



Questionario di valutazione della soddisfazione dei genitori

Gentili genitori,

vi chiediamo alcuni minuti da dedicare alla compilazione del presente questionario. Le Vostre indicazioni e i Vostri suggerimenti sul nostro servizio ci sono preziosi perchè ci aiutano a migliorarne la qualità.

Quando troverete una tabella numerica, indicate un numero da 1 a 10, dove 1 sta per "pessimo" e 10 sta per "ottimo".

Al termine, Vi invitiamo a riporre questa scheda nel contenitore predisposto.

Il questionario è anonimo!

Grazie per la collaborazione.

GENERALITA'

Polo territoriale di:	<input type="checkbox"/> Gazzaniga	<input type="checkbox"/> Lovere	<input type="checkbox"/> Piario	<input type="checkbox"/> Trescore Balneario
Compilatore:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Altro parente (specificare.....)	

Data compilazione.....

1. Da quanto tempo frequenta il nostro servizio?

- ☐ meno di 1 anno
- ☐ 1 anno circa
- ☐ circa 3 anni
- ☐ più di 5 anni

2. Quanti bambini ha in cura presso il nostro servizio?

.....

3. Di che età sono i bambini in cura?

- ☐ 0-5 anni
- ☐ più di 5 anni
- ☐ di entrambe le fasce

CONTATTI TELEFONICI E SEGRETERIA

1. Come valutate la chiarezza del nostro risponditore telefonico?

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

2. Come valutate la capacità di risposta della segreteria alle Vostre richieste?

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

3. Come valutate il tempo di attesa di risposta alle Vostre richieste telefoniche?

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

OPERATORI

1. Da quali figure professionali è seguito/a Vostro/a figlio/a? (sono possibili più scelte)

- ☐ neuropsichiatra infantile
- ☐ psicologo
- ☐ assistente sociale
- ☐ fisioterapista
- ☐ logopedista
- ☐ psicomotricista
- ☐ educatore

2. L'orario previsto per la visita con il neuropsichiatra infantile e/o lo psicologo è stato generalmente rispettato?

- ☐ sì
- ☐ no, ha subito un ritardo minore di 15 minuti
- ☐ no, ha subito un ritardo maggiore di 15 minuti

3. L'orario previsto per la terapia e/o colloquio con i terapisti e/o l'assistente sociale è stato generalmente rispettato?

- ☐ sì
- ☐ no, ha subito un ritardo minore di 15 minuti
- ☐ no, ha subito un ritardo maggiore di 15 minuti
- ☐ non ho ancora avuto terapie e/o colloqui con queste figure

COMUNICAZIONI E RELAZIONI

1. Il linguaggio del neuropsichiatra infantile o dello psicologo nelle comunicazioni è, a Suo parere, semplice e chiaro?

- ☐ sì
- ☐ no (per quale motivo?.....)
- ☐ non saprei

2. Il linguaggio dei terapisti o dell'assistente sociale nelle comunicazioni è, a Suo parere, semplice e chiaro?

- ☐ sì
- ☐ no (per quale motivo?.....)
- ☐ non saprei

3. Il rapporto stabilito dal **neuropsichiatra infantile o dallo psicologo** con Vostro/a figlio/a è:

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

4. Il rapporto stabilito dai **terapisti** con Vostro/a figlio/a è:

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

5. Il rapporto stabilito dagli **educatori** con Vostro/a figlio/a è:

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

6. La capacità di ascolto dimostrata con Voi dal **neuropsichiatra infantile e/o dallo psicologo** è:

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

7. La capacità di ascolto dimostrata con Voi dai **terapisti e/o dall'assistente sociale** è:

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

8. Quanto Vi sentite coinvolti nelle decisioni del progetto terapeutico di Vostro/a figlio/a?

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

9. Come valutate il supporto dei nostri operatori all'interno della scuola frequentata da Vostro/a figlio/a?
(Rispondere solo se Vostro figlio usufruisce di questo tipo di assistenza)

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

10. Quanto Vi sentite partecipi negli incontri operatori-insegnanti-genitori? (Rispondere solo se avete partecipato a tali incontri)

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

AMBIENTE

1. Come giudica, in linea generale, l'accoglienza e l'ospitalità dei locali del Nostro reparto?

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

2. Dia un voto ai seguenti aspetti dei Nostri locali:

a) sala d'attesa

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

b) bagni

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

c) stanze dei terapisti e/o neuropsichiatri

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

CONCLUSIONI

Come giudicate il rapporto tra il Vostro bisogno di assistenza e la risposta (comprensiva di ogni aspetto) ricevuta dal nostro servizio?

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

Eventuali osservazioni, suggerimenti, ecc..

.....

.....

.....

.....