

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

**4.1.2 Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza - famiglia**

<b>REDAZIONE</b>	<p><b>Direttore Sanitario</b></p>  <p><b>Direttore RFL Academy</b></p> 
<b>VERIFICA</b>	<p><b>Referente Qualità Accreditamento</b></p> 
<b>APPROVAZIONE</b>	<p><b>Amministratore Delegato</b></p> 
<b>MOD.4.1.2 REV.0</b>	<b>Data 18 febbraio 2022</b>

## 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.

La ringraziamo fin d'ora per l'attenzione con cui compilerà il questionario. Basterà mettere una crocetta sugli spazi appositi e riportare per esteso le considerazioni che riterrà 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**

1. E' stato informato sui motivi per i quali è stato proposto l'invio in struttura?

- Sì, da chi?  Neuropsichiatra Infantile (UONPIA)  Altro \_\_\_\_\_

- No

2. Ha ricevuto sufficienti informazioni relative al funzionamento della struttura e del programma riabilitativo prima dell'inserimento di suo figlio/a? (5 moltissime e 1 nessuna)

--	--	--	--	--

3. E' stato informato sulle possibili alternative alla struttura (ad esempio percorso ambulatoriale, Centro Diurno, Residenza, altre strutture)?

Sì  No

**A2 - DISPONIBILITÀ DELLE INFORMAZIONI E COINVOLGIMENTO**

4. E' stato informato in maniera tempestiva e soddisfacente sullo stato di salute, sulle cure e sull'attività riabilitativa di suo figlio/a durante il percorso di vita in struttura? (5 sempre e 1 mai)

--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--

6. Si è sentito sufficientemente coinvolto e partecipe nel percorso di cura di suo figlio/a? (5 moltissimo e 1 per niente)

--	--	--	--	--

**A3 – ASSISTENZA MEDICA, PSICOLOGICA ED EDUCATIVA**

7. I trattamenti in programma e gli eventuali esami proposti a suo figlio/a, le sono stati spiegati in modo chiaro? (5 moltissimo e 1 per niente)

--	--	--	--	--

8. I test di valutazione psicologica somministrati a suo figlio/a, le sono stati spiegati in modo chiaro? (5 moltissimo e 1 per niente)

--	--	--	--	--

9. Ha ricevuto informazioni sufficienti sulla terapia farmacologica proposta a suo figlio/a? (5 moltissime e 1 nessuna)

--	--	--	--	--

10. In prossimità della dimissione ha ricevuto suggerimenti e aiuto riguardanti tempi e modalità di prosecuzione del percorso? (5 moltissimo e 1 nessuno)

--	--	--	--	--

## B. QUALITÀ DEL CLIMA RELAZIONALE

B1 – ACCOGLIENZA (5 moltissimo e 1 per niente)

11. All'interno dei gruppi si è sentito accolto?

--	--	--	--	--

12. All'interno dei gruppi si è sentito ascoltato?

--	--	--	--	--

13. All'interno dei gruppi si è sentito rispettato?

--	--	--	--	--

14. All'interno dei gruppi si è sentito sostenuto?

--	--	--	--	--

15. Giudica il clima relazionale presente in Residenza adeguato alle sue aspettative?

--	--	--	--	--

16. Perché?

---



---



---

**C. EFFICACIA DELL'INTERVENTO**

**C1 - CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI (5 moltissimo e 1 per niente)**

17. Gli obiettivi del percorso terapeutico e riabilitativo sono stati periodicamente concordati, condivisi e verificati con gli operatori durante il percorso di cura?

--	--	--	--	--

**C2 - BENESSERE**

18. Come è cambiato il benessere generale di suo figlio/a con la permanenza in Residenza? (5 migliorato molto, 4 un po' migliorato, 3 rimasto lo stesso, 2 un po' peggiorato, 1 peggiorato molto)

--	--	--	--	--

19. Come sono migliorate le relazioni familiari con il percorso in Residenza? (5 migliorato molto, 4 un po' migliorato, 3 rimasto lo stesso, 2 un po' peggiorato, 1 peggiorato molto)

--	--	--	--	--

D. LIVELLO DI SODDISFAZIONE RELATIVO A SPECIFICI ASPETTI DEL SERVIZIO EROGATO (5 moltissimo e 1 per niente)

D1- PERSONALE OPERANTE IN STRUTTURA

20. In linea di massima si ritiene soddisfatto rispetto alla professionalità e disponibilità degli operatori?

--	--	--	--	--

D2- ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

21. Orari stabiliti per le diverse attività

--	--	--	--	--

22. Pulizia e igiene degli ambienti

--	--	--	--	--

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

23. In linea di massima si ritiene soddisfatto della qualità dell'assistenza ricevuta?

--	--	--	--	--

#### E. INDICAZIONI LIBERE

Indichi gli aspetti che ha apprezzato maggiormente:

---

---

---

Indichi gli aspetti che migliorerebbe:

---

---

---

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.*