

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 si 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

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 ☐ 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

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
6.7 Personale medico	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
6.8 Personale di coordinamento	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