



AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
POLICLINICO DI MODENA

Il Presidente

Modena, 8 ottobre 2018

Ai Componenti del
Comitato Consultivo Misto
Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Modena

Ai componenti supplenti CCM

Al dott. Paolo Barbieri
Responsabile U.R.P. AOU

All'Ing. Alessandro Melzani
STI – Area Applicativi

Oggetto: convocazione CCM

Il Comitato Consultivo Misto è convocato per:

martedì 16 ottobre dalle ore 14:00 alle ore 16:00
Poliambulatorio – piano terra Sala riunioni del Servizio Formazione

di seguito l'ordine del giorno:

- 1) Approvazione verbale seduta 27/9
- 2) Qualità e Indagine di customer "La qualità della cura in ospedale": dott.ssa Barbara Trevisani - dott. Paolo Barbieri – Ing. Alessandro Melzani
- 3) AGENAS: relazione risultati "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero"
- 4) Varie ed eventuali

In considerazione della collaborazione chiesta al CCM per la somministrazione dei questionari dell'indagine di gradimento "La qualità della cura in ospedale" si chiede la partecipazione di tutti i componenti del CCM (titolari e supplenti).

Cordiali saluti.

Maria Paola Lumetti

La qualità della cura in ospedale

Gentile Signora, Gentile Signore,

il questionario che le proponiamo ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei pazienti sulla qualità delle cure ricevute nei reparti di degenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Per la sua compilazione, qualora sia impossibilitato a farlo personalmente, può farsi aiutare da un parente, conoscente o volontario.

Le ricordiamo che non ci sono risposte giuste oppure sbagliate, ma siamo interessati esclusivamente al Suo personale e prezioso punto di vista, in quanto la nostra missione è quella di dare qualità delle cure a ogni paziente in relazione ai propri bisogni.

Le garantiamo il totale anonimato delle risposte, le quali saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a Lei.

Il questionario va compilato alla dimissione, così da avere una percezione più completa sulla Sua esperienza in reparto e La esortiamo a esprimere in totale libertà la Sua personale opinione, apponendo una X sul giudizio prescelto.

Il questionario, dopo la compilazione, dovrà essere posto nell'apposita cassetta in dotazione al Reparto.

La ringraziamo della Sua preziosa collaborazione
La Direzione

Il questionario è stato compilato: dal paziente con l'aiuto di un parente, conoscente, volontario dal caregiver
Età del paziente (anni compiuti): _____ Sesso: maschio femmina
Nazionalità: Italiana Straniera (specificare quale: _____)
Titolo di studio: nessun titolo licenza elementare licenza di scuola media inferiore diploma o qualifica di scuola media superiore laurea e post-laurea

Esprima la Sua opinione sui seguenti argomenti	Molto inadeguato/a	Inadeguato/a	Adeguito/a	Molto adeguato/a							
1. Accoglienza ricevuta in Reparto	①	②	③	④							
2. Materiale informativo ricevuto al momento del ricovero	①	②	③	④							
3. Tempo d'attesa tra l'arrivo in reparto e il momento in cui Le è stata assegnata la camera	①	②	③	④							
4. Personale Medico [gentilezza, disponibilità, informazioni, tempo dedicato]	①	②	③	④							
5. Personale Infermieristico [gentilezza, disponibilità, informazioni, tempo dedicato]	①	②	③	④							
6. Personale di Supporto (OSS, Ausiliari) [gentilezza, disponibilità, informazioni, tempo dedicato]	①	②	③	④							
7. Rispetto della Sua Privacy (Riservatezza) durante il ricovero	①	②	③	④							
8. Rilevazione del dolore	①	②	③	④							
9. Efficacia della terapia antidolorifica somministrata durante il ricovero [se effettuata]	①	②	③	④							
10. Esprima il dolore che sente se presente, in una scala che va da 0 a 10 (dove 0 = nessun dolore e 10 = massimo dolore immaginabile [posizionare una X sul numero scelto])	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Esprima la Sua opinione sui seguenti argomenti	Molto inadeguato/a	Inadeguato/a	Adeguito/a	Molto adeguato/a							

