

|  |          |  |                          |
|--|----------|--|--------------------------|
|  | Modulo   |  | Rev 10<br>del 01/03/2024 |
|  | M8.04.02 | QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI RSD | Pagina 1 di 3            |

Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità – S. Fermo - VARESE

**Nota bene:** le informazioni raccolte, in forma anonima, con la compilazione della presente pagina del questionario saranno utilizzate esclusivamente a fini statistici, per descrivere le caratteristiche del campione di coloro che hanno partecipato alla presente rilevazione.

Il questionario viene compilato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_:

**INFORMAZIONI GENERALI**

A quale titolo compila il seguente questionario?

Famigliare?  SI  NO

Se SI, rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Tutore?  SI  NO

Amministratore di sostegno?  SI  NO

Curatore?  SI  NO

|  |          |  |                           |
|--|----------|--|---------------------------|
|  | Modulo   |  | Rev. 10<br>del 01/03/2024 |
|  | M8.04.02 | QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI RSD | Pagina 2 di 3             |

**Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità – S. Fermo - VARESE**

|   |  |   |   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
| <b>Legenda:</b>                               | 1. <i>per nulla soddisfatto</i> ; 2. <i>poco soddisfatto</i> ; 3. <i>soddisfatto così, così</i> ; 4. <i>soddisfatto</i> ; 5. <i>molto soddisfatto</i> ; 0. <i>non saprei</i> .                                     |   |   |   |   |   |   |
| <b>AREA INFORMAZIONE e COMUNICAZIONE</b>      |  |   |   |   |   |   |   |
| 1.  | È soddisfatta/o delle informazioni che riceve in merito alla permanenza in RSD, allo stato di salute e alle cure prestate al suo familiare?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2.  | È soddisfatta/o delle informazioni che ha ricevuto e che riceve in merito al progetto individualizzato rivolto al suo familiare?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| <b>Eventuali osservazioni e suggerimenti:</b> |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
| <b>AREA AMBIENTI E SPAZI</b>                  |  |   |   |   |   |   |   |
| 3.  | È soddisfatta/o, in generale, dell'ambiente e dell'ospitalità offerta (camere, spazi comuni, servizi igienici, comfort, pasti, menù)?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
|   | Le chiediamo, inoltre, di esprimere anche una valutazione specifica per ognuno dei seguenti servizi offerti  |   |   |   |   |   |   |
|   | Servizio ristorazione  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
|   | Servizio lavanderia  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
|   | Servizio pulizie ambienti  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| <b>Eventuali osservazioni e suggerimenti:</b> |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
| <b>AREA ORGANIZZAZIONE ed EFFICIENZA</b>      |  |   |   |   |   |   |   |
| 4.  | È soddisfatta/o, in generale, dell'organizzazione e dell'efficienza della RSD (ad esempio turnazione del personale, telefonate/videochiamate ai famigliari, organizzazione visite, rientri a casa dei famigliari)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| <b>Eventuali osservazioni e suggerimenti:</b> |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
| <b>AREA ASSISTENZA e CONTINUITA'</b>          |  |   |   |   |   |   |   |
| 5.  | È soddisfatta/o dell'assistenza medica e infermieristica garantita dalla RSD (medici e infermieri professionali)?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6.  | È soddisfatta/o degli interventi riabilitativi, educativi ed assistenziali (Educatori Professionali, ASA/OSS, Fisioterapista)?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| <b>Eventuali osservazioni e suggerimenti:</b> |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |

