

## **Rilevazione dati qualità percepita: questionario soddisfazione hospice aziendale “Casa delle farfalle”**

La presente pagina è relativa al monitoraggio della qualità, umanizzazione dell'assistenza e gradimento dei pazienti ospitati nell'hospice aziendale “Casa delle Farfalle”, riferita agli anni 2023 e 2024.

Il monitoraggio è stato effettuato mediante l'elaborazione dei dati (giudizio medio della soddisfazione) ottenuti dai questionari somministrati ai pazienti della Struttura.

Il questionario propone una serie di domande, finalizzate a comprendere, per ogni area, il grado di soddisfazione del paziente, al fine di valutare l'efficacia e la qualità del servizio erogato e consentire la riprogettazione degli eventuali aspetti, che possono necessitare di miglioramento.

La compilazione, effettuabile in forma anonima dal paziente/caregiver, è semplice e veloce, in quanto richiede solo di barrare la casella precompilata corrispondente alla valutazione ritenuta più idonea:

- Insoddisfatto (punteggio 1)
- Poco soddisfatto (punteggio 2)
- Soddisfatto (punteggio 3)
- Molto soddisfatto (punteggio 4)

Le domande sono a risposta chiusa e riguardano le seguenti aree:

- Assistenza ricevuta dai medici
- Assistenza ricevuta dagli infermieri
- Assistenza ricevuta dall'infermiere referente
- Assistenza ricevuta dai fisioterapisti
- Assistenza ricevuta dalla dietista
- Assistenza ricevuta dagli Operatori Socio Sanitari
- L'intervento dei volontari, se ne ha usufruito, è stato
- Condizioni igieniche dell'ambiente
- Qualità del cibo
- Giudizio complessivo sul ricovero

Per ciascuna area si chiede di fare una valutazione che tenga conto dei seguenti items:

- accuratezza,
- riservatezza,
- informazioni,
- presenza e disponibilità.

È inoltre presente uno spazio per suggerimenti e osservazioni, creato allo scopo di favorire la partecipazione attiva da parte dell'utenza e migliorare il servizio offerto.

Il questionario, una volta compilato viene depositato nella cassetta che si trova all'ingresso del reparto.

## QUESTIONARIO: SODDISFAZIONE HOSPICE

Gentile Signora/e, le chiediamo di dedicarci qualche minuto per rispondere, **nel rispetto del suo anonimato**, ad alcune domande che ci permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a dall'assistenza ricevuta e quali sono le aree, che a suo avviso, necessitano di miglioramento. Qualora tuttavia ritenesse di voler segnalare problematiche insorte nel corso della degenza e che richiedano una valutazione da parte della Direzione, le ricordiamo che è anche possibile contattarci al seguente recapito mail [hospicelefarfalle@aslfrosinone.it](mailto:hospicelefarfalle@aslfrosinone.it)  
Grazie della collaborazione

### INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO

	<input type="checkbox"/> paziente	<input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> caregiver	<input type="checkbox"/> altro
<b>GENERE</b>	<input type="checkbox"/> maschio	<input type="checkbox"/> femmina		
<b>ETÀ</b>	Età in anni _____			
<b>NAZIONALITÀ</b>	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> comunitaria	<input type="checkbox"/> extracomunitaria	
<b>SCOLARITÀ</b>	<input type="checkbox"/> nessuna	<input type="checkbox"/> scuola obbligo	<input type="checkbox"/> scuola sup.	<input type="checkbox"/> laurea/altro
<b>PROFESSIONE</b>	<input type="checkbox"/> casalinga	<input type="checkbox"/> operaio	<input type="checkbox"/> impiegato	<input type="checkbox"/> dirigente
	<input type="checkbox"/> pensionato	<input type="checkbox"/> artigiano	<input type="checkbox"/> commerciante	<input type="checkbox"/> studente
	<input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> altro		

### Esprima il suo grado di soddisfazione in merito a:

#### Assistenza ricevuta dai medici:

*(accuratezza, riservatezza, informazioni, presenza e disponibilità)*

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

#### Assistenza ricevuta dagli infermieri:

*(accuratezza, riservatezza, informazioni, presenza e disponibilità)*

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

#### Assistenza ricevuta dall'infermiere referente:

*(accuratezza, riservatezza, informazioni, presenza e disponibilità)*

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

#### Assistenza ricevuta dai fisioterapisti:

*(accuratezza, riservatezza, informazioni, presenza e disponibilità)*

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

#### Assistenza ricevuta dalla dietista:

*(accuratezza, riservatezza, informazioni, presenza e disponibilità)*

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

**Assistenza ricevuta dagli Operatori Socio Sanitari:**

*(accuratezza, riservatezza, informazioni, presenza e disponibilità)*

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

**L'intervento dei volontari, se ne ha usufruito, è stato:**

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

**Condizioni igieniche dell'ambiente:**

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

**Qualità del cibo:**

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

**Giudizio complessivo sul ricovero:**

☐ Insoddisfatto    ☐ Poco soddisfatto    ☐ Soddisfatto    ☐ Molto soddisfatto

Se lo desidera può darci dei suggerimenti per rendere più efficace il nostro operato: ad esempio, se potesse, che cosa cambierebbe nel nostro servizio?

---

---

---

---

---

---

**Eventuali osservazioni**

---

---

---

La preghiamo ora di imbucare il questionario compilato nella cassetta che troverà all'ingresso del reparto

Le ricordiamo che per noi è fondamentale la compilazione del questionario e consentirà una valutazione dell'efficacia e della qualità del servizio nonché la riprogettazione degli eventuali aspetti inadeguati.