

Modulo reclami



FONDAZIONE
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS
P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazionesospiro.it - Mail: fondazione@fondazionesospiro.it

(MOD 06 01/4)

MODULO PER SEGNALAZIONE / SUGGERIMENTO O RECLAMO

☐ Segnalazione/Suggerimento

☐ Reclamo

Unità Abitativa/Operativa _____

Ospite/Residente (cognome e nome) _____
Familiare (nome, cognome, grado di parentela) _____
Indirizzo _____ Tel. _____
Mail _____
Nominativo dell'operatore di Fondazione (in caso di reclamo/segnalazione/Suggerimento verbali): _____

Reclamo del dipendente

Nome e cognome _____

Oggetto del reclamo/segnalazione/suggerimento

Data _____ Firma (del reclamante o di chi ha ricevuto il reclamo) _____

Consegna del modulo compilato al Responsabile Unità abitativa/operativa

Data di ricevimento _____ Firma del Responsabile di Funzione che riceve il reclamo _____

Questionario di gradimento - famigliari

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO CDI – (FAMIGLIARI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui il Suo parente è stato accolto presso la struttura?</i>	Moito soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>	Moito soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi esterni (giardino)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corrimani, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>	Moito soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio Parrucchiere	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di trasporto (pulmino attrezzato)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure rivolte al Suo parente?</i>	Moito soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale	☐	☐	☐	☐	☐
Rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia dell'ospite	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>	Moito soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Educatore Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐

Questionario di gradimento - utenti

RELAZIONI CON IL PERSONALE <i>E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐
LA GIORNATA <i>E' soddisfatto dell'organizzazione della giornata?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coinvolgimento nelle attività proposte dal servizio educativo/animativo	☐	☐	☐	☐	☐
Frequenza e varietà delle attività organizzate	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative interne alla struttura (feste, giochi, lettura del giornale ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative esterne alla struttura (gite, uscite, laboratori...)	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso il nostro centro

Grazie per la collaborazione

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO CDI – (UTENTI)

La Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus sta conducendo l'indagine periodica per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Sua preziosa opinione potrà aiutarci a migliorare il servizio erogato. La preghiamo, pertanto, di esprimere il Suo parere segnando con una "X" la risposta che ritiene più opportuna.

Le ricordiamo che il questionario è in forma anonima (a Sua libera scelta potrà firmarlo) e che le risposte ottenute saranno trattate nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali.

ACCOGLIENZA <i>E' soddisfatto del modo in cui è stato accolto presso la struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cortesia e disponibilità del personale di accoglienza	☐	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni ricevute e gestione pratiche amministrative	☐	☐	☐	☐	☐
LA STRUTTURA <i>E' soddisfatto degli ambienti della struttura?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Gradevolezza degli spazi interni (comodità, temperatura, ventilazione, luminosità, arredi ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza degli spazi esterni (giardino)	☐	☐	☐	☐	☐
Facilità di accesso agli ambienti (ascensori, corridoi, illuminazione, segnaletica...)	☐	☐	☐	☐	☐
SERVIZI OFFERTI <i>E' soddisfatto dell'ospitalità e del comfort?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Pulizia e igiene degli ambienti	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio ristorazione (qualità, quantità, varietà, orari dei pasti, possibilità di variazioni in caso di problemi di masticazione, deglutizione e aiuto all'assunzione...)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio Parrucchiere	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di assistenza spirituale	☐	☐	☐	☐	☐
Servizi amministrativi (orari di apertura al pubblico ed accessibilità alle informazioni)	☐	☐	☐	☐	☐
Servizio di trasporto (pulmino attrezzato)	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto delle cure a Lei rivolte?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Cura dedicata all'igiene personale	☐	☐	☐	☐	☐
Rispetto dell'intimità e della privacy	☐	☐	☐	☐	☐
Attenzione al controllo ed alla custodia dell'ospite	☐	☐	☐	☐	☐
L'ASSISTENZA <i>E' soddisfatto della qualità delle prestazioni da parte dei seguenti operatori?</i>					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Educatore Coordinatore	☐	☐	☐	☐	☐
OTA/OSS	☐	☐	☐	☐	☐
Infermieri	☐	☐	☐	☐	☐
Medici	☐	☐	☐	☐	☐
Fisioterapisti	☐	☐	☐	☐	☐

RELAZIONI CON IL PERSONALE E' soddisfatto del rapporto instaurato con il personale?					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Disponibilità, cortesia, umanità	☐	☐	☐	☐	☐
Capacità di ascolto e chiarezza nel fornire informazioni	☐	☐	☐	☐	☐
LA GIORNATA E' soddisfatto dell'organizzazione della giornata?					
	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Accettabile	Non soddisfatto	Non so
Coinvolgimento nelle attività proposte dal servizio educativo/animativo	☐	☐	☐	☐	☐
Frequenza e varietà delle attività organizzate	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative interne alla struttura (feste, giochi, lettura del giornale ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Attività ricreative esterne alla struttura (gite, uscite, laboratori...)	☐	☐	☐	☐	☐

Ci indichi, se lo desidera, cosa potremmo fare per migliorare la permanenza presso il nostro centro

Grazie per la collaborazione

Domanda accoglimento



FONDAZIONE
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazioneospiro.it - Mail: fondazione@fondazioneospiro.it

Sportello Unico ☎ 0372.620266

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO ALZHEIMER DELL'ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

tel. _____ in qualità di _____

CHIEDE

per il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

domicilio presso _____ in Via _____

di poter essere accolto/a al Centro Diurno Integrato Alzheimer di Sospiro.

DATA

FIRMA

(DA COMPILARE DA PARTE DEL FAMILIARE)

Rette - anno 2026

RETTA € 33,50

TRASPORTO (per ogni viaggio effettuato)

€ 1,50 oltre IVA per residenti nel Comune di Sospiro

€ 3,00 oltre IVA per residenti in altri Comuni