

**4.1 Programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività/Struttura o responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità;**

**4.1.1 Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza - Paziente**

<p><b>REDAZIONE</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario</b></p> <p></p> <p><b>Direttore RFL Academy</b></p> <p></p>
<p><b>VERIFICA</b></p>	<p><b>Referente Qualità Accredimento</b></p> <p></p>
<p><b>APPROVAZIONE</b></p>	<p><b>Amministratore Delegato</b></p> <p></p>
<p><b>MOD.4.1.1 REV.0</b></p>	<p><b>Data 18 febbraio 2022</b></p>

## Questionario di gradimento rispetto all'attività assistenziale e sanitaria del paziente

STRUTTURA OSPITANTE \_\_\_\_\_

RFL, vuole utilizzare il presente questionario per raccogliere informazioni utili a migliorare la qualità dei suoi servizi. Si prega di rispondere alle domande pertinenti alla struttura (residenza o semi-residenza) in cui si è stati accolti

Il questionario è anonimo e si articola in più sezioni riguardanti:

- A – quantità e qualità delle informazioni ricevute e grado di coinvolgimento nella scelta dei percorsi di cura e sostegno;
- B – qualità del clima relazionale;
- C – efficacia dell'intervento;
- D – livello di soddisfazione relativo a specifici aspetti del servizio erogato;
- E – indicazioni libere.

Ti ringraziamo fin d'ora per l'attenzione con cui compilerai il questionario.

Basterà mettere una crocetta sugli spazi appositi e riportare per esteso le considerazioni che riterrai utili.

Recovery for Life S.p.A  
Via Santa Tecla, 5  
20122 Milano  
T. +39 02 84075171  
milano@recoveryforlife.it  
P. IVA e CF: 11129860968  
PEC: recoveryforlife@pec.it

### A. QUANTITÀ E QUALITÀ DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE E GRADO DI COINVOLGIMENTO NELLA SCELTA DEI PERCORSI DI CURA

**A1 - INFORMAZIONI RELATIVE AI MOTIVI DELL'INSERIMENTO NELLA STRUTTURA TERAPEUTICA**

1. Sei stato informato sui motivi per i quali ti è stato proposto l'invio in struttura  
 - Sì, da chi?  NPI (UONPIA)  Psichiatra (CPS)  Altro \_\_\_\_\_  
 - No

2. Hai ricevuto sufficienti informazioni relative al funzionamento della struttura e del programma riabilitativo prima del tuo inserimento? (5 moltissime e 1 nessuna)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Sei stato informato sulle possibili alternative alla struttura in cui si è stati ospitati (ad esempio percorso ambulatoriale, Centro Diurno, Residenza, altre strutture)?

Sì  No

**A2 - DISPONIBILITÀ DELLE INFORMAZIONI E COINVOLGIMENTO**

4. Sei stato informato in maniera tempestiva e soddisfacente sul tuo stato di salute, sulle cure e sull'attività riabilitativa durante il tuo percorso di vita in struttura? (5 sempre e 1 mai)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Al momento dell'ingresso nella struttura ti sei sentito accolto dal personale deputato all'accoglienza? (5 moltissimo e 1 per niente)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Ti sei sentito sufficientemente coinvolto, partecipe nella scelta del tuo percorso di cura, aiuto e sostegno? (5 moltissimo e 1 per niente)







D3- VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ASSISTENZA RICEVUTA (5 moltissimo e 1 per niente)

22. In linea di massima ti ritieni soddisfatto della qualità dell'assistenza ricevuta?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

E. INDICAZIONI LIBERE

Indica gli aspetti che hai apprezzato maggiormente:

---



---



---

Indica gli aspetti che miglioreresti:

---



---



---

Grazie per la collaborazione

**Privacy**

*RFL, il suo personale e i suoi collaboratori sono tenuti, nell'attuazione della presente procedura al rispetto della vigente normativa in materia di privacy come da istruzioni ricevute, nomine e ogni altra misura tecnico organizzativa predisposta dal Titolare del Trattamento.*