

Logo
azienda



Dipartimento.....
U.O.....

NO. |__|__|__|__|

La qualità della cura dei servizi ambulatoriali

Gentile Signora/e,

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei pazienti sulla qualità dei servizi di assistenza ambulatoriale.

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. E' prevista la possibilità che un parente, conoscente o chi accompagna il paziente assista o compili al posto del paziente, nel caso quest'ultimo sia fisicamente o cognitivamente impossibilitato a farlo autonomamente. In tal caso si sottolinea il fatto che le domande presenti nel questionario sono sempre riferite a chi ha ricevuto la prestazione ambulatoriale, ossia al paziente in persona.

Risponda alle domande che seguono 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	
PERIODO DI RILEVAZIONE: MM/AA	CODICE SDO: AZIENDA: _____ PRESIDIO: _____ DISCIPLINA: _____
	DIPARTIMENTO:
	UNITA' OPERATIVA:

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

1. Oggi mi sono recato/a presso l'ambulatorio di:

Dia una sola risposta

- .. Ortopedia
- .. Oculistica
- .. Odontoiatria
- .. Fisiatria
- .. Cardiologia
- .. Etc....

Da modificare in base agli ambulatori su cui si intende effettuare la rilevazione

2. Qual è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura ?

Dia una sola risposta

- .. consiglio di un medico (medico di famiglia/di base, specialista, ...)
- .. consiglio di amici/parenti
- .. competenza dei professionisti
- .. per mia scelta
- .. vicinanza
- .. era la prima disponibile in termini di tempo di attesa
- .. controllo
- .. altro (specificare _____)

3. Oggi lei ha fatto?

E' possibile anche più di una risposta

- .. una visita
- .. una terapia
- .. una medicazione
- .. un intervento ambulatoriale

Parliamo ora del momento della **PRENOTAZIONE**

4. Dove ha effettuato la prenotazione?

Dia una sola risposta

- .. al CUP
- .. in farmacia (punto CUP)
- .. direttamente nell'ambulatorio / servizio
- .. altro (specificare _____)

5. 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

6. La prestazione che ha prenotato è in regime di urgenza?

- .. urgenza - entro 24 ore (contrassegnata su ricetta con la lettera **U**)
- .. urgenza - entro 7 gg (contrassegnata su ricetta con la lettera **B**)
- .. non urgenza - oltre 7 giorni (contrassegnata su ricetta con la lettera **D**)

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

- .. entro 24 ore
- .. entro 7 giorni
- .. entro 1 mese
- .. entro 2 mesi
- .. oltre 2 mesi

8. Come valuta tale tempo di attesa?

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

Le domande di seguito si riferiscono al momento dell'**ACCESSO**

9. Come valuta l'ACCESSIBILITÀ alla struttura rispetto a:

Dia una risposta 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

10. 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

11. Come valuta tale tempo di attesa?

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

12. 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

Le domande seguenti fanno riferimento all'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

13. Come valuta il PERSONALE 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. Chiarezza delle informazioni ricevute sulle condizioni di salute	•	,	<i>f</i>	"	i
					Non ho ricevuto alcuna informazione i
d. Chiarezza delle informazioni ricevute sui rischi legati alle cure	•	,	<i>f</i>	"	i
					Non ho ricevuto alcuna informazione i
e. Coinvolgimento nella scelta delle cure mediche o terapie da seguire	•	,	<i>f</i>	"	i
f. Il tempo che Le ha dedicato	•	,	<i>f</i>	"	i

14. Come valuta il PERSONALE ASSISTENZIALE (INFERMIERE, TECNICO, FISIOTERAPISTA, ecc.) durante la prestazione 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. Chiarezza delle informazioni ricevute	•	,	<i>f</i>	"	i
					Non ho ricevuto alcuna informazione i
d. Attenzione ai Suoi bisogni	•	,	<i>f</i>	"	i

15. Come valuta il rispetto della Sua privacy (riservatezza) per ciascuno dei seguenti aspetti?

Dia una risposta ogni riga

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so
a. Rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate	•	,	<i>f</i>	"	i
b. Rispetto della privacy nello svolgimento della prestazione	•	,	<i>f</i>	"	i

16. Come valuta le informazioni sul TRATTAMENTO DEL DOLORE ricevute?

Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so/non ricordo
•	,	<i>f</i>	"	i
Non ho ricevuto informazioni sul trattamento del dolore fisico				i

17. Durante la visita, ha ricevuto una terapia antidolorifica?

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

17a. Se sì, come valuta la terapia antidolorifica che ha ricevuto?

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

18. Pensando al momento in cui ha avvertito più dolore durante la visita, come valuta questo dolore in una scala da 0 a 10 (in cui 0 = nessun dolore e 10 = massimo dolore)?

										Non so/non ricordo	
€	•	,	<i>f</i>	"	...	†	‡	^	‰	Š	i

Le domande che seguono riguardano il momento del pagamento del TICKET

19. Ha pagato il ticket?

- .. Sì
- .. No
- .. Sono esente

20. Come valuta la comodità per il pagamento del ticket?

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

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. Cure da eseguire e controlli successivi da effettuare	•	,	<i>f</i>	"	i
			Non ho ricevuto alcuna informazione		i
b. Sintomi da tenere sotto controllo	•	,	<i>f</i>	"	i
			Non ho ricevuto alcuna informazione		i
c. Personale o altri servizi a cui rivolgersi (medico di famiglia, specialista e altri servizi)	•	,	<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 dei servizi ambulatoriali?

Le chiediamo ora alcune informazioni che ci 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 si riferiscono al paziente che ha ricevuto la prestazione ambulatoriale.

24. Il questionario è stato compilato:

- direttamente dal paziente
- da un familiare o conoscente del paziente
- dal paziente con l'aiuto di un familiare, conoscente

25. Nazionalità del paziente:

- Italiana
- Albanese
- Pakistana
- Marocchina
- Moldava
- Altra (specificare _____)
- Rumena
- Cinese

26. Genere del paziente:

- maschile
- femminile
- Altro

27. Età del paziente (in anni compiuti): |__|__|__|

28. Titolo di studio conseguito dal paziente:

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

29. Attuale condizione professionale del paziente:

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

30. Domicilio del paziente:

- 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 reparto.
Per informazioni contattare:**