Gentilissima/o,

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare i nostri servizi.

Ci teniamo a precisare che il QUESTIONARIO per noi è uno strumento utile ma non sostituisce mai il dialogo che per noi rimane la modalità principale per conoscersi reciprocamente e trovare le soluzioni più idonee. Pertanto, se desidera fornire ulteriori suggerimenti e informazioni la preghiamo di rivolgersi direttamente alla Direzione della Struttura. La ringraziamo molto.

Segnare con una "X" il quadratino corrispondente alla risposta prescelta.

IL QUESTIONARIO VIENE COMPILATO DA				
☐ L'OSPITE IN PERSONA		☐ UN FAMILIARE		
STRUTTURA IN CUI LEI (O IL SUO FAMILIARE) RISIEDE (INDICARE, SE RITENUTO OPPORTUNO, NUCLEO/PIANO DI APPARTENENZA)				
…… NUCLEO/PIANO……				
PERIODO DI SOGGIORNO				
☐ DA MENO DI 6 MESI		☐ DA 6 MESI A 2 ANNI		☐ DA PIU' DI 2 ANNI
RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA O ALLA ESPERIENZA DEL SUO FAMILIARE OSPITATO, CHE COSA PENSA RIGUARDO A:	**MOLTO SODDISFATTO**	**SODDISFATTO**	**POCO SODDISFATTO**	**NON SODDISFATTO**
IMMAGINE DELLA STRUTTURA cura e funzionalità degli spazi comuni e delle camere degli Ospiti; piacevolezza dell'arredo; stato di manutenzione.	☐	☐	☐	☐
FASE DI ACCOGLIENZA gestione dei primi contatti, modo in cui è stato accolto l'Ospite nei primi giorni, informazioni ricevute, cortesia e sensibilità	☐	☐	☐	☐
ATTUALE MODALITÀ DI INCONTRO TRA OSPITE E FAMILIARE disponibilità oraria, piacevolezza degli ambienti, riservatezza	☐	☐	☐	☐
DIREZIONE DELLA STRUTTURA E COORDINAMENTO DEI SERVIZI	☐	☐	☐	☐
RESPONSABILITÀ/DIREZIONE SANITARIA DELLA STRUTTURA	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO MEDICO (in Lombardia è interno alla Struttura, in Piemonte – Liguria - Sardegna è fornito da Servizio Sanitario Nazionale)	☐	☐	☐	☐

RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA O ALLA ESPERIENZA DEL SUO FAMILIARE OSPITATO, CHE COSA PENSA RIGUARDO A:	**MOLTO SODDISFATTO** 	**SODDISFATTO** 	**POCO SODDISFATTO** 	**NON SODDISFATTO** 
SERVIZIO ASSISTENZIALE	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO INFERMIERISTICO	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO DI FISIOTERAPIA	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO DI ANIMAZIONE	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO DI CENTRALINO/ RECEPTION E AMMINISTRAZIONE	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO DI IGIENE AMBIENTALE	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO DI LAVANDERIA e GUARDAROBA	☐	☐	☐	☐
SERVIZIO DI RISTORAZIONE	☐	☐	☐	☐

EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI per migliorare i servizi erogati

CONSIGLIEREBBE QUESTA STRUTTURA AD ALTRI?	☐ **SI** ☐ **NO**

DATA DI COMPILAZIONE _____

La ringraziamo molto per la Sua preziosa collaborazione, sarà nostro preciso impegno considerare con attenzione le valutazioni espresse ed eventuali suggerimenti attuabili. Per un maggiore approfondimento la Direzione è disponibile ad un confronto.