

**Gentile Signora/Signore**

La invitiamo a compilare il presente questionario che potrà aiutarci a migliorare la qualità dei nostri servizi e che ci permetterà di comprendere meglio le esigenze e necessità Sue e del Suo familiare.

**La ringraziamo anticipatamente per la cortese collaborazione.**

Scala di valutazione:

- 1 - insoddisfatto/a
- 2 - parzialmente insoddisfatto/a
- 3 - parzialmente soddisfatto/a
- 4 - soddisfatto/a

**A) Il servizio:**

- 1 - Orari di apertura 1 2 3 4
- 2 - Apertura del centro nel periodo estivo 1 2 3 4
- 3 - Modalità d' accoglienza 1 2 3 4
- 4 - Reperibilità persone di riferimento 1 2 3 4

**B) Il personale ausiliario:**

- 1 - Professionalità e qualità delle prestazioni 1 2 3 4
- 2 - Attenzione ai bisogni dell'ospite 1 2 3 4
- 3 - Gentilezza e disponibilità 1 2 3 4

**C) L'Infermiere Coordinatore/Infermiere:**

- 1 - Professionalità e qualità delle prestazioni 1 2 3 4
- 2 - Attenzione ai bisogni dell'ospite 1 2 3 4
- 3 - Gentilezza e disponibilità 1 2 3 4

**D) Il Medico del CDI:**

- 1 - Professionalità e qualità delle prestazioni 1 2 3 4
- 2 - Attenzione ai bisogni dell'ospite 1 2 3 4
- 3 - Gentilezza e disponibilità 1 2 3 4

**E) Attività di supporto:**

- 1 - Servizio animativo/educativo 1 2 3 4
- 2 - Servizio Sociale 1 2 3 4
- 3 - Servizio di fisioterapia 1 2 3 4

**Quale beneficio ha rilevato dalla frequenza del CDI:**

- un valido aiuto/sostegno per la famiglia
- evitare l'isolamento sociale dell'ospite
- tranquillità e sicurezza dell'ospite
- maggior possibilità di gestire ulteriori necessità familiari

**Valutazione complessiva del servizio**

**offerto:** 1 2 3 4

**Rispetto all'anno scorso, ritiene che il servizio sia:**

migliorato     uguale     peggiorato

**Cosa apprezza in particolare, del servizio offerto?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Cosa vorrebbe fosse migliorato?**

.....

.....

.....

.....

.....

Quali suggerimenti e/o critiche Lei ritiene opportuno aggiungere?

.....

.....

.....

.....

.....

Dati del compilatore:

Età ..... Sesso:  M     F

Data di compilazione .....

Nome e Cognome (facoltativo)

.....

**Tutela dei dati personali**

Il Compilatore è informato/a, ai sensi dell'art.13 del Reg. EU 679/2016 e dal D.Lgs. 101/2018 che i dati personali saranno trattati solo per finalità relative all'elaborazione dei dati del presente questionario. Informativa completa disponibile sul sito della Fondazione Castellini: [www.fondazionecastellini.it](http://www.fondazionecastellini.it).