

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI - anno 2017

Buongiorno, questo questionario è uno strumento utile a questa R.S.A. per comprendere come i propri ospiti e loro familiari percepiscano la qualità dei servizi offerti al fine di poter intervenire per migliorarli.

Le chiediamo quindi di collaborare con noi rispondendo con una crocetta alle domande del questionario, tenendo presente che è necessario mettere una crocetta su uno solo dei dieci numeri in scala

Ricordiamo che il questionario compilato è ANONIMO e una volta compilato dovrà essere riposto nell'apposita cassetta presente in portineria entro e non oltre il 31 GENNAIO 2018

1. Il questionario è compilato dall'ospite da solo con l'aiuto di un operatore
 con l'aiuto di un familiare
2. Sesso dell'ospite Maschio Femmina

3. Età _____

4. Nucleo ubicazione camera

blu rosso arancio verde giallo

Cosa pensa rispetto a:

LA STRUTTURA

5. Gradevolezza degli spazi personali (letto, armadio, comodino...)

insufficiente	scarso	sufficiente	buono	ottimo
---------------	--------	-------------	-------	--------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Presenza di spazi collettivi di socializzazione (sale comuni, sala pranzo, tv, giardino, ...)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Temperatura e ventilazione degli ambienti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Pulizia degli ambienti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ACCESSO/ACCOGLIENZA (solo per gli ospiti accolti nel 2017)

9. Informazioni ricevute al momento del ricovero (svolgimento della giornata tipo dell'ospite, conoscenza locali della struttura, ecc..)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10 Informazioni ricevute in merito agli operatori a cui rivolgersi in caso di necessità

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SERVIZI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA

11. Servizio lavanderia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. Servizio pasti

Quantità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orari	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<i>insufficiente</i>	<i>scarso</i>	<i>sufficiente</i>	<i>buono</i>	<i>ottimo</i>
----------------------	---------------	--------------------	--------------	---------------

13. Servizio centralino-reception

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Attività amministrativa

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Servizio assistenza spirituale- religioso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. Servizio parrucchiere-podologo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SERVIZIO ASSISTENZA

17. Assistenza medica

Tempo dedicato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità del rapporto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Assistenza infermieristica

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Attività assistenziale (A.S.A.)

Tempo dedicato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità delle prestazioni assistenziali erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Interventi fisioterapici

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Interventi socio animativi

Disponibilità all'ascolto degli operatori- qualità della relazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità e quantità delle proposte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E' a conoscenza delle attività ricreative organizzate in struttura?

si no

Queste attività rispondono ai suoi interessi?

si no

In caso di risposta negativa la invitiamo a suggerirci i propri interessi

ALTRE INFORMAZIONI

22. Quante volte riceve visite da parte dei suoi familiari o amici?

OGNI GIORNO

UNA VOLTA LA SETTIMANA

UNA VOLTA AL MESE

PIU' VOLTE ALLA SETTIMANA

PIU' VOLTE AL MESE

MENO DI UNA VOLTA AL MESE

insufficiente	scarso	sufficiente	buono	ottimo
---------------	--------	-------------	-------	--------

23. Quanto è soddisfatto complessivamente del suo ricovero ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Quando è soddisfatto dei suoi rapporti interpersonali

con la persona che condivide con lei la camera

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

con gli altri ospiti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25. Consiglierebbe ad altri questa R.S.A. ?

si

no

26. Siete a conoscenza del fatto che presso questa RSA vengono organizzate le riunioni PAI ?

si

no

27. Siete a conoscenza che presso questa RSA è attivo un Comitato Ospiti e Familiari?

si

no

28. Conosce la Carta dei Servizi di questa RSA?

si

no

29. Ha trovato coerenza tra la Carta dei Servizi e gli effettivi servizi erogati?

si

no

30. E' a conoscenza dell'esistenza della figura dell'Amministratore di Sostegno?

si

no

Se avete risposto "no" ad una delle domande comprese tra la n. 26 e la n. 30, il personale amministrativo sarà lieto di fornirvi informazioni in merito.

La ringraziamo per la collaborazione

Spazio riservato a problematiche da evidenziare e/o suggerimenti da segnalare

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI - anno 2017

Buongiorno, questo questionario ha lo scopo di farci comprendere come i nostri ospiti e loro familiari percepiscono la qualità dei servizi offerti al fine di poter intervenire per migliorarli.

Le chiediamo quindi la sua partecipazione all' n noi rispondendo con una crocetta alle domande del questionario, tenendo presente che è necessario mettere una crocetta su uno solo dei dieci numeri in scala

Ricordiamo che il questionario compilato è ANONIMO e una volta compilato dovrà essere riposto nell'apposita cassetta presente in portineria entro e non oltre il 31 GENNAIO 2018

1. Il questionario è compilato dal familiare dell'ospite

2. Sesso dell'ospite

Maschio

Femmina

3. Età dell'ospite _____

4. Nucleo ubicazione camera

blu

rosso

arancio

verde

giallo

Cosa pensa rispetto a:

LA STRUTTURA

5. Gradevolezza degli spazi personali (letto, armadio, comodino...)

<i>insufficiente</i>	<i>scarso</i>	<i>sufficiente</i>	<i>buono</i>	<i>ottimo</i>
----------------------	---------------	--------------------	--------------	---------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Presenza di spazi collettivi di socializzazione (sale comuni, sala pranzo, tv, giardino, ...)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Temperatura e ventilazione degli ambienti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Pulizia degli ambienti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ACCESSO/ACCOGLIENZA (solo per gli ospiti accolti nel 2017)

9. Informazioni ricevute al momento del ricovero (svolgimento della giornata tipo dell'ospite, conoscenza locali della struttura, ecc..)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10 Informazioni ricevute in merito agli operatori a cui rivolgersi in caso di necessità

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SERVIZI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA

11.Servizio lavanderia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12.Servizio pasti

Quantità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orari	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

insufficiente **scarso** **sufficiente** **buono** **ottimo**

13. Servizio centralino-reception

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Attività amministrativa

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Servizio assistenza spirituale- religioso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. Servizio parrucchiere-podologo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SERVIZIO ASSISTENZA

17. Assistenza medica

Tempo dedicato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità del rapporto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Assistenza infermieristica

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Attività assistenziale (A.S.A.)

Tempo dedicato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità delle prestazioni assistenziali erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Interventi fisioterapici

Qualità delle prestazioni erogate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponibilità all'ascolto degli operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Interventi socio animativi

Disponibilità all'ascolto degli operatori- qualità della relazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualità e quantità delle proposte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

E' a conoscenza delle attività ricreative organizzate in struttura? si no

Queste attività rispondono all'interesse dell'ospite? si no

In caso di risposta negativa la invitiamo a suggerirci gli interessi del proprio familiare

ALTRE INFORMAZIONI

22. Quante volte il suo familiare riceve visite da parte di parenti o amici?

- OGNI GIORNO
- UNA VOLTA LA SETTIMANA
- UNA VOLTA AL MESE

- PIU' VOLTE ALLA SETTIMANA
- PIU' VOLTE AL MESE
- MENO DI UNA VOLTA AL MESE

23. Quanto ritiene sia soddisfatto il suo familiare della permanenza in questa struttura?

oppure: non è in grado di rendersene conto

<i>insufficiente</i>		<i>scarso</i>		<i>sufficiente</i>		<i>buono</i>		<i>ottimo</i>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0									

24. Quanto ritiene sia soddisfatto il suo familiare dei rapporti interpersonali instaurati

con la persona che condivide con lei la camera
con gli altri ospiti

oppure: non è in grado di intrattenere rapporti interpersonali

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0									

25. Quanto ritiene di essere soddisfatto del servizio erogato da questa R.S.A.?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26. Siete a conoscenza del fatto che presso questa RSA vengono organizzate le riunioni PAI ?

- si
- no

27. Siete a conoscenza che presso questa RSA è attivo un Comitato Ospiti e Familiari?

- si
- no

28. Conosce la Carta dei Servizi di questa RSA?

- si
- no

29. Ha trovato coerenza tra la Carta dei Servizi e gli effettivi servizi erogati?

- si
- no

30. E' a conoscenza dell'esistenza della figura dell'Amministratore di Sostegno?

- si
- no

Se avete risposto "no" ad una delle domande comprese tra la n. 26 e la n. 30, il personale amministrativo sarà lieto di fornirvi informazioni in merito.

La ringraziamo per la collaborazione

Spazio riservato a problematiche da evidenziare e/o suggerimenti da segnalare

