Fondazione
Honegger
R.S.A.
Onlus

Questionario di soddisfazione Residenti e Parenti

Anno XXXX

Gent.le Sig./ra,

anche quest'anno ci rivolgiamo a Lei per conoscere quali sono le esigenze e le aspettative che Lei ha rispetto ai servizi erogati nelle nostre strutture.

Per noi è molto importante conoscerle, perché il confronto con i pareri dei Residenti e dei Famigliari ci aiuta ad operare per il miglioramento della qualità dei servizi stessi.

Quindi più questionari saranno compilati, più significativa e importante sarà per noi la lettura e la comprensione delle vostre aspettative.

La invitiamo pertanto a compilare il seguente questionario esprimendo i suoi pareri, i suggerimenti e le critiche, in assoluta libertà e completo anonimato.

All'ingresso della Struttura troverà l'apposita cassetta dove riporre il questionario, entro il XX.XX.XXXX.

Il Consiglio di Amministrazione avrà modo di presentare i risultati del suddetto questionario il XX.XX.XXXX, presso la Sala Perani della Struttura Protetta, sita in Via Cappuccini n°10.

Ringraziamo per la collaborazione e porgiamo cordiali saluti.

Il Consiglio di Amministrazione

Cogliamo l'occasione per scusarci degli eventuali disagi, derivanti dai lavori in corso; sono interventi di ristrutturazione che renderanno più confortevoli e funzionali gli spazi di vita.

Da quanto tempo risiede in Fondazione Honegger ? ❒ *0-1 anni* ❒ *5-10 anni* ❒ *2-4 anni* ❒ *oltre 10*

La compilazione è effettuata da ❒ *Residente* ❒ *Parente*

Residente nella:
- ☐ Struttura Protetta *(Via Cappuccini n.°10)*
- ❒ Casa Honegger *(Via B. Crespi n.°9)*
- ❒ Alloggi Protetti "Casa sorelle Piccoli" *(Via B. Crespi n.°6)*

1) Come valuta il rapporto ed il servizio prestato dal Medico?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

2) Come valuta il rapporto ed il servizio prestato dall'Infermiere?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

3) Come valuta il rapporto ed il servizio prestato dal Personale Ausiliario (ASA/OSS)?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

4) SE effettua Fisioterapia, come valuta il rapporto ed il servizio prestato dal Fisioterapista?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

5) Come valuta il rapporto ed il servizio prestato dall'Educatore? (Attività educativa e Servizio Animazione)		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

6) Come valuta il rapporto ed il servizio prestato dalla Coordinatrice di Reparto?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

7) Come valuta la Cura ed Igiene della Persona?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

8) Come valuta la Pulizia e la Cura degli ambienti ?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

9) Come valuta il servizio di Ristorazione (Menù e qualità dei pasti)?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

10) Come valuta il rapporto con i Volontari?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

11) Come valuta il Rapporto Umano del Personale nei confronti dei Residenti ? (attenzione, ascolto, comprensione)		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

12) Come valuta il servizio di Lavanderia?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

13) Come valuta complessivamente i servizi di assistenza prestati dalla Fondazione?		*Giudizio complessivo*
Eventuali osservazioni e suggerimenti:	◯	Ottimo
	◯	Buono
	◯	Sufficiente
	◯	Insufficiente

14) Consiglierebbe questa RSA a chi ne avesse bisogno come luogo di assistenza e di cura?	Sì	NO
	◯	◯

Qual'è la cosa che apprezza di più o cosa migliorerebbe ? (osservazioni, suggerimenti GENERALI):

.....

.....

.....

.....

Fondazione Honegger R.S.A. Onlus

SERVIZI DOMICILIARI: C-DOM, CP-DOM, RSA APERTA, SAD

Chi compila il questionario	☐ L'utente	☐ Un parente
	☐ L'utente con l'aiuto di un parente	☐ Il tutore/amministratore di sostegno
	☐ Altro _____	

1 – Di quale servizio usufruisce?

- ☐ ***C-DOM (cure domiciliari)***
- ☐ ***UCP-DOM (cure palliative domiciliari)***
- ☐ ***SAD***
- ☐ ***RSA APERTA***

2 - Come valuta l'attuale orario di accesso al suo domicilio?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***

3 –Come valuta il servizio offerto dal medico?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***
- ☐ ***NON NE USUFRUISCO***

4 - Come valuta il servizio offerto dal personale infermieristico?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***
- ☐ ***NON NE USUFRUISCO***

5 - Come valuta il servizio offerto dal personale fisioterapico?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***
- ☐ ***NON NE USUFRUISCO***

6 - Come valuta il servizio offerto dal personale di supporto (ASA/OSS)?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***
- ☐ ***NON NE USUFRUISCO***

7 - Come valuta il servizio offerto dallo psicologo?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***
- ☐ ***NON NE USUFRUISCO***

8 - Come valuta il rapporto umano con il personale?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***

9 – In che modo sono state soddisfatte le sue aspettative rispetto ai nostri servizi domiciliari?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***

10 – Che giudizio complessivo esprime sui nostri servizi domiciliari?

- ☐ ***OTTIMO***
- ☐ ***BUONO***
- ☐ ***SUFFICIENTE***
- ☐ ***INSUFFICIENTE***
- ☐ ***NON SO***

EVENTUALI OSSERVAZIONI/SEGNALAZIONI/COMMENTI
(ASPETTI POSITIVI/NEGATIVI)

……

……

……

……

……

……

…… .

Data compilazione: ……/……./……