



## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO

Gentile Signora, Egregio Signore, Le chiediamo cortesemente di esprimere il suo giudizio sulla qualità del servizio ricevuto per contribuire attivamente al miglioramento della nostra Organizzazione. Le ricordiamo che in ogni caso il questionario è anonimo e nessuno verrà a sapere delle sue opinioni personali.

IMPORTANTE: per rispondere barrare con una croce **una sola risposta** per ogni domanda  
dove 1 = minimo e 6 = massimo

---

È soddisfatto del modo in cui è stato **accolto** a Villa Von Siebenthal?

1    2    3    4    5    6

Gli **orari in cui si mangia** a Villa Von Siebenthal le sembrano:

adeguati    inadeguati, si mangia troppo presto    inadeguati si mangia troppo tardi

**Secondo lei il personale** è professionalmente preparato **per assistere persone con problemi come i suoi?**

1    2    3    4    5    6

Ritiene di **poter avere dal personale** le informazioni **che desidera sulle condizioni di salute in modo soddisfacente?**

1    2    3    4    5    6

**Si sente sostenuto e aiutato dal personale nell'affrontare il soggiorno presso Villa Von Siebenthal?**

1    2    3    4    5    6

**Si sente coinvolto dal personale (medici, infermieri, assistenti, ...) nell'assistenza?**

1    2    3    4    5    6

**Desidererebbe essere:**

più coinvolto    meno coinvolto    va bene così

**Le è mai capitato di avere segnalato problemi o disservizi particolari al personale di Villa Von Siebenthal?**

spesso    raramente    mai

**Se le è capitato, è soddisfatto di come Villa Von Siebenthal ha risolto lamentele o problemi particolari?**

1    2    3    4    5    6

**Come giudica il costo dei servizi a pagamento?**

alta    giusta    bassa

Come valuta i seguenti aspetti dell'assistenza che ha ricevuto?

- |                       |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Cure mediche          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Cure infermieristiche | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Cure di assistenza    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Fisioterapia          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

Come valuta il comportamento tenuto dal personale nei suoi confronti?

- |                      |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Medico               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Infermiere           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Assistenti (ADB/OSS) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Fisioterapista       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

Rispetto alle sue aspettative iniziali, complessivamente, la sua opinione di Villa Von Siebenthal è:

- migliore di quanto pensassi  
 esattamente come la immaginavo  
 peggio di quanto pensassi

Qual è la cosa che apprezza di più di Villa Von Siebenthal?

---

E quella che le piace meno?

---

Per finire alcune informazioni:

Complessivamente quanto è soddisfatto di come Villa Von Siebenthal assiste i propri degenti?

- 1    2    3    4    5    6

Qual è la sua età? \_\_\_\_\_ anni

Il sesso?    Maschio                       Femmina

In che periodo ha soggiornato presso Villa Von Siebenthal? \_\_\_\_\_ mese                      \_\_\_\_\_ anno

Suggerimenti per migliorare:

---

Genzano di Roma , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Grazie per la collaborazione.**

**Si ricordi per cortesia di restituire il questionario compilato**

## Questionario ANQ soddisfazione dei pazienti nella psichiatria (1.0)

Dimensione	Domande
Qualità delle cure	1. Come valuta la qualità delle cure (dei medici, del personale infermieristico e degli altri terapisti)?
Informazione, comunicazione	2. Ha avuto la possibilità di porre delle domande? 3. Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande?
Medicazione	4. Le sono stati spiegati in maniera comprensibile l'effetto, gli effetti secondari, il dosaggio e gli orari d'assunzione dei farmaci ricevuti durante il Suo soggiorno?
Partecipazione, piano terapeutico	5. È stato sufficientemente coinvolto nelle decisioni riguardo al Suo piano terapeutico?
Gestione della dimissione	6. La preparazione della sua dimissione dalla clinica ha corrisposto ai Suoi bisogni?

## Vostra soddisfazione riguardo al soggiorno in clinica

Vogliate per favore contrassegnare la risposta che corrisponde al meglio alla vostra opinione e alla vostra esperienza. Se desidera completare questo sondaggio online, inserisca l'URL stampato in un browser web o utilizzi uno scanner di codici QR su un dispositivo mobile.

Compilare questo sondaggio online:

URL:  
mcomi



### Domande generali sul Suo soggiorno in clinica

1. Come valuta la qualità delle cure (dei medici, del personale infermieristico e degli altri terapisti)?

- Eccellente     Molto buona     Buona     Non così buona     Scadente

2. Ha avuto la possibilità di porre delle domande?

- Sempre     Quasi sempre     Talvolta     Quasi mai     Mai  
 Non ho avuto domande

3. Ha ricevuto risposte comprensibili alle Sue domande?

- Sempre     Quasi sempre     Talvolta     Quasi mai     Mai  
 Non ho avuto domande

4. Le sono stati spiegati in maniera comprensibile l'effetto, gli effetti secondari, il dosaggio e gli orari d'assunzione dei farmaci ricevuti durante il Suo soggiorno?

- Sì, assolutamente     Sì, per lo più     Sì, in parte     Piuttosto no     No, per niente  
 Non ho ricevuto farmaci

5. È stata/o sufficientemente coinvolta/o nelle decisioni riguardo al Suo piano terapeutico?

- Sì, assolutamente     Sì, per lo più     Sì, in parte     Piuttosto no     No, per niente

6. La preparazione della Sua dimissione dalla clinica corrisponde ai Suoi bisogni?

- Sì, assolutamente     Sì, per lo più     Sì, in parte     Piuttosto no     No, per niente

### Dati personali

Come descriverebbe il Suo attuale stato di salute?

- Eccellente     Molto buono     Buono     Non così buono     Scadente

Durante questa degenza è stato ammesso o trattenuto in clinica contro la sua volontà (ricovero a scopo di cura o di assistenza)?

- Sì  
 No

Anno di nascita

Sesso

- Maschile  
 Femminile

Categoria assicurativa per questo soggiorno in clinica

- Comune  
 Semiprivata / privata

La ringraziamo di cuore per aver compilato il questionario