

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.

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

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

