

## Questionario di soddisfazione per l'ospite e/o familiare



Gentili signori vi invitiamo cortesemente a compilare il seguente questionario, segnando con una "X" la casella corrispondente alla risposta prescelta, per permetterci di valutare il grado di soddisfazione relativo ai servizi da noi erogati. Grazie alle Sue indicazioni, sarà possibile migliorare la qualità del servizio offerto. Il questionario potrà essere consegnato in forma anonima o firmato, a Sua discrezione. Vi siamo grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrete esprimere.

- A) Chi compila il questionario:     Ospite                                     Familiare
- B) L'ospite è:                                 Maschio                                     Femmina
- C) E' ricoverato da:                         Meno di sei mesi                         Da sei mesi a due anni                         Più di due anni
- D) Come preferirebbe che il personale si rivolgesse agli ospiti:                         Con il "Tu" confidenziale                         Con il "Lei"

E) QUAL'È LA SUA OPINIONE RIGUARDO A:	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO
1) Pulizia, igiene della camera					
2) Pulizia, igiene degli spazi comuni					
3) Aspetto, arredamento della camera					
4) Aspetto e arredamento degli spazi comuni					
5) Igiene della persona					
6) Ordine e la pulizia resi all'ospite					
7) Rapporto tra ospite/familiare e personale dipendente					
8) Rapporto tra ospite/familiare e Direzione					
9) Disponibilità del personale a fornire informazioni					
10) Gentilezza del personale					
11) Assistenza infermieristica					
12) Assistenza riabilitativa					
13) Animazione e possibilità di svago					
14) Qualità dei pasti e del servizio di sala					
15) Orari in cui vengono serviti i pasti					
16) Servizio di lavanderia					

F) Eventuali proposte per le attività di animazione: .....

.....

.....

.....

.....

G) Consiglierebbe la nostra struttura ad un parente o conoscente?  Sì  No

H) Suggerimenti e consigli in generale .....

.....

.....

.....

.....

I) Reclami .....

.....

.....

.....

.....

L) Tenuto conto dei vari aspetti analizzati, il Suo giudizio complessivo sui servizi erogati dalla struttura è:

Buono  Soddisfacente  Insoddisfacente

Nome e cognome (facoltativo) .....

---

Il questionario va imbucato nell'apposita cassetta situata presso l'ufficio dell'assistente sociale, che potrà essere utilizzata in futuro per segnalare eventuali suggerimenti, critiche e reclami.

---