



QUESTIONARIO SODDISFAZIONE FAMIGLIE

Cod. identificativo

MD01_28 Rev.2

DATA: 01/04/2025

Pagina 1 di 4

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Gentile ospite o familiare dell'ospite chiediamo la sua collaborazione per una valutazione del servizio offerto dalla Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti.

Di seguito potrà rispondere ad alcune domande barrando la casella che meglio corrisponde alla sua valutazione.

La sua opinione, i suoi suggerimenti saranno utili spunti di riflessione per migliorare il servizio offerto e renderlo sempre più aderente alle diverse esigenze degli ospiti.

La preghiamo di restituire il questionario compilato nella apposita cassetta presente all'ingresso.

Grazie per la collaborazione che vorrà dedicarci.

LA DIREZIONE

LEI E':

- OSPITE**
- FAMILIARE DI UN OSPITE**
- ALTRO**, specificare il ruolo _____

REPARTO:

- RSA**
- RESIDENZA AMBRA** (Ex Reparto A piano terra viale Leopardi)
- RESIDENZA PERLA** (Ex Reparto B primo piano viale Leopardi)
- RESIDENZA RUBINO** (Ex Reparto C primo piano viale Leopardi)
- RESIDENZA GIADA** (Ex Pensionato)
- RESIDENZA SMERALDO** (Ex infermeria)
- RESIDENZA DIAMANTE** (Ex Pensionato)
- RESIDENZA CORALLO** (Rsa)

DA QUANTO TEMPO E' OSPITE:

- MENO DI 1 ANNO**
- DA 1 A 3 ANNI**
- DA 3 A 5 ANNI**
- OLTRE 5 ANNI**



QUESTIONARIO SODDISFAZIONE FAMIGLIE

Cod. identificativo

MD01_28 Rev.2

DATA: 01/04/2025

Pagina 2 di 4

ACCOGLIENZA

	NON SO RISPONDERE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta l'accoglienza in struttura (informazioni rispetto all'organizzazione, metodologie di lavoro, accoglienza da parte del personale)?					
Come valuta la relazione con il personale operante?					
Come valuta gli orari di accesso alla struttura da parte di esterni (familiari, conoscenti, volontari)?					

ATTIVITA' ASSISTENZIALI

	NON SO RISPONDERE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta le attività, l'attenzione degli operatori nei confronti dell'ospite?					
Come valuta la modalità con cui viene curata l'igiene personale dell'utente?					
Come valuta le modalità ed i tempi con cui gli ospiti vengono mobilizzati al letto e/o in carrozzina quotidianamente?					

ATTIVITA' SANITARIE

	NON SO RISPONDERE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta le cure sanitarie prestate?					
Come valuta le cure infermieristiche prestate?					
Come valuta la disponibilità del personale sanitario (medici, infermieri)?					



QUESTIONARIO SODDISFAZIONE FAMIGLIE

Cod. identificativo

MD01_28 Rev.2

DATA: 01/04/2025

Pagina 3 di 4

ATTIVITA' FISIOTERAPICHE

	NON SO RISONDARE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta le attività di fisioterapia fornite?					
Come valuta la disponibilità del personale fisioterapico?					

ATTIVITA' EDUCATIVE

	NON SO RISONDARE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta le attività di animazione fornite?					
Come valuta la disponibilità del personale educativo?					
Come valuta le iniziative aperte all'esterno (feste, gite, pranzi all'esterno)?					

ASPETTI ALBERGHIERI

	NON SO RISONDARE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta la pulizia degli ambienti comuni?					
Come valuta la pulizia delle stanze di degenza?					
Come valuta la pulizia delle attrezzature usate dall'utente (carrozzina, tavoli, poltrone, divani, armadi)?					
Come valuta la qualità del cibo fornito?					
Come valuta la quantità di cibo fornito?					
Come valuta gli orari dei pasti?					
Come valuta complessivamente il servizio di ristorazione?					
Come valuta il servizio di lavaggio della biancheria piana (lenzuola, tovaglie, coperte)?					
Come valuta il servizio di lavaggio degli indumenti degli ospiti?					
Come valuta il servizio di parrucchiera, barbiere, podologo?					



QUESTIONARIO SODDISFAZIONE FAMIGLIE

Cod. identificativo

MD01_28 Rev.2

DATA: 01/04/2025

Pagina 5 di 4

ASPETTI ALBERGHIERI		NON SO RISPONDERE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta il servizio di manutenzione presente all'interno della struttura?						
Come valuta il servizio bar?						
Come valuta il servizio amministrativo/ufficio?						

 GENERALE		NON SO RISPONDERE	MOLTO SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
Come valuta complessivamente la Struttura?						
Rispetto alle aspettative iniziali, che giudizio fornisce riguardo alla soddisfazione delle sue attese?						

OSSERVAZIONI LIBERE, SUGGERIMENTI

FIRMA (Facoltativa)

Data ___ / ___ / ___