

Centro Medico di Mistretta

U.O. di Neuroriabilitazione Intensiva

Area: Degenza

(IO FSM DEG CSI MD2-0)

| | | | | | | | | | | | Casi |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|------|
| D02 | Tempi d'attesa per ottenere il ricovero | | | | | | | | | 7 | 59 |
| D03 | Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto | | | | | | | | | 7 | 57 |
| D04 | Aspetti strutturali e alberghieri | | | | | | | | 6 | | 56 |
| D05 | Assistenza del personale infermieristico | | | | | | | | | 7 | 62 |
| D06 | Assistenza del personale medico | | | | | | | | | 7 | 55 |
| D07 | Cure a Lei prestate | | | | | | | | | 7 | 58 |
| D08 | Informazioni ricevute sul Suo stato di salute e sulle cure a Lei prestate | | | | | | | | | 7 | 57 |
| D09 | Rispetto della riservatezza personale | | | | | | | | | 7 | 52 |
| D10 | Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme | | | | | | | | | 7 | 58 |
| D11 | Indicazioni fornite dagli operatori su come comportarsi dopo la dimissione | | | | | | | | | 7 | 55 |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | Casi |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|------|
| D12 | Complessivamente quanto è soddisfatto della Sua esperienza di ricovero ? | | | | | | | | 6 | 7 | 58 |
| D13 | Consiglierebbe ad altri questo ospedale ? | | | | | | | | | 7 | 52 |
| | | | | | | | | | | | |