

All.3 Rilevazione gradimento

Gentile Signora/e,

La preghiamo di rispondere con attenzione alle domande di seguito riportate che riguardano il grado di soddisfazione dell'utente e dei suoi familiari circa i servizi, l'ambiente e le prestazioni che ha ricevuto dal CDI nel corso del corrente anno. La compilazione del presente questionario rappresenta un'utile collaborazione e la formulazione di un giudizio corretto e nel suo interesse, poiché in base ad esso potremo migliorare la qualità dei servizi e quindi soddisfare nel modo più completo le sue esigenze. I risultati dell'indagine avranno la massima diffusione.

N.B. il questionario deve essere compilato coinvolgendo il più possibile l'Ospite, con l'aiuto dei familiari o di una persona di fiducia.

Grazie per la collaborazione.

Questionario di rilevazione della soddisfazione dell'ospite del CDI

1. Come valuta **l'assistenza medica** fornita dal CDI.?

- buono
- sufficiente
- insufficiente

2. Come valuta **l'assistenza infermieristica** fornita dal C.D.I.?

- buono
- sufficiente
- insufficiente

3. Come valuta **l'assistenza del personale ausiliario** fornita dal C.D.I.?

- buono
- sufficiente
- insufficiente

4. Come **considera il rapporto umano con il personale di assistenza** (attenzione, premura, ascolto, comprensione) ?

- buono
- sufficiente
- insufficiente

5. Come valuta il **rapporto con il Responsabile del CDI** (accoglienza, informazioni, risoluzione di problemi)

- buono
- sufficiente
- insufficiente

6. Come valuta **le attività di animazione?**

- buono
- sufficiente
- insufficiente

7. Come valuta le **attività riabilitative**?

Individuali

buono

sufficiente

insufficiente

di Gruppo

buono

sufficiente

insufficiente

8. Come valuta in generale le **diverse attività del centro**?

buono

sufficiente

insufficiente

9. Come valuta l'**alimentazione proposta dal C.D.I?**

buono

sufficiente

insufficiente

10. Come valuta **gli ambienti**?

buono

sufficiente

insufficiente

11. Come valuta il **livello di pulizia** degli ambienti?

buono

sufficiente

insufficiente

12. Come valuta il **funzionamento del centro (giorni e orari)**?

buono

sufficiente

insufficiente

13. Sarebbe interessato ad **altri giorni e orari**?

si no

Se sì, quali _____

14. Come **familiare** come valuta il **coinvolgimento** nelle decisioni che riguardano l'assistenza all'ospite, gli obiettivi del piano di assistenza e nelle verifiche, ecc.?

buono

sufficiente

insufficiente

15. Viene **puntualmente informato** dei problemi di salute, eventuali cadute o altri aspetti importanti per l'assistenza?

si no

16. Come considera globalmente il servizio erogato dal nostro CDI.?

- b u o n o
- s u f f i c i e n t e
- i n s u f f i c i e n t e

17. In quale misura le cure che riceve l'ospite nel CDI corrispondono alle sue aspettative?

- t o t a l m e n t e
- p a r z i a l m e n t e
- p e r n i e n t e

18. In quale misura trova utile il centro diurno

- t o t a l m e n t e
- p a r z i a l m e n t e
- p e r n i e n t e

Suggerimenti

Data _____ Firma (facoltativa) _____

Chi ha compilato il questionario:

- familiare
- familiare + ospite