



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



## VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE RISPETTO ALL'ACCOGLIENZA IN STRUTTURA

**Gent. mo/ma Familiare,**

**Vi chiediamo di esprimere un giudizio sull'accoglienza ricevuta nel Nostro Istituto all'ingresso e nel primo mese di permanenza. Riteniamo infatti che entrare in Casa di Riposo sia un momento particolarmente delicato, per l'ospite e per tutto il nucleo familiare. Ci stiamo impegnando da sempre per rendere l'impatto di questo cambiamento meno traumatico possibile. Le Vostre risposte ci aiuteranno a migliorare ulteriormente il lavoro dell'equipe.**

**Grazie per la collaborazione**

VIA MAZZINI 31 – 26010 ROBECCO D'OGGIO (CR)  
P.IVA N.01097920191 – C.F.93029860199  
TEL. 0372920911 – FAX 0372920017  
[direzione@fondazionerobecco.it](mailto:direzione@fondazionerobecco.it)



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



**Come giudica il primo contatto prima del ricovero con il personale degli Uffici Amministrativi (cortesia, completezza del materiale informativo, disponibilità a rispondere a eventuali quesiti)?**

ottimo  buono  sufficiente  insufficiente

**Ha avuto contatti (anche telefonici) con il personale di reparto prima dell'ingresso?**

sì  no

**Se sì, come giudica il primo contatto prima del ricovero con il personale di reparto (cortesia, disponibilità al colloquio, completezza delle informazioni)?**

ottimo  buono  sufficiente  insufficiente

**Come giudica il momento dell'accoglienza in istituto, il giorno del ricovero ?**

ottimo  buono  sufficiente  insufficiente

**In particolare come giudica il primo contatto con:**

Personale amministrativo	<input type="checkbox"/> ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
Personale medico	<input type="checkbox"/> ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
Personale infermieristico	<input type="checkbox"/> ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
Personale fisioterapico	<input type="checkbox"/> ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
Animatori/Educatori	<input type="checkbox"/> ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
Personale Ausiliario	<input type="checkbox"/> ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente

**Come giudica la capacità di tutto il personale di assistenza di favorire l'ambientamento del suo familiare nel primo mese di permanenza?**

ottimo  buono  sufficiente  insufficiente