

# Allegati

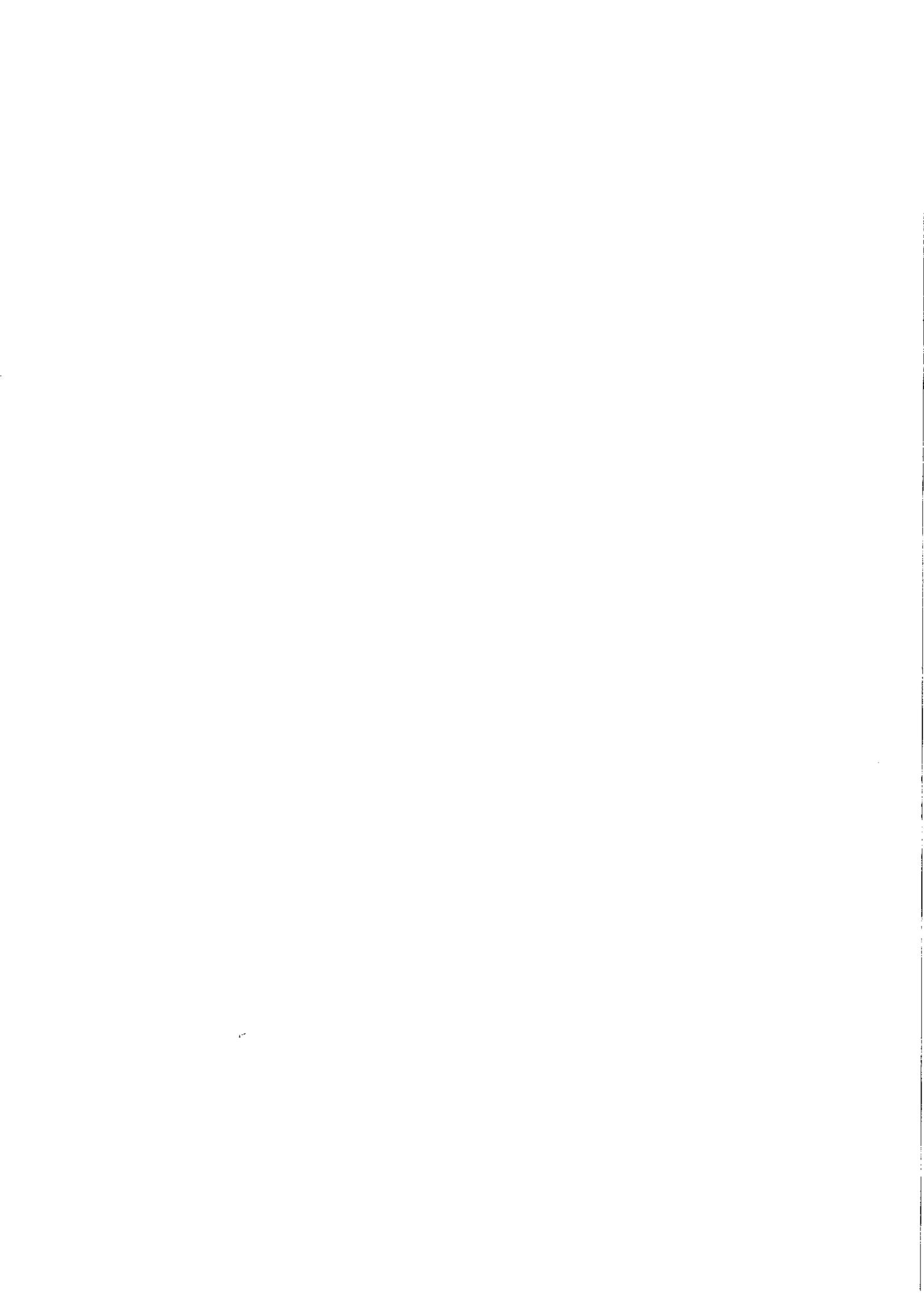
## Carta dei Servizi

### IRCCS

## “Saverio de Bellis”

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia

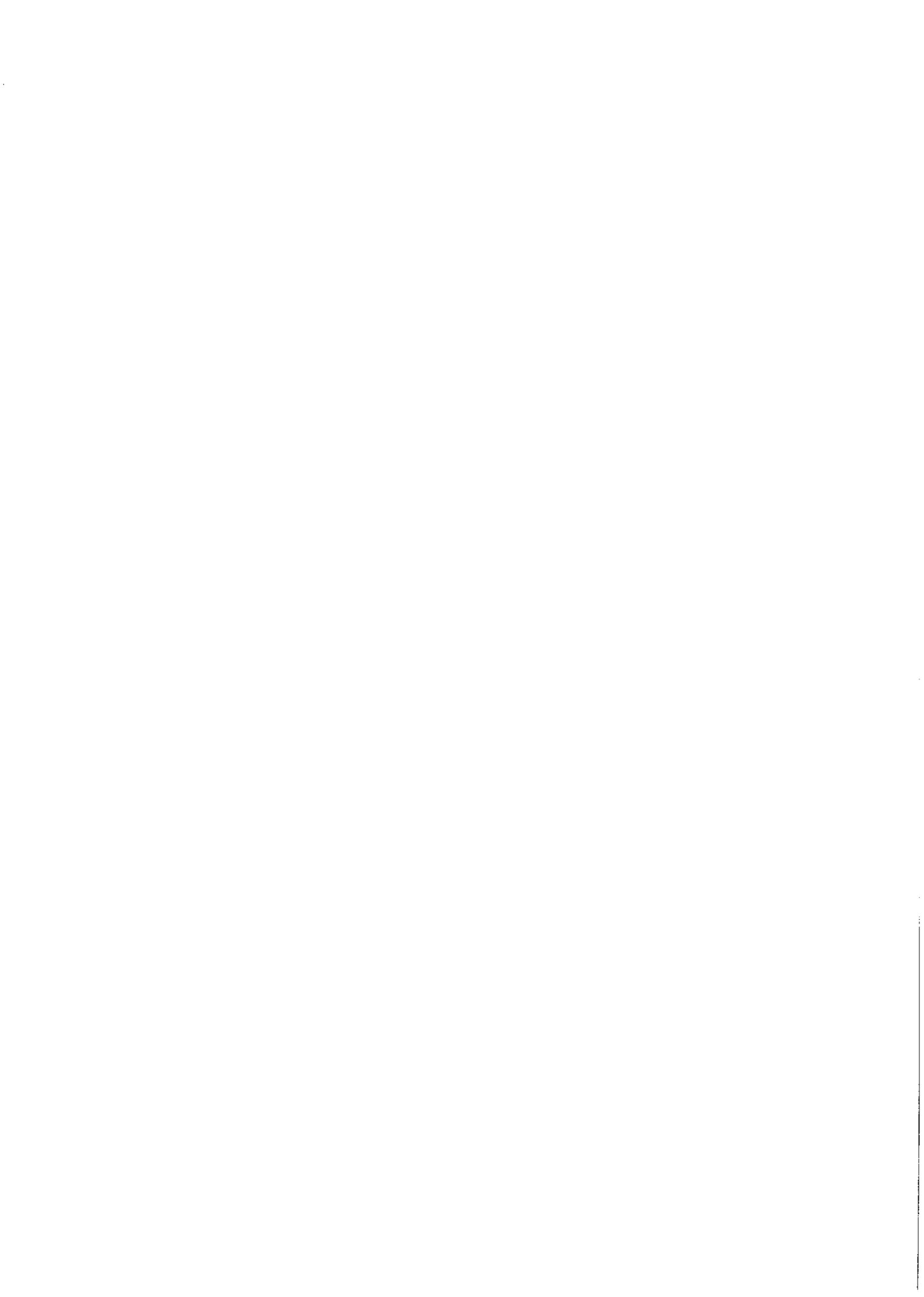
Edizione gennaio 2014 a cura dell'Ufficio Relazioni col Pubblico





# INDICE

- **REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA** pag. 2
- **CARTA DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEI CITTADINI** pag. 6
- **STANDARD DI QUALITA'** pag. 9
- **MODELLO RECLAMI**
- **QUESTIONARIO QUALITA' REPARTI**
- **QUESTIONARIO QUALITA' SERVIZI**
- **QUESTIONARIO QUALITA' SERVIZI/POLIAMBULATORI**





## **REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA**

### **ART. 1 – Finalità del regolamento**

Il presente regolamento si prefigge lo scopo di garantire la tutela dei Cittadini, disciplinando le modalità di presentazione e di gestione delle segnalazioni presentate in riferimento ad atti, provvedimenti, atteggiamenti, comportamenti, situazioni organizzative e/o operative, in conseguenza dei quali:

- a) si neghi o si limiti la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria di competenza dell'IRCCS de Bellis (art. 14 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni);
- b) si verificano disservizi o disfunzioni di varia natura o comunque situazioni di potenziale lesione del diritto degli utenti alla tutela della salute ed al rispetto della propria dignità e della propria riservatezza;
- c) si rilevi la necessità di avanzare proposte e suggerimenti per migliorare i servizi e la qualità delle prestazioni, per promuovere lo snellimento delle procedure, la semplificazione dei percorsi assistenziali o la eventuale modifica di altri aspetti dell'organizzazione, in conformità alla potestà riconosciuta all'Azienda entro i limiti della normativa nazionale e regionale vigente.

### **ART. 2 – Soggetti che possono esercitare il diritto di tutela**

Il diritto di tutela può essere esercitato da qualsiasi cittadino/utente direttamente o da persona delegata, o da Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela dei diritti accreditati presso la Regione, nel rispetto delle norme dettate dal D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

1. Nel caso di segnalazioni presentate da terzi è necessaria delega scritta.
2. Il diritto di tutela si esercita su due livelli consequenziali:
  - a) 1° livello presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'IRCCS de Bellis;



- b) 2° livello attraverso la procedura del riesame del reclamo, qualora il cittadino/utente dichiara insoddisfacente la risposta ricevuta.

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico ha il dovere di informare che la presentazione delle segnalazioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale ai sensi dell'art. 14 comma 5, del decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche.

## **ART. 3 –Ufficio Relazioni con il Pubblico**

### **3.1 Funzioni dell' Ufficio Relazioni con il Pubblico**

- L'Ufficio Relazioni con il Pubblico gestisce le segnalazioni dei cittadini in merito a problemi, disagi e disservizi, fornendo risposte puntuali e favorendo il miglioramento della qualità dei servizi e prestazioni erogati.
- Svolge funzioni di tutela, di accoglienza anche tramite la raccolta di suggerimenti, osservazioni proposte in merito all'erogazione delle prestazioni e servizi.
- Mantiene rapporti di collaborazione, confronto e verifica con le Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela dei cittadini, per il miglioramento, in particolare, degli aspetti che riguardano l'umanizzazione dei servizi.

### **3.2 Modalità con cui esercitare il diritto di tutela**

- La segnalazione può essere inoltrata/presentata all'URP mediante:
  - a) lettera in carta semplice;
  - b) apposito modulo disponibile presso l'URP e nel sito Internet aziendale [www.irccsdebellis.it](http://www.irccsdebellis.it);
  - c) -mail indirizzata a [urp@irccsdebellis.it](mailto:urp@irccsdebellis.it);

Le segnalazioni scritte non firmate e le segnalazioni anonime saranno classificate come rilievi.



Le segnalazioni presentate a mezzo stampa, se con certa identificazione del cittadino/utente e con necessità di istruttoria, previa consenso per il trattamento dei dati, saranno trattate come istanze pervenute direttamente all'URP.

### **3.3 Tempi di presentazione delle segnalazioni**

Non è previsto da parte dei cittadini/utenti un termine per la presentazione delle segnalazioni, anche se è consigliato un tempo non superiore a tre mesi dall'evento segnalato, ai fini di una ricostruzione puntuale.

Per **reclamo** si intende qualunque espressione di insoddisfazione di cittadini/utenti che richiede una istruttoria e prevede una risposta.

Per **rilievo** si indica un disservizio che si risolve senza attivare un'istruttoria, direttamente dagli operatori URP ed, eventualmente, con solo una risposta di cortesia.

### **3.4 Tempi di risposta da parte dell'URP**

- Nel rispetto della L. 241/90 e delle successive modificazioni, l'URP è tenuto ad inviare una risposta all'utente entro 30 giorni dalla data di ricevimento/protocollo della segnalazione.
- Nel caso di situazioni di particolare complessità, tale termine potrà essere prorogato, previa comunicazione a chi ha presentato la segnalazione, per un tempo che comunque non potrà essere superiore ai 90gg.

### **ART 4 – Riesame**

Qualora il cittadino/utente direttamente o tramite le associazioni di Volontariato e di Tutela, non si ritenga soddisfatto della definizione della segnalazione con la procedura di 1° livello, l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico predispone una nuova istruttoria del reclamo per il riesame del caso entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza e trasmette una relazione dettagliata, alla Direzione Generale dell'Ente Ospedaliero "Saverio de Bellis"



#### **4.1 Termine di richiesta di attivazione di richiesta del riesame**

- I titolari del diritto di tutela possono chiedere il riesame del reclamo entro 60 giorni dalla chiusura della procedura di primo livello e cioè, per il cittadino, dalla data di ricevimento della risposta inviata dall'ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

#### **4.2 Tempi di risposta del riesame**

- L'IRCCS de Bellis formula la nuova risposta per il cittadino/ utente, di norma, entro 30 giorni dal completamento dell'istruttoria del caso.

#### **ART. 5 – Documenti correlati**

Presso l'Azienda sono attive molte Associazioni di Volontariato. È possibile consultare l'elenco di queste Associazioni, con relative finalità, sede ed orari presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Il Servizio dei Volontari è completamente gratuito.

Associazioni di volontariato:

- AMO Puglia;
- Fiorire Comunque;
- AVPA;
- Comunità EMMANUEL;
- Croce Rossa;
- TDM e Cittadinanzattiva



# CARTA DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEI CITTADINI

## Diritti del Paziente

1. Il Paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose;
2. Durante il ricovero in ospedale, il paziente ha il diritto di essere sempre individuato nel rigoroso rispetto della normativa concernente la privacy ed il trattamento dei dati personali. Il Paziente ha, in ogni momento, il diritto di richiedere la segretezza circa i dati riguardanti la Sua persona e la sua malattia. Ha inoltre il diritto di essere interpellato con la particella pronominale "LEI";
3. Il Paziente ha il diritto di richiedere informazioni relative all'organizzazione della struttura sanitaria, alle prestazioni erogate, alle modalità di accesso ed alle relative competenze. Ha inoltre il diritto di poter identificare immediatamente le persone che lo hanno in cura.
4. Il Paziente ha il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi, alla terapia proposta e alla prognosi della malattia di cui risulta affetto.
5. Il Paziente, salvo casi di urgenza ed emergenza, nei quali il ritardo possa comportare pericolo per la salute, ha diritto di ricevere notizie che gli permettano di esprimere un consenso effettivamente informato prima di essere sottoposto a terapie o interventi; tali informazioni devono concernere anche i possibili rischi e/o disagi conseguenti al trattamento. Ove il sanitario raggiunga il motivato convincimento dell'inopportunità ad una informazione diretta al Paziente, la stessa dovrà essere fornita, salvo espresso diniego del Paziente, ai familiari o a coloro che esercitano podestà tutoria;



- 6.
7. Il Paziente ha diritto di essere informato sulle possibilità di indagini e trattamenti alternativi anche se eseguibili in altra struttura; ove il Paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente le stesse informazioni dovranno essere fornite alle persone di cui all'articolo precedente;
8. Il Paziente ha il diritto di proporre reclami che debbano essere sollecitamente esaminati ed essere tempestivamente informati sull'esito degli stessi.

## **Doveri del Paziente**

1. Il Paziente quando accede in una struttura dell'IRCCS è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto della comprensione dei diritti degli altri malati, con la volontà di collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico e con la Direzione Sanitaria;
2. L'accesso in ospedale esprime, da parte del Cittadino - Paziente, un rapporto di fiducia e di rispetto verso il personale sanitario, presupposto indispensabile per l'impostazione di un corretto programma terapeutico ed assistenziale;
3. È dovere del Paziente comunicare, ai sanitari che lo hanno in cura, tutte le notizie inerenti al proprio stato di salute, per consentire di formulare il migliore programma terapeutico ed assistenziale e, se necessario, adottare le necessarie misure di protezione per il personale e gli altri utenti, nel rispetto della dignità e riservatezza;
4. È dovere del Paziente informare tempestivamente i sanitari della propria intenzione di rinunciare, secondo la propria volontà, a cure e prestazioni sanitarie programmate affinché possano essere evitati sprechi di tempo e risorse;
5. Il Cittadino è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno della struttura ospedaliera, ritenendo gli stessi patrimonio della collettività;



6. Chiunque si trovi in una struttura dell'IRCCS è tenuto al rispetto degli orari di visita stabiliti e alle indicazioni del personale al fine di permettere lo svolgimento della normale attività assistenziale e favorire la quiete il riposo per gli altri Pazienti;
7. Nella considerazione di essere parte di una comunità, è opportuno evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo, disagio o violazione della riservatezza (accesso non richiesto in ambulatori, telefoni cellulari, eloquio ad alta voce, ecc.);
8. In Ospedale è vietato fumare; la sorveglianza e la trasgressione sono regolamentate per legge;
9. L'organizzazione e le modalità di accesso alla struttura sanitaria devono essere rispettati in ogni circostanza. Le prestazioni sanitarie richieste in tempi e modi non appropriati determinano un notevole disservizio per l'utenza;
10. È opportuno che i Pazienti e i visitatori si spostino all'interno della struttura ospedaliera utilizzando i percorsi riservati ad essi, raggiungendo direttamente le sedi di loro stretto interesse;
11. Il personale sanitario, per quanto di competenza, è invitato a fare rispettare le norme enunciate per il buon andamento del reparto ed il benessere del malato;
12. Il cittadino ha il dovere di informarsi nei tempi e nelle sedi opportune circa l'organizzazione della struttura sanitaria.



## STANDARD DI QUALITA'

	FATTORI DI QUALITA'	INDICATORI DI QUALITA'	STANDARD DI QUALITA'
<b>RICOVERO OSPEDALIERO</b>	Richiesta di ricovero	Informazioni scritte sulle prestazioni erogate presenti sia sulla Carta dei Servizi, sia sul sito aziendale.	Disponibilità e facile accessibilità di accedere ad informazioni preventive sul ricovero
	Accettazione del ricovero	<ul style="list-style-type: none"><li>• Possibilità di consultare i registri di prenotazione;</li><li>• Somministrazione e di questionari di <i>customer satisfaction</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rispetto delle modalità di accesso.</li><li>• misura della soddisfazione del paziente.</li></ul>
	Assistenza sanitaria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presenza del personale necessario;</li><li>• Orari di colloquio con medici ben definiti;</li><li>• Informazioni sullo stato di salute.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• regolarità dell'assistenza medica;</li><li>• adeguate risposte alle urgenze;</li><li>• relazioni tra personale e pazienti e loro familiari.</li></ul>



	Alloggio e comfort alberghiero	<ul style="list-style-type: none"><li>• reparto strutturato per l'accoglienza;</li><li>• comfort, pulizia e attesa;</li><li>• pulizia ed igiene ambienti;</li><li>• utilizzo di servizi quali bar, bancomat;</li><li>• silenzio e tranquillità;</li><li>• qualità dei pasti;</li><li>• camere di degenza confortevoli;</li><li>• regolare cambio di biancheria.</li></ul>	Misura della soddisfazione del paziente attraverso indagini semestrali di audit esterno.
	Documentazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none"><li>• consegna cartella clinica;</li><li>• ritiro referti;</li><li>• consegna referti</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• facilità nel reperimento moduli richiesti;</li><li>• tempestività nella consegna documentazione sanitaria (30 gg)</li></ul>



	FATTORI DI QUALITA'	INDICATORI DI QUALITA'	STANDARD DI QUALITA'
<b>SERVIZI SPECIALISTICI DIAGNOSTICI</b>	Prestazioni erogate	<ul style="list-style-type: none"><li>• qualificazione del personale</li><li>• corsi di aggiornamento continui</li></ul>	eccellenza delle prestazioni erogate
	Informazioni sulle prestazioni erogate e relative procedure	<ul style="list-style-type: none"><li>• brochure illustrative;</li><li>• linee guida nel pieno rispetto della privacy</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• chiarezza nelle informazioni date.</li><li>• monitoraggio suggerimenti, reclami, elogi</li></ul>
	Cortesia e disponibilità del personale	<ul style="list-style-type: none"><li>• rilevazione qualità percepita;</li><li>• inoltro reclami;</li><li>• rilevazione dei suggerimenti, reclami, elogi;</li><li>• indicatori dei processi e di esito della cura;</li><li>• corsi di aggiornamento E.C.M. del personale medico ed infermieristico</li></ul>	<p>Qualificazione del personale in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• modulo reclami disponibili all'URP;</li><li>• chiarezza nelle informazioni date;</li><li>• massima cortesia e disponibilità;</li><li>• ascolto;</li><li>• assistenza ai pazienti.</li><li>• soddisfazione del paziente attraverso indagini semestrali di audit esterno;</li><li>• <i>customer satisfaction.</i></li></ul>



## TEMPI DI ATTESA

FATTORI DI QUALITA'	INDICATORI DI QUALITA'	STANDARD DI QUALITA'
Modalità di prenotazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• informazioni scritte sulle prestazioni erogate e sui numeri utili per contattare il servizio;</li><li>• rispetto tempi di attesa programmati;</li><li>• possibilità di consultare le liste di attesa;</li><li>• esistenza di un centro telefonico di prenotazioni.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• disponibilità di informazioni preventive sulle prestazioni;</li><li>• facile accesso alla prenotazione;</li><li>• tempi di attesa ridotti;</li><li>• rispetto delle modalità di accesso;</li><li>• numero telefonico call center accessibile</li></ul>
Accesso alla prestazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• chiarezza nelle indicazioni riguardanti l'ubicazione del servizio richiesto;</li><li>• presenza di personale identificabile e di un punto di</li></ul>	servizi adeguatamente strutturati per l'accoglienza



		informazioni; <ul style="list-style-type: none"><li>• presenza di sale d'attesa accoglienti;</li><li>• corsie preferenziali</li></ul>	
	Sportelli per il pagamento Ticket	<ul style="list-style-type: none"><li>• disponibilità sportello</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• celerità nelle modalità di pagamento</li></ul>
	Tempestività per prenotare una prestazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• tempo tra prenotazione e esecuzione di una visita o prestazione</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 giorni (standard specifico)</li></ul>

 Ministero della Salute	 <b>Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia</b> <b>"Saverio de Bellis"</b> <b>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</b> Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982 C.F. - P.IVA: 00565330727 via Turi, 27 - 70013 Castellana Grotte - Bari	 Regione Puglia
	ISTITUTO CERTIFICATO EN UNI ISO 9001:2008 n°IQ-1208-14	
<b>U.R.P. - Ufficio Relazioni con il Pubblico</b> Tel. e Fax 080 4994689 email: <a href="mailto:urp@irccsdebellis.it">urp@irccsdebellis.it</a>		

**SCHEDA PER L'ACQUISIZIONE DI RECLAMI / SEGNALAZIONI**

In questo riquadro Le saranno chieste informazioni sull'evento che vuole segnalare.  
 Le raccomandiamo di non lasciare spazi in bianco e di non tralasciare dettagli. Grazie.  
 Per quanto Le è possibile indichi qui di seguito la Struttura, il Reparto, il Servizio, ecc. dove si sono svolti i fatti:

DATA ed ORARIO : \_\_\_\_\_

LUOGO (località) : \_\_\_\_\_

REPARTO OSPEDALIERO : \_\_\_\_\_

AMBULATORIO : \_\_\_\_\_

SERVIZIO : \_\_\_\_\_

SPORTELLO : \_\_\_\_\_

ALTRO LUOGO : \_\_\_\_\_

PERSONE con le quali avete trattato: \_\_\_\_\_

(nome, funzione, n° di telefono)

DESCRIZIONE dell'evento:

COSA CHIEDE all'Azienda:



Come per tutte le forme di partecipazione attiva, anche la Sua partecipazione al miglioramento degli standards qualitativi dell'Azienda comporta assunzione di responsabilità. Fornisca i dati richiesti o la Sua istanza non potrà avere seguito. Ciò è necessario anche per ricevere risposta.

COGNOME e NOME :	_____
INDIRIZZO :	_____
	_____
c.a.p. - CITTA' (Provincia) :	_____
Numero di telefono :	_____
Indirizzo e-mail :	_____
	_____

Firma: \_\_\_\_\_

Di seguito avrà la possibilità di introdurre alcuni dati facoltativi. Essi saranno utilizzati nelle statistiche aziendali e regionali. Grazie per la collaborazione.

Eta' :	_____
Professione :	_____
Titolo di studio :	_____
	_____

Firma: \_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03).

Autorizzo ad utilizzare i dati sopra riportati esclusivamente per l'approfondimento dei fatti segnalati ed a fini statistici.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

La segnalazione del cittadino viene trasmessa il \_\_\_\_\_

L'Operatore \_\_\_\_\_





Gentile Signora/e,

Il seguente questionario rappresenta uno strumento che Le consente di esprimere la sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati soltanto a fini statistici, nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D.L. 196/2003) e Lei non potrà essere identificata/o.

Nel riferire le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta, faccia riferimento all'ultima volta in cui Lei è stata ricoverata.

Metta una croce [x] nella casella che si avvicina di più al suo modo di vedere.

Dia una sola risposta. Grazie per la collaborazione.

La Direzione

Reparto di degenza:

- Anestesia e Rianim. (Dr. F. Gabriele)     Chirurgia gastroent. (Dr. D. Lorusso)  
 Gastroenterologia 1 (Dr. G. Leandro)     Gastroenterologia 2 (Dr. G. Di Matteo)

**1. Come valuta l'organizzazione della struttura nei seguenti aspetti?**

a. Accoglienza al ricovero	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
b. Orari di visita ai pazienti	<input type="checkbox"/> Non adeguati	<input type="checkbox"/> Sufficienti	<input type="checkbox"/> Buoni	<input type="checkbox"/> Ottimi
c. Informazioni ricevute	<input type="checkbox"/> Insufficienti	<input type="checkbox"/> Sufficienti	<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Ottime

**2. Come valuta l'assistenza dei Medici nei seguenti aspetti?**

a. Gentilezza, disponibilità	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
b. Ascolto	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo
c. Informazione	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
d. Cure prestate	<input type="checkbox"/> Inadeguate	<input type="checkbox"/> Sufficienti	<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Ottime

**3. Come valuta l'assistenza infermieristica nei seguenti aspetti?**

a. Gentilezza, disponibilità	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
b. Ascolto	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo
c. Informazione	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
d. Risposta alle chiamate	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima

**4. Come valuta il comfort della struttura nei seguenti aspetti?**

a. Pulizia ed igiene ambienti	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
b. Pulizia ed igiene bagni	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
c. Qualità pasti	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
d. Orario pasti	<input type="checkbox"/> Inadeguato	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo
e. Tranquillità e silenzio	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo
f. Uso di altri servizi (TV, bar, cappella, sale accoglienza)	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo

5. Ritieni che sia stata rispettata la Sua privacy?     SI     NO

6. Complessivamente, come si ritiene in merito al servizio che le è stato fornito nella nostra struttura?

<input type="checkbox"/> Assolutamente Insoddisfatto	<input type="checkbox"/> Non sufficientemente soddisfatto	<input type="checkbox"/> Soddisfatto	<input type="checkbox"/> pienamente soddisfatto
---	--	--------------------------------------	--

**NOTE E SUGGERIMENTI**

---



---



---



---



---

**DATI PERSONALI:**

Chi compila il questionario:     paziente     familiare     altra persona

SESSO     M     F    Età \_\_\_\_\_    Titolo di studio \_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_\_

**SI PREGA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO IL GIORNO DELLA DIMISSIONE E IMBUCARLO NELL' APPOSITA CASSETTA UBICATA NEL CORRIDOIO DEL REPARTO DI DEGENZA**



Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati soltanto a fini statistici, nel pieno rispetto della legge sulla privacy (D.L. 196/2003) e Lei non potrà essere identificata/o. Nel riferire le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta, faccia riferimento all'ultima prestazione che ha effettuato.

Metta una croce [x] nella casella che si avvicina di più al suo modo di vedere.

Dia una sola risposta. Grazie per la collaborazione.

La Direzione

Prestazione eseguita presso:

- Sala Prielievi  Radiologia  Endoscopia  Oncologia  Cardiologia  
 Fisiop. Digest.  Ambulatorio Nutrizione  Anat. Patolog.  Genetica  
 Psicol.clinica  Immunopatol.  Biochimica e Fisiopatologia Sperimentale  
 Altro \_\_\_\_\_

1. Descriva i tempi di attesa nelle seguenti fasi

<b>a. Tempi di attesa dalla prenotazione alla esecuzione della prestazione</b>	
Quanto tempo è passato da quando ha prenotato a quando ha effettuato la prestazione?	
<input type="checkbox"/> oltre un mese	<input type="checkbox"/> da 15 gg. a un mese <input type="checkbox"/> da 7 a 15 gg. <input type="checkbox"/> meno di una settimana
<b>b. Tempi di attesa all'ufficio Ticket /cassa</b>	
Quanto tempo ha aspettato per formalizzare la prescrizione medica?	
<input type="checkbox"/> oltre un'ora	<input type="checkbox"/> tra mezz'ora e un'ora <input type="checkbox"/> tra 10 min. e mezz'ora <input type="checkbox"/> meno di 10 min.
<b>c. Tempi di attesa per eseguire la prestazione</b>	
Quanto tempo ha atteso presso il servizio per poter effettuare la prestazione?	
<input type="checkbox"/> oltre un'ora	<input type="checkbox"/> tra mezz'ora e un'ora <input type="checkbox"/> tra 10 min. e mezz'ora <input type="checkbox"/> meno di 10 min.

2. Come valuta la cortesia e disponibilità del personale?

<b>a. Addetti alla Prenotazione</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
<b>b. Addetti Ufficio Ticket/Cassa</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
<b>c. Personale infermieristico</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
<b>d. Personale tecnico</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
<b>e. Personale di assistenza</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
<b>f. Personale Medico</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima

3. Come valuta l'assistenza fornita nei seguenti aspetti?

<b>a. Ascolto</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo
<b>b. Informazione</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima

4. Come valuta il comfort della struttura nei seguenti aspetti?

<b>a. Pulizia ed igiene ambienti</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
<b>b. Pulizia ed igiene bagni</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
<b>c. Uso di altri servizi (Bar, sale d'attesa)</b>	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo

5. Ritieni che sia stata rispettata la Sua privacy?  SI  NO

6. Complessivamente, come si ritiene in merito al servizio che le è stato fornito nella nostra struttura?

<input type="checkbox"/> Assolutamente Insoddisfatto	<input type="checkbox"/> Non sufficientemente soddisfatto	<input type="checkbox"/> Soddisfatto	<input type="checkbox"/> pienamente soddisfatto
--	---	--------------------------------------	---

NOTE E SUGGERIMENTI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATI PERSONALI:

Chi compila il questionario:  paziente  familiare  altra persona

SESSO  M  F Età \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_\_

**SI PREGA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO A PRESTAZIONE CONCLUSA E IMBUCARLO NELL' APPOSITA CASSETTA UBICATA NELLE SALE D'ATTESA DEI SERVIZI, O IN MANCANZA, NELLA HALL D'INGRESSO**

**GRAZIE**



Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati soltanto a fini statistici, nel pieno rispetto della legge sulla privacy ( D.L. 196/2003) e Lei non potrà essere identificata/o. Nel riferire le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta, faccia riferimento all'ultima prestazione che ha effettuato.

Metta una croce [x] nella casella che si avvicina di più al suo modo di vedere.

Dia una sola risposta. Grazie per la collaborazione.

La Direzione

Prestazione eseguita presso:

- Sala Prelievi  Radiologia  Endoscopia  Oncologia  Cardiologia  
 Fisiop. Digest.  Ambulatorio Nutrizione  Anat. Patolog.  Genetica  
 Psicol.clinica  Immunopatol.  Biochimica e Fisiopatologia Sperimentale  
 CUP - Poliambulatori

1. Descriva i tempi di attesa nelle seguenti fasi

a. Tempi di attesa dalla prenotazione alla esecuzione della prestazione	
Quanto tempo è passato da quando ha prenotato a quando ha effettuato la prestazione?	
<input type="checkbox"/> oltre un mese	<input type="checkbox"/> da 15 gg. a un mese <input type="checkbox"/> da 7 a 15 gg. <input type="checkbox"/> meno di una settimana
b. Tempi di attesa all'ufficio Ticket /cassa	
Quanto tempo ha aspettato per formalizzare la prescrizione medica?	
<input type="checkbox"/> oltre un'ora	<input type="checkbox"/> tra mezz'ora e un'ora <input type="checkbox"/> tra 10 min. e mezz'ora <input type="checkbox"/> meno di 10 min.
c. Tempi di attesa per eseguire la prestazione	
Quanto tempo ha atteso presso il servizio per poter effettuare la prestazione?	
<input type="checkbox"/> oltre un'ora	<input type="checkbox"/> tra mezz'ora e un'ora <input type="checkbox"/> tra 10 min. e mezz'ora <input type="checkbox"/> meno di 10 min.
d. Come valuta il nuovo sistema di prenotazione visite telefonico?	
<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Ottimo

2. Come valuta la cortesia e disponibilità del personale?

a. Addetti alla Prenotazione	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
b. Addetti Ufficio Ticket/Cassa	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
c. Personale Infermieristico	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
d. Personale tecnico	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
e. Personale di assistenza	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
f. Personale Medico	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima

3. Come valuta l'assistenza fornita nei seguenti aspetti?

a.Ascolto	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo
b.Informazione	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima

4. Come valuta il comfort della struttura nei seguenti aspetti?

a.Pulizia ed igiene ambienti	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
b.Pulizia ed igiene bagni	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Ottima
c.Uso di altri servizi (Bar, sale d'attesa)	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Ottimo

5. Ritieni che sia stata rispettata la Sua privacy?  SI  NO

6. Complessivamente, come si ritiene in merito al servizio che le è stato fornito nella nostra struttura?

<input type="checkbox"/> Assolutamente Insoddisfatto	<input type="checkbox"/> Non sufficientemente soddisfatto	<input type="checkbox"/> Soddisfatto	<input type="checkbox"/> pienamente soddisfatto
--	---	--------------------------------------	---

NOTE E SUGGERIMENTI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATI PERSONALI:

Chi compila il questionario:  paziente  familiare  altra persona

SESSO  M  F Età \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_\_

SI PREGA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO A PRESTAZIONE CONCLUSA E IMBUCARLO NELL' APPOSITA CASSETTA UBICATA NELLE SALE D'ATTESA DEI SERVIZI, O IN MANCANZA, NELLA HALL D'INGRESSO

GRAZIE

