



SONDAGGIO DI SODDISFAZIONE 2018 Alla Cortese attenzione della Famiglia

Gentile Signora, Egregio Signore,

La informiamo che per tutto il **mese di Ottobre 2018** raccoglieremo suggerimenti e osservazioni sui Servizi che la Residenza Le offre ogni giorno.

La preghiamo quindi di voler gentilmente compilare, in tutte le sue parti, la scheda che abbiamo predisposto.

Le Sue risposte ci aiuteranno a migliorare tutti gli aspetti di vita all'interno della Struttura. Una volta compilato, può imbucare il questionario nel box presso la Reception.

Gli operatori della Reception e dell'Ufficio Accoglienza sono a Sua disposizione per risolvere insieme qualsiasi dubbio.

Il questionario dovrebbe essere compilato ed imbucato entro Sabato 27 Ottobre 2018.

La ringraziamo fin da ora per la Sua preziosa collaborazione.

La Direzione

Allegata: una busta di ritorno al fine di garantire l'anonimato delle risposte. Si prega di utilizzare una penna blu scuro o nera e segnare con una x la risposta scelta. Es. : SI NO
Per cancellare una risposta, annerire completamente la casella. Es. : SI NO

TIPO SOGGIORNO:

Lunga degenza da
3 mesi o più a lungo

Lunga degenza da
meno di 3 mesi

Temporaneo

Centro
Diurno

La preghiamo di compilare questa scheda in tutte le sue parti. Avrà pertanto la possibilità di comunicarci, in modo anonimo, il livello di gradimento dei nostri Servizi secondo la seguente scala:

Estremamente
soddisfatto/a



Molto
soddisfatto/a



Abbastanza
soddisfatto/a



Non molto
soddisfatto/a



Per niente
soddisfatto/a



Non sa, non la
riguarda



1. IL SUO APPREZZAMENTO COMPLESSIVO

È soddisfatto/a:

- della Struttura nel suo insieme?



2. LA STRUTTURA E L'ATMOSFERA

È soddisfatto/a:

- dell'accoglienza e dell'atmosfera dei locali?
- della pulizia e della manutenzione degli spazi comuni?
- della qualità degli spazi in cui ricevere i propri Ospiti?



3. I PASTI E LA RISTORAZIONE

Considerando la ristorazione che viene offerta all'Ospite, è soddisfatto/a:

- del sapore delle pietanze?
- della varietà delle pietanze che vengono proposte quotidianamente?
- della qualità del servizio durante i pasti?
- dell'accompagnamento e dell'assistenza durante i pasti?
- dell'atmosfera della sala da pranzo?



4. LE CURE E L'ASSISTENZA QUOTIDIANA

Considerando la cura che viene offerta all'Ospite, è soddisfatto/a:

- delle Sue relazioni con l'Équipe Socio-Sanitaria?
- delle cure sanitarie (farmaci, attenzione al dolore, medicazioni)?
- della disponibilità e della cortesia degli Operatori?
- del tempo e dell'attenzione che vengono dedicati quotidianamente all'Ospite?



Estremamente
soddisfatto/a



Molto
soddisfatto/a



Abbastanza
soddisfatto/a



Non molto
soddisfatto/a



Per niente
soddisfatto/a



Non sa, non la
riguarda



5. LA VITA SOCIALE

È soddisfatto/a :



- dell'ambiente di vita della Struttura?
- della scelta delle attività che vengono proposte?
- degli eventi organizzati dalla Struttura?

6. L'ASCOLTO E L'INFORMAZIONE

È soddisfatto/a :



- del modo in cui viene ascoltato/a?
- della disponibilità della Direzione?

7. LA CAMERA

Centro Diurno: vai alla parte 8

È soddisfatto/a :



- del comfort della camera?
- della pulizia della camera e del bagno?
- della funzionalità del bagno?
- del Servizio di Lavanderia per la biancheria personale?

8. PER CONCLUDERE...

- Raccomanderebbe la Struttura a uno dei Suoi familiari/amici/conoscenti?

Le sfumature di colore servono a calibrare meglio il Vostro giudizio.

NO,
affatto

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI,
sicuramente

Non sa

- Questa Struttura offre un buon rapporto qualità/prezzo?

Le sfumature di colore servono a calibrare meglio il Vostro giudizio.

NO,
affatto


0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI,
sicuramente

Non sa

8. PER CONCLUDERE...

- Ha richieste o suggerimenti specifici per migliorare i Servizi offerti?



*Attenzione: la compilazione del modello non prevede l'acquisizione di dati identificativi. Nel caso il competente ufficio ne ravvisasse la presenza, essi verranno depennati e verranno acquisiti solamente i dati non riconducibili ad interessati identificabili.

9. INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

Per fini statistici La preghiamo di indicarci i seguenti dati generici:

Il Suo sesso : Maschio Femmina La Sua età : meno di 50 50-65 più di 65

Sesso dell'Ospite: Maschio Femmina Anno di nascita dell'Ospite :

1	9		
---	---	--	--

Lunga Degenza da 3 mesi o più a lungo: qual è il tempo trascorso nella Struttura ?

meno di 6 mesi	meno di 1 anno	meno di 2 anni	meno di 3 anni	3 anni o più
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frequenza visite? Tutti i giorni Almeno 1 volta
o quasi a settimana Almeno 1
volta al mese Meno spesso

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Grado di dipendenza dell'Ospite:

	Nulla	Leggero	Moderato	Forte	Non sa
Disturbi del movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi cognitivi (memoria, disorientamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La ringraziamo per aver risposto al questionario.

La preghiamo di inserirlo nella busta e imbucarlo nel box presso la Reception