QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione e ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità del servizio e/o dell'assistenza ricevuta presso le strutture sanitarie territoriali dell'Azienda Sanitaria Locale n° 5 di Oristano.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati con cautela osservando le norme di legge sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Metta una croce [x] nella risposta che ritiene più adeguata.

Se le risultasse difficile compilare autonomamente il questionario, Le chiediamo di farcelo presente e riceverà il nostro aiuto o chieda quello di un Suo familiare.

ATTENZIONE: IL QUESTIONARIO È STAMPATO FRONTE E RETRO, LA PREGHIAMO QUINDI DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE PRESENTI.

Le siamo davvero grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

La Direzione

STRUTTURA DI RIFERIMENTO:

LUOGO:

DATA:

1. **Perché ha scelto questa struttura**

- ☐ Invio del medico
- ☐ Consiglio di amici
- ☐ Competenza degli operatori
- ☐ Vicinanza alla residenza
- ☐ Tempi di attesa brevi
- ☐ Altro_____

2. **A quale tipo di visita si è sottoposto/a**

CONSULENZA-DIAGNOSTICA	SPECIALISTICA	DI CONTROLLO	CURE – TERAPIA – CICLO TERAPEUTICO
☐	☐	☐	☐

3. **In che modo ha prenotato la visita o l'esame**

TELEFONATA AL CUP	PRESSO LO SPORTELLO CUP	PRESSO L'AMBULATORIO
☐	☐	☐

4. **Come valuta il servizio di prenotazione?**

DEL TUTTO INADEGUATO	ABBASTANZA INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. **Quanto tempo è trascorso dalla prenotazione all'effettivo accesso al servizio**

IMMEDIATO	UNA SETTIMANA	PIÙ DI UNA SETTIMANA	UN MESE	DUE MESI	OLTRE I DUE MESI
☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. **Come valuta questo tempo di attesa**

DEL TUTTO INADEGUATO	ABBASTANZA INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. **Le informazioni ricevute prima della prestazione (preparazione alla visita/esame) sono state**

INESISTENTI	SCARSE	INSUFFICIENTI	SUFFICIENTI	BUONE	OTTIME
☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. **Se ha ritirato un referto come valuta il tempo di attesa?**

DEL TUTTO INADEGUATO	ABBASTANZA INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ticket

Se ha usufruito di questo servizio come valuta:

9. Il tempo di attesa allo sportello/cassa ticket

DEL TUTTO INADEGUATO	ABBASTANZA INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

10. La cortesia degli operatori dello sportello

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

11. La confortevolezza del luogo di attesa

DEL TUTTO INADEGUATO	ABBASTANZA INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

12. Nel caso abbia utilizzato la cassa ticket automatizzata come giudica questo servizio

DEL TUTTO INADEGUATO	DI DIFFICILE UTILIZZO	INADATTO	SUFFICIENTE	DI RAPIDO UTILIZZO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

13. Dove ha pagato il ticket?

OSPEDALE SAN MARTINO	POLIAMBULATORIO	ALTRO
☐	☐	☐ _____

Condizione degli ambienti

Come giudica:

14. Lo spazio della sala d'attesa

INESISTENTE	SCARSO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

15. La pulizia ed igiene degli ambienti

INESISTENTE	SCARSO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

16. La pulizia dei servizi igienici (risponda solo se ne ha usufruito)

INESISTENTE	SCARSO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

17. Il comfort generale della struttura

INESISTENTE	SCARSO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. **La tranquillità ed il comfort dell'ambulatorio**

INESISTENTE	SCARSO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Accesso al servizio

Come valuta:

19. **La segnaletica esterna alla struttura**

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

20. **La segnaletica interna alla struttura**

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

21. **L'orario di apertura/chiusura dell'ambulatorio**

DEL TUTTO INADEGUATO	ABBASTANZA INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

22. **Le condizioni generali di accesso alla struttura (per esempio, porte di accesso, scale, ascensore sono di facile raggiungimento?)**

INESISTENTI	SCARSE	INSUFFICIENTI	SUFFICIENTI	BUONE	OTTIME
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Accoglienza

Come giudica il grado di

23. **Cortesia degli operatori dell'accettazione e delle portinerie**

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

24. **Disponibilità degli operatori all'ascolto e nel fornire indicazioni**

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Personale

Rispetto al personale come valuta

25. **La disponibilità e cortesia**

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

26. **L'attenzione posta ai bisogni e ai problemi riferiti**

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

27. La chiarezza e completezza delle informazioni fornite

INESISTENTE	SCARSA	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

28. Il rispetto della privacy

INESISTENTE	SCARSO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

29. I tempi di attesa tra l'ora della convocazione e l'ora effettiva della visita

DEL TUTTO INADEGUATO	ABBASTANZA INADEGUATO	INADEGUATO	ADEGUATO	ABBASTANZA ADEGUATO	DEL TUTTO ADEGUATO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Valutazione

30. Complessivamente quanto è soddisfatto di questo servizio?

NIENTE	MOLTO POCO	POCO	IN MODO SUFFICIENTE	MOLTO	COMPLETAMENTE SODDISFATTO
☐	☐	☐	☐	☐	☐

---

31. In caso di necessità ,consiglierebbe ad un suo amico o conoscente, di rivolgersi a questo servizio?

SI	NO	FORSE
☐	☐	☐

Sesso

☐ Maschio
☐ Femmina

Età_____

Titolo di Studio

☐ Nessun titolo
☐ Licenza Elementare
☐ Licenza Media Inferiore
☐ Licenza Media Superiore
☐ Laurea

Condizioni di Lavoro

☐ Occupato
☐ Disoccupato
☐ Casalinga
☐ Studente
☐ Pensionato
☐ Altro_____

Residenza

☐ Oristano Città
☐ Provincia di Oristano
☐ Altri luoghi