

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELL'OSPITE
SERVIZIO CURE INTERMEDI / 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 È 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
Cortesia 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
Cortesia 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
Cortesia e disponibilità all'ascolto						
Chiarezza delle informazioni ricevute						
Professionalità						

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

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

5) SERVIZI ALBERGHIERI

5.1 Come giudica il vitto fornito dall'azienda?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Quantità						
Qualità						
Varietà e possibilità di scelta						

5.2 Come giudica la Sua camera?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Confort						
Pulizia						
Qualità degli arredi						

5.3 Come giudica gli spazi comuni?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Confort						
Pulizia						
Qualità degli arredi						

OSSERVAZIONI, SUGGERIMENTI, PROPOSTE

.....

.....

.....

.....

*Grazie per la collaborazione.
La Direzione Aziendale*