

## Allegato 4

### QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Gentile Signora, Gentile Signore,

siamo interessati a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso la nostra struttura: grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni che forniamo.

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati.

Riconsegni per favore il questionario imbucandolo nell'apposita cassetta in reparto.

Le siamo davvero grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

**La Direzione**

**Chi compila il questionario e':**

- utente in carico o interessato ad essere preso in carico
- un membro di un nucleo familiare in carico interessato ad essere preso in carico
- un genitore, parente, altro \_\_\_\_\_ di un utente o nucleo familiare in carico o interessato ad essere preso in carico

**sesso:**  maschio     femmina     **età:** .....

**nazionalità:**  italiana     straniera

**Residente nel territorio:**  di questa ASL     di altra ASL     fuori Regione Lombardia

**Titolo di studio dell'utente:**

Elementare     Media inferiore     Scuola superiore     Laurea

**Professione:**

- Operaio/a     Impiegato/a     Studente     Artigiano/Commerciante
- Pensionato/a     Disoccupato     Casalinga     Dirigente/Professionista     Altro

**E' la prima volta che si rivolge a questa Struttura?**

- Sì
- No

**Per quale motivo ha scelto questa Struttura Sanitaria?**

- Me l' ha consigliata il medico
- Me l'hanno consigliata amici/famigliari
- Conosco gli operatori e ho fiducia in loro
- Sono stato inviato dal servizio (SMI, NOA, SERT etc.)
- E' vicino a casa
- Altro (specificare)

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

## ACCESSIBILITÀ

	<input type="checkbox"/> <i>si</i>	<input type="checkbox"/> <i>no</i>	<i>Non sono in grado di dare una risposta</i>
È stato facile avere informazioni sulla struttura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato facile fissare gli appuntamenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato facile accedere alla struttura (parcheggio, mezzi pubblici)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi è sufficiente attenzione all'accesso per utenti portatori di handicap o con difficoltà deambulatorie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato facile orientarsi nella struttura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TEMPI DI ATTESA

	<i>lungo</i>	<i>accettabile</i>	<i>basso</i>	<i>Non sono in grado di dare una risposta</i>
Attesa per il primo colloquio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attesa per effettuare i colloqui di ingresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste di attesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attesa per ricevere valutazione in ingresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## COMFORT

	<i>Pessimo/a</i>	<i>Scarso/a</i>	<i>accettabile</i>	<i>Buono/a</i>	<i>Ottimo/a</i>	<i>Non sono in grado di dare una risposta</i>
Adeguatezza degli ambienti (servizi igienici, arredi dei locali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia dei locali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tranquillità e il comfort degli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ASSISTENZIALE E SOSTEGNO ALLA CURA

*Pessimo/a Scarso/a accettabile Buono/a Ottimo/a* **Non sono in grado di dare una risposta**

Accoglienza e assistenza del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità degli operatori all'ascolto e al confronto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio sul percorso di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modalità relazionale dell'operatore dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità degli operatori nel percorso di reinserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilità degli operatori nel percorso di reinserimento sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortesia e sollecitudine del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accoglienza ed assistenza del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascolto e disponibilità del personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei soddisfatto delle informazioni che ti sono state date sulla Fondazione Eris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei soddisfatto delle informazioni che ti sono state date rispetto al codice etico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei soddisfatto delle informazioni che ti sono state date rispetto al modello di cura sulla resilienza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

	<i>Pessimo/a</i>	<i>Scarso/a</i>	<i>accettabile</i>	<i>Buono/a</i>	<i>Ottimo/a</i>	<i>Non sono in grado di dare una risposta</i>
Le informazioni ricevute prima dell'ingresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il rispetto della sua privacy (riservatezza) durante il periodo in struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le informazioni ricevute dai medici in relazione al proprio stato di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le istruzioni ricevute su terapie e comportamenti raccomandati dopo l'ingresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organizzazione nel suo insieme per la risoluzione del suo problema di dipendenza (efficienza del servizio, coordinamento e comunicazione con altri servizi ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspetti tecnico-professionali del personale						
- Amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Educativo professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Psicologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSIGLIEREBBE AD ALTRI DI RECARSI PRESSO QUESTO SERVIZIO PER I PROPRI PROBLEMI DI DIPENDENZA?**

Sì   No   Non saprei

**SECONDO LA SUA ESPERIENZA PERSONALE, CHE COSA ANDREBBE MIGLIORATO NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE?**

i locali (sale d'attesa, camere, atelier, salone, uffici, studio medico, servizi, ecc.)

comfort della struttura

i tempi di attesa

le procedure per gli appuntamenti

le procedure per l'ingresso

la disponibilità degli operatori ad ascoltare le mie richieste

la disponibilità a dare informazioni sul mio stato di salute

la cortesia degli operatori

l'attenzione per la mia riservatezza (o privacy)

gli aspetti tecnico-professionali degli operatori

l'assistenza religiosa per le religioni non cattoliche

altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CHE COSA HA GRADITO DI PIU' NEI SERVIZI DELLA STRUTTURA?**

i locali (sale d'attesa, camere, servizi, ecc.)

comfort della struttura

i tempi di attesa

le procedure per gli appuntamenti

le procedure per l'ingresso

la disponibilità degli operatori ad ascoltare le mie richieste

la disponibilità a dare informazioni sul mio stato di salute

la cortesia degli operatori

l'attenzione per la mia riservatezza (o privacy)

gli aspetti tecnico-professionali degli operatori

altro (specificare) \_\_\_\_\_

## SODDISFAZIONE GENERALE

**Nel complesso, sulla base della sua esperienza di permanenza, esprima il suo livello di soddisfazione per il servizio ricevuto**

- Ottimo  
 buono  
 Accettabile  
 scarso  
 Pessimo  
 Non sono in grado di rispondere

**Fino ad ora, ritiene che la sua domanda sia stata soddisfatta?**

- Sì   No   Non saprei

**Ritiene che il Suo problema di dipendenza sia stato adeguatamente trattato?**

- Sì   No   Non saprei

**All'uscita dalla struttura, come si sente?**

- Meglio   Peggio   Non è cambiato nulla

## EVENTUALI OSSERVAZIONI

Può aggiungere, se lo desidera, osservazioni in merito al servizio che l'Azienda Le ha prestato:

LA RINGRAZIAMO PER LA SUA COLLABORAZIONE !