



La qualità della cura in ospedale

Gentile Signora, Gentile Signore,

il questionario che le proponiamo ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei pazienti sulla qualità delle cure ricevute nei reparti di degenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Per la sua compilazione, qualora sia impossibilitato a farlo personalmente, può farsi aiutare da un parente, conoscente o volontario.

Le ricordiamo che non ci sono risposte giuste oppure sbagliate, ma siamo interessati esclusivamente al Suo personale e prezioso punto di vista, in quanto la nostra missione è quella di dare qualità delle cure a ogni paziente in relazione ai propri bisogni.

Le garantiamo il totale anonimato delle risposte, le quali saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a Lei.

Il questionario va compilato alla dimissione, così da avere una percezione più completa sulla Sua esperienza in reparto e La esortiamo a esprimere in totale libertà la Sua personale opinione, apponendo una X sul giudizio prescelto.

Il questionario, dopo la compilazione, dovrà essere posto nell'apposita cassetta in dotazione al Reparto.

La ringraziamo della Sua preziosa collaborazione
La Direzione

Il questionario è stato compilato: dal paziente con l'aiuto di un parente, conoscente, volontario dal caregiver
Età del paziente (anni compiuti): _____ **Sesso:** maschio femmina
Nazionalità: Italiana Straniera (specificare quale: _____)
Titolo di studio: nessun titolo licenza elementare licenza di scuola media inferiore diploma o qualifica di scuola media superiore laurea e post-laurea

Esprima la Sua opinione sui seguenti argomenti	Molto inadeguato/a	Inadeguato/a	Adeguato/a	Molto adeguato/a							
1. Accoglienza ricevuta in Reparto	①	②	③	④							
2. Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	①	②	③	④							
3. Tempo d'attesa tra l'arrivo in reparto e il momento in cui Le è stata assegnata la camera	①	②	③	④							
4. Personale Medico [gentilezza, disponibilità, informazioni, tempo dedicato]	①	②	③	④							
5. Personale Infermieristico [gentilezza, disponibilità, informazioni, tempo dedicato]	①	②	③	④							
6. Personale di Supporto (OSS, Ausiliari) [gentilezza, disponibilità, informazioni, tempo dedicato]	①	②	③	④							
7. Rispetto della Sua Privacy (Riservatezza) durante il ricovero	①	②	③	④							
8. Rilevazione del dolore	①	②	③	④							
9. Efficacia della terapia antidolorifica somministrata durante il ricovero [se effettuata]	①	②	③	④							
10. Esprima il dolore che sente se presente, in una scala che va da 0 a 10 (dove 0 = nessun dolore e 10 = massimo dolore immaginabile [posizionare una X sul numero scelto])	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Esprima la Sua opinione sui seguenti argomenti	Molto inadeguato/a	Inadeguato/a	Adeguito/a	Molto adeguato/a
11. Informazioni ricevute per la prevenzione dei rischi durante il ricovero [braccialetto identificativo, cadute, ecc.]	①	②	③	④
12. Organizzazione generale del reparto [orari: visita medica, terapia, consulenze, attività diagnostica, ecc.]	①	②	③	④
13. Clima organizzativo nel Reparto [relazioni, comportamenti e comunicazione tra operatori del Reparto, ecc.]	①	②	③	④
14. Orari dedicati alla visita di parenti e amici	①	②	③	④
15. Ambienti [gradevolezza, ordine, pulizia, della camera di degenza, bagno, corridoio ecc.]	①	②	③	④
16. Servizio ristorazione [qualità, quantità e orari dei pasti]	①	②	③	④
17. Informazioni al momento della dimissione [stato di salute, cure da seguire, sintomi da presidiare, servizi a cui rivolgersi in caso di necessità, farmaci da assumere a casa, ecc.]	①	②	③	④
18. Attenzione ricevuta rispetto ai suoi bisogni personali [valori, abitudini, tradizioni culturali e religiose, ecc.]	①	②	③	④

Pensando al suo ricovero, come valuta la Qualità complessiva delle cure che ha ricevuto?	①	②	③	④
--	---	---	---	---

Suggerimenti e riflessioni per migliorare la qualità delle cure

Questionario elaborato da SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accredimento – Ufficio Relazioni con il Pubblico, con il contributo di Comitato Consultivo Misto dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma e Federconsumatori Parma

Data __/__/____ UO/SSD/SS _____

Paziente trasferito da altra U.O. Paziente ricoverato tramite il Pronto Soccorso Paziente proveniente dal proprio domicilio