



R.ACC. Q.G.

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

**QUESTIONARIO del GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA –**

**DATA COMPILAZIONE:** \_\_\_\_\_

Gentile Paziente, Il Filo di Arianna Srl desidera conoscere l'opinione di chi, per scelta o per necessità, usufruisce delle nostre prestazioni. Grazie alle Sue indicazioni, il nostro centro studierà possibili azioni di miglioramento al fine di arginare eventuali disservizi o comunque sempre nell'ottica di un progresso continuo della qualità proposta. Il questionario è in forma anonima, La invitiamo pertanto a non indicare nessun dato che possa consentire la Sua identificazione e ad apporre una X per descrivere la Sua scelta.

<b>SESSO</b>	<input type="radio"/> <b>M</b>	<input type="radio"/> <b>F</b>		
<b>ETA'</b>	<input type="radio"/> <b>fino a 25 anni</b>	<input type="radio"/> <b>tra 26 e 50</b>	<input type="radio"/> <b>tra 50 e 75</b>	<input type="radio"/> <b>oltre 76</b>
<b>COMUNE DI RESIDENZA</b>				
<b>NAZIONALITA'</b>				
<b>ISTRUZIONE</b>	<input type="radio"/> <b>Scuola dell'Obbligo</b>	<input type="radio"/> <b>Scuola Media Superiore</b>	<input type="radio"/> <b>Laura</b>	
<b>SERVIZIO EROGATO</b>	<input type="radio"/> <b>Visita neuropsichiatrica infantile</b> <input type="radio"/> <b>Valutazione logopedica</b> <input type="radio"/> <b>Valutazione psicologica</b> <input type="radio"/> <b>Valutazione neuropsicomotoria</b>	<input type="radio"/> <b>Trattamento logopedico</b> <input type="radio"/> <b>Trattamento psicologico</b> <input type="radio"/> <b>Trattamento neuropsicomotorio</b>		
<b>MESE E ANNO DELLA PRESTAZIONE</b>	<input type="radio"/> _____			
<b>MOTIVO DELLA SCELTA DEL CENTRO IL FILO DI ARIANNA SRL</b>	<input type="radio"/> <b>Su consiglio medico di base</b> <input type="radio"/> <b>Su consiglio di altro specialista</b> <input type="radio"/> <b>Lo ritengo il centro di riferimento per il mio problema</b> <input type="radio"/> <b>Su consiglio di familiari o conoscenti</b> <input type="radio"/> <b>Sito web, internet, social</b> <input type="radio"/> <b>altro (specificare)</b>			

	Ottimo	Soddisfacente	Mediocre	Insufficiente
<b>1.E' stato semplice prenotare</b>				
<b>2. L'accoglienza e l'ospitalità della:</b>				
- Segreteria				
- Direzione				
- Operatori				
<b>3. La logistica: arredi, spazi, luminosità, bagni</b>				
<b>4. Il confort degli arredi, spazi, struttura</b>				
<b>5. L'igiene degli ambienti</b>				
<b>6. La puntualità degli operatori:</b>				
- Segreteria				
- Direzione				
- Operatori				
<b>7. La riservatezza durante:</b>				
- le visite di valutazione/valut. multidisciplinari				
- l'attesa				
- attività di segreteria				
<b>8. Le informazioni di varia natura ricevute da:</b>				
- Segreteria				
- Direzione				
- Operatori				
<b>9. La chiarezza e completezza delle informazioni fornite in sede di valutazione</b>				
<b>10. La cortesia e l'attenzione del personale:</b>				
- Segreteria				
- Direzione				
- Operatori				
<b>11. L'organizzazione degli orari delle:</b>				
- visite di valutazione				
- colloqui				
<b>12. Consiglierebbe ad altri questo Centro</b>				

SUGGERIMENTI E/O RECLAMI:

Il questionario compilato va inserito nell'apposita cassetta di raccolta posizionata all'ingresso in segreteria.

Le siamo grati per la cortese collaborazione e per la sincerità dei giudizi che ha espresso.

Terremo conto della Sua opinione e ne faremo uso al fine del miglioramento continuo del servizio.

Cordiali saluti.

Dott. Eugenio Lampacrescia  
Legale Rappresentante

