



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 o diagnostiche.

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

Indicare il motivo di accesso alla struttura

- 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)
- Singolo consulto
- Valutazione psicodiagnostica
- Valutazione per DSA

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 |
| <b>AREA INFORMAZIONE / ORGANIZZAZIONE</b>                                                                                 |             |       |        |                |
| Le informazioni ricevute telefonicamente e/o presso la struttura in fase di primo contatto con il Centro                  |             |       |        |                |
| Il tempo di attesa dalla prenotazione alla data di prestazione                                                            |             |       |        |                |
| Le tariffe applicate per prestazioni in regime di solvenza                                                                |             |       |        |                |
| <b>AREA ASSISTENZA</b>                                                                                                    |             |       |        |                |
| Attenzione ricevuta dal personale (neuropsichiatria infantile, psicologo, psicoterapeuta, terapeuta della riabilitazione) |             |       |        |                |
| La chiarezza e completezza delle informazioni sullo stato di salute e le eventuali indicazioni terapeutiche/riabilitative |             |       |        |                |
| Il rispetto degli orari previsti                                                                                          |             |       |        |                |
| Il rispetto della riservatezza personale                                                                                  |             |       |        |                |
| Il grado di gestione dei rapporti con la rete dei servizi (quali gli operatori della scuola, del territorio, etc.)        |             |       |        |                |
| Apprezzamento delle attività svolte da vostro/a figlio/a e adeguatezza alle sue potenzialità                              |             |       |        |                |
| Disponibilità e capacità di risposta del personale alle richieste della famiglia                                          |             |       |        |                |
| Puntualità nelle comunicazioni verbali e scritte                                                                          |             |       |        |                |



| Come valuta                                                                   | VALUTAZIONE |       |        |                |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|--------|----------------|
|                                                                               |             |       |        |                |
|                                                                               | Ottimo      | Medio | Scarso | Non valutabile |
| Il comfort della sala d'aspetto e dei luoghi comuni                           |             |       |        |                |
| L'igiene e la pulizia degli ambienti                                          |             |       |        |                |
| La gestione organizzativa, in sicurezza, relativa agli ingressi e alle uscite |             |       |        |                |

VERO / FALSO

| AFFERMAZIONI                                                                                                        | VERO | FALSO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| Ritengo che l'equipe del Dosso sia professionale e competente                                                       | V    | F     |
| Ho chiarezza degli obiettivi del percorso riabilitativo di mio figlio                                               | V    | F     |
| Il numero di terapie programmate è adeguato ai bisogni di mio figlio                                                | V    | F     |
| Gli orari proposti dal centro risultano comodi per l'organizzazione familiare                                       | V    | F     |
| Il percorso riabilitativo di mio figlio è adeguato al suo percorso di crescita.                                     | V    | F     |
| Il confronto con gli specialisti del centro mi aiuta a comprendere i principali bisogni di mio figlio               | V    | F     |
| 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:

.....

.....