



## FONDAZIONE MADRE CABRINI – E.T.S.

Via Cogozzo n. 12 – 26866 Sant'Angelo Lodigiano (Lo)

tel. 0371-90686 – fax 0371-210013

Codice Fiscale 92544370155 – Partita Iva 04712690967

### VALUTAZIONE della QUALITA' RSA

### Questionario FAMILIARI anno XXXX

*La preghiamo di esprimere un giudizio sugli aspetti che seguono barrando la casella corrispondente alla valutazione attribuita.*

STRUTTURA, SPAZI, PULIZIA		ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	molto carente	non
1	Adeguatezza degli arredi della camera da letto						
2	Disponibilità di spazi comuni interni (soggiorni, sale da pranzo, ...)						
3	Luminosità degli ambienti						
4	Riscaldamento degli ambienti						
5	Condizionamento estivo degli ambienti						
6	Disponibilità di spazi esterni a disposizione (aree verdi, ...)						
7	Livello di pulizia della camera						
8	Livello di pulizia della carrozzina						
9	Livello di pulizia dei servizi igienici						
10	Livello di pulizia degli ambienti comuni interni						
11	Livello di pulizia degli spazi esterni (ingresso, giardino, ...)						
12	Livello di pulizia e cura della biancheria da letto						
	<b>TOTALE</b>						
SERVIZIO DI RISTORAZIONE		ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	molto carente	non
13	Grado di soddisfazione del Suo familiare rispetto alla qualità del cibo						
14	Grado di soddisfazione del Suo familiare rispetto alla quantità del cibo						
15	Varietà dei menù proposti						
16	Adeguatezza del cibo alle esigenze del Suo familiare (es. dieta per disfagici-iperproteica-iper calorica)						
17	Servizio di preparazione della tavola e distribuzione dei pasti						
18	Adeguatezza degli orari dei pasti						
	<b>TOTALE</b>						

<b>ASSISTENZA</b>		ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	molto carente	non
19	La Sua relazione con il medico del nucleo						
20	Disponibilità del medico all'ascolto e a fornire spiegazioni esaustive						
21	La Sua relazione con la caposala						
22	Disponibilità della caposala all'ascolto e a fornire spiegazioni esaustive						
23	La Sua relazione con gli infermieri del nucleo						
24	Disponibilità degli infermieri all'ascolto e a fornire spiegazioni esaustive						
25	Capacità del personale di avvertire tempestivamente i familiari in caso di bisogno						
26	La Sua relazione con gli/le ASA/OSS						
27	Disponibilità degli/delle ASA/OSS all'ascolto e a fornire spiegazioni esaustive						
28	Livello di cura dell'igiene personale del Suo familiare						
29	Accuratezza dell'abbigliamento e dell'aspetto del Suo familiare						
30	Sollecitudine del personale a rispondere alle richieste del Suo familiare						
31	Attenzione del personale al rispetto della dignità e della privacy del Suo familiare						
32	Assistenza spirituale e religiosa						
	<b>TOTALE</b>						
<b>SERVIZIO DI ANIMAZIONE/EDUCAZIONE</b>		ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	molto carente	non
33	Qualità delle relazioni tra il Suo familiare e le educatrici						
34	Qualità delle attività di animazione/educazione (lavori di gruppo, laboratori, attività musicale, ...)						
	<b>TOTALE</b>						
Suggerimenti e proposte per le attività di animazione/educazione:							
<b>SERVIZIO DI FISIOTERAPIA</b>		ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	molto carente	non
35	Qualità delle relazioni tra il Suo familiare ed i fisioterapisti						
36	Qualità degli interventi fisioterapici/riabilitativi						
	<b>TOTALE</b>						

<b>ALTRI SERVIZI</b>		ottimo	buono	sufficiente	insufficiente	molto carente	non
37	Gentilezza e disponibilità del personale amministrativo						
38	Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute rispetto a questioni amministrative						
39	Servizio distributori automatici di cibi e bevande						
40	Servizio di manutenzione interno (tempi di riparazione oggetti in camera e/o carrozzina, ecc.)						
41	Servizio di lavanderia riguardo alla pulizia degli indumenti del Suo familiare						
42	Servizio di guardaroba riguardo alla riconsegna degli indumenti puliti del Suo familiare						
<b>TOTALE</b>							
<b>VALUTAZIONI CONCLUSIVE</b>		si moltissimo	si molto	si abbastanza	poco	no	non so
43	Il Suo familiare si trova bene presso la nostra residenza?						
44	Ritiene che il personale abbia un comportamento rispettoso?						
<b>TOTALE</b>							
45	Consiglierebbe la nostra struttura ad un Suo amico o conoscente?	Sì			No		
<b>DA QUANTO TEMPO IL SUO FAMILIARE RISIEDE NELLA NOSTRA STRUTTURA?</b>		Meno di 1 anno			Più di 1 anno		
<b>CI INDICHI PER CORTESIA IL NUCLEO DI APPARTENENZA DEL SUO FAMILIARE</b>		limone	arancio	mandarino	pompelmo	cedro	sacerdoti

Se ha osservazioni e suggerimenti da offrirci Li esponga nello spazio sottostante:

.....

.....

.....

.....

