

QUESTIONARIO ADI  
(CUSTOMER SATISFACTION)  
Allegato 3

Gentile Signora/Signore,

La invitiamo a compilare la presente indagine conoscitiva sulla qualità del servizio di Assistenza Domiciliare misurata attraverso il grado di soddisfazione degli Utenti/ Familiari beneficiari del servizio stesso che ci permetterà di comprendere meglio le Vostre esigenze e necessità. La preghiamo di consegnare il questionario all'operatore in busta chiusa oppure inviarlo tramite email all'indirizzo [progettosalute.adi@progettosaluteonlus.it](mailto:progettosalute.adi@progettosaluteonlus.it)

Le ricordiamo che è fondamentale che il questionario giunga a destinazione per consentire una valutazione dell'efficacia e della qualità del servizio nonché per riprogettare gli aspetti che risultino essere inadeguati.

Dopo aver compilato alcuni dati anagrafici troverà 15 domande a cui dovrà mettere rispondere con una "X" sull'icona corrispondente (Soddisfatto, neutrale, insoddisfatto)

COMPILATO DA:  utente  familiare  assistente familiare  altro

SESSO  maschio  femmina Età in anni \_\_\_\_\_

NAZIONALITA'  italiana  comunitaria  extracomunitaria

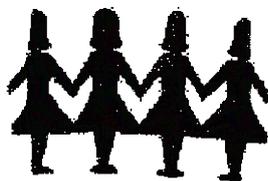
SCOLARITA'  nessuna  scuola obbligo  scuola sup.  laurea/altro

PROFESSIONE  casalinga  operaio  impiegato  dirigente  pensionato  artigiano  commerciante  studente  disoccupato  altro

COME E'

VENUTO A  Amici/familiari  Medico di Medicina Generale  Servizi Sociali  Volantini pubblicitari/ internet

CONOSCENZA DEL SERVIZIO?



1. E' soddisfatto sul numero degli interventi programmati per il suo servizio?   
2. E' soddisfatto della durata degli interventi programmati per il suo servizio?   
3. E' stato soddisfatto del tempo di attesa tra la sua domanda e la chiamata dell'operatore per l'inizio del servizio?   
4. E' soddisfatto della puntualità delle comunicazioni di servizio rispetto alle variazioni sul servizio programmato (orari e/o giornate di intervento, sostituzioni di operatori, comunicazioni su eventuali ritardi)?   
5. E' soddisfatto dell'utilità del servizio?   
6. E' soddisfatto della puntualità degli operatori?   
7. E' soddisfatto della professionalità degli operatori?   
8. E' soddisfatto della cortesia da parte degli operatori?   
9. E' soddisfatto della disponibilità degli operatori?   
10. E' soddisfatto delle informazioni ricevute sugli interventi effettuati dagli operatori?  
  
11. E' soddisfatto del rispetto della riservatezza da parte degli operatori?   
12. E' soddisfatto dei rapporti che l'operatore ha stabilito con paziente e familiari?   
13. E' soddisfatto della qualità del servizio di rispondere ai problemi e alle esigenze che si sono presentate durante il periodo di assistenza domiciliare?   
14. E' soddisfatto della cortesia e disponibilità del personale amministrativo della Cooperativa Progetto Salute?   
15. E' soddisfatto del servizio in generale?   

Se lo desidera può darci dei suggerimenti per rendere più efficace il nostro operato: ad esempio, se potesse, che cosa cambierebbe nel nostro servizio?

.....  
.....  
.....

La ringraziamo per la collaborazione, le Sue valutazioni saranno utili a migliorare la qualità dei nostri servizi. 