

Gentile Signora, Egregio Signore,
per poter migliorare i servizi che offriamo è fondamentale conoscere la Sua opinione riguardo al nostro Centro, il personale che vi opera e le prestazioni offerte. La preghiamo gentilmente di compilare il questionario anonimo che potrà essere riconsegnato agli operatori incaricati o deposto nel punto di raccolta dove di effettua il triage. I risultati di questa indagine saranno pubblicati annualmente a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di questo Centro e potranno essere messi a Sua disposizione.
Un grazie sincero per la sua collaborazione.

Questionario di gradimento Semiresidenziale - CDC Centro Santa Maria al Castello

Il questionario viene compilato in data: _____

Da:

- dall'assistito con l'aiuto di parenti/amici/assistente familiare da un familiare
 tutore / curatore / amministratore di sostegno

Ambito:

- CDD CDI CDC _____

Frequenta il Centro da: Meno di 6 Mesi Da 6 mesi a 2 anni Più di 2 anni Più di 4 anni

Da chi è venuto a conoscenza della nostra Struttura?

- Medico Curante / Pediatra Medico di altro Ospedale Sito internet Amici /parenti
 ATS/ASL Associazioni Operatori Servizio Sociale
 Altro _____

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

| | | | | |
|--|-------|------------|------|------------|
| 1. E' soddisfatto/a dell'accoglienza e delle informazioni ricevute? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 1.1 E' soddisfatto/a della Carta dei Servizi (indicazioni in merito ai servizi disponibili e alle modalità e alle modalità per usufruirne) | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 1.2 E' soddisfatto/a degli orari di apertura al pubblico degli uffici amministrativi e dell'accessibilità alle informazioni | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 1.3 Nelle eventuali comunicazioni telefoniche gli operatori sono stati attenti e precisi nel dare risposte alle sue domande? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 1.4 Disponibilità e cortesia degli operatori | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 2 E' soddisfatto complessivamente degli ambienti del Centro? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 3 È soddisfatto della cura dedicata alla pulizia dei servizi igienici e degli ambienti? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 3.1 È soddisfatto della cura dedicata all'igiene personale? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 4 È soddisfatto del servizio dei pasti? (se utilizzato) | | | | |
| 4.1 Qualità dei pasti | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 4.2 Quantità dei pasti | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 4.3 Varietà del menù | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 4.4 Possibilità di modificare i cibi in presenza di disturbi di masticazione, di deglutizione o per i suoi problemi di salute | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 5 È soddisfatto dell'organizzazione del servizio in merito a: | | | | |
| 5.1 Orari di apertura | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 5.2 Giorni di apertura | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 5.3 Servizio di trasporto (se presente ed utilizzato) | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |

ASPETTI RELATIVI AL PERSONALE

6 È soddisfatto della cortesia, professionalità, e sollecitudine del personale coinvolto:

| | | | | |
|---|-------|------------|------|------------|
| 6.1 Personale Educativo | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.2 Personale infermieristico | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.3 Tecnici della riabilitazione (Logopedista - neuropsicomotricista / fisioterapisti, terapisti occupazionali) | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.4 Psicologi/pedagogisti | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.5 Personale assistenziale (ASA – OSS) | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.6 Animatore (se presente) | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.7 Personale medico | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.8 Personale di coordinamento | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 6.9 Servizio parrucchiera (se utilizzato) | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |

ASPETTI RELATIVI ALL'OFFERTA RIABILITATIVA E SOCIO EDUCATIVA

| | | | | |
|--|--------|---------------|--------------|------------|
| 7 Si sente coinvolto nel programma di assistenza individuale /progetto riabilitativo individuale/ Progetto educativo individuale ? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 8 E' soddisfatto delle attività socioeducative | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 9 E' soddisfatto delle attività riabilitative proposte? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 10 Come valuta il rispetto della riservatezza personale? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 11 Come percepisce l'atmosfera ed il clima emotivo nel centro? | | | | |
| 11.1 E' soddisfatto del rapporto umano con gli altri utenti | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 11.2 È soddisfatto del rapporto umano che si è creato con il personale? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 11.3 Percepisce cortesia, disponibilità ed umanità da parte del personale? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 11.4 È soddisfatto delle eventuali attività svolte da remoto (teleriabilitazione, altro...)? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 11.5 Se ce ne fosse l'opportunità, vorrebbe usufruire della teleriabilitazione in futuro? | Molto | Abbastanza | Poco | Molto Poco |
| 12 Quanti giorni alla settimana frequenta il servizio? | 1-2 gg | 3-4 gg | 5 gg | |
| 13 Quante ore al giorno frequenta il servizio? | 4 ore | Tra 4 e 8 ore | Più di 8 ore | |

VALUTAZIONE COMPLESSIVA (indicare un voto da 1 = pessimo a 7 = ottimo):

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 Come valuta complessivamente il servizio offerto? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 15 Consiglierebbe ad altri questa struttura? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |

Le chiediamo, infine, di volerci esprimere eventuali carenze, suggerimenti o segnalare aspetti particolarmente positivi o eventuali altri servizi di cui sente particolarmente l'esigenza.

.....

.....

.....

Nel ringraziarla per la cortese attenzione, la informiamo che la raccolta delle informazioni del presente questionario è finalizzata ad elaborazioni statistiche che ci permettono di migliorare il servizio

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Orari: Lu-Ve dalle 9:00 alle 12:00
Mail: urp.pessano@dongnocchi.it

Telefono: 02/95540302
Indirizzo: Piazza Castello, 20 Pessano con Bornago