

Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?

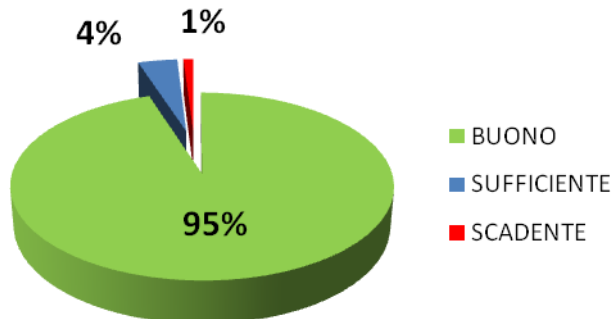
SI NO

Grazie per la disponibilità dimostrata

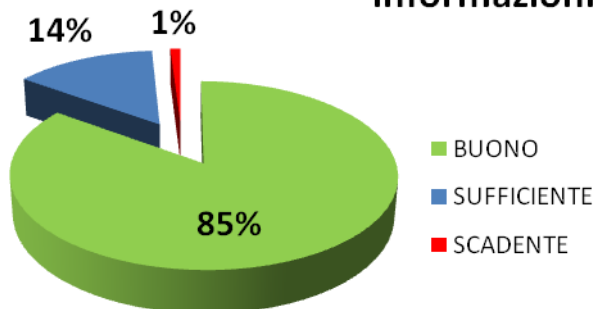
qualità dell'assistenza



cortesia



disponibilità a fornire informazioni



TEMPI D'ATTESA

Servizio Sanitario Regionale
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

SCHEMA DI VALUTAZIONE

Gentile Signore/a,
La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà imbucare nell'apposita urna all'interno del Reparto. Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare costantemente la qualità dei servizi.

ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

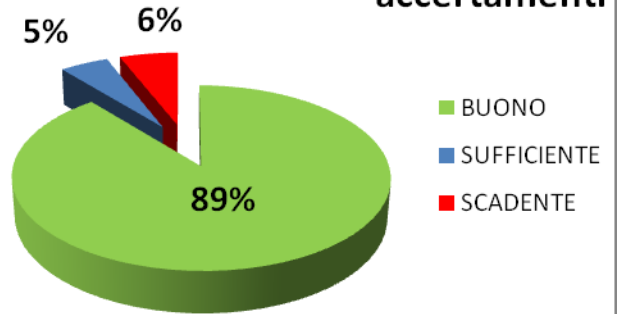
| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASSISTENZA MEDICA | | | |
| - Soddisfazione per l'intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | |
| - Qualità dell'assistenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TEMPI DI ATTESA | | | |
| - Dalla prima visita agli accertamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dagli accertamenti all'intervento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ORGANIZZAZIONE INTERNA | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PULIZIA DEL REPARTO | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IGIENE DEI SERVIZI | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA | | | |
| - In occasione degli accessi pre-ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante il ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante la permanenza in Sala Operatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?

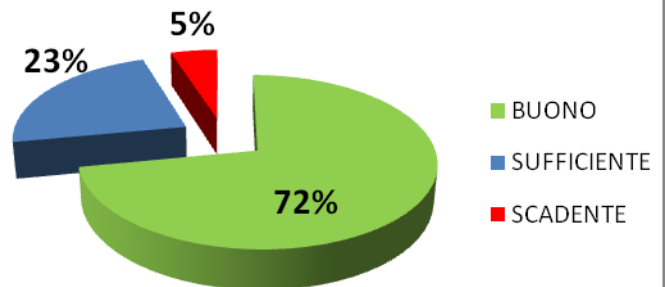
SI NO

Grazie per la disponibilità

dalla prima visita agli accertamenti



dagli accertamenti all'intervento



SCHEDA DI VALUTAZIONE

Gentile Signore/a,
La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà imbucare nell'apposita busta all'interno del Reparto. Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare costantemente

ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

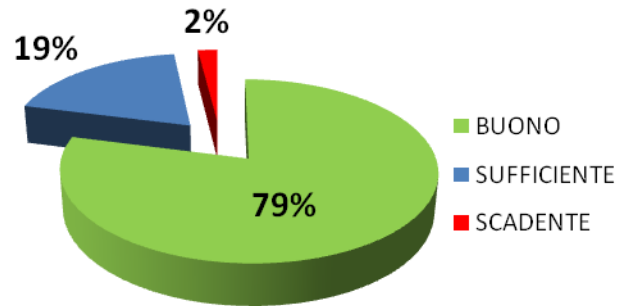
| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASSISTENZA MEDICA | | | |
| - Soddisfazione per l'intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | |
| - Qualità dell'assistenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TEMPI DI ATTESA | | | |
| - Dalla prima visita agli accertamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dagli accertamenti all'intervento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ORGANIZZAZIONE INTERNA | | | |
| FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PULIZIA DEL REPARTO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IGIENE DEI SERVIZI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA | | | |
| - In occasione degli accessi pre-ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante il ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante la permanenza in Sala Operatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?

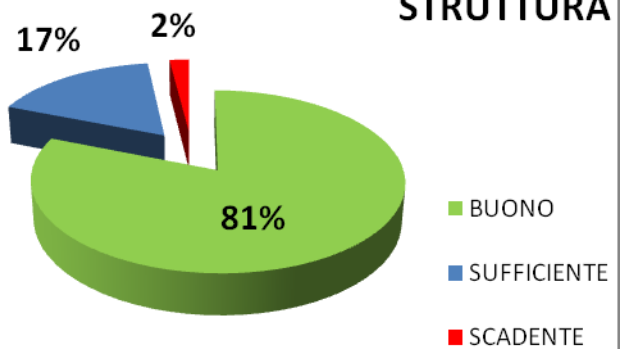
SI NO

Grazie per la dispo

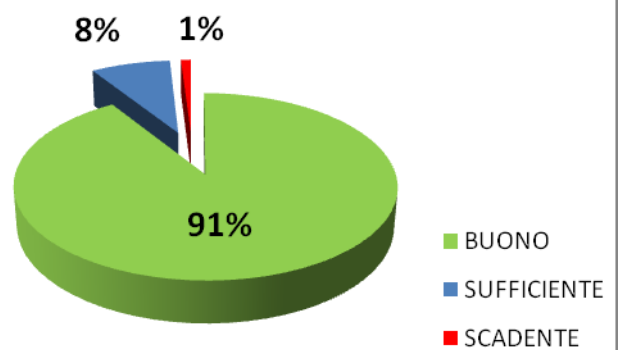
ORGANIZZAZIONE INTERNA



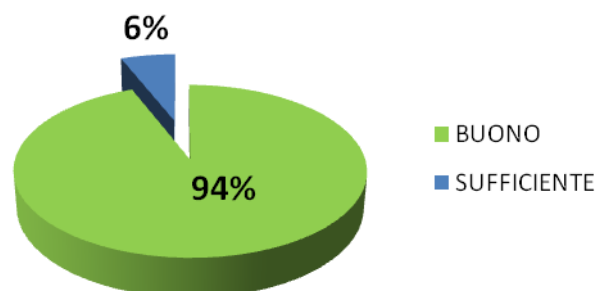
FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA



PULIZIA DEL REPARTO



IGIENE DEI SERVIZI



GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA

Servizio Sanitario Regionale
Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

SCHEDA DI VALUTAZIONE

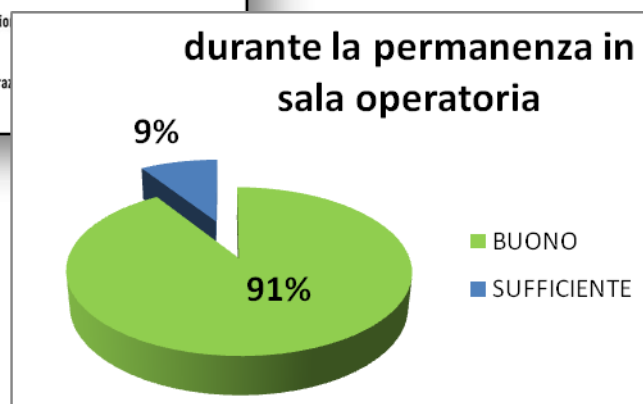
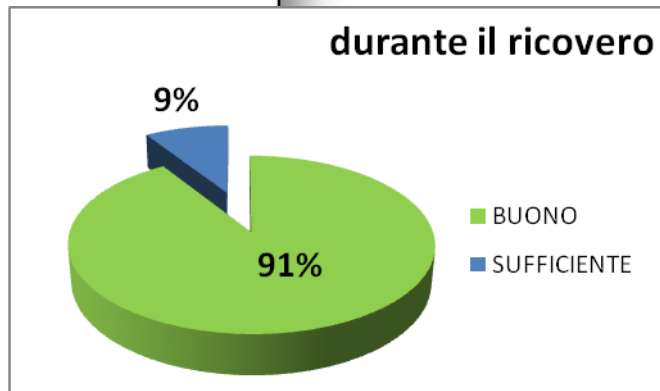
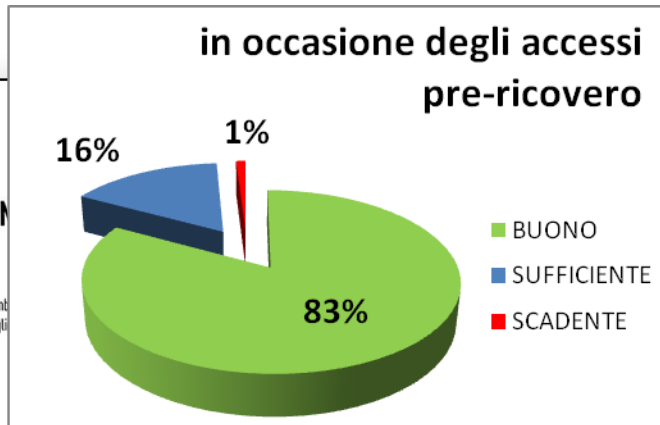
Gentile Signore/a,
La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà essere compilata all'interno del Reparto. Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare i servizi offerti.

ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASSISTENZA MEDICA | | | |
| - Soddistazione per l'intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | |
| - Qualità dell'assistenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TEMPI DI ATTESA | | | |
| - Dalla prima visita agli accertamenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dagli accertamenti all'intervento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ORGANIZZAZIONE INTERNA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PULIZIA DEL REPARTO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IGIENE DEI SERVIZI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA | | | |
| - In occasione degli accessi pre-ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante il ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante la permanenza in Sala Operatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?
SÌ NO

Grazie



SCHEMA DI VALUTAZIONE

Gentile Signora/a,
La preghiamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda, che potrà imbucare nell'apposita urna collocata all'interno del Reparto. Le informazioni da Lei gentilmente fornite ci permetteranno di migliorare costantemente la qualità del servizio.

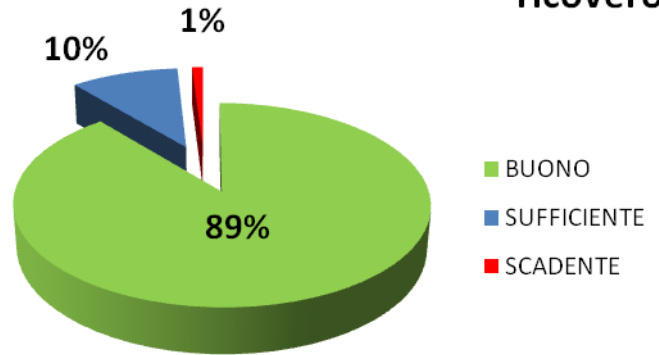
ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE IN MERITO AI SEGUENTI ASPETTI:

| | BUONO | SUFFICIENTE | SCADENTE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASSISTENZA MEDICA | | | |
| - Soddisfazione per l'intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> | | |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | | |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | | |
| ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | |
| - Qualità dell'assistenza | <input type="checkbox"/> | | |
| - Cortesia | <input type="checkbox"/> | | |
| - Disponibilità a fornire informazioni | <input type="checkbox"/> | | |
| TEMPI DI ATTESA | | | |
| - Dalla prima visita agli accertamenti | <input type="checkbox"/> | | |
| - Dagli accertamenti all'intervento | <input type="checkbox"/> | | |
| ORGANIZZAZIONE INTERNA | <input type="checkbox"/> | | |
| FACILITÀ DI CONTATTARE LA STRUTTURA | <input type="checkbox"/> | | |
| PULIZIA DEL REPARTO | <input type="checkbox"/> | | |
| IGIENE DEI SERVIZI | <input type="checkbox"/> | | |
| GIUDIZIO SUL COMFORT OFFERTO DALLA STRUTTURA | | | |
| - In occasione degli accessi pre-ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante il ricovero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Durante la permanenza in Sala Operatoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GRADO DI SODDISFAZIONE DEL RICOVERO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

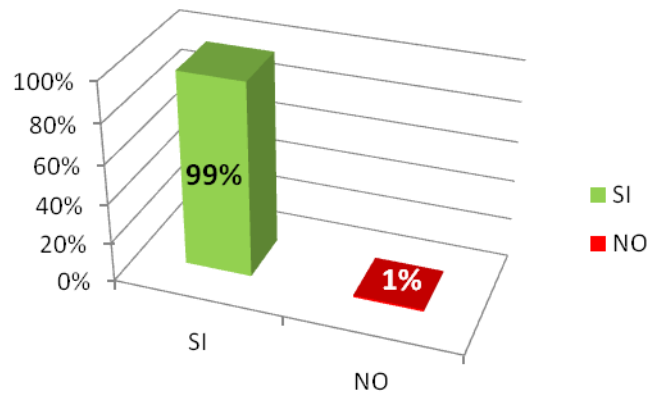
Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?
SI NO

Grazie per la disponibilità dimostrata


grado di soddisfazione del ricovero



Consiglierebbe l'intervento in Day Surgery ad un amico nella Sua stessa situazione?



Allegato 3 – Commenti ricevuti – Raccolta Attiva 19-31 marzo 2012

 Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1
www.aslumbria1.it

Vuole darci qualche suggerimento?

