|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BISOGNI DI CURA** **Indichi con una X la sua risposta in relazione a ciascun bisogno**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BISOGNO** | **descrizione** | **0= NESSUN** **BISOGNO** | **1= BISOGNO MODERATO/****SODDISFATTO** | **2=BISOGNO GRAVE/ INSODDISFATTO** |
| **Bisogni di salute** | **Salute fisica, sintomi psicotici, disagio psicologico sicurezza per sé, per gli altri,**  |  |  |  |
| **Bisogni di base** | **Alloggio, alimentazione, attività quotidiane** |  |  |  |
| **Bisogni sociali** | **Vita di relazione, vita di gruppo, vita di inserimento lavorativo**  |  |  |  |
| **Bisogni di servizi** | **Informazioni, telefono**  |  |  |  |
| **Bisogni di funzionamento** | **Cura di sé, cura del proprio ambiente di vita**  |  |  |  |

 |

NB: Le risposte considerate sono relative solo alle risposte degli ospiti.

**ACCESSIBILITA’**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indichi, con una X, la sua valutazione su:**  |  **si** |  **no** | **Non ho usufruito del servizio** |
| **È facile contattare gli Operatori della Comunità Alloggio?** |  |  |  |
| **È facile accedere alla struttura (parcheggio, mezzi pubblici)?** |  |  |  |
| **Vi è sufficiente attenzione all’acceso per Ospiti portatori di handicap o con difficoltà deambulatorie?** |  |  |  |
| **È facile orientarsi nella struttura?** |  |  |  |

**COMFORT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indichi la sua valutazione su:**  | **pessimo** | **scarso** | **accettabile** | **buono** | **ottimo** |
| **Adeguatezza degli ambienti, servizi igienici, arredi dei locali della Comunità Alloggio** |  |  |  |  |  |
| **Pulizia dei locali della Comunità Alloggio** |  |  |  |  |  |
| **La tranquillità e il comfort degli ambienti di ospitalità e riabilitazione (Labotarorio – Negozio)**  |  |  |  |  |  |
| **Com’è la qualità, varietà e gradevolezza del cibo** |  |  |  |  |  |

**RELAZIONE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indichi la sua valutazione su:** | **pessimo** | **scarso** | **accettabile** | **buono** | **ottimo** |
| **Cortesia e sollecitudine del personale**  |  |  |  |  |  |
| **Accoglienza ed assistenza del personale infermieristico/tecnico** |  |  |  |  |  |
| **Ascolto e disponibilità del personale**  |  |  |  |  |  |

**QUALITA’ DELLA ASSISTENZA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indichi la sua valutazione su:** | **pessimo** | **scarso** | **accettabile** | **buono** | **ottimo** |
| **Le informazioni ricevute prima di effettuare una attività diversa dalla quotidianità** |  |  |  |  |  |
| **Il rispetto della sua privacy (riservatezza) durante la permanenza in struttura** |  |  |  |  |  |
| **Le informazioni ricevute dagli Operatori sulle regole della Comunità**  |  |  |  |  |  |
| **L’organizzazione della Comunità Alloggio nel suo insieme per l’efficiente risoluzione del suo problema di salute (coordinamento e comunicazione tra le varie strutture della rete)** |  |  |  |  |  |
| **Aspetti tecnico-professionali del personale*** **Amministrativo**
 |  |  |  |  |  |
| * **Psicologico**
 |  |  |  |  |  |
| * **Relazionale**
 |  |  |  |  |  |
| * **Di Direzione**
 |  |  |  |  |  |



**CONSIGLIEREBBE AD ALTRI DI RECARSI PRESSO QUESTA COMUNITA’ ALLOGGIO PER I PROPRIO PROBLEMI DI SALUTE?**

|  |
| --- |
|  **Si** |

 **NO**  **Non saprei**

**SECONDO LA SUA ESPERIENZA PERSONALE, che COSA ANDREBBE MIGLIORATO NEI SERVIZI DELLA COMUNITA’ ALLOGGIO?**

(scegliere fino a 3 aspetti ritenuti più importanti)

 i locali (soggiorno, camere da letto, servizi cucina ….)

 attrezzature di laboratorio

 comfort alberghiero

 la disponibilità degli operatori ad ascoltare le mie richieste

 la disponibilità a dare informazioni sul mio stato di salute

 la cortesia degli operatori

 l’attenzione per la mia riservatezza (o privacy)

 gli aspetti tecnico-professionali degli operatori

 l’assistenza religiosa per le religioni non cattoliche



**CHE COSA HA GRADITO DI PIU’ NEI SERVIZI DELLA COMUNITA’ ALLOGGIO?**

(scegliere fino a 3 aspetti ritenuti più importanti)

 i locali (soggiorno, camere da letto, servizi cucina ….)

 attrezzature di laboratorio

 comfort alberghiero

 la disponibilità degli operatori ad ascoltare le mie richieste

 la disponibilità a dare informazioni sul mio stato di salute

 la cortesia degli operatori

 l’attenzione per la mia riservatezza (o privacy)

 gli aspetti tecnico-professionali degli operatori

|  |
| --- |
| **SODDISFAZIONE GENERALE** |

NEL COMPLESSO, sulla base della sua esperienza di residenzialità , esprima il suo livello di soddisfazione per il servizio ricevuto

**Il servizio è**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Ottimo**  |  **buono** |  **Accettabile** |  **scarso**  |  **Pessimo**  |

**Ritiene che il Suo problema di salute sia stato adeguatamente trattato?**

|  |
| --- |
|  **Si** |

 **NO**  **Non saprei**