SERENI ORIZZONTI
Residenze per anziani in Europa

Questionario sul Grado di Soddisfazione dei FAMIGLIARI / VISITATORI

Data	

UDO	

Indicazione per la compilazione

Gentile Sig.ra / Signore, il presente questionario è rivolto ai familiari ed ai tutori degli ospiti assistiti dalla nostra azienda. Il questionario è anonimo e può essere restituito introducendolo nell'apposita cassetta posta nell'atrio.

Le sue risposte / critiche potranno esserci utili per conoscere meglio l'assistenza fornita e poterla migliorare. I risultati dell'indagine verranno analizzati per avere un quadro generale del grado di soddisfazione di Ospiti, Parenti e visitatori in questa struttura e dei loro suggerimenti.

La preghiamo di rispondere ad ogni domanda indicando la sua valutazione in una scala da 1 (Ottimo) a 5 (Scarso) come nell'esempio sotto riportato.

Giudizio positivo	1	2	3	4	5	Giudizio negativo
	Ottimo	~~Buono~~	Abbastanza	Poco	Scarso	

Faccia solo una croce per ogni domanda. Se sbaglia, scriva NO accanto al segno sbagliato e aggiunga quello giusto.

1	Dati informativi e statistici
1.1	**Dati sul compilatore del questionario** ☐ Coniuge ☐ Fratello/Sorella ☐ Figlio/a ☐ Altro Familiare ☐ Non Familiare **Sesso:** ☐ Maschio ☐ Femmina **Età:** ☐ meno di 40 ☐ 40-55 anni ☐ 55-70 anni ☐ oltre 70 anni **Frequenza delle visite:** ☐ Quasi tutti i giorni ☐ 1 volta alla settimana ☐ 1 volta al mese ☐ meno di 1 volta al mese
1.2	**Dati personali dell'Ospite** **Sesso:** ☐ Maschio ☐ Femmina **Età:** ☐ fino ai 64 anni ☐ 65-74 anni ☐ 75-84 anni ☐ 85 anni o oltre
1.3	Come valuta nel suo complesso il servizio offerto dalla struttura? 1 2 3 4 5

N.	Area	n.	Domande	1	2	3	4	5
2	**PRESTAZIONI**	2.1	Assistenza di base					
		2.2	Assistenza infermieristica					
		2.3	Assistenza medica					
		2.4	Assistenza psicologica					
		2.5	Servizio educativo					
		2.6	Attività interne laboratoriali					
		2.7	Manutenzioni					
		2.8	Iniziative esterne,ulturali feste, spettacoli, uscite, manfestazioni, ecc.)					
		2.9	Puntualità nelle comunicazioni					
3	**INFORMAZIONI E PARTECIPAZIONE**	3.1	Disponibilità di informazioni sullo stato del percorso del minore					
		3.2	Possibilità di partecipazione al progetto terapeutici riabilitativo					
		3.3	Possibilità di esprimere opinioni sulla qualità del servizio (lamentele/reclami)					
		3.4	Chiarezza delle informazioni fornite, della Carta dei Servizi e relativi allegati					
		3.5	Rapporto con il responsabile clinico					
		3.6	Tutela della riservatezza degli Ospiti					
		3.7	Rapporto con il coordinamento					
		3.8	Rapporto con la direzione					
4	**SERVIZI ALBERGHIERI E GENERALI**	4.1	Livello manutenzioni struttura					
		4.2	Servizio amministrativo e di segreteria					
		4.3	Pulizia degli ambienti					
		4.4	Possibilità di personalizzare la camera del minore					
		4.4	Arredamento Camera					
		4.6	Servizio di ristorazione: qualità, quantità, adeguatezza e varietà dei pasti					
		4.7	Disponibilità di diete particolari per esigenze alimentari dell'Ospite					
		4.8	Come valuta gli orari adottati					

5	Note e suggerimenti: .... Commenti..... ....

A cura della A cura della Sereni Orizzonti 1 S.p.A.

ANALISI	Registrazione nel Registro dei Reclami: ☐ SI ☐ NO

Data	*Firma Direttore UdO*