

La preghiamo di compilare con attenzione il presente questionario, con il quale intendiamo valutare il Suo grado di soddisfazione in relazione all'ambiente ed ai servizi di cui ha usufruito presso la nostra Residenza Sanitaria Assistita. Le Sue indicazioni ci saranno molto utili per evidenziare eventuali problemi ed individuare i possibili interventi diretti a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi che la nostra Fondazione offre all'Utenza.

Al termine della compilazione, prima di lasciare la Fondazione, La preghiamo di depositare il questionario nell'apposita cassetta, oppure di consegnarlo al personale del reparto. La ringraziamo sin d'ora per la cortese collaborazione.

La Direzione

Come compilare il questionario:



Indicare con una croce la risposta scelta

Lasciare in bianco le risposte non scelte

In caso di risposte che prevedano la scrittura, utilizzare caratteri a stampatello.

Data d'inserimento _____

Data di dimissione _____

In quale nucleo



EDEN ROSA
EDEN AZZURRO
EDEN VERDE
MODULO "A"
MODULO "B"

da quale nucleo

1 COME GIUDICA LE FASI DELL'INSERIMENTO PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA?

OTTIME θ	SODDISFACENTI θ	SUFFICIENTI θ	INSUFFICIENTI θ
--------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------

2 HA INCONTRATO DIFFICOLTÀ NELLA FASE DI INSERIMENTO?

SI θ NO θ

IN CASO AFFERMATIVO, IN CHE SPECIFICO AMBITO?	MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
ALL'ESTERNO DELLA STRUTTURA (AZ. USL, MEDICI, OSPEDALE, COMUNE ECC.)	θ	θ	θ	θ
NELLA STRUTTURA STESSA (INFORMAZIONI, DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE, ECC)	θ	θ	θ	θ
NEL DISBRIGO DELLE PRATICHE CHE PRECEDONO L'INSERIMENTO	θ	θ	θ	θ
ALTRO: (SPECIFICARE) _____				

3 COME CONSIDERA IL PERSONALE AMMINISTRATIVO

OTTIMO θ	SODDISFACENTE θ	SUFFICIENTE θ	INSUFFICIENTE θ
--------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------

4 È SODDISFATTO DELL'ASSISTENZA NEI REPARTI? IN PARTICOLARE DI QUELLA FORNITA DA

	MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
MEDICI	θ	θ	θ	θ
PSICOLOGO	θ	θ	θ	θ
INFERMIERI	θ	θ	θ	θ
OPERATORI SOCIO SANITARI	θ	θ	θ	θ
FISIOTERAPISTI	θ	θ	θ	θ
EDUCATRICI/ANIMATRICI	θ	θ	θ	θ
È SODDISFATTO DELL'ASSISTENZA NOTTURNA?	θ	θ	θ	θ

5 COME GIUDICA LE INFORMAZIONI RICEVUTE DAI MEDICI?



**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO
DELL' ATTIVITÀ DI DEGENZA IN R.S.A.**

R.S.A. "Villa San Giuseppe"

OTTIME θ	SODDISFACENTI θ	SUFFICIENTI θ	INSUFFICIENTI θ
-------------	--------------------	------------------	--------------------

6 COME CONSIDERA L'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA (ORARI DELLE VISITE, DELLE ATTIVITÀ TERAPEUTICHE E SOCIO/RICREATIVE, DELLE PULIZIE, DEI PASTI, ECC.)?

OTTIMA θ	SODDISFACENTE θ	SUFFICIENTE θ	INSUFFICIENTE θ
-------------	--------------------	------------------	--------------------

7 COME GIUDICA L'ATMOSFERA E IL TIPO DI RELAZIONI UMANE REALIZZATE ALL'INTERNO DEL REPARTO?

OTTIMA θ	SODDISFACENTE θ	SUFFICIENTE θ	INSUFFICIENTE θ
-------------	--------------------	------------------	--------------------

8 RITIENE ADEGUATA LA PULIZIA DELLA STRUTTURA?

OTTIMA θ	SODDISFACENTE θ	SUFFICIENTE θ	INSUFFICIENTE θ
-------------	--------------------	------------------	--------------------

9 COME GIUDICA LA QUALITÀ DEL CIBO?

OTTIMA θ	SODDISFACENTE θ	SUFFICIENTE θ	INSUFFICIENTE θ
-------------	--------------------	------------------	--------------------

10 COME GIUDICA LA FONDAZIONE NEL SUO COMPLESSO (CURE A LEI PRESTATE, DISPONIBILITÀ E PROFESSIONALITÀ DEL PERSONALE, SERVIZI ALBERGHIERI, ORARI ECC.)?

OTTIME θ	SODDISFACENTI θ	SUFFICIENTI θ	INSUFFICIENTI θ
-------------	--------------------	------------------	--------------------

Se volesse proporci qualche suggerimento ci aiuterà ad offrirle un servizio migliore.

La Direzione ringrazia per la collaborazione prestata nella compilazione del presente questionario pregando di consegnarlo al personale preposto

Data di compilazione del questionario ___ / ___ / 200__

Il questionario è stato compilato:

dall'ospite con l'aiuto di familiari o conoscenti con l'aiuto di un operatore da un familiare

FACOLTATIVO.

In caso di consenso apponga la firma per il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge sulla privacy - DLgs196/2003

θ **DO IL CONSENSO** θ **NEGO IL CONSENSO**

Nome: _____ Cognome: _____