



CASA ANZIANI INTERCOMUNALE UGGIATE TREVANO

SCHEDA B

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA STRUTTURA

Il Consiglio di Amministrazione vuole rendere il soggiorno degli ospiti il più sereno e confortevole possibile.

E' perciò molto importante conoscere il parere dei parenti riguardo il funzionamento della Casa.

Siamo convinti che ogni opinione, proposta, critica costruttiva possono contribuire a far acquisire una maggior consapevolezza della situazione reale, evidenziando eventuali problemi e a stimolare la ricerca di soluzioni adeguate per migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi.

Vi chiediamo di compilare anonimamente l'allegato questionario, dopo aver consultato, se possibile, il vostro familiare ospite della Casa.

A chi eventualmente preferisse firmare, viene garantita la massima riservatezza.

Ringraziamo anticipatamente per la collaborazione, e porgiamo i nostri saluti.

Rispondere segnando con una X le voci che interessano

OSPITE maschio
 femmina

Ospitato al: Piano - 1 Piano 0
 Piano 1 Piano 2
 Centro
 Diurno

Grado di parentela di chi compila il questionario:
 Figlio Figlia
 Genero Nuora
 Ospite altro

IMPORTANZA

SODDISFAZIONE

I.1 Servizio Assistenza Base

Competenza professionale

Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti

Attenzione alla cura dell'Ospite: igiene, abbigliamento, ecc.

Disponibilità e modo di relazionarsi con i parenti e visitatori

	molto importante	importante	poco importante	non importante	molto soddisfatto	soddisfatto	poco soddisfatto	insoddisfatto
<input checked="" type="checkbox"/> Competenza professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Attenzione alla cura dell'Ospite: igiene, abbigliamento, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Disponibilità e modo di relazionarsi con i parenti e visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I.2 Servizio Infermieristico

Competenza professionale

Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti

Disponibilità e modo di relazionarsi con i parenti e visitatori

	molto importante	importante	poco importante	non importante	molto soddisfatto	soddisfatto	poco soddisfatto	insoddisfatto
<input checked="" type="checkbox"/> Competenza professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Disponibilità e modo di relazionarsi con i parenti e visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I.3 Servizio Fisioterapia

	molto importante	importante	poco importante	non importante	molto soddisfatto	soddisfatto	poco soddisfatto	insoddisfatto
✓ Competenza professionale	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Disponibilità e modo di relazionarsi con i parenti e visitatori	4	3	2	1	4	3	2	1

I.4 Servizio Medico

✓ Competenza professionale	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Disponibilità e modo di relazionarsi con i parenti e visitatori	4	3	2	1	4	3	2	1

I.5 Servizio Animazione

✓ Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Validità e varietà programmi di animazione	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Capacità di coinvolgimento ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Disponibilità e modo di relazionarsi con i parenti e visitatori	4	3	2	1	4	3	2	1

I.6 Servizio Trasporto Ospiti (per gli Ospiti del Centro Diurno Integrato)

✓ Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Adeguatezza e pulizia automezzi	4	3	2	1	4	3	2	1

I.7 Servizio Volontariato

✓ Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---	---	---	---

I.8 Servizio Religioso

✓ Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Frequenza ed orari delle funzioni	4	3	2	1	4	3	2	1

1.9 Servizio Ristorazione

	molto importante	importante	poco importante	non importante	molto soddisfatto	soddisfatto	poco soddisfatto	insoddisfatto
✓ Varietà menù	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Attenzione ai gusti ed alle esigenze degli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Livello di qualità dei pasti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Livello di quantità dei pasti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Orari dei pasti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Pulizia e stato delle stoviglie	4	3	2	1	4	3	2	1

1.10 Servizio Pulizie

✓ Efficacia del servizio: pulizia della camera e degli spazi comuni	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Disponibilità e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1

1.11 Servizio Lavanderia Biancheria Ospiti

✓ Regolarità del servizio	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Efficacia del servizio: pulizia, stiratura, integrità dei capi	4	3	2	1	4	3	2	1

1.12 Servizio Lavanderia Biancheria piana (tovaglie, tovaglioli, asciugamani, lenzuola)

✓ Pulizia e stato della biancheria	4	3	2	1	4	3	2	1
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

1.13 Servizio Parrucchiere e Cura del Piede

✓ Attenzione alle esigenze della persona e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Regolarità del servizio	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Efficacia del servizio	4	3	2	1	4	3	2	1

1.14 Servizio Manutenzione

	molto importante	importante	poco importante	non importante	molto soddisfatto	soddisfatto	poco soddisfatto	insoddisfatto
✓ Puntualità nella manutenzione di infrastrutture e arredi	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Mantenimento del buon stato di infrastrutture e arredi	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Disponibilità e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1

1.15 Servizio Direttivo e Amministrativo

	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Competenza Professionale	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Disponibilità e chiarezza nelle informazioni date ai parenti	4	3	2	1	4	3	2	1
✓ Disponibilità e modo di relazionarsi con gli Ospiti	4	3	2	1	4	3	2	1

SODDISFAZIONE GLOBALE SULLA NOSTRA STRUTTURA 4 3 2 1

Secondo lei, il suo parente nella nostra Casa si sente:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> accolto | <input type="checkbox"/> rispettato | <input type="checkbox"/> curato e accudito |
| <input checked="" type="checkbox"/> incompreso | <input type="checkbox"/> trascurato | <input type="checkbox"/> abbandonato |

Questo spazio è dedicato a eventuali suggerimenti, osservazioni o critiche:

▪ Raccomanderebbe la nostra struttura ad amici/conoscenti in relazione ai servizi da noi offerti?

SI NO

Data _____

L PRESENTE QUESTIONARIO E' STATO COMPILATO DA (non obbligatorio):

Cognome: _____ Nome: _____

ospite riferimento sig./sig.ra _____

