

## QUESTIONARIO di SODDISFAZIONE

### *degli UTENTI del Centro Diurno Integrato*

Gentili utenti, Vi invitiamo ad accettare di rispondere alle domande del “questionario” per aiutarci a migliorare la qualità dei servizi del CDI.

Il questionario è anonimo e rispetta le norme in merito alla riservatezza; tuttavia, può essere firmato da chi lo desiderasse, e consegnato nell'apposita cassetta.

**Grazie per la collaborazione**

*La direzione.*

Come considera l'accoglienza all'ingresso in struttura	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Come valuta il grado di igiene personale offerto alla Sua persona	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Come valuta il servizio di riabilitazione e fisioterapia	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Quanto partecipa alle attività di fisioterapia	sempre	spesso	qualche volta	mai
Come valuta il servizio di animazione	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Quanto partecipa alle attività di animazione	sempre	spesso	qualche volta	mai
Ha avuto bisogno delle cure del medico interno	=	spesso	qualche volta	mai
Come valuta il servizio medico	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Come valuta il servizio infermieristico	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Come valuta il servizio amministrativo	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Il rapporto umano con il personale è	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Come considera il rispetto della riservatezza personale da parte degli operatori (comunicazioni di informazioni, svolgimento di manovre assistenziali, ecc.)	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
Come valuta la pulizia degli ambienti	ottima	buona	sufficiente	insufficiente
Come giudica il servizio di ristorazione	ottimo	buono	sufficiente	insufficiente
La temperatura e la ventilazione degli ambienti sono	ottime	buone	sufficienti	insufficienti



È soddisfatto della sua permanenza nel CDI e ritiene di aver avuto giovamento dal servizio	molto	abbastanza	poco	per niente
--	-------	------------	------	------------

Che cosa apprezza maggiormente?.....  
 .....  
 .....  
 .....

Quali cose considera negative? .....

.....  
 .....  
 .....

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

Firma.....