

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 _____

Il questionario viene compilato da:

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

INFORMAZIONI GENERALI

Sesso

- maschio
- femmina

Età compiuta in anni ____

Nazionalità

- italiana
- straniera





Scolarità

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





Indicare la struttura residenziale di riferimento:

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





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

<input type="radio"/> Non soddisfatto	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto	<input type="radio"/> Molto soddisfatto	<input type="radio"/> Non so
			





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

<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 	<input type="radio"/> Non so 
---	--	---	--





3. Vi ritenete soddisfatti dell'attenzione rivolta agli ospiti della struttura?

<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 	<input type="radio"/> Non so 
---	--	---	--





4. Vi ritenete soddisfatti degli spazi dedicati agli ospiti? Sono curati adeguatamente?

<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 	<input type="radio"/> Non so 
---	--	---	--

5. Siete soddisfatti delle risposte che ricevete in merito a richieste specifiche, riguardanti ad esempio momenti di difficoltà?

<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 	<input type="radio"/> Non so 
---	--	---	--

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...)




<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 	<input type="radio"/> Non so 
---	--	---	--

7. Quali suggerimenti dareste per migliorare il servizio offerto presso la struttura di riferimento?

2^A 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?

Non soddisfatto 	Abbastanza soddisfatto 	Molto soddisfatto 
---	--	---




b- Indicare quali professionisti sono intervenuti nel suo caso (anche più risposte):

- Infermiere
- Fisioterapista
- medico di famiglia
- Medico specialista
- Psicologo
- ASA/OSS
- Educatore socio-sanitario
- altro professionista (indicare quale): _____




c- È soddisfatto delle prestazioni professionali erogate tramite voucher?

<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 
---	--	---




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

<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 
---	--	---

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


<input type="radio"/> Insufficiente 	<input type="radio"/> Sufficiente 	<input type="radio"/> 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?


<input type="radio"/> Non soddisfatto 	<input type="radio"/> Abbastanza soddisfatto 	<input type="radio"/> Molto soddisfatto 
---	--	---


Indicare eventuali difficoltà particolari riscontrate (esempi: tempi di attesa, scarse informazioni, difficoltà nel contattare gli operatori):






Osservazioni e suggerimenti:







Grazie per la collaborazione