

**QUESTIONARIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE  
DEL SERVIZIO FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA (SFA)**

**FAMILIARE UTENTE**

ANNO 2010

1. **Quale è l'età del/della figlio/a?** \_\_\_\_\_ anni.

2. **e il sesso?**       Maschio       Femmina

3. **E' soddisfatto del modo in cui lo SFA si prende cura di lui/lei?**

Molto	
Abbastanza	
Poco	
Molto poco	
Non so	

4. **Le vanno bene gli orari del servizio?**

Molto	
Abbastanza	
Poco	
Molto poco	
Non so	

5. **Gli orari del servizio le sembrano?**

Adeguati	
Abbastanza adeguati, ma avrei bisogno di più tempo	
Inadeguati, perché non adeguati alle esigenze della mia famiglia	
Altro	
_____	
_____	
Non so	

6. **Se gli orari del servizio le sembrano inadeguati, quale orario preferirebbe?**

Orario	Dalle... alle
Mattino	
Pomeriggio	
Sera	
...altro orario specificare...	

--	--

**7. In quali giorni suo/a figlio/a frequenta il servizio e in quali orari?**

<b>Orario</b>	<b>Dalle-alle</b>
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	

**8. Riterrebbe opportuno l'apertura del SFA anche nella giornata di sabato?**

- Sì**
- No**

**9. Se lo SFA promuovesse dei fine settimana organizzati suo/a figlio/a ne usufruirebbe?**

- Sì**
- No**

**10. Secondo lei il personale è professionalmente preparato?**

Molto	
Abbastanza	
Poco	
Molto poco	
Non so	

**11. Ritiene che suo/a figlio/a riceva dal personale le prestazioni necessarie per i suoi bisogni?**

Sì	
Abbastanza	
Non sempre	
Poco	
No	

## 12. Quali dei seguenti interventi riceve?

TIPOLOGIA INTERVENTO	E' soddisfatta?	
	Si	No
Laboratorio creativo-artistico		
Laboratorio motorio		
Percorso di autonomia		
Laboratorio informatico		
Laboratorio di cucina		
Laboratorio di attività domestiche		
Educazione stradale		
Educazione ambientale		
Animazione musicale		
Attività culturale- biblioteca		
Laboratorio orto-botanico		
Gite		
Attività boschive-WWF		
Prestazioni infermieristiche		
Prestazioni psicologiche		
Attività di piscina		
_____		
_____		
Altro (specificare)		
_____		
_____		

## 13. Dal suo punto di vista di quale dei seguenti interventi ritiene che suo/a figlio/a abbia maggiormente bisogno? Indicare con una crocetta;

TIPOLOGIA INTERVENTO			
Laboratorio creativo-artistico			
Laboratorio motorio			
Percorso di autonomia			
Laboratorio informatico			
Laboratorio di cucina			
Laboratorio di attività domestiche			
Educazione stradale			
Educazione ambientale			
Animazione musicale			
Attività culturale- biblioteca			
Laboratorio orto-botanico			
Gite			
Attività boschive-WWF			

Prestazioni infermieristiche			
Prestazioni psicologiche			
Attività di piscina			
_____			
_____			
Altro (specificare)			
_____			

#### 14. Come valuta le seguenti attività dello SFA?

	Ottima	Buona	Discreta	Sufficiente	Insufficiente
Laboratorio creativo-artistico					
Laboratorio motorio					
Percorso di autonomia					
Laboratorio informatico					
Laboratorio di cucina					
Laboratorio di attività domestiche					
Educazione stradale					
Educazione ambientale					
Animazione musicale					
Attività culturale-biblioteca					
Laboratorio orto-botanico					
Gite					
Attività boschive-WWF					
Prestazioni infermieristiche					
Prestazioni psicologiche					
Attività di piscina					
Altro specificare					

**15. Come valuta il comportamento tenuto dal personale nei suoi confronti?**

Ottimo	Buono	Discreto	Sufficiente	Insufficiente

**16. Il servizio il figlio/a lo riceve:**

Gratuitamente	
Compartecipando alla spesa	

**17. Come giudica il costo del servizio a suo carico?**

Alto	
Giusto	
Basso	
Non so	

**18. Quale è la cosa che più apprezza dello SFA?**

---



---



---

**19. Quale è la cosa che meno le piace dello SFA?**

---



---



---

**20. Rispetto alle sue aspettative iniziali, complessivamente, la sua opinione sul SFA è:**

Migliore di quanto pensassi	
Esattamente come me	

l'immaginavo	
Peggio di quanto pensassi	
Non so	
Altro (specificare)	

**21. Se desidera esprimere altri pareri o suggerimenti per migliorare il servizio, lo faccia qui di seguito...**

---

---

---

**Grazie per la collaborazione!**