ASM – AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL' ASSISTENZA OSPEDALIERA

Dipartimento _____U.O._____

Gentile signora/e, Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione o darci suggerimenti che possano aiutarci a migliorare la qualità dell'assistenza. **LA INFORMIAMO CHE IL QUESTIONARIO È ANONIMO.**

La compilazione è semplice e veloce: è sufficiente barrare la casella corrispondente alla valutazione ritenuta più confacente. Al termine depositare il questionario nelle apposite cassette.

Si **RINGRAZIA** per la collaborazione. La Direzione

	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
1. VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA DI RICOVERO IN GENERALE					
1.1 Considerando complessivamente l'esperienza di ricovero, come valuta la qualità dei servizi ricevuti?	☐	☐	☐	☐	☐
2. VALUTAZIONE DEL PERSONALE IN REPARTO					
2.1 Considerando complessivamente l'esperienza di ricovero, come valuta il personale del reparto?	☐	☐	☐	☐	☐
3. VALUTAZIONE DEL PERSONALE MEDICO					
3.1 Come valuta il personale medico nel suo complesso?	☐	☐	☐	☐	☐
3.2 Come valuta il personale medico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?	☐	☐	☐	☐	☐
3.3 Come valuta il personale medico per la disponibilità ad ascoltare pazienti e familiari?	☐	☐	☐	☐	☐
3.4 Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sulle condizioni di salute, sulla diagnosi e sulla terapia?	☐	☐	☐	☐	☐
3.5 Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sui benefici, sui rischi e sulle alternative legati alle cure?	☐	☐	☐	☐	☐
4. VALUTAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO					
4.1 Come valuta il personale infermieristico nel suo complesso?	☐	☐	☐	☐	☐
4.2 Come valuta il personale infermieristico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?	☐	☐	☐	☐	☐
4.3 Come valuta il personale infermieristico per la disponibilità e la prontezza nella risposta alle sue esigenze?	☐	☐	☐	☐	☐
4.4 Come valuta il personale infermieristico per la disponibilità a dare spiegazioni ed informazioni?	☐	☐	☐	☐	☐
5. VALUTAZIONE DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE					
5.1 Considerando complessivamente la Sua esperienza di ricovero, come valuta Le informazioni ricevute dal personale del reparto?	☐	☐	☐	☐	☐

	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
6. VALUTAZIONE DELLA TERAPIA DEL DOLORE					
6.1 Se durante il ricovero Lei ha avuto bisogno di terapia analgesica, come valuta la terapia ottenuta ?	☐	☐	☐	☐	☐
7. VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI: L' OSPEDALE					
7.1 Considerando la Sua esperienza di ricovero, come valuta complessivamente l'organizzazione dell'ospedale?	☐	☐	☐	☐	☐
8. VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI: L'ACCOGLIENZA					
8.1 Come valuta il tempo trascorso fra l'ingresso in reparto ed il momento in cui si sono occupati del Suo caso?	☐	☐	☐	☐	☐
9. VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI: IL REPARTO					
9.1 Come valuta complessivamente l'organizzazione del reparto?	☐	☐	☐	☐	☐
9.2 Come valuta l'organizzazione del reparto relativamente alla gestione della lista di attesa per il ricovero prenotato?	☐	☐	☐	☐	☐
9.3 Come valuta l'organizzazione del reparto relativamente alle informazioni ricevute prima del ricovero prenotato?	☐	☐	☐	☐	☐
9.4 Come valuta l'organizzazione del reparto relativamente alla collaborazione e al collegamento fra i Servizi e i Reparti di cui ha avuto bisogno?	☐	☐	☐	☐	☐
10. VALUTAZIONE DEGLI AMBIENTI					
10.1 Come valuta nel complesso gli ambienti del reparto (camere, corridoi, altri locali)?	☐	☐	☐	☐	☐
10.2 Come valuta la qualità del comfort degli ambienti (confortevoli e in buono stato)?	☐	☐	☐	☐	☐
10.3 Come valuta la pulizia degli ambienti (esclusi i bagni)?	☐	☐	☐	☐	☐
10.4 Come valuta la pulizia dei bagni?	☐	☐	☐	☐	☐
10.5 Come valuta il numero e la disponibilità di bagni e docce?	☐	☐	☐	☐	☐
10.6 Come valuta la temperatura nelle stanze?	☐	☐	☐	☐	☐
10.7 Come valuta la disponibilità di spazio per ogni paziente nelle camere?	☐	☐	☐	☐	☐
10.8 Come valuta la tranquillità ed il silenzio nelle camere?	☐	☐	☐	☐	☐

ASM – AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL' ASSISTENZA OSPEDALIERA

11. VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI CONTORNO (CIBO, SERVIZI IN CAMERA, COMFORT)	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
11.1 Come valuta nel complesso i servizi forniti in reparto che non riguardano le cure?	☐	☐	☐	☐	☐
11.2 Come valuta la qualità del cibo?	☐	☐	☐	☐	☐
11.3 Come valuta la quantità di cibo?	☐	☐	☐	☐	☐
11.4 Come valuta la possibilità di scelta del menù?	☐	☐	☐	☐	☐
11.5 Come valuta gli orari dei pasti?	☐	☐	☐	☐	☐
11.6 Come valuta la comodità dei letti ?	☐	☐	☐	☐	☐

12. VALUTAZIONE DEL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA (PRIVACY)					
12.1 Come valuta il rispetto della Sua riservatezza durante il ricovero?	☐	☐	☐	☐	☐

13. VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE SUL RICOVERO	PEGGIORE DI QUANTO MI ASPETTASSI	COME ME LO ASPETTAVO	MIGLIORE DI QUANTO MI ASPETTASSI
13.1 Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato	☐	☐	☐

13.2 Vuole riferire qualcosa di particolare relativamente alla Sue aspettative?

_____

_____

14. VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE SUL RICOVERO	PEGGIORE	RISPONDENTE	MIGLIORE
14.1 Ritiene che le Sue condizioni di salute siano cambiate in seguito al ricovero?	☐	☐	☐

14.2 Vuole riferire qualcosa di particolare relativamente alla Sue condizioni di salute dopo il ricovero?

_____

_____

15. VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	INDICHI CON PUNTEGGIO DA 1 A 5 (DOVE 1 INDICA LO STATO PEGGIORE E 5 QUELLO MIGLIORE) IL SUO STATO DI SALUTE				
15.1 Come valuta il suo stato di salute?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Se è possibile, esprima i Suoi suggerimenti per migliorare il servizio:

_____

_____

_____

ASM – AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL' ASSISTENZA OSPEDALIERA

CHI RISPONDE AL QUESTIONARIO UTENTE:

- ❑ PAZIENTE
- ❑ FAMILIARE
- ❑ ALTRO

SESSO:

- ❑ MASCHIO
- ❑ FEMMINA
  - ETÀ _____

TITOLO DI STUDIO:

- ❑ NESSUN TITOLO
- ❑ LICENZA ELEMENTARE
- ❑ LICENZA MEDIA INFERIORE
- ❑ LICENZA MEDIA SUPERIORE
- ❑ LAUREA

CONDIZIONI DI LAVORO:

- ❑ OCCUPATO
- ❑ DISOCCUPATO
- ❑ CASALINGA
- ❑ INABILE
- ❑ STUDENTE
- ❑ PENSIONATO
- ❑ ALTRO

RESIDENZA:

- ❑ PROVINCIA DI MATERA
- ❑ ALTRE PROVINCE DELLA REGIONE
- ❑ ALTRA REGIONE

NAZIONALITÀ:

- ❑ ITALIANA
- ❑ ALTRA (SPECIFICARE_____)

STATO CIVILE:

- ❑ CELIBE/NUBILE
- ❑ CONIUGATO/A
- ❑ SEPARATO/A
- ❑ DIVORZIATO/A
- ❑ VEDOVO/A

VIVE DA SOLO:

- ❑ SI
- ❑ NO