

Allegato n.3

*Gent.le Sig.ra / Egr. Sig.re,
il questionario che Le chiediamo di compilare in anonimato ha lo scopo di fornire indicazioni sulle prestazioni offerte dai Servizi per le Dipendenze.
Le Sue indicazioni serviranno ad impostare azioni di miglioramento sui servizi offerti, anche per altre persone che ne usufruiranno in futuro.
Le chiediamo di mettere un segno sulla risposta che Le sembra più adatta.
Dopo aver compilato il questionario, lo inserisca nell'apposita cassetta di raccolta presente nel Servizio.
La ringraziamo anticipatamente per il contributo e la collaborazione che ci vorrà offrire.*

Data compilazione

(gg/mm/aaaa)

Ser. T

Sede di Lecco

Sede di Bellano

Sede di Merate

Servizio Alcologia

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ? (indicare da 1 a 5)

D.01 Tempo di attesa dalla richiesta alla data del primo colloquio

Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.02 Accoglienza da parte degli operatori (disponibilità, cortesia, informazioni ricevute...)

Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.03 Orari di apertura del Servizio

Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.04 Spazi e ambienti del Servizio (accessibilità, pulizia dei locali, confort, riservatezza ecc...)

Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.05 Rispetto degli orari previsti

Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.06 Attenzione ricevuta dagli operatori

Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.07 Riservatezza del personale

Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.08 Complessivamente quanto è soddisfatto del Servizio?

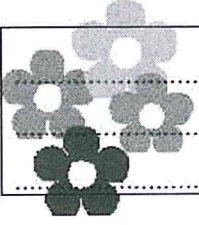
Per niente soddisfatto 1 2 3 4 5 Molto soddisfatto

D.09 Consiglierebbe ad altri questo Servizio?

Sì No

A01 Motivo dell'accesso	<input type="checkbox"/>	A02 Sesso	<input type="checkbox"/>	A03 Et�	<input type="checkbox"/>
Alcol	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	< 19	<input type="checkbox"/>
Sostanze	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>
Fumo	<input type="checkbox"/>			30-39	<input type="checkbox"/>
Gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/>			40-49	<input type="checkbox"/>
				50-59	<input type="checkbox"/>
				>60	<input type="checkbox"/>
A04 Scolarit�	<input type="checkbox"/>	A05 Nazionalit�	<input type="checkbox"/>		
Nessuna	<input type="checkbox"/>	Italiana	<input type="checkbox"/>		
Scuola obbligo	<input type="checkbox"/>	Unione Europea	<input type="checkbox"/>		
Scuola Superiore	<input type="checkbox"/>	Extra Comunitaria	<input type="checkbox"/>		
Laurea	<input type="checkbox"/>				

SUGGERIMENTI ED OSSERVAZIONI PER MIGLIORARE I SERVIZI DEL DIPARTIMENTO
DIPENDENZE

	<hr/> <hr/> <hr/>
---	-------------------