

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELL'OSPITE  
SERVIZIO CURE INTERMEDIE / EX IDR**

**1) INFORMAZIONI PRELIMINARI**

Chi compila il questionario:  ospite  familiare/altro caregiver  compilato insieme

**2) ACCOGLIENZA**

2.1 Come giudica l'accoglienza al momento del ricovero?

Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
--------	-------	-------------	--------	---------	--------

2.2. Al Suo ingresso ha avuto chiare e sufficienti informazioni circa l'organizzazione dell'Azienda e del reparto?  Sì  No

**3) QUALITA' COMPLESSIVA DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE**

3.1 Come valuta complessivamente il servizio ricevuto?

Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
--------	-------	-------------	--------	---------	--------

3.2 Quali aspetti considera maggiormente positivi? (sono possibili max 3 risposte)

Organizzazione ed efficienza	Informazioni e comunicazione	Attenzione al ricoverato	Riservatezza e privacy	Professionalità	Qualità delle cure	Confort alberghiero
------------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------	--------------------	---------------------

3.3 Quali aspetti ha gradito di meno, se ve ne sono? (sono possibili max 3 risposte)

Organizzazione ed efficienza	Informazioni e comunicazione	Attenzione al ricoverato	Riservatezza e privacy	Professionalità	Qualità delle cure	Confort alberghiero
------------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------	--------------------	---------------------

3.4 Ritiene soddisfatte le aspettative che aveva al momento del Suo ricovero?

Moltissimo	Abbastanza	Sufficientemente	Poco	Per niente	Non so
------------	------------	------------------	------	------------	--------

3.5 E' soddisfatto delle indicazioni ricevute al momento della Sua dimissione (esempio uso dei farmaci, presidi o protesi; alimentazione; attività fisica; visite di controllo, etc.)?

Moltissimo	Abbastanza	Sufficientemente	Poco	Per niente	Non so
------------	------------	------------------	------	------------	--------

**4) QUALITA' DELL'ASSISTENZA**

4.1 Come valuta il personale medico sotto questi aspetti?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Cortesìa e disponibilità all'ascolto						
Chiarezza e precisione delle informazioni ricevute						
Professionalità						

4.2 Come valuta il personale infermieristico sotto questi aspetti?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Cortesìa e disponibilità all'ascolto						
Chiarezza e precisione delle informazioni ricevute						
Professionalità						

4.3 Come valuta il personale di supporto (ASA e OSS) sotto questi aspetti?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Cortesìa e disponibilit� all'ascolto						
Chiarezza delle informazioni ricevute						
Professionalit�						

4.4 Come valuta il personale riabilitativo (fisioterapisti e terapeuta occupazionale) sotto questi aspetti?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Cortesìa e disponibilit� all'ascolto						
Chiarezza e precisione delle informazioni ricevute						
Professionalit�						

**5) SERVIZI ALBERGHIERI**

5.1 Come giudica il vitto fornito dall'azienda?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Quantit�						
Qualit�						
Variet� e possibilit� di scelta						

5.2 Come giudica la Sua camera?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Confort						
Pulizia						
Qualit� degli arredi						

5.3 Come giudica gli spazi comuni?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Confort						
Pulizia						
Qualit� degli arredi						

OSSERVAZIONI, SUGGERIMENTI, PROPOSTE

.....

.....

.....

.....

.....

*Grazie per la collaborazione.  
La Direzione Aziendale*