



Gent.ma Sig.ra, Egr. Sig.

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.

Il questionario prevede anche uno spazio dove, se lo desidera, potrà esprimere suggerimenti per il miglioramento dei servizi. Le assicuriamo che il questionario è anonimo.

La ringraziamo vivamente per la sua gentile collaborazione.

=====

Indicare il regime di trattamento:

Convenzionato

Privato

- SMIM
- DAY HOSPITAL
- DIURNO CONTINUO
- Ambulatorio di Logopedia
- Ambulatorio di Musicoterapia
- Ambulatorio di Psicomotricità
- Ambulatorio di Psicoterapia
- Trattamento psicoeducativo individuale
- Trattamento in piccolo gruppo (trattamento psicoeducativo, psicomotricità e/o piscina)

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

Legenda: 😊 = **Ottimo**   😐 = **Medio**   😞 = **Scarso**

Come valuta:	VALUTAZIONE			
	😊	😐	😞	
	Ottimo	Medio	Scarso	Non valutabile
1. La chiarezza e completezza delle informazioni ricevute, in generale, al Dosso Verde?				
2. La chiarezza e completezza delle informazioni sullo stato di salute e sulle cure prestate?				
3. Il rapporto con la Segreteria				
4. Il rapporto con il Neuropsichiatra infantile				
5. Il rapporto con lo Psicologo/Psicoterapeuta				
6. il rapporto con il Logopedista				
7. Il rapporto con l’Educatore				
8. Il rapporto con il Psicomotricista				
9. Il rapporto con il Musicoterapista				
10. Il rapporto con l’Assistente Sociale				
11. La riservatezza ed il rispetto nelle relazioni con gli operatori				
12. Il grado di gestione dei rapporti con la rete dei servizi (quali gli operatori della scuola, del territorio ecc).				
13. Il rispetto degli orari previsti				
14. Il comfort della sala d’aspetto e dei luoghi comuni				
15. L’igiene e la pulizia degli ambienti				
16. La gestione delle diverse misure di prevenzione e contenimento adottate al Dosso Verde (misurazione t°, distanziamento, gestione del caso positivo...), nella fase Covid				
17. La gestione organizzativa, in sicurezza, relativa agli ingressi e alle uscite degli utenti e dei familiari?				



VERO / FALSO

AFFERMAZIONI	VERO	FALSO
1. Ritengo che l'equipe del Dosso sia professionale e competente	V	F
2. Ho chiarezza degli obiettivi del percorso riabilitativo di mio figlio	V	F
3. Il numero di terapie settimanale è adeguato ai bisogni di mio figlio.	V	F
4. Gli orari proposti dal centro risultano comodi per l'organizzazione familiare.	V	F
5. Il percorso riabilitativo di mio figlio è adeguato al suo percorso di crescita.	V	F
6. Il confronto con gli specialisti del centro mi aiuta a comprendere i principali bisogni di mio figlio.	V	F
7. Preferisco avere più pareri possibili, anche al di fuori del centro, circa il percorso riabilitativo di mio figlio.	V	F

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

- Segnalazione del Medico/Pediatra
- Poli ospedalieri
- ATS (ex ASL)/UONPIA
- Segnalazione di altri utenti o conoscenti e amici
- Contatto diretto con il centro (Già frequentato da altri figli o familiari)

**Consiglierebbe ad altri questa struttura?**

- Sì
- No

**Chi compila il questionario?**

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

SE LO DESIDERA DIA UN SUGGERIMENTO PER MIGLIORARE I SERVIZI DEL DOSSO VERDE:

-----  
-----