



Istituto \_\_\_\_\_

Data di compilazione del questionario: .....

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI RIABILITATIVI DIURNI

in conformità alla DGR n. 5589 del 30/12/2025, Appendice 10

DAY HOSPITAL

C.D.C.  
Ciclo Diurno Continuo

Riabilitazione  
Ambulatoriale

<b>COMPILATORE</b>	<input type="checkbox"/> Paziente		<input type="checkbox"/> Familiare/ caregiver del pz			
<b>ETA' DEL PAZIENTE</b>	_____anni					
<b>GENERE</b>	<input type="checkbox"/> Maschio		<input type="checkbox"/> Femmina		<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
<b>NAZIONALITA'</b>	<input type="checkbox"/> Italiana		<input type="checkbox"/> Straniera (specificare)			
<b>DOMICILIO DEL PAZIENTE</b>	<input type="checkbox"/> Regione Lombardia		<input type="checkbox"/> altra Regione(specificare)			
<b>TITOLO DI STUDIO</b>	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Scuola elementare	<input type="checkbox"/> Scuola media	<input type="checkbox"/> Scuola superiore	<input type="checkbox"/> Laurea	
<b>OCCUPAZIONE ATTUALE</b>	<input type="checkbox"/> Casalingo/a	<input type="checkbox"/> Pensionato/a	<input type="checkbox"/> Senza occupazione	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Studente	
<b>PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE</b>	<input type="checkbox"/> da meno di 1 mese			<input type="checkbox"/> da 1 a 3 mesi		
<b>PERCHE' HA SCELTO QUESTA STRUTTURA?</b>	<input type="checkbox"/> Inviato dall'Ospedale alla dimissione	Inviato dal <input type="checkbox"/> Medico di Famiglia <input type="checkbox"/> Medico Specialista	<input type="checkbox"/> già in carico presso questo Istituto	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE su consiglio di familiare/ amico/ conoscente	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE ricerche in rete e reputazione della struttura	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE vicinanza a casa

<b>1.</b>	<b>VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL SERVIZIO</b>					
1a	Come considera le cure ricevute?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
1b	Quanto è rimasto soddisfatto della sua esperienza in Istituto e delle prestazioni erogate?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
1c	Ritiene che la sua privacy (riservatezza) sia stata rispettata?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO	
1d	Consiglierebbe ad altri questa struttura?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
		Per niente	Poco	Né la consiglierei Né la sconsiglierei	Abbastanza	Molto

2.	PRENOTAZIONE E TEMPI DI ATTESA					
2a	E' soddisfatto del servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
2b	E' soddisfatto dei tempi di attesa? (tempo trascorso dalla presentazione della domanda all'ingresso in struttura)?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
2c	E' soddisfatto del Servizio Accettazione amministrativa e pagamento ticket (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
3.	PROFESSIONALITA' DEL PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					
3a	Come valuta la professionalità del personale della riabilitazione nell'esecuzione dei trattamenti riabilitativi?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
3b	Come valuta la disponibilità del personale ad ascoltarla e a rispondere alle Sue domande?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
3c	Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4.	PROFESSIONALITA' DEL PERSONALE MEDICO					
4a	E' soddisfatto dell'attenzione e dell'accuratezza della visita?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4b	Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
5.	PROFESSIONALITA' DEL PERSONALE INFERMIERISTICO ASSISTENZIALE					
5a	E' soddisfatto della disponibilità e della cortesia del personale infermieristico / assistenziale?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
6.	DIMISSIONE					
6a	E' soddisfatto delle indicazioni fornite sulle misure post-dimissione (indicazioni e/o suggerimenti riguardo eventuali esercizi e/o attività fisica da proseguire al domicilio, uso di presidi o protesi, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

7.	ASPETTI ALBERGHIERI – INFRASTRUTTURALI E DI SICUREZZA					
7a	Come valuta nell'insieme l'ospitalità offerta (comfort della palestra, temperatura degli ambienti)?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
7b	Come valuta gli aspetti di pulizia degli ambienti e dei servizi igienici?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
7c	Come valuta i pasti? (rispondere solo nel caso usufruisca del servizio <u>Ciclo Diurno Continuo</u> )?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

### COMMENTI E SUGGERIMENTI

*La Sua opinione ci interessa per aiutarci a migliorare:*

---



---



---



---

### GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Tel 02 41315 213

e-mail: [urp.redaelli\\_mi@golgiredaelli.it](mailto:urp.redaelli_mi@golgiredaelli.it)