

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO

Gentile utente,

per noi è importante conoscere la Sua opinione riguardo ai servizi offerti dalla nostra Struttura. La preghiamo pertanto di compilare il presente questionario anonimo e riporlo nelle apposite cassette presenti presso il Centro raggio di sole. (Le verranno richieste esclusivamente alcune generalità per fini statistici); le risposte da Lei fornite ci saranno utili per individuare aree e opportunità di miglioramento.

Il questionario è facoltativo e un eventuale rifiuto di fornire i dati non avrà conseguenze negative sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie e riabilitative.

I dati da Lei forniti non saranno comunicati a terzi o resi anonimi. I risultati delle rilevazioni potranno essere diffusi soltanto in forma anonima.

In qualunque momento potrà conoscere le informazioni che La riguardano, verificare se sono state inserite, integrarle, aggiornarle, rettificarle, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi ed esercitare gli altri diritti riguardanti i suoi dati personali, rivolgendosi a il sig. Gianluca Masiello in qualità di DPO.

La ringraziamo per la preziosa collaborazione.

Gentile Signore/a,

La Direzione Sanitaria

GENERALITÀ DEL COMPILATORE

1) Chi compila il questionario è:

- padre
- madre
- sorella
- fratello
- padre
- altro (specificare) _____

2) Se parente, definire il grado di parentela con l'utente:

3) L'utente del servizio è:

- maschio
- femmina

PARTE PRIMA					
	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente	Del tutto inadeguato
4) Come considera l'accoglienza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Come valuta il rapporto tra il personale di assistenza e gli utenti? (Cortesia, attenzione, riservatezza...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Come valuta il rapporto tra il seguente personale e gli utenti? (Cortesia, attenzione, riservatezza...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1) Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2) Psicologa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3) Infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4) Riabilitativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5) Assistenziale - Operatori Socio Sanitari (OSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Come considera i rapporti degli utenti all'interno della comunità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Come considera il progetto individuale educativo riabilitativo dell'utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Come considera la condivisione del progetto con la famiglia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ritiene adeguati gli orari di apertura, chiusura e/o di visita della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Come valuta, se lo utilizza, il servizio trasporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Come valuta la professionalità del personale che provvede al trasporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Come valuta la qualità del cibo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Come valuta la qualità dell'ambiente, degli spazi e degli arredi della struttura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Come considera le attività proposte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Come il soggiorno estivo (se previsto nel progetto individuale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Come giudica il livello di pulizia del Centro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Come valuta il rispetto della riservatezza dell'utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Come valuta la capacità di ascolto dell'organizzazione rispetto alle sue istanze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE SECONDA

	Migliorato/a	Un po' migliorato/a	Invariato/a	Un po' peggiorato/a	Peggiorato/a
20) Da quando l'utente è inserito nella struttura il suo livello di autonomia è...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Da quando l'utente è inserito nella struttura la sua capacità di relazionarsi con gli altri è...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Da quando l'utente è inserito nella struttura la sua condizione psicologica è...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
23) Da quando frequenta la struttura ritiene che l'utente, nel complesso, sia migliorato...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Ritiene che la frequenza al Centro abbia arrecato alla famiglia alcuni vantaggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) L'inserimento nella struttura ha comportato per i familiari:					
25.1) <i>Maggiore disponibilità di tempo libero</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.2) <i>La possibilità di organizzare meglio la giornata</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.3) <i>La possibilità di dedicarsi agli altri familiari o amici</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.4) <i>Una maggiore tranquillità psicologica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.5) <i>Minori difficoltà ad assistere il suo parente nelle ore in cui frequenta la struttura</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.6) <i>Altro (specificare) _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Se dovesse fornire un giudizio complessivo, è soddisfatto dell'esperienza in atto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATA _____/_____/_____202_____