

Come valuta le attività extra proposte nel CDD Arcobaleno?



Come valuta la rispondenza tra le attività e gli obiettivi educativi concordati con l'equipe?



Come valuta l'operato del Comitato dei Parenti?



Eventuali Suggerimenti \_\_\_\_\_

### ANNOTAZIONI GENERALI

Ha avuto problemi con altri Ospiti e/o Familiari?  Si  No

Se la risposta è stata SI specificare la motivazione

Come considera l'aspetto dell'attenzione alla riservatezza personale?



Nel complesso come considera la frequentazione del Centro Diurno?



Gli aspetti che gradisce di più:

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

Gli aspetti che gradisce di meno:

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

Suggerimenti/Considerazioni:

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



**C.D.D. ARCOBALENO**

## **Customer Satisfaction 2022**

Modulo 8 - centro diurno disabili

*Gentile Signora/e,*

*Ogni anno la Cooperativa Sociale Arcobaleno SpA realizza l'Indagine per conoscere la soddisfazione degli Ospiti e dei loro Familiari circa i servizi ricevuti e il grado di benessere percepito all'interno del Centro Diurno Disabili Arcobaleno.*

*A tal fine Le chiediamo di compilare la presente Intervista in tutte le sue parti:*

- ✓ Barrando la casella che meglio corrisponde alla sua valutazione;*
- ✓ Rilasciando opinioni, proposte e suggerimenti;*

*Al termine della compilazione la scheda potrà essere imbucata nell'urna predisposta presso il CDD Arcobaleno entro il 31 Ottobre 2022.*

*Il suo contributo è preziosissimo per migliorare la qualità dei servizi offerti, pertanto le porgiamo i nostri più sinceri ringraziamenti per la cortese collaborazione.*

## INFORMAZIONI GENERALI

Sesso dell'Ospite  M  F Età dell'Ospite \_\_\_\_\_

Come è venuto a conoscenza del Centro Diurno Disabili Arcobaleno?

Passa parola  Internet/ social network  Medico di Base/ATS

Altro  specificare \_\_\_\_\_

Ha avuto difficoltà a trovare il complesso Arcobaleno?

Sì  No

Da quanto tempo frequenta il Centro Diurno Arcobaleno:

1- 6 mesi  6 mesi - 1 anno  1 - 3 anni  Da più di 3 anni

La compilazione è eseguita da:

Ospite  un familiare dell'Ospite  Ospite con aiuto

## LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA PARTE SEGUENTE

 OTTIMO/A  ADEGUATO/A  PESSIMO/A

Barrare la faccina corrispondente alla sua valutazione

## SERVIZI GENERALI

Come valuta la qualità dell'accoglienza nel CDD Arcobaleno?

  

Come valuta le prestazioni dei nostri uffici amministrativi?

  

Come valuta la tranquillità e il comfort?

  

Come valuta l'accessibilità e la godibilità delle aree interne ed esterne?

  

Come valuta la segnaletica della struttura in cui insiste il CDD?

  

Come valuta l'igiene/pulizia del CDD (sala da pranzo, palestra, ingresso, ecc.)?

  

Come valuta la qualità e la preparazione del cibo?

  

Come valuta l'organizzazione complessiva della giornata del CDD?

  

## ASSISTENZA E ATTIVITA'

Come valuta l'assistenza Medico - infermieristica presso il CDD?

  

Come valuta l'assistenza all'Utente con particolare riguardo all'igiene personale?

  

Come valuta la cortesia, la disponibilità e la prontezza del personale (OSS - ASA) in caso di chiamata?

  

Come valuta le attività di Fisioterapia?

  

Come valuta le attività di ginnastica posturale-rieducativa?

  

Come valuta la sollecitudine del personale nel rispondere alle richieste?

  

Come valuta la gentilezza e la cortesia degli Operatori?

  

Come valuta la presenza dello Psicologo all'interno del CDD?

  

Come valuta la disponibilità del Coordinatore nei colloqui?

  

Come valuta il servizio "Sportello Famiglie"?

  

Ha avuto modo di usufruire personalmente dello Sportello Famiglie?

SI  NO

Come valuta la chiarezza e la completezza della comunicazione?

  

Come valuta le attività proposte nel CDD Arcobaleno?

  

