

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

	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?	<input type="checkbox"/>				
3.2 Come valuta la facilità di raggiungere la struttura?	<input type="checkbox"/>				
3.3 Come valuta la disponibilità dei parcheggi?	<input type="checkbox"/>				
3.4 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

4. VALUTAZIONE/PRESTAZIONE DEGLI AMBIENTI	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"/>

5. VALUTAZIONE/PRESTAZIONE DEL PERSONALE MEDICO

5.1 Come valuta il personale medico nel suo complesso?	<input type="checkbox"/>				
5.2 Come valuta il tempo che il medico Le ha dedicato	<input type="checkbox"/>				
5.3 Come valuta il personale medico per la gentilezza e cortesia nei rapporti?	<input type="checkbox"/>				
5.4 Come valuta il personale medico per la disponibilità ad ascoltare pazienti e familiari?	<input type="checkbox"/>				
5.5 Come valuta il personale medico per le informazioni ricevute sulle condizioni di salute, sulla diagnosi e sulla terapia?	<input type="checkbox"/>				
5.6 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 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 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 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 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 per la disponibilità a dare spiegazioni ed informazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. VALUTAZIONE DEL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA (PRIVACY)					
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"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. REFERTAZIONE					
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				
10. PAGAMENTO DEL TICKET					
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