



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO AREA DISABILITA' RESIDENZIALE/VOUCHER SOCIO – SANITARIO DI LUNGO ASSISTENZA

Il questionario che Le chiediamo di compilare ha lo scopo di farci comprendere se il servizio erogato soddisfa le Sue attese, per poterlo eventualmente adeguare ai bisogni e aspettative manifestati. Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più rispondente alla realtà.

data		
กลเล		

P. T.

Il questionario viene compilato da:

- o dall'utente stesso
- o dall'utente con l'aiuto di familiari
- o dall'utente con l'aiuto dell'operatore
- o dal Tutore
- o dall'amministratore di sostegno

INFORMAZIONI GENERALI

Sesso

- o maschio
- o femmina

Età compiuta in anni ___ __

Nazionalità

- o italiana
- o straniera

Scolarità

- o nessuna
- o scuola obbligo
- o scuola superiore
- o laurea /altro titolo

Indicare la struttura residenziale di riferimento:

- Comunità Socio Sanitaria "IL SOLE"
- o Mini Alloggi "Raggi di Sole 1 e 2"

1. Vi sentite soddisfatti dai servizi offerti presso la struttura?

O Non O Abbastanza Soddisfatto O Molto Soddisfatto O Non so







2. Siete soddisfatti del rapporto che avete con gli operatori?

0	Non	0	Abbastanza soddisfatto	00	0	Molto soddisfatto		0	Non so	(65)
	soddisfatto									
3.	Vi ritenete soddisfatti (dell'a	ttenzione rivolta a	agli ospiti d	lella s	struttura?				
0	Non	0	Abbastanza soddisfatto	<u>•</u> ••	0	Molto soddisfatto		0	Non so	(e)
	soddisfatto									
4.	Vi ritenete soddisfatti (degli	spazi dedicati agli	ospiti? So	no cı	urati adeguatam	ente?			
0	Non	0	Abbastanza		0	Molto	(a) (a)	0	Non so	40
	960		soddisfatto			soddisfatto				(e)
	soddisfatto									
5.	Siete soddisfatti delle i difficoltà?	rispos	ste che ricevete in	nerito a r	ichie	ste specifiche, ri	guardanti a	ad es	empio mon	nenti di
0	Non	0	Abbastanza soddisfatto	<u>•</u> ••	0	Molto soddisfatto		0	Non so	(e)
	soddisfatto									
6.	Ritenete soddisfacente la capacità degli operatori di venire incontro alle esigenze dell'ospite e dei suoi familiari? (es. orari di visita, rientro in famiglia, uscite)									
0	Non	0	Abbastanza soddisfatto	(<u>•</u> •	0	Molto soddisfatto	() N	0	Non so	(65)°
	soddisfatto									
<u> </u>		1			1			1		
7.	Quali suggerimenti da	reste	per migliorare il s	ervizio offe	erto p	oresso la struttur	a di riferim	nento		
_										
_										
_										
_										
_										



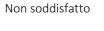


2[^] PARTE QUESTIONARIO

DA COMPILARE SOLO SE ASSEGNATARI DI VOUCHER SOCIO SANITARIO DI LUNGO ASSISTENZA (Solo per gli utenti della Comunità Socio Sanitaria IL SOLE)

a- È soddisfatto delle informazioni ricevute su come può utilizzare il voucher socio-sanitario di lungo assistenza?







Abbastanza soddisfatto



Molto soddisfatto



- Indicare quali professionisti sono intervenuti nel suo caso (anche più risposte):
- Infermiere 0
- Fisioterapista 0
- medico di famiglia
- Medico specialista 0
- Psicologo 0
- ASA/OSS 0
- Educatore socio-sanitario 0
- altro professionista (indicare quale):
- È soddisfatto delle prestazioni professionali erogate tramite voucher?







Abbastanza soddisfatto



Molto soddisfatto



d- È soddisfatto dell'organizzazione del servizio che Le è stato offerto (orari, turnazione del personale, cortesia, competenza)?





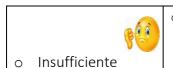
Abbastanza soddisfatto



Molto soddisfatto



e- Come valuta la capacità del servizio di rispondere ai problemi più importanti di assistenza?



Sufficiente



Ottima



f- Nel complesso, come valuta la capacità del servizio di rispondere ai problemi più importanti che si sono presentati durante il periodo di assistenza?





