

## Questionario di valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali

Gentile Signora/e, Le chiediamo di esprimere la Sua opinione sul servizio ricevuto.

I dati da Lei forniti nel presente questionario verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo. Le informazioni saranno utilizzate per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. Non ci sono risposte giuste o sbagliate: risponda semplicemente ciò che pensa.

Annerisca la casella che si avvicina di più alla Sua opinione, dando una sola risposta.

Grazie per la collaborazione.

### 1. Qual è il Suo giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto?

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

### 2. E' la prima volta che si reca in questo ambulatorio?

Si	No
----	----

### 3. Oggi, ha effettuato?

Una visita	Una terapia	Un esame	Una visita e un esame
------------	-------------	----------	-----------------------

### 4. Qual è motivo per cui ha scelto questa struttura?

Consiglio di un medico	Consiglio di amici o parenti	Competenza della struttura o del professionista	Vicinanza	Tempi di attesa più brevi	Altro
------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------	-----------	---------------------------	-------

### 5. Chi Le ha richiesto la visita specialistica?

Il medico di famiglia	Lo specialista	E' un controllo a seguito di ricovero	Altro (specificare)
-----------------------	----------------	---------------------------------------	---------------------

### 6. Come ha effettuato la prenotazione?

Di persona	Telefonicamente	Tramite Internet	Tramite Fax	Altro (specificare)
------------	-----------------	------------------	-------------	---------------------

### 7. La modalità di prenotazione è stata agevole?

Si	No
----	----

### 8. Come valuta il tempo di attesa tra prenotazione e prestazione, rispetto al Suo stato di salute?

Molto lungo	Lungo	Adeguato	Breve
-------------	-------	----------	-------

### 9. Qual è il suo giudizio sull'accessibilità alla struttura rispetto ai seguenti aspetti?

Disponibilità di parcheggi	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Raggiungibilità della struttura	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
Barriere architettoniche	Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono

### 10. Al momento della prenotazione Le è stato precisato un orario?

Si	Una fascia oraria	No, nessuna indicazione
----	-------------------	-------------------------

### 11. Se Le è stato indicato un orario o una fascia oraria, quanto tempo è trascorso tra l'orario in cui Le è stato fissato l'appuntamento ed il momento in cui è stato chiamato per effettuare la visita/esame/terapia?

Meno di 30 minuti	Tra 30 e 60 minuti	Più di 60 minuti
-------------------	--------------------	------------------

### 12. Qual è il Suo giudizio rispetto alla pulizia degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche ecc...)?

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

### 13. Qual è il suo giudizio rispetto alla comodità degli ambienti (sale d'attesa o diagnostiche, ambulatori, ecc.)?

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

**14. Come valuta l'attenzione che Le ha dedicato il professionista che l'ha assistita?**

Scarsa	Sufficiente	Adeguate	Ottima
--------	-------------	----------	--------

**15. Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni ricevute sulla diagnosi e sulle Sue condizioni di salute?**

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

**16. Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni ricevute su terapie e comportamenti da seguire a casa?**

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

**17. Qual è il Suo giudizio sul rispetto della riservatezza durante la visita/terapia/esame?**

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

**18. Qual è il Suo giudizio in merito alla gentilezza e alla cortesia del personale?**

Pessimo	Insufficiente	Sufficiente	Buono
---------	---------------	-------------	-------

**19. Se ha pagato il ticket, come valuta il tempo di attesa per il pagamento?**

Molto lungo	Lungo	Adeguate	Breve
-------------	-------	----------	-------

**20. Se ha fatto un esame, come valuta il tempo di consegna del referto?**

Molto lungo	Lungo	Adeguate	Breve
-------------	-------	----------	-------

**21. Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato:**

Peggior di come me lo aspettavo	Come me lo aspettavo	Migliore di come me lo aspettavo
---------------------------------	----------------------	----------------------------------

**22. Suggerimenti:**

Indichi l'aspetto positivo che l'ha colpita maggiormente	
Indichi l'aspetto negativo che l'ha colpita maggiormente	

**23. Chi risponde al questionario:**

Paziente	Familiare	Altra persona
----------	-----------	---------------

**24. Sesso:**

M	F
---	---

**25. Età (in anni compiuti)**

**26. Titolo di studio conseguito:**

Nessuno	Licenza Elementare	Licenza Scuola Media Inferiore	Diploma	Laurea e post laurea
---------	--------------------	--------------------------------	---------	----------------------

**27. Professione**

Casalinga	Operaio/Impiegato	Dirigente	Pensionato
Artigiano	Commerciante	Studente	In cerca di occupazione
Altro (specificare accanto)			

**29. Residenza**

Provincia (specificare accanto)
Altre Regioni (specificare accanto)
Altro Stato (specificare accanto)

**29. Nazionalità**

Italiana	Altra (specificare accanto)
----------	-----------------------------