FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA

ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO

ONLUS

Allegato 5

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**MODULO RECLAMI - ENCOMI**	Mod. 17.11 Rev. 0

☐ Disfunzione ☐ Suggerimento ☐ Reclamo ☐ Encomio

☐ scritto
☐ verbale

☐ posta/email
☐ di persona
☐ telefono

Del
Sig./Sig.ra .....

abitante a ..... Telefono .....

☐ ospite ☐ Famigliare ☐ Associazione ☐ Anomimo

☐ RSA ☐ Cure Intermedie ☐ CDI
☐ Servizio di Fisioterapia ☐ Laboratorio analisi ☐ Poliambulatori

Oggetto della
segnalazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma

Data ....

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n. 196 così come modificato dal D.Lgs. 101/18 e, in particolare, del nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016, si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo

(compilazione a cura dell'URP)

N. progressivo …….. Codice……..

Ricevuto il …… ☐ direttamente ☐ tramite urna ☐ telefonicamente ☐ email

da .....

Trasmesso a: ☐ Direzione Sanitaria ☐ Direzione Amministrativa ☐ Altro

Data …….. ……

Azioni intraprese .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma

Data ....

Chiusura reclamo

Tipo di risposta: .....

.....

.....

Motivi mancata risoluzione: .....

.....

.....

.....

Firma

Data ....

Allegato 6

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE DEI SERVIZI SANITARI E POLIAMBULATORIALI**	Mod. 17.04 Rev. 1

Ambulatoriale

Data compilazione (gg/mm/aa) _____

Reparto _____

DD01 Come ha prenotato? Telefonicamente ☐ Allo sportello ☐ Internet ☐ Altro ☐ Non so ☐ Nessuna prenotazione ☐

Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti? (indicare da 1 a 7)

D02 Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D03 Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D04 Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D05 Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D06 Rispetto degli orari previsti

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D07 Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia)

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D08 Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D09 Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazioni)

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D10 Rispetto della riservatezza personale

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D11 Complessivamente quanto e' soddisfatto del nostro servizio?

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

D12 Consiglierebbe ad altri questa struttura?

1	2	3	4	5	6	7

Per niente soddisfatto Molto soddisfatto

A13 Sesso F ☐ M ☐

A14 Età ☐☐☐

A15 Scolarità: nessuna ☐ Scuola dell'obbligo ☐ Scuola Superiore ☐ Laurea ☐

A16 Nazionalità Italiana ☐ Europea ☐ Expraeuropea ☐

Allegato 7

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE RICOVERATO**	Mod. 17.03 Rev.1

Gentile Signora, Egregio Signore,

contiamo sulla sua collaborazione chiedendoLe di compilare questo questionario e di riporlo, quando lascerà l'Ospedale, nella apposita cassetta situata nell'atrio della portineria.

Riteniamo molto importanti le sue opinioni sugli argomenti toccati dal questionario che diverranno motivo e stimolo per eventuali cambiamenti nella nostra organizzazione.

Per rispetto della riservatezza di ciascuno il questionario potrà essere redatto in forma anonima; chi volesse, naturalmente, potrà in ogni caso compilare i dati anagrafici.

Il questionario non vuole riferirsi all'aspetto tecnico delle cure sanitarie ricevute, bensì alle generali condizioni di degenza.

I problemi sanitari personali debbono quindi essere affrontati e discussi esclusivamente con il personale sanitario dei reparti e dei servizi (Medici, Caposala, Infermieri, Fisioterapisti).

Le segnaliamo che disfunzioni, suggerimenti e reclami possono essere segnalati in forma scritta su un apposito modulo che, se vorrà, potrà ritirare presso l'Ufficio Accettazione dell'Ente.

La ringraziamo per la collaborazione e Le rivolgiamo un cordiale saluto.

Segnare con una "X" lo spazio corrispondente alla risposta prescelta.

Il questionario è compilato da: ☐ Ospite
☐ Familiare

DATI DELL'OSPITE (*facoltativi*)

Cognome e nome: _____

Sesso: ☐ maschio ☐ femmina

Luogo di residenza _____

Età _____

Reparto in cui è ricoverato _____ piano _____

È ricoverato da: ☐ meno di 6 mesi ☐ da 6 mesi a 2 anni ☐ più di 2 anni

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Un po' insoddisfatto	Molto insoddisfatto
Accoglienza in Ospedale				
Disponibilità del personale:				
Medico				
Infermieristico				
Assistenziale				
Riabilitativo				
Socializzazione col personale (rapporto umano)				
Cure sanitarie				
Assistenza				
Trattamento riabilitativo				
Riservatezza – rispetto della privacy				
Pulizia ed igiene				
Qualità del vitto				
Quantità del vitto				
Orario di distribuzione del vitto				
Quantità di spazi comuni a disposizione				
Quantità di spazio personale a disposizione (letto – armadio – comodino)				
Aspetto e arredamento degli altri ambienti (sala da pranzo – spazi comuni)				
Aspetto e arredamento della camera di degenza				
Temperatura e ventilazione degli ambienti				
Silenziosità ambienti				
Orari di visita dei parenti				
Disponibilità del personale medico/ infermieristico a fornire informazioni ai parenti				
Come valuta la possibilità per i famigliari di ottenere informazioni sanitarie relative al loro congiunto				
Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con gli ospiti?				
Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con gli ospiti				
Assistenza spirituale				
Spazi esterni (giardino, …)				
Segnaletica				
Assistenza religiosa				

Giudica il ricovero complessivamente:

☐ Positivo ☐ Negativo

In caso di eventuale prossimo ricovero sceglierà ancora questo Ospedale?

☐ Sì ☐ No

Se No: ☐ per insufficiente Assistenza Sanitaria

☐ per insufficiente Trattamento Alberghiero

Se desidera fornire ulteriori informazioni su aspetti particolarmente positivi o negativi del servizio o della struttura, o indicazioni di carattere generale, può utilizzare lo spazio sottostante.

GRAZIE PER LA SUA CORTESE COLLABORAZIONE

La Direzione

Allegato 8

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE dell'Ospite in RSA**	Mod. 17.02 Rev.6

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni degli Ospiti e delle loro famiglie, per raccogliere suggerimenti ed eventuali stimoli al miglioramento rispetto alla presenza o partecipazione in Casa di Riposo. L'obiettivo di questo lavoro è finalizzato al miglioramento della qualità della permanenza dell'ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Il questionario può essere firmato o tenuto anonimo.
Grazie per la collaborazione.

IL DIRETTORE SANITARIO

PARTE PRIMA

1. Lei è ospite della Fondazione da:

☐ mesi, ☐ anni, ☐ non risposto

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
PARTE SECONDA						
2. Ritiene che le informazioni ricevute al momento dell'ingresso circa l'organizzazione del Servizio siano…						
3. Come considera la disponibilità all'ascolto del personale (medici, infermieri, ausiliari)?						
4. Come considera il rapporto umano tra il personale e gli ospiti:						
5. Come valuta il grado di riservatezza mantenuto dal personale sanitario nei sui confronti						
6. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con i famigliari						
PARTE TERZA						
7. Come valuta la qualità dell'igieniche e della cura della persona ricevute						
8. Come valuta il servizio offerto dalla parrucchiera:						
9. Ritiene che l'abbigliamento dell'ospite venga sufficientemente curato:						
109. Come giudica il livello di pulizia della biancheria piana (lenzuola, asciugamani, ecc.....):						
11. Come valuta il livello del servizio interno di lavanderia (per i capi personali):						
12. Come valuta gli orari di vita dei reparti (sveglia, alzata e messa a letto):						
13. Come valuta la qualità e varietà del cibo:						
14. Come valuta la quantità dei pasti:						
15. Come valuta gli orari dei pasti						
16. Come valuta il servizio di distribuzione dei pasti e l'aiuto all'alimentazione						
17. Ritiene che la sorveglianza garantita sia adeguata:						
18. Come considera la sollecitudine del personale nei confronti degli ospiti:						
19. Come giudica l'assistenza medica fornita:						

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
20. Come giudica l'assistenza infermieristica fornita:						
21. Come giudica modalità e tempi di mobilizzazione:						
22. Come valuta gli interventi di riabilitazione:						
23. Come valuta le attività di animazione						
24. Come valuta l'assistenza religiosa:						
25. Come giudica globalmente la professionalità del personale:						
PARTE QUARTA						
26. Come giudica il comfort della camera da letto e del bagno (accessibilità, comodità d'uso):						
27. Come giudica il comfort degli spazi comuni:						
28. Come valuta il "microclima" (temperatura, umidità, aerazione, ecc.....):						
29. Come valuta la qualità dell'ambiente nel suo complesso:						
30. Come giudica il livello di pulizia della camera e dei servizi igienici:						
31. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale...):						

Proposte positive per mantenere la Sua soddisfazione:

Elementi negativi o difficoltà da segnalare per migliorare il ns. servizio:

Eventuali proposte da realizzare per la Sua soddisfazione:

Data di compilazione .....

Allegato 9

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE del famigliare/caregiver dell'ospite RSA**	Mod. 17.10 Rev.1

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni degli Ospiti e delle loro famiglie, per raccogliere suggerimenti ed eventuali stimoli al miglioramento rispetto alla presenza o partecipazione in Casa di Riposo. L'obiettivo di questo lavoro è finalizzato al miglioramento della qualità della permanenza dell'ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Il questionario può essere firmato o tenuto anonimo.
Grazie per la collaborazione.

IL DIRETTORE SANITARIO

PARTE PRIMA

1. Lei è:

☐ parente. Grado di parentela ……., ☐ caregiver ☐ non risposto

2. La persona che Lei viene a trovare, è ospite della Fondazione da:

☐ mesi, ☐ anni, ☐ non risposto

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
PARTE SECONDA						
3. Ritiene che le informazioni che vengono fornite dall'Ufficio Accettazione al momento dell'accoglienza siano						
4. Ritiene che le informazioni ricevute al momento dell'ingresso circa l'organizzazione del Servizio siano…						
5. Come valuta la possibilità per i famigliari di ottenere informazioni sanitarie relative al loro congiunto						
6. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporto con gli ospiti						
7. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con i famigliari						
PARTE TERZA Che percezione ha, per quanto riferito dal proprio familiare rispetto ai seguenti aspetti:						
8. Qualità delle cure igieniche garantite agli ospiti:						
9. livello di pulizia della biancheria piana (lenzuola, asciugamani, ecc.....):						
10. Livello del servizio interno di lavanderia (per capi personali)						
11. Come valuta gli orari di vita dei reparti (sveglia, alzata e messa a letto):						
12. Qualità e varietà del cibo:						
13. Sorveglianza garantita agli ospiti sia adeguata?						
14. Assistenza medica fornita agli ospiti						
15. Come giudica l'assistenza infermieristica fornita agli ospiti:						
16. Come valuta gli interventi di riabilitazione:						
17. Come valuta le attività di animazione						
PARTE QUARTA						
18. Come giudica il comfort della camera da letto e del bagno (accessibilità, comodità d'uso):						
19. Come giudica il comfort degli spazi comuni:						

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
20. Come valuta il "microclima" (temperatura, umidità, aerazione, ecc.....):						

Proposte positive per mantenere la Sua soddisfazione:

Elementi negativi o difficoltà da segnalare per migliorare il ns. servizio:

Eventuali proposte da realizzare per la Sua soddisfazione:

Data di compilazione .....

Allegato 9

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE DEL C.D.I.**	Mod. 17.05 **Rev.3**

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni degli Ospiti e delle loro famiglie, per raccogliere suggerimenti ed eventuali stimoli al miglioramento rispetto alla presenza o partecipazione nel Centro Diurno Integrato. L'obiettivo di questo lavoro è finalizzato al miglioramento della qualità della permanenza dell'ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Il questionario può essere firmato o tenuto anonimo.
Grazie per la collaborazione.

IL DIRETTORE SANITARIO

1. Da quanto tempo frequenta il CDI.:
☐ mesi, ☐ anni, ☐ non risposto

2. Ritiene che le informazioni circa l'organizzazione del Centro al momento dell'accoglienza siano:
☐ molto buone, ☐ buone, ☐ sufficienti, ☐ scarse, ☐ molto scarse, ☐ non risposto

3. Come giudica gli orari di apertura e chiusura del C.D.I.:
☐ adeguati, ☐ non adeguati

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
L'ACCOGLIENZA						
4. Come considera il rapporto umano tra il personale e gli ospiti:						
5. Come considera i suoi rapporti con gli altri ospiti:						
IL TRASPORTO (*da compilarsi se si fruisce del servizio*)						
6. Come valuta il sistema di trasporto del C.D.I.;						
7. Come valuta il tempo che trascorre sul pulmino?						
8. Come valuta la professionalità del personale che provvede al trasporto:						
LA CURA DELLA PERSONA						
9. Come valuta la qualità delle cure igieniche garantite						
10. Come giudica il servizio offerto dalla parrucchiera:						
11. Come giudica la qualità del cibo?						
12. Come giudica il servizio di preparazione della tavola, presentazione e distribuzione dei pasti:						
13. Come valuta la sorveglianza garantita						
14. Come considera la sollecitudine del personale nei confronti degli ospiti:						
15. Come giudica l'assistenza infermieristica						
L'ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE						
16. Come valuta gli interventi di riabilitazione						
L'ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE						
17. L'attività di animazione Le sembra:						
IL CONTESTO:						

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
18. Come giudica il comfort degli spazi comuni:						
19. Come valuta il "microclima" (temperatura, umidità, aerazione, ecc…..):						
20. Come valuta la qualità dell'ambiente nel suo complesso?						
21. Come giudica il livello di pulizia dei locali e dei servizi igienici del C.D.I.:						
22. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale):						
GLI "EFFETTI" DEL C.D.I.						
23. Da quando frequenta il C.D.I. il suo livello di autonomia è: ☐ migliorato, ☐ peggiorato, ☐ invariato						
24. Da quando frequenta il C.D.I. la sua capacità di instaurare relazioni interpersonali è: ☐ migliorato, ☐ peggiorato, ☐ invariato						
25. Da quando frequenta il C.D.I. il suo umore è: ☐ migliorato, ☐ peggiorato, ☐ invariato						
26. Da quando frequenta il C.D.I. ritiene, nel suo complesso, di essere migliorato? ☐ si, ☐ no, ☐ in parte						
NEL COMPLESSO…..						
27. Come giudica globalmente la professionalità del personale:						
28. Se dovesse fornire un giudizio complessivo, è soddisfatto dell'esperienza in atto:						

Proposte positive per mantenere la Sua soddisfazione:

_____

_____

Elementi negativi o difficoltà da segnalare per migliorare il ns. servizio:

_____

_____

Eventuali proposte da realizzare per la Sua soddisfazione:

_____

_____

Data di compilazione ....

Allegato 10

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL FAMIGLIARE/CAREGIVER degli utenti C.D.I.**	Mod. 17.06 Rev.0

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni degli Ospiti e delle loro famiglie, per raccogliere suggerimenti ed eventuali stimoli al miglioramento rispetto alla presenza o partecipazione nel Centro Diurno Integrato. L'obiettivo di questo lavoro è finalizzato al miglioramento della qualità della permanenza dell'ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Il questionario può essere firmato o tenuto anonimo.
Grazie per la collaborazione.

IL DIRETTORE SANITARIO

Il compilatore è : ☐ Familiare. Grado di parentela..... ☐ Caregiver

4. Da quanto tempo l'ospite frequenta il c.d.i.:
☐ mesi, ☐ anni, ☐ non risposto

LA PRE-ACCOGLIENZA

5. Come giudica la documentazione necessaria per l'ammissione al C.DI.:
☐ semplice, ☐ complessa, ☐ non risposto

6. Come giudica il tempo di attesa dell'ammissione:
☐ accettabile, ☐ eccessivamente lungo, ☐ non risposto

7. Ritiene che le informazioni circa l'organizzazione del Centro al momento dell'accoglienza siano:
☐ molto buone, ☐ buone, ☐ sufficienti, ☐ scarse, ☐ molto scarse, ☐ non risposto

8. Come giudica gli orari di apertura e chiusura del C.D.I.:
☐ adeguati, ☐ non adeguati

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
L'ACCOGLIENZA						
6. Come considera il rapporto umano tra il personale e gli ospiti:						
7. Come considera il rapporto umano tra il personale ed i parenti/caregiver:						
8. Come considera i rapporti degli ospiti tra di loro						
IL TRASPORTO (*da compilarsi se si fruisce del servizio*)						
9. Come valuta il sistema di trasporto del C.D.I.;						
10. Come valuta il tempo che trascorre sul pulmino?						
11. Come valuta la professionalità del personale che provvede al trasporto:						
LA CURA DELLA PERSONA						
12. Come valuta la qualità delle cure igieniche garantite agli ospiti						
13. Come giudica il servizio offerto dalla parrucchiera						
14. Come giudica la qualità del cibo?						
15. Come giudica il servizio di preparazione della tavola, presentazione e distribuzione dei pasti						
16. Come valuta la sorveglianza garantita agli ospiti						
17. Come considera la sollecitudine del personale nei confronti degli ospiti						
18. Come giudica l'assistenza infermieristica fornita agli ospiti						
L'ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE						

	Molto Buono	Buono	Sufficiente	Scarso	Molto scarso	non risposto
19. Come valuta gli interventi di riabilitazione						
L'ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE						
20. L'attività di animazione Le sembra…						
IL CONTESTO:						
21. Come giudica il comfort degli spazi comuni						
22. Come valuta il "microclima" (temperatura, umidità, aerazione, ecc…..):						
23. Come valuta la qualità dell'ambiente nel suo complesso						
24. Come giudica il livello di pulizia dei locali e dei servizi igienici del C.D.I.						
25. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale):						
GLI "EFFETTI" DEL C.D.I.						
26. Da quando frequenta il C.D.I. il livello di autonomia dell'ospite è: ☐ migliorato, ☐ peggiorato, ☐ invariato						
27. Da quando frequenta il C.D.I. la sua capacità di instaurare relazioni interpersonali è: ☐ migliorato, ☐ peggiorato, ☐ invariato						
28. Da quando l'ospite frequenta il C.D.I. il suo umore è: ☐ migliorato, ☐ peggiorato, ☐ invariato						
29. Da quando frequenta il C.D.I. ritiene che l'ospite sia migliorato nel suo complesso? ☐ si, ☐ no, ☐ in parte						
30. In che misura l'ammissione dell'ospite al Centro ha contribuito a migliorare la qualità di vita Sua e della sua famiglia ☐ molto ☐ Abbastanza ☐ poco ☐ per nulla ☐ non so						
NEL COMPLESSO…..						
31. Come giudica globalmente la professionalità del personale						
32. Se dovesse fornire un giudizio complessivo, è soddisfatto dell'esperienza in atto:						

Proposte positive per mantenere la Sua soddisfazione:

_____

_____

Elementi negativi o difficoltà da segnalare per migliorare il ns. servizio:

_____

_____

Eventuali proposte da realizzare per la Sua soddisfazione:

_____

Data di compilazione ....