Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente alcuni minuti del Suo tempo per esprimere un parere sulla qualità del servizio ricevuto presso la nostra RSA. Il questionario dovrà essere compilato in maniera assolutamente anonima e la Sua opinione sarà di grande importanza per migliorare i servizi che offriamo. Potrà consegnare il questionario compilato all'operatore presente durante l'incontro visite parenti. Un sentito ringraziamento per la sua preziosa collaborazione.

Questionario di gradimento Residenziale CENTRO GIROLA

Il questionario viene compilato in data: _____

Da:
□ dall'assistito □ con l'aiuto di parenti/amici/assistente familiare □ da un familiare
□ tutore / curatore / amministratore di sostegno

Reparto/Nucleo _____

Vive nella residenza da: □ Meno di 6 Mesi □ Da 6 mesi a 2 anni □ Più di 2 anni □ Più di 4 anni

Da chi è venuto a conoscenza della nostra Struttura?

□ Medico di Medicina Generale □ Medico di altro Ospedale □ Sito internet □ Amici /parenti
□ ATS/ASL □ Associazioni □ Operatori □ Servizio Sociale

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

A. E' soddisfatto/a dell'accoglienza e delle informazioni ricevute in residenza?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
B. E' soddisfatto/a della Carta dei Servizi (indicazioni in merito ai servizi disponibili e alle modalità per usufruirne)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
C. E' soddisfatto/a degli orari di apertura al pubblico degli uffici amministrativi e dell'accessibilità alle informazioni	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
D. E' soddisfatto/a dell'ambiente e delle strutture presenti in residenza?				
D1. Ambienti comuni: aspetto, comodità, temperatura, ventilazione, luminosità	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
D2. Camera personale: comodità, dimensione, arredo, temperatura, luminosità	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
E. E' soddisfatto/a della cura dedicata ad igiene personale e pulizia ambienti?				
E1. Cura dedicata all'igiene personale	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
E2. Pulizia dei servizi igienici e degli ambienti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
F. E' soddisfatto/a del servizio di ristorazione?				
F1. Qualità dei pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
F2. Quantità dei pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
F3. Varietà del menu	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
F4. Possibilità di modificare i cibi in presenza di disturbi di masticazione, di deglutizione o per i suoi problemi di salute	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco

G. E' soddisfatto/a del servizio lavanderia?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
H. E' soddisfatto/a dell'organizzazione degli orari in residenza?				
H1. Orari apertura alle visite	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
H2. Orari pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
H3. Orari sonno / veglia	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I. E' soddisfatto della cortesia, professionalità e sollecitudine del personale assistenziale?				
I1. Personale ausiliario	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I2. Infermieri	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I3. Personale medico	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I4. Fisioterapisti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I5. Animatori	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
J. Si sente Coinvolto nel programma di assistenza individuale (PAI)?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
K. E' soddisfatto delle attività di animazione?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
L. E' soddisfatto delle attività di fisioterapia?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
M. E' soddisfatto del rispetto della sua intimità e della sua privacy?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
N. Come percepisce l'atmosfera e il clima emotivo in residenza?				
N1. E' soddisfatto/a del rapporto umano con gli altri ospiti / familiari?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
N2. E' soddisfatto/a del rapporto umano con il personale che si occupa di lei?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
N3. Percepisce cortesia, disponibilità e umanità da parte del personale nei suoi confronti?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
O. E' soddisfatto, complessivamente, dei servizi offerti dal centro?	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco

VALUTAZIONE COMPLESSIVA (indicare un voto da 1 = pessimo a 7 = ottimo):

P. Come valuta complessivamente il servizio offerto?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Q. Consiglierebbe ad altri questa struttura?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Le chiediamo, infine, di volerci esprimere eventuali carenze, suggerimenti o segnalare aspetti particolarmente positivi o eventuali altri servizi di cui sente particolarmente l'esigenza.

.....

.....

.....

.....

Nel ringraziarla per la cortese attenzione, la informiamo che la raccolta delle informazioni del presente questionario è finalizzata ad elaborazioni statistiche che ci permettono di migliorare il servizio

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Orari: Lu-Ve dalle 10:00-12:00 e 14:00-15:30 **Telefono**: 02/64224501
Mail: direzione.mi.girola@dongnocchi.it **Indirizzo**: Via Carlo Girola, 30 Milano