

QUESTIONARIO FAMILIARI

Gentile Signora/Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente di compilare il questionario di seguito riportato e di riporlo nell'apposita cassetta situata all'interno del Reparto.

Riteniamo molto importante la Sua opinione sugli argomenti toccati; la Sua collaborazione renderà possibile una valutazione critica della nostra organizzazione finalizzata ad un continuo miglioramento dei servizi offerti.

I risultati raccolti saranno resi pubblici come previsto nella Carta dei Servizi.

Il questionario è anonimo, qualsiasi segno di riconoscimento non comporta, ad ogni modo, il suo annullamento; in questo caso si garantisce che i dati verranno trattati secondo la normativa vigente in materia di Privacy.

La ringraziamo per la collaborazione e Le rivolgiamo un cordiale saluto.

ACCESSIBILITÀ	Molto	Abbastanza	Solo in parte	Poco	Per niente
1. Le informazioni sull'esistenza del nostro Hospice e sulle sue finalità, sono state facili da reperire?					
2. Le informazioni sulle modalità di accesso alla struttura e sui servizi erogati sono state chiare e complete?					
3. Le procedure amministrative per l'ingresso sono state semplici?					
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	Molto	Abbastanza	Solo in parte	Poco	Per niente
4. Le informazioni fornite al momento del ricovero in Hospice (orari visite, pasti, utilizzo spazi comuni, servizi non sanitari) sono state complete e chiare?					
5. Gli orari per le attività quotidiane (sveglia, pasti, riposo, visita medica e assistenza infermieristica) le sono sembrati adatti alle esigenze del suo familiare?					
6. La scelta, la qualità, la presentazione, la temperatura del cibo, hanno risposto alle esigenze del suo familiare?					
7. La pulizia della stanza e degli spazi comuni, si sono rivelati all'altezza delle sue aspettative?					
QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	Molto	Abbastanza	Solo in parte	Poco	Per niente
8. L'organizzazione dell'assistenza, ha risposto alle esigenze del suo familiare?					

9. L'organizzazione dell'assistenza le è sembrata ben coordinata tra le varie figure professionali (ad esempio: tutto il personale conosceva le esigenze del suo familiare ed agiva per le stesse finalità)?					
10. I medici le hanno dato informazioni chiare e complete sulle condizioni e sulle cure scelte per il suo familiare?					
11. I medici sono stati disponibili ad ascoltare lei e il suo familiare e vi hanno dedicato tutto il tempo che ritenevate necessario?					
GLI OPERATORI	Sempre	Spesso	A volte	Quasi mai	Mai
12. Gli infermieri e gli operatori le sono sembrati solleciti a rispondere alle chiamate?					
13. Gli infermieri e gli operatori sono stati disponibili ad ascoltarla e le hanno dedicato tutto il tempo che lei riteneva necessario?					
14. Nell'Hospice ha trovato gentilezza e disponibilità nei confronti del suo familiare?					
ASPETTI GENERALI	Molto spesso	Spesso	A volte	Quasi mai	Mai
15. Ritiene che il suo familiare sia stato disturbato nel suo riposo da rumori fastidiosi e/o da un eccesso di visitatori nella sua stanza o in altri locali?					
	Molto	Abbastanza	Forse	No	Proprio no
16. Consiglierebbe ad altri la nostra Struttura?					

17. In una scala da 1 a 10 (dove 1 rappresenta il valore minimo e 10 il valore massimo), come valuta complessivamente la nostra Struttura?

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

Altre osservazioni e suggerimenti:

Data _____