

REGIONE SICILIANA

Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico – Vittorio Emanuele" - Catania

Questionario di valutazione della qualità dei servizi diagnostici e ambulatoriali

Unità Operativa/DisciplinA cod. _____

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di esprimere la Sua opinione sull'assistenza ospedaliera ricevuta.

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

Grazie per la collaborazione.

D1) Qual è il Suo giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto?			
pessimo <input type="radio"/>	insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>

D2) E' la prima volta che si reca in questo ambulatorio?	
si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>

D3) Oggi ha effettuato?			
una visita <input type="radio"/>	una terapia <input type="radio"/>	un esame <input type="radio"/>	una visita ed un esame <input type="radio"/>

D4) Quale è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?	<input type="radio"/> consiglio di un medico (medico di famiglia, specialista...) <input type="radio"/> consiglio di amici/parenti <input type="radio"/> competenza della struttura/del professionista <input type="radio"/> vicinanza <input type="radio"/> tempi di attesa più brevi (era la prima disponibile in termini di tempo) <input type="radio"/> altro
---	---

D5) Chi le ha richiesto la visita specialistica?	<input type="radio"/> il medico di famiglia <input type="radio"/> lo specialista <input type="radio"/> è un controllo a seguito di ricovero <input type="radio"/> altro (specificare).....
---	---

D6) Come ha effettuato la prenotazione?	<input type="radio"/> di persona <input type="radio"/> telefonicamente <input type="radio"/> tramite Internet <input type="radio"/> tramite fax <input type="radio"/> altro (specificare)
--	---

D7) La modalità di prenotazione è stata agevole?

si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------------

D8) Come valuta il tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione, rispetto al suo stato di salute?

- molto lungo
- lungo
- adeguato
- breve

D9) Qual è il suo giudizio sull'accessibilità alla struttura rispetto ai seguenti aspetti?

D9a) Disponibilità di parcheggi	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D9b) Raggiungibilità della struttura	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D9c) Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
D9d) Barriere architettoniche	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>

D10) Al momento della prenotazione Le è stato precisato un orario?

- sì
- una fascia oraria
- no, nessuna indicazione

D11) 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

D12) Qual è il Suo giudizio rispetto alla pulizia degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche) ?

pessimo

Insufficiente

sufficiente

buono

D13) Qual è il Suo giudizio rispetto alla comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche) ?

pessimo

Insufficiente

sufficiente

buono

D14) Come valuta l'attenzione che Le ha dedicato il professionista che l'ha assistita?	scarsa <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	adeguata <input type="radio"/>	ottima <input type="radio"/>
---	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

D15) Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulla diagnosi e sulle Sue condizioni di salute?	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
---	----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

D16) Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulle terapie e sui comportamenti da seguire a casa?	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
---	----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

D17) Qual è il Suo giudizio sul rispetto della riservatezza durante la visita/terapia/esame?	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
---	----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

D18) Qual è il Suo giudizio in merito alla gentilezza e alla cortesia del personale?	pessimo <input type="radio"/>	Insufficiente <input type="radio"/>	sufficiente <input type="radio"/>	buono <input type="radio"/>
---	----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

D19) Se ha pagato il ticket, come valuta il tempo di attesa per il pagamento?	<input type="radio"/> molto lungo <input type="radio"/> lungo <input type="radio"/> adeguato <input type="radio"/> breve
--	---

D20) Se ha fatto un esame, come valuta il tempo di consegna del referto?	<input type="radio"/> molto lungo <input type="radio"/> lungo <input type="radio"/> adeguato <input type="radio"/> breve
---	---

D21) Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato	<input type="radio"/> peggiore di come me lo aspettavo <input type="radio"/> come me lo aspettavo <input type="radio"/> migliore di come me lo aspettavo
--	--

D22) Suggestimenti: D22a) Indichi l'aspetto positivo che l'ha colpita maggiormente : <hr/> D22b) Indichi l'aspetto negativo che l'ha colpita maggiormente : <hr/>

D23) Chi risponde al questionario	<input type="radio"/> paziente <input type="radio"/> familiare <input type="radio"/> altra persona
--	--

D24) Sesso	<input type="radio"/> maschio <input type="radio"/> femmina
D25) Et� (in anni compiuti)	
D26) Titolo di studio conseguito	<input type="radio"/> nessuno <input type="radio"/> licenza elementare <input type="radio"/> licenza di scuola media inferiore <input type="radio"/> diploma <input type="radio"/> laurea e post-laurea
D27) Professione	<input type="radio"/> casalinga <input type="radio"/> operaio / impiegato <input type="radio"/> dirigente <input type="radio"/> pensionato <input type="radio"/> artigiano <input type="radio"/> commerciante <input type="radio"/> studente <input type="radio"/> in cerca di occupazione <input type="radio"/> altro, specificare.....
D28) Residenza	<input type="radio"/> provincia (specificare) <input type="radio"/> altre regioni (specificare)..... <input type="radio"/> altro Stato (specificare).....
D29) Nazionalit�	<input type="radio"/> italiana <input type="radio"/> altra (specificare)