

	Modulo		Rev 6
	M8.04.06	QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI CT FOGLIARO	del 01/03/2024
			Pagina 1 di 3

Comunità Terapeutica di Fogliaro

Nota bene: le informazioni raccolte, in forma anonima, con la compilazione della presente pagina del questionario saranno utilizzate esclusivamente a fini statistici, per descrivere le caratteristiche del campione di coloro che hanno partecipato alla presente rilevazione.

Il questionario viene compilato in data ___ / ___ / ___:

INFORMAZIONI GENERALI

A quale titolo compila il seguente questionario?

Famigliare? SI NO

Se SI, rapporto di parentela _____

Ente affidatario? SI NO

Tutore? SI NO

Comunità Terapeutica di Fogliaro

Legenda:	1. per nulla soddisfatto; 2. poco soddisfatto; 3. soddisfatto così, così; 4. soddisfatto; 5. molto soddisfatto; 0. non saprei.						
AREA INFORMAZIONE e COMUNICAZIONE							
1.	È soddisfatto delle informazioni che ha ricevuto e che riceve in merito alla permanenza in Comunità, allo stato di salute, alle cure prestate e al trattamento della/del sua/o familiare?	1	2	3	4	5	0
2.	È soddisfatta/o delle informazioni che ha ricevuto e che riceve in merito al Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) rivolto alla/al sua/o familiare?	1	2	3	4	5	0
Eventuali osservazioni e suggerimenti							
AREA AMBIENTI E SPAZI							
3.	È soddisfatta/o, in generale, dell'ambiente e dell'ospitalità offerta (spazi esterni, spazi comuni, menù, confort, camere, servizi igienici, ecc.)?	1	2	3	4	5	0
Le chiediamo, inoltre, di esprimere anche una valutazione specifica per ognuno dei seguenti servizi offerti							
	Servizio ristorazione	1	2	3	4	5	0
	Servizio lavanderia	1	2	3	4	5	0
	Servizio pulizie ambienti	1	2	3	4	5	0
Eventuali osservazioni e suggerimenti:							
AREA ORGANIZZAZIONE ed EFFICIENZA							
4.	È soddisfatta/o, in generale, dell'organizzazione e dell'efficienza della Comunità (ad esempio turnazione del personale, telefonate/videochiamate ai famigliari, organizzazione visite e rientri, ecc.)?	1	2	3	4	5	0
Eventuali osservazioni e suggerimenti:							
AREA ASSISTENZA e CONTINUITA'							
5.	È soddisfatto dell'attenzione e della cura prestata dagli operatori per gli aspetti che riguardano la tutela della salute del suo familiare (ad esempio accompagnamento per visite mediche, somministrazione farmaci, ecc.)?	1	2	3	4	5	0
6.	Come valuta, in generale, l'assistenza medica, infermieristica (Neuropsichiatra Infantile, Psichiatra, Infermiere Professionale) garantite al sua/o familiare?	1	2	3	4	5	0
7.	Come valuta, in generale, gli interventi riabilitativi, educativi ed assistenziali (Educatori Professionali, OSS, Terapisti, Assistente sociale, Psicologo) garantiti al sua/o familiare?	1	2	3	4	5	0
Eventuali osservazioni e suggerimenti:							

Legenda: 1. per nulla soddisfatto; 2. poco soddisfatto; 3. soddisfatto così, così; 4. soddisfatto; 5. molto soddisfatto; 0. non saprei.

AREA RELAZIONALE

8.	È soddisfatta/o del rapporto con gli operatori che si occupano del sua/o familiare (ad esempio cortesia, riservatezza, disponibilità all'ascolto, alle spiegazioni, gestione delle telefonate/videochiamate/visite ecc.)?	1	2	3	4	5	0
----	---	---	---	---	---	---	---

Eventuali osservazioni e suggerimenti:

IN CONCLUSIONE ...

9.	Soddisfazione Complessiva: nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio erogato dalla Comunità?	1	2	3	4	5	0
----	--	---	---	---	---	---	---

10.	Consideriamo il suo contributo fondamentale e le chiediamo: ci sono degli aspetti che possono migliorare la qualità del Servizio?						
-----	---	--	--	--	--	--	--

11.	Conosce il Bilancio Sociale di Fondazione Renato Piatti – ONLUS?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
-----	---	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	--	--

EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI RIFERITI AL SERVIZIO

Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, la informiamo che i risultati della presente indagine saranno resi noti attraverso comunicazione scritta.

La Direzione