

QUESTIONARIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI DEGLI OSPITI DEL CDD
--

Stiamo realizzando un'indagine sul funzionamento del nostro Centro Diurno Disabili allo scopo di migliorare i servizi che vengono erogati attraverso la raccolta sistematica delle opinioni dei familiari e dei vostri congiunti. Chiediamo quindi ad un familiare di compilare la presente scheda e di esprimere un parere su diversi aspetti che generano la qualità del servizio.

Ad ogni domanda va data una sola risposta tranne in alcune in cui viene specificato di dare più risposte.

Vi chiediamo di rispondere sinceramente per il bene stesso dell'indagine.

Il questionario è e resterà anonimo.

Tutela dei Dati Personali: Ai sensi della Legge 196/2003 si garantisce che i dati e le opinioni raccolte sono anonimi e saranno trattati solo in forma aggregata. Non sarà quindi possibile in alcun modo ricostruire opinioni individuali. Si dichiara inoltre che il trattamento dei dati è finalizzato unicamente a scopi di ricerca scientifica e statistica interni alla Cooperativa "Il Germoglio".

1. QUAL' E' L'ETA' DEL SUO FAMILIARE SEGUITO DAL SERVIZIO?

Dai 18 ai 25 anni	
Dai 26 ai 32 anni	
Dai 33 ai 40 anni	
Oltre i 40 anni	

2. DI CHE TIPO DI DISABILITA' E' PORTARICE LA PERSONA SEGUITA DAL SERVIZIO?

Motoria	
Sensoriale	
Psichica	
Plurihandicap	

3. DA QUANTO TEMPO IL SUO FAMILIARE FREQUENTA IL SERVIZIO?

Da 1 anno o meno	
Da 1 anno a 5 anni	
Da 5 anni a 10 anni	
Da oltre 10 anni	

4. L'IMPOSTAZIONE EDUCATIVA DEL SERVIZIO SECONDO LEI E' :

Buona	
Sufficiente	
Insufficiente	

5. LE SEMBRA CHE IL SUO FAMILIARE FREQUENTI VOLENTIERI IL SERVIZIO?

Sempre	
Quasi sempre	
A volte	
Raramente	
Non saprei	

6. LE SEMBRA CHE LE ATTIVITA' PROPOSTE NEL PEI7PAI POSSONO ESSERE UTILI ALL'OSPITE?

Si	
No	
Non saprei	

7. LE SEMBRA CHE IL SUO FAMILIARE GRADISCA LE ATTIVITA' PROPOSTE DAL SERVIZIO CHE FREQUENTA?

Si	
No	
Non saprei	

8. SARESTE INTERESSATI AD ORARI AGGIUNTIVI?

Prolungamento orario dalle 16 alle 18	Si	No
Apertura sabato mattina	Si	No
Week end	Si	No
Agosto	Si	No

9. CHE VALUTAZIONE DA' AGLI AMBIENTI DEL C.D.D.?

Molto buona	
Buona	
Sufficiente	
insufficiente	

10. CHE VALUTAZIONE DA' AL SERVIZIO PASTI?

Buona	
Sufficiente	
Insufficiente	

11. IL COINVOLGIMENTO DEL GENITORE/PARENTE NELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO E' :

Buono	
Sufficiente	
Insufficiente	

12. IN CHE MODO E ATTRAVERSO QUALI STRUMENTI VORRESTE ESSERE COINVOLTI ALL'INTERNO DEL SERVIZIO?

13. L'ASSISTENZA PRESTATATA DAGLI OPERATORI AL SUO FAMILIARE E' SECONDO LEI:

Buona	
Sufficiente	
Insufficiente	

14. IL C.D.D. ORGANIZZA ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE SUL TERRITORIO?

Si	
No	

15. SE SI, CHE GIUDIZIO NE DA' ?

Buono	
Sufficiente	
Insufficiente	

16. COMPLESSIVAMENTE CHE GIUDIZIO DA' A QUESTO C.D.D.?

Buono	
Sufficiente	
Insufficiente	

17. QUALI SONO GLI ASPETTI DEL SERVIZIO PER LEI PIU' IMPORTANTI?



LE DOMANDE SUCCESSIVE SONO UTILI AL FINE DI INTERPRETARE L'ANALISI CHE STIAMO SVOLGENDO.

18. CHI HA COMPILATO QUESTO QUESTIONARIO?

Madre	
Padre	
Sorella/Fratello	
Altro	

19. L'ETA' DI CHI COMPILA IL QUESTIONARIO E' :

_____ anni

20. TITOLO DI STUDIO DI CHI COMPILA IL QUESTIONARIO :

Nessuno	
Licenza elementare	
Licenza media	
Licenza superiore	
Laurea	

21. LA PERSONA CHE FREQUENTA IL SERVIZIO HA PARTECIPATO ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO?

Si	
No	

DA QUANTI MEMBRI E' COMPOSTA LA SUA FAMIGLIA?

_____ compreso me



QUALE SUGGERIMENTO DAREBBE PER MIGLIORARE LA QUALITA' DI QUESTO SERVIZIO?

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE