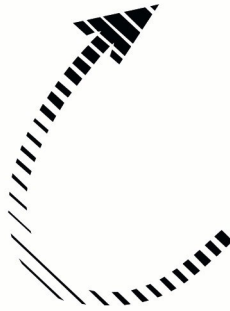


**Instruments 3.  
Strumenti 3.**



**SOCIETA' ITALIANA  
DI EPIDEMIOLOGIA  
PSICHIATRICA  
S.I.E.P.**

**The satisfaction questionnaire of the SIEP-DIRECT'S Project**

M. RUGGERI, A. LORA, D. SEMISA

**Progetto SIEP – DIRECT'S**  
(**DI**screpanze fra pratiche di **R**outine ed **E**videnze  
nella psichiatria di **C**omunità per il **T**rattamento della  
**S**chizofrenia)

**QUESTIONARIO PAZIENTI**

Nessuno, compreso il personale del Servizio ed i Suoi familiari, verrà mai a conoscenza delle Opinioni da Lei espresse in questo questionario

*Per favore, contatti l'operatore se qualche domanda non Le sembra chiara o se ha qualche problema nel compilare il questionario.*

*Legga con attenzione le domande e rifletta con calma prima di rispondere. Ricordi che è molto importante che ogni risposta rappresenti la Sua vera opinione!*

Per favore, legga ciascuna frase ed indichi la risposta che meglio descrive la Sua esperienza con questo Servizio Psichiatrico **nell'ultimo anno**:

**1. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sulle cause del suo disturbo?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sulle cause del suo disturbo?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**2. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sui sintomi di cui soffre?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui suoi sintomi?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

<sup>1</sup> Mirella Ruggeri, Antonio Lora, Domenico Semica . Per informazioni rivolgersi a mirella.ruggeri@univr.it

**3. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sul decorso del disturbo di cui soffre?**

**SI** (se ha risposto SI, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto NO, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sul decorso del suo disturbo?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**4. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sui trattamenti farmacologici attuati e sugli effetti collaterali?**

**SI** (se ha risposto SI, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto NO, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui farmaci e sugli effetti collaterali?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**5. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sui trattamenti psicologici e sociali che ha ricevuto?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui trattamenti psicosociali attuati?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**6. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sul tipo di servizi che vengono forniti dal Dipartimento di Salute Mentale del territorio dove vive?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

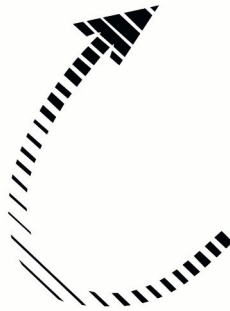
1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui servizi forniti?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI





**SOCIETA' ITALIANA  
DI EPIDEMIOLOGIA  
PSICHIATRICA  
S.I.E.P.**

**Progetto SIEP – DIRECT’S**  
**(DIscrepanze fra pratiche di Routine ed Evidenze**  
**nella psichiatria di Comunità per il Trattamento della**  
**Schizofrenia)**

**QUESTIONARIO FAMILIARI**

Nessuno, compreso il personale del Servizio ed i Suoi familiari, verrà mai a conoscenza delle Opinioni da Lei espresse in questo questionario

*Per favore, contatti l’operatore se qualche domanda non Le sembra chiara o se ha qualche problema nel compilare il questionario.*

*Legga con attenzione le domande e rifletta con calma prima di rispondere. Ricordi che è molto importante che ogni risposta rappresenti la Sua vera opinione!*

Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e l’utilizzo di questa scala sono consentiti solo con il permesso degli Autori<sup>2</sup>.

**Gennaio 2008**

<sup>2</sup>

Mirella Ruggeri, Antonio Lora, Domenico Semica. Per informazioni rivolgersi a mirella.ruggeri@univr.it

Per favore, legga ciascuna frase ed indichi la risposta che meglio descrive la Sua esperienza con questo Servizio Psichiatrico **nell'ultimo anno**:

**1. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sulle cause del disturbo da cui è affetto il suo familiare?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sulle cause del disturbo del suo familiare?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**2. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sui sintomi di cui soffre il suo familiare?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui sintomi di cui soffre il suo familiare?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**3. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sul decorso del disturbo di cui soffre il suo familiare?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sul decorso del disturbo di cui soffre il suo familiare?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**4. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sui trattamenti farmacologici attuati e sugli effetti collaterali?**

**SI** (se ha risposto **SI**, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto **NO**, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui farmaci e sugli effetti collaterali?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**5. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sui trattamenti psicologici e sociali che ha ricevuto il suo familiare?**

**SI** (se ha risposto SI, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto NO, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui trattamenti psicosociali attuati per il suo familiare?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI

**6. Nell'ultimo anno, ha ricevuto informazioni sul tipo di servizi che vengono forniti dal Dipartimento di Salute Mentale del territorio dove vive?**

**SI** (se ha risposto SI, risponda alla seguente domanda):

- Qual è la Sua impressione complessiva sulla completezza delle informazioni ricevute?

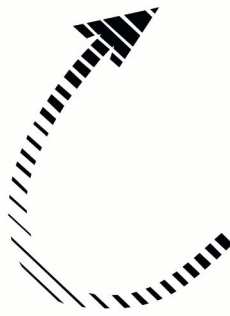
1. Pessima
2. Per lo più insoddisfacente
3. Mista
4. Per lo più soddisfacente
5. Ottima

**NO** (se ha risposto NO, risponda alla seguente domanda):

- Avrebbe desiderato che Le fossero date delle informazioni sui servizi forniti?

6. NO                      7. NON SO                      8. SI





**SOCIETA' ITALIANA  
DI EPIDEMIOLOGIA  
PSICHIATRICA  
S.I.E.P.**

**SIEP-DIRECT'S Project**  
**(Discrepancy between Routine practice and Evidence**  
**in psychiatric Community Treatments on Schizophrenia)**

**PATIENTS**

All your answers will be treated confidentially  
Your answers will not be discussed with the professional working in the services or your relatives.

Please feel free to ask the researcher for help if a question is not clear or if you encounter any problem in filling in the questionnaire. Please read the questions very carefully and take your time before answering. It is very important that every answer expresses your true opinion.

All rights reserved. This scale can only be reproduced and used with the express permission of the authors<sup>3</sup>.  
**January 2008**

---

<sup>3</sup> Mirella Ruggeri, Antonio Lora, Domenico Semisa. For any information, please write to mirella.ruggeri@univr.it

**1. In the last year, did you receive information about your illness?**

- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question)**

- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO 7. DON'T KNOW 8. YES

**2. In the last year, did you receive information about your symptoms?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**

- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**

- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO 7. DON'T KNOW 8. YES

**3. In the last year, did you receive information on the course of your disorder?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**

- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**

- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO 7. DON'T KNOW 8. YES

**4. In the last year, did you receive information about the pharmacological treatments and their side effects?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO 7. DON'T KNOW 8. YES

**5. In the last year, did you receive information about the psycho-social treatments you received?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO 7. DON'T KNOW 8. YES

**6. In the last year, did you receive information about the pattern of services provided by the Department of Mental Health of your country?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO 7. DON'T KNOW 8. YES

**7. What is your overall feeling about the way information was given to you by your therapist?**

1. Terrible  
5.Excellent  
satisfactory

2.Mostly  
dissatisfactory

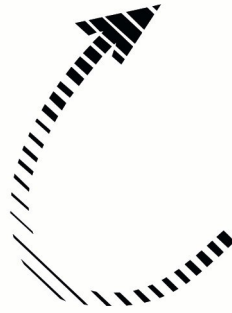
3. Mixed

4. Mostly

**8. In the last year, did you have appointments with your GP or other doctors in order to check your health conditions?**

- yes                                    how many times:.....
- no
- i' don't remember

THANK YOU FOR YOUR HELP



**SOCIETA' ITALIANA  
DI EPIDEMIOLOGIA  
PSICHIATRICA  
S.I.E.P.**

**SIEP-DIRECT'S Project**  
(**DI**screpancy between **R**outine practice and **E**vidence  
in psychiatric **C**ommunity **T**reatments on **S**chizophrenia)

## **RELATIVES**

All your answers will be treated confidentially  
Your answers will not be discussed with the professional working in the services or your  
relatives.

Please feel free to ask the researcher for help if a question is not clear or if you encounter any  
problem in filling in the questionnaire. Please read the questions very carefully and take your  
time before answering. It is very important that every answer expresses your true opinion.

All rights reserved. This scale can only be reproduced and used with the express permission of the authors<sup>4</sup>.  
**January 2008**

---

<sup>4</sup> Mirella Ruggeri, Antonio Lora, Domenico Semica. For any information, please write to  
mirella.ruggeri@univr.it

**1. In the last year, did you receive information about the illness of your relative?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO    7. DON'T KNOW    8. YES

**2. In the last year, did you receive information about symptoms of your relative?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO    7. DON'T KNOW    8. YES

**3. In the last year, did you receive information on the course of your relative disorder?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO    7. DON'T KNOW    8. YES

**4. In the last year, did you receive information about the pharmacological treatments and their side effects?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO   7. DON'T KNOW   8. YES

**5. In the last year, did you receive information about the psycho-social treatments your relative received?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO   7. DON'T KNOW   8. YES

**6. In the last year, did you receive information about the pattern of services provided by the Department of Mental Health of your country?**

**YES (if you answered YES, please answer the following question):**  
- What is your overall feeling about this/them?

1. Terrible
2. Mostly dissatisfactory
3. Mixed
4. Mostly satisfactory
5. Excellent

**NO (if you answered NO, answer the following question):**  
- Do you think you would have liked to receive this/them?

6. NO   7. DON'T KNOW   8. YES

**7. What is your overall feeling about the way information was given to you by your therapist?**

1. Terrible  
5.Excellent

2.Mostly  
dissatisfactory

3. Mixed

4. Mostly  
satisfactory

**8. In the last year, did you have appointments with your GP or other doctors in order to check your health conditions?**

- yes                                    how many times:.....
- no
- i' don't remember

THANK YOU FOR YOUR HELP