

## QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Caro familiare,




stiamo eseguendo una ricerca presso i familiari dei nostri utenti al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti nelle nostre strutture, nel rispetto delle vostre esigenze ed aspettative. Per questo, le chiediamo di rispondere alle domande riportate nel presente Questionario.

Il questionario è **anonimo** e le garantiamo che le risposte che darà saranno ritenute confidenziali ed utilizzate nel rispetto della segretezza e della privacy, per cui non sarà in alcun modo possibile ricondurre alla sua persona e per questo confidiamo nella sua **sincerità** e **obiettività**.

### Come deve rispondere?

Troverà una serie di domande suddivise per area secondo il percorso di trattamento del suo familiare e le attività svolte in Comunità; dopo aver letto e compreso la domanda risponda assegnando “il grado di soddisfazione” che ritiene più opportuno, apponendo una croce su **uno solo** dei quadratini di risposta presenti (salvo indicazioni diverse).

I gradi di soddisfazione corrispondono ad una scala di valori da 1 (pessimo) a 6 (ottimo) a cui è aggiunta anche l'opzione “non so”, secondo lo schema seguente:

						?
<b>PESSIMO</b>	<b>INSUFFICIENTE</b>	<b>SUFFICIENTE</b>	<b>DISCRETO</b>	<b>BUONO</b>	<b>OTTIMO</b>	<b>NON SO</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbiamo stimato che per compilare il questionario non impiegherà più di 5 minuti, quindi buona compilazione e ricorda che alla fine dovrà consegnare il questionario all'incaricato o imbucarlo nell'apposita cassetta.

In attesa di incontrarci nuovamente per presentare i risultati dell'indagine la ringraziamo per la sua preziosa collaborazione.

La Direzione di Promozione Umana

<b>IDENTIFICAZIONE RILEVAZIONE INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION</b>
--

Rilevazione indagine Customer Satisfaction \_\_\_\_\_

Data di compilazione del questionario \_\_\_\_\_







<b>IDENTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA COMUNITARIA OSPITANTE</b>
--







Castellone (CR) "L'Addolorata" <input type="checkbox"/>	Sassari - Regione La Crucca (SS) "Maria Madre dei Poveri" <input type="checkbox"/>
Castione della Presolana (BG) "Maria Madre della Vita" <input type="checkbox"/>	Castione della Presolana (BG) "Baita San Luigi" <input type="checkbox"/>
Siziano (PV) "Maria Assunta" <input type="checkbox"/>	Villanterio (PV) "Maria Nascente" <input type="checkbox"/>
S. Giuliano Milanese (MI) "Madonna della Strada in Borgolombardo" <input type="checkbox"/>	S. Donato Milanese (MI) "Maria Madre di Cristo" <input type="checkbox"/>
S. Angelo Lodigiano (LO) "Maria Madre della Speranza" <input type="checkbox"/>	

<b>INFORMAZIONI GENERALI SUL COMPILATORE</b>
--

GENERE	Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>
ETÀ	18-25 anni <input type="checkbox"/> 26-35 anni <input type="checkbox"/> 36-45 anni <input type="checkbox"/> 46-50 anni <input type="checkbox"/>	51-60 anni <input type="checkbox"/> 61-65 anni <input type="checkbox"/> 66-70 anni <input type="checkbox"/> > 70 anni <input type="checkbox"/>
NAZIONALITÀ	Italiana <input type="checkbox"/>	Comunitaria <input type="checkbox"/> Extracomunitaria <input type="checkbox"/>
INGRESSO IN COMUNITÀ DEL PROPRIO FAMILIARE	Mese _____	Anno _____
PRESENZA ATTUALE DEL SUO FAMILIARE IN COMUNITÀ	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

<b>INFORMAZIONI RICEVUTE</b>
------------------------------

Domanda 1 – Come valuta la chiarezza e la completezza delle informazioni sul Programma Terapeutico del suo familiare?						
						?
PESSIMA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETA	BUONA	OTTIMA	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domanda 2 – Come valuta il livello delle informazioni ricevute sullo stato di salute del suo familiare e sulle cure prestategli?						
						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Domanda 3</b> – Come valuta il livello delle informazioni ricevute sui risultati raggiunti dal suo familiare relativi al trattamento ricevuto?						
						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Domanda 4</b> – Come valuta il livello delle informazioni ricevute sulle problematiche non ancora risolte relative al suo familiare?						
						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>RAPPORTO CON IL PERSONALE DELLA COMUNITÀ</b>
---

<b>Domanda 5</b> – Come valuta la cordialità e disponibilità degli operatori?						
						?
PESSIMA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETA	BUONA	OTTIMA	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Domanda 6</b> – Come valuta la capacità di accoglienza, ascolto e comprensione dei suoi bisogni da parte degli operatori?						
						?
PESSIMA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETA	BUONA	OTTIMA	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>PROGRAMMA TERAPEUTICO E ATTIVITÀ CORRELATE</b>
---

<b>Domanda 7</b> – Come valuta il livello e l'adeguatezza del suo coinvolgimento al percorso educativo del suo familiare?						
						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Domanda 8** – Qual è il suo livello di fiducia nei confronti del Programma terapeutico previsto per il suo familiare?

						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Domanda 9** – Come valuta il livello delle terapie e delle cure mediche ricevute dal suo familiare?

						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Domanda 10** – In generale, come valuta il livello di coinvolgimento nelle attività proposte dalla Comunità?

						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ASPETTI E RELAZIONI PERSONALI

**Domanda 11** – Come valuta il livello dei rapporti (di relazione e contatto) con il suo familiare organizzati dalla Comunità?

						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Domanda 12** – Come valuta la presa in carico da parte della Comunità delle questioni sociali e/o giudiziarie-legali del suo familiare?

						?
PESSIMA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETA	BUONA	OTTIMA	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SULLA COMUNITÀ ...
--------------------

<b>Domanda 13</b> – Come valuta il livello di soddisfazione delle aspettative che aveva al momento dell'ingresso in Comunità del suo familiare?						
						?
PESSIMO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Domanda 14</b> – Come valuta la presenza e vicinanza di Promozione Umana dopo il termine del Programma terapeutico del suo familiare?						
						?
PESSIMA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETA	BUONA	OTTIMA	NON SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Domanda 15</b>				?
Consiglierebbe ad un suo conoscente la nostra Comunità per affrontare e risolvere i suoi problemi di dipendenza patologica?	NO	FORSE	SI	NON SO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICAZIONI PER MIGLIORARCI
-----------------------------

<b>Domanda 16</b> - Qual è l'aspetto che gradisce di più? (è possibile UNA SOLA risposta)							
Organizzazione della Comunità	Informazioni Comunicazione	Attenzione all'utente (cortesia, ascolto, disponibilità)	Rispetto della riservatezza personale	Professionalità e competenza degli operatori	Qualità del trattamento ricevuto	Comfort alberghiero	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Domanda 17:</b> Qual è l'aspetto che gradisce di meno? (è possibile UNA SOLA risposta)							
Organizzazione della Comunità	Informazioni Comunicazione	Attenzione all'utente (cortesia, ascolto, disponibilità)	Rispetto della riservatezza personale	Professionalità e competenza degli operatori	Qualità del trattamento ricevuto	Comfort alberghiero	Non saprei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>