**Centro Semiresidenziale NPIA di**

**Nota bene**: le informazioni raccolte, in forma anonima, con la compilazione della presente pagina del questionario saranno utilizzate esclusivamente a fini statistici, per descrivere le caratteristiche del campione di coloro che hanno partecipato alla presente rilevazione.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il questionario viene compilato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: INFORMAZIONI GENERALI A quale titolo compila il seguente questionario?   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Famigliare? |  | SI |  | NO |   Se SI, rapporto di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Tutore? |  | SI |  | NO | |  | | Ente affidatario? |  | SI |  | NO | |

**Centro Semiresidenziale di NPIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Legenda:** | | 1. *per nulla soddisfatto;* 2. *poco soddisfatto;* 3. *soddisfatto così, così;* 4. *soddisfatto;* 5. *molto soddisfatto;* 0. *non saprei.* | | | | | | | | | | | | |
| **AREA INFORMAZIONE e COMUNICAZIONE** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | È soddisfatta/o delle informazioni che ha ricevuto e che riceve in merito alla frequenza del Centro e alle cure e attenzioni rivolte a suo figlio/a? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
| 2 | È soddisfatta/o delle informazioni che ha ricevuto e che riceve in merito al Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) rivolto a suo/a figlio/a? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
| **Eventuali osservazioni e suggerimenti:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **AREA AMBIENTI E SPAZI** | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | È soddisfatta/o, in generale, dell’ambiente e degli spazi offerti (organizzazione spazi, pulizia, cura, attrezzatura, ecc.)? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
| **Eventuali osservazioni e suggerimenti:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **AREA ORGANIZZAZIONE ed EFFICIENZA** | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | È soddisfatta/o, in generale, dell’organizzazione del Centro (ad esempio orari, flessibilità, supporto tecnico)? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
| **Eventuali osservazioni e suggerimenti:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **AREA ASSISTENZA e CONTINUITA’** | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | È soddisfatta/o degli interventi messi in atto dagli operatori sanitari (Medico Neuropsichiatra, Terapisti)? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
| 6 | È soddisfatta/o degli interventi messi in atto dagli operatori socio-educativi (Educatori Professionali – OSS – Assistente Sociale)? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
| **Eventuali osservazioni e suggerimenti:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **AREA RELAZIONALE** | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | È soddisfatta/o del rapporto con gli operatori che si occupano di suo/a figlio/a (cortesia, riservatezza, disponibilità all’ascolto, alle spiegazioni, ecc.)? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
| **Eventuali osservazioni e suggerimenti:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Legenda:** | | 1. *per nulla soddisfatto;* 2. *poco soddisfatto;* 3. *soddisfatto così, così;* 4. *soddisfatto;* 5. *molto soddisfatto;* 0. *non saprei.* | | | | | | | | | | | | |
| **IN CONCLUSIONE ...** | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Soddisfazione complessiva: nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto del servizio erogato dal Centro? | | | | | | | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **0** |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Consideriamo il suo contributo fondamentale e le chiediamo: ci sono degli aspetti che possono migliorare la qualità del Servizio? | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Consiglierebbe questo Centro a parenti e amici che ne avessero bisogno? | | | | | | | | **SI’** | |  | | **NO** | |
| Per quali motivi? | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Conosce il **Bilancio Sociale** di Fondazione Renato Piatti – ONLUS? | | | **SI** | □ | **NO** | □ | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI RIFERITI AL SERVIZIO** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, la informiamo che i risultati della presente indagine saranno resi noti attraverso comunicazione scritta.

La Direzione