

	Modulo		Rev.02 del 05/10/2023
	M8.04.12	QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI OSPITI Comunità Terapeutica (CT)	Pagina 1 di 2

COMUNITA' TERAPEUTICA di: Fogliaro

Il questionario viene compilato in data: _____

DATI relativi all'Ospite

Sesso: M ☐ F ☐

Anno di nascita: _____

Anno d'inserimento in CT: _____

Tipo di compilazione: 1. In autonomia ☐
2. Con il supporto dell'Operatore ☐

Nota bene: le informazioni raccolte con la compilazione della presente pagina del questionario saranno utilizzate esclusivamente a fini statistici, per descrivere le caratteristiche del campione di coloro che hanno partecipato alla presente rilevazione.
I dati raccolti verranno trattati ai sensi della vigente normativa in materia di trattamento dati personali.

Legenda:	1. per nulla soddisfatto; 2. poco soddisfatto; 3. soddisfatto così, così; 4. soddisfatto; 5. molto soddisfatto; 0. non saprei.										
AREA INFORMAZIONE e COMUNICAZIONE											
1.	Se sei stato accolto in Comunità nell'ultimo anno: sei soddisfatto delle informazioni che hai ricevuto dagli operatori al momento dell'ingresso? (informazioni chiare e complete sulla comunità e sulla sua organizzazione)					1	2	3	4	5	0
AREA AMBIENTI E SPAZI											
2.	Sei soddisfatto, in generale, dell'ambiente e degli spazi (camere, spazi comuni, servizi igienici, confort)?					1	2	3	4	5	0
3.	Sei soddisfatto dei pasti (menù, varietà, ecc.)?					1	2	3	4	5	0
AREA ORGANIZZAZIONE											
4.	Sei soddisfatto, in generale, dell'organizzazione della Comunità (orari degli operatori, turnazione del personale, ecc.) ?					1	2	3	4	5	0
AREA INTERVENTI E ATTIVITA' (assistenza e continuità)											
5.	Sei soddisfatto dell'attenzione e della cura prestata dagli operatori per gli aspetti che riguardano la tua salute (accompagnamento per visite mediche, somministrazione farmaci, ecc.)?					1	2	3	4	5	0
6.	Sei soddisfatto delle attività riabilitative ed educative?					1	2	3	4	5	0
7.	Sei soddisfatto degli interventi clinici e sanitari?					1	2	3	4	5	0
AREA RELAZIONALE											
8.	Sei soddisfatto del rapporto con gli operatori che si prendono cura di te (cortesia, riservatezza, disponibilità all'ascolto, alle spiegazioni, ecc.)?					1	2	3	4	5	0
9.	Quanto ti senti aiutato dagli operatori nella gestione dei rapporti con i compagni della Comunità?										
	Per nulla	☐	Poco	☐	Sufficientemente	☐	Molto	☐	Non saprei	☐	
10.	Quanto ti senti coinvolto nel tuo progetto terapeutico?										
	Per nulla	☐	Poco	☐	Sufficientemente	☐	Molto	☐	Non saprei	☐	
IN CONCLUSIONE ...											
11.	Nel complesso, quanto ti ritieni soddisfatto del servizio che ricevi dalla Comunità?					1	2	3	4	5	0
EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI											

Grazie della tua collaborazione, ti informiamo che i risultati della presente indagine saranno resi noti attraverso comunicazione scritta.

La Direzione