

Gentile signora/e, Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione o darci suggerimenti che possano aiutarci a migliorare la qualità dell'assistenza. **LA INFORMIAMO CHE IL QUESTIONARIO È ANONIMO.**

La compilazione è semplice e veloce: è sufficiente barrare la casella corrispondente alla valutazione ritenuta più confacente, relativa all'ultima prestazione ambulatoriale ricevuta.

Al termine depositare il questionario nelle apposite cassette.

Si **RINGRAZIA** per la collaborazione.

La Direzione

## 1. DATI DI CONTESTO

1.1 E' la prima volta che ha usufruito di questo ambulatorio?

- SÌ
- NO

1.2 Qual' è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?

- CONSIGLIO DI UN MEDICO (DI FAMIGLIA-SPECIALISTA)
- CONSIGLIO DI AMICI
- COMPETENZA DELLA STRUTTURA
- VICINANZA
- TEMPI DI ATTESA
- ALTRO

1.3 Quale prestazione ha ricevuto?

- UNA VISITA
- UNA TERAPIA
- UN ESAME
- UNA VISITA E UN ESAME

## 2. PRENOTAZIONE

2.1 Chi le ha richiesto la prestazione specialistica?

- MEDICO DI FAMIGLIA
- MEDICO SPECIALISTA
- CONTROLLO DOPO UN RICOVERO
- PRONTO SOCCORSO

2.2 Dove ha fatto la prenotazione?

- CUP REGIONALE
- CUP DELL'OSPEDALE
- AMBULATORIO
- PRENOTAZIONE EFFETTUATA DAL REPARTO

2.3 Al momento della prenotazione, dopo quanto tempo ha avuto l'appuntamento per la prestazione?

- ENTRO 1 MESE
- ENTRO 2 MESI
- OLTRE 2 MESI

2.4 Come valuta questo tempo di attesa?

- MOLTO LUNGO  
 LUNGO  
 BREVE  
 MOLTO BREVE

	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
2.5 Come valuta il servizio fornito dal CUP al momento della prenotazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ACCESSO**

3.1 Come valuta nel complesso l'accessibilità alla struttura?

3.2 Come valuta la facilità di raggiungere la struttura?

3.3 Come valuta la disponibilità dei parcheggi?

3.4 Come valuta la segnaletica interna all'ospedale?

3.5 Quanto tempo trascorre tra l'appuntamento e il momento di chiamata per la prestazione?

- MENO DI 15 MINUTI  
 TRA 15-30 MINUTI  
 TRA 30-60 MINUTI  
 PIÙ DI 60 MINUTI

**4. VALUTAZIONE/PRESTAZIONE DEGLI AMBIENTI**

4.1 Come valuta nel complesso gli ambienti dell'ambulatorio?

	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
4.1 Come valuta nel complesso gli ambienti dell'ambulatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Come valuta la pulizia degli ambienti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Come valuta il comfort degli ambienti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Come valuta la pulizia degli ambienti?

4.3 Come valuta il comfort degli ambienti?

**5. VALUTAZIONE/PRESTAZIONE DEL PERSONALE MEDICO**

5.1 Come valuta il personale medico nel suo complesso?

5.2 Come valuta il tempo che il medico Le ha dedicato

5.3 Come valuta il personale medico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?

5.4 Come valuta il personale medico per la disponibilità ad ascoltare pazienti e familiari?

5.5 Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sulle condizioni di salute, sulla diagnosi e sulla terapia?

5.6 Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sui benefici, sui rischi e sulle alternative legati alle cure?

6. PRESTAZIONI/CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
6.1 Come valuta il personale infermieristico nel suo complesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Come valuta il personale infermieristico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Come valuta il personale infermieristico per la disponibilità e la prontezza nella risposta alle sue esigenze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Come valuta il personale infermieristico per la disponibilità all'ascolto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Come valuta il personale infermieristico per la disponibilità a dare spiegazioni ed informazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. VALUTAZIONE DEL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA (PRIVACY)</b>					
7.1 Come valuta il rispetto della Sua riservatezza durante la prestazione ambulatoriale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. VALUTAZIONE DELLA TERAPIA DEL DOLORE</b>					
8.1 Se durante la prestazione ambulatoriale Lei ha avuto bisogno di terapia analgesica, come valuta la terapia ottenuta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. REFERTAZIONE</b>					
9.1 Dopo quanto tempo è stato disponibile il referto relativo alla prestazione eseguita?	<input type="checkbox"/> IMMEDIATAMENTE <input type="checkbox"/> ENTRO 1 SETTIMANA <input type="checkbox"/> ENTRO 2 SETTIMANE <input type="checkbox"/> ENTRO 1 MESE <input type="checkbox"/> OLTRE UN MESE				
9.2 Come valuta il tempo di invio del referto?	<input type="checkbox"/> MOLTO LUNGO <input type="checkbox"/> LUNGO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA BREVE <input type="checkbox"/> BREVE				
<b>10. PAGAMENTO DEL TICKET</b>					
10.1 Come valuta il tempo trascorso per il pagamento del ticket?	<input type="checkbox"/> MOLTO LUNGO <input type="checkbox"/> LUNGO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA BREVE <input type="checkbox"/> BREVE				



## ASM – AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

### QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SULLA QUALITA' DEI SERVIZI DIAGNOSTICI ED AMBULATORIALI

---

**11. PRESTAZIONE/CONSIDERAZIONE CONCLUSIVE**

	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
--	---------------------	------------	----------	-------------------	--------

11.1 Come valuta complessivamente la qualità del servizio ricevuto?

11.2 Per una prossima visita ritiene importante essere visitato dallo stesso professionista?

- SI  
 NO  
 INDIFFERENTE

---

**12. VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE SULLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

	PEGGIORE	RISPONDENTE	MIGLIORE
--	----------	-------------	----------

12.1 Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato:

12.2 Vuole riferire qualcosa di particolare relativamente alla Sue aspettative?

---

---

---

**13. VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE** INDICHI CON PUNTEGGIO DA 1 A 5 (DOVE 1 INDICA LO STATO PEGGIORE E 5 QUELLO MIGLIORE) IL SUO STATO DI SALUTE

13.1 Come valuta il suo stato di salute?

1  2  3  4  5

---

Suggerimenti per migliorare il servizio. Se è possibile, esprima i Suoi suggerimenti per migliorare il servizio

---

---

---

**CHI RISPONDE AL QUESTIONARIO UTENTE:**

- PAZIENTE
- FAMILIARE
- ALTRO

**SESSO:**

- MASCHIO
- FEMMINA

▪ ETÀ \_\_\_\_\_

**TITOLO DI STUDIO:**

- NESSUN TITOLO
- LICENZA ELEMENTARE
- LICENZA MEDIA INFERIORE
- LICENZA MEDIA SUPERIORE
- LAUREA

**CONDIZIONI DI LAVORO:**

- OCCUPATO
- DISOCCUPATO
- CASALINGA
- INABILE
- STUDENTE
- PENSIONATO
- ALTRO

**RESIDENZA:**

- PROVINCIA DI MATERA
- ALTRE PROVINCE DELLA REGIONE
- ALTRA REGIONE

**NAZIONALITÀ:**

- ITALIANA
- ALTRA (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

**STATO CIVILE:**

- CELIBE/NUBILE
- CONIUGATO/A
- SEPARATO/A
- DIVORZIATO/A
- VEDOVO/A

**VIVE DA SOLO:**

- SÌ
- NO