



ISTITUTO DELLE FIGLIE DI  
SANTA MARIA DELLA PROVVIDENZA

**Carta dei Servizi**

**Casa "Beato Luigi Guanella"**

Via Cantaluppi, 810 • 22030 • LIPOMO (Como)

Tel. 031/280442 • Fax. 031/555513

Cod. Fisc. 02477630582 • Part. IVA 01062811003

E-mail: [casabguanella@libero.it](mailto:casabguanella@libero.it)

Aggiornamento  
Gennaio 2023



***Doveri***  
**La società ha il dovere:**

- di rispettare l'individualità di ogni persona anziana, evitando nei suoi confronti interventi decisi solo in funzione della sua età anagrafica;
- di rispettare credenze, opinioni e sentimenti delle persone anziane, sforzandosi di coglierne il significato nell'evoluzione di una cultura e di una popolazione;
- di rispettare le modalità di condotta delle persone anziane, riconoscendo il loro valore ed evitando di "correggerle" o di deriderle;
- di consentire ad ogni persona anziana di vivere nel proprio domicilio o, in caso di assoluta impossibilità, di usufruire di soluzioni nelle quali possa ritrovare alcuni aspetti dell'abitazione forzosamente abbandonata;
- di accudire e curare l'anziano fin dove è possibile a domicilio, riducendo gli eventuali periodi di ospedalizzazione e fornendo ogni trattamento ritenuto utile;
- di favorire per quanto possibile la convivenza con i famigliari, sostenendo se necessario questi ultimi e stimolando ogni possibilità di integrazione;
- di evitare nei confronti dell'anziano ogni forma di ghettizzazione che gli impedisca di interagire anche con la parte più giovane della popolazione;
- di attuare nei riguardi degli anziani che presentano deficit, alterazioni o limitazioni funzionali ogni forma possibile di riattivazione, riabilitazione e risocializzazione che coinvolga anche i suoi famigliari e gli operatori socio-sanitari;
- di contrastare nelle famiglie e nelle istituzioni ogni forma di sopraffazione e prevaricazione a danno degli anziani e di verificare che ad essi siano dedicati tutti gli interventi che possono attenuare la loro sofferenza e migliorare la loro condizione esistenziale;
- di operare perché, anche nei casi fisicamente e/o psichicamente meno fortunati, siano potenziate le capacità residue di ogni persona e realizzato un clima di accettazione, di condivisione e di solidarietà;
- di fornire ad ogni persona che invecchia la possibilità di conoscere e di attuare le proprie attitudini, così da poter continuare a realizzare se stessa anche ad età avanzata, di metterla nelle condizioni di esprimere la propria emotività, fonte della creatività da cui trae energia l'invecchiamento, di farle mantenere e riconoscere il proprio valore, al limite anche soltanto affettivo.

## INDICE

Chi siamo .....	Pag. 4
Dove siamo .....	Pag. 5
Orari di segreteria .....	Pag. 6
Presentazione delle richieste e modalità di ammissione ...	Pag. 6
Documentazione richiesta per l'ingresso.....	Pag. 7
Servizi offerti .....	Pag. 8
Giornata tipo .....	Pag. 9
Orari di visita .....	Pag. 10
Dimissioni .....	Pag. 10
Menù tipo .....	Pag. 11
Sistema di qualità .....	Pag. 12
Allegato 1: Retta posti letto accreditati	
Allegato 2: Questionari	
Allegato 3: Modulo Segnalazione Reclami	
Allegato 4: Carta dei Diritti dell'Anziano	

## Chi siamo

La Casa Beato Luigi Guanella è una R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) per donne anziani non autosufficienti.

È ente filiale della Congregazione “Figlie di S. Maria della Provvidenza” con sede in Roma, Piazza S. Pancrazio 9, ente religioso senza fine di lucro, giuridicamente riconosciuto con R.D. 1663 del 29.07.1937 iscritto al Registro delle Persone Giuridiche tenuto dalla Prefettura di Roma al n. 746/87.

La Casa è autorizzata al funzionamento dall’A.S.L. Provincia di Como con provvedimento n. 304 del 21/04/1998 per una capacità ricettiva di n. 42 posti letto, in data 20/02/2015 è stata confermata e ampliata l’autorizzazione definitiva al funzionamento n. 13 per un totale di n. 55 posti

È accreditata con contratto presso la Regione Lombardia per n. 42 posti letto, e accreditata senza contratto per n. 13 posti, per un totale di n. 55 posti, ed è così articolata:

- Al piano terra si trovano:
  - direzione
  - uffici amministrativi
  - portineria
  - punto ristoro
  - chiesa
  - nucleo “Madonna della Provvidenza” per complessivi 10 posti letto
- Al 1° piano si trova il nucleo “San Luigi Guanella” per complessivi 15 posti letto
- Al 2° piano si trova il nucleo “Beata Chiara” per complessivi 15 posti letto
- Al 3° piano si trova il nucleo “San Giuseppe” per complessivi 15 posti letto
- Al piano –3 si trovano l’ambulatorio, la fisioterapia, l’animazione, il locale parrucchiera, il locale culto e la sala polifunzionale
- Al piano –2 la camera mortuaria, gli spogliatoi, lavanderia, cucina con annesse dipendente, i magazzini.

Il modello organizzativo scelto dalla Casa garantisce un clima quanto più possibile familiare: la persona viene posta al centro di ogni attività, cercando di mantenere un equilibrio fra esigenze individuali ed organizzative.

## Allegato 4

### Carta dei Diritti dell’Anziano

#### *Introduzione*

Gli anziani costituiscono un patrimonio di valore inestimabile per la società perché in essi si identifica la memoria storica e culturale di una popolazione. La salvaguardia dell’anziano e della sua cultura comporta l’educazione della popolazione al rispetto di una serie di diritti; nella “Carta dei Diritti dell’Anziano” ad ognuno dei diritti individuati corrisponde un preciso dovere da parte della società.

#### *Diritti*

##### **La persona anziana ha il diritto:**

- di conservare la propria individualità e libertà;
- di conservare le proprie credenze, opinioni e sentimenti, anche se essi appaiono anacronistici e in contrasto con quelli della maggior parte della popolazione e/o dell’ambiente umano di cui fa parte;
- di conservare le proprie modalità di condotta, anche se esse appaiono anacronistiche e in contrasto con quelle della maggior parte della popolazione e/o dell’ambiente umano di cui fa parte;
- di continuare a vivere nel proprio domicilio;
- di essere accudita e curata, quando necessario, al proprio domicilio, giovandosi dei più aggiornati mezzi terapeutici;
- di continuare a vivere con i propri familiari;
- di conservare relazioni con persone di ogni età;
- di usufruire, se necessario, delle forme più aggiornate di riattivazione, riabilitazione e risocializzazione;
- di essere salvaguardata da ogni forma di violenza fisica e morale, ivi compresa l’omissione di interventi che possono migliorare le sue condizioni di vita e anche aumentare il desiderio e il piacere di vivere;
- di essere messa in condizione di conservare la propria dignità e il proprio valore, anche quando non è più totalmente autonoma e autosufficiente;
- di essere messa in condizione di esprimere le proprie attitudini e creatività.

## **Allegato 3**

*Istituto delle Figlie di S. Maria della Divina Provvidenza*

**Casa “Beato Luigi Guanella”**

Via Cantaluppi, 810 • 22030 • LIPOMO (Como)

Tel. 031/280442 • Fax. 031/555513

Cod. Fisc. 02477630582 • Part. IVA 01062811003

E-mail: [casabguanella@libero.it](mailto:casabguanella@libero.it)

### **MODULO**

#### **SEGNALAZIONE – SUGGERIMENTO- RECLAMO- ENCOMIO**

##### DATI DEL SEGNALANTE

NOME ..... COGNOME .....  
DATA DI NASCITA ..... SCOLARITA' .....  
PROFESSIONE .....  
INDIRIZZO.....  
TELEFONO .....

##### DESCRIZIONE DEI FATTI OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

(precisare chi era presente, cosa è accaduto, quando, dove e come)

.....  
.....  
.....

##### CONCLUSIONI (richieste e/o suggerimenti)

.....  
.....  
.....

DATA ..... FIRMA DEL SEGNALANTE.....

La segnalazione può essere inviata per posta o via fax o via e-mail alla Casa Beato Luigi Guanella - Via Cantaluppi 810 - 22030 Lipomo (CO) fax: 031/555513 E-mail: [casabguanella@libero.it](mailto:casabguanella@libero.it) o imbucata nella cassetta predisposta presso la Portineria dell'Istituto. Sarà premura della Casa dare opportuna risposta entro 30 giorni.

I dati personali sono trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” supplemento ordinario G.U. n. 174 d.d. 29.07.2003

Seguendo gli insegnamenti del Fondatore San Luigi Guanella (1842-1915), il personale religioso e laico della Casa si prende cura della persona e dei suoi bisogni con interventi integrati di tipo socio-assistenziale, sanitario, riabilitativo ed educativo

### **Dove siamo**

La Casa è situata in Via Cantaluppi n. 810, a Lipomo (CO) cap. 22030.

È facilmente raggiungibile con il bus n° 7, fermata “Road House” - Lora o con mezzi propri dalla statale per Lecco con riferimento “Esselunga” di Lipomo.

## Orari di segreteria

Lunedì—Martedì—Giovedì dalle ore 9.00 alle 12.00 e dalle ore 14,30 alle 16.00

Mercoledì dalle 14.30 alle 16.00—Venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00

Sabato - Domenica e festivi : CHIUSO

## Presentazione delle richieste e modalità di ammissione

Per chiedere il ricovero in RSA è necessario presentare apposita domanda. La domanda di ricovero è disponibile presso la Casa, oltre che essere scaricabile dal sito ATS - sezione “per la famiglia” - Servizi per famiglia - Modulistica>Richiesta ricovero definitivo in Residenza Sanitaria Assistenziale (Casa di Riposo).

Il modulo di richiesta di inserimento deve essere presentato direttamente presso la Casa debitamente compilata.

La persona richiedente viene inserita in una lista d’attesa ed avvisata telefonicamente qualora l’ingresso fosse possibile.

E’ possibile visitare la struttura, la referente nominata è la sig.ra Furlan Gisella.

### Gestione liste di attesa

All’atto della presentazione della domanda di ingresso il medico responsabile convalida, dopo averla esaminata, la possibilità o meno dell’inserimento in lista di attesa. In caso non sia possibile per diversi motivi l’inserimento in lista di attesa sarà premura avvisare i famigliari di tale condizione.

Gli inserimenti sono gestiti dalla Direzione della Casa tenendo conto dei seguenti criteri:

- ° Data di presentazione della domanda;
- ° Residenza dell’ospite;

Al fine di contribuire al miglioramento dell’attività della Casa, desidero informarvi di non essere soddisfatto/a del seguente servizio:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIREZIONE       | <input type="checkbox"/> CENTRALINO          |
| <input type="checkbox"/> PORTINERIA      | <input type="checkbox"/> ASS.INFERMIERISTICA |
| <input type="checkbox"/> ASS.MEDICA      | <input type="checkbox"/> ASS. RIABILITATIVA  |
| <input type="checkbox"/> ASS. IN REPARTO | <input type="checkbox"/> ASS. OCCUPAZIONALE  |
| <input type="checkbox"/> ANIMAZIONE      | <input type="checkbox"/> CUCINA              |
| <input type="checkbox"/> LAVANDERIA      | <input type="checkbox"/> PULIZIA             |
| <input type="checkbox"/> SEGRETERIA      | <input type="checkbox"/> ALTRO _____         |

Per i seguenti motivi:

---

---

---

**Oppure**

Per quanto accaduto in questa circostanza:

---

---

---

Resto in attesa del vostro gentile riscontro.

Firma \_\_\_\_\_

## **Allegato 2/D**

*Istituto delle Figlie S. Maria della Provvidenza*

### **Scheda per la segnalazione di disservizi e reclami**

Data \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Del/la Signor/a \_\_\_\_\_

Ospite nel Reparto \_\_\_\_\_

**OPPURE**

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Ospite nel Reparto \_\_\_\_\_

- Condizioni psico-fisiche e sociali della persona;
- Contesto familiare;
- Caratteristiche del posto letto disponibile.
- Priorità se familiari o parenti o delle suore appartenenti alla Congregazione o operatori guanelliani

È prevista la visita della struttura da parte del/della nuovo/a ospite e/o dei suoi familiari, guidata da personale della Direzione.

### **La documentazione richiesta al momento dell'ingresso in RSA comprende:**

- Carta d'identità;
- Codice Fiscale;
- Tessera Sanitaria;
- Eventuale esenzione;
- Eventuale indennità di accompagnamento;
- Valutazione clinico-funzionale, attuale e pregressa che verrà restituita alla dimissione
- Sottoscrizione e consenso al trattamento dei dati personali.

È prevista la visita della struttura da parte della nuova ospite e/o dei suoi familiari, guidata da personale della Direzione.

**Giorno di ammissione:** entrata in mattinata (da lunedì a venerdì) possibilmente con preferenza intorno alle ore 10 (o altro orario da concordare) con accoglienza del Medico, della Coordinatrice Infermieristica, dell'Infermiere Professionale, Fisioterapista, Animatrice e Operatrice OSS/ASA. Viene effettuato il colloquio medico-infermieristico con l'ospite ed i suoi familiari, visita medica e redazione cartella clinica; consensi alla tutela e protezione, consensi antipsicotici e consegna alla presa in carico e cura. Programmazione del Piano di Assistenza Personalizzato.

**Richiesta documentazione clinica:** compilare il modulo "accesso agli atti" presente in amministrazione, la documentazione verrà fornita dopo la convalida del medico responsabile ed entro 30 giorni dalla richiesta.

## Servizi offerti

### La struttura offre:

- Servizio medico: assicurato nelle ore diurne, servizio di Reperibilità Medica nelle ore notturne e nei giorni festivi e pre-festivi;
- Servizio infermieristico: assicurato 24 ore su 24;
- Servizio assistenziale: assicurato 24 ore su 24;
- Servizio di riabilitazione: dal lunedì al sabato;
- Servizio di animazione: dal lunedì al sabato;
- Viene garantita l'assistenza spirituale attraverso la partecipazione alla Santa Messa nei giorni e negli orari previsti da calendario, la recita del Santo Rosario tutti i giorni, oltre all'accompagnamento spirituale nel momento critico della morte;
- Servizio amministrativo;
- Servizi generali: cucina 7 giorni su 7, lavanderia 6 giorni su 7 con esclusione del lavaggio capi delicati, pulizia degli ambienti, manutenzione, servizio portineria dalle 8 alle 21.

Non sono compresi i servizi di manicure, pedicure e parrucchiera.

Il personale è munito di un cartellino di riconoscimento.

**F) QUALI SONO GLI ASPETTI CHE APPREZZA  
MAGGIORMENTE?**

---

---

---

---

---

**G) QUALI ASPETTI LE SEMBRANO MENO VALIDI?**

---

---

---

---

---

**H) SUGGERIMENTI**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma** \_\_\_\_\_

*Grazie per la sua collaborazione!*



**Ottimo Buono Sufficiente Insufficiente**

**7. La professionalità del Personale:**

Ausiliario (ASA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riabilitativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occupazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Il rapporto con i Medici che operano nella Casa**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**9. Le attività di animazione**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**10. Il rispetto della riservatezza e della segretezza**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**11. Gli orari delle visite**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**12. Il giardino e gli spazi esterni**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**13. Il clima familiare**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**14. Il rispetto dell'intimità e della privacy**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**15. La promozione della qualità relazionale**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Giornata tipo**

7.00 - 8.30	Sveglia e igiene personale
8.30 - 9.00	Colazione
9.30	Santa Messa
9.00 - 11.30	Attività di animazione e fisioterapia Igiene particolare ospiti allettate Mobilizzazione ospiti allettati Visite mediche
11.30 - 12.00	Preparazione pranzo Momento toilette
12.00	Pranzo
13.00	Riposo pomeridiano
14.45 - 15.00	Coffee-Break
14.00 - 15.30	Attività di animazione e fisioterapia
17.30 - 18.00	Preparazione cena Momento toilette
18.00	Cena
19.30 - 20.30	Preparazione notte Buonanotte!

## Orari di visita

L'orario di visita è libero dalle 8 alle 20. Nel rispetto della privacy delle ospiti e dei ritmi della Casa, si chiede di privilegiare gli orari dalle 09,30 alle 11,30 e dalle 14,30 alle 17,30.

Nelle ore notturne l'orario è regolamentato per casi di particolare necessità.

## Dimissioni

L'Istituto può procedere alla dimissione dell'ospite, con comunicazione scritta, quando:

- le condizioni psicofisiche dell'ospite non siano più compatibili con la natura della RSA e con i suoi standard assistenziali;
- si verificano comportamenti, da parte dell'ospite e/o del garante, tali per cui la permanenza stessa dell'ospite in Istituto diventi inconciliabile con la disciplina, l'ordine e l'armonia dell'Istituto stesso;
- si verifichi il caso di ritardato o mancato pagamento della retta da parte dell'ospite e/o del garante.

In ogni caso l'Istituto, prima di procedere alla dimissione dell'ospite, adempie ai propri obblighi normativamente sanciti e si attiva affinché le dimissioni dell'ospite avvengano in forma assistita dal Comune e dall'ATS.

La dimissione da parte della Struttura dipende inoltre dall'impossibilità di gestire la persona nelle sue esigenze o per incompatibilità con l'ambiente e viene sempre concordata in maniera che sia assicurata adeguata assistenza in alternativa alla struttura.

L'insorgere di malattie per le quali la Struttura non è attrezzata ed abilitata può essere causa di dimissione.

## E) IL SUO PARERE SU:

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
1. L'accoglienza e l'ospitalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'igiene e la pulizia ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'ambiente ed il comfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La qualità del cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il servizio al momento dei pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La cortesia e la sollecitudine del:				
Personale infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personale Ausiliario (ASA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personale dell'animazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personale di riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personale occupazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personale Amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data \_\_\_\_\_

**A) LA/IL SUA/O FAMILIARE OSPITE DELLA CASA E' RICOVERATA/O DA:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meno di sei mesi     | <input type="checkbox"/> Da sei mesi a due anni |
| <input type="checkbox"/> Da due a cinque anni | <input type="checkbox"/> Da oltre cinque anni   |

**B) LA/IL SUA/O FAMILIARE ATTUALMENTE E':**

- Autosufficiente
- Parzialmente non autosufficiente
- Gravemente non autosufficiente

**C) E' INFORMATO DELLE PERSONE E DELLE MODALITA A CUI RICORRERE PER LE DIVERSE NECESITA'?**

- Sempre
- Abbastanza
- Sufficientemente
- Solo qualche volta
- Non saprei

**D) RITIENE SODDISFATTE LE ASPETTATIVE CHE LEI AVEVA AL MOMENTO DEL RICOVERO ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pienamente       | <input type="checkbox"/> Discretamente |
| <input type="checkbox"/> Sufficientemente | <input type="checkbox"/> Solo in parte |
| <input type="checkbox"/> Per nulla        | <input type="checkbox"/> Non saprei    |

**Menù tipo**

La cucina si attiene a menù stagionali che seguono una dieta bilanciata sulle 4 settimane.

*Vengono preparate diete particolari su prescrizione medica.*

Il menù, settimanale e mensile, è esposto nei reparti e nella bacheca del punto ristoro.

## **Sistema di qualità**

Per monitorare la qualità dei servizi vengono utilizzati annualmente appositi strumenti di verifica della soddisfazione degli ospiti e/o delle famiglie e/o degli operatori (customer satisfaction) allegati alla presente Carta dei Servizi (all. n. 3) come segue:

- Questionario per gli operatori;
- Questionario di valutazione della soddisfazione degli ospiti;
- Questionario per i famigliari degli ospiti;
- Schede per la segnalazione di disservizi e reclami

Gli esiti dei questionari pervenuti vengono affissi in apposita bacheca presso la portineria dell'Istituto e vi restano per circa un mese.

Gli ospiti e/o i loro familiari possono aderire a tutte le iniziative attivate nella Casa.

**Possono presentare osservazioni, reclami e apprezzamenti sul servizio, sia chiedendo direttamente un colloquio con la Direzione, sia compilando l'apposito modulo disponibile presso l'ingresso. Ogni segnalazione verrà opportunamente protocollata sul "Registro Reclami" della Direzione.**

**La Casa darà opportuna risposta scritta entro 30 giorni.**

## **Allegato 2/C**

*Istituto delle Figlie di S. Maria della Provvidenza*

### **Questionario** **per i familiari degli ospiti**

Gentile Signora / Esimio Signore,

grati per aver scelto la nostra Casa, Le proponiamo la compilazione del questionario sottostante, le cui risposte ci aiuteranno a valutare ed a migliorare il servizio e l'attenzione ai nostri Ospiti.

Il Suo gradito parere sulla ospitalità, sul nostro lavoro e sul Personale che vi opera saranno sicuramente utili per trovare le soluzioni ad eventuali problemi e/o disservizi che a noi sono potuti sfuggire.

Per garantirLe la massima riservatezza, può non apporre in calce la Sua firma. In caso contrario, Le garantiamo un sicuro riserbo.

Il questionario può essere consegnato in Segreteria, spedito per posta o depositato nell'apposita cassetta situata all'entrata della nostra Casa.

**D) HA COMPILATO IL QUESTIONARIO:**

- Da sola/o
- Con l'aiuto di un familiare

**NOTE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma \_\_\_\_\_  
( se lo desidera)

*Grazie della sua collaborazione!*

**Allegato 1**

**Retta posti letto accreditati**

La retta vigente è:

- ° **76,00 Euro** al giorno per camera singola con servizio privato (accreditati a contratto)
- ° **71,00 Euro** al giorno per camera doppia con servizio privato (accreditati a contratto)
- ° **80,00 Euro** al giorno per camera doppia con servizio privati (accreditati senza contratto)

*La retta comprende tutti i servizi elencati a pagina 8 compresi farmaci ed eventuali ausili per i posti accreditati con contratto, per i posti accreditati senza contratto rimangono a carico delle famiglie sia i farmaci e gli ausili.*

Non comprende:

- ° visite specialistiche private richieste dall'ospite e/o familiari;
- ° trasporti e ambulanza;
- ° pratiche burocratiche relative a spese funebri;
- ° prestazioni aggiuntive oltre a quelle a carico dell'ospite indicate nella retta

Il pagamento della retta deve essere effettuato entro il giorno 3 di ogni mese tramite bonifico bancario o assegno da versare direttamente presso l'amministrazione.

È prevista una variazione della quota, in relazione ad eventuali aumenti del costo della vita.

Non sono richiesti depositi cauzionali.

Nel caso di decesso, trasferimento o dimissione non è previsto rimborso per giornate non godute nel mese.

Inoltre in caso di definitivo trasferimento (ingresso in altra RSA o ritorno in famiglia), l'ospite/famigliare dovrà fornire preavviso alla Direzione Sanitaria di almeno 15 giorni.

Ogni anno la RSA si impegna al rilascio delle certificazioni delle rette ai fini fiscali.

## **Allegato 2/A**

*Istituto delle Figlie di S. Maria della Provvidenza*

### **Questionario per gli operatori**

Ringraziando per la sua collaborazione, le chiediamo di compilare questo questionario al fine di valutare e migliorare il servizio che la nostra Casa offre.

Il suo parere, in qualità di operatore che ben conosce i vari aspetti dell'organizzazione e del lavoro che quotidianamente si svolge in questa Casa, sarà sicuramente utile per trovare soluzioni ad eventuali carenze e disservizi .

Per garantirle la massima riservatezza, può non apporre in calce la sua firma; in caso contrario, le garantiamo un sicuro riserbo.

Data \_\_\_\_\_

### ***28.L'attenzione alle sue esigenze personali.***

- Molto soddisfatta                       Soddisfatta  
 Un po' insoddisfatta                       Molto insoddisfatta

**C) CONCLUDENDO, La preghiamo di classificare secondo il grado di importanza da Lei attribuito, i sottoelencati aspetti relativi all'assistenza nella nostra Casa (per facilità si può indicare la lettera corrispondente):**

I posto \_\_\_\_\_

II posto \_\_\_\_\_

III posto \_\_\_\_\_

<u>A</u> ttenzione al paziente (Disponibilità, Cortesia)	<b>A</b>
<u>I</u> nformazione e comunicazione	<b>I</b>
<u>O</u> rganizzazione ed efficienza	<b>O</b>
<u>P</u> rofessionalità adeguata	<b>P</b>
<u>Q</u> ualità delle cure ricevute	<b>Q</b>
<u>R</u> iservatezza – rispetto della privacy	<b>R</b>
<u>S</u> ervizi alberghieri (Stanza, igiene e pasti)	<b>S</b>

**24. La competenza professionale dell' animatrice.**

- Molto soddisfatta                       Soddisfatta  
 Un po' insoddisfatta                       Molto insoddisfatta

**25. La disponibilità, l'ascolto e la comprensione dei medici.**

- Molto soddisfatta                       Soddisfatta  
 Un po' insoddisfatta                       Molto insoddisfatta

**26. L'attenzione, le cure e il rispetto per gli aspetti personali e religiosi della vita.**

- Molto soddisfatta                       Soddisfatta  
 Un po' insoddisfatta                       Molto insoddisfatta

**27. La disponibilità e il rispetto dei volontari.**

- Molto soddisfatta                       Soddisfatta  
 Un po' insoddisfatta                       Molto insoddisfatta

A) Da quanto tempo lavora in RSA?

- Da meno di un anno  
 Da uno a quattro anni  
 Da più di quattro anni

B) La sua qualifica professionale

---

C) Le piace il lavoro che svolge?

- SI     NO     IN PARTE

D) Ritieni che i livelli di autonomia lavorativa siano adeguati alla sua professionalità?

- SI'     NO     IN PARTE

E) Come giudica l'organizzazione del lavoro in questa Casa?

- OTTIMA                                       BUONA                                       DISCRETA  
 SUFFICIENTE                               INSUFFICIENTE                               SCADENTE

F) Quali aspetti le creano più difficoltà ?

- Orari dei turni  
 Organizzazione del lavoro quotidiano  
 Rapporti con gli altri operatori  
 Rapporti con la responsabile del suo reparto o servizio  
 Rapporti con la Direzione  
 Altro
- 

G) Le pare che vi sia una buona collaborazione nel lavoro?

- SI'     NO     IN PARTE

H) Secondo lei il rapporto tra numero di ospiti e numero di operatori nel suo reparto o servizio è adeguato?

- SI'     NO     IN PARTE

I) Quali aspetti apprezza maggiormente del lavoro in questa Casa?

---

---

---

---

---

---

L) Quali aspetti le sembrano più carenti?

---

---

---

---

M) Ritiene utile l'organizzazione di corsi di aggiornamento?

SI	NO	IN PARTE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N) Se sì, su quali argomenti:

---

---

---

---

---

Firma \_\_\_\_\_

**19. Il rapporto con le Suore.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**20. L'attenzione delle ausiliarie socio-assistenziali.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**21. L'attenzione e la competenza delle infermiere.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**22. La capacità e l'aiuto che le offre il terapeuta della riabilitazione.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**23. La capacità e l'aiuto che le offre la terapeuta occupazionale.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |



### ***15. Gli spazi esterni.***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

### ***16. Gli orari della giornata.***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

### ***17. Gli orari delle visite dei parenti.***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

### ***18. La disponibilità del personale verso i parenti.***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

## **Allegato 2/B**

*Istituto delle Figlie S. Maria della Provvidenza*

### **Questionario di valutazione della soddisfazione degli ospiti**

Questo questionario è rivolto agli ospiti, i quali possono farsi aiutare nella compilazione dai propri familiari.

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare i servizi offerti dalla nostra Casa.

Il questionario può essere consegnato in forma anonima o firmato, se lo desidera.

Se desidera fornire ulteriori informazioni su aspetti particolarmente positivi o negativi del servizio o della struttura può utilizzare le note.

Segni con una "X" il quadratino corrispondente alla risposta prescelta.

Data \_\_\_\_\_

**A) LEI È OSPITE DI QUESTA CASA DA:**

- Meno di sei mesi
- Da sei mesi a due anni
- Da due a cinque anni
- Da più di cinque anni

**B) RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA CHE COSA PENSA RIGUARDO A:**

**1. Il modo in cui è stata accolta all'arrivo.**

- Molto soddisfatta
- Soddisfatta
- Un po' insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

**2. Le informazioni ricevute all'arrivo.**

- Molto soddisfatta
- Soddisfatta
- Un po' insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

**11. La quantità di spazio personale disponibile (armadio, comodino).**

- Molto soddisfatta
- Soddisfatta
- Un po' insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

**12. L'aspetto e l'arredamento della camera da letto.**

- Molto soddisfatta
- Soddisfatta
- Un po' insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

**13. L'aspetto e l'arredamento degli ambienti comuni.**

- Molto soddisfatta
- Soddisfatta
- Un po' insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

**14. La temperatura e la ventilazione degli ambienti.**

- Molto soddisfatta
- Soddisfatta
- Un po' insoddisfatta
- Molto insoddisfatta

**7. Il rapporto con gli altri ospiti della Casa.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**8. Il rispetto della riservatezza e del pudore.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**9. La pulizia e l'igiene.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**10. La qualità e la varietà dei pasti.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**3. Il servizio di assistenza che riceve.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**4. Le cure sanitarie che riceve.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**5. Il rapporto umano con il personale.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |

**6. Il rapporto con gli ospiti di camera.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatta    | <input type="checkbox"/> Soddisfatta         |
| <input type="checkbox"/> Un po' insoddisfatta | <input type="checkbox"/> Molto insoddisfatta |