



ASL FOGGIA

QUESTIONARIO AZIENDALE DI GRADIMENTO

Gentile Signora, Gentile Signore,

Siamo interessate/i a conoscere la Sua opinione sul servizio che ha ricevuto presso le strutture della ASL FG. Grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare la qualità delle prestazioni che forniamo alla cittadinanza.

Per questo motivo Le chiediamo di compilare il presente questionario che è completamente anonimo, sia in fase di raccolta, che nella fase successiva di trattamento ed elaborazione dati.

Le siamo davvero grati per la collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.

Chi compila il questionario è:

- Il/la paziente stessa Un genitore/genitrice, parente, altro

Nome _____

Cognome _____

Titolo di studio del/della paziente:

- Elementare Media inferiore Scuola superiore Laurea

Professione del/della paziente:

<input type="checkbox"/> Operaio/a	<input type="checkbox"/> Impiegato/a	<input type="checkbox"/> Dirigente/Professionista	<input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante	
<input type="checkbox"/> Pensionato/a	<input type="checkbox"/> Disoccupato	<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Altro

Il/la paziente ha usufruito di:

- Ricovero Visita Ambulatoriale Esame

In quale Reparto/Ambulatorio? _____

Le chiediamo, ora, alcune INFORMAZIONI GENERALI

ACCESSIBILITA'

Indichi, con una X, la sua valutazione su:

	Si	No	Non ho usufruito del servizio
È stato facile effettuare la prenotazione telefonica?			
È stato facile effettuare la prenotazione presso CUP?			
È stato facile accedere alla struttura (parcheggio, mezzi pubblici)?			
Vi è sufficiente attenzione all'accesso per pazienti portatori di handicap o con difficoltà deambulatorie?			
È stato facile orientarsi nella struttura?			

TEMPI DI ATTESA

Indichi la sua valutazione su:

	Eccessivo	Lungo	Accettabile	Non ho usufruito del servizio
Coda allo sportello (CUP o ambulatori) per la prenotazione				
Prenotazione				
Tempo di attesa per la prenotazione telefonica				
Lista di attesa				
Tempo di attesa per ricevere la prestazione nel giorno della visita/esame				
Tempo di attesa per il ritiro del referto/esami				



COMFORT

Indichi la sua valutazione su:	Pessimo	Scarso	Accettabile	Buono	Ottimo
Adeguatezza degli ambienti, servizi igienici, arredi dei locali della struttura ospedaliera					
Pulizia dei locali dell'ospedale					
La tranquillità e il comfort degli ambienti di visita /ricovero					
Nel caso di ricovero: qualità, varietà e gradevolezza del cibo					

RELAZIONE

Indichi la sua valutazione su:	Pessimo	Scarso	Accettabile	Buono	Ottimo
Cortesìa e sollecitudine del personale di contatto (prenotazione, accettazione e portinerie)					
Accoglienza ed assistenza del personale infermieristico/tecnico					
Ascolto e disponibilità del personale medico					

QUALITA' DELLA ASSISTENZA

Indichi la sua valutazione su:

	Pessimo	Scarso	Accettabile	Buono	Ottimo
Le informazioni ricevute prima della prestazione (preparazione alla visita/esame/ricovero)					
Il rispetto della sua privacy (riservatezza) durante le visite, le cure e la degenza					
Le informazioni ricevute dai medici sulla malattia					
Le istruzioni ricevute su terapie e comportamenti raccomandati dopo il ricovero/esame					
L'organizzazione ospedaliera nel suo insieme per l'efficiente risoluzione del suo problema di salute (coordinamento e comunicazione tra le varie strutture dell'ospedale)					
Aspetti tecnico-professionali del personale					
- Amministrativo					
- Medico/Sanitario					
- Infermieristico/tecnico					

EVENTUALI OSSERVAZIONI

Può aggiungere, se lo desidera, osservazioni in merito al servizio che l'Azienda Le ha prestato:
