



Gent.le Sig.ra/Egr. Sig.re

Il questionario **anonimo** che le chiediamo di compilare ha lo scopo di fornire indicazioni sulle prestazioni offerte dalla struttura presso la quale suo figlio/figlia riceve le terapie riabilitative.

Le Sue indicazioni sono per noi di grande interesse e serviranno ad impostare azioni di miglioramento sui servizi offerti, anche per le persone che ne usufruiranno in futuro.

Le chiediamo di barrare con una X solo una risposta, scegliendo quella che meglio rappresenta il Suo pensiero.

Come potrà vedere, una delle colonne prevede la risposta 'Non pertinente'. Questa casella è da compilare nel caso in cui il servizio non sia tra quelli da voi utilizzati.

Dopo aver compilato il questionario, lo inserisca nell'apposita cassetta di raccolta posta all'ingresso, entro il 15 luglio 2019.

La ringraziamo vivamente per la sua gentile collaborazione.

~~~~~

Indicare il regime di trattamento:

Convenzionato

Privato

DAY HOSPITAL

DIURNO CONTINUO

Ambulatorio di Logopedia

Ambulatorio di Musicoterapia

Ambulatorio di Psicomotricità

Ambulatorio di Psicoterapia

Trattamenti psicoeducativi o in piccolo gruppo

Si prega di individuare e segnare per ogni domanda il grado di soddisfazione

Legenda: = Scarso = Medio = Buono = Ottimo

| Come valuta:                                                                              | VALUTAZIONE |       |       |        |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|-------|--------|----------------|
|                                                                                           |             |       |       |        |                |
|                                                                                           | Ottimo      | Buono | Medio | Scarso | Non valutabile |
| La chiarezza delle informazioni al suo ingresso in Istituto                               |             |       |       |        |                |
| La qualità della fase di orientamento e successiva presa in carico                        |             |       |       |        |                |
| La chiarezza e completezza delle informazioni sullo stato di salute e sulle cure prestate |             |       |       |        |                |
| Il rapporto con la Segreteria                                                             |             |       |       |        |                |
| Il rapporto con il Neuropsichiatra infantile                                              |             |       |       |        |                |
| Il rapporto con lo Psicologo/psicoterapeuta                                               |             |       |       |        |                |
| il rapporto con il Logopedista                                                            |             |       |       |        |                |
| Il rapporto con l'Educatore                                                               |             |       |       |        |                |
| Il rapporto con il Psicomotricista                                                        |             |       |       |        |                |
| Il rapporto con il Musicoterapista                                                        |             |       |       |        |                |
| Il rapporto con l'Assistente Sociale                                                      |             |       |       |        |                |
| La disponibilità e la capacità di ascolto                                                 |             |       |       |        |                |
| La professionalità e la competenza                                                        |             |       |       |        |                |
| La riservatezza ed il rispetto nella relazione                                            |             |       |       |        |                |
| Il grado di coinvolgimento nel progetto di vita                                           |             |       |       |        |                |
| Il grado di gestione dei rapporti con la rete dei servizi                                 |             |       |       |        |                |
| Il rispetto degli orari previsti                                                          |             |       |       |        |                |
| Il comfort e il servizio della sala d'aspetto e dei luoghi comuni                         |             |       |       |        |                |
| L'igiene e la pulizia degli ambienti                                                      |             |       |       |        |                |
| La chiarezza della segnaletica                                                            |             |       |       |        |                |



Utilizzando la scala sottostante, indichi quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

|                     |          |            |                       |
|---------------------|----------|------------|-----------------------|
| Concordo pienamente | Concordo | Dissentito | Dissentito fortemente |
| 4                   | 3        | 2          | 1                     |

| AFFERMAZIONI                                                                                                                                | GRADO DI ACCORDO |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|---|
|                                                                                                                                             | 4                | 3 | 2 | 1 |
| Ho chiarezza degli obiettivi del percorso riabilitativo di mio figlio                                                                       | 4                | 3 | 2 | 1 |
| Il numero di terapie settimanale è adeguato ai bisogni di mio figlio.                                                                       | 4                | 3 | 2 | 1 |
| Gli orari proposti dal centro sconvolgono la routine quotidiana di mio figlio e del nucleo familiare                                        | 4                | 3 | 2 | 1 |
| Percepisco la flessibilità degli specialisti nel modificare il percorso riabilitativo di mio figlio a seconda del suo percorso di crescita. | 4                | 3 | 2 | 1 |
| Il confronto con gli specialisti del Centro mi aiuta a comprendere i principali bisogni di mio figlio.                                      | 4                | 3 | 2 | 1 |
| Preferisco avere più pareri possibili, anche al di fuori del centro, circa il percorso riabilitativo di mio figlio.                         | 4                | 3 | 2 | 1 |

**Come siete venuti a conoscenza del Dosso Verde?**

- Segnalazione del Medico/ Pediatra
- UONPIA o Servizi Ospedalieri
- ATS (ex ASL)
- Segnalazione di altri clienti/utenti o conoscenti e amici
- Contatto diretto con il centro (es. già frequentato da altri figli o familiari)

**Consiglierebbe ad altri questa struttura?**

- Sì
- No

**Dati di chi che compila il questionario**

Sesso: M  F       Anni \_\_\_\_\_

Scolarità: elementare       media       superiore       laurea

Rapporto con il minore:  genitore     curatore     amministratore di sostegno     tutore     altro \_\_\_\_\_

Professione:  casalinga     operaio     impiegato     libero professionista     commerciante     disoccupato     altro \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_

SE LO DESIDERA DIA UN SUGGERIMENTO PER MIGLIORARE IL DV:

-----

-----

Data di compilazione .....