





Allegato 3

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEGLI OSPITI E DEI FAMIGLIARI

COMPILATORE	<input type="checkbox"/> OSPITE	<input type="checkbox"/> Figlio /a	<input type="checkbox"/> Coniuge
	<input type="checkbox"/> Altro (indicare)		
REPARTO	<input type="checkbox"/> piano - 1	<input type="checkbox"/> piano 0	<input type="checkbox"/> piano 1
	<input type="checkbox"/> piano 2	<input type="checkbox"/> piano 2 "Merazzi"	<input type="checkbox"/> Centro
Diurno/Notturmo			

La invitiamo gentilmente ad esprimere la sua valutazione dei seguenti aspetti, barrando la casella corrispondente al giudizio più confacente. Il Questionario è anonimo e dovrà essere imbucato nell'apposita urna entro la data indicate.

				
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
E' soddisfatto della struttura ?				
- La stanza di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Il reparto di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gli ambienti comuni (soggiorni, sale, zona bar, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Giardino e spazi esterni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' soddisfatto dell'adeguatezza delle prestazioni ?				
- Assistenza dei medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assistenza degli infermieri professionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assistenza dei fisioterapisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Assistenza del personale ausiliario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' soddisfatto dell'igiene e accuratezza ?				
- Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abbigliamento e cura della persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' soddisfatto della relazione del personale con l'ospite ?				
- Rispetto riservato all'ospite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ascolto dei bisogni dell'ospite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Attenzione al controllo ed alla custodia dell'ospite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



E' soddisfatto della sua relazione con il personale ? (per i famigliari)	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
- Gentilezza e disponibilità del personale ausiliario ed infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Capacità di ascolto e chiarezza nelle risposte del personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gentilezza e disponibilità del personale amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E' soddisfatto dei servizi offerti dalla RSA ?	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
- Attività proposte dal servizio animazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Servizio di Ristorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pulizia della struttura (stanze, corridoi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lavanderia biancheria ospiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lavanderia biancheria piana (tovaglie, tovaglioli, asciugamani, lenzuola...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Parrucchiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cura del piede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Manutenzione infrastrutture e arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Servizi amministrativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valutazioni conclusive	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
- Ritiene che l'Ospite in questa Casa si senta accolto, rispettato, curato e accudito ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Consiglierebbe questa Casa ad amici o conoscenti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note e suggerimenti per migliorare il benessere dell'ospite in questa Casa Anziani

Grazie per la collaborazione !

(facoltativo)

Questionario compilato da

Ospite di riferimento