

Questionario gradimento utenti in trattamento

1. Dati generali.

Chi compila il questionario?	<input type="checkbox"/> paziente nuovo/a o già seguito/a al Ser.D.	<input type="checkbox"/> familiare/amico/conoscente/ecc. di persona che ha un problema di dipendenza o è già in trattamento al Ser.D.
------------------------------	---	---

a. Dati anagrafici (i familiari/accompagnatori compilano solo il punto c.)

Sesso	<input type="checkbox"/> maschile	<input type="checkbox"/> femminile
Nazionalità	<input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> straniera
Fascia d'età	<input type="checkbox"/> 10 - 30	<input type="checkbox"/> 31-50 <input type="checkbox"/> oltre 50

b. Da quanti anni è in cura in questo Servizio?

<input type="checkbox"/> meno di 5 anni	<input type="checkbox"/> da 5 a 10 anni	<input type="checkbox"/> più di 10 anni	<input type="checkbox"/> non ricordo
---	---	---	--------------------------------------

c. Qual è il problema per cui si è rivolto o è già seguito al Servizio ?

<input type="checkbox"/> tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> alcolodipendenza	<input type="checkbox"/> gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/> tabagismo
<input type="checkbox"/> invio Commissione Patenti	<input type="checkbox"/> invio Medico del lavoro	<input type="checkbox"/> invio Prefettura	<input type="checkbox"/> invio Tribunale
<input type="checkbox"/> altra situazione (precisare) :			

2. Tempi d'attesa e orari del Servizio.

a. E' soddisfatto/a del tempo d'attesa tra la sua richiesta e il primo appuntamento?

<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto
Se no o poco, perché?			

b. In generale, è soddisfatto/a degli orari di apertura del Servizio?

<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto
Se no o poco, perché?			

3. Prestazione/i ricevuta/e oggi.

a. Quale/i prestazione/i ha ricevuto oggi (indicare se più di una)?

<input type="checkbox"/> visita/colloquio medico	<input type="checkbox"/> colloquio con Psicologo
<input type="checkbox"/> colloquio con Assistente sociale	<input type="checkbox"/> colloquio con Educatore Professionale
<input type="checkbox"/> attività con Infermiere	<input type="checkbox"/> prelievo di sangue <input type="checkbox"/> raccolta urine

Sede di Gazzaniga Via Manzoni 98 - 24025 Gazzaniga (Bg) E-Mail: sert.gazzaniga@asst-bergamoest.it tel. 035.3062795 - Fax 035.3062798
Sede di Lovere Piazzale Bonomelli 8 - 24065 Lovere (Bg) - E-Mail: sert.lovere@asst-bergamoest.it tel. 035.3062375 - Fax 035.3062365

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI BERGAMO EST
SEDE LEGALE: Via Paderno, 21 - 24068 Seriate (BG) Tel. 035.3061.1 Fax 035.3063715 www.asst-bergamoest.it

sede di [] Gazzaniga [] Lovere

Questionario gradimento utenti in trattamento

	<input type="checkbox"/> test del capello	<input type="checkbox"/> somministrazione farmaci
	<input type="checkbox"/> agopuntura auricolare	<input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> Altra prestazione (precisare):		

b. E' soddisfatto/a, in generale, di come è stato/a trattato/a dal nostro personale durante la/e prestazione/i ricevuta/e?

<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

In particolare:	no	poco	abbastanza	molto
Pensa di essere stato/a trattato/a con cortesia?				
Pensa di essere stato/a trattato/a con competenza?				
Pensa di essere stato/a ascoltato/a e di avere avuto spiegazioni chiare e comprensibili rispetto alla prestazione ricevuta?				
Pensa di essere stato trattato in maniera riservata?				

4. Il trattamento terapeutico in corso (risponde solo chi è già paziente del Ser.D.).

a. Quale figura professionale la segue abitualmente (indicare se più di una)?

<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> infermiere	<input type="checkbox"/> psicologo	<input type="checkbox"/> assistente sociale	<input type="checkbox"/> educatore professionale
---------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---	--

In particolare:	no	poco	abbastanza	molto
La figura professionale che incontra abitualmente rispetta i giorni e gli orari degli appuntamenti fissati?				
Si trova a suo agio con questa figura professionale?				
E' soddisfatto/a dell'assistenza ricevuta?				
Pensa che il suo programma terapeutico attuale la stia aiutando ad affrontare il problema per il quale si è presentato/a al Servizio?				
Se no o poco, perché?				

5. Cosa pensa di noi, in generale?

a. Rispetto al passato, ritiene che il servizio sia :

<input type="checkbox"/> peggiorato	<input type="checkbox"/> uguale	<input type="checkbox"/> migliorato	<input type="checkbox"/> non so
-------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

Sede di Gazzaniga Via Manzoni 98 - 24025 Gazzaniga (Bg) E-Mail: sert.gazzaniga@asst-bergamoest.it tel. 035.3062795 - Fax 035.3062798
 Sede di Lovere Piazzale Bonomelli 8 - 24065 Lovere (Bg) - E-Mail: sert.lovere@asst-bergamoest.it tel. 035.3062375 - Fax 035.3062365

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI BERGAMO EST
SEDE LEGALE: Via Paderno, 21 - 24068 Seriate (BG) Tel. 035.3061.1 Fax 035.3063715 www.asst-bergamoest.it

sede di []Gazzaniga [] Lovere

Questionario gradimento utenti in trattamento

b. Se una persona con il suo stesso problema volesse o dovesse rivolgersi ad un Servizio per chiedere assistenza, le consiglierebbe il nostro?

<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> dovrei pensarci	<input type="checkbox"/> probabilmente sì	<input type="checkbox"/> certamente sì
-----------------------------	--	---	--

6. Il questionario.

a. Ha avuto difficoltà a rispondere alle domande del nostro questionario?

<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> molto
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

b. Secondo lei è importante potere esprimere le proprie opinioni mediante il questionario?

<input type="checkbox"/> non è importante	<input type="checkbox"/> è poco importante	<input type="checkbox"/> è abbastanza importante	<input type="checkbox"/> è molto importante
---	--	--	---

Eventuali osservazioni sul percorso terapeutico:

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

Grazie per la preziosa collaborazione