



## FONDAZIONE BRUNO PARI di OSTIANO ONLUS

C.F.: 80004330199; P.IVA.: 00870300191

Via G.B. Rosa n. 42 - 26032 Ostiano (CR)

Tel. 0372 856233 - Fax 0372 840107

e-mail: [amministrazione@ospedaleostiano.it](mailto:amministrazione@ospedaleostiano.it), [ospedaleostiano@libero.it](mailto:ospedaleostiano@libero.it);

pec: [amministrazione@pec.ospedaleostiano.it](mailto:amministrazione@pec.ospedaleostiano.it); sito internet: [www.ospedaleostiano.it](http://www.ospedaleostiano.it)

IL PRESIDENTE  
Arc: Cat. 1 Cl. 7 Fasc. 06  
Risp. Al n. -----del  
Prot. n. 1556

Ostiano, 20/11/2018

### **Oggetto: QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'OSPITE PER I SERVIZI OFFERTI NELL'ANNO 2018.**

Il Consiglio di amministrazione che presiedo ritiene fondamentale condurre periodicamente un monitoraggio della soddisfazione dell'utenza e dei parenti rispetto ai servizi che questa azienda eroga, per verificare il livello di qualità percepita da chi usufruisce dei servizi stessi e delle prestazioni rese dei nostri operatori.

A tale scopo chiediamo gentilmente la collaborazione della S.V. affinché conceda un po' del suo tempo per la compilazione anonima del questionario che qui allego.

La scala di valutazione è composta di tre valori corrispondenti ai seguenti giudizi

**Buono**       **Sufficiente**       **Insufficiente**

***Nel caso la sua risposta sia "insufficiente" la preghiamo di motivare gentilmente la scelta per consentirci di migliorare il nostro lavoro quotidiano.***

Il questionario può essere inviato a questa Fondazione utilizzando la busta allegata e già affrancata, oppure consegnato presso la portineria.

In tal modo aiuterà la nostra dirigenza ad analizzare il grado di soddisfazione dei servizi resi, al fine di migliorare continuamente il servizio erogato.

Ringrazio fin da ora per la collaborazione che vorrà prestarci e colgo l'occasione per porgere i miei più cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
CAV. RAG. COPPOLA Marco

IL DIRETTORE GENERALE  
Scaratti dr. Ivan



## **QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'OSPITE PER IL SERVIZIO MINI ALLOGGI PROTETTI. - ANNO 2018**

### **INFORMAZIONI PRELIMINARI**

Chi compila il questionario:  ospite  familiare  amministratore di sostegno

Se familiare specificare il grado di parentela \_\_\_\_\_

Da quanto tempo è ospitato presso i mini alloggi protetti?

- MENO DI 3/6 MESI  DA 3/6 MESI A 1 ANNO  DA 1 A 3 ANNI  
 DA 3 A 5 ANNI  OLTRE I 5 ANNI

### **ACCOGLIENZA**

Come giudica l'accoglienza al momento del ricovero?

- Buono  Sufficiente  Insufficiente

Se risponde "insufficiente" indichi la motivazione:

---

---

### **ASSISTENZA**

1) Come giudica il rapporto umano (ascolto, disponibilità, cortesia) con

	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO "INSUFFICIENTE"
INFERMIERI				
FISIOTERAPISTI				
AUSILIARI				



<b>ANIMATORI</b>				
<b>ASSISTENTE SOCIALE DELLA FONDAZIONE</b>				

2) Come giudica la prontezza e l'efficacia degli interventi da parte del seguente personale

	<b>BUONO</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>INSUFFICIENTE</b>	<b>MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO "INSUFFICIENTE"</b>
<b>INFERMIERI</b>				
<b>FISIOTERAPISTI</b>				
<b>AUSILIARI</b>				
<b>ANIMATORI</b>				

## **ANIMAZIONE**

1) Come giudica le attività animative proposte

**Buono**       **Sufficiente**       **Insufficiente**

Se risponde "insufficiente" indichi la motivazione:

---

---

2) Ha beneficiato del soggiorno marino estivo?

**SI**       **NO**

Se si, come giudica la qualità del soggiorno (albergo – assistenza – tempo libero)?

**Buono**       **Sufficiente**       **Insufficiente**

Se risponde "insufficiente" indichi la motivazione:

---

---



## SERVIZI ALBERGHIERI

### 1) Come giudica il vitto?

	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO "INSUFFICIENTE"
QUALITA' DEL CIBO				
QUANTITA' DEL CIBO				
ORARIO DISTRIBUZIONE PASTI				
MODALITA' DISTRIBUZIONE PASTI				

### 2) Come giudica il cambio della biancheria

Buono       Sufficiente       Insufficiente

Se risponde "insufficiente" indichi la motivazione:

---

---

---

### 3) Come giudica il livello di pulizia e cura dei seguenti locali

	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO "INSUFFICIENTE"
STANZA				
SERVIZI IGIENICI				
SALE DA PRANZO				
SPAZI COMUNI				

### 4) Come giudica il confort degli ambienti?

	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO "INSUFFICIENTE"
ARREDI				
TEMPERATURA				
ACCESSORI				
QUIETE				



## SERVIZI COMPLEMENTARI

1) Come giudica i seguenti servizi?

	BUONO	SUFFICIENTE	INSUFFICIENTE	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO "INSUFFICIENTE"
ACCOGLIENZA/CENTRALINO				
SERVIZI AMMINISTRATIVI				
PARRUCCHIERE/BARBIERE				
MANUTENZIONE/TENUTA DEL VERDE				
TRASPORTO VISITE				

## VALUTAZIONI FINALI

1) Come valuta complessivamente la qualità del servizio offerto dalla nostra struttura?

Buono       Sufficiente       Insufficiente

Se risponde "insufficiente" indichi la motivazione:

---

---

---

2) Consiglierebbe ad un suo familiare o conoscente la nostra struttura?

SI       NO

Se risponde "NO" indichi la motivazione:

---

---

---

Esponga se lo desidera eventuali suggerimenti

---

---

---

---

Grazie per la collaborazione.