

Gentile Signora, Gentile Signore,

L'Azienda USL di Bologna, sta svolgendo un'indagine per garantire la massima trasparenza per la libera scelta del cittadino rispetto all'acquisto di presidi ortopedici, prestazioni di fisioterapia domiciliare, trasporto in ambulanza, protesi acustiche e assistenza aggiuntiva non sanitaria (badanti).

La compilazione del questionario richiede pochi minuti.

In tal modo potremo individuare gli ambiti d'intervento da fare oggetto nel futuro di specifiche azioni di miglioramento.

Se vuole partecipare all'indagine, La invitiamo gentilmente a compilare il questionario anonimo e inserirlo nelle apposite cassette per la raccolta delle segnalazioni dei cittadini disponibili in tutte le strutture aziendali.

Le assicuriamo che tutti i dati saranno trattati con la massima riservatezza e utilizzati sotto forma anonima e riassuntiva esclusivamente per migliorare il servizio offerto. Non sarà possibile risalire alla Sua persona.

Grati del tempo dedicatoci e della Vostra collaborazione, cogliamo l'occasione per porgere cordiali saluti

Per garantire il Suo diritto di libera scelta del fornitore di prestazioni non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, vorremmo sottoporle alcune domande.

Ha ricevuto una prescrizione per un tutore/presidio/protesi acustica da acquistare?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto indicazioni, sulla scelta di un fornitore specifico, da parte del personale del reparto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha identificato, in autonomia, una sanitaria/fornitore di Sua fiducia per la fornitura del presidio prescritto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
L'indicazione del fornitore da parte degli operatori sanitari, è stata influenzata dalla indisponibilità del presidio prescritto presso il suo fornitore di riferimento?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha vissuto queste indicazioni come "pressioni"?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Può indicare il ruolo professionale di colui/colei che Le ha fornito le indicazioni sul fornitore a cui fare riferimento?	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro	
Ha ricevuto indicazione di un centro di riabilitazione specifico non convenzionato con il SSN dopo la dimissione?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha vissuto queste indicazioni come "pressioni"?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Può indicarci il ruolo professionale di colui/colei che Le ha fornito indicazioni per indirizzarLa ad un centro di riabilitazione non convenzionato con il SSN?	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro	
Durante il Suo ricovero, nella necessità di assistenza aggiuntiva non sanitaria (badanti) o di trasporto in ambulanza ha ricevuto indicazione di specifiche Associazioni/Enti/Imprese per l'erogazione di quanto richiesto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha vissuto queste indicazioni come "pressioni"?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Può indicarci il ruolo professionale di colui/colei che Le ha fornito indicazioni?	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro	

Ospedale/ Poliambulatorio _____ Reparto/Ambulatorio _____

Data e Luogo.....