

Questionario di gradimento rivolto ai degenti

Anno 2017 - 2018

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 48 femmina 52 età in anni _____

Nazionalità italiana 81 straniera 19 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"/> 24 | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> |

| | si | no |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Era già stata/o ricoverato in questo ospedale? | <input type="checkbox"/> 57 | <input type="checkbox"/> 43 |
| Quando è giunta/o in ospedale ha avuto difficoltà a trovare il luogo in cui doveva recarsi? | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 93 |
| Al momento del ricovero era a conoscenza del motivo per cui Lei veniva ricoverato/a ? | <input type="checkbox"/> 83 | <input type="checkbox"/> 17 |
| 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"/> 52 | <input type="checkbox"/> 48 |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Se ha risposto NO, è stato informato/o successivamente? | <input type="checkbox"/> 53 | <input type="checkbox"/> 47 |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Aspetti alberghieri

Come valuta nell'insieme l'ospitalità offerta?

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ottima | Soddisfacente | Sufficiente | Insoddisfacente | Pessima | Non saprei |
| <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 34 | <input type="checkbox"/> 34 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |

In particolare :

| | Ottimo | Soddisfacente | Sufficiente | Insufficiente | Pessimo | Non saprei |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Ambienti (letti, camere, corridoi, spazi comuni, reparti, ecc.) | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 41 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Servizi igienici (qualità, pulizia, accessibilità) | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 39 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |
| Tranquillità e comfort personale | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 41 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |
| Servizi vari (telefoni, vendita art. personali, giornali, distrib. automatici, ecc.) | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 8 |
| Come valuta, complessivamente, il vitto? (qualità, quantità, adeguatezza e varietà dei pasti) | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> 41 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> |
| La possibilità di scegliere il menu | <input type="checkbox"/> 39 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 4 | <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"/> 44 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 36 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| Ottimo <input type="checkbox"/> 35 | Soddisfacente <input type="checkbox"/> 41 | Sufficiente <input type="checkbox"/> 21 | Insoddisfacente <input type="checkbox"/> | Pessimo <input type="checkbox"/> 3 | 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"/> 36 | <input type="checkbox"/> 36 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Professionalità | <input type="checkbox"/> 45 | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilità all'ascolto | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <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"/> 41 | <input type="checkbox"/> 45 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> |
| Professionalità | <input type="checkbox"/> 40 | <input type="checkbox"/> 47 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> |
| Sollecitudine e cortesia degli infermieri nel rispondere alle richieste | <input type="checkbox"/> 41 | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |
| Vicinanza, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio | <input type="checkbox"/> 42 | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <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"/> 25 | <input type="checkbox"/> 39 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 7 | <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"/> 27 | <input type="checkbox"/> 45 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 7 | <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"/> 34 | <input type="checkbox"/> 34 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Istruzioni ricevute al momento della dimissione | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 42 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| Disponibilità a dare informazioni e spiegazioni da parte degli infermieri | <input type="checkbox"/> 36 | <input type="checkbox"/> 39 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 4 | <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"/> 23 Si (sono possibili più risposte) | <input type="checkbox"/> Rumore 50 |
| | | <input type="checkbox"/> Affollamento 50 |
| | | <input type="checkbox"/> Altro |
| | <input type="checkbox"/> 77 No | |

| | | |
|---|--|--|
| Ha avuto problemi per ricevere le visite da parenti o amici? | <input type="checkbox"/> 11 Si (sono possibili più risposte) | <input type="checkbox"/> Troppi visitatori 33 |
| | | <input type="checkbox"/> Difficoltà con gli orari 17 |
| | | <input type="checkbox"/> Mancanza di spazio 50 |
| | | <input type="checkbox"/> Altro |
| | <input type="checkbox"/> 89 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"/> 21 | <input type="checkbox"/> 45 | <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> | <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"/> 21 | <input type="checkbox"/> 32 | <input type="checkbox"/> 36 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> |

Come considera le cure a Lei prestate?

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Ottime | Soddisfacenti | Sufficienti | Insoddisfacenti | Pessime | Non saprei |
| <input type="checkbox"/> 31 | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 3 | <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"/> 36 | <input type="checkbox"/> 39 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 7 | <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"/> 36 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 8 |

**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"/> 10 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |

**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"/> 11 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 26 |

* 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

46

No

54

Eventuali osservazioni e suggerimenti

Parte del personale medico e paramedico da migliorare. Poca attenzione al degente a cui vengono, peraltro, fornite, da alcuni medici, informazioni definite distorte.
Da migliorare organizzazione e andamento delle cure.
Rumori provenienti dalle finestre devono essere eliminati, così come è necessaria la ristrutturazione di qualche reparto.
Pur erogando prestazioni soddisfacenti con ottima professionalità del personale medico e non, il presidio nel suo complesso va riorganizzato in modo più attinente alle esigenze del paziente.
Mancanza di personale ed attrezzature.