



La Crisalide Srl  
Via Carso, 28 – 26015 – Soresina (Cr)  
P. Iva: 01846850194  
Mail: [lacrisalide.autismo@gmail.com](mailto:lacrisalide.autismo@gmail.com)  
Pec: lacrisalide-autismo@pec.it

## MODULO DI SODDISFAZIONE PER LE FAMIGLIE

### Centro Riabilitativo Ambulatoriale “La Crisalide”

Gentile Famiglia,  
al fine di migliorare continuamente la qualità dei nostri servizi, vi chiediamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questo modulo. Le vostre risposte saranno trattate in forma anonima e confidenziale.

#### 1. DATI GENERALI (facoltativi)

- Età del bambino/ragazzo: \_\_\_\_\_
- Durata del percorso riabilitativo presso il centro:
  - Meno di 6 mesi
  - 6 mesi – 1 anno
  - 1 – 2 anni
  - Più di 2 anni

#### 2. VALUTAZIONE DEL SERVIZIO

Per ogni voce, indica il tuo livello di soddisfazione (1 = per niente soddisfatto, 5 = molto soddisfatto)

Aspetti del servizio	1	2	3	4	5
Accoglienza e disponibilità del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiarezza delle informazioni ricevute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coinvolgimento della famiglia nel percorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalità degli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adeguatezza degli spazi e ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rilevanza degli obiettivi terapeutici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione con l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rispetto dei tempi e della puntualità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soddisfazione generale del percorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



La Crisalide Srl  
Via Carso, 28 – 26015 – Soresina (Cr)  
P. Iva: 01846850194  
Mail: [lacrisalide.autismo@gmail.com](mailto:lacrisalide.autismo@gmail.com)  
Pec: lacrisalide-autismo@pec.it

### 3. PUNTI DI FORZA DEL SERVIZIO

(Es. aspetti che avete apprezzato maggiormente)

✎ \_\_\_\_\_  
✎ \_\_\_\_\_

### 4. ASPETTI DA MIGLIORARE

(Es. suggerimenti per migliorare il servizio offerto)

✎ \_\_\_\_\_  
✎ \_\_\_\_\_

### 5. OSSERVAZIONI LIBERE

(Es. esperienze personali, suggerimenti, difficoltà vissute)

✎ \_\_\_\_\_  
✎ \_\_\_\_\_

### 6. GRADIRESTE ESSERE COINVOLTI IN INIZIATIVE FUTURE DEL CENTRO (es. incontri, gruppi, attività)?

Sì     No     Forse

**Data:** \_\_\_\_\_    **Firma (facoltativa):** \_\_\_\_\_

**Grazie per la collaborazione! Il vostro contributo è fondamentale per offrire un servizio sempre più efficace e umano.**

**Si ringrazia per la gentile collaborazione**

Equipe Operativa “La Crisalide”