

## QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Si sta eseguendo una ricerca presso l'utenza dei servizi del Dipartimento delle Dipendenze al fine di migliorare la qualità delle prestazioni offerte. Per questo si chiede di rispondere alle domande riportate nel presente Questionario.

Il questionario è **anonimo** e le risposte date sono ritenute confidenziali ed utilizzate nel rispetto della segretezza e della privacy, per cui non sarà in alcun modo possibile ricondurre al compilatore del questionario e per questo si confida nella **sincerità** e nella **obiettività** di chi risponde.

### Come rispondere

Le domande sono suddivise per area secondo le fasi del percorso trattamentale; le risposte prevedono l'assegnazione di un "giudizio" ritenuto più opportuno ad alcune affermazioni, 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 (completamente in disaccordo) a 6 (completamente d'accordo) a cui è aggiunta anche l'opzione "non so".

La compilazione del questionario richiede all'incirca di 5 minuti; il questionario compilato va consegnato all'eventuale incaricato o imbucato nell'apposita cassetta.

Si ringrazia per la collaborazione

La Direzione di Dipartimento

### IDENTIFICAZIONE RILEVAZIONE INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION

Rilevazione indagine Customer Satisfaction

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

Sede: \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI GENERALI SUL COMPILATORE

|                                       |                                   |                                   |                                    |                                    |                                |                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| GENERE                                | Maschio <input type="checkbox"/>  | Femmina <input type="checkbox"/>  |                                    |                                    |                                |                               |
| ETÀ                                   | <input type="checkbox"/> =<18     | <input type="checkbox"/> 19-29    | <input type="checkbox"/> 30-39     | <input type="checkbox"/> 40-49     | <input type="checkbox"/> 50-59 | <input type="checkbox"/> =>60 |
| DA QUANTI ANNI È SEGUITO DAL SERVIZIO | <input type="checkbox"/> < 1 anno | <input type="checkbox"/> 1-3 anni | <input type="checkbox"/> 4-10 anni | <input type="checkbox"/> > 10 anni |                                |                               |


#### QUALITÀ DELLA STRUTTURA

|   |                          |                             |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DOMANDA 1: La posizione del Ser.T/NOA è di facile accesso per gli utenti</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO   | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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 2: Gli spazi per l'attesa sono adeguati</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO                            | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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: I locali (uffici, infermeria, ecc...) sono confortevoli</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO   | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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: I servizi igienici sono sufficientemente puliti</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO                                       | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | NON SO                   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
|  <p>Sistema Socio Sanitario<br/>Regione Lombardia<br/>ASST Melegnano e Martesana</p> | <h2>CUSTOMER SATISFACTION</h2> | <p>Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</p> |
|---|--------------------------------|--|

**ASPETTI ORGANIZZATIVI**

|   |                          |                             |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DOMANDA 5: Gli orari di apertura sono adeguati</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO                           | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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: Mi è facile mettermi in contatto con l'operatore che mi segue</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO   | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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 7: I tempi di attesa tra la richiesta di appuntamento e il colloquio o la visita sono adeguati alle mie aspettative</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO  | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | NON SO                   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**RAPPORTO CON GLI OPERATORI**  
 Consideri ora il rapporto con il Ser.T/NOA ed i suoi operatori ed indichi, secondo la Sua esperienza, quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

|  |                          |                             |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DOMANDA 8: Ho fiducia negli operatori che mi seguono e mi fido della loro riservatezza nei miei confronti</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO  | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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 9: Mi sento rispettato e ascoltato dagli operatori</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO                                       | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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 10: Nei momenti di difficoltà NON mi sento abbandonato dagli operatori</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO   | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | NON SO                   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                                |  |
|--|--------------------------------|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia<br/>ASST Melegnano e Martesana</p> | <h2>CUSTOMER SATISFACTION</h2> | <p>Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</p> |
|--|--------------------------------|--|

**ORGANIZZAZIONE, CAPACITÀ DI INTERVENTO, SODDISFAZIONE**  
Le chiediamo, infine, alcune Sue opinioni sul Ser.T/NOA

|  |                          |                             |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DOMANDA 11: Il Ser.T/NOA è attento alle caratteristiche dei singoli utenti nel proporre il percorso terapeutico</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO  | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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 12: Complessivamente mi ritengo soddisfatto del servizio erogato dal Ser.T/NOA</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO   | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | 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 13: Nel caso un mio amico/parente/conoscente avesse un problema di dipendenza simile al mio gli consiglierei questo servizio per risolverlo</b> |                          |                             |                          |                          |                          | ?                        |
| COMPLETAMENTE IN DISACCORDO  | IN DISACCORDO            | MODERATAMENTE IN DISACCORDO | DISCRETAMENTE D'ACCORDO  | D'ACCORDO                | COMPLETAMENTE D'ACCORDO  | NON SO                   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |