



			REPARTO	ID	Rilevatore
P	Amb				

Gentile Signora/Signore,

il nostro Ospedale in collaborazione con la Regione Lombardia promuove una ricerca sulla qualità dell'assistenza ospedaliera dal punto di vista dell'utente. **Il Suo contributo è molto importante per poter migliorare i nostri servizi e rispondere sempre meglio alle esigenze dei pazienti.**

La preghiamo di compilare il seguente questionario (in forma anonima) barrando la casella che meglio esprime il Suo giudizio. Se è "per niente soddisfatto" può barrare la casella 1; se "molto soddisfatto" la 7. Per giudizi intermedi scelga la casella che ritiene più adatta. Grazie per la Sua collaborazione.

DATA COMPILAZIONE: \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ (gg\mm\aaaa)

## AMBULATORIO:

**D01** Come ha prenotato?:  
 Telefonicamente     Allo sportello     Internet     Altro     Non so     Nessuna prenotazione

**QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI ? (indicare da 1 a 7)**

		Per niente soddisfatto							Molto soddisfatto						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D02</b>	<b>Servizio di prenotazione</b> (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D03</b>	<b>Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D04</b>	<b>Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket</b> (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D05</b>	<b>Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D06</b>	<b>Rispetto degli orari previsti</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D07</b>	<b>Attenzione ricevuta dal personale medico</b> (accuratezza della visita, cortesia)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D08</b>	<b>Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D09</b>	<b>Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico</b> (accuratezza, cortesia, informazioni)	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D10</b>	<b>Rispetto della riservatezza personale</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

		Per niente soddisfatto							Molto soddisfatto						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>D11</b>	<b>COMPLESSIVAMENTE QUANTO È SODDISFATTO DEL NOSTRO SERVIZIO?</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7



		Assolutamente no				Certamente si		
D12	<b>CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA?</b>	1	2	3	4	5	6	7
D13	<b>In caso di sue future necessità, pensa di rivolgersi nuovamente a questa struttura?</b>	1	2	3	4	5	6	7

<b>B01</b>	<b>Ha già fruito in passato di servizi offerti da questo ospedale?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
------------	--	-----------------------------	-----------------------------

*La valutazione della soddisfazione del servizio sanitario in generale.*

		Per niente soddisfatto				Molto soddisfatto		
E01	<b>Facendo riferimento alle sue esperienze passate come valuta il suo grado di soddisfazione del servizio pubblico ospedaliero offerto dagli Ospedali della città di Milano?</b>	1	2	3	4	5	6	7
E02	<b>Facendo riferimento alle sue esperienze passate come valuta il suo grado di soddisfazione del servizio pubblico ospedaliero offerto dagli Ospedali di altre città?</b>	1	2	3	4	5	6	7

**D14** Legga per cortesia questo elenco. Potrebbe indicarci quali sono, per lei, **i tre aspetti ritenuti in assoluto più importanti e quello meno importante** nel determinare la sua soddisfazione personale?  
(Indichi nella Tabella con il numero 1 quello ritenuto più importante e con 2 e 3 quelli successivi. Indichi con il 9 quello meno importante in assoluto).

Indicare in progressione con 1, 2 e 3 i più importanti e con 9 il meno importante

<b>a.</b> Servizio di prenotazione	
<b>b.</b> Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione	
<b>c.</b> Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket	
<b>d.</b> Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti	
<b>e.</b> Rispetto degli orari previsti	
<b>f.</b> Attenzione ricevuta dal personale medico	
<b>g.</b> Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute	
<b>h.</b> Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico	
<b>i.</b> Rispetto della riservatezza personale	



<input type="checkbox"/> <b>A14</b> <b>Sesso</b> <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> <b>A15</b> <b>Età</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>A16</b> <b>Scolarità</b>  <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Scuola obbligo <input type="checkbox"/> Scuola superiore <input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> <b>A17</b> <b>Nazionalità</b>  <input type="checkbox"/> 1.Italia <input type="checkbox"/> 2.Europ Occ. <input type="checkbox"/> 3. Europa Est <input type="checkbox"/> 4.Asia Occ. <input type="checkbox"/> 5.Africa Centro-sud <input type="checkbox"/> 6.Africa Nord <input type="checkbox"/> 7.Asia Sud orientale <input type="checkbox"/> 8.Amer Centro-Sud <input type="checkbox"/> 9.America del Nord <input type="checkbox"/> 10.Oceania  <b><u>A17.1</u></b> se straniero da quanto anni risiede in Italia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <b>B02</b> Risiede in Provincia di Milano ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>B03</b> Se no, in quale zona geografica risiede? <input type="checkbox"/> Nord <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Sud