



## INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEI DEGENTI



### Gent. mo utente,

Il Dipartimento Salute e Welfare della Regione Abruzzo, unitamente alle Asl regionali, sta attuando una serie di iniziative mirate a migliorare la qualità dei suoi interventi, nell'esclusivo interesse dei cittadini.

Una di queste consta nella somministrazione di un questionario ai degenti di alcuni reparti ospedalieri per raccogliere opinioni e suggerimenti sul ricovero.

La preghiamo di rispondere con sincerità in quanto il questionario è assolutamente anonimo ed i dati raccolti verranno trattati in forma statistica esclusivamente per migliorare l'assistenza ospedaliera.

<p><b>PRESIDIO OSPEDALIERO DI</b></p> <p>.....</p>	<p><b>UNITA' OPERATIVA (U.O.)</b></p> <p>.....</p>	<p><b>SESSO</b></p> <p>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>
<p><b>COMUNE DI RESIDENZA</b></p> <p>.....</p>	<p><b>PROFESSIONE</b></p> <p>.....</p>	<p><b>TITOLO DI STUDIO</b></p> <p>.....</p>

### 1. La scelta di questa struttura ospedaliera è stata per Lei:

- a. Casuale .....
- b. Consigliata dal medico di famiglia .....
- c. Condizionata dalla vicinanza con l'abitazione in cui si trovava .....
- d. Condizionata dalla presenza del medico specialista.....
- e. Condizionata dal tipo di malattia.....
- f. Su consiglio dei familiari.....
- g. Altro (specificare) .....

### 2. Questo ricovero è stato:

- a. Programmato .....
- b. D'urgenza .....

### 3. Quanti giorni è stato ricoverato in questa occasione? .....

### 4. Ritiene chiara e completa la segnaletica interna dell'ospedale?

- a. Molto .....
- b. Abbastanza .....
- c. Poco .....
- d. Per niente .....

**5. Al momento del ricovero ritiene di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie circa le regole e le abitudini di vita nel reparto rispetto a:**

- |                                    | SI                       | NO                       |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Orario pasti .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Orario visite mediche .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Orario entrata visitatori ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Orario terapie .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Orario pulizie .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6. All'inizio del ricovero Le hanno dato informazioni circa il decorso della degenza ed i contenuti dell'assistenza?**

- a. Molte informazioni .....
- b. Abbastanza .....
- c. Poche .....
- d. Per niente .....

**7. Durante il suo ricovero, medici ed infermieri le hanno dato sufficienti informazioni e spiegazioni sul suo caso (risultati esami, terapie, ecc.)?**

- a. Quotidianamente.. .....
- b. Quando è stato necessario.....
- c. Di rado.....
- d. Mai .....

**8. Se per necessità terapeutiche o diagnostiche Lei ha dovuto essere sottoposto ad un trattamento fastidioso, è stato avvertito in anticipo?**

SI     NO     non ho subito simili trattamenti

**9. Durante il suo ricovero Le hanno spiegato bene quali esami o interventi stava per fare, quali rischi potevano esserci e, se occorreva una preparazione, come prepararsi?**

- a. Certamente si .....
- b. Abbastanza.....
- c. Mai .....

**10. Durante questo ricovero, Le è mai capitato che esami o altri tipi di accertamento siano stati:**

- |   | più volte                | raramente                | mai                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Rinvii .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ritenuti inutili .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ripetuti perché effettuati altrove .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ripetuti perché i referti erano stati smarriti ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11. Durante la degenza, nei momenti di non autosufficienza, Lei è stato assistito anche da (una sola risposta)**

**spesso    qualche volta    raramente    mai**

- a. Familiari.....  .....  .....  .....
- b. Amici .....  .....  .....  .....
- c. Badanti a pagamento.....  .....  .....  .....
- d. Altro (specificare) .....

**12. Alle persone che l'hanno assistita la struttura ha fornito un minimo di comfort?**

Molto       abbastanza       poco       per niente

**13. Ogni quanto vengono cambiate le lenzuola?**

- a. Più volte al giorno.....
- b. Una volta al giorno .....
- c. Ogni due giorni .....
- d. Altro (specificare) .....

**14. Le è mai capitato, durante il ricovero, di:**

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Dover acquistare un farmaco perché non disponibile in ospedale.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dover acquistare materiale sanitario perché non disponibile in ospedale ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Non ricevere la terapia al momento stabilito .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ricevere una prestazione medica e/o infermieristica sbagliata?.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**15. Le è mai capitato, durante il ricovero, di assistere a:**

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Litigi tra gli operatori.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Pazienti che hanno chiamato (con campanello o altro) e atteso per più di 5 minuti la risposta del personale..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Pazienti che hanno atteso un intervento di emergenza per oltre 5 minuti.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**16. In base a questa sua esperienza di ricovero esprima un giudizio circa i seguenti aspetti della degenza: (0 = insufficiente; 1 = sufficiente; 2 = buono; 3 = ottimo)**

- |  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Lo spazio a disposizione .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. La pulizia del locale di ricovero .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Il livello di pulizia dei servizi igienici .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Gli orari della giornata (sveglia, pasti, ecc.) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. La qualità del cibo.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. La quantità del cibo .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. L'accesso dei parenti .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. La tranquillità del locale di ricovero .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. La tutela della riservatezza / privacy .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Lo stato di manutenzione locali ricovero.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17. In particolare come giudica:**

- |   | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. La quantità dei medici presenti .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Il modo in cui i medici trattano i degenti ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. La preparazione dei medici .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La disponibilità dei medici verso i degenti..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- e. La quantità di infermieri presenti.....
- f. La preparazione degli infermieri.....
- g. La disponibilità degli infermieri ad assistere i degenti.....
- h. Il modo in cui il personale ausiliario tratta i degenti.....
- i. Il modo di lavorare degli ausiliari (addetti alle pulizie ecc.) .....
- j. L'identificabilità del personale medico, infermieristico, ecc. ....
- k. La dotazione del materiale sanitario.....
- l. Il collegamento con la rete di trasporti pubblici .....
- m. La possibilità di trovare parcheggio .....

**18. Le risulta che informazioni sul suo stato salute, che Lei voleva mantenere riservati, siano stati comunicati ad estranei?**

SI  NO  non so

**19. Circa il rispetto della sua persona, Le è mai capitato di:**

**SI NO**

- a. Doversi spogliare, per una visita, di fronte ad altri pazienti o persone estranee .....
- b. Essere oggetto di commenti lesivi del suo pudore, da parte di operatori sanitari .....
- c. Dover utilizzare servizi igienici privi di un sistema di chiusura dall'interno .....
- d. Altro (specificare) .....

**20. Riguardo a questo suo ricovero, in generale, Lei si ritiene:**

- a. Molto soddisfatto.....
- b. Soddisfatto .....
- c. Né soddisfatto, né insoddisfatto .....
- d. insoddisfatto .....
- e. molto insoddisfatto .....
- f. non saprei .....

