

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE
DEGLI OSPITI E DEI FAMILIARI**

OSPITE

FAMILIARE

ALTRA PERSONA DI RIFERIMENTO

Gentile Signora/Signore,

abbiamo bisogno dei Suoi suggerimenti per migliorare i servizi che offriamo .

Le chiediamo di compilare il questionario in totale libertà, segnalando ciò che è insufficiente o, al contrario, ciò che Le risulta gradito.

Il questionario, che può essere compilato in forma anonima, va introdotto nell'apposito contenitore, collocato all'ingresso principale del Centro Anziani.

N.B : Barrare con una X una sola risposta per ogni

1 - Da quanto tempo Lei/il Suo familiare è stato accolto come ospite in questa struttura:

da meno di un anno	da 1 a 2 anni	da 2 a 5 anni	oltre i 5 anni

2 – E' soddisfatto dell'accoglienza nei primi 6 mesi di ospitalità, relativamente alle informazioni, alla presentazione dei servizi e alla presa in carico (scelte di cura/assistenza e approccio umano/relazionale)? - *da compilare solo per ospiti accolti da meno di 1 anno*

Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

3 - E' soddisfatto dell'operato del Coordinatore del servizio per:

	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
presa in carico dei problemi				
disponibilità al colloquio				
cortesìa e rispetto				

4 - E' soddisfatto delle cure prestate?

	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
dagli infermieri				
dagli operatori socioassistenziali				
dal fisioterapista				

5 – E' soddisfatto delle attività di animazione e socializzazione?

(laboratori, tombola, lettura del giornale giochi di carte, uscite, gite, pranzi ecc.).

Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

6 – Ritiene che le seguenti figure professionali operino con correttezza e gentilezza ?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
infermieri				
operatori socioassistenziali				
fisioterapista				
animatrici				

7 - E' soddisfatto del livello di igiene e di cura della persona?			
Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

8 - E' soddisfatto del servizio di ristorazione e del vitto ?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
qualità				
quantità				
tempi e modi della somministrazione				

9 - E' soddisfatto della pulizia?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
della stanza				
degli spazi comuni				
dei servizi igienici				

10- E' soddisfatto del servizio di guardaroba e di lavanderia?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
qualità del lavaggio				
cura della biancheria				
tempi di rientro				

11 - L'arredamento della camera è:				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
gradevole				
confortevole				
funzionale				

12 – Ritiene che il personale sia rispettoso della privacy?			
Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

13 – E' soddisfatto del trattamento complessivo ricevuto?			
Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

14 - Si sente coinvolto dal personale della struttura nelle decisioni relative alle cure e all'assistenza?			
Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

