

All.2

R.ACC. 6.1.5 Q.V.P.D.

R.ACC. 6.1.5 Q.V.P.D.	REDAZIONE	AUTORIZZAZIONE	VALIDITA'
REVISIONE 0.1 del 01/02/2024	Dott. Anna Paola Bramucci	Dott. Eugenio Lampacrescia	triennale

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO

DATA COMPILAZIONE: _____

Gentile Signora/e Le chiediamo di esprimere la Sua opinione in merito al percorso di valutazione diagnostica per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

I dati da Lei forniti nel presente questionario verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza e dell'anonimato e Lei quindi non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Le informazioni saranno utilizzate per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

0. Nazionalità:

- Italiana
- Straniera

1. E' la prima volta che si reca in questo ambulatorio?

- Si
- No

2. Qual è il Suo Giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto?

- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

3. Qual è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?

- Consiglio di un medico (medico di famiglia/specialista)
- Consiglio di amici/parenti/insegnanti
- Competenza della struttura/ del professionista
- Vicinanza
- Tempi di attesa più brevi (era la prima disponibile in termini di tempo)
- Controllo diagnostico per il passaggio dell'ordine scolastico
- Altro _____

4. Chi ha richiesto la visita specialistica?

- Il pediatra
- La scuola/insegnanti
- Scelta personale
- Altro _____

5. Come ha effettuato la prenotazione?

- Recandomi direttamente presso il Centro
- Telefonicamente
- Altro _____

6. La modalità di prenotazione è stata agevole?

- Si

- Abbastanza
- No

7. L'iter diagnostico prevede il rilascio della certificazione entro 20 giorni dalla data dell'ultima valutazione. Il Centro è riuscito a rispettare i tempi previsti?

- Sì
- No
- No, per motivi esterni al Centro

8. Qual è il Suo giudizio rispetto al comfort e igiene degli ambienti?

- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

9. Qual è il Suo giudizio in merito alla sicurezza degli ambienti della struttura, eventi avversi e incidenti? (rischio di contusioni, scivolamenti, cadute, fughe del minore)?

- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

10. Qual è il Suo giudizio sul rispetto della riservatezza durante la valutazione?

- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

11. Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulla diagnosi ed eventuale percorso riabilitativo/rieducativo?

- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

12. Qual è il Suo giudizio in merito al colloquio di restituzione della diagnosi?

- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

13. Dopo la definizione diagnostica, il Centro è stato in grado di supportarLa nel percorso successivo la valutazione DSA (accettazione della diagnosi, iter riabilitativo, attivazione richiesta dell'indennità di frequenza, messa in contatto con associazioni che si occupano del sostegno globale del soggetto con DSA e della sua famiglia, ecc.....)?

- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto

14. Rispetto alle sue aspettative il servizio che ha ricevuto è stato:

- Peggior di come me lo aspettavo
- Come me lo aspettavo
- Migliore di come me lo aspettavo

15. Indichi l'aspetto positivo (se presente) che l'ha colpita maggiormente.

16. Nello spazio sottostante Le chiediamo, se lo desidera, di scrivere liberamente alcuni suggerimenti in merito al percorso di valutazione diagnostica per DSA.
