|  |  |
| --- | --- |
|  | **PROVINCIA DI MATERA** |

*QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAGLI UTENTI DEI SERVIZI SCOLASTICI*

*(ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA E SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO RIVOLTO AGLI* *ALUNNI CON DISABILITA’)*

IL QUESTIONARIO È ANONIMO.

La preghiamo di rispondere alle domande che seguono per aiutarci a migliorare i servizi erogati.

Apponga una X sulla risposta secondo il suo indice di gradimento.

# SEZIONE GENERALE

**DATI DELL’ UTENTE**

1. SESSO
   * Maschio
   * Femmina
2. ETA’

\_\_\_

1. COMUNE
2. SITUAZIONE ABITATIVA

(In caso si risponda “Altro”, si prega di specificare)

* + Vive con entrambi i genitori
  + Vive con un solo genitore
  + Vive con persone diverse dal nucleo d’origine
  + Altro

1. GRADO DI PARENTELA/RELAZIONE DI CHI COMPILA
   * Genitore
   * Tutore/curatore
   * Parente (Specificare il grado )
   * Altro (Specificare)

# DATI SUL SERVIZIO

1. TIPOLOGIA DEL SERVIZIO RICHIESTO (È possibile selezionare una sola risposta. In caso si usufruisca di più servizi selezionare quello prioritario)
   * Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica Alunni con disabilità (Vai a Sezione I)
   * Servizio di Trasporto Scolastico Alunni con disabilità – (Vai a Sezione II)

# SEZIONE I – SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA ALUNNI CON DISABILITA’

1. MONTE ORE SETTIMANALI DEL SERVIZIO

 0

 1-5

 6-10

 11-15

 16-20

 Oltre 20

1. DA QUANTO TEMPO USUFRUISCE DEL SERVIZIO?
   * Meno di 1 un anno
   * 1 anno
   * 2 anni
   * da 3 a 5 anni
   * oltre 5 anni
2. SECONDO LEI, C’E’ CORRISPONDENZA TRA IL SERVIZIO RICHIESTO E QUELLO

EFFETTIVAMENTE RICEVUTO?

* + Sì
  + No

1. COME É VENUTO A CONOSCENZA DEL SERVIZIO?

(In caso si risponda “Altro”, si prega di specificare)

* + Altra famiglia beneficiaria del servizio
  + Personale scolastico
  + Operatori cooperativa
  + Altro

1. A CHI HA CHIESTO INFORMAZIONI SULLE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO?

(In caso si risponda “Altro”, si prega di specificare)

* + Altra famiglia beneficiaria del servizio
  + Personale scolastico
  + Operatori cooperativa
  + Altro

1. RITIENE L’OPERATORE/OPERATORI IMPIEGATI:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pochissimo | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo |
| Collaborativo |  |  |  |  |  |
| Puntuale |  |  |  |  |  |
| Professionale |  |  |  |  |  |
| Cortese |  |  |  |  |  |
| Disponibile |  |  |  |  |  |
| Flessibile |  |  |  |  |  |
| Rispettoso della privacy |  |  |  |  |  |

1. QUANTO RITIENE CHE…

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pochissimo | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo | Non  saprei |
| L’affiancamento dello stesso  educatore/operatore nel tempo sia importante |  |  |  |  |  |  |
| L’organizzazione del servizio (giorni ed orari di  svolgimento) siano confacenti alle sue esigenze |  |  |  |  |  |  |
| L’Educatore/operatore incaricato collabori con  lei in un’ottica di “modalità educativa condivisa” |  |  |  |  |  |  |
| L’educatore/operatore incaricato collabori  attivamente con il “gruppo scuola” |  |  |  |  |  |  |

1. IN CHE MISURA RITIENE CHE…

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pochissimo | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo |
| Il servizio usufruito abbia avuto un impatto positivo in  termini di rendimento scolastico |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella sfera  comportamentale |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella sfera  dell’autonomia personale |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella  comunicazione e nella socializzazione con gli altri membri del nucleo familiare |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella  comunicazione e nella socializzazione con pari |  |  |  |  |  |
| Il servizio usufruito possa avere un impatto positivo in  termini di integrazione sociale |  |  |  |  |  |
| Il servizio rappresenti una risorsa positiva |  |  |  |  |  |

1. Pensa che il progetto educativo adottato sia:

* Chiaro
* Adeguato
* Utile
* Non ne sono a conoscenza

1. Se fosse stato possibile avrebbe chiesto una proroga del servizio?
   * SI  NO
2. Ha partecipato ad eventuali riunioni/assemblee organizzate dai Responsabili del servizio?
   * Sempre
   * Qualche volta
   * Raramente
   * Mai
   * Non previste
3. Ha avuto altre esperienze del servizio gestito da altra coop.va/impresa/organizzazione?
   * SI  NO

Se si, come considera questa esperienza rispetto a quella precedente?

* + Migliore
  + Un po’ peggio
  + Nettamente peggiore
  + Non saprei

1. Come valuta nel complesso il servizio di cui ha usufruito?
   * Ottimo
   * Buono
   * Sufficiente
   * Mediocre
   * Pessimo
2. Descriva brevemente se ha osservazioni, commenti o suggerimento da rivolgere alla cooperativa per un miglioramento/modifica/ampliamento del servizio.

# SEZIONE II – SERVIZIO TRASPORTO SCOLASTICO ALUNNI CON DISABILITA’

1. MONTE ORE SETTIMANALI DEL SERVIZIO

 0

 1-5

 6-10

 11-15

 16-20

 Oltre 20

1. DA QUANTO TEMPO USUFRUISCE DEL SERVIZIO?
   1. Meno di 1 un anno
   2. 1 anno
   3. 2 anni
   4. da 3 a 5 anni
   5. oltre 5 anni
2. SECONDO LEI, C’E’ CORRISPONDENZA TRA IL SERVIZIO RICHIESTO E QUELLO

EFFETTIVAMENTE RICEVUTO?

* 1. Sì
  2. No

1. COME É VENUTO A CONOSCENZA DEL SERVIZIO?

(In caso si risponda “Altro”, si prega di specificare)

* 1. Altra famiglia beneficiaria del servizio
  2. Personale scolastico
  3. Operatori cooperativa
  4. Altro

1. A CHI HA CHIESTO INFORMAZIONI SULLE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO?

(In caso si risponda “Altro”, si prega di specificare)

* 1. Altra famiglia beneficiaria del servizio
  2. Personale scolastico
  3. Operatori cooperativa
  4. Altro

1. RITIENE L’OPERATORE/OPERATORI IMPIEGATI:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pochissimo | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo |
| Collaborativo |  |  |  |  |  |
| Puntuale |  |  |  |  |  |
| Professionale |  |  |  |  |  |
| Cortese |  |  |  |  |  |
| Disponibile |  |  |  |  |  |
| Flessibile |  |  |  |  |  |
| Rispettoso della privacy |  |  |  |  |  |

1. QUANTO RITIENE CHE…

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pochissimo | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo | Non  saprei |
| L’affiancamento dello stesso  educatore/operatore nel tempo sia importante |  |  |  |  |  |  |
| L’organizzazione del servizio (giorni ed orari di  svolgimento) siano confacenti alle sue esigenze |  |  |  |  |  |  |
| L’Educatore/operatore incaricato collabori con  lei in un’ottica di “modalità educativa condivisa” |  |  |  |  |  |  |
| L’educatore/operatore incaricato collabori  attivamente con il “gruppo scuola” |  |  |  |  |  |  |

1. IN CHE MISURA RITIENE CHE…

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pochissimo | Poco | Abbastanza | Molto | Moltissimo |
| Il servizio usufruito abbia avuto un impatto positivo in  termini di rendimento scolastico |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella sfera  comportamentale |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella sfera  dell’autonomia personale |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella  comunicazione e nella socializzazione con gli altri membri del nucleo familiare |  |  |  |  |  |
| Suo figlio abbia avuto un miglioramento nella  comunicazione e nella socializzazione con pari |  |  |  |  |  |
| Il servizio usufruito possa avere un impatto positivo in  termini di integrazione sociale |  |  |  |  |  |
| Il servizio rappresenti una risorsa positiva |  |  |  |  |  |

1. Se fosse stato possibile avrebbe chiesto una proroga del servizio?
   1. SI  NO
2. Ha partecipato ad eventuali riunioni/assemblee organizzate dai Responsabili del servizio?
   1. Sempre
   2. Qualche volta
   3. Raramente
   4. Mai
   5. Non previste
3. Ha avuto altre esperienze del servizio gestito da altra coop.va/impresa/organizzazione?
   1. SI  NO

Se si, come considera questa esperienza rispetto a quella precedente?

* 1. Migliore
  2. Un po’ peggio
  3. Nettamente peggiore
  4. Non saprei

1. Come valuta nel complesso il servizio di cui ha usufruito?
   1. Ottimo
   2. Buono
   3. Sufficiente
   4. Mediocre
   5. Pessimo
2. Descriva brevemente se ha osservazioni, commenti o suggerimento da rivolgere alla cooperativa per un miglioramento/modifica/ampliamento del servizio.