



## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI

Gentile Sig. /ra,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la sua opinione ed ogni altro suggerimento che può esserci utile per migliorare la qualità dei servizi offerti dalla Nostra Struttura Sanitaria.

La informiamo che i dati da Lei forniti verranno trattati in modo riservato e Lei non potrà, in alcun modo, essere identificato/a; infatti nel questionario, da compilarsi in forma anonima, non sono previste domande o sezioni relative a dati sensibili, in linea con le linee guida del Garante per la Privacy di recente emanazione

Nel riferire le Sue valutazioni sull'assistenza ricevuta faccia riferimento **all'ultima volta** in cui Lei ha utilizzato la nostra Struttura.

Metta **una croce [x] nella casella** che si avvicina di più al Suo modo di vedere. **Dia una sola risposta.**  
**Grazie per la cortese collaborazione.**

**La Direzione**

INNANZITUTTO, DI CHE TIPO DI PRESTAZIONE HA USUFRUITO?

- RADIOLOGIA TRADIZIONALE (RX, ALTRO);     RADIOLOGIA AVANZATA (TAC, RMN);  
 FISIOKINESITERAPIA;     VISITA SPECIALISTICA;     LABORATORIO ANALISI;  
 ALTRO (*SPECIFICARE*): \_\_\_\_\_

<i>N°</i>	<i>Quesito</i>	<i>Risposta</i>
<b>1</b>	COME GIUDICA LE SEGNALAZIONI PER IDENTIFICARE IL LUOGO IN CUI DEVE EFFETTUARE LA PRESTAZIONE ?	<input type="checkbox"/> Adeguata <input type="checkbox"/> Poco adeguata <input type="checkbox"/> Non adeguata
<b>2</b>	COME GIUDICA LA SALA D'ATTESA ?	<input type="checkbox"/> Molto accogliente <input type="checkbox"/> Accogliente <input type="checkbox"/> Poco accogliente
<b>3</b>	COME CONSIDERA IL TEMPO MEDIO DI ATTESA PER LA PRESTAZIONE ?	<input type="checkbox"/> Breve <input type="checkbox"/> Accettabile <input type="checkbox"/> Lungo
<b>4</b>	GLI ORARI DI APERTURA DEL POLIAMBULATORIO CORRISPONDONO ALLE SUE ESIGENZE ?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>5</b>	COME GIUDICA IL DISBRIGO DELLE PRATICHE AMMINISTRATIVE, REGISTRAZIONE E PAGAMENTO TICKET ?	<input type="checkbox"/> Efficiente <input type="checkbox"/> Semplice <input type="checkbox"/> Poco pratico
<b>6</b>	COME GIUDICA LE INFORMAZIONI FORNITE DAL PERSONALE, IN MERITO ALLA PRESTAZIONE DA EFFETTUARE?	<input type="checkbox"/> Buone <input type="checkbox"/> Sufficienti <input type="checkbox"/> Insufficienti

<i>N°</i>	<i>Quesito</i>	<i>Risposta</i>
7	IL PERSONALE INTERNO E' FACILMENTE RICONOSCIBILE ED IDENTIFICABILE ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8	LE SONO STATE DATE ADEGUATE INFORMAZIONI PER IL RITIRO DELLA RISPOSTA (SE DEVE RITIRARLA) ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9	RITIENE CHE LE ATTIVITA' DI ACCETTAZIONE, EFFETTUAZIONE ESAMI E VISITE, ED EVENTUALE RITIRO DELLA RISPOSTA RISPETTINO IL DIRITTO ALLA PRIVACY ?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10	COME VALUTA LA PULIZIA DI AMBIENTI E LOCALI ?	<input type="checkbox"/> Accurata <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Carente
11	COME GIUDICA IL PERSONALE DELLA STRUTTURA ?  <input type="checkbox"/> Cortese <input type="checkbox"/> Disponibile <input type="checkbox"/> Efficiente <input type="checkbox"/> Professionale	<input type="checkbox"/> Poco cortese <input type="checkbox"/> Poco disponibile <input type="checkbox"/> Poco efficiente <input type="checkbox"/> Poco professionale
12a	NEL COMPLESSO, È SODDISFATTO/A DI AVER SCELTO QUESTA STRUTTURA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12b	LA SCEGLIEREBBE NUOVAMENTE IN CASO DI BISOGNO?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### SUGGERIMENTI ALLA DIREZIONE PER MIGLIORARE I SERVIZI

---



---



---



---



---



---



---

### CHI COMPILA IL QUESTIONARIO

Paziente   
Familiare o altra persona

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Casella compilata dall'Azienda

N° SCHEDA:

ANNO:

DATA:

VISTO RQ: