

Questionario di gradimento - familiari

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO RSA – (FAMIGLIARI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Potrà restituire il questionario depositandolo negli appositi "raccoltori" predisposti in ogni Reparto.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto della privacy (D.Lgs. 196/2003).

Nucleo di appartenenza:

GER A1 (piano terra)	GER A2 (primo piano)	GER B1 (nucleo alzheimer)	GER B2 (piano terra)	GER B3 (primo piano)	GER C
-------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto il Suo parente presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi personali (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi collettivi di socializzazione (sale comuni, sala pranzo, TV, giardino ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corrimani, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti (stanze, corridoi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di Guardaroba e Lavanderia	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio Parrucchiere	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure rivolte al Suo parente?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale	☐	☐	☐	☐	☐
Rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia	☐	☐	☐	☐	☐

L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermiere Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐
Animatori/educatori	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐
RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia dell'ospite	☐	☐	☐	☐	☐
LA GIORNATA <i>E' soddisfatto dell'organizzazione della giornata?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coinvolgimento nelle attività proposte dal servizio animazione	☐	☐	☐	☐	☐
Frequenza e varietà delle attività organizzate	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative interne alla struttura (feste, giochi, lettura del giornale ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative esterne alla struttura (gite, uscite, laboratori...)	☐	☐	☐	☐	☐

FREQUENZA DELLE VISITE	Ogni giorno	☐	Più volte al mese	☐
	Più volte alla settimana	☐	Una volta al mese	☐
	Una volta a settimana	☐	Meno di una volta al mese	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso la nostra struttura

Grazie per la collaborazione

Questionario di gradimento - utenti

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO RSA – (UTENTI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Potrà restituire il questionario depositandolo negli appositi "raccoltori" predisposti in ogni Reparto.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto della privacy (D.Lgs. 196/2003).

Nucleo di appartenenza:

GER A1 (piano terra)	GER A2 (primo piano)	GER B1 (nucleo alzheimer)	GER B2 (piano terra)	GER B3 (primo piano)	GER C
-------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi personali (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi collettivi di socializzazione (sale comuni, sala pranzo, TV, giardino ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corrimani, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti (stanze, corridoi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di Guardaroba e Lavanderia	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio Parrucchiere	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure a Lei rivolte?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale	☐	☐	☐	☐	☐
Rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia	☐	☐	☐	☐	☐

L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermiere Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐
Animatori/educatori	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐
RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia dell'ospite	☐	☐	☐	☐	☐
LA GIORNATA <i>E' soddisfatto dell'organizzazione della giornata?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coinvolgimento nelle attività proposte dal servizio animazione	☐	☐	☐	☐	☐
Frequenza e varietà delle attività organizzate	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative interne alla struttura (feste, giochi, lettura del giornale)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative esterne alla struttura (gite, uscite, laboratori...)	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso la nostra struttura

Grazie per la collaborazione

Modulo reclami



FONDAZIONE
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

(MOD 06 01/4)

MODULO PER SEGNALAZIONE / SUGGERIMENTO O RECLAMO

☐ Segnalazione/Suggerimento

☐ Reclamo

Unità Abitativa/Operativa _____

Ospite/Residente (cognome e nome) _____

Familiare (nome, cognome, grado di parentela) _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Mail _____

Nominativo dell'operatore di Fondazione (in caso di reclamo/segnalazione/Suggerimento verbali): _____

Reclamo del dipendente

Nome e cognome _____

Oggetto del reclamo/segnalazione/suggerimento

Data

Firma (del reclamante o di chi ha ricevuto il reclamo)

Consegna del modulo compilato al Responsabile Unità abitativa/operativa

Data di ricevimento

Firma del Responsabile di Funzione che riceve il reclamo

Rette

ANNO 2026

RSA	€ 67,50
NUCLEO ALZHEIMER	€ 74,50
MAGGIORAZIONE CAMERA SINGOLA	€ 12,90