

	<b>C.R.M. COOPERATIVA SOCIALE</b> <b>RILEVAZIONE CUSTOMER C.R.M.</b> <b>COOP. SOCIALE O.N.L.U.S.</b>	Mod0311 - Rev02
		Data: 24/03/2022

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI C.R.M. COOP. SOCIALE O.N.L.U.S.

*Gentile Signora, Gentile Signore,*

siamo interessati a conoscere la Sua opinione rispetto ai servizi erogati dalle nostre Unità di Offerta.

Le sue indicazioni ci aiuteranno a fornirLe un servizio sempre migliore e più vicino ai suoi desideri.

Per questo motivo Le chiediamo di rispondere ai seguenti quesiti liberamente e con totale sincerità.

Ogni giudizio che vorrà esprimere è per noi importante perché ci permetterà di evidenziare gli aspetti del nostro lavoro, in particolare quelli critici e quindi migliorabili.

C.R.M. garantisce che i dati raccolti, salvo diversa volontà del compilatore, rimarranno assolutamente anonimi e che non è in alcun modo possibile risalire al nominativo della persona che ha compilato il questionario.

Cogliamo l'occasione per ringraziarLa della sua disponibilità e Le porgiamo i nostri più cordiali saluti.

C.R.M. Coop. Sociale Onlus  
Il Presidente  
*Antonio Musto*



Cooperativa Sociale Rieducazione Motoria - ONLUS  
Sede legale e Amministrativa: Via Trenno, 41 – 20151 Milano  
Tel. 023390403 – Fax 023535083  
[www.crmsociale.it](http://www.crmsociale.it) e-mail: [direzione@crmsociale.it](mailto:direzione@crmsociale.it)  
Partita IVA 08029590158  
iscrizione albo cooperative A108648



C.R.M.

Coop. Sociale O.N.L.U.S.

**ISTRUZIONI:** metta una crocetta nel riquadro della risposta che vuole dare.

**TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI CUI HA USUFRUITO:**

RSA	RSD	Fisioterapia Ambulatoriale	Fisioterapia Domiciliare	Centro Diurno Integrato	Centro Diurno Disabili	Assistenza Domiciliare Integrata	Servizio Assistenza Domiciliare	Minialloggi	altro (*)
-----	-----	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------	--	---------------------------------------	-------------	--------------

(\*) specificare \_\_\_\_\_

Compilatore che usufruisce del servizio

Familiare, Ammi. di Sostegno, Tutore, Procuratore

**PER TUTTI I SERVIZI**

**1) A seguito della presa in carico/ricovero Suo o del suo Familiare/Amministrato nel nostro servizio, ha trovato un valido sostegno ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**2) Ritieni che l'utilizzo del nostro servizio influisca positivamente sulla qualità del tempo che passa attualmente con la sua famiglia ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**3) Secondo il suo parere viene garantita al meglio la salute degli utenti presi in carico ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**4) I diversi referenti del servizio sono disponibili quando ha necessità di comunicare con loro ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**5) Le è stato presentato chiaramente il Progetto Individualizzato secondo cui si svolge l'attività in Suo favore o del suo Familiare/Amministrato ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**6) E' soddisfatto dell'intervento del medico nel servizio utilizzato da lei o dal suo Familiare/Amministrato ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**7) È soddisfatto del servizio di Accoglienza o Reception?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo



Cooperativa Sociale Rieducazione Motoria - ONLUS  
 Sede legale e Amministrativa: Via Trenno, 41 – 20151 Milano  
 Tel. 023390403 – Fax 023535083  
[www.crmsociale.it](http://www.crmsociale.it) e-mail: [direzione@crmsociale.it](mailto:direzione@crmsociale.it)  
 Partita IVA 08029590158  
 iscrizione albo cooperative A108648



C.R.M.

Coop. Sociale O.N.L.U.S.

## **SOLO SE APPLICABILE**

**8) Il medico è chiaro nel dare informazioni relative allo stato di salute?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**9) E' soddisfatto della cura infermieristico sanitaria ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**10) E della cura e dell'igiene personale ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**11) E' soddisfatto del servizio fisioterapico ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**12) Le trova adeguate le attività educative/occupazionali in Suo favore o del suo Familiare/Amministrato ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**13) Trova che sia curato l'aspetto comunicativo e relazionale?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**14) Ritiene che siano garantite le comunicazioni ed i contatti con il suo Familiare/Amministrato ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**15) E' soddisfatto del servizio di ristorazione ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**16) E' soddisfatto del servizio di lavanderia ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**17) Pensa che l'organizzazione degli ambienti della struttura garantisca lo svolgimento di tutte le attività previste?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo





C.R.M.

Coop. Sociale O.N.L.U.S.

**18) Ritiene che il grado di pulizia della struttura sia adeguato?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

**19) Ritiene che la segnaletica presente sia sufficientemente chiara per favorire l'orientamento degli utenti o dei visitatori/accompagnatori ?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Per nulla d'accordo

Completamente d'accordo

Se lo ritiene opportuno le chiediamo di esporre qui le sue osservazioni

---

---

---

I suoi suggerimenti

---

---

---

Le cose che ha maggiormente apprezzato

---

---

---

Gli aspetti, i fatti o le cose che considera negative

---

---

---

Il questionario è terminato. Grazie per aver preso parte all'indagine e per la collaborazione!



Cooperativa Sociale Rieducazione Motoria - ONLUS  
Sede legale e Amministrativa: Via Trenno, 41 – 20151 Milano  
Tel. 023390403 – Fax 023535083  
[www.crmsociale.it](http://www.crmsociale.it) e-mail: [direzione@crmsociale.it](mailto:direzione@crmsociale.it)  
Partita IVA 08029590158  
iscrizione albo cooperative A108648