Soddisfazione dei genitori con la degenza in clinica

QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE IN MERITO AL TRATTAMENTO IN PSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZIALE

Accesso al questionario online (accessibile)

Indicazioni per rispondere alle domande
La partecipazione al sondaggio è facoltativa. Le risposte ci forniranno informazioni importanti.

- Si prega di rispondere a tutte le domande apponendo una crocetta accanto alla risposta che meglio descrive la situazione. Esempio: ☒
- Se desidera/desiderate compilare il questionario online, può/potete inserire l'URL in un browser o utilizzare uno scanner di codici QR su un dispositivo mobile.

Le risposte devono considerare solo il soggiorno in clinica indicato.

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE

ACCOGLIENZA Qual è il Suo/Vostro grado di soddisfazione in merito …	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
1. … all'accoglienza in clinica e in generale all'organizzazione dell'ammissione?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. … al tempo di attesa fino all'ammissione?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMAZIONI E SPIEGAZIONI Qual è il Suo/Vostro grado di soddisfazione in merito …	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
3. … alle informazioni sui motivi del ricovero in clinica e alle spiegazioni sulla diagnosi di Suo/a, Vostro/a figlio/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. … alle informazioni sulle regole e le responsabilità dei genitori durante il trattamento di Suo/a, Vostro/a figlio/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. … alle informazioni sulle regole della clinica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. … alle opportunità di essere coinvolti come genitori nel trattamento?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. … alla spiegazione dei benefici e degli effetti collaterali dei farmaci?	☐	☐	☐	☐ *nessun farmaco* →	☐	☐ ☐
8. … alla gestione degli obblighi di riservatezza?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. … alle informazioni sul trattamento e gli eventi eccezionali?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. … all'organizzazione dei contatti/delle visite?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

TRATTAMENTO

Qual è il Suo/Vostro grado di soddisfazione in merito …	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
11. … ai colloqui terapeutici familiari (colloqui con Lei e Suo/a, Vostro/a figlio/a)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. … ai colloqui con i genitori e ad altre offerte terapeutiche per i genitori?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. … al contenuto delle raccomandazioni psichiatriche per bambini ed adolescenti?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. … allo svolgimento dei colloqui con le autorità e altre istituzioni?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				nessun colloquio →		☐
15. … all'effetto del trattamento farmacologico?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				nessun farmaco →		☐
16. … alla scuola offerta dalla clinica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IMPEGNO DEL PERSONALE

Qual è il Suo/Vostro grado di soddisfazione in merito …	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
17. … all'intervento/impegno nei confronti **di voi genitori …**						
a) … del medico/dello psicologo curante?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) … del personale di cura/degli educatori sociali?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) … della persona di riferimento di Suo/a, Vostro/a figlio/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. … all'intervento/impegno nei confronti di **Suo/a, Vostro/a figlio/a …**						
a) … del medico/dello psicologo curante?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) … del personale di cura/degli educatori sociali?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) … della persona di riferimento di Suo/a, Vostro/a figlio/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DIMISSIONE E TRATTAMENTO POST-DIMISSIONE

Qual è il Suo/Vostro grado di soddisfazione in merito …	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
19. … alla preparazione della dimissione di Suo/a, Vostro/a figlio/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. … alle informazioni/all'assistenza per evitare ricadute?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. … al trattamento in clinica nel complesso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL TRATTAMENTO

Quanto è d'accordo con le affermazioni seguenti?	Sì, decisamente	Più sì che no	Parzialmente	Più no che sì	Assolutamente no	Non so
22. Dal mio/nostro punto di vista gli obiettivi del trattamento sono stati raggiunti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Nel complesso, mio/a, nostro/a figlio/a sta meglio dopo il trattamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Nel complesso, noi come famiglia, stiamo meglio dopo il trattamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Sono fiducioso/a, siamo fiduciosi di poter affrontare la vita quotidiana dopo la dimissione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ho/abbiamo imparato ad affrontare meglio le difficoltà di mio/a, nostro/a figlio/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Il rapporto con mio/a, nostro/a figlio/a era già buono o è migliorato.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Consiglierei/consiglieremmo la clinica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ho/abbiamo potuto beneficiare soprattutto di:						
30. Aspetti che migliorerei/miglioreremmo:						

DURATA DELLA DEGENZA

	Troppo lunga	Un po' troppo lunga	Adeguata	Un po' troppo corta	Troppo corta	Non so
31. La durata della degenza è stata:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DOMANDE SULLA SUA PERSONA

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

Anno di nascita di **Suo/a, Vostro/a figlio/a**: 2 0 _ _

Genere di **Suo/a, Vostro/a figlio/a**
- ☐ Maschile
- ☐ Femminile
- ☐ Altro

Data di compilazione (mese/anno): _ _ 2 0 2 7

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

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE

© A. Della Casa (Zürich), M. Schmid (Basel), S. Urben (Lausanne) ; in collaborazione con la SSPPIA, versione 2.0/2026.

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE