

Questionario di gradimento rivolto ai degenti

Anno 2015 - 2016

Gentile sig.ra/e come ogni anno Le chiediamo cortesemente di dedicarci alcuni minuti per rispondere alle domande che seguono. Grazie al contributo degli utenti potremo, infatti, verificare la qualità dei servizi offerti dall'Azienda al fine di migliorarli e renderli più adeguati alle loro esigenze. Per rispondere al questionario, che rimane comunque anonimo, sarà sufficiente per ogni domanda apporre la croce sull'apposito spazio (laddove possibile è lasciata la facoltà di più risposte). Le ricordiamo, per qualsiasi informazione utile, il ns. sito aziendale www.aocatanzaro.it.

(Risultanze numeriche in percentuali)

Sesso maschio 53 femmina 47 età in anni _____

Nazionalità italiana 93 straniera 7 comune di residenza _____

Ingresso in ospedale

Il ricovero è avvenuto

Su proposta del medico di base	Su proposta del medico specialista ospedaliero	Si è rivolta/o in modo autonomo al Pronto soccorso senza impegnativa	Altro
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 7

	si	no
Era già stata/o ricoverato in questo ospedale?	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 50
Quando è giunta/o in ospedale ha avuto difficoltà a trovare il luogo in cui doveva recarsi?	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 87
Al momento del ricovero era a conoscenza del motivo per cui Lei veniva ricoverato/a ?	<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/> 33
Al momento del ricovero è stata/o informata/o sull'organizzazione del reparto (orario visite mediche, prelievi e terapie, pasti, visite parenti ecc.)?	<input type="checkbox"/> 73	<input type="checkbox"/> 27

Se ha risposto NO, è stato informato/o successivamente?	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 50
--	-----------------------------	-----------------------------

Aspetti alberghieri

Come valuta nell'insieme l'ospitalità offerta?

Ottima	Soddisfacente	Sufficiente	Insoddisfacente	Pessima	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In particolare :

	Ottimo	Soddisfacente	Sufficiente	Insufficiente	Pessimo	Non saprei
Ambienti(letti,camere,corridoi,spazi comuni, reparti,ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>
Servizi igienici (qualità, pulizia, accessibilità)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Tranquillità e comfort personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>
Servizi vari (telefoni, vendita art.personali,giornali,distrib.automatici, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 3
Come valuta, complessivamente,il vitto? (qualità,quantità,adeguatezza e varietà dei pasti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La possibilità di scegliere il menu	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assistenza medica e infermieristica

Durante il ricovero era informato delle persone a cui far riferimento per i suoi problemi ?

Sempre	Abbastanza	Sufficientemente	Solo qualche volta	Mai	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sulla base della Sua esperienza,
che giudizio attribuisce al personale?**

Ottimo <input type="checkbox"/>	Soddisfacente <input type="checkbox"/> 37	Sufficiente <input type="checkbox"/> 63	Insoddisfacente <input type="checkbox"/>	Pessimo <input type="checkbox"/>	Non saprei <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--	---

Come valuta il personale medico per gli aspetti qui sotto elencati?

	Ottimo	Soddisfacente	Sufficiente	Insufficiente	Pessimo	Non saprei
Frequenza delle visite mediche	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalità	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità all'ascolto	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come valuta il personale infermieristico per gli aspetti qui sotto elencati?

	Ottimo	Soddisfacente	Sufficiente	Insufficiente	Pessimo	Non saprei
Frequenza delle visite infermieristiche	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalità	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollecitudine e cortesia degli infermieri nel rispondere alle richieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vicinanza, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come valuta le informazioni ricevute sul Suo stato di salute e sulle cure prestate?

Esaurienti	Soddisfacenti	Sufficienti	Insufficienti	Nulle	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In particolare :

	Esaurienti	Soddisfacenti	Sufficienti	Insufficienti	Nulle	Non saprei
Informazioni date dai medici sugli accertamenti necessari a diagnosticare e/o a controllare la malattia, sulla malattia stessa e sulle condizioni di salute	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 70	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni date dai medici su eventuali rischi legati alle cure e/o agli interventi chirurgici e sulle eventuali alternative possibili	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istruzioni ricevute al momento della dimissione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità a dare informazioni e spiegazioni da parte degli infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualche altra considerazione su aspetti generali del ricovero

Ha avuto problemi con gli altri pazienti della Sua stanza?	<input type="checkbox"/> 77 Si (sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Rumore 33
	<input type="checkbox"/> 23 No	<input type="checkbox"/> Affollamento 63
<input type="checkbox"/> Altro 4		

Ha avuto problemi per ricevere le visite da parenti o amici?	<input type="checkbox"/> 73 Si (sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Troppi visitatori 28
		<input type="checkbox"/> Difficoltà con gli orari 43
		<input type="checkbox"/> Mancanza di spazio 29
		<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> 27 No		

**Come considera il rispetto della riservatezza personale
(comunicazione di informazioni riservate, svolgimento
di azioni delicate da parte degli operatori,ecc.?)**

Ottimo	Soddisfacente	Sufficiente	Insoddisfacente	Pessimo	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero e cura

**Come valuta l'organizzazione dell'ospedale nel suo insieme?
(orari,disponibilità e professionalità del personale,
collegamenti tra reparti e servizi diversi, servizi
alberghieri,ecc.)**

Ottima	Soddisfacente	Sufficiente	Insoddisfacente	Pessima	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come considera le cure a Lei prestate?

Ottime	Soddisfacenti	Sufficienti	Insoddisfacenti	Pessime	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ritiene soddisfatte le aspettative che Lei aveva al momento del ricovero?

Pienamente	Discretamente	Sufficientemente	Solo in parte	Per nulla	Non saprei
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E' soddisfatto delle indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come
comportarsi dopo la dimissione(riguardo a : uso di farmaci,presidi o
protesi,alimentazione,attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di
controllo,ecc.) ?**

Pienamente	Discretamente	Sufficientemente	Solo in parte	Per nulla	Non saprei
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Quali sono gli aspetti che ha gradito maggiormente?
(sono possibili al massimo tre risposte)**

Organizzazione ed efficienza	Informazioni/ Comunicazione	Attenzione al paziente*	Riservatezza/ Privacy	Professionalità	Qualità delle cure ricevute	Comfort alberghiero	Altro	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32

**Quali sono gli aspetti che ha gradito meno?
(sono possibili al massimo tre risposte)**

Organizzazione ed efficienza	Informazioni/ Comunicazione	Attenzione al paziente*	Riservatezza/ Privacy	Professionalità	Qualità delle cure ricevute	Comfort alberghiero	Altro	Non saprei
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21

* Disponibilità, Ascolto, Cortesia

E' a conoscenza che all'ingresso dell'ospedale lato nord è attivo un punto informazioni e accoglienza dell'URP dove potrà rivolgersi per qualunque disagio e dove Le sarà possibile ritirare il modello dei reclami che,una volta compilato, potrà consegnare al personale preposto?

Si

83

No

17

Eventuali osservazioni e suggerimenti

Servizio pulizia da migliorare.
Mancanza di psicologi per preparazione all'intervento chirurgico.