

NO. |__|__|__|__|

La qualità della cura in ospedale

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei pazienti sulla qualità dei servizi di ricovero e di cura nell'ospedale dell'Azienda/Istituto _____.

Al fine di migliorare la qualità di assistenza fornita dall'Azienda, Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **Sua personale opinione** sul servizio di ricovero di cui ha usufruito. Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente al suo punto di vista. Le garantiamo inoltre la **riservatezza e l'anonimato delle Sue risposte**: saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a Lei che ce le ha fornite.

E' prevista la possibilità che un parente, conoscente o chi accompagna il paziente assista o compili al posto del paziente, nel caso quest'ultimo sia fisicamente o cognitivamente impossibilitato a farlo autonomamente. In tal caso si sottolinea il fatto che le domande presenti nel questionario sono sempre riferite a chi è stato ricoverato, ossia al paziente in persona.

Risponda alle domande che seguono scegliendo l'opzione corrispondente al giudizio che più si avvicina al Suo punto di vista, tenendo conto che i termini "adeguato, "inadeguato" si riferiscono a ciò che Lei si aspettava.

Esempio di come si compila il questionario:

- Come valuta le informazioni ricevute sul Suo stato di salute?

Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Non so
1	2	3	4	0

La scelta dell'opzione 1 corrispondente al "molto inadeguate" indica che, rispetto a ciò che Lei si aspettava, le informazioni che ha ricevuto sul proprio stato di salute sono "molto inadeguate". Invece la scelta dell'opzione 4 corrispondente a "molto adeguate" indicherebbe che, rispetto a ciò che Lei si aspettava, le informazioni che ha ricevuto sul proprio stato di salute sono state "molto adeguate".

La ringraziamo della sua preziosa collaborazione

La Direzione

Casella compilata dall'Azienda	
PERIODO DI RILEVAZIONE: MM/AA	CODICE SDO: AZIENDA: _____ PRESIDIO: _____ DISCIPLINA: _____
	DIPARTIMENTO: _____ UNITA' OPERATIVA: _____

Risponda alle seguenti domande facendo riferimento al **SUO RICOVERO**.
 La preghiamo di rispondere tenendo sempre conto
 che i termini "adeguato", "inadeguato" si riferiscono a ciò che lei si aspettava.

1. Come è avvenuto il Suo ricovero?

Dia una sola risposta

- .. In modo programmato, attraverso una lista di attesa (passi alla domanda 1.a)
- .. Dopo essere andata/o d'urgenza al Pronto Soccorso (passi direttamente alla domanda 2)
- .. Altro (specificare come) (passi direttamente alla domanda 2)

1.a. Come valuta il tempo che è trascorso tra la prenotazione e il Suo ricovero effettivo?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
•	,	f	"	i

Risponda alle seguenti domande facendo riferimento al **REPARTO IN CUI E' STATO RICOVERATA/O**.

2. Come valuta ciascuno dei seguenti aspetti?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Tempo che ha atteso prima che qualcuno si occupasse di Lei	•	,	f	"	i
b. Informazioni ricevute prima di essere ricoverata/o	•	,	f	"	i
			Non ho ricevuto alcuna informazione		j
c. Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	•	,	f	"	i
			Non ho ricevuto alcun materiale informativo		j

3. Per quanti giorni è stato ricoverata/o?

- .. 2-5 giorni
- .. 6-10 giorni
- .. più di 10 giorni

4. Prima di questa volta, era già stata/o ricoverata/o in questo reparto?

- .. sì, almeno una volta negli ultimi 6 mesi
- .. sì, almeno una volta negli ultimi 12 mesi
- .. sì, almeno una volta più di un anno fa
- .. no, mai

Parliamo ora della Sua **esperienza di ricovero** ed in particolare del **PERSONALE** che ha incontrato nel **REPARTO**.
 La preghiamo di rispondere tenendo sempre conto
 che i termini "adeguato", "inadeguato" si riferiscono a ciò che lei si aspettava

5. Come valuta il **PERSONALE MEDICO** (divisa **es. VERDE**) per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Rispetto con cui è stato/a accolto/a e Le hanno parlato	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Chiarezza delle informazioni ricevute sulle condizioni di salute	•	,	<i>f</i>	"	i
				Non ho ricevuto alcuna informazione	
d. Chiarezza delle informazioni ricevute sui rischi legati alle cure	•	,	<i>f</i>	"	i
				Non ho ricevuto alcuna informazione	
e. Coinvolgimento nella scelta delle cure mediche o terapie da seguire	•	,	<i>f</i>	"	i
f. Il tempo che Le ha dedicato	•	,	<i>f</i>	"	i

6. Come valuta il **PERSONALE INFERMIERISTICO** (divisa **es. BIANCA**) per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Rispetto con cui è stato/a accolto/a e Le hanno parlato	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Chiarezza delle informazioni ricevute	•	,	<i>f</i>	"	i
				Non ho ricevuto alcuna informazione	
d. Attenzione ai Suoi bisogni	•	,	<i>f</i>	"	i

7. Come valuta il **PERSONALE DI SUPPORTO** (divisa **es. ARANCIONE**) per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Rispetto con cui è stato/a accolto/a e Le hanno parlato	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Aiuto ricevuto per la Sua igiene personale	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Attenzione ai Suoi bisogni	•	,	<i>f</i>	"	i

Le domande che seguono riguardano il rispetto della Sua **PRIVACY (RISERVATEZZA)** nel reparto in cui è stato ricoverata/o.

La preghiamo di rispondere tenendo sempre conto che i termini "adeguato", "inadeguato" si riferiscono a ciò che lei si aspettava.

8. Come valuta il rispetto della Sua **PRIVACY (RISERVATEZZA)** durante il ricovero per ciascuno dei seguenti aspetti?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Rispetto della privacy nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza	•	,	<i>f</i>	"	i

9. Come valuta le **informazioni sul TRATTAMENTO DEL DOLORE** ricevute durante il ricovero?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so/non ricordo
•	,	<i>f</i>	"	i
Non ho ricevuto informazioni sul trattamento del dolore fisico				i

10. Durante il ricovero, **ha ricevuto una terapia antidolorifica?**

- .. Si
- .. No
- .. Non so / non ricordo

10a. Se sì, come valuta la **terapia antidolorifica** che ha ricevuto?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so/non ricordo
•	,	<i>f</i>	"	i

11. Pensando al **momento in cui ha avvertito più dolore** durante il periodo di ricovero, **come valuta questo dolore** in una scala da 0 a 10 (in cui 0 = nessun dolore e 10 = massimo dolore)?

										Non so/non ricordo	
€	•	,	<i>f</i>	"	...	†	‡	ˆ	%	Š	i

Le domande che seguono riguardano altri **aspetti relativi al REPARTO in cui è stato ricoverata/o.**

La preghiamo di rispondere tenendo sempre conto
che i termini "adeguato", "inadeguato" si riferiscono a ciò che lei si aspettava.

12. Come valuta il modo in cui sono stati gestiti ciascuno degli **ASPETTI ORGANIZZATIVI** sotto elencati?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Collaborazione tra il personale del reparto	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Facilità nel ricevere visite da parenti e amici (orari, spazi dedicati...)	•	,	<i>f</i>	"	i

13. Come valuta gli **AMBIENTI (stanze, corridoi, bagni e altri locali)** per quanto riguarda gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Manutenzione dei locali del reparto	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Pulizia dei locali, bagni inclusi	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Tranquillità nel reparto	•	,	<i>f</i>	"	i
d. Disponibilità di spazio nelle camere	•	,	<i>f</i>	"	i

14. Come valuta i **SERVIZI ALBERGHIERI (cibi, servizi in camera, comfort)** per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Qualità del cibo	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Possibilità di scelta del menù (compatibilmente con le indicazioni mediche)	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Orari dei pasti	•	,	<i>f</i>	"	i

Parliamo infine della sua **DIMISSIONE** dal reparto in cui è stato ricoverato.

15. Come valuta le **INFORMAZIONI** ricevute al momento della dimissione per ciascuno dei seguenti aspetti?
 Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Cure da eseguire e controlli successivi da effettuare	•	,	<i>f</i>	"	i
			Non ho ricevuto alcuna informazione		i
b. Sintomi da tenere sotto controllo	•	,	<i>f</i>	"	i
			Non ho ricevuto alcuna informazione		i
c. Personale o altri servizi a cui rivolgersi (medico di famiglia, specialista e altri servizi)	•	,	<i>f</i>	"	i
			Non ho ricevuto alcuna informazione		i

Consideri ora **COMPLESSIVAMENTE** l'esperienza di **RICOVERO** e risponda alle domande che seguono.
 La preghiamo di rispondere tenendo sempre conto che i termini "adeguato", "inadeguato" si riferiscono a ciò che lei si aspettava.

16. Come **valuta complessivamente** la qualità dei servizi che ha ricevuto?

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata
•	,	<i>f</i>	"

Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità dei servizi di ricovero e cura?

Le chiediamo ora alcune informazioni che ci saranno utili a scopo statistico. Le ricordiamo che il questionario è assolutamente anonimo e che i dati che ci fornirà verranno elaborati nel rispetto delle norme sulla privacy. Le ricordiamo che i dati si riferiscono alla persona ricoverata che è stato ricoverato in questo reparto.

17. Il questionario è stato compilato:

- direttamente dal paziente
- da un familiare o conoscente del paziente
- dal paziente con l'aiuto di un familiare, conoscente

18. **Nazionalità** del paziente:

- Italiana
- Marocchina
- Rumena
- Albanese
- Moldava
- Cinese
- Pakistana
- Altra (specificare.....)

19. **Genere** del paziente:

- maschile
- femminile
- Altro

20. **Età del paziente (in anni compiuti):**

Oppure (a scelta delle Aziende)

20. **Età del paziente:** 0 – 14 anni 56 – 75 anni
 15 – 55 anni 76 anni e oltre

21. **Titolo di studio** conseguito dal paziente:

- nessun titolo
- licenza elementare
- licenza di scuola media inferiore
- diploma o qualifica di scuola media superiore
- laurea e post-laurea

22. Attuale **condizione professionale** del paziente:

- occupato
- in cerca di occupazione
- casalinga
- studente
- inabile al lavoro
- pensionato
- altro (specificare _____)

23. **Domicilio** del paziente:

- provincia di _____
- altre province della regione
- altre regioni italiane (specificare _____)
- altro Stato (specificare _____)

IL QUESTIONARIO È TERMINATO. LA RINGRAZIAMO MOLTO PER LA SUA DISPONIBILITÀ

Per informazioni contattare:

Tel.:

E-mail: