**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 GENERALIA 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