



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.

1. 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
2. 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
3. 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
4. La biancheria da camera fornita (lenzuola, salviette,...) è pulita e in buone condizioni?
per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto
5. 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
6. 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
7. La qualità dell'aria (es. odore, areazione, ...) nella struttura è adeguata?
per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto
8. 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
9. 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
10. Gli orari della struttura facilitano la Sua visita al familiare?
per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

sì, spesso sì, qualche volta no, mai

15. E' contento/a delle cure mediche prestate al Suo familiare?

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

16. E' contento/a delle cure infermieristiche prestate al Suo familiare?

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

18. La privacy e la dignità del Suo familiare sono rispettate nei processi di cura?

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

20. Il personale è attento ai gusti, alle preferenze e alle abitudini degli ospiti?

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

21. Il personale si rivolge a Lei e al Suo familiare in modo cortese e rispettoso?

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

22. È facile contattare, incontrare o comunicare con i referenti dei vari servizi?

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

sì, spesso sì, qualche volta no, mai

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

26. Ritieni che il Suo familiare sia in buone mani?

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

27. 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.

28. 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.

	per niente	1	2	3	4	5	molto
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

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

per nulla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 del tutto

30. Consiglierebbe ad altri questa struttura assistenziale? sì no non so

31. 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.

32. 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

33. 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.

34. In quale nucleo/residenza è ricoverato il Suo familiare?

Residenza PAZZAGLIA BASSO-STURM

- piano terra 1° piano 2° piano 3° piano
 Stati Vegetativi Permanenti

Res.za VILLA SERENA

- M.te Asolone Col Moschin M.le Fior
 M.te Grappa M.te Ortigara M.te Pasubio
 Nuovo nucleo demenze

35. Età della persona rispondente:

- meno di 50 anni
 da 51 a 65 anni
 da 66 a 75 anni
 oltre i 75 anni

36. 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

37. 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 la collaborazione!