

## La rilevazione della **qualità percepita** nei servizi del percorso nascita



**CASO 1: VALUTARE LA QUALITÀ PER AVERE UNA FOTOGRAFIA GENERALE**

**Il documento è stato predisposto all'interno dell'Area "Comunità, equità e partecipazione".**

**La redazione è a cura di**

---

**Vittoria Sturlese**

**Luigi Palestini**

dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Si ringraziano tutti i referenti aziendali che hanno contribuito alla elaborazione del documento**

SEZIONE 1

Scheda progetto

<b>Titolo progetto</b>	<b>LA QUALITÀ PERCEPITA NEI PERCORSI NASCITA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA</b>
<b>Struttura proponente</b>	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna
<b>Servizio responsabile</b>	Area Comunità, Equità e Partecipazione
<b>Responsabile</b>	Maria Augusta Nicoli – Area Comunità, Equità e Partecipazione
<b>Servizi regionali coinvolti</b>	Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
<b>Obiettivi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rilevare la qualità dal lato utenti dei servizi dei Percorsi Nascita, espressa dalle donne che vivono l'esperienza della gravidanza.</li> <li>2. Descrivere le caratteristiche socio-demografiche delle donne che fruiscono dei servizi compresi nel Percorso Nascita.</li> <li>3. Verificare il grado di moderazione di alcune variabili (socio-demografiche, psicosociali, esperienziali e relazionali) rispetto al grado di soddisfazione per le prestazioni ricevute.</li> </ol>
<b>Strumenti</b>	<p>Questionario 1 relativo al periodo della gravidanza</p> <p>Questionario 2 relativo al periodo del parto e del puerperio</p> <p>(Sezione 2 del presente documento)</p>
<b>Modalità di somministrazione del questionario</b>	<p>Questionario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosomministrazione in versione cartacea.</li> </ul> <p>Questionario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosomministrazione in versione online (tramite servizio regionale già presente nella nostra realtà).</li> </ul>
<b>Strutture coinvolte e partecipanti</b>	<p>Verranno coinvolte tutte le Aziende Sanitarie regionali che dispongono di un Percorso Nascita, in modo da ottenere un campione rappresentativo a livello regionale. Qualora per un'Azienda fosse necessario avere dati rappresentativi a livello locale, è prevedibile da parte dell'ASSR fornire un supporto per l'estrazione di un sottocampione numericamente adeguato – sarà successivamente cura dell'Azienda in questione adeguare tempi e modalità di reclutamento per il raggiungimento della numerosità campionaria richiesta.</p> <p>L'<u>ipotesi di minima</u> è di estrarre dalla popolazione delle utenti dei Percorsi Nascita nel 2014 un campione non probabilistico, che verrà successivamente suddiviso in modo proporzionale per provincia e azienda in base a una stima del numero di gravidanze nel periodo di reclutamento.</p>
<b>Utenti a cui consegnare il questionario</b>	<p>Il numero totale di utenti a cui consegnare il questionario è stato definito per ottenere un campione rappresentativo per provincia, proporzionato in base alla percentuale di nascite nelle singole Aziende in un periodo di 3 mesi.</p> <p>Numero di partecipanti per Azienda:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AUSL Piacenza n. 220</li> <li>• AUSL Parma n. 100</li> <li>• AOU Parma n. 170</li> <li>• AUSL Reggio Emilia n. 155</li> <li>• AOU Reggio Emilia n. 135</li> <li>• AUSL Modena n. 165</li> <li>• AOU Modena n. 145</li> <li>• AUSL Bologna n. 170</li> <li>• AOU Bologna n. 150</li> <li>• AUSL Imola n. 150</li> <li>• AUSL Ferrara n. 90</li> <li>• AOU Ferrara n. 140</li> <li>• AUSL Romagna – Ravenna n. 260</li> <li>• AUSL Romagna – Forlì n. 180</li> <li>• AUSL Romagna – Cesena n. 220</li> <li>• AUSL Romagna – Rimini n. 255</li> </ul>
<b>Periodo di rilevazione</b>	<p>La durata della prima fase di reclutamento delle utenti è di minimo 3 mesi; la durata effettiva sarà concordata in progress con le Aziende al fine di garantire il raggiungimento della dimensione campionaria e consentire un oversampling per ovviare alla prevedibile riduzione del campione nel passaggio tra questionario 1 e questionario 2.</p> <p>La durata totale della rilevazione, comprensiva delle due somministrazioni dei questionari, è di <u>minimo 6 mesi</u>.</p>
<b>Reclutamento</b>	<p>All'avvio dell'indagine, verrà consegnata (da parte degli operatori del servizio) alle donne in attesa della visita presso l'ambulatorio Gravidanza a termine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una lettera di presentazione dell'indagine (sezione 3 del presente documento);</li> <li>• un'informativa per il trattamento dei dati personali (sezione 4 del presente documento), che introduce i motivi, gli obiettivi, i soggetti promotori della ricerca; nell'informativa sarà anche richiesto il consenso ad essere ricontattati tramite posta elettronica per la conclusione della rilevazione;</li> <li>• una copia del Questionario 1.</li> </ul> <p>Il questionario consegnato potrà essere compilato solo dalle donne che avranno firmato l'Informativa per il trattamento dei dati personali, in modo da poter essere ricontattate dopo il parto via e-mail.</p> <p>Tutti i documenti sopra citati saranno forniti alle Aziende dall'ASSR.</p>
<b>Chi compila il questionario</b>	<p><b>Le utenti prese in carico presso l'Ambulatorio Gravidanza a Termine.</b></p> <p><b>N.B.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>LE DONNE DECEDUTE E LE DONNE CON BIMBO DECEDUTO VANNO ESCLUSE</b> (pertanto prima di inviare le liberatorie firmate al rilevatore, va fatta questa verifica tramite la Banca dati CeDAP da parte dell'Ufficio Responsabile aziendale della rilevazione).</li> <li>- <b>LE DONNE STRANIERE POSSONO COMPILARE IL QUESTIONARIO</b> (gli operatori addetti alla consegna potranno richiedere direttamente alla donna se conosce la lingua italiana e, alla firma della liberatoria, se può fornire il proprio indirizzo di posta elettronica, non quello del marito).</li> </ul>
<b>Quando e dove si compila il questionario</b>	<p>Questionario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autosomministrazione all'interno dell'Ambulatorio Gravidanza a Termine e riconsegna in un'urna dedicata, in occasione della visita e compatibilmente con</li> </ul>

	<p>i tempi programmati per l'accesso a livello locale.</p> <p>Questionario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A domicilio, tramite compilazione online a un massimo di 3 mesi dopo il parto.</li> </ul> <p>N.B.: Ad ogni questionario è collegato un modulo di liberatoria ed essi devono avere lo stesso codice numerico identificativo.</p>
<b>Gruppo di progetto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luigi Palestini e Vittoria Sturlese (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna)</li> <li>• Elena Castelli e Silvana Borsari (Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali)</li> <li>• Referenti Qualità Percepita delle Aziende</li> <li>• Referenti Percorso Nascita delle Aziende</li> </ul>
<b>Ruoli e responsabilità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabile dell'indagine, coordinamento del progetto: Vittoria Sturlese (ASSR)</li> <li>- Referente per il Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari: Elena Castelli</li> <li>- Referente metodologia della ricerca e utilizzo dello strumento: Luigi Palestini (ASSR)</li> <li>- Campionamento: Luigi Palestini (ASSR)</li> <li>- Consegna ai reparti della lettera di presentazione dell'indagine, dell'informativa/liberatoria e del Questionario 1: un referente per ogni Azienda coinvolto (da concordare con ogni Azienda) + Ufficio Qualità/Urp Azienda</li> <li>- Somministrazione e Inserimento dati del Questionario 1: Ufficio Qualità/Urp Azienda</li> <li>- Somministrazione e Inserimento dati del Questionario2: Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</li> <li>- Analisi dei dati: Luigi Palestini (ASSR)</li> <li>- Stesura report regionale: Luigi Palestini e Vittoria Sturlese (ASSR)</li> <li>- Diffusione dei risultati e monitoraggio azioni di miglioramento: Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, ASSR e Uffici Qualità Azienda</li> </ul>
<b>Materiale necessario all'indagine</b>	Scheda progetto con indicazioni metodologiche regionali e relativi allegati (questionari, fac-simile lettera di presentazione e fac-simile informativa/liberatoria).
<b>Risultati attesi</b>	Report regionale sulla qualità dal lato delle utenti del Percorso Nascita
<b>Tempi e durata</b>	Febbraio 2015 – Ottobre 2015
<b>Riferimenti normativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2014 (Rep. n. 82/CSR DEL 10 Luglio 2014, Art. 4 "Umanizzazione delle cure")</li> <li>- delibera di Assemblea Legislativa n. 175 del 22 maggio 2008 recante "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010" la cui validità è stata prorogata con delibera di Assemblea legislativa n. 117 del 3 marzo 2013 ed, in particolare la parte V, capitolo III "Comunicazione e partecipazione";</li> <li>- delibera di Giunta regionale 327/2004 "Applicazione della Legge regionale 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti. Revoca dei precedenti provvedimenti", ed in particolare i requisiti individuati nei CAPITOLI 3 (comunicazione), 8 (procedure), 9 (verifica dei risultati), 10 (miglioramento);</li> <li>- D.G.R n.533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita" ed in particolare Obiettivo 7 "favorire il processo di ascolto</li> </ul>

	<p>dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici”;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- delibera di Giunta regionale n. 217 del 24 febbraio 2014 recante “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2014” ed, in particolare Allegato B, Par.2.22.3 “Laboratorio per l'ascolto ed il coinvolgimento dei cittadini, delle comunità e dei professionisti” contenente fra gli obiettivi relativi al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini “l'adozione del questionario regionale della qualità dal lato dell'utente per il servizio di degenza”.</li></ul>
<b>Recapiti</b>	<p><b>Vittoria Sturlese</b></p> <p><a href="mailto:vsturlese@regione.emilia-romagna.it">vsturlese@regione.emilia-romagna.it</a></p> <p>Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna Area Comunità, Equità e Partecipazione Via Aldo Moro 21 - 40127 Bologna (BO) Tel: 051-5277166</p> <p><b>Luigi Palestini</b></p> <p><a href="mailto:lpalestini@regione.emilia-romagna.it">lpalestini@regione.emilia-romagna.it</a></p> <p>Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna Area Comunità, Equità e Partecipazione Via Aldo Moro 21 - 40127 Bologna (BO) Tel: 051-5277452</p>



SEZIONE 2

Questionari 1 e 2

LOGO AZIENDA



NO. |\_|\_|\_|\_|

## La qualità dei SERVIZI DEDICATI ALLA NASCITA Questionario 1

Gentile Signora,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni delle donne sulla qualità dei servizi dedicati alla nascita in questa Provincia.

Al fine di migliorare la qualità di assistenza fornita, Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **Sua personale opinione** sui diversi servizi 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.

**La ringraziamo della Sua preziosa collaborazione**

La Direzione

## LE DOMANDE CHE LE FAREMO RIGUARDANO IL PERIODO DELLA GRAVIDANZA

### Le domande seguenti fanno riferimento alla Prima Visita

#### 1. Prima della gravidanza era a conoscenza dei servizi di sostegno alla maternità?

... Sì                      ... No

#### 2. Dove ha effettuato la prima visita per la gravidanza?

Dia una sola risposta

- consultorio di (specificare quale: \_\_\_\_\_)
- ambulatorio Ospedale di (specificare quale: \_\_\_\_\_)
- ginecologo privato
- ginecologo a pagamento presso Ospedale di (specificare quale: \_\_\_\_\_)
- altro (specificare: \_\_\_\_\_)

#### 3. Qual è il motivo prevalente per cui ha fatto questa scelta?

Dia una sola risposta

- consiglio di un medico
- consiglio di amici / parenti
- competenza dei professionisti
- gratuità
- per mia scelta
- vicinanza
- maggiore garanzia di essere seguita sempre dallo stesso professionista
- altro (specificare: \_\_\_\_\_)

#### 4. Dove ha prenotato la prima visita di gravidanza?

Dia una sola risposta

- al CUP
- in farmacia
- direttamente in consultorio
- direttamente dal ginecologo privato
- altro (specificare: \_\_\_\_\_)

#### 5. Quando ha prenotato la prima visita, dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento?

- entro il terzo mese
- oltre il terzo mese
- non ricordo

#### 6. Se non ha effettuato la prima visita entro il terzo mese, per quale motivo?

Dia una sola risposta

- era il primo appuntamento disponibile
- per mia scelta
- difficoltà a contattare la struttura
- non sapevo a chi rivolgermi
- altro (specificare: \_\_\_\_\_)

#### 7. Come valuta il tempo di attesa per ottenere la prima visita?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
1	2	3	4	_

**8. Quanto tempo è trascorso tra l'orario dell'appuntamento e l'ora effettiva della prima visita?**

- non ho atteso
- meno di 15 minuti
- tra 15 e 30 minuti
- tra 30 e 60 minuti
- più di 60 minuti
- non ricordo

**9. Come valuta questo tempo di attesa?**

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
1	2	3	4	_

**10. Ha avuto bisogno di fare accertamenti per escludere eventuali patologie del bambino durante la gravidanza?**

- sì
- no
- non ricordo

**Ha ricevuto informazioni sui seguenti accertamenti?**

Dia una risposta per ciascuna riga

- 11. ecografia I trimestre
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 12. ecografia II trimestre (morfologica)
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 13. bi-test (o test-combinato)
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 14. villocentesi
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 15. amniocentesi
  - sì
  - no
  - non ricordo

**Se ha effettuato uno o più dei precedenti accertamenti, ha avuto difficoltà nella prenotazione?**

Dia una risposta per ciascuna riga

- 16. ecografia I trimestre
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 17. ecografia II trimestre (morfologica)
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 18. bi-test (o test-combinato)
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 19. villocentesi
  - sì
  - no
  - non ricordo
- 20. amniocentesi
  - sì
  - no
  - non ricordo

**21. Complessivamente, qual è il suo giudizio sulla Sua prima visita?**

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata
1	2	3	4

## Le domande seguenti fanno riferimento alle Visite periodiche

### 22. Presso quale servizio ha effettuato principalmente le visite periodiche durante questa gravidanza?

Dia una sola risposta

- consultorio di \_\_\_\_\_
- ambulatorio dell'Ospedale di \_\_\_\_\_
- ginecologo privato
- altro (specificare: \_\_\_\_\_)

### 23. Quale figura professionale l'ha seguita principalmente durante questa gravidanza?

Dia una sola risposta

- ginecologo del Consultorio
- ostetrica del Consultorio
- ginecologo dell'Ospedale
- ginecologo privato
- nessuno
- altro (specificare: \_\_\_\_\_)

In base alla Sua esperienza esprima un giudizio sulla **CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI** ricevute dal professionista che l'ha principalmente assistita in gravidanza, rispetto a ciascuno dei seguenti aspetti:

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so	Non ho ricevuto informazioni
24. Diagnosi prenatale	1	2	3	4	_	_
25. Abitudini e stili di vita (es. alimentazione, fumo, farmaci...)	1	2	3	4	_	_
26. Metodi per il controllo del dolore in travaglio di parto	1	2	3	4	_	_
27. Travaglio e parto	1	2	3	4	_	_
28. Punti nascita disponibili	1	2	3	4	_	_
29. Leggi di tutela della gravidanza	1	2	3	4	_	_
30. Allattamento	1	2	3	4	_	_

In base alla sua esperienza esprima un giudizio sulla **QUALITÀ DELL'ASSISTENZA** offertale dal professionista che l'ha principalmente assistita in gravidanza, rispetto a ciascuno dei seguenti aspetti:

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
31. Prenotazione visite e richiesta esami di laboratorio e strumentali	1	2	3	4	_
32. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	_
33. Il tempo che Le ha dedicato	1	2	3	4	_

### 34. Complessivamente, qual è il Suo giudizio sulle visite periodiche che ha effettuato?

Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate
1	2	3	4

## Le domande seguenti fanno riferimento alle Ecografie in gravidanza

### Dove ha effettuato le seguenti ecografie?

Dia una sola risposta rispetto a ciascuna ecografia

35. Ecografia Primo Trimestre	36. Ecografia Secondo Trimestre (morfologica)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• consultorio di _____</li> <li>• ambulatorio Ospedale di _____</li> <li>• ambulatorio Centro privato</li> <li>• ginecologo privato</li> <li>• altro (specificare: _____)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consultorio di _____</li> <li>• ambulatorio Ospedale di _____</li> <li>• ambulatorio Centro privato</li> <li>• ginecologo privato</li> <li>• altro (specificare: _____)</li> </ul>

### Quanto tempo è trascorso tra l'orario dell'appuntamento e l'ora effettiva della prestazione?

Dia una sola risposta rispetto a ciascuna ecografia

37. Ecografia Primo Trimestre	38. Ecografia Secondo Trimestre (morfologica)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• non ho atteso</li> <li>• meno di 15 minuti</li> <li>• tra 15 e 30 minuti</li> <li>• tra 30 e 60 minuti</li> <li>• più di 60 minuti</li> <li>• non ricordo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non ho atteso</li> <li>• meno di 15 minuti</li> <li>• tra 15 e 30 minuti</li> <li>• tra 30 e 60 minuti</li> <li>• più di 60 minuti</li> <li>• non ricordo</li> </ul>

### Come valuta questo tempo di attesa?

Dia una valutazione per ciascuna ecografia

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
39. Ecografia Primo Trimestre	1	2	3	4	_
40. Ecografia Secondo Trimestre	1	2	3	4	_

### Come valuta il personale medico durante la prestazione per gli aspetti sotto elencati?

Dia una valutazione per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
41. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	_
42. Chiarezza delle informazioni ricevute sulle modalità di svolgimento delle ecografie	1	2	3	4	_
43. Il tempo che Le ha dedicato	1	2	3	4	_

### 44. Complessivamente, qual è il Suo giudizio sul servizio di ecografia che ha ricevuto?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato
1	2	3	4

Le domande seguenti fanno riferimento al Corso di accompagnamento alla nascita

**45. Durante questa gravidanza ha partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita?**

- sì
- no (passi alla domanda 49)

**46. Se sì dove?**

Dia una sola risposta

- .. presso il consultorio familiare di \_\_\_\_\_
- .. presso struttura ospedaliera di \_\_\_\_\_
- .. presso struttura privata
- .. altro (specificare: \_\_\_\_\_)

**47. Se non ha partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita durante questa gravidanza, per quale motivo?**

Può dare più di una risposta

- .. già frequentato in una precedente gravidanza
- .. non ne ero a conoscenza
- .. non avevo tempo
- .. era in giorni/orari non compatibili con i miei impegni
- .. era in una sede per me non raggiungibile
- .. non lo ritenevo utile
- .. per altri motivi (specificare: \_\_\_\_\_)

**48. Se ha frequentato un corso di accompagnamento alla nascita durante questa gravidanza qual è il Suo giudizio complessivo?**

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato
1	2	3	4

**Le seguenti domande fanno riferimento al Suo percorso assistenziale dall'inizio fino ad oggi.**

**Quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni?** Esprima un giudizio tra 1=per niente d'accordo e 6=totalmente d'accordo; gli altri numeri esprimono posizioni intermedie.

**49. Gli operatori che ho incontrato lavorano insieme in modo coordinato.**

(ESEMPIO: non ho ricevuto pareri discordanti da parte dei diversi operatori; non ho ricevuto informazioni contraddittorie da parte degli operatori)

Per niente d'accordo						Totalmente d'accordo	Non so
1	2	3	4	5	6	_	

**50. Mi sento accompagnata passo a passo nel mio percorso dagli operatori e dai servizi a cui mi sono rivolta.**

(ESEMPIO: ho sentito di essere coinvolta nel mio percorso; non mi sono sentita abbandonata a me stessa)

Per niente d'accordo						Totalmente d'accordo	Non so
1	2	3	4	5	6	_	

**ORA LE FAREMO ALCUNE DOMANDE SUI SUOI SENTIMENTI/STATI D'ANIMO IN QUESTO PARTICOLARE MOMENTO DELLA SUA VITA**

**Quanto si identifica nelle seguenti affermazioni?** Metta una crocetta tra lo 0 che indica il minimo grado della caratteristica descritta e il 10 che indica il massimo grado della caratteristica descritta; gli altri numeri esprimono posizioni intermedie.

51. Mi sento nervosa  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

52. Penso che riuscirò a risolvere i problemi che si potrebbero presentare  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

53. Mi sento serena  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

54. Sono preoccupata per i cambiamenti del mio stile di vita  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

55. Ho paura  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

56. Sono demoralizzata per le energie che mi saranno ancora richieste nei prossimi mesi  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

57. Ho fiducia di poter affrontare al meglio questo evento  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

58. Ho paura che questo evento possa modificare la mia autonomia  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

59. Mi sento giù di morale  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

LOGO AZIENDA



NO. |\_|\_|\_|\_|

## La qualità dei SERVIZI DEDICATI ALLA NASCITA Questionario 2

**INSERIRE LETTERA PER INTERVISTATORI [a cura di ASSR]**

Gentile Signora,

Le domande seguenti fanno riferimento al periodo del parto

RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE FACENDO RIFERIMENTO ALL'OSPEDALE IN CUI HA PARTORITO

1. In quale Ospedale ha partorito? \_\_\_\_\_

2. Se ha frequentato un corso di preparazione al parto, come valuta le informazioni che Le sono state fornite circa l'organizzazione del reparto di Ostetricia di questo Ospedale?

Molto inadeguate	Inadeguate	Adeguate	Molto adeguate	Non so	Non ho ricevuto informazioni
1	2	3	4	_	_

3. Si è rivolta al Servizio Ambulatoriale Gravidanza a termine?

- sì
- no (passi alla domanda 5)
- non ricordo (passi alla domanda 5)

4. Se si è rivolta a questo ambulatorio, quanto tempo ha atteso tra l'ora dell'appuntamento e la visita?

- non ho atteso
- meno di 15 minuti
- tra 15 e 30 minuti
- tra 30 e 60 minuti
- più di 60 minuti
- non ricordo

5. In questa gravidanza ha avuto necessità di accedere ai servizi dedicati alla "gravidanza a rischio"?

- sì
- no
- non ricordo

RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE FACENDO RIFERIMENTO AL PARTO

6. Come è avvenuto il suo ricovero?

Dia una sola risposta

.. In modo programmato con una data prestabilita (ad es. per parto cesareo) (passi alla domanda 8)

.. In modo non programmato (ad es. per inizio del travaglio, per complicanze...)

.. Altro (specificare: \_\_\_\_\_)

7. Se è stata ricoverata in modo non programmato, come valuta il tempo trascorso tra l'arrivo in reparto e il momento in cui il medico/l'ostetrica ha iniziato a prendersi cura di Lei?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguate	Molto adeguato	Non so
1	2	3	4	_

8. Che tipo di travaglio ha avuto?

- Spontaneo
- Indotto (aiutato con farmaci)

9. Che tipo di parto ha avuto?

- Parto vaginale semplice
- Parto operativo (con ventosa o kiwi)
- Parto cesareo programmato
- Parto cesareo urgente

**10. Durante il parto è stata sottoposta a una o più modalità per il controllo del dolore?**

Può dare più di una risposta

- Nessuna (passi alla domanda 11)
- Epidurale o spinale
- Flebo con farmaci
- Vasca o doccia
- Posizioni libere
- Massaggi
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_ )

**11. Come valuta le modalità di controllo del dolore a cui è stata sottoposta?**

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

**12. Come valuta il sostegno ricevuto dall'ostetrica durante il parto?**

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
1	2	3	4	_

**13. Durante il parto è stata assistita anche dal ginecologo?**

- sì
- no (passi alla domanda 15)
- non ricordo (passi alla domanda 15)

**14. Se ha risposto "Sì", come valuta l'assistenza ricevuta dal ginecologo durante il parto?**

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Non so
1	2	3	4	_

**15. Come valuta l'utilità durante il travaglio e il parto delle informazioni ricevute nel corso di assistenza al parto?**

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Non so
1	2	3	4	_

**RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE FACENDO RIFERIMENTO AL PERIODO IN OSPEDALE SUCCESSIVO AL PARTO**

**16. Dopo il parto, il neonato è rimasto in stanza con Lei?**

- sì
- no

Come valuta il **PERSONALE MEDICO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA** per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
17. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	_
18. Chiarezza delle informazioni ricevute	1	2	3	4	_
19. Il tempo che Le ha dedicato	1	2	3	4	_

Come valuta il **PERSONALE OSTETRICO** per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
20. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	_
21. Chiarezza delle informazioni ricevute	1	2	3	4	_
22. Il tempo che Le ha dedicato	1	2	3	4	_
23. Aiuto nell'accudire il neonato	1	2	3	4	_

Come valuta il **PERSONALE DI SUPPORTO** per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
24. Aiuto ricevuto per la Sua igiene personale	1	2	3	4	_
25. Attenzione ai Suoi bisogni	1	2	3	4	_

**26. Durante questo periodo ha avuto necessità di rivolgersi ai servizi di Pediatria/Neonatologia per il Suo bambino?**

- sì
- no (passi alla domanda 33)
- non ricordo (passi alla domanda 33)

Come valuta il **PERSONALE MEDICO DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA** per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
27. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	_
28. Chiarezza delle informazioni ricevute sullo stato di salute del Suo bambino	1	2	3	4	_
29. Il tempo che Le ha dedicato	1	2	3	4	_

Come valuta il **PERSONALE INFERMIERISTICO DI PEDIATRIA/NEONATOLOGIA** per ciascuno degli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
30. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	1	2	3	4	_
31. Chiarezza delle informazioni ricevute	1	2	3	4	_
32. Attenzione ai Suoi bisogni	1	2	3	4	_

**LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO ALTRI ASPETTI RELATIVI AL REPARTO IN CUI È STATA RICOVERATA.**

Come valuta gli **AMBIENTI** per quanto riguarda gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
33. Manutenzione dei locali del reparto	1	2	3	4	_
34. Pulizia dei locali, bagni inclusi	1	2	3	4	_
35. Tranquillità nel reparto	1	2	3	4	_
36. Disponibilità di spazio nelle camere	1	2	3	4	_
37. Facilità nel ricevere visite da parenti e amici (orari, spazi dedicati...)	1	2	3	4	_

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

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
38. Qualità del cibo	1	2	3	4	_
39. Possibilità di scelta del menù (compatibilmente con le indicazioni mediche)	1	2	3	4	_
40. Orari dei pasti	1	2	3	4	_

Come valuta la **CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI** ricevute durante la Sua permanenza in reparto?

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so	Non ho ricevuto informazioni
41. Allattamento al seno	1	2	3	4	_	_
42. Cura del suo bambino	1	2	3	4	_	_
43. Servizi presenti sul territorio per l'assistenza dopo il parto	1	2	3	4	_	_

44. **Complessivamente, come valuta la qualità dei servizi che ha ricevuto nel reparto di Ostetricia e Ginecologia?**

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata
1	2	3	4

Le domande seguenti fanno riferimento al mese successivo al Suo ritorno a casa con il bambino

**45. Nel mese successivo al Suo ritorno a casa a quale dei seguenti servizi si è rivolta per la salute del Suo bambino?**

Può dare più di una risposta

- .. Ambulatorio dell'Ospedale (Specificare quale: \_\_\_\_\_)
- .. Pediatra di libera scelta
- .. Pediatra privato
- .. Pediatra di comunità
- .. Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- .. Nessun servizio (passi alla domanda 48)

**Come valuta il supporto (ad es: informazioni, aiuto...) fornito da questi Servizi nei seguenti aspetti?**

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so	Non ho richiesto supporto
46. Supporto per l'allattamento al seno	1	2	3	4	_	_
47. Chiarezza delle informazioni per la cura del suo bambino	1	2	3	4	_	_

**48. Nel mese successivo al Suo ritorno a casa a quale dei seguenti Servizi si è rivolta per la Sua salute?**

Può dare più di una risposta

- .. Consultorio (Specificare quale: \_\_\_\_\_)
- .. Ambulatorio dell'Ospedale (Specificare quale: \_\_\_\_\_)
- .. Medico di base
- .. Ginecologo privato
- .. Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- .. Nessun servizio (passi alla domanda 51)

**Come valuta il supporto (ad es: informazioni, aiuto...) fornito da questi Servizi nei seguenti aspetti?**

Dia una risposta per ciascun aspetto

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so	Non ho richiesto supporto
49. Chiarezza delle informazioni sui servizi presenti sul territorio (centri famiglie, spazi gioco, ecc...)	1	2	3	4	_	_
50. Supporto psicologico	1	2	3	4	_	_

**51. Nel mese successivo al Suo ritorno a casa, ha usufruito di un'assistenza ostetrica domiciliare?**

- sì
- no (passi alla domanda 54)
- non ricordo (passi alla domanda 54)

**52. Se ha risposto "Sì", quale professionista L'ha assistita principalmente?**

Dia una sola risposta

- ostetrica del Consultorio
- ostetrica privata
- assistente sanitario della Pediatria di comunità
- altro (specificare: \_\_\_\_\_)

53. Se ha usufruito di un'assistenza ostetrica domiciliare, come valuta questa assistenza?

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata	Non so
1	2	3	4	_

54. Complessivamente, come valuta la qualità dei servizi a cui si è rivolta nel mese successivo al parto?

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata
1	2	3	4

55. Ripensando a tutta la sua esperienza nel percorso nascita – dall'inizio fino ad oggi - come valuta complessivamente la qualità dei servizi che ha ricevuto?

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata
1	2	3	4

**Le seguenti domande fanno riferimento al Suo percorso assistenziale  
dall'inizio fino ad oggi.**

Quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni? Esprima un giudizio tra 1=per niente d'accordo e 6=totalmente d'accordo; gli altri numeri esprimono posizioni intermedie.

56. Gli operatori che ho incontrato lavorano insieme in modo coordinato.

(ESEMPIO: non ho ricevuto pareri discordanti da parte dei diversi operatori; non ho ricevuto informazioni contraddittorie da parte degli operatori)

Per niente d'accordo						Totalmente d'accordo	Non so
1	2	3	4	5	6		_

57. Mi sento accompagnata passo a passo nel mio percorso dagli operatori e dai servizi a cui mi sono rivolta.

(ESEMPIO: ho sentito di essere coinvolta nel mio percorso; non mi sono sentita abbandonata a me stessa)

Per niente d'accordo						Totalmente d'accordo	Non so
1	2	3	4	5	6		_

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.

**51. Nazionalità:**

- Italiana                       Albanese                       Pakistana  
 Marocchina                       Moldava                       Altro (specificare: \_\_\_\_\_ )  
 Rumena                       Cinese

**52. Età (in anni compiuti):** \_\_\_\_\_

**53. Titolo di studio:**

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

**54. Attuale condizione professionale:**

- occupata                       inabile al lavoro  
 in cerca di occupazione                       pensionata  
 casalinga                       altro (specificare \_\_\_\_\_ )  
 studente

**55. Domicilio:**

- provincia di \_\_\_\_\_  
 altre province della regione  
 altre regioni italiane (specificare: \_\_\_\_\_ )  
 altro Stato (specificare: \_\_\_\_\_ )

**57. Età gestazionale del bambino al momento del parto (in settimane):** \_\_\_\_\_

**58. Peso del bambino al momento del parto:** \_\_\_\_\_

**59. Quanti giorni dopo il parto è stata dimessa dall'Ospedale?** \_\_\_\_\_

**60. Ha avuto concepimenti precedenti?**

- Sì                       No

**se Sì:**

**61. N° parti:** \_\_\_\_\_

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

## SEZIONE 3

Fac-simile lettera di presentazione indagine

## Alle donne che aspettano un figlio

Gentile signora,

La invitiamo a partecipare a una indagine nella quale Le verrà chiesto di valutare la qualità dei servizi dedicati alla nascita. Prima di decidere, è importante che Lei capisca perché questa ricerca è importante, perché viene fatta e che cosa implica. La preghiamo di dedicare un po' del Suo tempo a leggere le seguenti informazioni e, se lo desidera, a discuterne con altri. Se ci fossero delle parti o dei concetti poco chiari, ci ritenga a Sua completa disposizione per ogni chiarimento. Se lo desidera, non esiti a richiedere ulteriori informazioni.

**Grazie per il tempo che dedica a questa lettura.**

### Il perché dell'inchiesta

Lo scopo dell'inchiesta è di scoprire il Suo parere rispetto ad alcune caratteristiche dei servizi frequentati dalle donne che vivono l'esperienza della gravidanza e del parto ai fini di fornire un servizio migliore. Quest'indagine fa parte di un progetto regionale finalizzato all'acquisizione di informazioni da parte delle donne circa la qualità del trattamento ricevuto durante e dopo la gravidanza. Ci interessa sapere la Sua valutazione in relazione a diversi aspetti dell'assistenza che ha ricevuto.

### Chi organizza e sovvenziona la ricerca?

La ricerca viene condotta e sovvenzionata dall'Azienda di .....in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna.

### Perché sono stata scelta?

Lei è stata scelta per prender parte a quest'inchiesta perché sta vivendo l'esperienza della gravidanza ed è la persona più adatta a dare un parere sui servizi di cui sta usufruendo (le Sue opinioni sono preziose). Per questo motivo, noi riteniamo che Lei abbia coscienza delle caratteristiche salienti dei servizi dedicati alla nascita.

### Sono obbligata a partecipare?

No. Spetta a Lei decidere se prendere parte o no a questo studio. La Sua partecipazione è totalmente volontaria. Lei è libera di abbandonare la ricerca in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione. La Sua decisione riguardo al prendere parte allo studio o meno non ha alcun effetto sullo standard di cure che riceverà.

Qualora Lei decida di prendere parte a questo studio Le sarà chiesto di fornire nome, cognome e numero di telefono e di firmare una liberatoria ad essere di nuovo contattata entro tre mesi dal parto per poter rilevare la Sua opinione sui servizi dedicati al parto e al primo mese di vita del neonato.

Le assicuriamo che i dati personali da Lei forniti saranno utilizzati solo ed esclusivamente per ricontattarla nella seconda fase della ricerca.

### Che cosa devo fare se decido di partecipare?

Se decide di partecipare deve innanzitutto firmare l'Informativa per il trattamento dei dati personali allegata a questa lettera e consegnarla al personale dell'ambulatorio "Gravidanza a termine".

Dopodichè Le verrà consegnato il primo questionario nel quale Le verranno fatte alcune domande sui servizi dedicati alla gravidanza. La compilazione del questionario richiede un massimo di **20** minuti. Marchi con un segno le caselle o scriva le risposte, ove richiesto. Siamo interessati alle Sue opinioni. Una volta terminata la compilazione, può rimettere il questionario all'interno dell'urna dedicata.

È prevista anche la compilazione di un secondo questionario entro tre mesi dal ritorno a casa (dopo il parto) sull'esperienza di ricovero in occasione del parto e sui servizi di cui ha eventualmente usufruito nel primo mese di vita del bambino. In questo caso potrà compilare una versione del questionario disponibile online tramite un link che sarà inviato al Suo indirizzo di posta elettronica.

### La mia partecipazione a questo studio sarà tenuta riservata?

Tutte le informazioni su di Lei raccolte nel corso della ricerca verranno considerate strettamente riservate. Poiché il questionario non contiene alcun materiale identificativo, non c'è alcun modo per i ricercatori o per gli operatori dei servizi con i quali è entrata in contatto di venire a conoscenza della Sua partecipazione all'inchiesta o delle Sue risposte a ciascuna domanda.

### Cosa farete con i risultati dell'inchiesta?

- I risultati verranno usati per descrivere il gradimento delle donne rispetto ai servizi di cui usufruiscono nel corso della gravidanza, del parto e del primo mese di vita del neonato.
- Le valutazioni da Lei fornite verranno usate per migliorare, ove necessario, i nostri servizi.

Questo permetterà agli operatori sanitari e all'Azienda di migliorare l'assistenza fornita a vantaggio dei pazienti. Il progetto consentirà la pubblicazione di un rapporto di ricerca, articoli su riviste mediche e non (rivolte sia ai pazienti che ai medici). Lei non verrà identificata in nessuna pubblicazione, ma saremo lieti, se lo desidera, di inviarLe un riassunto dei risultati dello studio. Per riceverlo, basta contattare (vedi sotto).

### Contatti per maggiori informazioni

Se è interessato a ricevere maggiori informazioni su questo studio contatti:



## SEZIONE 4

Fac-simile informativa per il trattamento dei dati personali

PROGETTO di RICERCA  
“VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI SERVIZI DEDICATI ALLA NASCITA”

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/03)

Gentile Signora,

con questa informativa si intende metterLa a conoscenza dell'inchiesta promossa dalla Regione Emilia Romagna (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale) a realizzazione del progetto sopratitolato, volta ad acquisire, attraverso lo strumento del questionario, il Suo parere rispetto ad alcune caratteristiche dei servizi dedicati alla nascita, allo scopo di migliorare l'attività assistenziale fornita. La nostra Azienda ha scelto di aderire al progetto regionale ritenendo che dall'indagine possano scaturire informazioni utili al miglioramento del servizio. La partecipazione a tale indagine è completamente libera e volontaria ed in ogni momento la collaborazione può essere interrotta senza dover fornire motivazione alcuna e senza ricadute sulle cure che potranno essere erogate.

Se desidera partecipare le viene richiesto di compilare due questionari. La compilazione del primo questionario (reso in forma anonima) si svolge in autonomia in occasione della visita presso l'Ambulatorio “Gravidanza a termine” del Punto Nascita. La struttura assegna un codice alfanumerico (NQ.) a ciascun intervistato e/o paziente.

La compilazione del secondo questionario avverrà da casa tramite compilazione online entro tre mesi dal parto.

#### 1. Fonte dei dati personali

La raccolta dei suoi dati personali viene effettuata registrando i dati da lei stesso forniti, in qualità di interessato, al momento della sua adesione all'inchiesta.

#### 2. Finalità del trattamento

La raccolta delle informazioni tramite i questionari è **finalizzata** esclusivamente a elaborare statistiche da parte di questo organismo sanitario o dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale per valutare la qualità dei servizi e/o delle prestazioni sanitarie offerte. Oltre alla finalità sopramenzionata i dati/risultati, acquisiti attraverso la compilazione del questionario, conservati con l'adozione di idonee misure di sicurezza, potranno essere utilizzati anche per fini scientifici e didattici.

#### 3. Modalità di trattamento dei dati

In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra evidenziate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Adempite le finalità prefissate, i dati verranno cancellati o trasformati in forma anonima.

#### 4. Facoltatività del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma in mancanza non sarà possibile adempiere alle finalità descritte al punto 2 (“Finalità del trattamento”).

#### 5. Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

I suoi dati personali potranno essere conosciuti esclusivamente dagli operatori del ..... (inserirne la denominazione della/le struttura/e interne che possono conoscere i dati) .....e della Regione Emilia-Romagna, individuati quali Incaricati del trattamento. Esclusivamente per le finalità previste al paragrafo 2 (Finalità del trattamento), possono venire a conoscenza dei dati personali società terze fornitrici di servizi per la Regione Emilia-Romagna, previa designazione in qualità di Responsabili del trattamento e garantendo il medesimo livello di protezione.

#### 6. Diritti dell'Interessato

Lei, in qualità di interessato, è titolare dei diritti previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/03, per cui, previa richiesta (in forma scritta) al Titolare o al Responsabile di trattamento, può:

- Ø conoscere, mediante accesso, l'origine dei dati personali, le finalità e le modalità di trattamento, nonché gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano;
- Ø ottenere, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati che La riguardano;
- Ø chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge,
- Ø opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che La riguardano.

### 7. Titolare e Responsabili del trattamento

**I dati relativi al questionario auto compilato** saranno:

- raccolti e custoditi dall'Azienda (inserire nome), titolare del trattamento dei dati personali – Via (inserire indirizzo, sede legale);

- comunicati all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Viale Aldo Moro 21, 40127, Bologna, esclusivamente per le finalità sopra descritte.

**Titolare del trattamento:**

**Responsabile del trattamento dei dati:**

**I dati relativi al questionario che compilerà on-line** saranno:

- raccolti e custoditi dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, responsabile del trattamento dei dati personali - Viale Aldo Moro 21, 40127, Bologna;

- comunicati all'Azienda (inserire nome), – Via (inserire indirizzo, sede legale ) esclusivamente per le finalità sopra descritte.

**Titolare del trattamento:** Regione Emilia-Romagna, con sede in Bologna, Viale Aldo Moro n. 52, cap 40127.

**Responsabile del trattamento dei dati:** il Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale in carica, dr.Roberto Grilli (Lo stesso è responsabile del riscontro, in caso di esercizio dei diritti sopra descritti).

La ringraziamo per la Sua disponibilità e la Sua collaborazione.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto (nome e cognome dell'intervistato):.....  
 presa visione dell'informativa

.. esprime il consenso al trattamento dei dati raccolti attraverso la compilazione del questionario con le modalità e per le finalità sopra specificate ivi compresa la comunicazione alla RER in forma anonima.

E inoltre

.. esprime consenso all'invio del link per accedere al questionario on-line al seguente indirizzo di posta elettronica (E-MAIL):  
 .....

.. esprime il consenso ad essere contattata telefonicamente per eventuali ulteriori necessità legate alla ricerca (indicare numero di telefono al quale essere contattati)...TEL.....

Data .....

Firma.....