



La qualità nei Servizi per le Dipendenze Patologiche

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni degli utenti sulla **qualità dei Servizi per le Dipendenze Patologiche** al fine di migliorare l'assistenza fornita.

Le rivolgiamo alcune semplici domande sulle strutture, sull'organizzazione, e sugli operatori di questo Servizio e le chiediamo di esprimere su di esso **la sua personale opinione**. Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente **al suo punto di vista**.

Le garantiamo in ogni caso **la riservatezza e l'anonimato delle sue risposte**, che verranno trattate ed elaborate sempre in forma aggregata.

Risponda alle domande che seguono facendo riferimento alla **sua esperienza in questo Servizio per le Dipendenze Patologiche**.

Nel questionario sono riportate alcune affermazioni sulle quali le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo o disaccordo mettendo una croce [X] sulla casella che più si avvicina al suo punto di vista.

Quando avrà completato il questionario lo inserisca lei stessa/o nell'apposita cassetta.

La ringraziamo per la sua disponibilità.

La Direzione

Come valuta Struttura e Organizzazione del Servizio per le Dipendenze Patologiche

- | | non d'accordo | d'accordo | | | | | | |
|---|---|-----------|---|---|---|---|---|--|
| 1) Le informazioni che mi vengono date sul funzionamento del Servizio sono chiare (orari, regole di accesso ecc.) | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 2) Gli orari di apertura del Servizio sono adeguati alle mie esigenze | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 3) E' semplice fissare o spostare un appuntamento | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 4) I tempi di attesa fra la prenotazione e la prestazione (colloquio, visita) sono brevi | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 5) L'orario dell'appuntamento è rispettato | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 6) La sede del Servizio è facilmente accessibile (raggiungibilità, segnaletica, barriere) | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 7) I locali (uffici, corridoi, ambulatori) sono confortevoli | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 8) I locali (uffici, corridoi, ambulatori) garantiscono la privacy | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |

Come valuta gli Operatori del Servizio per le Dipendenze Patologiche

- | | non d'accordo | d'accordo | | | | | | |
|--|---|-----------|---|---|---|---|---|--|
| 9) Gli operatori sono disponibili ad ascoltarmi | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 10) Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie condizioni di salute | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 11) Gli operatori mi danno con chiarezza e completezza informazioni sulle mie terapie | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 12) Gli operatori mi coinvolgono nella definizione del mio progetto di cura | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 13) Nei momenti di difficoltà mi sento sostenuto dagli operatori del Servizio | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 14) Mi sento rispettato dagli operatori del Servizio | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 15) Ho fiducia negli operatori che mi seguono | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |

Come valuta i risultati raggiunti nel Servizio per le Dipendenze Patologiche

non d'accordo

d'accordo

16) Il Servizio mi fornisce l'aiuto di cui ho bisogno

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17) Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a migliorare la mia salute

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18) Il progetto di cura che sto seguendo mi aiuta a uscire dalla dipendenza

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19) Consiglierei a un parente o a un amico di rivolgersi a questo Servizio in caso di bisogno

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Come valuta il Servizio per le Dipendenze Patologiche nel suo insieme

20) Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto di questo Servizio?

Per nulla soddisfatto

Molto soddisfatto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21) Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo Servizio?

Informazioni di contesto

22) Attualmente lei è seguito da questo Servizio per

(è possibile dare più di una risposta)

- ① Droghe
- ② Alcool
- ③ Tabacco
- ④ Gioco d'azzardo
- ⑤ Altro (specificare _____)

23) Lei è seguito da questo Servizio in appoggio da altro Servizio per le Dipendenze Patologiche?

- ① Sì
- ② No

24) Lei si è rivolto a questo Servizio

- ① Di sua spontanea volontà
- ② Su invito della Prefettura
- ③ Altro (specificare _____)

25) Da quanto tempo è seguito da questo Servizio

- ① Meno di 2 mesi
- ② da 2 mesi a 1 anno
- ③ più di 1 anno (specificare numero anni)

26) Nell'ultimo anno mediamente lei ha frequentato il Servizio:

- ① Più volte a settimana
- ② Una volta a settimana
- ③ Una volta al mese
- ④ Meno di una volta al mese

27) Sesso

Maschio

Femmina

28) Età (in anni compiuti)

29) Nazionalità

italiana

altra (specificare _____)

30) Titolo di studio conseguito

- ① Nessun titolo
- ② Licenza elementare
- ③ Licenza di scuola media inferiore
- ④ Diploma o qualifica di scuola media superiore
- ⑤ Laurea e post-laurea

31) Condizione lavorativa

- ① Occupato
- ② Non occupato
- ③ Studente
- ④ Pensionato
- ⑤ Altro (specificare _____)

32) Stato civile

- ① Celibe/nubile
- ② Coniugato/a o convivente
- ③ Separato/a – divorziato/a
- ④ Vedovo/a

La ringraziamo molto per la collaborazione.