



Servizio di \_\_\_\_\_

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?

- SI
- 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

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

**3. ACCESSO**

<b>3.1</b> Come valuta nel complesso l'accessibilità alla struttura?	<input type="checkbox"/>				
<b>3.2</b> Come valuta la facilità di raggiungere la struttura?	<input type="checkbox"/>				
<b>3.3</b> Come valuta la disponibilità dei parcheggi?	<input type="checkbox"/>				
<b>3.4</b> Come valuta la segnaletica interna all'ospedale?	<input type="checkbox"/>				

**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

<b>4. VALUTAZIONE/PRESTAZIONE DEGLI AMBIENTI</b>	<b>MOLTO INADEGUATO</b>	<b>INADEGUATO</b>	<b>ADEGUATO</b>	<b>MOLTO ADEGUATO</b>	<b>NON SO</b>
<b>4.1</b> Come valuta nel complesso gli ambienti dell'ambulatorio?	<input type="checkbox"/>				
<b>4.2</b> Come valuta la pulizia degli ambienti?	<input type="checkbox"/>				
<b>4.3</b> Come valuta il comfort degli ambienti?	<input type="checkbox"/>				

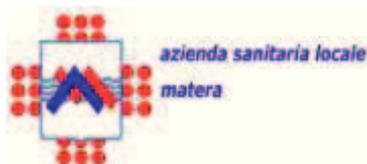
**5. VALUTAZIONE/PRESTAZIONE DEL PERSONALE MEDICO**

<b>5.1</b> Come valuta il personale medico nel suo complesso?	<input type="checkbox"/>				
<b>5.2</b> Come valuta il tempo che il medico Le ha dedicato	<input type="checkbox"/>				
<b>5.3</b> Come valuta il personale medico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?	<input type="checkbox"/>				
<b>5.4</b> Come valuta il personale medico per la disponibilità ad ascoltare pazienti e familiari?	<input type="checkbox"/>				
<b>5.5</b> Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sulle condizioni di salute, sulla diagnosi e sulla terapia?	<input type="checkbox"/>				
<b>5.6</b> Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sui benefici, sui rischi e sulle alternative legati alle cure?	<input type="checkbox"/>				



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SULLA QUALITA'  
DEI SERVIZI DIAGNOSTICI ED AMBULATORIALI

6. PRESTAZIONI/CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
6.1 Come valuta il personale infermieristico/tecnico di radiologia 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 /tecnico di radiologia 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/tecnico di radiologia 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/tecnico di radiologia 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 /tecnico di radiologia 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:**

- SI
- NO