



**Nucleo Speciale  
Organizzazione dei Rapporti con il  
Pubblico**

**ATTIVITA 2 – Somministrazione di un questionario di soddisfazione diretto ad ospiti e familiari.**

**Obiettivi:**

Avviare un corretto sistema di controllo delle azioni svolte anche mediante l'acquisizione ufficiale dei pareri degli utenti.

Ovviare immediatamente a situazioni non rilevanti che utenti e familiari percepiscono come disfunzioni.

Riconoscere la funzione della qualità percepita come ulteriore strumento per la definizione degli obiettivi dell'Ente.

Predisporre piani per l'eliminazione delle disfunzioni rilevanti.

**Modalità attuative:**

- Procedura
- Strumenti
- Soggetti

*Procedura:*

L'Ente invierà nei mesi di febbraio e marzo, insieme alle attestazioni rilevanti ai fini della dichiarazione dei redditi, un questionario denominato Questionario per i familiari (allegato A), con il timbro ufficiale dell'Opera Pia Coianiz ed una lettera di accompagnamento che spiega le finalità dello stesso (allegato C).

Il questionario sarà anonimo, ma dovrà necessariamente essere compilato sul modulo originale predisposto dall'Ente, con timbro in inchiostro.

Gli utenti saranno invitati a compilare il questionario e a riporlo nelle Casette chiuse a chiave poste in 5 punti della struttura.

Sarà possibile riconsegnare i questionari fino al 30 aprile 2002.

Dopo quella data saranno avviate le procedure di raccolta ed analisi dei dati.

Nello stesso periodo verrà somministrato agli ospiti che sono in grado di provvedervi con l'aiuto dell'Animatrice e dei familiari, un questionario denominato Questionario per gli ospiti.

*Strumenti:*

**Questionario per i familiari** (vd. allegato A)

**Questionario per gli ospiti** (vd. allegato B)

**Lettera di accompagnamento**

**Database** per la raccolta e l'analisi dei dati.

**Strumenti statistici** per l'interpretazione dei dati.

*Soggetti:*

**Commissione per la raccolta e l'interpretazione dei dati:** corrispondente al N.S. Organizzazione dei rapporti con il pubblico.

**Collaboratore di Segreteria e Direzione:** per le procedure informatiche e statistiche

**Educatore-Animatore:** per l'aiuto nella somministrazione del questionario agli ospiti..

Al termine dell'interpretazione dei dati verrà redatta (presumibilmente entro settembre 2002) una pubblicazione ufficiale contenente i risultati.

La presente attività dovrà essere preventivamente approvata con deliberazione del Consiglio d'Amministrazione.

***Budget:***

L'attività prevede un modico costo di funzionamento limitato alle spese di produzione della modulistica e alle spese postali, riconducibile al normale andamento delle spese per l'ufficio.

Non sono previsti oneri aggiuntivi per la partecipazione del personale alle procedure, se non all'interno dei fondi di incentivazione.

***Limitazioni:***

Non verranno presi in considerazione:

- questionari non compilati su moduli originali che riportano il timbro dell'Ente in inchiostro.

## QUESTIONARIO PER I FAMILIARI DEGLI OSPITI

### A. IGIENE E CURA DELL'OSPITE

#### 1. Ritiene che l'igiene personale sia fatta bene?

- normalmente sì  
 per la maggior parte delle volte sì  
 per la maggior parte delle volte no  
 normalmente no

#### 2. In relazione all'abbigliamento e alla cura della persona, Lei verifica che l'Ospite è:

- ben curato  
 abbastanza curato  
 poco curato  
 per niente curato

### B. ALIMENTAZIONE

#### 3. Rispetto all'alimentazione, Lei ritiene che l'Ospite:

	molto	abbastanza	poco	per nulla
⇒ mangi all'orario giusto	3	2	1	0
⇒ mangi a sufficienza	3	2	1	0
⇒ mangi cibi adeguati	3	2	1	0
⇒ mangi volentieri	3	2	1	0

### C. RELAZIONE CON L'OSPITE

#### 4. Lei quanto ritiene che l'Ospite sia:

	molto	abbastanza	poco	per nulla
⇒ trattato con rispetto	3	2	1	0
⇒ ascoltato nei suoi bisogni	3	2	1	0
⇒ custodito e controllato	3	2	1	0

### D. SERVIZIO MEDICO ED INFERMIERISTICO

#### 5. Le cure mediche ed infermieristiche offerte all'Ospite sono secondo Lei:

- molto adeguate  
 sufficienti  
 scarse  
 insufficienti

---

**E. SERVIZI OFFERTI DALLA CASA DI RIPOSO**

---

**6. Se dovesse esprimere un parere sui servizi offerti agli Ospiti in Casa di Riposo, quanto ritiene di essere soddisfatto rispetto ai seguenti?**

	molto	abbastanza	poco	per nulla
assistenza all'Ospite (igiene, alzate, ecc.)	3	2	1	0
servizi sanitari	3	2	1	0
alimentazione e dieta	3	2	1	0
guardaroba e lavanderia	3	2	1	0
pulizia degli ambienti (stanze, corridoi, ecc.)	3	2	1	0
servizi amministrativi	3	2	1	0
animazione	3	2	1	0

---

**7. Il Suo grado di familiarità con l'Ospite è:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> coniuge       | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> amico/amica        |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> cognato/cognata  | <input type="checkbox"/> conoscente         |
| <input type="checkbox"/> genero/nuora  | <input type="checkbox"/> nipote           | <input type="checkbox"/> altro (es. cugino) |
- 

**8. Quante volte si reca a far visita al proprio Ospite?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ogni giorno               | <input type="checkbox"/> più volte al mese         |
| <input type="checkbox"/> più giorni alla settimana | <input type="checkbox"/> una volta al mese         |
| <input type="checkbox"/> una volta alla settimana  | <input type="checkbox"/> meno di una volta al mese |
- 

**Indichi eventuali altri problemi che lei vorrebbe evidenziare**

---

---

---

---

**Indichi eventuali suggerimenti che lei vorrebbe segnalare**

---

---

---

---

**La ringraziamo per la collaborazione!**

## QUESTIONARIO PER I FAMILIARI DEGLI OSPITI DEL PADIGLIONE "SAN CAMILLO"

### A) CURA DELL'OSPITE

#### 1. Ritieni che l'igiene personale sia fatta bene?

- normalmente sì  
 per la maggior parte delle volte sì  
 per la maggior parte delle volte no  
 normalmente no  
 non so

#### 2. In relazione all'abbigliamento e alla cura della persona, Lei ritiene che l'Ospite sia:

- ben curato  
 abbastanza curato  
 poco curato  
 per niente curato  
 non so

### B) ALIMENTAZIONE

#### 3. Rispetto all'alimentazione, Lei ritiene che l'Ospite:

	MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NULLA	NON SO
mangi all'orario giusto	<input type="checkbox"/>				
mangi a sufficienza	<input type="checkbox"/>				
mangi in modo adeguato	<input type="checkbox"/>				
mangi volentieri	<input type="checkbox"/>				

### C) AMBIENTE

#### 4. Gli ambienti comuni del San Camillo (salone, sala da pranzo, etc.) Le sembrano:

	MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NULLA	NON SO
accoglienti	<input type="checkbox"/>				
utilizzabili in ogni loro parte	<input type="checkbox"/>				
luminosi	<input type="checkbox"/>				
rumorosi	<input type="checkbox"/>				

#### 5. Le stanze degli Ospiti del San Camillo Le sembrano:

	MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NULLA	NON SO
accoglienti	<input type="checkbox"/>				
adeguate al rispetto della privacy	<input type="checkbox"/>				
facilmente accessibili	<input type="checkbox"/>				

### D) SERVIZI OFFERTI

#### 6. Rispetto ai servizi offerti all'interno del Padiglione San Camillo, quanto si ritiene soddisfatto di:

	MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NULLA	NON SO
cure mediche	<input type="checkbox"/>				
cure infermieristiche	<input type="checkbox"/>				
assistenza alla persona	<input type="checkbox"/>				
fisioterapia	<input type="checkbox"/>				
animazione	<input type="checkbox"/>				
attività psicologica	<input type="checkbox"/>				

## E) DISPONIBILITA' DEL PERSONALE

Nel reparto "San Camillo" sono presenti le seguenti figure professionali: Medici, Infermieri, Operatori Socio-Sanitari, Fisioterapisti, Animatori, Psicologa.

### 7. Ritiene di ricevere dal personale informazioni soddisfacenti sulle condizioni del Suo familiare?

- molto soddisfacenti
- abbastanza soddisfacenti
- poco soddisfacenti
- per niente soddisfacenti
- non so

### 8. Si sente sostenuto e aiutato dal personale nell'affrontare e comprendere la malattia del Suo familiare?

- molto
- abbastanza
- poco
- per niente
- non so

### 9. Si sente coinvolto dal personale nelle cure del Suo familiare?

- molto
- abbastanza
- poco
- per niente
- non so

10. **Desidererebbe essere:**
- più coinvolto di adesso
  - meno coinvolto di adesso
  - va bene così
  - non so

### 11. Come valuta il comportamento tenuto dal personale nei confronti del Suo familiare?

	MOLTO ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	POCO ADEGUATO	PER NULLA ADEGUATO	NON SO
Medici	<input type="checkbox"/>				
Infermiere	<input type="checkbox"/>				
Operatori Socio-Assistenziali	<input type="checkbox"/>				
Fisioterapisti	<input type="checkbox"/>				
Animatori	<input type="checkbox"/>				
Psicologa	<input type="checkbox"/>				

### 12. Il Suo grado di familiarità con l'Ospite è:

- coniuge
- fratello/sorella
- amico/amica
- figlio/figlia
- cognato/cognata
- conoscente
- genero/nuora
- nipote
- altro (ad es. cugino) \_\_\_\_\_

La Sua età \_\_\_\_\_

Lei è maschio o femmina?  M  F

### 13. Quante volte si reca a far visita al Suo familiare, Ospite al San Camillo?

- ogni giorno
- una volta al mese
- più giorni alla settimana
- meno di una volta al mese
- una volta alla settimana
- più volte al mese

**14. Stiamo valutando la possibilità di effettuare incontri periodici tra il personale operante nel Padiglione "San Camillo" ed i familiari degli Ospiti, per uno scambio di idee ed informazioni utili a migliorare la qualità della vita degli Ospiti. Sarebbe interessato/a a parteciparvi?**

SI

NO

**Indichi eventuali altri problemi che Lei vorrebbe evidenziare**

---

---

---

---

**Indichi eventuali suggerimenti che Lei vorrebbe segnalare**

---

---

---

---

Grazie per la collaborazione!

## QUESTIONARIO OSPITI

- 1 Sesso  maschio  femmina
- 2 Et  \_\_\_\_\_
- 3 al mattino, ritiene di alzarsi dal letto:  troppo presto  
 all'ora giusta  
 troppo tardi

### Gli interventi, relativi all'igiene personale, da parte degli operatori:

	molto	abbastanza	poco	per nulla
4. vengono fatti con delicatezza	3	2	1	0
5. vengono fatti con puntualit�	3	2	1	0
6. vengono fatti senza fretta	3	2	1	0
7. le viene permesso di collaborare all'igiene della sua persona	3	2	1	0

### La prima colazione del mattino (che le viene servita):

	molto	abbastanza	poco	per nulla
8. � di suo gradimento	3	2	1	0
9. al bisogno, le viene offerto aiuto con pazienza e sollecitudine	3	2	1	0

### Nel momento dell'alzata, al mattino:

	molto	abbastanza	poco	per nulla
10. pu� scegliere i vestiti che sono di suo gradimento	3	2	1	0
11. pu� raccontare come ha trascorso la notte	3	2	1	0
12. il suo aspetto viene curato come piace a lei	3	2	1	0

### Per quanto riguarda il men , previsto per il pranzo e per la cena:

	molto	abbastanza	poco	per nulla
13. � di suo gradimento	3	2	1	0
14. ha la possibilit� di scegliere ci� che per pi� le piace	3	2	1	0

### I cibi che le vengono proposti, normalmente:

	molto	abbastanza	poco	per nulla
15. sono gustosi e saporiti	3	2	1	0
16. sono ben cotti	3	2	1	0
17. tengono conto dei suoi bisogni di salute	3	2	1	0
18. sono serviti a tavola con cortesia	3	2	1	0

**Quando lei desidera consultare le infermiere o il medico:**

	molto	abbastanza	poco	per nulla
19. è facile avere un appuntamento	3	2	1	0
20. durante l'incontro, è possibile esprimere con serenità le proprie preoccupazioni	3	2	1	0
21. si esce dall'incontro con tranquillità e fiducia	3	2	1	0

---

**Nella sua stanza da letto:**

	molto	abbastanza	poco	per nulla
22. è mantenuta una corretta pulizia	3	2	1	0
23. è conservato l'ordine e anche il decoro	3	2	1	0
24. le cose di sua proprietà vengono rispettate	3	2	1	0
25. le sue esigenze di vita privata vengono assicurate e difese, per quanto possibile	3	2	1	0

---

**Lei usufruisce di una stanza singola:****se SI:**

	molto	abbastanza	poco	per nulla
26. si trova a suo agio	3	2	1	0
27. soffre di solitudine e di noia	3	2	1	0
28. gode di maggior numero di visite	3	2	1	0
29. si sente trascurato	3	2	1	0

**se NO, la convivenza con l'altra persona è:**

	molto	abbastanza	poco	per nulla
30. di tranquillità	3	2	1	0
31. di disturbo	3	2	1	0
32. di indifferenza	3	2	1	0
33. insopportabile e conflittuale	3	2	1	0
34. di vicendevole rispetto	3	2	1	0
35. di amicizia	3	2	1	0

---

**Esprima quanto è contento/a in relazione alle seguenti situazioni, con valutazioni concrete e sintetiche:**

	molto	abbastanza	poco	per nulla
36. il suo posto letto (o la sua stanza)	3	2	1	0
37. il suo posto tavola (o la sala da pranzo)	3	2	1	0
38. il denaro di cui dispone	3	2	1	0
39. rapporti con gli altri ospiti	3	2	1	0
40. rapporti con gli operatori	3	2	1	0
41. rapporti con i dirigenti	3	2	1	0
42. rapporti con gli amici e i conoscenti	3	2	1	0
43. rapporti con i parenti	3	2	1	0

44. il trovare persone con le quali trascorrere ore serene durante la giornata	3	2	1	0
45. le proposte di animazione	3	2	1	0
46. trovare persone che sanno ascoltare	3	2	1	0
47. trovare persone che sanno capire	3	2	1	0
48. trovare persone che sanno aiutare	3	2	1	0
49. l'organizzazione dei servizi al piano	3	2	1	0
50. il vivere nella casa di soggiorno	3	2	1	0

**Indichi eventuali altri problemi che lei vorrebbe evidenziare**

---



---



---



---



---



---



---



---

**Indichi eventuali suggerimenti che lei vorrebbe segnalare**

---



---



---



---



---



---



---



---

**La ringraziamo per la collaborazione!**