



Istituto Geriatrico Vergani e Bassi - onlus

Via Lazzaretto, 2 - 20064 GORGONZOLA (MI)
Telefono 02-9513379 - Telefax 02-95300540
C.F./P.IVA 06034150158 - e-mail: info@verganiebassi.it
www.verganiebassi.it

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI Anno 2025

Gentile Signora, Gentile Signore.

Nell'ambito della rilevazione della qualità percepita attinente ai servizi forniti dalla Fondazione agli Ospiti della RSA, le chiediamo cortesemente di dedicare alcuni minuti alla compilazione del presente questionario. I risultati così ottenuti ci forniranno informazioni utili per il miglioramento del servizio offerto.

Per ogni domanda indichi con una croce il giudizio corrispondente; alla fine potrà lasciare un breve commento con osservazioni, suggerimenti e proposte.

Il questionario è assolutamente anonimo e le informazioni raccolte verranno utilizzate dalla Direzione Sanitaria ed Amministrativa ed i risultati complessivi verranno pubblicati sul Bilancio Sociale della Fondazione e quindi presente sul sito istituzionale.

Piano ove è inserito/è stato inserito: Terra Primo Secondo Terzo Quarto

ACCESSO

1. Ha preso in visione la "Carta dei Servizi" SI NO
2. Al momento del ricovero è stato informato sull'organizzazione del nucleo (orari visite mediche, pasti, visite parenti)? SI NO
Se no, è stato informato successivamente? SI NO
3. Al momento del ricovero le è stato indicato l'operatore a cui rivolgersi in caso di necessità? SI NO
4. Al momento del ricovero è stato accompagnato a conoscere la dislocazione dei locali ? SI NO

ASPETTI GENERALI

1. Ha avuto problemi con altri ospiti della sua stanza? SI NO
2. L'orario di visita dei parenti è adeguato? SI NO
3. Come considera il rispetto della riservatezza personale (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di manovre assistenziali "delicate", ecc.)



molto soddisfatto



soddisfatto



poco soddisfatto

4. Siete soddisfatti "dell'accompagnamento" religioso-spirituale



molto soddisfatto



soddisfatto



poco soddisfatto

OSPITALITA' E COMFORT

5. Come valuta nell'insieme l'ospitalità offerta?

 molto soddisfatto	 soddisfatto	 poco soddisfatto
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

In particolare:

▪ *Gradevolezza degli ambienti (letti, camere, corridoi, spazi comuni, ecc.)*

 molto soddisfatto	 soddisfatto	 poco soddisfatto
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

▪ *Presenza di spazi collettivi di socializzazione (zona rinfresco, giardino, ecc)*

 molto soddisfatto	 soddisfatto	 poco soddisfatto
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

▪ *Facilità di accesso agli ambienti (uso ascensori, scivoli, corrimani, ecc.)*

 molto soddisfatto	 soddisfatto	 poco soddisfatto
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

▪ *Servizi igienici (pulizia...)*

 molto soddisfatto	 soddisfatto	 poco soddisfatto
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

▪ *Servizi vari (lavanderia, parrucchiere...)*

 molto soddisfatto	 soddisfatto	 poco soddisfatto
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Osservazioni, suggerimenti e proposte:

.....

.....

.....


.....

.....


.....

QUALITA' DELL'ASSISTENZA

1. Sulla base della sua esperienza come valuta la tempestività degli interventi di assistenza?


molto soddisfatto


soddisfatto



poco soddisfatto

2. Come valuta gli operatori per gli aspetti sotto elencati?

▪ *Frequenza visite mediche*


molto soddisfatto



soddisfatto


poco soddisfatto

▪ *Frequenza attività riabilitativa*


molto soddisfatto



soddisfatto


poco soddisfatto

▪ *Frequenza assistenza nell'igiene personale*


molto soddisfatto



soddisfatto


poco soddisfatto

▪ *Disponibilità del personale a dare informazioni e spiegazioni*


molto soddisfatto



soddisfatto


poco soddisfatto

▪ *Cortesìa e capacità di ascolto del personale*


molto soddisfatto


soddisfatto



poco soddisfatto

3. Come valuta la competenza / professionalità degli operatori sotto elencati


▪ *OSS / ASA (operatori dell'assistenza di base)*


molto soddisfatto



soddisfatto


poco soddisfatto


▪ *Infermieri*


molto soddisfatto


soddisfatto


poco soddisfatto


▪ *Medici*


molto soddisfatto


soddisfatto


poco soddisfatto

▪ *Educatori / Animatori*


molto soddisfatto


soddisfatto


poco soddisfatto

▪ *Altro*



molto soddisfatto


soddisfatto


poco soddisfatto

1. E' a conoscenza delle attività organizzate in istituto? SI NO

2. E' soddisfatto delle attività ricreative che vengono organizzate? (*laboratori, feste, giochi, ecc.*)


molto soddisfatto


soddisfatto


poco soddisfatto

Osservazioni, suggerimenti e proposte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLA QUALITA'
PERCEPITA DAGLI OSPITI DELLA
FONDAZIONE ISTITUTO GERIATRICO
VERGANI E BASSI - onlus di Gorgonzola (Mi)
2025 QUESTIONARIO DI GRADIMENTO**

OSPITE ETA': _____

SESSO

F

M

NUCLEO: _____

Per ciascuna voce Le chiediamo di esprimere un voto da 1 a 4 barrando il numero prescelto.
Se non fosse in grado di esprimere il giudizio relativo ad alcune voci Le chiediamo di barrare N.R.
1=poco; 2=abbastanza; 3=molto; 4=moltissimo; N.R.=non sono in grado di rispondere.

AMBIENTE:

La sua camera da letto è confortevole?	1	2	3	4	N.R.
Le piace stare nel soggiorno comune	1	2	3	4	N.R.
Le piace stare in sala	1	2	3	4	N.R.
La sua tranquillità è rispettata?	1	2	3	4	N.R.
Gli orari di alzata e messa a letto Le vanno bene?	1	2	3	4	N.R.
Si sente libera di scegliere come vestirsi?	1	2	3	4	N.R.
E' soddisfatta del modo in cui viene aiutata nell'igiene personale?	1	2	3	4	N.R.
La temperatura dell'ambiente è adeguata	1	2	3	4	N.R.
L'igiene degli ambienti è adeguato?	1	2	3	4	N.R.
La luminosità degli ambienti è adeguata	1	2	3	4	N.R.
I colori e le fantasie dell'arredo Le piacciono?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

COMPAGNIA:

Il tempo che passa in compagnia è poco, abbastanza, molto?	1	2	3	4	N.R.
Le piace stare da solo?	1	2	3	4	N.R.
Ha instaurato relazioni di amicizia con gli altri ospiti?	1	2	3	4	N.R.
Si sente più sicuro sa quando è in struttura?	1	2	3	4	N.R.
Il suo stato di salute è migliorato?	1	2	3	4	N.R.

Con chi ha maggiori relazioni: _____

ANIMAZIONE:

A quali attività di animazione partecipa? (*barrare il relativo quadratino*)

Dialoghi con ospiti	<input type="checkbox"/>	Letture giornaliere	<input type="checkbox"/>
Gite	<input type="checkbox"/>	Laboratori vari/terapia occupazionale	<input type="checkbox"/>
Feste varie	<input type="checkbox"/>	Musica	<input type="checkbox"/>

Quali attività di animazione Le piacerebbe fare/proporre? _____

E' soddisfatto delle attività di animazione a cui partecipa?	1	2	3	4	N.R.
Partecipa alle gite fuori struttura?	1	2	3	4	N.R.
Gli animatori sono disponibili ad ascoltarla?	1	2	3	4	N.R.
Le farebbe piacere aiutare gli altri ospiti nella lettura o in altre attività?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

FISIOTERAPIA:

Ritiene efficace per i suoi problemi la fisioterapia/ginnastica?	1	2	3	4	N.R.
I fisioterapisti sono disponibili e gentili?	1	2	3	4	N.R.
Ritiene sufficiente la possibilità di muoversi autonomamente e senza rischi all'interno dell'Istituto?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

OPERATORI ASA:

Gli operatori ASA sono disponibili e gentili?	1	2	3	4	N.R.
Gli operatori ASA rispondono tempestivamente alle sue richieste? Es. accompagnarla in bagno, arrivare quando suona il campanello...	1	2	3	4	N.R.
Ci sono momenti per dialogare con gli operatori ASA?	1	2	3	4	N.R.
Gli operatori ASA pongono attenzione al rispetto della sua dignità e della sua privacy?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

INFERMIERI PROFESSIONALI:

E' tempestivo alle sue richieste l'intervento dell'Infermiere Professionale?	1	2	3	4	N.R.
L'Infermiere professionale è disposto ad ascoltarla ed a rispondere alle sue domande	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

RESPONSABILI DI REPARTO:

La responsabile di reparto è disponibile ad ascoltarla e a fornirle spiegazioni?	1	2	3	4	N.R.
Quanto viene coinvolto nelle piccole modifiche che riguardano il suo reparto?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

MEDICO DI STRUTTURA:

Gli orari di visita del medico di struttura Le sono adeguati?	1	2	3	4	N.R.
Il medico è disponibile ad ascoltarla ed a rispondere alle sue domande?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

VOLONTARI:

Ha contatti con i volontari del suo reparto?	1	2	3	4	N.R.
I volontari del suo reparto sono disponibili e gentili?	1	2	3	4	N.R.
L'aiuto dei volontari Le è utile?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

UFFICI/PORTINERIA:

Lei fa uso dei servizi di portineria e centralino?	1	2	3	4	N.R.
Quanto si ritiene soddisfatto del servizio offertole?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

SERVIZIO MANUTENZIONE:

Le riparazioni di cui ha bisogno (carrozzina o oggetti della camera) sono fatte tempestivamente?	1	2	3	4	N.R.
--------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	------

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

SERVIZIO LAVANDERIA:

Il suo vestiario è lavato accuratamente?	1	2	3	4	N.R.
E' soddisfatto del tempo di consegna del suo bucato lavato?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

PARRUCCHIERA:

Utilizza il servizio "parrucchiere" interno all'Istituto?	1	2	3	4	N.R.
Ritiene accurato il servizio offerto?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

CUCINA:

Quanto è soddisfatto della varietà di cibo propostaLe?	1	2	3	4	N.R.
Quanto il cibo è adeguato alle sue esigenze?	1	2	3	4	N.R.
Quanto gradisce il cibo che mangia?	1	2	3	4	N.R.
Quanto gradisce la compagnia a tavola?	1	2	3	4	N.R.
Quanto i pasti sono serviti alla temperatura adeguata?	1	2	3	4	N.R.
Quanto ritiene igienico il servizio dei pasti?	1	2	3	4	N.R.
Quanto è soddisfatto del servizio refezione (preparazione della tavola, presentazione e distribuzione dei pasti)?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____

CHIESA:

Quanto volentieri partecipa alla Messa di reparto?	1	2	3	4	N.R.
Quanto si sente libero di decidere se partecipare o no alle funzioni?	1	2	3	4	N.R.
Quanto i suoi bisogni spirituali sono presi in considerazione?	1	2	3	4	N.R.

Eventuali commenti, osservazioni, suggerimenti: _____



Istituto Geriatrico Vergani e Bassi - onlus

Via Lazzaretto, 2 - 20064 GORGONZOLA (MI)
Telefono 02-9513379 - Telefax 02-95300540
C.F./P.IVA 06034150158 - e-mail: info@verganiebassi.it
www.verganiebassi.it

QUESTIONARIO - STRUMENTO INDICATORE

Anno 2024

Gruppo omogeneo (per mansioni o partizioni organizzative):

DATI SOCIO - DEMOGRAFICI					
A.	GENERE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F		
B.	ETA'	<input type="checkbox"/> Fino a 30 anni	<input type="checkbox"/> Da 31 a 50 anni	<input type="checkbox"/> 51 e oltre	
C.	NAZIONALITA'	<input type="checkbox"/> Italiana	<input type="checkbox"/> Non Italiana		
D.	TIPOLOGIA CONTRATTUALE	<input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato	<input type="checkbox"/> Tempo Determinato	<input type="checkbox"/> Collaborazione	<input type="checkbox"/> Altro

Per favore legga con attenzione le seguenti affermazioni relative al Suo lavoro **negli ultimi 6 mesi**, ed indichi quanto frequentemente le ha vissute utilizzando la scala sotto riportata.

		MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
1.	Ho chiaro cosa ci si aspetta da me al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Posso decidere quando fare una pausa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le richieste di lavoro che mi vengono fatte da varie persone/uffici sono difficili da combinare fra loro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	So come svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Sono soggetto a molestie personali sotto forma di parola o comportamenti scortesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ho scadenze irraggiungibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Se il lavoro diventa difficile, posso contare sull'aiuto dei miei colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ricevo informazioni di supporto che mi aiutano nel lavoro che svolgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Devo lavorare molto intensamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ho voce in capitolo nel decidere la velocità con la quale svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
11.	Ho chiari i miei compiti e le mie responsabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Devo trascurare alcuni compiti perché ho troppo da fare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mi sono chiari gli obiettivi e i traguardi del mio reparto/ufficio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ci sono attriti o conflitti con i colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ho libertà di scelta nel decidere come svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Non ho la possibilità di prendere sufficienti pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Capisco in che modo il mio lavoro si inserisce negli obiettivi generali dell'organizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ricevo le pressioni per lavorare oltre l'orario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ho libertà di scelta nel decidere cosa fare al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Devo svolgere il mio lavoro molto velocemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
21.	Al lavoro sono soggetto a prepotenze e vessazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ho scadenze temporali impossibili da rispettare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Posso fare affidamento sul mio capo nel caso avessi problemi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	I colleghi mi danno l'aiuto e il supporto di cui ho bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ho voce in capitolo su come svolgere il mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ho sufficienti opportunità di chiedere spiegazioni ai dirigenti sui cambiamenti relativi al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Al lavoro i miei colleghi mi dimostrano il rispetto che merito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Il personale viene sempre consultato in merito ai cambiamenti nel lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Se qualcosa al lavoro mi ha disturbato o infastidito posso parlarne con il mio capo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Il mio orario di lavoro può essere flessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
31.	I colleghi sono disponibili ad ascoltare i miei problemi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Quando ci sono dei cambiamenti al lavoro, mi è chiaro che effetto avranno in pratica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Sono supportato in lavori emotivamente impegnativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Le relazioni sul luogo di lavoro sono tese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>