

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE  
DELLA SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI  
AMBULATORI MINORI "IL CENTRO DELL'AMICIZIA"**

**Compilo il presente questionario in qualità di:** (è possibile barrare fino a due caselle es. genitore e tutore)

- Genitore     Fratello/sorella     Altro  
 Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno

**1. Considero il livello di qualità del servizio offerto dalla Cooperativa nel suo complesso:**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**2. Come valuta globalmente l'intervento offerto dall'Ambulatorio:**

- Ottimo     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**3. Ritengo lo scambio d'informazioni tra l'Ambulatorio e la famiglia:**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**4. Valuto il livello qualitativo:**

• Consulenza specialistica (pediatra, neuropsichiatra)

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

• La condivisione del progetto ha coinvolto gli attori della rete previsti?

- famiglia     famiglia, scuola e Neuropsichiatria  
 famiglia e scuola     famiglia, scuola, neuropsichiatria e servizi territoriali

**5. Valuto il livello dei servizi accessori:****• Pulizia ambienti**

Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**• Uffici amministrativi**

Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**6. Come valutare l'intervento dell'equipe dell'Ambulatorio in collaborazione con:**

-Voi familiari? (parent training, colloqui individuali, sostegno nella rete di enti/servizi, indicazioni su strategie di intervento e attività da svolgere...)

- Ottima             Buono             Sufficiente             Insufficiente

-la scuola? (osservazioni a scuola, condivisione con insegnanti di interventi educativi...)

Ottima             Buono             Sufficiente             Insufficiente             non previsto

-la UONPIA? (collaborazione e aggiornamento sul trattamento)

Ottima             Buono             Sufficiente             Insufficiente             non previsto

**7. Valuto il livello di professionalità e attenzione del personale:**

Buono             Sufficiente             Parzialmente insufficiente             Insufficiente

**8. Ritengo che la carta dei servizi della Cooperativa fornisca informazioni in modo:**

Completo             Adeguato             Sufficiente             Insufficiente

Suggerimenti per il miglioramento delle attività e dei servizi

---



---



---

Data di compilazione \_\_\_\_\_