



UADR-01



UADR-02

## Questionario Utenti AMBULATORIALI – DIURNI - RESIDENTI (minori)

Cara famiglia,

la nostra struttura nasce per non essere solo un luogo di cura; proprio per questo motivo è in atto un progetto volto a valorizzare la Missione stessa dell'opera.

Al fine di poter raccogliere pareri e consigli che ci permettano di offrire ai nostri utenti una sempre maggiore qualità del servizio e della relazione con i bambini/ragazzi e con la famiglia Le chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario e di riportarlo nell'apposito contenitore che troverete in sala d'attesa.

Il questionario è anonimo.

Certi di una vostra fattiva collaborazione, Vi ringraziamo anticipatamente.

Il Responsabile operativo (DO)

Il Coordinatore del progetto di Missione

\*Campo obbligatorio

ASSOCIAZIONE  
**la Nostra Famiglia**

### 1. Compilatore \*

Contrassegna solo un ovale.

- Genitore  
 Altro

### 2. Data \* / /

Esempio: 15 dicembre 2012

### 3. Centro di Riabilitazione di: \*

### 4. Settori di Servizio

Contrassegna solo un ovale.

- Ambulatorio  
 Diurni  
 Residenti

### 5. Come è venuto a conoscenza del nostro Centro?

Seleziona tutte le voci applicabili.

- dal medico di base / pediatra  
 conoscenti  
 scuola  
 un altro utente del servizio  
 servizi territoriali  
 Altro: .....

### 6. Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute quando si è rivolto per la prima volta al Centro

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

## CURA E RIABILITAZIONE

### 7. Quanto è soddisfatto del servizio di riabilitazione erogato dal Centro?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

### 8. Quanto ritiene che il progetto riabilitativo in corso stia modificando la qualità di vita del bambino/ragazzo?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

### 9. Quanto ritiene che il progetto riabilitativo si stia realizzando come previsto?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									



UADR-01

DO M 005 REV.0



UADR-02

DO M 005 REV.0



UADR-03

10. Rileva disagi e problemi durante lo svolgimento del progetto di cura e riabilitazione?

Contrassegna solo un ovale.

- SI
- NO

11. Quali disagi e problemi rileva durante lo svolgimento del progetto di cura e riabilitazione?

.....

.....

.....

.....

.....

## B) RELAZIONE CON LA FAMIGLIA

12. Quanto è soddisfatto dell'accoglienza che sta ricevendo?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

13. Quanto è soddisfatto dell'ascolto che sta ricevendo?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

14. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Medici nei suoi confronti?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

15. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Psicologi nei suoi confronti?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									



UADR-04

16. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Terapisti della riabilitazione ed educatori nei suoi confronti?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

17. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Assistenti sociali nei suoi confronti?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

18. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte di Altri operatori nei suoi confronti?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

19. Quanto è soddisfatto delle informazioni sanitarie che sta ricevendo durante i trattamenti riabilitativi e le visite mediche?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

## C) RELAZIONE CON IL BAMBINO

20. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Medici nei confronti del bambino/ragazzo ?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									



UADR-03

DO M 005 REV.0



UADR-04

DO M 005 REV.0



UADR-05

21. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Psicologi nei confronti del bambino/ragazzo ?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

22. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Terapisti della riabilitazione ed educatori nei confronti del bambino/ragazzo ?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

23. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Assistenti sociali nei confronti del bambino/ragazzo ?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

24. Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte di Altro personale nei confronti del bambino/ragazzo ?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

## D) INTEGRAZIONE SOCIALE

25. Ritiene che il progetto riabilitativo stia facilitando la partecipazione del bambino/ragazzo alle attività con i coetanei? (attività sportiva, scoutismo, ambiente parrocchiale, ecc.)

Contrassegna solo un ovale.

SI  
 NO



UADR-05

DO M 005 REV.0



UADR-06

26. Quali sono le motivazioni della risposta precedente?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

27. In questo progetto vi sentite accompagnati e aiutati a conoscere le risorse e i servizi del vostro territorio?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

## E) FAMILIARITÀ DELL' AMBIENTE

28. Quanto è soddisfatto della cura degli ambienti e del comfort del Centro?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

29. Quanto è soddisfatto della pulizia e l'igiene?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

30. Quanto è soddisfatto della qualità del pranzo?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	molto									

31. Ritiene importante che il Centro organizzi iniziative a favore dei bambini/ragazzi e delle loro famiglie? (formazione, feste, eventi ricreativi, celebrazioni ecc.)

Contrassegna solo un ovale.

SI  
 NO



UADR-06

DO M 005 REV.0



UADR-07

32. Quali sono le motivazioni della risposta precedente.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### DOMANDE CONCLUSIVE

33. Secondo lei in questo Centro ci sarebbero degli aspetti da migliorare?

*Contrassegna solo un ovale.*

SI  
 NO

34. Quali aspetti sarebbero da migliorare?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

35. A suo parere cosa potrebbe fare il Centro per aiutare di più i genitori e le famiglie?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

36. Il percorso di cura e riabilitazione che sta realizzando il bambino/ragazzo è motivo per una riflessione e un approfondimento dei valori umani e spirituali?

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

SI  
 NO

37. Quali sono le motivazioni della risposta precedente.

.....

38. Complessivamente quanto vi sentite accolti e seguiti dai nostri servizi?

*Contrassegna solo un ovale.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
per niente           molto



UADR-07

DO M 005 REV.0



UADR-08

39. Quali sono le motivazioni della risposta precedente.

.....

### CONTATTI

40. Sarebbe disponibile per eventuali ulteriori contatti?

*Contrassegna solo un ovale.*

SI  
 NO

41. Cognome e Nome

42. n° telefono

43. e-mail

Powered by



UADR-08

DO M 005 REV.0