



## QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE RESIDENZA 20

Ti chiediamo di partecipare alla rilevazione del grado di soddisfazione sui servizi offerti dalla Cooperativa La Meridiana. Ogni giorno facciamo del nostro meglio per rendere migliore il luogo dove lavoriamo e le nostre modalità di azione, e il tuo feedback è fondamentale per riuscire nel nostro intento.

Il questionario è completamente anonimo, e non verranno richiesti dati personali di alcun tipo.

### 1. COME VALUTA IL MODO IN CUI E' STATO ACCOLTO IL GIORNO DELL'INGRESSO?

<input type="checkbox"/> Molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> Soddisfatto	<input type="checkbox"/> Poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> Insoddisfatto
--	--------------------------------------	---	--

### 2. COME VALUTA LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA RICEVUTA DALLE SEGUENTI FIGURE PROFESSIONALI?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Non so
Medico					
Infermiere					
Operatore assistenziale					
Fisioterapista					
Educatore					
Assistente sociale					

### 3. COME VALUTA LA QUALITA' DELLA RELAZIONE CON IL PERSONALE?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Non so
Medico					
Infermiere					
Operatore assistenziale					
Fisioterapista					
Educatore					
Assistente sociale					

### 4. COME VALUTA L'EROGAZIONE DEI SEGUENTI SERVIZI?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Non so
Assistenza spirituale					
Amministrazione					
Ristorazione					
Sanificazione ambientale					
Lavanderia (se ne usufruisce)					

### 5. COME VALUTA I SEGUENTI ASPETTI AMBIENTALI?

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Non so
Personalizzazione della camera					
Comfort degli ambienti					
Privacy degli ambienti					
Disponibilità degli spazi per le visite di familiari e amici					



**6. COME VALUTA LA QUALITA' DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE DURANTE LA DEGENZA?**

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Poco soddisfatto	Insoddisfatto	Non so
Informazioni sulle novità/iniziative della struttura					
Tempestività delle risposte a seguito di sue segnalazioni/ richieste					
Informazioni riguardanti le condizioni di salute					
Informazioni riguardanti il percorso di assistenza e cura (Piano di assistenza Individualizzato)					

**7. COMPLESSIVAMENTE LEI QUANTO E' SODDISFATTO DEL SERVIZIO OFFERTO?**

<input type="checkbox"/> Molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> Soddisfatto	<input type="checkbox"/> Poco soddisfatto	<input type="checkbox"/> Insoddisfatto
--	--------------------------------------	---	--

**8. INDICARE IL GRADO DI PARENTELA**

<input type="checkbox"/> Figlio/a
<input type="checkbox"/> Fratello/Sorella
<input type="checkbox"/> Marito/Moglie
<input type="checkbox"/> Nipote
<input type="checkbox"/> ADS/Tutore
<input type="checkbox"/> Altro

**9. INDICARE LA DURATA DELL'ACCOGLIENZA IN STRUTTURA**

<input type="checkbox"/> Da 0 a 3 mesi	<input type="checkbox"/> Da 7 a 24 mesi
<input type="checkbox"/> Da 4 a 6 mesi	<input type="checkbox"/> > di 24 mesi

Hai consigli o suggerimenti per noi, o c'è un problema specifico che desideri portare alla nostra attenzione? _____ _____ _____
---