



UTENTE **PARENTE/ADS**

La invitiamo a fornire il suo giudizio sui seguenti aspetti, selezionando la casella che meglio rispecchia la sua valutazione.
 Se desidera, può aggiungere ulteriori osservazioni nel campo dedicato.

“GLI AMBIENTI” Percezione degli spazi e dell’ambiente					
	Molto Soddisfacente	Soddisfacente	Poco Soddisfacente	Non Soddisfacente	Non so
Come valuta lo spazio dedicato all’accoglienza quotidiana degli utenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In base a quanto ha potuto osservare o alle informazioni ricevute, come valuta l’ambiente comune (salone, sala attività, zona pranzo) in termini di comfort e funzionalità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONI: _____

“I SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI DEL CDI”						
		Molto Soddisfacente	Soddisfacente	Poco Soddisfacente	Non Soddisfacente	Non so
SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE	Come valuta, in base alla sua osservazione al rientro a casa, il livello di cura dell’igiene personale dell’utente (cura della persona, pulizia e abbigliamento ordinato)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come valuta l’assistenza erogata dal personale OSS in termini di competenza, disponibilità e attenzione verso le esigenze dell’utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO INFERMIERISTICO	Come valuta l’assistenza fornita dagli infermieri in merito alla qualità delle cure prestate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come valuta la disponibilità e la professionalità del personale infermieristico nei confronti dell’utente e della famiglia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO MEDICO	Come valuta l’operato del medico in termini di disponibilità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ritiene che il servizio medico abbia mostrato una buona capacità di ascolto, chiarezza e completezza nelle informazioni fornite riguardo allo stato di salute dell’utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ritiene che il personale sanitario comunichi in modo chiaro e tempestivo eventuali cambiamenti nello stato di salute dell’utente, incluse eventuali problematiche insorte o proposte migliorative per il suo benessere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO FISIOTERAPICO	Come valuta l’intervento dei fisioterapisti in termini di efficacia delle attività proposte e dei benefici osservati nel benessere fisico dell’utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come viene valutato il rapporto con i fisioterapisti, in merito alla loro disponibilità, attenzione al benessere fisico dell’ospite e approccio relazionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fondazione Residenza Amica

MODULO

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE ESTERNA CDI

Rev. 3

Aprile 2025

Pagina 2 / 3


MOD-QUEST.EST.CDI

		Molto Soddisfacente	Soddisfacente	Poco Soddisfacente	Non Soddisfacente	Non so
SERVIZIO ANIMATIVO/EDUCATIVO	Come valuta la qualità e l'efficacia delle attività proposte dal servizio educativo / animativo, in relazione alla stimolazione delle sue capacità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come valuta la gentilezza, l'empatia e la capacità di coinvolgimento degli educatori / animatori nelle attività proposte agli ospiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO PSICOLOGA	Come valuta il servizio di supporto psicologico offerto ai familiari, in termini di competenza della professionista coinvolta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ritiene positiva la possibilità offerta ai familiari di accedere a colloqui individuali con la psicologa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come giudica le attività psicologiche proposte in forma di gruppo per i familiari (gruppo AMA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONI: _____

"I SERVIZI NON SANITARI OFFERTI AL CDI"						
		Molto Soddisfacente	Soddisfacente	Poco Soddisfacente	Non Soddisfacente	Non so
SERVIZIO AMMINISTRATIVO	Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale del centralino in relazione alla gestione delle comunicazioni telefoniche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come valuta la cortesia e la disponibilità e l'efficienza del personale amministrativo rispetto alle risposte fornite ai familiari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come valuta la completezza e la chiarezza delle informazioni ricevute dal servizio amministrativo (es. documentazione, orari modalità di accesso ai servizi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Come valuta la puntualità e l'efficienza del servizio amministrativo nell'elaborazione delle pratiche e nella gestione delle richieste dei familiari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO RISTORAZIONE	Come valuta la qualità complessiva del servizio di ristorazione in termini di varietà e adeguatezza nutrizionale dei pasti rispetto al prospetto del menù settimanale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO PULIZIE	Come giudica il livello di pulizia e igiene nelle diverse aree del Centro Diurno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONI: _____

 <p>Fondazione Residenza Amica</p>	MODULO QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE ESTERNA CDI	Rev. 3	Pagina 3 / 3
		Aprile 2025	
		MOD-QUEST.EST.CDI	

VALUTAZIONI GENERALI	SI	NO	NON SO
Ritiene che sia garantito il rispetto della persona e della privacy, nel pieno rispetto della dignità dell'utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta il benessere generale dell'utente al rientro a casa dopo la giornata trascorsa al Centro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nota dei miglioramenti o benefici nella quotidianità dell'utente da quando frequenta il centro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente ascoltato e coinvolto dal personale rispetto al percorso dell'utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È soddisfatto della qualità complessiva del servizio offerto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consiglierebbe la Struttura ad un suo amico o conoscente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se desidera, ci indichi eventuali suggerimenti o miglioramenti che ritiene potrebbero rendere più piacevole e soddisfacente la permanenza sua o del suo congiunto presso la nostra struttura:

Data: _____

Compilatore del questionario (facoltativo) cognome e nome _____

Utente di riferimento (facoltativo) Sig./Sig.ra: _____

La ringraziamo per la collaborazione