

BMJ Open WHO standards-based tools to measure service providers' and service users' views on the quality of hospital child care: development and validation in Italy

Marzia Lazzerini ¹, Ilaria Mariani ¹, Tereza Rebecca de Melo e Lima,² Enrico Felici,³ Stefano Martellosi,⁴ Riccardo Lubrano,⁵ Annunziata Lucarelli,⁶ Gian Luca Trobia,⁷ Paola Cogo,⁸ Francesca Peri,⁹ Daniela Nisticò,⁹ Wilson Milton Were,¹⁰ Valentina Baltag,¹⁰ Moise Muzigaba,¹⁰ Egidio Barbi,^{9,11} on behalf of the CHOICE Study Group

To cite: Lazzerini M, Mariani I, de Melo e Lima TR, *et al*. WHO standards-based tools to measure service providers' and service users' views on the quality of hospital child care: development and validation in Italy. *BMJ Open* 2022;**12**:e052115. doi:10.1136/bmjopen-2021-052115

► Prepublication history and additional supplemental material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052115>).

Received 08 April 2021

Accepted 21 February 2022



© Author(s) (or their employer(s)) 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to

Dr Marzia Lazzerini; marzia.lazzerini@burlo.trieste.it

ABSTRACT

Objectives Evidence showed that, even in high-income countries, children and adolescents may not receive high quality of care (QOC). We describe the development and initial validation, in Italy, of two WHO standards-based questionnaires to conduct an assessment of QOC for children and young adolescents at inpatient level, based on the provider and user perspectives.

Design Multiphase, mixed-methods study.

Setting, participants and methods The two questionnaires were developed in four phases equally conducted for each tool. Phase 1 which included the prioritisation of the WHO Quality Measures according to predefined criteria and the development of the draft questionnaires. In phase 2 content face validation of the draft questionnaires was assessed among both experts and end-users. In phase 3 the optimised questionnaires were field tested to assess acceptability, perceived utility and comprehensiveness (N=163 end-users). In phase 4 intrarater reliability and internal consistency were evaluated (N=170 and N=301 end-users, respectively).

Results The final questionnaires included 150 WHO Quality Measures. Observed face validity was excellent (kappa value of 1). The field test resulted in response rates of 98% and 76% for service users and health providers, respectively. Among respondents, 96.9% service users and 90.4% providers rated the questionnaires as useful, and 86.9% and 93.9%, respectively rated them as comprehensive. Intrarater reliability was good, with Cohen's kappa values exceeding 0.70. Cronbach alpha values ranged from 0.83 to 0.95, indicating excellent internal consistency.

Conclusions Study findings suggest these tools developed have good content and face validity, high acceptability and perceived utility, and good intrarater reliability and internal consistency, and therefore could be used in health facilities in Italy and similar contexts. Priority areas for future research include how tools measuring paediatric QOC can be more effectively used to help health professionals provide the best possible care.

Strengths and limitations of this study

- This study describes the development and validation of tools to assess perceived quality of care from the perspective of service providers and users, based on the 'WHO Standards to Improve the Quality of Care for Children and Young Adolescents at Facility Level'.
- The major strength of the tools is the multiphase approach used for their development, which aimed at assessing different properties of the questionnaires, including: content validity—assessed with the contribution of both experts and end users—face validity, acceptability, perceived utility and comprehensiveness, reliability and internal consistency assessed in volunteers.
- The tools shall be further validated for use in countries other than Italy.

BACKGROUND

Despite reductions in child and adolescent mortality over the last 30 years, the global burden of disease remains immense. In 2019 alone, 7.4 (95% CI 7.2 to 7.9) million children and adolescents died mostly due to preventable or treatable causes.¹ Europe, Northern America and Australia are the regions with the lowest child mortality.¹ Notwithstanding low child mortality, even in high-income country's quality of care (QOC) for children and adolescents is still a challenge in many settings.^{2–11}

Evidence suggest that key gaps in the quality of inpatient child healthcare in high-income and upper middle-income countries include inappropriate hospitalisations, medical errors, drugs over-use, inadequate pain management and unsatisfactory patient

experience of care.^{2–10} For example, a recent report from the WHO highlights extreme variations in paediatric hospitalisation rates across Europe, ranging from 150 to 550 per thousand population, suggesting inequity in healthcare.² Multicountry surveys and systematic reviews^{4,5} report antibiotic prescription rates of up to 60%–75% for common paediatric conditions such as fever, upper respiratory tract infections and diarrhoea, driving high healthcare costs and increasing the risk of antibiotic resistance.^{6,7} On the other hand, pain prevention and treatment for children continues to be suboptimal, with a need for wider implementation of both pharmacological and non-pharmacological interventions.^{8,9} Finally, patient experience of care has been reported as unsatisfactory in several high-income countries.¹⁰

For adolescents, evidence from high-income, middle-income and low-income countries shows that adolescents experience many barriers to receiving quality healthcare, including related to factors such as low agency, restrictive laws and policies regarding informed consent, judgmental attitude of healthcare providers, unequal access to resource's, health services fragmentation and poor coordination.¹¹

Poor QOC impacts individual health outcomes and increases risks and costs for the entire community. The WHO Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030) recognises QOC as a priority for improving the health of children.¹² To operationalise this vision, a framework for paediatric QOC and standards of care were developed between 2015 and 2018.¹³ The WHO Framework¹³ identified eight domains of QOC grouped under three key dimensions: (1) provision of care; (2) experience of care; and (3) availability of resources (figure 1). In 2018 WHO defined, through an extensive consultation, eight standards for improving the

quality of paediatric and young adolescent (0–15 years) care, articulated in 40 WHO Quality Statements and 520 WHO Quality Measures.¹³

These WHO Standards and Measures have been developed in the best interests of children and young adolescents, to ensure that their particular needs and rights (eg, to family-friendly health facilities and services; child-specific and young adolescent-specific appropriate equipment, etc) are met and their risks for harm are minimised during health service delivery.¹³ The WHO Standards should be implemented in healthcare facilities following the 'Plan Do Study Act' cycle, which implies, as a first step, a baseline assessment.¹³

Nevertheless, there is a lack of documented experience on how best to collect data on the Quality Measures defined by WHO,¹³ especially in high-income countries. While tools have been developed to collect data on WHO Quality Measures related to maternal and newborn QOC,^{14,15} and outpatient and primary care for adolescents,¹⁶ no tool yet exists related to the WHO inpatient paediatric standards. In 2019, drawing on previous research conducted on the WHO Standards,^{17–21} we started a multicentre project called CHOICE (Child HOspital CarE) aiming at implementing the WHO Standards¹³ to improve QOC for children and young adolescents in health facilities in Italy and Brazil. This paper describes the development of two WHO-Standards-based questionnaires¹³ and their validation in Italy, which were the initial steps of the CHOICE project. These two questionnaires aim at collecting data on priority WHO paediatric Quality Measures from service users and service providers. The process of validation in other countries, as well as the development of a third tool aiming at collecting key measures on 'provision of care' from official hospital records, will be reported separately.

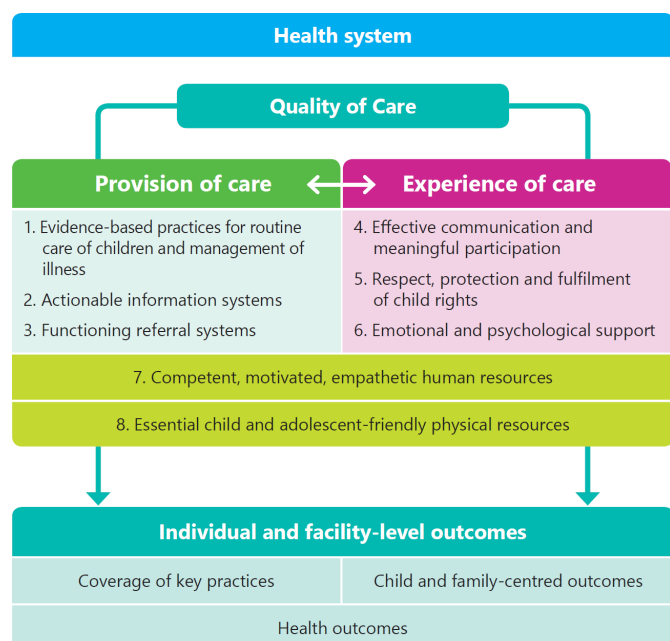


Figure 1 Key phases in questionnaires development.

METHODS

The development of the two CHOICE questionnaires included four subsequent phases, as shown in figure 2, which applied to both questionnaires equally.

The methodology used for the development and validation of the tools was based on existing guidelines,^{21–27} examples of questionnaires development reported in literature^{14,24,28} and authors' experience in developing similar tools.^{16–20}

Table 1 summarises the properties of the questionnaires which were evaluated through the whole process, and the methods used.

Phase 1: development of the draft questionnaire

As a preliminary step, we conducted a literature review to assess whether any other similar tool existed. Relevant experts in the field were consulted. A wide search strategy (online supplemental table 1) was applied to PUBMED, with no language restrictions. A snowballing process was used to identify additional relevant articles for the review using the reference list from primary articles. No other tool was identified therefore the process went on into

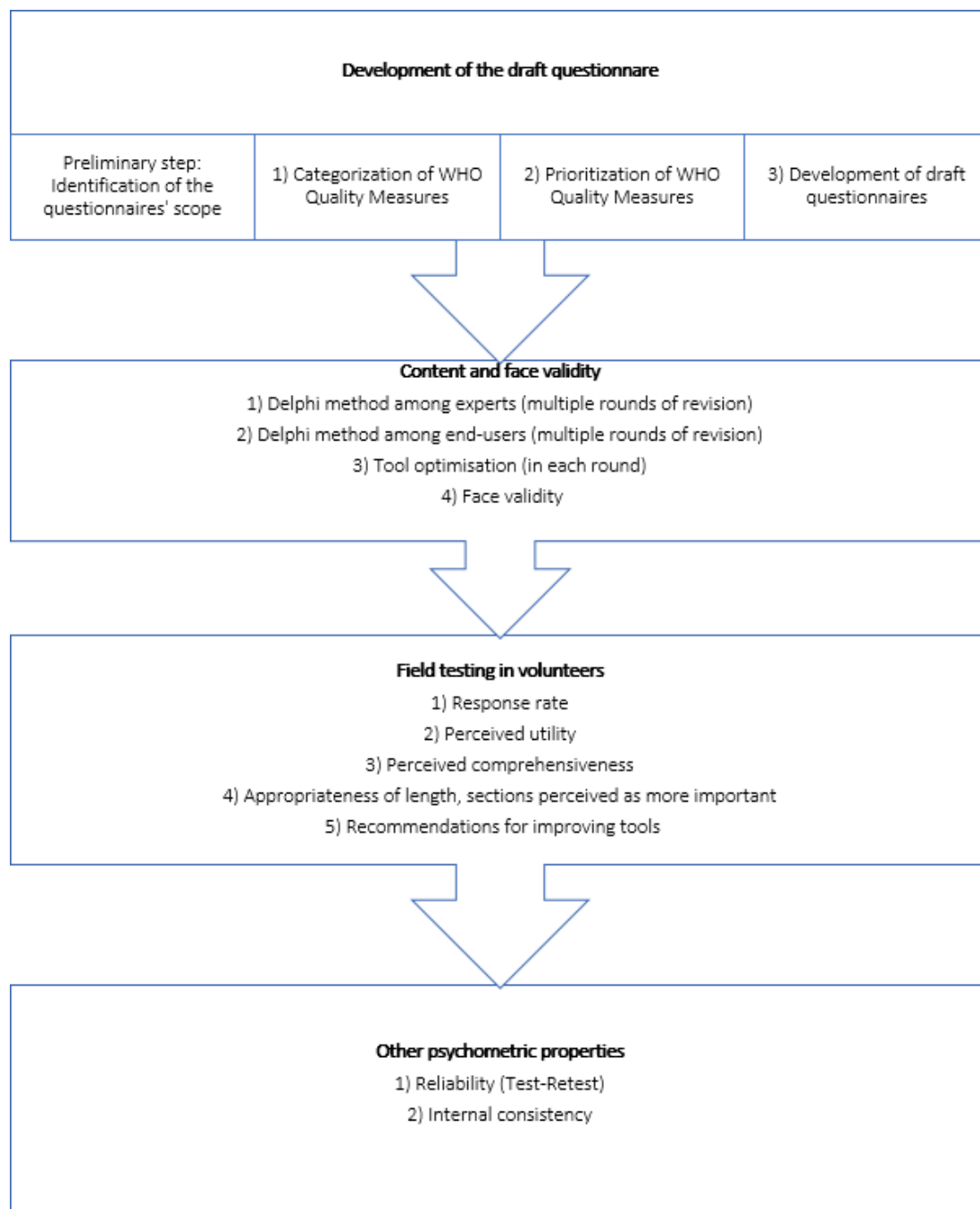


Figure 2 The WHO Framework for improving the quality of paediatric and young adolescent care.¹³

defining the questionnaires' scope and desired characteristics (table 2).

The expected use (table 2) of the two questionnaires was to collect priority indicators useful to improve paediatric QOC as defined by the WHO Quality Measures¹³ at facility level in high-income and upper middle-income countries. The focus on this specific setting, as well as the identified data sources (ie, service providers or service users) were considered critical for prioritising the WHO Quality Measures. The two tools were conceived as complementary to a third tool aiming at collecting key measures of provision of care from hospital records. Based on previous experience^{16–20} we felt it was important

to include several open questions in the CHOICE questionnaires, allowing for collection of any additional comment on QOC, and questions related to responders' recommendations on how to improve care in their own setting. Criteria for questionnaire structure and wording, were based on existing guidance on how to develop a questionnaire.^{22–24}

After these preliminary steps, the following steps which brought to the draft questionnaires were: the categorisation of the WHO Quality Measures, their prioritisation, and their translation into questions in the two draft questionnaires. Specifically, first the WHO Quality Measures for paediatric QOC were categorised based on:

**Table 1** Questionnaire property evaluation^{24 25}**Evaluated properties and methods**

Property	Definition	Methods used
Content validity	The extent to which a questionnaire item includes the most relevant and important aspects of a concept in the context of a given measurement application	Delphi method among experts Delphi method among health service providers and health service users Field test by end-users
Face validity	The ability of an instrument to be understandable and relevant to the targeted population	Formal statistical testing in a sample of volunteers
Acceptability	The degree of acceptability of the tool among responders	Field test by end-users
Reliability over time (intrarater agreement)	Ability of a questionnaire to produce the same results when administered to the same person at two different points in time	Formal statistical testing in a sample of volunteers
Internal consistency	The extent to which items in a (sub)scale are intercorrelated, thus measuring the same construct	Formal statistical testing in a sample of volunteers

Properties not evaluated and reason for exclusion

Property	Definition	Reason for exclusion
Diagnostic validity	The accuracy of a questionnaire in diagnosing certain conditions (eg, neuropathic pain)	The questionnaire does not aim to diagnose a specific health condition
Construct validity	The degree to which a tool measures what it claims, or purports, to be measuring	Convergent and divergent validity not possible to assess due to the lack of other validated instruments to measure QOC. Proxy indicators (eg, child mortality) not appropriate as comparison in the Italian setting
Criterion validity	The ability of a questionnaire to predict a final priority outcome (eg, gold standard, reference test to compare with)	Cannot be assessed due to the lack of a final priority outcome or 'gold-standard' to measure QOC
Inter-rater agreement	The degree of agreement among different raters on the QOC	Agreement between different responders is not relevant in a questionnaire which aims at collecting patient individual experience of care

QOC, quality of care.

(1) domain of the WHO Framework¹³ they pertained to; (2) most appropriate source of information (ie, health providers, health service users or both).

Second, the WHO Quality Measures for paediatric QOC were prioritised by a team of experts, including paediatricians, adolescent health specialists and researchers involved in developing the WHO paediatric QOC framework. A predefined criteria and scoring system (from a minimum of 0 to a maximum of 5) was used to prioritise Quality Measures: (1) relevance to QOC in the context of high-income to upper middle-income countries in the WHO European Region; (2) feasibility of data collection and expected data reliability and (3) potential utility of the information for use in a quality improvement process. All Quality Measures with a total score of at least 10 points were selected for the first draft of the questionnaire. Sociodemographic items (age, sex, type of diseases for children, type of health professionals, etc) were chosen and designed according to literature and previous

experience.^{15 23} Indicators relevant to COVID-19 were extracted from existing WHO guidance and relevant literature available.^{29 30}

Finally, the prioritised Quality Measures were translated into questions in the two draft questionnaires, following existing guidance (clear, specific, direct, concise questions) and previous experience^{22–24} (online supplemental table 2).

Phase 2: assessment of content and face validity

The two draft questionnaires were submitted to both volunteered experts and end-users to assess content validity (table 1). Opinion of end-users, and not only of experts, was considered particularly important, based on the fact that the two questionnaires aimed at collecting information on their perceived QOC. Two rounds of revision, including both experts and end-users were conducted.

The team of experts who reviewed both questionnaires included 49 paediatricians involved in the CHOICE

Table 2 Expected used and desired characteristics of the CHOICE questionnaires

Expected use	Collect data useful to improve the QOC for children and young adolescents at facility level in high-income and upper middle-income countries
Phenomena of interest	QOC as perceived by service users and service providers, in line with selected key WHO Quality Measures ¹³
Responders	<ol style="list-style-type: none"> 1. Service users, defined as parents or other caretakers of hospitalised children aged between 0 and 15 years, or children if with appropriate age to answer the questionnaire 2. Service providers, defined as any healthcare provider routinely assisting children at facility level
Context	Hospitals in high-income and upper middle-income countries
Administration format	Adaptable (self-administered paper-based or online, or interviews), anonymous and voluntary; informed consent required
Other desired characteristics	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collecting information on key WHO Quality Measures for paediatric QOC for which service users' and service providers views are appropriate 2. Multi-item instruments including the following dimensions of QOC: experience, resources, organisation of care, COVID-19 3. Complementary to a third tool collecting information on the provision of care (data source: hospital records) 4. Collecting also data on key indicators relevant to the COVID-19 pandemic (additional section) 5. Content informed by end-users (ie, service providers and service users) 6. Content sufficiently comprehensive, retaining acceptability (ie, good response rate) 7. Structured in logical sequence, by WHO domains of QOC¹³ and easy to follow; wording of questions based on existing guidance²⁴ (eg, clear, specific, concise questions) 8. Including open questions to improve paediatric QOC and collect suggestions and additional feedback 9. Good psychometric properties 10. Allowing scoring of QOC with a single quantitative indicator

CHOICE, Child HOspital CarE; QOC, quality of care.

project, with experience both at tertiary and secondary care and senior experts from different settings (Italy and Brazil) with long-term experience in developing and/or using WHO indicators and standards.^{13 15 17–21 31 32} The WHO Standards¹³ were made available to experts. The questionnaires were circulated in Italian, thanks to knowledge of the Brazilian expert of this language.

End-users included health professionals and parents of children hospitalised. Volunteers were selected based on responder characteristics as defined in [table 2](#). In each of the two round of revision 30 health professionals with different backgrounds (senior paediatricians, junior paediatricians, residents in paediatrics, nurses, chief nurses), from different countries (Italy and Brazil) and settings (hospital of different level) reviewed the questionnaire for service providers. Similarly, 30 parents of hospitalised children with different conditions, and presenting different characteristics (ie, age, education, parity, nationality), including a subsample of immigrants living in Italy reviewed the questionnaire for service users.

General Delphi process rules were followed³³: experts and end-users reviewed the questionnaires and provided written feedback through the two rounds. In each round, specific feedback on the following topics were requested: (1) formulation and wording of questions (ie, whether each question was clear, specific to a single measure and sufficiently concise); (2) importance and relevance of every question, including whether any item should be added or dropped; (3) organisation of domains (ie,

division of items in different sections) and (4) overall content and length of the questionnaires. Recommendations for improvement received were discussed within the team of experts until consensus on a final version was reached. The resulting revised version was then assessed for face validity.

Face validity was assessed by asking end-users (ie, parents of hospitalised children and health workers) to evaluate each question in written form, using a dichotomous scale (Yes/No) in terms of: (1) 'relevance' (defined as the ability of a question to address the extent to which findings, if accurate, apply to the setting of interest) and (2) 'appropriateness' (defined as the ability of items' content to describe the intended characteristic of a construct). Face validity was expressed as absolute frequencies, per cent observed agreement and Cohen's kappa (K) statistics. The minimum predefined acceptable value of K based on existing literature^{34–41} was 0.70. Responders were selected at random among the population of health professionals and parents of hospitalised children at the Institute for Child Health Burlo Trieste, a large referral maternal and child hospital caring for paediatric cases from the whole national territory. The sample selection aimed at including responders with different backgrounds (ie, for service providers: senior and junior paediatrician registers in paediatrics, senior and junior nurses; for service users: parents of different ages, sexes, education levels and nationalities of children hospitalised due to different conditions).

The questionnaires were optimised based on the steps above.

Phase 3: field testing

The revised questionnaires were field tested among 163 volunteers (130 parents and 33 health workers) to assess: (1) response rate (calculated as number of respondents out of those asked to complete the questionnaire); (2) perceived utility (yes/no); (3) comprehensiveness (yes/no); (4) length appropriateness (right length/too short/too long); (5) sections perceived as more important (all/A/B/only specific items in each section) and (6) any further recommendations for improving the tool (eg, adding or deleting questions, rephrasing, etc).

Phase 4: assessing reliability and internal consistency

The final questionnaires, optimised based on the steps above (online supplemental annex 1 and 2, table 3) were assessed for intrarater reliability over time, by administering the questionnaire twice (test–retest). It was evaluated on multiple-choice questions—excluding socio-demographic items—using the Cohen's kappa (K) statistic and other indexes of agreement (ie, Gwet's AC1, Bennet and Brennan-Prediger coefficients of agreement).^{38–41}

Internal consistency was assessed through Cronbach's alpha correlation (alpha), for sections A and B of each questionnaire (online supplemental table 3), where items were meant to be interrelated. For values of Cronbach's alpha greater than or equal to 0.70 internal consistency was considered good.^{22 34} Both reliability and internal consistency were assessed in a sample of volunteers from different regions across Italy.

A simple scoring system (online supplemental table 4) was developed based on examples in literature and previous authors' experience.^{15 28} In developing the scoring system, the following key considerations were made. First, it was acknowledged that other recent scoring systems developed to describe the QOC^{28 41 42} did not attribute different weights to different Quality Measures; in fact, it is difficult if not impossible to quantify the importance of different aspects of care (eg, antibiotic prescriptions vs respectful care), as all of these aspects are equally linked to human rights.¹³ Second, literature suggests that a scoring system with values ranging from 0 to 100 is easier to understand (compared with other ranges).²⁸ Consequently, in the CHOICE scoring system each WHO Quality was given the same weight, with a total score ranging in each domain from 0 to 100, thus allowing easy comparison across domains (eg, resources, experience, etc). This study did not aim at further testing the scoring system.

Data analysis

For face validity, the required minimum sample size, calculated based on exiting guidance,^{21 22 34} resulted in 20 service users and 20 healthcare providers, assuming in the null hypothesis a K value of 0.3 and in the alternative hypothesis a K value of at least 0.7, 80% power and a

significance level of 2.5% with a one-tailed test. For reliability, assuming in the null hypothesis a K value of 0.45 and in the alternative hypothesis a K value of at least 0.65 (with a proportion of 0.20, 0.3 and 0.5 in the three categories of the item), 80% power and a significance level of 2.5% with a one-tailed test, the required sample resulted in 74 cases for each questionnaire. For the internal consistency, assuming in the null hypothesis an alpha of 0.55, and in the alternative hypothesis an alpha of at least 0.70, 80% power, a number of items equal to 10 (to be conservative), and a significance level of 2.5% with a one-tailed test, a required sample of 108 service users and 108 health professionals was needed.

Summary statistics were presented as absolute frequencies, percentages, and as K statistic and other indexes of agreement (ie, Gwet's AC1, Bennet and Brennan-Prediger coefficients of agreement) and as Cronbach's alpha correlation value, as appropriate. All tests performed were two-tailed and a p value of <0.05 was considered statistically significant. Statistical analyses were performed using Stata V.14 and R V.3.6.1.

Patient and public involvement statement

Service user, selected on a voluntary basis, were involved in the development and validation of the CHOICE questionnaires. They had the opportunity to provide feedback on the health service user questionnaire, and express freely their preferences. Inputs received from patients were used to revise the content of the questionnaire, including reducing its length, and to improve acceptability.

RESULTS

Phase 1: questionnaire draft development

The process of prioritisation of the WHO Quality Measures resulted in the inclusion of 85 Quality Measures in the service user questionnaire, and 80 Quality Measures in the service provider questionnaire, respectively. Considering additional items (ie, questions to assess sociodemographic characteristics of responders, and open questions), these first versions included 100 and 95 total questions respectively. The draft questionnaires were further assessed and optimised in the following phases described below.

Phase 2: content and face validity

The Delphi process among experts optimised several questions, including questions on management of diarrhoea, respiratory infections, fever, pain and organisation of care. A few items were dropped and substituted by other WHO Quality Measures which were deemed more specific, relevant to the context of high-income and middle-income countries, and potentially actionable (eg, availability of clear criteria for hospitalisation for diarrhoea, constant availability of a minimum set of drugs to treat pain in children, non-pharmacological pain prevention). Specific questions required rewording after feedback from end-users.

Since responders recommended to reduce the length of the questionnaires, the total number of included WHO Quality Measures was slightly decreased. Specifically, 10 measures which were repeated in both questionnaires were dropped from the service user questionnaire; 5 measures deemed less relevant by end-users and experts were dropped from the service provider questionnaire. The revised tools included 75 Quality Measures each, for a total of 150 WHO Quality Measures across the two instruments (online supplemental table 3).

Results of the subsequent face validity test are reported in online supplemental table 5. More responders than expected based on the initial sample size calculation contributed to face validity, resulting in a final sample of 30 parents and 20 health providers. For most questions it was impossible to estimate the Cohen's kappa statistics due to the fact that none of the responder considered any question as not relevant nor appropriate, except for a single question in each questionnaire with a resulting kappa value of 1, indicating excellent face validity. Thus, there was no need to further modify the questionnaires.

The final version of the two questionnaires is reported as online supplemental annex 1, 2. The questionnaire for health workers included the following six sections: (A) physical resources for health workers (40 items); (B) organisation of work (25 items); (C) management of COVID-19 pandemic (12 items); (D) overall satisfaction (two questions); a section to collect sociodemographic characteristics of health workers; a final section to collect feedbacks on the perceived utility and acceptability of the questionnaire. Similarly, the questionnaire for health service users included the following six sections: (A) physical resources for children and their care-givers (25 items); (B) experience of care (40 items); (C) management of COVID-19 pandemic (10 items); (D) overall satisfaction (two questions); a section to collect sociodemographic characteristics of health workers; a final section to collect feedbacks on the perceived utility and acceptability of the questionnaire. In each of the two questionnaires, section A, B, C, D included a final open question to collect suggestions from health workers on how to improve the QOC (online supplemental table 3).

Phase 3: field testing

The field testing of the final version of two questionnaires with 163 volunteers resulted in a high response rate (98% for service users, 76% for service providers), among which 96.9% and 90.4%, respectively rated the questionnaires as useful (online supplemental table 6). Overall, 86.9% and 93.9%, respectively rated the questionnaire as comprehensive, with most responders considering all sections of the questionnaire as important (83.1% and 75.8%, respectively).

In the open field for recommendations for improvement we received several messages of appreciation, and only a minor suggestion for revisions. No other changes were therefore needed after field testing.

Phase 4: reliability and internal consistency

Findings on intrarater agreement are reported in online supplemental table 7. We received more answers than expected, resulting in a final sample of 95 parents and 75 service providers, resulting in a power of 89% and 88%, respectively. The value of Cohen's kappa was at least 0.70 for all questions, with the exception of selected cases were the paradox of Cohen's kappa (ie, low kappa values in presence of a high degree of agreement) was observed, due to substantial imbalance in the table's marginal totals.³⁷⁻³⁹ All additional indexes of agreement—Gwet's AC1, Bennet index, Brennan-Prediger coefficient—indicated for all items at least a good agreement (Gwet's AC1 >0.60),⁴⁰ with the exception of two question with a value of Gwet's AC1 of 0.55 and 0.60, respectively, which were rephrased by the team of experts to improve clarity.

Internal consistency findings are reported in online supplemental table 8. We received more answers than expected, thus resulting in a final sample of 193 parents providing a power 96.4%. The Cronbach's alpha values were 0.84 and 0.83 for sections A and B of the service user questionnaire, respectively, while for the service provider questionnaire the values were 0.95 and 0.85, indicating very high internal consistency for both questionnaires.²¹⁻²³

DISCUSSION

Collecting service users' and service providers' views on paediatric QOC is critical for improving it. This paper presents the first results of the long process of designing, developing and validating two questionnaires which comprehensively collect data on 150 WHO Quality Measures¹³ for measuring QOC for children and young adolescents at hospital level. The ultimate objective of these tools is helping department directors and other policy makers understand what works well and what needs to be improved in facilities where children and adolescent receive healthcare. The availability of a unified comprehensive approach to measuring QOC for children at facility level as defined by the WHO Standards¹³ and using validated tools will allow comparisons of data across settings and over time and enhance efforts to improve paediatric QOC.

We believe that the process we adopted had several strengths. It included multiple phases, based on existing recommendations on health questionnaire development,²²⁻²⁶ and on guidance to evaluate patients' experience of care.²⁷⁻²⁸ The initial questionnaires were optimised through a sequence of logical steps, which included several rounds of revisions after feedback from international experts and end-users, field testing, and formal statistical assessment of the relevant psychometric properties of the tools. Other questionnaires previously developed and used in recent large surveys did not go through all these steps.⁴³ Interestingly, a recent systematic review emphasised the lack of clear, scientifically sound recommendations on methods to validate patient-reported outcomes measures.⁴⁴

As a limitation of this study, we acknowledge that the sample size used for validation only included professional and parents from Italy. The questionnaires and the score system are now undergoing additional validations and field-testing in Brazil and in other countries. Results of these ongoing efforts will be reported separately. Another priority area for future research is documenting how these tools can be better used to drive a quality improvement process. In the future the questionnaire may also be further adapted for use in large 'quick' online surveys.

The two questionnaires were intentionally aiming at assessing perceived inpatient QOC for children and young adolescent from services users and service providers perspectives. As such, they may have the limitations of excluding older adolescents, excluding the outpatient and low-income settings, and capturing only perceptions on QOC. We believe that no single tool can fit all purposes while retaining acceptability. Most tools to measure QOC actually use surveys in service users, since this is an important perspective.^{14 15 18 28 42 43} Further research is needed to develop tools that cover the population and settings excluded by the two-questionnaire described in this study.

As anticipated in the introduction, to allow triangulation of data from different data sources, we developed a third, complementary tool aiming at collecting key WHO Quality Measures on provision of paediatric care from official hospital patient records. The three tools have been conceived and developed in parallel, aiming at collecting, when used together, 170 WHO Quality Measures on paediatric QOC.¹³ Findings of the development and validation of this third tool will be reported separately.

The scoring system should be intended only as a complementary (not substitutive) way to quantitatively measure paediatric QOC in a synthetic format, and should always be interpreted looking at detailed results of the whole list of indicators collected. Properties of the score system shall be evaluated in future studies.

CONCLUSIONS

This study suggests that the two WHO standards-based tools developed have good content and face validity, high acceptability and perceived utility, and good intrarater reliability and internal consistency, and therefore could be used in health facilities in Italy and similar contexts. Priority areas for future research include how tools measuring paediatric QOC can be more effectively used to help health professionals provide the best possible care.

Author affiliations

¹WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health, Institute for Maternal and Child Health IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy

²Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP, Recife, Brazil

³Pediatric and Pediatric Emergency Unit, The Children Hospital, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

⁴Pediatric Unit, Ospedale Santa Maria di Ca Foncello, Treviso, Italy

⁵Department of Pediatrics, "La Sapienza" University -Hospital "Santa Maria Goretti" of Latina, Roma, Italy

⁶Pediatric Emergency Department, Giovanni XXIII Pediatric Hospital, University of Bari, Bari, Italy

⁷Pediatric and Pediatric Emergency Room Unit, "Cannizzaro" Emergency Hospital, Catania, Italy

⁸Division of Paediatrics, Department of Medicine DAME, Academic Hospital Santa Maria della Misericordia, University of Udine, Udine, Italy

⁹University of Trieste, Trieste, Italy

¹⁰Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing, World Health Organization, Geneva, Switzerland

¹¹Institute for Maternal and Child Health IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy

Acknowledgements We would like to thank all project partners and volunteers who helped in the development of the tool.

Collaborators CHOICE Study Group: Claudio Germani MD (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Angeliika Velkoski MD (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Elia Balestra MD (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', University of Trieste, Trieste, Italy), Benmario Castaldo MD (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', University of Trieste, Trieste, Italy), Alice Del Colle (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', University of Trieste, Trieste, Italy), Emanuelle Pessa Valente PhD (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Giorgio Cozzi MD (Emergency Department, Institute for Maternal and Child Health IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Alessandro Amaddeo MD (Emergency Department, Institute for Maternal and Child Health IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), De Monte Roberta Coordinatrice (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Tamara Strajn Coordinatrice (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Livia Bicego MD (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Andrea Cassone PO (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Silvana Schreiber PO (Institute for Maternal and Child Health - IRCCS 'Burlo Garofolo', Trieste, Italy), Ilaria Liguoro MD (Department of Medicine DAME-Division of Pediatrics, University of Udine, P.zzale S. Maria della Misericordia, 15, 33100, Udine, Italy), Chiara Pilotto MD (Department of Medicine DAME-Division of Pediatrics, University of Udine, P.zzale S. Maria della Misericordia, 15, 33100, Udine, Italy), Lisa Stavro MD (Department of Medicine DAME-Division of Pediatrics, University of Udine, P.zzale S. Maria della Misericordia, 15, 33100, Udine, Italy), Chiara Stefani MD (Pediatric Unit, Ca' Foncello's Hospital, 31100 Treviso, Italy), Paola Moras MD (Pediatric Unit, Ca' Foncello's Hospital, 31100 Treviso, Italy), Marcella Massarotto (Pediatric Unit, Ca' Foncello's Hospital, 31100 Treviso, Italy), Paola Crotti (Pediatric Unit, Ca' Foncello's Hospital, 31100 Treviso, Italy), Benedetta Ferro (Pediatric Unit, Ca' Foncello's Hospital, 31100 Treviso, Italy), Riccardo Pavanello (Pediatric Unit, Ca' Foncello's Hospital, 31100 Treviso, Italy), Silvia Bressan MD (Pediatric Emergency Unit - Department of Woman's and Child Health, University of Padova, Italy), Marta Arpone PhD (Diagnosis and Development, Murdoch Children's Research Institute, Royal Children's Hospital, Melbourne, VIC, Australia), Silvia Fasoli MD (Paediatric Unit, Carlo Poma Hospital, Mantua, Italy), Pelazza Carolina, MSc (Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy), Francesco Tagliaferri MD (Division of Pediatrics, Department of Health Sciences, University of Piemonte Orientale, Novara, Italy), Marta Coppola MD (Division of Pediatrics, Department of Health Sciences, University of Piemonte Orientale, Novara, Italy), Chiara Grisaffi MD (Division of Pediatrics, Department of Health Sciences, University of Piemonte Orientale, Novara, Italy), Elisabetta Mingoa MD (Division of Pediatrics, Department of Health Sciences, University of Piemonte Orientale, Novara, Italy), Idanna Sforzi MD (Emergency Department and Trauma Center, Meyer Children's Hospital, Viale Pieraccini 24, 50139, Florence, Italy), Rosa Santangelo Inf (Emergency Department, Meyer Children's Hospital, Viale Pieraccini 24, 50139, Florence, Italy), Andrea Iuorio Inf (Emergency Department, Meyer Children's Hospital, Viale Pieraccini 24, 50139, Florence, Italy), Sara Dal Bo MD (Department of Pediatrics, 'S. Maria delle Croci' Hospital, AUSL della Romagna, Ravenna, Italy), Federico Marchetti MD (Department of Pediatrics, 'S. Maria delle Croci' Hospital, AUSL della Romagna, Ravenna, Italy), Vanessa Martucci MD (Pediatric and Neonatology Unit, Maternal and Child Health Department, 'La Sapienza' University of Roma - Hospital 'Santa Maria Goretti' of Latina, Roma, Italy), Mariateresa Sanseviero MD (Pediatric and Neonatology Unit, Maternal and Child Health Department, 'La Sapienza' University of Roma - Hospital 'Santa Maria Goretti' of Latina, Roma, Italy), Bloise Silvia MD (Pediatric and Neonatology Unit, Maternal and Child Health Department, 'La Sapienza' University of Roma - Hospital 'Santa Maria Goretti' of Latina, Roma, Italy), Alessia Marcellino

MD (Pediatric and Neonatology Unit, Maternal and Child Health Department, 'La Sapienza' University of Roma – Hospital 'Santa Maria Goretti' of Latina, Roma, Italy), Annunziata Lucarelli MD (Giovanni XXIII Pediatric Hospital, Pediatric Emergency Department, University of Bari, Bari, Italy), Eleonora Canzio MD (Giovanni XXIII Pediatric Hospital, Department of Pediatrics, University of Bari, Bari, Italy), Roberta Parrino MD (Pediatric Emergency Unit, Maternal and Child Department, Arnas Civico, Palermo, Italy), Salvatore Gambino (Pediatric Maternal and Child Department, Arnas Civico, Palermo, Italy), Melania Guardino MD (Department of Neonatology and NICU, University Hospital Policlinico P. Giaccone, Palermo, Italy), Luca Lagalla MD (Department of Sciences for Health Promotion and Mother and Child Care 'G. D'Alessandro', University of Palermo, Via A. Giordano 3, 90127, Palermo, Italy), Beatrice Vaccaro (Pediatric Maternal and Child Department, Arnas Civico, Palermo, Italy), Giuseppina de Rosa (Pediatric Maternal and Child Department, Arnas Civico, Palermo, Italy), Vita Antonella Di Stefano MD (Pediatric and Pediatric Emergency Room Unit, 'Cannizzaro' Emergency Hospital – Catania, Italy), Francesca Patané MD (Pediatric Postgraduate Residency Programme, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Catania, Catania, Italy).

Contributors ML is the guarantor, conceived the study, in dialogue with EB, MM, WMW. IM analysed data, with inputs from other authors. ML, IM, TRdMeL, EF, SM, RL, AL, GLT, PC, FP, DN, WMW, VB, MM, EB participated in questionnaires' development and/or in other steps on the tools' validation. ML wrote the first draft. All authors revised the paper until its final version.

Funding The authors have not declared a specific grant for this research from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Disclaimer The authors alone are responsible for the views expressed in this article and they do not necessarily represent the views, decisions or policies of the institutions with which they are affiliated.

Competing interests None declared.

Patient consent for publication Not applicable.

Ethics approval This study involves human participants and The CHOICE study was approved by the Ethical Committee of the Friuli Venezia Giulia Region (Protocol number 0035348) and by all ethical committees of 12 participating centres in Italy and Brazil. Participants in the validation and field testing of CHOICE questionnaires were informed about the objectives and methods of the study, including their right to decline participation, and signed an informed consent before responding to the questionnaires. Anonymity in data collection was ensured by not collecting any information that could disclose participants' identities.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Data availability statement All data relevant to the study are included in the article or uploaded as supplementary information. The authors confirm that the data supporting the findings of this study are available within the article and its supplementary materials." as indicated in the website <https://authorservices.taylorandfrancis.com/data-sharing/share-your-data/data-availability-statements/> ?

Supplemental material This content has been supplied by the author(s). It has not been vetted by BMJ Publishing Group Limited (BMJ) and may not have been peer-reviewed. Any opinions or recommendations discussed are solely those of the author(s) and are not endorsed by BMJ. BMJ disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on the content. Where the content includes any translated material, BMJ does not warrant the accuracy and reliability of the translations (including but not limited to local regulations, clinical guidelines, terminology, drug names and drug dosages), and is not responsible for any error and/or omissions arising from translation and adaptation or otherwise.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iDs

Marzia Lazzarini <http://orcid.org/0000-0001-8608-2198>

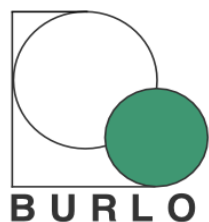
Ilaria Mariani <http://orcid.org/0000-0001-8260-4788>

REFERENCES

1 UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division. *Levels & trends in child mortality report 2020. Estimates developed by the U*

- Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation*. Geneva: United Nations Children's Fund, 2020. <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2020>
- 2 World Health Organization. *Situation of child and adolescent health in Europe*. World Health Organization, 2018.
- 3 World Health Organization, OECD & International Bank for Reconstruction and Development. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. World Health Organization, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>
- 4 Van de Maat J, van de Voort E, Mintegi S, et al. Research in European pediatric emergency medicine Study Group. antibiotic prescription for febrile children in European emergency departments: a cross-sectional, observational study. *Lancet Infect Dis* 2019;19:382–39.
- 5 Clavenna A, Bonati M. Differences in antibiotic prescribing in paediatric outpatients. *Arch Dis Child* 2011;96:590–5.
- 6 Piovani D, Clavenna A, Sequi M, et al. Reducing the costs of paediatric antibiotic prescribing in the community by implementing guideline recommendations. *J Clin Pharm Ther* 2013;38:373–8.
- 7 European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) annual epidemiological report for 2019. Available: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2019> [Accessed 5 Mar 2020].
- 8 Williams S, Keogh S, Douglas C. Improving paediatric pain management in the emergency department: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud* 2019;94:9–20.
- 9 Krauss BS, Calligaris L, Green SM, et al. Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *Lancet* 2016;387:83–92.
- 10 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. *Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide*. Washington, DC: National Academies Press, 2018.
- 11 World Health Organization. *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA): guidance to support country implementation*. Geneva: World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9789241512343-eng.pdf?ua=1>
- 12 World Health Organization. *Every woman every child. Global strategy for women's, children's and adolescents health 2016–2030*. Geneva: World Health Organization, 2016. <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>
- 13 World Health Organization. *WHO standards to improve the quality of care for children and young adolescents at facility level*. Geneva: World Health Organization, 2018.
- 14 Bohren MA, Vogel JP, Fawole B, et al. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Med Res Methodol* 2018;18:132.
- 15 Lazzarini M, Argenti G, Mariani I, et al. A WHO standards-based tool to measure women's views on the quality of care around the time of childbirth at facility level in the WHO European Region: development and validation in Italy. *BMJ Open* 2022;12:e048195.
- 16 WHO/UNAIDS. *Global standards for quality health-care services for adolescents. Tools to conduct quality and coverage measurement surveys to collect data about compliance with the global standards*. Geneva: World Health Organization, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol3_eng.pdf?sequence=5
- 17 Lazzarini M, Shukurova V, Davletbaeva M, et al. Improving the quality of hospital care for children by supportive supervision: a cluster randomized trial, Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ* 2017;95:397–407.
- 18 Lazzarini M, Valente EP, Covi B, et al. Use of WHO standards to improve quality of maternal and newborn hospital care: a study collecting both mothers' and staff perspective in a tertiary care hospital in Italy. *BMJ Open Qual* 2019;8:e000525.
- 19 Lazzarini M, Mariani I, Semenzato C, et al. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open* 2020;10:e037063.
- 20 Lazzarini M, Semenzato C, Kaur J, et al. Women's suggestions on how to improve the quality of maternal and newborn hospital care: a qualitative study in Italy using the WHO standards as framework for the analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:200.
- 21 Mohamed R, Fahmy FF, Senanayake H. Correlation among experience of person-centered maternity care, provision of care and women's satisfaction: cross sectional study in Colombo, Sri Lanka. *PLoS One* 2020;16:e0249265.

- 22 Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 5th edn. Oxford University Press, 2014.
- 23 Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, *et al*. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60:34–42.
- 24 Tsang S, Royse CF, Terkawi AS. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi J Anaesth* 2017;11:80–9.
- 25 Taherdoost H. Validity and reliability of the research instrument; how to test the validation of a Questionnaire/Survey in a research. *Int J Acad Res Manag* 2016;5:hal-02546799.
- 26 Oluwatayo JA. Validity and reliability issues in educational research. *J Educat Soc Res* 2012;2.
- 27 Larson E, Sharma J, Bohren MA, *et al*. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ* 2019;97:563–9.
- 28 Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, *et al*. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health* 2019;7:e96–109.
- 29 World Health Organization. *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context*. Geneva: World Health Organization, 2020.
- 30 World Health Organization. *COVID-19 strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response*. Geneva: World Health Organization, 2020.
- 31 World Health Organisation Regional Office for Europe. *Hospital care for children: quality assessment and improvement tool*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 2015.
- 32 Pessa Valente E, Barbone F, de Melo E Lima TR, *et al*. Quality of maternal and newborn hospital care in Brazil: a quality improvement cycle using the who assessment and quality tool. *Int J Qual Health Care* 2021;33:mzab028.
- 33 McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm* 2016;38:655–62.
- 34 Anthoine E, Moret L, Regnault A, *et al*. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes* 2014;12:176.
- 35 Taber KS. The use of cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Educ* 2018;48:1273–96.
- 36 Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159.
- 37 Feinstein AR, Cicchetti DV. High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *J Clin Epidemiol* 1990;43:543–9.
- 38 Randolph JJ. Free-Marginal Multirater Kappa (multirater K[free]): An Alternative to Fleiss' Fixed-Marginal Multirater Kappa [Internet]. Online Submission 2005;14.
- 39 Zec S, Soriani N, Comoretto R, *et al*. High agreement and high prevalence: the paradox of Cohen's kappa. *Open Nurs J* 2017;11:211–8.
- 40 Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wedding D, *et al*. A comparison of Cohen's kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:61.
- 41 Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, *et al*. The mothers on respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM Popul Health* 2017;3:201–10.
- 42 Vedam S, Stoll K, Martin K, *et al*. The mother's autonomy in decision making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLoS One* 2017;12:e0171804.
- 43 Bohren MA, Vogel JP, Fawole B, *et al*. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Med Res Methodol* 2018;18:132.
- 44 Sawyer A, Ayers S, Abbott J, *et al*. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:108.



**INDAGINE SUGLI STANDARD OMS PER IL
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE
PEDIATRICHE**

**Il punto di vista
dell'operatore
sanitario**



**WHO Collaborating Center
for Maternal and Child Health
Trieste Italy**

Perché quest'indagine?

Il presente questionario (*"Il punto di vista dell'operatore sanitario"*) è distribuito a tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza del bambino, in parallelo ad un secondo questionario distribuito ai genitori, nell'ambito di un progetto multicentrico ed internazionale coinvolgente altri ospedali in Italia e in Brasile. I questionari raccolgono informazioni principalmente su degli standard proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per migliorare la qualità delle cure pediatriche in ospedale.

Perché partecipare?

Le informazioni raccolte saranno utilizzate per capire meglio il punto di vista degli operatori sanitari e dell'utenza e per raccogliere eventuali proposte su come migliorare la qualità delle cure erogate. La incoraggiamo fortemente a partecipare ed a scrivere quello che pensa, perché questa è un'occasione importante per fare la differenza.

Questo questionario permette di dar voce alle sue idee.

Il questionario è anonimo?

In questo questionario non chiediamo il suo nome né altre informazioni che possano svelare la sua identità. Quindi si senta libero di rispondere quello che pensa veramente.

Per noi è importante la sua vera opinione.

**Grazie per il tempo che ci dedica,
Le auguriamo una buona giornata!**

Lei in che reparto lavora?*

- Clinica Pediatrica
- Pronto Soccorso
- Entrambi

*Se presta servizio in entrambi, risponda alle seguenti domande in base al reparto dove lavora di più.

SEZIONE A. RISORSE FISICHE PER GLI OPERATORI SANITARI

Rispetto al **triage del bambino**, la struttura in cui Lei lavora dispone di:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
1. Protocolli clinici per il triage completi e chiari			
2. Una politica chiara che definisce il tempo massimo di attesa per il di triage e per la visita medica			
3. Un sistema di triage attivo 24/24h			

Rispetto **alle emergenze pediatriche**, la struttura in cui Lei lavora dispone di:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
4. Protocolli clinici per le emergenze completi e chiari			
5. Strutture fisiche adeguate per la gestione dell'emergenza pediatrica (box o stanza con sufficiente spazio, illuminazione, mobilio, prese elettriche, prese per ossigeno, senza barriere che ostacolano in lavoro in team)			
6. Algoritmi relativi al trattamento delle emergenze pediatriche visibili alle pareti completi e chiari			
7. Carrello per la rianimazione sempre adeguatamente fornito con tutto l'equipaggiamento funzionante per la rianimazione e le cure pediatriche di emergenza, disponibile in ogni momento			
8. Costante disponibilità di farmaci per le emergenze pediatriche			

Rispetto al bambino con **sintomi respiratori acuti**, la struttura in cui Lei lavora dispone di:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
9. Protocolli clinici scritti basati sull'evidenza completi e chiari			
10. Costante disponibilità di risultati emogas (anche da capillare) di emocromo, PCR, procalcitonina, elettroliti in 1 ora			
11. Costante disponibilità di antibiotici e di broncodilatatori per trattare queste condizioni			
12. Costante disponibilità di ossigeno			
13. Costante disponibilità di equipaggiamento per la somministrazione di ossigeno (naso-cannule, mascherine...) e di apparecchi per la somministrazione di farmaci nebulizzati (aerosol o distanziatori)			

Rispetto al bambino con **diarrea**, la struttura in cui Lei lavora dispone di:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
14. Protocolli clinici completi e chiari			
15. Algoritmi per la reidratazione visibili sulle pareti			
16. Criteri chiari per l'ospedalizzazione			
17. Costante disponibilità di soluzioni reidratanti orali e per somministrazione endovenosa sempre disponibili			

Rispetto al bambino con **febbre**, la struttura in cui Lei lavora fornisce:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
18. Protocolli clinici completi e chiari			
19. Disponibilità di un microscopio per esame urine ed esame liquor			
20. Costante disponibilità di emocultura con risultato in 2 giorni			

Rispetto al **bambino con dolore**, la struttura in cui Lei lavora dispone di:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
21. Protocolli aggiornati per il riconoscimento, la valutazione e la gestione del dolore completi e chiari			
22. Costante disponibilità di farmaci adeguati per il trattamento del dolore nei bambini (paracetamolo, ibuprofene, fentanyl nasale/morfina ev)			
23. Procedure standardizzate per la gestione del dolore nei bambini di tipo non farmacologico (es. allattamento al seno, soluzione glucosata)			

Rispetto al **bambino maltrattato**, la struttura in cui Lei lavora dispone di:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
24. Protocolli aggiornati per l'individuazione, la documentazione e l'assistenza dei bambini vittime di violenza completi e chiari			
25. Team multidisciplinare per indagare, curare e fornire il supporto necessario ai bambini			

Rispetto al **bambino che necessita di essere trasferito**, la struttura in cui Lei lavora dispone di

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
26. Protocolli aggiornati per l'individuazione dei casi da trasferire			
27. Procedure chiare che garantiscano il tempestivo trasferimento in caso di necessità e cure adeguate durante il percorso			
28. Un sistema di revisione dei casi trasferiti (es. discussioni cliniche periodiche), che favorisca la continuità delle cure ed il lavoro in team tra professionisti di diversi reparti/ospedali			

Rispetto alla **prevenzione infezioni ospedaliere**, la struttura in cui Lei lavora dispone di:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
29. Linee guida/protocolli chiari ed esaustivi in merito all'igiene delle mani ed alla prevenzione infezioni durante le procedure			
30. Stazioni per il lavaggio delle mani con acqua e sapone o soluzioni alcoliche in numero sufficiente			
31. Costante disponibilità di soluzioni sterili, disinfettanti, dispositivi di protezione (guanti e camici) per eseguire procedure mediche e chirurgiche			

Nella **farmacia** dell'ospedale in cui Lei lavora sono presenti:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
32. Farmacisti qualificati (esperienza sui farmaci pediatrici) ed in numero sufficiente			
33. Adeguata scorta di farmaci per le emergenze e altri farmaci di uso comune			
34. Adeguata scorta di antibiotici di prima e seconda linea			
35. Rapido servizio di distribuzione ai reparti			

Nella struttura in cui Lei lavora, esistono le seguenti **strutture fisiche**:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
36. Servizi igienici per gli operatori in numero adeguato, puliti, in prossimità servizio in cui si lavora			
37. Stanze per gli operatori per svolgere il loro lavoro, in numero adeguato e sufficientemente equipaggiate con quello che serve			
38. Un adeguato numero di computer o altri devices (es tablet) necessari per il lavoro			
39. Un adeguato numero di prese elettriche e corrente sempre disponibile			
40. Servizio mensa adeguato ad un costo adeguato			

Quali sono i Suoi suggerimenti per migliorare gli aspetti di cui sopra? (Aggiungere nel box)

--

SEZIONE B. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

In merito all'**organizzazione del personale**, nella struttura/unità in cui Lei lavora:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
1. Esiste una struttura di leadership (= organigramma) scritto, aggiornato e disponibile a tutto il personale			
2. Esistono procedure standard e un piano di azione per assicurare adeguate risorse umane (sistema assunzioni, sviluppo capacità, sviluppo motivazione e ritenzione dello staff)			
3. Tutto il personale ha ricevuto un piano di lavoro chiaro e concordato rispetto al suo ruolo all'interno della struttura			
4. Esiste un calendario dei turni disponibile a tutto il personale ed un canale comunicativo efficace per raggiungere il personale di turno/reperibile in maniera rapida			

Nell'ultimo anno, Lei ha ricevuto una **formazione** (sia tramite corsi o tramite tutoraggio) in merito a:

	Si	No	Si, ma non adeguato
5. Triage in Pronto Soccorso e gestione pratica delle emergenze pediatriche			
6. Gestione delle comuni malattie pediatriche (febbre, diarrea, tosse etc)			
7. Valutazione, prevenzione e controllo del dolore dei bambini (incluso il dolore procedurale)			
8. Gestione del bambino ed adolescente con bisogni particolari, es. malattie croniche (diabete), patologia neuro-psichiatrica, maltrattamento			
9. Utilizzo appropriato dei farmaci e della fluidoterapia nel bambino (diluzioni, dosaggi etc)			
10. Nutrizione del bambino (incluso allattamento al seno, svezzamento e diete per condizioni particolari)			
11. Comunicazione al bambino ed alla famiglia, inclusi corretti metodi di counselling e di educazione della famiglia alla gestione della malattia			
12. Diritti dei bambini in ospedale e come garantire cure rispettose e pratiche non discriminatorie			

13. Aspetti medico legali nelle cure pediatriche (es. consenso informato, privacy)			
--	--	--	--

Desidera che sia attuato un particolare corso/i di formazione e/o aggiornamento? (specifichi quale/i nel box)

--

Rispetto ai **sistemi raccolta dati**, nella struttura/unità in cui Lei lavora:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
14. Nelle cartelle cliniche, i dati relativi alle informazioni demografiche e cliniche e al programma diagnostico-terapeutico del paziente sono riportati in maniera chiara, completa e leggibile			
15. Sono presenti adeguati grafici e fogli di monitoraggio			
16. Esiste un sistema di raccolta dati clinici (registro informatico) facile da consultare, completo e accurato			

Ai fini di migliorare la **qualità delle cure**, nella struttura/unità in cui Lei lavora:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
17. C'è una discussione periodica dei casi clinici (almeno 1 volta alla settimana) volta a migliorare la qualità delle cure			
18. Sono condotti audit efficaci e volti a migliorare la qualità delle cure, per tutti i casi di morte pediatrica e tutti i casi severi che sono stati a rischio morte o di eventi avversi gravi			
19. L'andamento degli indicatori chiave di buone pratiche (es. prescrizioni antibiotiche, valutazione e trattamento tempestivo del dolore) è analizzato ad intervalli regolari (es. mensili) e condiviso con tutto il personale coinvolto al fine di migliorare la performance			
20. Pazienti o associazioni di pazienti vengono coinvolti nella discussione della qualità delle cure per le condizioni di pediatria generale e nella definizione di interventi migliorativi			
21. Le decisioni prese per migliorare la qualità delle cure erogate sono strutturate in piani di azioni che identificano il responsabile e le tempistiche e sono condivisi con tutto il personale coinvolto			
22. Lei è stato coinvolto in prima persona in attività efficaci nel migliorare la qualità delle cure			

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
23. Ritiene di essere adeguatamente formato su metodi di miglioramento della qualità delle cure			

Rispetto alle attività di **supervisione/tutoraggio**, nella struttura/unità in cui Lei lavora:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
24. Negli ultimi 3 mesi ha ricevuto formazione sul campo e supervisione da un tutor/supervisore			
25. Nell'ultimo anno, il Suo tutor od un'altra figura adeguata ha effettuato una valutazione costruttiva del suo lavoro almeno una volta, con l'obiettivo di migliorare le sue prestazioni			

Quali sono i Suoi suggerimenti per migliorare gli aspetti di cui sopra? (Aggiungere nel box)

SEZIONE C. EMERGENZA COVID-19

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
1. Esistono delle procedure scritte, chiare e complete, sui percorsi (es Triage e successivi reparti) per tipologia di paziente?			
2. I pazienti con infezione sospetta od accertata seguono un percorso dedicato dal momento dell'ingresso nel comprensorio dell'Ospedale, che riduca il possibile rischio di infezione per gli operatori o per altri pazienti?			
3. La routine di reparto è stata riorganizzata al meglio per ridurre per quanto possibile il rischio di trasmissione di COVID-19?			
4. Nel suo reparto sono sempre disponibili adeguati DPI in numero sufficiente da poter utilizzare durante le visite?			
5. Ha avuto sempre facile accesso a postazioni per lavaggio mani o soluzioni disinfettati adeguate?			
6. In questo momento tutti gli operatori sanitari sintomatici o contatti stretti dei casi accertati/sospetti sono sottoposti a tampone nasofaringeo per COVID-19?			
7. In questo momento tutti i casi ricoverati sono sottoposti a tampone nasofaringeo per COVID-19?			
8. In questo momento tutti gli accompagnatori dei casi ricoverati sono sottoposti a tampone nasofaringeo per COVID-19?			
9. Esiste un protocollo chiaro e completo per la gestione clinica dei casi "sospetti" o "accertati" di COVID-19?			
10. Ritiene che in le direttive del Suo Ospedale/Reparto siano in generale state adeguate, tempestive e chiare?			
11. Ritiene di aver avuto una informazione e formazione adeguata?			

Nell'ultimo mese quanto tempo ha dedicato ad attività riorganizzative o gestionali relative al COVID-19 (es riunioni etc) rispetto al totale del suo tempo?

- Circa il 25%
- Tra 25 e 50%
- Oltre il 50%

Quali sono i Suoi suggerimenti per migliorare la qualità delle cure in questa fase di emergenza COVID-19? (Aggiungere nel box)

Che suggerimenti ci da per migliorare questa parte del questionario?

SEZIONE D. SODDISFAZIONE GENERALE

1. Nel complesso, quanto è **soddisfatto** del Suo lavoro da 1 a 10?

(0= per nulla soddisfatto, 10 =del tutto soddisfatto)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. **Vorrebbe cambiare** luogo di lavoro?

- No
- Sì

Quali sono i Suoi suggerimenti per aumentare la soddisfazione degli operatori rispetto alla qualità ed organizzazione dei servizi? (Aggiungere nel box)

INFORMAZIONI DEMOGRAFICHE

Qual è la Sua qualifica professionale?

- Pediatra
- Medico Specializzando in Pediatria
- Infermiere generico
- Infermiere pediatrico
- Medico Specializzando in altra specialità
- Medico in Formazione di Medicina Generale

Da quanti anni lavora nell'ambito pediatrico?

- Meno di 1
- Da 1 a 5

- Da 6 a 10
- Più di 10

In quale ospedale lavora?

- Alessandria
- Bari
- Catania
- Firenze
- Latina
- Mantova
- Padova
- Palermo
- Ravenna
- Treviso
- Trieste
- Udine

Da quanti anni lavora in questo ospedale?

- Meno di 1
- Da 1 a 5
- Da 6 a 10
- Più di 10

Qual è il Suo sesso?

- Maschio
- Femmine
- Altro

IN MERITO AL QUESTIONARIO...

Ritiene che questo questionario possa essere utile a catturare gli aspetti importanti per gli operatori?

- Sì
- No

Ritiene che il questionario sia esaustivo?

- Sì
- No

Quali aspetti sono più importanti per Lei?

- Tutto
- Sezione A
- Sezione B
- Solo alcuni item di ogni sezione

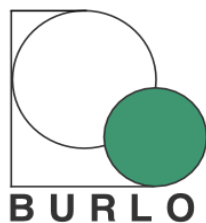
Rispetto alla lunghezza del questionario:

- E' adeguata
- E' troppo lungo

- E' troppo corto

Che modifiche suggerisce

Grazie ancora per averci donato il suo tempo prezioso!



**INDAGINE SUGLI STANDARD OMS PER IL
MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE
PEDIATRICHE**

**Il punto di vista dei
pazienti**



**WHO Collaborating Center
for Maternal and Child Health
Trieste Italy**

Perché quest'indagine?

Il presente questionario (*"Il punto di vista dei pazienti"*) è distribuito ai genitori che accedono presso la struttura col proprio bambino, in parallelo ad un secondo questionario distribuito agli operatori sanitari, nell'ambito di un progetto multicentrico ed internazionale coinvolgente altri ospedali in Italia e in Brasile. I questionari raccolgono informazioni principalmente su degli standard proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per migliorare la qualità delle cure pediatriche in ospedale.

Perché partecipare?

Le informazioni raccolte saranno utilizzate per capire meglio il punto di vista degli operatori sanitari e dell'utenza e per raccogliere eventuali proposte su come migliorare la qualità delle cure erogate. La incoraggiamo fortemente a partecipare, e a scrivere quello che pensa, perché questa è un'occasione importante per fare la differenza.

Questo questionario permette di dar voce alle sue idee!

Il questionario è anonimo?

In questo questionario non chiediamo il suo nome né altre informazioni che possano svelare la sua identità. Quindi si senta libero di rispondere quello che pensa veramente.

Per noi è importante la sua vera opinione.

Chi può compilare il questionario?

Il questionario può essere compilato da madre, padre, tutore/altro familiare, da soli o insieme. Dal momento che il principale interessato delle cure è il suo/a bambino/a cercate di compilare insieme a lui/lei il questionario, se il/la bambino/a è in grado di partecipare.

Come consegnare il questionario?

Questo questionario esiste in versione cartacea od online. Se Lei ha compilato il questionario cartaceo, dopo averlo compilato (tempo stimato circa **15 minuti**), lo può consegnare a uno degli operatori sanitari che ha seguito il suo bambino. La versione online confluisce direttamente in un database anonimo.

**Grazie per il tempo che ci dedica,
Le auguriamo una buona giornata!**

A) Il suo bambino è stato ricoverato presso l'ospedale di:

- Alessandria
- Bari
- Catania
- Firenze
- Latina
- Mantova
- Padova
- Palermo
- Ravenna
- Treviso
- Trieste
- Udine

B) Il sesso del suo bambino è:

- Maschio
- Femmina

C) Il bambino/a ha:

- meno di 6 mesi
- tra 6 mesi e 3 anni
- tra 3 e 6 anni
- tra 6 e 12 anni
- tra 12 e 16 anni

D) Il bambino/a è stato condotto/a in ospedale per:

- febbre
- diarrea
- malattia respiratoria
- altro, specificare _____

E) Il bambino/a è stato ricoverato/a in:

- Pronto Soccorso
- Clinica Pediatrica

F) Il bambino/a è stato ospedalizzato per:

- meno di 1 giorno
- 1-2 giorni
- 3-7 giorni
- Oltre 7 giorni

- Oltre 15 giorni
- Oltre 1 mese

G) Questo questionario è stato compilato da:

- Solo la madre
- Solo il padre
- Solo altro familiare/tutore
- Più di un familiare contemporaneamente

H) Il bambino ha partecipato a rispondere a questo questionario:

- Sì
- No

SEZIONE A. RISORSE FISICHE PER BAMBINI E GENITORIRitiene che le seguenti **strutture fisiche e servizi siano appropriate?**

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
REPARTO E STANZE			
1. Aree dedicate ai bambini decorate e accoglienti			
2. Comfort ed equipaggiamento generale delle stanze (incluso postazioni per il cambio del pannolino)			
3. Numero di persone per stanza			
4. Acustica nelle stanze			
5. Illuminazione (e/o uso della stessa) nelle stanze			
6. Pulizia delle stanze			
7. Letto adeguato per il genitore			
8. Letto adeguato per il bambino			
SERVIZI IGIENICI			
9. Quantità dei servizi igienici			
10. Pulizia dei servizi igienici			
11. Localizzazione dei servizi igienici			
12. Servizi igienici adatti alle esigenze ed alle cure dei bambini (es: postazione per cambiare il pannolino ben attrezzata, bacinelle per bagnetto)			
MENSA			
13. Qualità dei pasti (cibo e acqua in quantità sufficiente; cibi igienici, gustosi, con una varietà sufficiente per soddisfare le esigenze dei bambini)			
14. Costo della mensa (per i genitori e bambini)			
15. Aree in cui poter preparare da soli pasti/merende speciali per il/la bambino/a			
SPAZI GIOCO ED ALTRI SPAZI			
16. Spazi gioco puliti ed arredati in maniera appropriata e disponibilità di giocattoli, giochi, libri e attrezzature per i bambini adeguati alle varie età			
17. Spazi di sale d'attesa adeguati al confort bambini e famiglie ed a proteggere la privacy			
18. Spazi per il colloquio con i medici in privato			
19. Spazi in cui poter incontrare familiari e amici durante l'ospedalizzazione			

Nella struttura in cui il bambino/a è stato ospedalizzato, rispetto **al personale**:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
20. Il personale medico è presente in numero adeguato			
21. Il personale infermieristico e altro personale è presente in numero adeguato			
22. Tutto il personale è sufficientemente qualificato a svolgere le sue mansioni			
23. Tutto il personale è sufficientemente motivato			

Nella struttura in cui il bambino/a è stato ospedalizzato, rispetto **all'equipaggiamento**:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
24. Tutte le procedure diagnostiche (laboratorio e strumentali) necessarie per le indagini sul bambino/a sono disponibili			
25. Tutti i farmaci necessari per la cura del bambino/a sono disponibili			

Quali sono i Suoi suggerimenti per migliorare gli aspetti di cui sopra? (Aggiungere nel box)

SEZIONE B. ESPERIENZA DELLE CURE E TUTELA DEI DIRITTI DEI PAZIENTI

1. Sa cosa è la **Carta dei Diritti del bambino**?

- Si
- No

2. La **Carta dei Diritti del Bambino** è esposta all'interno della struttura ospedaliera in cui Lei si trova?

- Si
- No o non lo so (non l'ho mai vista)

3. E' stato adeguatamente informato sui diritti di cura del/della bambino/a?

- Si
- No

4. Ha visto poster/brochures relativi al latte di formula (**allattamento artificiale**) esposti all'interno della struttura ospedaliera?

- Si
- No

Rispetto alla sua **esperienza di ricovero**:

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
ACCESSIBILITA'			
5. I punti di accesso ai servizi di emergenza (incluso Pronto Soccorso) Le sono apparsi immediatamente riconoscibili			
6. Non ha incontrato barriere fisiche all'accesso a servizi e strutture			
7. I servizi dedicati al bambino/a sono separati da quelli per gli adulti, garantiscono continuità di accesso e sono strutturati in maniera child-friendly (= adatti alle esigenze di un bambino)			
8. Siete stati esentati dal pagamento per delle cure ricevute			
CURE IN TEMPO DEBITO			
9. Il tempo di attesa per la prima valutazione in triage Le è sembrato accettabile			
10. Il tempo di attesa in generale per le altre prestazioni Le è sembrato accettabile			
CONTROLLO DEL DOLORE			
11. Alla prima visita e durante la degenza, incluso durante procedure invasive, il dolore del bambino/a è stato adeguatamente valutato (per esempio con una scala del dolore: faccine, punteggio da 0 a 10) e, se necessario, prevenuto e prontamente trattato?			
IGIENE			

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
12. Prima di ogni visita/procedura, i medici/infermieri si sono lavati le mani/hanno usato detergente gel (se non li ha visti farlo metta No)			
13. Prima di ogni procedura invasiva (es. prelievo) sono utilizzate adeguatamente le soluzioni disinfettati e le procedure di asepsi			
COMUNICAZIONE E QUALITA' DELL'INTERAZIONE			
14. Gli operatori sanitari (medici, infermieri) si sono presentati con nome e ruolo od indossavano un cartellino identificativo			
15. Gli operatori sanitari hanno instaurato con Lei una comunicazione efficace (es. parlavano chiaramente, ascoltavano attivamente)			
16. Gli operatori sanitari hanno interagito nelle forme più opportune con il bambino/a (per esempio usando modalità comunicative adatte alla sua età)			
INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE ALLE CURE			
17. Ha ricevuto in modo tempestivo le informazioni riguardanti le condizioni del bambino/a			
18. E' stato informato in maniera sufficiente ed esaustiva sulle possibilità diagnostiche e terapeutiche per il/la bambino/a			
19. Ha sentito/a di poter esprimere il suo parere rispetto a quali scelte di trattamento erano migliori per il bambino/a			
20. Le è stato spiegato come poter partecipare attivamente alle cure del bambino/a (es. come monitorare l'andamento delle condizioni del bimbo, come accudirlo, come somministrare farmaci ed altro)			
CONSENSO INFORMATO			
21. Ha ricevuto un foglio di consenso informato da sottoscrivere per ogni procedura, analisi o trattamento			
22. Il foglio di consenso informato che le è stato chiesto di firmare era chiaro, informativo ed esaustivo			
23. Gli operatori sanitari hanno sempre fornito tutte le informazioni necessarie ed hanno risposto alle sue eventuali richieste di chiarimenti			
CONTINUITA' DELLE CURE			
24. Al cambio turno il passaggio di informazioni tra gli operatori è sempre stato efficace nello stesso reparto			
25. Lo scambio di informazioni tra operatori è stato sempre efficace anche tra reparti/servizi diversi			
26. Non ha mai avuto informazioni/pareri discordanti da diversi operatori			
27. Non ha mai assistito ad episodi di aggressività tra operatori sanitari (es. aggressività verbale, bullismo tra di loro od altro)			
PROMOZIONE DELLA SALUTE			
28. Le è stato consegnato materiale informativo sulla salute, adatto alle condizioni ed all'età del bambino/a od, in			

	Si	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
alternativa, sono state date spiegazioni adeguate per via orale			
PRIVACY			
29. E' stata sempre garantita la vostra privacy (es. la visita è stata condotta in un luogo dove nessun altro poteva sentire o vedere)			
30. Ha avuto l'impressione che i suoi dati personali fossero sempre protetti, tutelando la vostra privacy			
DIRITTO ALLA PRESENZA DEL GENITORE			
31. Hanno permesso che il bambino/a avesse accanto, per tutto il tempo, suoi genitori /tutori (anche durante le procedure mediche)?			
32. Ai genitori sono state offerte adeguate strutture per stare accanto al bambino/a (es. letto per dormire accanto al bambino/a, servizi igienici adeguati, mensa adeguata)			
EDUCAZIONE E GIOCO			
33. L'ospedale offre degli spazi gioco e delle opportunità per rispettare il bisogno di gioco dei bambini			
SUPPORTO EMOTIVO e PSICOLOGICO			
34. Lei e il bambino/a siete stati adeguatamente supportati emotivamente durante l'ospedalizzazione dallo staff e, se necessario, anche da staff specializzato (es. psicologo)			
RISPETTO E DIGNITA'			
35. Lei e il bambino/a siete sempre stati trattati con rispetto per la vostra dignità			
36. I vostri bisogni e preoccupazioni non sono state mai minimizzate			
37. Gli operatori non vi hanno mai fatto sentire in colpa per qualcosa che è successo a lei e/o al bambino/a durante la permanenza in ospedale né siete stati rimproverati ingiustamente			
38. Non siete mai stati trascurati dal personale ospedaliero			
39. Gli operatori sanitari non hanno mai fatto commenti negativi sulla sua cultura, etnia, religione			
40. Le è stato spiegato come poter esprimere lamentele o suggerimenti			

Quali sono i Suoi suggerimenti per aumentare la soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità delle cure ricevute? (Aggiungere nel box)

SEZIONE C. EMERGENZA COVID-19

1. La paura di contrarre in ospedale l'infezione da COVID-19 ha ritardato la decisione di condurre il/la suo/a bambino/a in ospedale?
 - Sì, in maniera determinante
 - Sì, in parte
 - No

2. Prima dell'accesso in ospedale ha avuto modo di contattare il suo pediatra di famiglia?
 - Sì, ed il pediatra ha visitato il bambino
 - Sì, ma solo telefonicamente, l'ambulatorio non era aperto o il pediatra mi ha consigliato di venire in ospedale
 - No, non era raggiungibile neanche telefonicamente
 - Non ho provato a contattarlo

In ospedale	Sì	No, necessita qualche miglioramento	No, necessita un miglioramento drastico
1. All'ingresso in ospedale e nei reparti e' presente una adeguata infografica (cartelli, poster, etc) indicante in maniera efficace il percorso da seguire o le norme da rispettare in riferimento all'attuale pandemia da COVID-19?			
2. La divisione tra reparti e gli spazi comuni sono stati adeguatamente riorganizzati per ridurre per quanto possibile il rischio di infezione da COVID-19?			
3. Le stanze di degenza sono state adeguatamente riorganizzate per ridurre per quanto possibile il rischio di infezione da COVID-19?			
4. Il personale sanitario era sempre dotato di adeguati dispositivi di protezione individuale (mascherine, guanti) al momento della visita e le usava in maniera corretta?			
5. Ha avuto sempre facile accesso a postazioni per lavaggio mani o soluzioni disinfettati adeguate?			
6. Il personale sanitario era sempre presente in numero sufficiente per la cura del Suo bambino nonostante l'attuale emergenza da COVID-19?			
7. Ritiene di aver avuto accesso a tutte le cure necessarie, nonostante l'emergenza COVID-19?			
8. Le informazioni ricevute rispetto ad aspetti strettamente inerenti al COVID le sono sembrate chiare ed esaustive?			
9. Ritiene che il personale sia stato in grado di usare modalità di iterazione adeguate, per ridurre per quanto possibile lo stress legato alle nuove procedure da COVID-19 nel suo bambino?			

10. Al momento attuale quanto è preoccupato che il suo bambino o Lei od altri accompagnatori possano contrarre l'infezione in ospedale?
 - Poco
 - Abbastanza
 - molto

Quali sono i Suoi suggerimenti per migliorare la qualità delle cure in questa fase di emergenza COVID-19? (Aggiungere nel box)

Che suggerimenti ci dà per migliorare questa parte del questionario?

SEZIONE D. SODDISFAZIONE GENERALE

1. In generale, che punteggio dà alla qualità delle cure ricevuta in ospedale? (0= qualità molto bassa, 10 =eccellente) : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Tornerebbe in questo Ospedale o consiglierebbe questa struttura ad un amico?

- Si
- No

INFORMAZIONI DEMOGRAFICHE

3. Quanti anni ha? _____

4. Qual è il suo sesso:

- Maschio
- Femmina
- Altro

5. Qual è il suo stato occupazionale?

- Disoccupato/a, in cerca di occupazione
- Lavoratore part-time
- Lavoratore full-time

6. Il suo grado d'istruzione è?

- Nessuno
- Elementari /media inferiore
- Scuola superiore
- Laurea
- Post Laurea

7. Quanti figli ha?

- Nessuno
- 1 figlio
- 2 figli
- 3 figli

- Oltre 3 figli

8. Dove è nato il bambino/a attualmente ricoverato?

- Italia
- Altri paesi, quale _____

9. I genitori del bambino sono

- Entrambi i genitori sono italiani
- Uno italiano, uno straniero
- Entrambi i genitori sono stranieri

IN MERITO AL QUESTIONARIO...

Ritiene che questo questionario possa essere utile a catturare gli aspetti importanti per l'utenza?

- Sì
- No

Ritiene che il questionario sia esaustivo?

- Sì
- No

Quali aspetti sono più importanti per lei ed il suo bambino?

- Tutto
- Sezione A
- Sezione B
- Solo alcuni item di ogni sezione

Rispetto alla lunghezza del questionario:

- E' adeguata
- E' troppo lungo
- E' troppo corto

Che modifiche suggerisce

Grazie ancora per averci donato il suo tempo prezioso!