



## La qualità delle cure in Ospedale

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei pazienti sulla qualità dei servizi di ricovero e di cura nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria Locale BT. Al fine di migliorare la qualità di assistenza fornita dall'Azienda, Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **Sua personale opinione** sul servizio di ricovero di cui ha usufruito.

Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati esclusivamente al suo punto di vista.

Le garantiamo inoltre la **riservatezza e l'ANONIMATO delle Sue risposte**.

Saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a Lei.

È prevista la possibilità che un parente, conoscente o chi accompagna il paziente assista o compili al posto del paziente, nel caso quest'ultimo sia impossibilitato a farlo autonomamente. In tal caso si sottolinea il fatto che le domande presenti nel questionario sono sempre riferite a chi è stato ricoverato, ossia al paziente in persona.

***La ringraziamo della Sua preziosa collaborazione***

*La Dirigente Responsabile  
UOSVD Informazione e Comunicazione  
Polo Universitario e Formazione  
Dott.ssa Maria Micaela Abbinante*

*La Dirigente Responsabile  
UOSVD Gestione Rischio Clinico,  
Qualità e Bed Management  
Dott.ssa Mara Masullo*



**1. Sesso:**

- Maschio
- Femmina
- Altro

**2. Età:**

- 0-10
- 11-17
- 18-30
- 31-45
- 46-60
- 61+

**3. Cittadinanza?**

- Italiana
- Inglese
- Americana
- Tedesca
- Francese
- Spagnola
- Tunisina
- Indiana
- Altro

**4. Come è avvenuto il Suo Ricovero?**

- In modo Programmato
- In Emergenza/Pronto Soccorso
- Altro



5.Come valuta il tempo trascorso fino al ricovero effettivo?

<b>Molto Inadeguato</b>	<b>Inadeguato</b>	<b>Adeguato</b>	<b>Molto adeguato</b>	<b>Non so</b>
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0

6.In quale Presidio Ospedaliero è avvenuto il Suo Ricovero?

- P.O. Barletta
- P.O. Andria
- P.O. Bisceglie
- PTA Canosa di P.

7.In quale Unità Operativa (reparto) è avvenuto il Suo Ricovero?

---



---

Risponda alle seguenti domande facendo riferimento al **REPARTO IN CUI E' STATO/a RICOVERATO/a.**

8.Come è avvenuto il Suo Ricovero?

	<b>Molto inadeguato</b>	<b>Inadeguato</b>	<b>Adeguato</b>	<b>Molto adeguato</b>	<b>Non so</b>	<b>Nessuna informazione</b>
a. Tempo atteso prima che qualcuno si occupasse di Lei	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	
b. Informazioni ricevute prima di essere ricoverata/o	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
c. Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0



**9. Da quanti giorni è (o è stato) ricoverato?**

- 2-5 giorni
- 6-10 giorni
- più di 10 giorni

**10. In passato, è già stato/a ricoverato/a in questo reparto?**

- sì, almeno una volta negli ultimi 6 mesi
- sì, almeno una volta negli ultimi 12 mesi
- sì, almeno una volta più di un anno fa
- no, mai

**PERSONALE DEL REPARTO**

**11. Come valuta i MEDICI? (divisa es. CAMICE/DIVISA BLU-BLU scuro)**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>	<i>Nessuna Info</i>
a. Sono stati gentili e disponibili con lei?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	
b. L'hanno informato in maniera chiara sul Suo stato di salute?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
c. Ha avuto informazioni per eventuali rischi dovuti alle cure?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
d. L'hanno coinvolto nella scelta migliore di cure e medicine?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	
e. Quanto tempo Le hanno dedicato?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	

**12. Come valuta gli INFERMIERI? (divisa es. CASACCA/DIVISA ROSSO Amaranto)**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>	<i>Nessuna Info</i>
a. Rispetto con cui è stato/a accolto/a e come Le hanno parlato	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	
b. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	
c. Chiarezza delle informazioni ricevute	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
d. Attenzione ai Suoi Bisogni	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	

**13. Come valuta il PERSONALE DI SUPPORTO (divisa es. BIANCA riporti GIALLO)**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>
a. Come è stato/a accolto/a in reparto?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
b. Ha ricevuto aiuto per la Sua igiene personale?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
c. Ha ricevuto attenzione in relazione ai Suoi bisogni?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0

Rispetto per la sua **PRIVACY (RISERVATEZZA)** nel reparto in cui è stato/a ricoverata/o.?

**14. Come valuta il rispetto della Sua PRIVACY (RISERVATEZZA) durante il ricovero?**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>
a. Rispetto della <i>privacy</i> nello scambio di informazioni riservate?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
b. Rispetto della <i>privacy</i> nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0

**TRATTAMENTO DEL DOLORE ricevuto durante il ricovero?****15. Durante il ricovero, ha ricevuto una terapia antidolorifica?**

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

**16. Se sì, come valuta la terapia antidolorifica che ha ricevuto?**

<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so/non ricordo</i>
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0

**ASPETTI ORGANIZZATIVI DEL REPARTO**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>
a. Collaborazione tra il personale del reparto	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
b. Facilità nel ricevere visite da parenti e amici (orari, spazi dedicati...)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0

**17. Come valuta gli AMBIENTI del reparto? (stanze, corridoi, bagni e altri locali)**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>
a. Manutenzione dei locali del reparto	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
b. Pulizia dei locali, bagni inclusi	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
c. Tranquillità nel reparto	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
d. Disponibilità di spazio nelle camere	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0

**18. Come valuta i SERVIZI ALBERGHIERI? (cibi, servizi in camera, comfort)**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>
a. Qualità del cibo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
b. Possibilità di scelta del menù ( <i>compatibilmente con le indicazioni mediche</i> )	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0
c. Orari dei pasti	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0

**Parliamo infine della DIMISSIONE dal reparto in cui è stato ricoverato.**

**19. Come valuta le INFORMAZIONI ricevute al momento della dimissione?**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>	<i>Non so</i>	<i>Nessuna Info</i>
a. Cure da eseguire e controlli successivi da effettuare	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
b. Sintomi da tenere sotto controllo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
c. Personale o altri servizi a cui rivolgersi ( <i>medico di famiglia, specialista e altri servizi</i> )	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0

**20. Come valuta complessivamente la qualità dei servizi che ha ricevuto?**

	<i>Molto inadeguato</i>	<i>Inadeguato</i>	<i>Adeguato</i>	<i>Molto adeguato</i>
a. Qualità dei servizi ricevuti	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4



**21. Ci vuole dare dei suggerimenti per migliorare?**

---

---

---

---

---

---

---

**DOMANDE A SCOPO STATICO**

**22. Il questionario è stato compilato:**

- direttamente dal paziente
- dal paziente con l'aiuto di un familiare, conoscente
- da un familiare o conoscente del paziente

**23. Titolo di studio conseguito dal paziente:**

- nessun titolo
- licenza elementare
- licenza di scuola media inferiore
- diploma o qualifica di scuola media superiore
- laurea e post-laurea

**24. Attuale condizione professionale del paziente:**

- occupato
- in cerca di occupazione
- casalinga
- studente
- inabile al lavoro
- pensionato
- altro (*specificare.....*)





**25. Domicilio del paziente:**

- provincia (Barletta Andria Trani) BT;
- altre province della regione (BA-FG-BR-TA-LE)
- altre regioni italiane (*specificare* \_\_\_\_\_)
- altro Stato (*specificare* \_\_\_\_\_)

**26. Da uno a cinque, quanto è stato facile rispondere al questionario?**



**27. Con quale probabilità consiglieresti l'ASLBT a parenti o amici?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**IL QUESTIONARIO È TERMINATO.**

***La ringraziamo della tua preziosa collaborazione***

***La Dirigente Responsabile  
UOSVD Informazione e Comunicazione  
Polo Universitario e Formazione  
Dott.ssa Maria Micaela Abbinante***

***La Dirigente Responsabile  
UOSVD Gestione Rischio Clinico,  
Qualità e Bed Management  
Dott.ssa Mara Masullo***