

## Valutazione qualità servizio Centro TOG

Gentile genitore,

Nella compilazione del presente questionario, **anonimo**, Le chiediamo di tenere presente alcune semplici indicazioni.

- Il questionario si compone di una serie di domande a scelta multipla. Può fornirci le Sue risposte, facendo una croce sul valore che rappresenta meglio il Suo pensiero.
- E' importante che risponda a tutte le domande che Le vengono poste.
- Cerchi di dare sempre una sola risposta, anche se trova molto difficile trovarne una che corrisponda esattamente a quello che pensa. Si ricordi che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Risponda con la massima spontaneità e sincerità, le Sue opinioni per noi sono di grande interesse.
- Chiediamo infine la cortesia di riconsegnare il questionario inserendolo nell'apposita scatola in segreteria medica

La ringraziamo vivamente per la Sua gentile collaborazione!

-----

Fondazione TOG

Via Livigno, 1

CAP 20158 Milano

CF 97608390155

[segreteria@fondazionetog.org](mailto:segreteria@fondazionetog.org)

**1. Indichi il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni, utilizzando la scala sottostante.**

Decisamente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Decisamente d'accordo
1 Ho chiarezza degli obiettivi del percorso riabilitativo di mio/a figlio/a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2 I percorsi riabilitativi proposti dagli specialisti rispondono ai bisogni di mio/a figlio/a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3 Il programma settimanale proposto dal Centro TOG tiene conto delle esigenze di mio/a figlio/a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4 Il numero di terapie settimanale è adeguato ai bisogni del bambino/a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5 Percepisco la flessibilità degli specialisti nel modificare il percorso riabilitativo di mio/a figlio/a a seconda del suo percorso di crescita.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
6 Non credo che il percorso riabilitativo proposto a mio figlio risponda esattamente alle sue esigenze.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
7 Gli orari proposti dal centro sconvolgono la routine quotidiana del mio/a bambino/a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
8 I diversi interventi riabilitativi hanno obiettivi coerenti tra di loro.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
9 Il confronto con gli specialisti del Centro mi aiuta a comprendere i principali bisogni di mio figlio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10 .Credo che gli specialisti non abbiano identificato adeguatamente le aree su cui è prioritario intervenire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**2. Indichi il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni, utilizzando la scala sottostante.**

Fondazione TOG

Via Livigno, 1

CAP 20158 Milano

CF 97608390155

[segreteria@fondazionetog.org](mailto:segreteria@fondazionetog.org)

	per nulla soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	molto soddisfatto
11 in generale come valuta accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
12 come valuta l'accessibilità alla struttura (parcheggi, ascensori, rampe)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
13 come valuta la pulizia degli ambienti (ambulatori, stanze terapia, sale d'attesa)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
14 come valuta il rispetto per gli orari previsti		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
15 come valuta l'attenzione del personale medico		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
16 come valuta l'attenzione del personale riabilitativo		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
17 come valuta l'attenzione della segreteria, accoglienza		1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Nello spazio sottostante è possibile condividere segnalazioni da evidenziare riguardanti la qualità del lavoro offerto:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Grazie per la collaborazione!**

**Fondazione TOG**

Via Livigno, 1

CAP 20158 Milano

CF 97608390155

[segreteria@fondazionetog.org](mailto:segreteria@fondazionetog.org)