Fondazione Ospedale della Carità
Centro Servizi per Anziani ETS

Questionario di rilevazione del gradimento familiari
Centro Diurno Integrato

Caro Familiare,

è nostro impegno perseguire la qualità dei servizi da noi offerti, in un'ottica di miglioramento continuo ed attenzione alle Vostre esigenze. Per tale motivo è per noi importante conoscere il Suo parere circa i servizi ricevuti, perché questo ci aiuterà a guardare avanti, imparare e crescere.

Le chiediamo di compilare il presente questionario, ponendo una barretta sul grado di soddisfazione che meglio corrisponde alla Sua esperienza e farcelo avere via posta ordinaria, e-mail (ospiti@rsacasalbuttano.eu), consegnato in portineria o direttamente ai nostri operatori. Non esiti a chiedere supporto in caso di bisogno (domande non chiare; difficoltà di lettura; etc.).

Grazie per la collaborazione.

Il Presidente di Fondazione
Ospedale della Carità

****

1) Accoglienza *(parte riservata ai nuovi utenti accolti nel corso dell'anno)*

1.1 Come giudica l'accoglienza e la presa in carico all'ingresso nel nostro Centro Diurno?

Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so

1.2 Come valuta le informazioni ricevute circa l'organizzazione del servizio?

Ottime	Buone	Sufficienti	Scarse	Pessime	Non so

2) Qualità dei servizi e delle prestazioni ricevute

2.1 Come valuta complessivamente la qualità del servizio ricevuto?

Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so

2.2 Come valuta i seguenti aspetti caratterizzanti il nostro Centro Diurno?

Disponibilità e cortesia dei nostri operatori	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
Cura ed assistenza dedicata al Suo parente	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
Orari di apertura del Centro	Ottimi	Buoni	Sufficienti	Scarsi	Pessimi	Non so
Giorni di apertura del Centro	Ottimi	Buoni	Sufficienti	Scarsi	Pessimi	Non so
Qualità del servizio di trasporto (se usato)	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so

3) Capacità di risposta ai bisogni

3.1 In che misura ritiene che il nostro Centro Diurno sia stato utile e abbia dato delle risposte ai bisogni della Sua famiglia?

Molto	Abbastanza	Sufficiente	Poco	Per nulla	Non so

3.2 Da quando il Suo familiare frequenta il nostro Centro Diurno …

il suo livello di autonomia è …	Migliorato	Stabile	Peggiorato	Non so
le sue capacità relazionali sono …	Migliorate	Stabili	Peggiorate	Non so
il suo umore è …	Migliorato	Stabile	Peggiorato	Non so

4) Altre informazioni

4.1 Come è venuto a conoscenza del nostro Centro Diurno Integrato?
□ Sono già stato un cliente di Fondazione
□ Mi è stato indicato dal medico di famiglia
□ Mi è stato indicato da parenti/amici
□ Ho trovato delle informazioni sul vostro sito internet
□ Altro (da indicare) _____

4.2 Consiglierebbe ai suoi parenti/amici il nostro Centro Diurno Integrato?
□ Certamente sì
□ Non so, ci devo pensare
□ Certamente no

4.3 In caso di bisogno, pensa che si rivolgerà ancora ai servizi della Fondazione Ospedale della Carità di Casalbuttano?
□ Certamente sì
□ Non so, ci devo pensare
□ Certamente no

La invitiamo, utilizzando queste righe, a fornirci ***osservazioni e suggerimenti*** *al fine di migliorare il nostro servizio*

_____

_____

_____

_____

I DATI RACCOLTI VERRANNO ELABORATI E RESI DISPONIBILI TRAMITE
BILANCIO SOCIALE E LA BACHECA POSTA ALL'INGRESSO DELLA STRUTTURA