

Carta dei diritti e doveri della persona

La persona ha il DIRITTO:

- di essere assistita e curata con premura ed attenzione, nel pieno rispetto della dignità umana, dei valori culturali e delle convinzioni etiche e religiose, dell'età, della nazionalità e della condizione di salute;
- di ricevere le migliori cure possibili, con l'utilizzo delle più avanzate tecnologie e conoscenze scientifiche;
- di ricevere informazioni comprensibili e complete riguardo allo stato di salute, alla malattia e alla relativa diagnosi, agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti terapeutici a cui sarà sottoposto, affinché ne sia consapevole e partecipe, nonché sul decorso della malattia e sull'esito delle cure prestate;
- alla massima riservatezza delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute, gli accertamenti e i trattamenti ricevuti;
- di ottenere informazioni chiare e comprensibili circa le prestazioni erogate dal Centro di Riabilitazione e le modalità di accesso;
- di ottenere un'adeguata valutazione e controllo del dolore, al fine di evitare quanto più possibile la sofferenza nel rispetto della dignità umana in ogni fase della malattia;
- di ricevere un comportamento rispettoso, cortese e professionale da parte degli operatori che favorisca un rapporto di fiducia e collaborazione reciproco;
- di inoltrare osservazioni, encomi, reclami presso gli uffici preposti;
- di rifiutare un trattamento diagnostico o terapeutico.

La persona ha il DOVERE:

- di collaborare con il personale medico, infermieristico e tecnico addetto all'assistenza fornendo informazioni chiare e precise sulla sua salute;
- di tenere un comportamento responsabile e civile nel rispetto dei diritti degli altri pazienti;
- di informare tempestivamente i sanitari sulla propria intenzione di rinunciare ai ricoveri, cure e prestazioni sanitarie programmate;
- di dimostrare rispetto e considerazione per il lavoro di tutto il personale usando gentilezza nei rapporti e ragionevolezza nelle richieste;
- di rispettare gli ambienti, le attrezzature e gli arredi che si trovano all'interno delle strutture della Fondazione;
- di rispettare gli orari di accesso e di visita del Centro di Riabilitazione, al fine di permettere lo svolgimento dell'attività assistenziale e terapeutica e favorire la quiete e il riposo degli altri pazienti.

Questionario di soddisfazione

ORBETELLO SATISFACTION SCALE for child and adolescent mental health services (OSS-cam) *Questionario per i genitori*

DATA DELLA RILEVAZIONE

□□/□□/□□□□

1. L'ACCESSO AL SERVIZIO

Ad ogni domanda una sola risposta facendo una croce (X) sul simbolo scelto

*Riferendovi alla Vostra esperienza
nell'ultimo anno, esprimete un giudizio su:*

	Pessimo	Scarso	Mediocre	Sufficiente	Buono	Eccellente	Nessuna opinione
1.0 Il percorso necessario per raggiungere il servizio (distanza da casa, percorribilità delle strade, mezzi pubblici ecc.)							☐
1.1 La semplicità delle procedure amministrative (ad es. pagamento del ticket)							☐
1.2 Le possibilità di parcheggio							☐
1.3 La comodità e la pulizia dei locali di attesa							☐
1.4 La facilità di accesso per i disabili							☐
1.5 Le informazioni sui tempi di attesa per avere un appuntamento							☐

	Pessimo									Eccellente
1.7 Nel complesso, che voto daresti all'accesso al servizio (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Per favore, specificate qui sotto eventuali motivi di insoddisfazione per quanto riguarda
l'accesso al servizio:

.....

.....

.....

.....

.....

2. GLI AMBIENTI DEL SERVIZIO

continua

Ad ogni domanda una sola risposta facendo una croce (X) sul simbolo scelto

<i>Riferendovi alla Vostra esperienza nell'ultimo anno, esprimete un giudizio su:</i>	Pessimo	Scasso	Mediocre	Sufficiente	Buono	Eccellente	Nessuna opinione			
2.0 Gli spazi disponibili e l'arredamento							☐			
2.1 I giochi a disposizione dei bambini							☐			
2.2 La tranquillità e la silenziosità degli ambienti							☐			
2.3 Il materiale e gli strumenti necessari per i trattamenti riabilitativi							☐			
2.4 Il rispetto del divieto di fumare							☐			
2.5 La pulizia e la manutenzione dei locali							☐			
	Pessimo	Eccellente								
2.7 Nel complesso che voto dareste agli ambienti del servizio (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Per favore, specificate qui sotto eventuali motivi di insoddisfazione per quanto riguarda gli ambienti del servizio:

.....

.....

.....

.....

.....

3. LO STILE DI LAVORO DEGLI OPERATORI

continua

Ad ogni domanda una sola risposta facendo una croce (X) sul simbolo scelto

Riferendovi alla Vostra esperienza nell'ultimo anno, esprimete un giudizio su:

	Pessimo	Scarso	Mediocre	Sufficiente	Buono	Eccellente	Nessuna opinione
3.0 La semplicità e la chiarezza di linguaggio degli operatori							☐
3.1 La puntualità degli operatori agli appuntamenti							☐
3.2 Il rispetto dei diritti degli utenti e della riservatezza delle informazioni							☐
3.3 La capacità di ascolto dimostrata con Voi dagli operatori							☐
3.4 La professionalità e la competenza degli operatori							☐
3.5 Il rapporto stabilito da Vostro/a figlio/a con gli operatori con i quali è entrato/a in contatto							☐
3.6 La cortesia degli operatori							☐

	Pessimo	Eccellente
3.7 Nel complesso, che voto dareste allo stile di lavoro (al modo di lavorare) degli operatori del servizio (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Per favore, specificate qui sotto eventuali motivi di insoddisfazione per quanto riguarda il modo di lavorare degli operatori:

.....

.....

.....

.....

.....

4. L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

continua

Ad ogni domanda una sola risposta facendo una croce (X) sul simbolo scelto

Riferendovi alla Vostra esperienza nell'ultimo anno, esprimete un giudizio su:

	Pessimo	Scarso	Mediocre	Sufficiente	Buono	Eccellente	Nessuna opinione
4.0 Gli orari di apertura del servizio							☐
4.1 Le informazioni e le spiegazioni ricevute sui diritti di Vostro/a figlio/a							☐
4.2 La risposta del servizio alle emergenze (se non ne avete avute, fate un segno sull'ultimo cerchio a destra)							☐
4.3 La capacità degli operatori del servizio di collaborare tra loro (se avete avuto rapporti con più di un operatore)							☐
4.4 Il supporto dato dagli operatori del servizio alla scuola							☐
4.5 Lo scambio di informazioni tra il servizio e le altre figure sanitarie che eventualmente seguono (o hanno seguito) Vostro/a figlio/a (ospedale, pediatra/medico di famiglia ecc.)							☐
4.6 La brevità dei tempi di attesa							☐

	Pessimo									Eccellente
4.7 Nel complesso che voto dareste all'organizzazione del servizio (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Per favore, specificate qui sotto eventuali motivi di insoddisfazione per quanto riguarda l'organizzazione del servizio:

.....

.....

.....

.....

5. IL VOSTRO COINVOLGIMENTO

continua

Ad ogni domanda **una sola risposta** facendo una croce (X) sul simbolo scelto

Riferendovi alla Vostra esperienza nell'ultimo anno, esprimete un giudizio su:

	Pessimo	Scarso	Mediocre	Sufficiente	Buono	Eccellente	Nessuna opinione
5.0 Le informazioni e le spiegazioni ricevute sulla natura del problema di vostro/a figlio/a (cosa ha e, quando possibile, quali ne sono le cause)							☐
5.1 Il Vostro coinvolgimento negli incontri tra operatori del servizio e scuola (se non ce ne sono stati, fate un segno sull'ultimo cerchio a destra)							☐
5.2 Le informazioni e le spiegazioni ricevute sul tipo di cura e sulle tecniche utilizzate							☐
5.3 Il Vostro coinvolgimento nei rapporti tra il servizio e le altre figure sanitarie che eventualmente seguono (o hanno seguito) Vostro/a figlio/a (se non ce ne sono stati, fate un segno sull'ultimo cerchio a destra)							☐
5.4 Il sentire di avere voce in capitolo (di contare) nelle decisioni da prendere							☐
5.5 Le informazioni e le spiegazioni ricevute sulla prognosi (come il problema potrà cambiare nel tempo, con o senza terapia)							☐

	Pessimo									Eccellente
5.7 Nel complesso che voto dareste al Vostro coinvolgimento nell'esperienza (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Per favore, specificate qui sotto eventuali motivi di insoddisfazione per quanto riguarda il Vostro coinvolgimento nell'esperienza:

.....

.....

.....

.....

6. IL RISULTATO DELL'INTERVENTO

continua

Ad ogni domanda una sola risposta facendo una croce (X) sul simbolo scelto

Riferendovi alla Vostra esperienza nell'ultimo anno, esprimete un giudizio su:

	Pessimo	Scarso	Mediocre	Sufficiente	Buono	Eccellente	Nessuna opinione
6.0 La capacità del servizio di aiutare Vostro/a figlio/a ad affrontare meglio i suoi problemi							☐
6.1 Il sentirvi più sicuri sulle cose da fare							☐
6.2 Il miglioramento, dovuto al servizio, della qualità di vita di Vostro/a figlio/a (condizioni di salute, autonomia, stima di sé, relazioni sociali, sensazione di benessere ecc.)							☐
6.3 Il sentirvi meno soli							☐
6.4 Il miglioramento, dovuto al servizio, della Vostra capacità di affrontare la situazione							☐

	Pessimo											Eccellente
6.7 Nel complesso che voto daresti al risultato dell'intervento del servizio (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Per favore, specificate qui sotto eventuali motivi di insoddisfazione per quanto riguarda il risultato dell'intervento del servizio:

.....

.....

.....

.....

7. CONCLUSIONI GENERALI

Ad ogni domanda una sola risposta facendo una croce (X) sul simbolo scelto

	Pessima	Eccellente
7.0 In generale, che voto daresti alla Vostra esperienza con il servizio negli ultimi 12 mesi? (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10, dove 1 vuol dire pessima e 10 vuol dire eccellente)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

	Absolutamente no	Con entusiasmo
7.1 Consiglierebbe il servizio ad altre persone con problemi simili ai Vostri? (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10, dove 1 vuol dire assolutamente no, e 10 vuol dire con entusiasmo)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

	Per niente	Ci ha dato molto di più di quel che ci aspettassimo
7.2 Le Vostre aspettative sul servizio sono state soddisfatte? (un solo segno su uno dei numeri da 1 a 10, dove 1 vuol dire per niente, e 10 vuol dire ci ha dato molto di più di quello che ci aspettassimo)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

GRAZIE PER AVER COMPILATO IL QUESTIONARIO

EVENTUALI PROPOSTE E SUGGERIMENTI:

Modulo per segnalazioni



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