

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 si, 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

