

**ALLEGATO C: QUESTIONARIO CUSTOMER FAMILIARI/OSPITI RSA**

Reparto .....

Piano.....

Data di compilazione.....

Grado di parentela con l'ospite .....

**Da quanto tempo il suo familiare è ospite del Centro Ronzoni-Villa?**

Da meno di un anno

Da 1 a 3 anni

Da 3 a 5 anni

Da più di 5 anni

**Dove si trovava il suo familiare prima del ricovero in questo Centro?**

Ospedale

Altra RSA

Domicilio

Altro  specificare.....

**Quali sono i motivi per cui ha deciso di rivolgersi al Centro Ronzoni-Villa?**

Conoscevo la figura del suo Fondatore

Perché è un'Istituzione di ispirazione cristiana

Ne avevo sentito parlare

Altro

**Come è venuto a conoscenza del nostro Centro?**

Medico curante

Servizi Territoriali (Sociali o Sanitari)

Parenti o conoscenti

Utenti che hanno già usufruito del Servizio

Tramite altri Servizi presenti nel Centro (Servizio di Riabilitazione)

**Quale dei seguenti fattori ha influito sulla scelta di questo Centro?**

Servizi territoriali

Ubicazione (vicinanza a casa, familiari...)

Utenti che hanno già usufruito del Servizio

Retta giornaliera/Condizioni economiche

**Ora che il suo familiare è ricoverato in un Centro della Fondazione don Carlo Gnocchi, ha avuto l'opportunità di approfondire la figura di don Carlo?**

Sì  No

**Lei fa visita al suo familiare**

Ogni giorno  1 volta alla settimana  1 volta al mese  Durante le festività

**ACCOGLIENZA**

**Come ha valutato il primo contatto con il Centro nella fase precedente al ricovero (contatti informativi presso il Servizio Accoglienza, visita al Centro)?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**Come ha valutato l'accoglienza da parte del Servizio Accoglienza al momento dell'ingresso?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come ha valutato l'accoglienza dell'équipe socio-sanitaria al momento dell'ingresso?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**AMBIENTI**

**Come valuta la *comodità* degli ambienti (accessibilità agli spazi comuni, ampiezza, luminosità...)?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta l'*estetica* degli ambienti?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta la *pulizia* degli ambienti?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta gli *orari della pulizia* degli ambienti?**

Ottimi  Buoni  Sufficienti  Insufficienti

**VITTO**

**Come valuta la *qualità* del vitto?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta la *quantità* del vitto?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta la *varietà* del vitto?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta gli *orari e l'organizzazione* dei pasti?**

Ottimi  Buoni  Sufficienti  Insufficienti

SERVIZIO LAVANDERIA

**Come valuta la qualità del Servizio Lavanderia?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

ASSISTENZA E PERSONALE

**Come valuta l'assistenza, in particolare:**

Medica

Professionalità

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

Cortesìa e disponibilità

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

Disponibilità al colloquio

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

Chiarezza delle informazioni

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

Tempestività dell'informazione

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

Infermieristica

Professionalità

Ottima

Cortesìa e disponibilità

Ottima

Buona

Buona

Sufficiente

Sufficiente

Insufficiente

Insufficiente

**Disponibilità al colloquio**

**Chiarezza delle informazioni**

Ottima

Ottima

Buona

Buona

Sufficiente

Sufficiente

Insufficiente

Insufficiente

**Attivazione nell'organizzazione del lavoro (trasferimenti, visite specialistiche esterne, dimissioni)**

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

**Professionalità**

**Cortesia e disponibilità**

**Personale**

Ottima

Ottima

**Assistenziale**

Buona

Buona

Sufficiente

Sufficiente

Insufficiente

Insufficiente

**Assistenza nell'igiene personale**

**Assistenza negli spostamenti nei  
momenti di mobilizzazione**

Ottima

Ottima

Buona

Buona

Sufficiente

Sufficiente

Insufficiente

Insufficiente

**Assistenza al momento del pasto**

Ottima   
Buona   
Sufficiente   
Insufficiente

**Assistenza nell'abbigliamento**

Ottima   
Buona   
Sufficiente   
Insufficiente

**Il suo familiare ha mai fatto fisioterapia/ginnastica?**

Sì  No

**Se sì, come valuta:**

**Fisioterapia**

**Professionalità**

Ottima   
Buona   
Sufficiente   
Insufficiente

**Cortesìa e disponibilità**

Ottima   
Buona   
Sufficiente   
Insufficiente

**In quale misura ritiene che le cure ricevute in RSA abbiano migliorato la salute del suo familiare?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**In quale misura secondo lei hanno migliorato l'autosufficienza del suo familiare (camminare, mangiare, vestirsi, usare il bagno)?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**In quale misura le cure ricevute dal suo familiare corrispondono alle sue aspettative?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**ANIMAZIONE**

**Come valuta il Servizio Animazione?**

**Professionalità**

Ottima   
Buona   
Sufficiente   
Insufficiente

**Cortesìa e disponibilità**

Ottima   
Buona   
Sufficiente   
Insufficiente

**Come valuta la *varietà delle attività* proposte dal Servizio Animazione?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Desidererebbe potenziare ed accrescere il Servizio Animazione nella misura di miglioramento della qualità di vita del suo familiare?**

Sì  No

#### SERVIZIO ACCOGLIENZA

**Come valuta il Servizio Accoglienza?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta la *disponibilità al colloquio* del Servizio Accoglienza?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta la *chiarezza e la completezza delle informazioni* date dal Servizio Accoglienza?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

#### UFFICIO AMMINISTRATIVO

**Come valuta il Servizio?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta la *disponibilità al colloquio*?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**Come valuta la *chiarezza e la completezza delle informazioni*?**

Ottima  Buona  Sufficiente  Insufficiente

#### PARRUCCHIERE

**Come valuta il Servizio Parrucchiere?**

##### Professionalità

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

##### Cortesìa e disponibilità

Ottima

Buona

Sufficiente

Insufficiente

#### MANICURE-PEDICURE

**Come valuta il Servizio Manicure-Pedicure?**

##### Professionalità

Ottima

##### Cortesìa e disponibilità

Ottima

Buona	<input type="checkbox"/>	Buona	<input type="checkbox"/>
Sufficiente	<input type="checkbox"/>	Sufficiente	<input type="checkbox"/>
Insufficiente	<input type="checkbox"/>	Insufficiente	<input type="checkbox"/>

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

**Come valuta globalmente il servizio offerto da questa RSA?**

Ottimo  Buono  Sufficiente  Insufficiente

**Suggerirebbe ad un suo conoscente o amico, che ne avesse necessità, di inoltrare una domanda di ricovero presso questo Centro?**

Sì  No

Eventuali considerazioni aggiuntive (suggerimenti e/o aspettative):

.....

.....

.....