

LOGO AZIENDA



NO. |\_|\_|\_|\_|

## La qualità degli AMBULATORI PER LE VACCINAZIONI

Gentile Signora/e,

il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni degli utenti sulla qualità degli **AMBULATORI PER LE VACCINAZIONI**.

Al fine di migliorare la qualità di assistenza fornita dall'Azienda, Le chiediamo cortesemente di collaborare alla presente indagine esprimendo la **Sua personale opinione** sulla qualità della prestazione di cui ha recentemente usufruito. Le ricordiamo che **non ci sono risposte giuste o sbagliate**, ma siamo interessati unicamente al Suo punto di vista. Le garantiamo inoltre la **riservatezza e l'anonimato delle Sue risposte**: saranno elaborate in modo che nessuno potrà collegarle a Lei che ce le ha fornite.

La preghiamo di rispondere alle domande che seguono facendo riferimento alla prestazione **ricevuta oggi** presso l'ambulatorio/servizio.

**Risponda alle domande scegliendo l'opzione corrispondente al giudizio che più si avvicina al Suo punto di vista, tenendo conto che i termini "adeguato, "inadeguato" si riferiscono a ciò che Lei si aspettava.**

Esempio di come si compila il questionario:

Come valuta il comfort della sala di attesa?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
•	,	f	"	i

La scelta dell'opzione 1 corrispondente al "molto inadeguato" indica che, rispetto a ciò che Lei si aspettava, la qualità del comfort della sala d'attesa è risultato "molto inadeguato". Invece la scelta dell'opzione 4 corrispondente a "molto adeguato" indicherebbe che, rispetto a ciò che Lei si aspettava, il comfort della sala d'attesa è risultato "molto adeguato".

La ringraziamo della sua preziosa collaborazione.

La Direzione

Casella compilata dall'Azienda	
DATA:	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE:
AUSL:	Consegna in ambulatorio con ritorno in urna
AMBULATORIO/SERVIZIO:	

Risponda alle seguenti domande facendo riferimento alla **prestazione ricevuta OGGI**

**1. Oggi lei ha fatto:**

Dia una sola risposta

- .. una vaccinazione a suo figlio/figlia
- .. una vaccinazione per lei
- .. un colloquio su vaccinazioni
- .. altro (specificare \_\_\_\_\_)

Parliamo ora del momento della **PRENOTAZIONE**

**2. Dove ha effettuato la prenotazione?**

Dia una sola risposta

- .. al CUP
- .. in farmacia (punto CUP)
- .. al numero verde telefonico
- .. direttamente nell'ambulatorio / servizio
- .. mi è arrivata una lettera a casa/mi hanno chiamato a casa
- .. altro (specificare \_\_\_\_\_)
- .. non ho fatto nessuna prenotazione, sono venuto direttamente

**3. Se ha effettuato prenotazione tramite CUP o in farmacia punto CUP, come valuta il servizio fornito?**

Dia una sola risposta tenendo conto che i termini "adeguato", "inadeguato" si riferiscono a ciò che lei si aspettava

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
•	,	<i>f</i>	"	i

**4. Quando ha prenotato, dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento per la prestazione?**

- .. entro 7 giorni
- .. entro 1 mese
- .. entro 2 mesi
- .. oltre 2 mesi

**5. Come valuta tale tempo di attesa?**

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
•	,	<i>f</i>	"	i

Le domande che seguono si riferiscono al momento dell'**ACCESSO**

**6. Come valuta l'ACCESSIBILITA' alla struttura rispetto a:**

Dia una risposta per ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Disponibilità di parcheggi	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Segnaletica interna per raggiungere l'ambulatorio	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Raggiungibilità della struttura con mezzi pubblici/privati	•	,	<i>f</i>	"	i
d. Barriere architettoniche (scale...)	•	,	<i>f</i>	"	i
e. Orari di apertura	•	,	<i>f</i>	"	i
f. Giorni di apertura	•	,	<i>f</i>	"	i

**7. Quanto tempo è trascorso tra l'orario dell'appuntamento e l'ora effettiva della prestazione?**

- non ho atteso
- meno di 15 minuti
- tra 16 e 30 minuti
- tra 31 e 60 minuti
- più di un'ora

**8. Come valuta tale tempo di attesa?**

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
•	,	<i>f</i>	"	i

**9. Come valuta gli AMBIENTI (ambulatori, bagni, sala di attesa) per quanto riguarda gli aspetti sotto elencati?**

Dia una risposta ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Manutenzione dei locali	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Pulizia degli ambienti, bagni inclusi all'interno dell'edificio	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Comfort della sala di attesa (temperatura, disponibilità di posti a sedere)	•	,	<i>f</i>	"	i
d. Adeguatezza della sala di attesa per i bambini (fasciatoio, giochi...)	•	,	<i>f</i>	"	i
e. Sicurezza per i bambini (spigoli vivi, armadi sporgenti)	•	,	<i>f</i>	"	i

Le domande seguenti fanno riferimento all'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE (vaccinazione, colloquio...)

**10. Lei ha ricevuto la prestazione da/parlato con:**

- E' possibile anche più di una risposta
- .. assistente sanitario
- .. infermiere
- .. medico
- .. non so/non ricordo

**11. Come valuta il PERSONALE (assistente sanitario, infermiere o medico) per ciascuno degli aspetti sotto elencati?**

Dia una risposta ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Rispetto con cui è stato/a accolto/a e Le hanno parlato	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Gentilezza e disponibilità ad ascoltare le Sue richieste	•	,	<i>f</i>	"	i
c. Disponibilità a dare chiarimenti sulle vaccinazioni	•	,	<i>f</i>	"	i
d. Informazioni ricevute sugli effetti positivi o benefici delle vaccinazioni	•	,	<i>f</i>	"	i
	Non ho ricevuto alcuna informazione				i
e. Informazioni ricevute sui rischi delle vaccinazioni (effetti collaterali, reazioni avverse)	•	,	<i>f</i>	"	i
	Non ho ricevuto alcuna informazione				i
f. Il tempo che il personale le ha dedicato	•	,	<i>f</i>	"	i
g. Professionalità e competenza	•	,	<i>f</i>	"	i

Le domande che seguono si concentrano su **PRIVACY , CONSENSO INFORMATO E TICKET**

**12. Come valuta il rispetto della Sua PRIVACY (riservatezza)**

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
•	,	<i>f</i>	"	i

**13. Ha ricevuto MATERIALE INFORMATIVO scritto (es. Libretto vaccinazioni pediatriche, Libretto profilassi) sulle vaccinazioni?**

- .. Sì, in Italiano
- .. Sì, nella mia lingua
- .. No, ho avuto solo informazioni a voce
- .. Non so/non ricordo

**14. Se ha ricevuto materiale informativo, può specificare dove?**

Dia una sola risposta

- .. In ospedale/al Punto nascita
- .. A casa
- .. In quest'ambulatorio

15. Se sì, come valuta questo materiale per ciascuno dei seguenti aspetti ?

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Chiarezza	•	,	f	"	i
b. Completezza	•	,	f	"	i

16. Ha ricevuto informazioni sulla vaccinazioni anche da altre fonti?

- .. Sì
- .. No

17. Se sì, da quali fonti

E' possibile anche più di una risposta

- .. medico di famiglia
- .. pediatra
- .. altri medici/operatori sanitari pubblici
- .. altri medici/operatori sanitari privati
- .. farmacista
- .. altro (specificare \_\_\_\_\_)
- .. internet
- .. tv e radio
- .. giornali
- .. passaparola (altri genitori, amici, parenti...)
- .. associazioni contrarie alle vaccinazioni

18. Quale mezzo di informazione ha contribuito di più alla sua decisione?

E' possibile una sola risposta

- .. medico di famiglia
- .. pediatra
- .. altri medici/operatori sanitari pubblici
- .. altri medici/operatori sanitari privati
- .. farmacista
- .. altro (specificare \_\_\_\_\_)
- .. internet
- .. tv e radio
- .. giornali
- .. passaparola (altri genitori, amici, parenti...)
- .. associazioni contrarie alle vaccinazioni

19. Lei ha firmato un modulo di consenso informato?

- .. Sì
- .. No
- .. Non so/non ricordo

20. La sua vaccinazione/prestazione è stata?

- .. A pagamento
- .. Gratis

La preghiamo ora di rispondere rispetto al **TERMINE DELLA PRESTAZIONE**

**21. Come valuta le INFORMAZIONI ricevute al termine della prestazione per ciascuno dei seguenti aspetti?**

Dia una risposta ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Sintomi da tenere sotto controllo nei giorni successivi	•	,	<i>f</i>	"	i
		Non ho ricevuto alcuna informazione			i
b. Servizi sanitari a cui rivolgersi in caso di effetti collaterali, reazioni o problemi di salute legati ai vaccini	•	,	<i>f</i>	"	i
		Non ho ricevuto alcuna informazione			i
c. Appuntamenti e richiami da fare nel futuro	•	,	<i>f</i>	"	i
		Non ho ricevuto alcuna informazione			i

Consideri infine la **QUALITA' COMPLESSIVA** dei servizi ricevuti e risponda alle domande che seguono in base alla sua esperienza.

**22. Come valuta complessivamente la qualità dei servizi che ha ricevuto?**

Molto inadeguata	Inadeguata	Adeguata	Molto adeguata
•	,	<i>f</i>	"

**23. Il servizio che ha ricevuto è stato (dia una sola risposta):**

- .. peggiore di come se lo aspettava
- .. come se lo aspettava
- .. migliore di come se lo aspettava

Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità degli ambulatori delle vaccinazioni?

---

---

---

---

---

---

---

---

Le chiediamo ora alcune informazioni che saranno utili a scopo statistico. Le ricordiamo che il questionario è assolutamente anonimo e che i dati che ci fornirà verranno elaborati nel rispetto delle norme sulla privacy. Le ricordiamo che i dati di seguito richiesti si riferiscono a chi ha compilato il questionario.

**24. Il questionario è stato compilato:**

Dia una sola risposta

- dalla persona che ha ricevuto la prestazione/fatto colloquio
- dalla madre del bambino
- dal padre del bambino
- altro (specificare \_\_\_\_\_)

**25. Nazionalità (di chi compila):**

- italiana
- altra (specificare \_\_\_\_\_)

**26. Genere (di chi compila):**

- maschile
- femminile
- Altro

**27. Età (in anni compiuti) di chi compila : |\_\_|\_\_|\_\_|**

**28. Titolo di studio conseguito (da chi compila):**

- nessun titolo
- diploma o qualifica di scuola media superiore
- licenza elementare
- laurea e post-laurea
- licenza di scuola media inferiore

**29. Attuale condizione professionale:**

- occupato
- inabile al lavoro
- in cerca di occupazione
- pensionato
- casalinga
- altro (specificare \_\_\_\_\_)
- studente

**30. Domicilio:**

- Provincia di Piacenza
- Altre province della regione
- Altre regioni italiane (specificare \_\_\_\_\_)
- Altro Stato (specificare \_\_\_\_\_)

Il questionario è terminato, la ringraziamo molto per la Sua disponibilità.

**Si prega di restituire il questionario compilato alla/al Caposala o inserendolo nell'apposita urna in ambulatorio.**

**Per informazioni contattare:**