

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

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

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	☐	☐	☐	☐	☐

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

	MOLTO INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	MOLTO ADEGUATO	NON SO
4. VALUTAZIONE/PRESTAZIONE DEGLI AMBIENTI					
4.1 Come valuta nel complesso gli ambienti dell'ambulatorio?	☐	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐	☐

**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 nel suo complesso?	☐	☐	☐	☐	☐
6.2 Come valuta il personale infermieristico /tecnico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?	☐	☐	☐	☐	☐
6.3 Come valuta il personale infermieristico/tecnico per la disponibilità e la prontezza nella risposta alle sue esigenze?	☐	☐	☐	☐	☐
6.4 Come valuta il personale infermieristico/tecnico per la disponibilità all'ascolto?	☐	☐	☐	☐	☐
6.5 Come valuta il personale infermieristico /tecnico per la disponibilità a dare spiegazioni ed informazioni?	☐	☐	☐	☐	☐

**7. VALUTAZIONE DEL RISPETTO DELLA
RISERVATEZZA (PRIVACY)**

7.1 Come valuta il rispetto della Sua riservatezza durante la prestazione ambulatoriale ?	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. VALUTAZIONE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

8.1 Se durante la prestazione ambulatoriale Lei ha avuto bisogno di terapia analgesica, come valuta la terapia ottenuta ?	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. REFERTAZIONE

9.1 Dopo quanto tempo è stato disponibile il referto relativo alla prestazione eseguita?

- ☐ IMMEDIATAMENTE
- ☐ ENTRO 1 SETTIMANA
- ☐ ENTRO 2 SETTIMANE
- ☐ ENTRO 1 MESE
- ☐ OLTRE UN MESE

9.2 Come valuta il tempo di invio del referto?

- ☐ MOLTO LUNGO
- ☐ LUNGO
- ☐ ABBASTANZA BREVE
- ☐ BREVE

10. PAGAMENTO DEL TICKET

10.1 Come valuta il tempo trascorso per il pagamento del ticket?

- ☐ MOLTO LUNGO
- ☐ LUNGO
- ☐ ABBASTANZA BREVE
- ☐ BREVE

**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