

Soddisfazione dei genitori con la degenza in clinica

Questionario sulla soddisfazione in merito al trattamento in psichiatria infantile e adolescenziale

Grazie per crociare la casella più appropriata per ciascuna domanda.

Se desidera compilare il questionario online, può inserire l'URL in un browser o utilizzare uno scanner di codici QR su un dispositivo mobile.

	Molto soddisfatto /a	Piuttosto soddisfatto /a	In parte	Piuttosto insoddisfatto/a	Molto insoddisfatto/a	Non so
Accoglienza						
Qual è il suo grado di soddisfazione in merito...						
1. ... all'accoglienza in reparto e in generale all'organizzazione dell'ammissione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... al tempo di attesa fino all'ammissione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni e spiegazioni						
Qual è il suo grado di soddisfazione in merito...						
3. ... alle informazioni sui motivi del ricovero in clinica e alle spiegazioni sulla diagnosi di suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... alle informazioni sulle regole e le responsabilità dei genitori durante il trattamento di suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... alle informazioni sulle regole del reparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... alle opportunità di essere coinvolti come genitori nel trattamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... alla spiegazione dei benefici e degli effetti collaterali dei farmaci? <input type="checkbox"/> Nessun farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... alla gestione degli obblighi di riservatezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... alle informazioni a voi genitori sul trattamento e gli eventi eccezionali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... all'organizzazione dei contatti/delle visite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trattamento						
Qual è il suo grado di soddisfazione in merito...						
11. ... ai colloqui terapeutici familiari (colloqui con lei e suo/a figlio/a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... ai colloqui con i genitori e ad altre offerte terapeutiche per i genitori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... al contenuto delle raccomandazioni psichiatriche per bambini ed adolescenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... allo svolgimento dei colloqui con le autorità e altre istituzioni? <input type="checkbox"/> Nessun colloquio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... all'effetto del trattamento farmacologico? <input type="checkbox"/> Nessun farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... al lavoro della scuola offerta dalla clinica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico/psicologo/personale di cura/educatori sociali						
Qual è il suo grado di soddisfazione in merito...						
17. ... all'intervento/impegno nei confronti di voi genitori a) del medico/dello psicologo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) del personale di cura/degli educatori sociali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) della persona di riferimento di suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... all'intervento/impegno nei confronti di suo/a figlio/a						
a) del medico/dello psicologo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) del personale di cura/degli educatori sociali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) della persona di riferimento di suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dimissione, trattamento post-dimissione,

soddisfazione con il trattamento

Qual è il suo grado di soddisfazione in merito...

19. ... alla preparazione della dimissione di suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... alle informazioni/all'assistenza per evitare ricadute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... al trattamento in reparto nel complesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bilancio del trattamento e dei suoi benefici

Quanto è d'accordo con le affermazioni seguenti?

	Sì, decisament e	Più sì che no	Parzialmen te	Più no che sì	Assolutame nte no	Non so
22. Gli obiettivi del trattamento sono stati raggiunti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nel complesso nostro/a figlio/a sta meglio dopo il trattamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Nel complesso stiamo meglio come famiglia dopo il trattamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Siamo fiduciosi di poter affrontare la vita quotidiana dopo la dimissione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ho/abbiamo imparato ad affrontare meglio le difficoltà di nostro/a figlio/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Il rapporto con nostro/a figlio/a era già buono o è migliorato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Consiglierei la clinica ad altre persone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Ho/abbiamo potuto beneficiare soprattutto di:

30. Aspetti che migliorerei:

Durata del ricovero

	Troppo lunga	Un po' troppo lunga	Adegua ta	Un po' troppo corta	Troppo corta	Non so
31. La durata del ricovero è stata:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chi ha compilato il questionario? Genitori Padre Madre Altra/e persona/e

Anno di nascita di **suo/a figlio/a**

2	0		
---	---	--	--

Sesso di **suo/a figlio/a**

Maschile
 Femminile

Data di compilazione (mese/anno)

		/	2	0	2	5
--	--	---	---	---	---	---

Grazie per aver dedicato del tempo alla compilazione del nostro questionario. La sua opinione è importante per noi!