

# QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI RESIDENZA SANITARIA DISABILI

Gentile Signora, Gentile Signore,

siamo interessati a conoscere la Sua opinione rispetto ai servizi da noi offerti presso la nostra Residenza Sanitaria Disabili.

Le sue indicazioni ci aiuteranno a fornirLe un servizio sempre migliore e più vicino ai suoi desideri.

Per questo motivo le chiediamo di rispondere ai seguenti quesiti liberamente e con totale sincerità.

Ogni giudizio che vorrà esprimere è per noi importante perché ci permetterà di evidenziare gli aspetti del nostro lavoro, in particolare quelli critici e quindi migliorabili.

CRM garantisce che i dati raccolti, salvo diversa volontà del compilatore, rimarranno assolutamente anonimi e che non è in alcun modo possibile risalire al nominativo della persona che ha compilato il questionario.

Cogliamo l'occasione per ringraziarla della sua disponibilità e le porgiamo i nostri più cordiali saluti.

IL PRESIDENTE DI C.R.M.

*Antonio Musto*

Esprima per ognuno degli argomenti proposti di seguito il suo giudizio da 1 a 10 barrando con una crocetta la cifra che ritiene più adeguata, considerando che "1" rappresenta la massima insoddisfazione o il totale disaccordo rispetto alla domanda posta mentre "10" è il massimo livello di soddisfazione o accordo.

Le chiediamo inoltre di specificare chi compila il questionario, questo ci permette di capire l'efficacia del questionario.

Grazie per la collaborazione.

Questionario compilato da:

ospite                       parente                       tutore / amministratore di sostegno

Ospite presente in RSD da:

meno di 3 mesi                       da 3 mesi a 1 anno                       più di 1 anno

1) Ritiene di aver ricevuto informazioni chiare e sufficienti quando si è rivolto per la prima volta in struttura?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla Molto

2) Il personale che si è occupato di lei o del suo parente in occasione dell'ingresso, lo ha fatto in modo completo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla Molto

3) I diversi referenti della struttura sono disponibili quando ha necessità di comunicare con loro?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla Molto

4) Le è stato presentato chiaramente il progetto individualizzato secondo cui si svolge l'assistenza per lei o il suo familiare ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla Molto

5) Il medico è stato chiaro nel dare informazioni relative allo stato di salute?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla Molto

6) E' soddisfatto del servizio infermieristico - sanitario ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla Molto

7) E' soddisfatto della cura e dell'igiene alla persona ?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

8) E' soddisfatto del servizio fisioterapico ?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

9) E' soddisfatto delle attività educative ed occupazionali ?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

10) Trova che sia curato l'aspetto relazionale?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

11) È soddisfatto dei servizi quali ad esempio parrucchiere, manicure, pedicure?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

12) È soddisfatto del servizio di lavanderia?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

13) È soddisfatto del servizio di reception?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

14) Ritiene che il grado di pulizia della struttura sia adeguato?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

15) Pensa che l'organizzazione degli ambienti della struttura garantisca lo svolgimento di tutte le attività previste?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

16) Pensa che la segnaletica presente sia sufficientemente chiara per favorire l'orientamento degli ospiti e dei visitatori?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Per nulla</i>									<i>Molto</i>

**DOMANDE SOLO PER GLI OSPITI**

17) È soddisfatto del servizio di ristorazione ?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Per nulla

Molto

18) Pensa che sia rispettato il suo bisogno di riposo?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Per nulla

Molto

**DOMANDE SOLO PER I PARENTI, AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO, TUTORI**

19) Trova nel servizio RSD un valido sostegno ?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Per nulla

Molto

20) Ritieni che l'inserimento in struttura influisca sulla qualità del tempo che passa attualmente con la sua famiglia?

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Per nulla

Molto

**A. esponga, se lo desidera, le Sue osservazioni e i suoi suggerimenti:**

---

---

---

---

---

**B. cosa ha apprezzato maggiormente**

---

---

---

---

---

**C. quali fatti, aspetti o cose considera negative**

---

---

---

---

---