

Ente: **Casa Gino e Pierina Marani – I.P.A.B.**

Struttura: **Casa Gino e Pierina Marani – I.P.A.B. – Centro diurno**

n. questionari completati: **3**

Periodo di rilevazione: dal 05/02/19 al 15/04/19

Metodologia di somministrazione: Questionario auto-compilato cartaceo

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI RISPONDENTI

Età della persona rispondente:

	n	%
meno di 50 anni	0	-
da 51 a 65 anni	1	33,3
da 66 a 75 anni	0	-
oltre i 75 anni	2	66,6
totale	3	100,0

Da quanto tempo il Suo familiare è ricoverato in questa struttura?

	n	%
meno di sei mesi	1	33,3
da sei mesi a due anni	0	-
più di due anni	2	66,6
totale	3	100,0

Quante volte si reca a far visita al Suo familiare?

	n	%
tutti i giorni o quasi	2	66,6
1/2 volte alla settimana	1	33,3
almeno 2 volte al mese	-	-
1 volta al mese	-	-
meno di una volta al mese	-	-
mai	-	-
totale	3	100,0

SERVIZIO DI RISTORAZIONE, SERVIZIO DI LAVANDERIA E GESTIONE DEGLI SPAZI DELLA STRUTTURA

Scala di valutazione da 1 a 5 in cui 1 corrisponde a 'per nulla' e 5 a 'del tutto'
(% giudizi negativi = % giudizi pari al valore 1 e 2)

	media	dev.std.	min	max	N	% giudizi negativi
1. I pasti forniti al Suo familiare sono buoni (es. le pietanze sono buone, il cibo cucinato bene, ...)?	4,7	0,6	4	5	3	-
Servizio di ristorazione	4,7	0,6	4	5	3	-
4. La biancheria da camera fornita (lenzuola, salviette,...) è pulita e in buone condizioni?	5,0	-	5	5	3	-
Servizio di lavanderia	5,0	-	5	5	3	-
6. La temperatura negli ambienti di questa struttura (camera, spazi comuni, sala da pranzo, ...) è adeguata alle diverse stagioni?	5,0	-	5	5	3	-
7. La qualità dell'aria (es. odore, areazione, ...) nella struttura è adeguata?	5,0	-	5	5	3	-
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, ..)?	5,0	-	5	5	3	-
9. Gli spazi dove può stare con il Suo familiare quando viene a trovarlo sono adeguati (riservati, accoglienti, ...)?	5,0	-	5	5	3	-
Gestione e comfort degli spazi interni	5,0	-	5	5	3	-
10. Gli orari della struttura facilitano la Sua visita al familiare?	5,0	-	5	5	3	-
11. L'orario di apertura degli uffici della struttura è compatibile con i Suoi orari?	5,0	-	5	5	3	-
Facilità di accesso e contatto con la struttura	5,0	-	5	5	3	-
12. La struttura è vivace (es. si respira un clima sereno, si realizzano feste, attività di socializzazione, ...)?	4,3	0,6	4	5	3	-
Animazione della struttura	4,3	0,6	4	5	3	-

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

	n	%
si, spesso	0	-
si, qualche volta	0	-
no, mai	3	100,0
totale	3	100,0

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?

	n	%
si, spesso	0	-
si, qualche volta	2	66,7
no, mai	1	33,3
totale	3	100,0

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

	n	%
si, spesso	0	-
si, qualche volta	0	-
no, mai	3	100,0
totale	3	100,0

INTERVENTI ASSISTENZIALI E SANITARI EROGATI DALLA STRUTTURA E PERSONALE

Scala di valutazione da 1 a 5 in cui 1 corrisponde a 'per nulla' e 5 a 'del tutto'
(% giudizi negativi = % giudizi pari al valore 1 e 2)

	media	dev.std.	min	max	N	% giudizi negativi
13. E' contento/a delle cure di base (igiene, aiuto nella somministrazione di cibo, vestirsi) prestate al Suo familiare?	5,0	-	5	5	3	-
18. La privacy e la dignità del Suo familiare sono rispettate nei processi di cura?	5,0	-	5	5	2	-
Processi assistenziali di cura	5,0	-	5	5	3	-
15. E' contento/a delle cure mediche prestate al Suo familiare?	5,0	-	5	5	3	-
16. E' contento/a delle cure infermieristiche prestate al Suo familiare?	5,0	-	5	5	2	-
17. E' contento/a dei processi riabilitativi (fisioterapista, logopedista, ...) prestatati al Suo familiare?	5,0	-	5	5	2	-
Servizi sanitari	5,0	-	5	5	3	-
19. Il servizio sociale (accoglienza, informazioni, pratiche, ...) offerto dalla struttura è adeguato?	5,0	-	5	5	2	-
Servizi sociali	5,0	-	5	5	2	-
20. Il personale è attento ai gusti, alle preferenze e alle abitudini degli ospiti?	5,0	-	5	5	2	-
21. Il personale si rivolge a Lei e al Suo familiare in modo cortese e rispettoso?	5,0	-	5	5	2	-
Personale	5,0	-	5	5	2	-
22. È facile contattare, incontrare o comunicare con i referenti dei vari servizi?	5,0	-	5	5	2	-
24. E' informato sulle scelte di cura previste per il Suo familiare?	5,0	-	5	5	2	-
25. E' coinvolto come vorrebbe nelle decisioni che riguardano la cura del Suo familiare?	5,0	-	5	5	2	-
Informazioni e coinvolgimento della famiglia	5,0	-	5	5	2	-

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

	n	%
si, spesso	0	-
si, qualche volta	0	-
no, mai	3	100,0
totale	3	100,0

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

	n	%
si, spesso	0	-
si, qualche volta	0	-
no, mai	3	100,0
totale	3	

IMPORTANZA ATTRIBUITA ALLE COMPONENTI DI QUALITÀ

Scala di valutazione da 1 a 5 in cui 1 corrisponde a 'per niente' e 5 a 'molto'

	media	dev.std.	min	max	N
Servizio di ristorazione	5,0	-	5	5	3
Servizio di lavanderia (guardaroba, biancheria da camera,..)	5,0	-	5	5	1
Gestione e comfort degli spazi interni	5,0	-	5	5	3
Facilità di accesso e contatto con la struttura	5,0	-	5	5	3
Animazione della struttura	5,0	-	5	5	3
Processi assistenziali di cura (attività realizzate e privacy)	5,0	-	5	5	3
Servizi sanitari (cure mediche, infermieristiche e processi riabilitativi)	5,0	-	5	5	3
Servizi sociali	5,0	-	5	5	3
Personale: attenzione, disponibilità e gentilezza	5,0	-	5	5	3
Informazioni e coinvolgimento della famiglia	5,0	-	5	5	3

SODDISFAZIONE COMPLESSIVA

Scala di valutazione da 1 a 5 in cui 1 corrisponde a 'per nulla' e 5 a 'del tutto'

(% giudizi negativi = % giudizi pari al valore 1 e 2)

	media	dev.std.	min	max	N	% giudizi negativi
Ritiene che il Suo familiare sia in buone mani?	5,0	-	5	5	2	-
Secondo Lei la retta pagata per il Suo familiare è adeguata in relazione al servizio offerto dalla struttura?	4,0	-	4	4	2	-

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

media	dev.std.	min	max	N	% giudizi negativi
5,0	-	5	5	3	-

Consiglierebbe ad altri questa struttura assistenziale?

	n	%
si	3	100,0
no	0	-
non so	0	-
totale	3	

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

media	dev.std.	min	max	N	% giudizi negativi
5,0	-	5	5	3	-

COMMENTI

- Aspetti del servizio da **migliorare** (*numero rispondenti=1*)
 - Cura della persona:
 - *Un cambio panno in più durante il giorno*

- Aspetti del servizio **particolarmente positivi** (*numero rispondenti = 3*)
 - Personale:
 - *Buona disponibilità degli operatori con i pazienti/ospiti e familiari*
 - Generale:
 - *Meglio di così, ha detto mio papà che è contentissimo*

- **Azioni da realizzare per migliorare il servizio** (*numero rispondenti=0*)