

**1. Rispetto al momento dell'ingresso al Centro Diurno, come ritiene sia stata l'accoglienza (informazioni ricevute, comportamento del personale in servizio, visione degli spazi ecc...):**

<b>Ottimo</b>	<b>Discreto</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Insufficiente</b>	<b>Molto Insufficiente</b>

**2. Rispetto all'ascolto dei problemi emersi durante la permanenza al Centro Diurno per il suo familiare e per Lei, come ritiene siano state le proposte di soluzione che le sono state offerte? :**

<b>Ottimo</b>	<b>Discreto</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Insufficiente</b>	<b>Molto Insufficiente</b>

**3. Riguardo ai cambiamenti avvenuti nel suo parente da quando frequenta il CDI come giudica:**

	<b>Molto migliorato</b>	<b>Migliorato</b>	<b>Invariato</b>	<b>Peggiorato</b>	<b>Molto peggiorato</b>
<b>1) Il tono umore</b>					
<b>2) La salute in generale</b>					
<b>3) L'autonomia/autosufficienza</b>					
<b>4) Le relazioni interpersonali</b>					

**4. Riguardo ai servizi che il CDI rivolge al suo parente, come giudica:**

	<b>Ottimo</b>	<b>Discreto</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Insufficiente</b>	<b>Molto Insufficiente</b>
<b>L'assistenza medica</b>					
<b>Le prestazioni della psicologa</b>					
<b>La disponibilità del servizio sociale</b>					
<b>Le attività di animazione</b>					
<b>Le attività di riabilitazione</b>					
<b>Le attività infermieristiche</b>					
<b>Le cure igieniche</b>					
<b>La preparazione, l'attenzione e la premura degli operatori</b>					
<b>L'alimentazione</b>					
<b>La sorveglianza</b>					
<b>L'informazione e coinvolgimento della famiglia</b>					
<b>La presenza dei volontari</b>					
<b>Il servizio di parrucchiera/barbiere</b>					
<b>La disponibilità e fruibilità degli spazi interni</b>					
<b>La disponibilità e fruibilità degli spazi esterni</b>					
<b>L'igiene dei locali</b>					

**5. Le sembra che il suo parente venga volentieri al CDI**

?

- Sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Mai
- Indifferente

**6. Riguardo ai cambiamenti avvenuti in famiglia dopo l'ingresso al CDI ritiene (le risposte devono riferirsi alla salute, al tempo e alla qualità di vita del parente):**

	Molto soddisfacente	Migliorata	Invariata	Peggiorata	Molto peggiolata
1) La sua gestione del malato					
2) La quantità di tempo per sé					
3) La sua salute					
4) La sua vita familiare					

**7. Consiglierebbe il CDI ad altri che avessero il suo stesso problema?**

- Si, sicuramente
- Si, ma con qualche riserva
- No

Perché \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Come è venuto a conoscenza del Servizio del CDI?**

- casualmente
- dal Medico di base
- da conoscenti
- dagli uffici ASL
- da altri servizi del Mazzali
- altro .....

**10. Al momento dell'ingresso ha ricevuto copia o ha preso visione della Carta dei Servizi della Fondazione?**

SI       NO

Esponga, se lo desidera, le Sue osservazioni o i Suoi suggerimenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grazie per la collaborazione

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Ai Sigg. Utenti e Familiari  
del CDI

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA  
SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI DEL C.D.I. E DEI LORO PARENTI**

Gentile Signora/e,

La invitiamo a esprimere la Sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dell'assistenza presso il Centro diurno integrato (C.D.I.).

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario saranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza, in modo da rendere impossibile l'identificazione del compilatore.

Metta una croce [ X ] nella casella che si avvicina di più al Suo giudizio.