



QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL

FAMILIARE



Inizialmente consideriamo il servizio di ristorazione, il servizio di lavanderia e la gestione degli spazi della struttura che ospita il Suo familiare.

- I pasti forniti al Suo familiare sono buoni (es. le pietanze sono buone, il cibo cucinato bene, ...)?

per nulla 1 2 3 4 5 del tutto

- Nel corso degli ultimi 6 mesi Le è capitato di trovare le posate e/o le stoviglie del Suo familiare sporche?

sì, spesso sì, qualche volta no, mai

- Nel corso degli ultimi 6 mesi Le è capitato che i capi di abbigliamento del Suo familiare siano stati smarriti, danneggiati o non ben lavati dal servizio lavanderia?

sì, spesso sì, qualche volta no, mai

- La biancheria da camera fornita (lenzuola, salviette,...) è pulita e in buone condizioni?

per nulla 1 2 3 4 5 del tutto

- Nel corso degli ultimi 6 mesi Le è capitato di trovare la camera del Suo familiare non pulita?

sì, spesso sì, qualche volta no, mai

- La temperatura negli ambienti di questa struttura (camera, spazi comuni, sala da pranzo, ...) è adeguata alle diverse stagioni?

per nulla 1 2 3 4 5 del tutto

- La qualità dell'aria (es. odore, areazione, ...) nella struttura è adeguata?

per nulla 1 2 3 4 5 del tutto

- Gli ambienti sono puliti e curati (i mobili sono ben spolverati, i bagni sono sempre puliti, le stanze hanno pavimenti e pareti in ordine, ..)?

per nulla 1 2 3 4 5 del tutto

- Gli spazi dove può stare con il Suo familiare quando viene a trovarlo sono adeguati (riservati, accoglienti, ...)?

per nulla 1 2 3 4 5 del tutto

- **Gli orari della struttura facilitano la Sua visita al familiare?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **L'orario di apertura degli uffici della struttura è compatibile con i Suoi orari?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **La struttura è vivace (es. si respira un clima sereno, si realizzano feste, attività di socializzazione, ...)?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

Consideriamo ora gli interventi assistenziali e sanitari erogati dalla struttura ed il personale che vi opera.

- **E' contento/a delle cure di base (igiene, aiuto nella somministrazione di cibo, vestirsi) prestate al Suo familiare?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **Nel corso degli ultimi 6 mesi Le è capitato di trovare il Suo familiare vestito in modo poco dignitoso?**

si, spesso **si, qualche volta** **no, mai**

- **E' contento/a delle cure mediche prestate al Suo familiare?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **E' contento/a delle cure infermieristiche prestate al Suo familiare?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **E' contento/a dei processi riabilitativi (fisioterapista, logopedista, ...) prestatati al Suo familiare?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **La privacy e la dignità del Suo familiare sono rispettate nei processi di cura?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **Il servizio sociale (accoglienza, informazioni, pratiche, ...) offerto dalla struttura è adeguato?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **Il personale è attento ai gusti, alle preferenze e alle abitudini degli ospiti?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **Il personale si rivolge a Lei e al Suo familiare in modo cortese e rispettoso?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **È facile contattare, incontrare o comunicare con i referenti dei vari servizi?**

per nulla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	del tutto
-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

- **Negli ultimi 6 mesi Le è capitato che qualcuno del personale dicesse una cosa e un altro una diversa?**

si, spesso **si, qualche volta** **no, mai**

- E' informato sulle scelte di cura previste per il Suo familiare?

per nulla	1	2	3	4	5	del tutto
-----------	---	---	---	---	---	-----------

- E' coinvolto come vorrebbe nelle decisioni che riguardano la cura del Suo familiare?

per nulla	1	2	3	4	5	del tutto
-----------	---	---	---	---	---	-----------

- Ritiene che il Suo familiare sia in buone mani?

per nulla	1	2	3	4	5	del tutto
-----------	---	---	---	---	---	-----------

- Secondo Lei la retta pagata per il Suo familiare è adeguata in relazione al servizio offerto dalla struttura?

per nulla	1	2	3	4	5	del tutto
-----------	---	---	---	---	---	-----------

Le chiediamo ora di indicare il grado di importanza che Lei attribuisce alle componenti di qualità analizzate.

- Quanto sono importanti secondo Lei i seguenti aspetti per il benessere del Suo familiare in struttura?

Utilizzi una scala da 1 a 5 in cui 1 = per niente importante e 5 = molto importante.

Servizio di ristorazione	per niente	1	2	3	4	5	molto
Servizio di lavanderia (guardaroba, biancheria da camera,..)	per niente	1	2	3	4	5	molto
Gestione e comfort degli spazi interni	per niente	1	2	3	4	5	molto
Facilità di accesso e contatto con la struttura	per niente	1	2	3	4	5	molto
Animazione della struttura	per niente	1	2	3	4	5	molto
Processi assistenziali di cura (attività realizzate e privacy)	per niente	1	2	3	4	5	molto
Servizi sanitari (cure mediche, infermieristiche e processi riabilitativi)	per niente	1	2	3	4	5	molto
Servizi sociali	per niente	1	2	3	4	5	molto
Personale: attenzione, disponibilità e gentilezza	per niente	1	2	3	4	5	molto
Informazioni e coinvolgimento della famiglia	per niente	1	2	3	4	5	molto

- Quanto si ritiene soddisfatto, globalmente, del livello del servizio fornito da questa struttura?

per nulla	1	2	3	4	5	del tutto
-----------	---	---	---	---	---	-----------

- Consiglierebbe ad altri questa struttura assistenziale? sì no non so

- Secondo Lei, il servizio offerto da questa struttura incide positivamente sulla qualità di vita del Suo familiare?

per nulla	1	2	3	4	5	del tutto
-----------	---	---	---	---	---	-----------

Al fine di permettere alla struttura di migliorare il proprio servizio, Le chiediamo ora di indicare eventuali elementi di soddisfazione e di insoddisfazione nonché proposte di miglioramento che, secondo il Suo punto di vista, potrebbero essere poste in essere per favorire il benessere degli ospiti.

- Indichi nella tabella sottostante eventuali elementi di soddisfazione ed elementi di insoddisfazione che riguardano la struttura di cui è ospite il Suo familiare.

Aspetti del servizio da migliorare	Aspetti del servizio particolarmente positivi

- Secondo Lei, quali azioni potrebbero essere realizzate per migliorare il servizio? *indichi nella spazio sottostante eventuali proposte di miglioramento.*

Il questionario è ormai concluso.

Ricordandole che il questionario è anonimo, Le chiediamo gentilmente di compilare quest'ultima parte che contiene alcune informazioni relative a Lei e al Suo familiare, utili esclusivamente a fini statistici.

- In quale nucleo è ricoverato il Suo familiare?
 - Nucleo Glicine
 - Nucleo Mimosa
 - Nucleo Ciliegio
 - Nucleo Pesco
 - Nucleo Betulla
 - Nucleo Acero
 - Nucleo Salice
 - Nucleo Robinia
 - Nucleo Margherita
- Età della persona rispondente:
 - meno di 50 anni
 - da 51 a 65 anni
 - da 66 a 75 anni
 - oltre i 75 anni
- Da quanto tempo il Suo familiare è ricoverato in questa struttura?
 - Meno di sei mesi
 - Da sei mesi a due anni
 - Più di due anni
- Quante volte si reca a far visita al Suo familiare?
 - tutti i giorni o quasi
 - 1/2 volte alla settimana
 - almeno 2 volte al mese

- 1 volta al mese
- meno di una volta al mese
- mai

*Grazie per averci dedicato del Suo tempo
e per la Sua preziosissima collaborazione!*