



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANIA

U.O.C. Coordinamento Staff

U.O.S. Comunicazione ed Urp

Mod. 1/2021

QUESTIONARIO PER IL MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE
PER I SERVIZI AMBULATORIALI E DI RICOVERO

Gentile Signora, Gentile Signore

L'ASP Catania desidera conoscere la sua soddisfazione per alcune caratteristiche del servizio sanitario da Lei fruito. Se vuole può rispondere alle domande del presente questionario in forma anonima e riservata. Le sue risposte e le sue opinioni saranno utili per migliorare i servizi di questa struttura. Grazie.

Il questionario che sta compilando si riferisce ad un servizio sanitario fruito presso:

Ambulatorio del Distretto (indicare Comune e Via): _____

Presidio Ospedaliero : (indicare quale): _____

Data: _____

M F Et : da 18 a 30 ; da 30 a 50 ; da 50 a 70 ; oltre

Livello di istruzione: Elementare Diploma Media Diploma Superiore Laurea

E' gi  stata/o in questa struttura Si No

E' assistita/o dall'ASP Catania Si No

Nazionalit  Italiana Si No

Regione di residenza _____

Riferisca la sua soddisfazione sul servizio ricevuto assegnando, con un segno di penna, un numero da 1 (minima soddisfazione) a 5 (massima soddisfazione) per ciascuna delle sottoindicate caratteristiche. Rispondendo all'ultima domanda pu  inoltre comunicare i suoi suggerimenti per migliorare il servizio ricevuto.

Dimensione	Caratteristica	Descrizione valori: 1=pessimo, 2=sufficiente, 3=discreto, 4=buono, 5=ottimo				
		1	2	3	4	5
a. Condizione degli ambienti	1) Spazi a disposizione dei pazienti	1	2	3	4	5
	2) Pulizia - igiene e comodit� degli ambienti	1	2	3	4	5
	3) Assenza delle barriere architettoniche	1	2	3	4	5
	4) Rispetto delle distanze di sicurezza covid 19	1	2	3	4	5
b. Accesso e accoglienza della struttura	5) Visibilit� segnaletica all'esterno della struttura	1	2	3	4	5
	6) Facilit� di accesso alla struttura	1	2	3	4	5
	7) Parcheggio	1	2	3	4	5
	8) Orari di apertura degli ambulatori	1	2	3	4	5
	9) Facilit� di contatto telefonico	1	2	3	4	5
	10) Visibilit� segnaletica all'interno della struttura	1	2	3	4	5
c. Accoglienza del Servizio	11) Attenzione e cortesia degli operatori all'arrivo	1	2	3	4	5
	12) Tutela della riservatezza	1	2	3	4	5
	13) Tempi di attesa all'ingresso	1	2	3	4	5
d. Vitto ospedaliero (solo per i ricoveri)	14) Qualit�	1	2	3	4	5
	15) Quantit�	1	2	3	4	5
	16) Variet� del men�	1	2	3	4	5
e. Personale infermieristico	17) Cortesia e disponibilit� all'ascolto	1	2	3	4	5
	18) Rispetto della riservatezza	1	2	3	4	5
	19) Competenza e professionalit� dimostrata	1	2	3	4	5
	20) Attenzione ai bisogni e ai problemi riferiti	1	2	3	4	5
	21) Chiarezza delle informazioni ricevute	1	2	3	4	5

f. Medico di riferimento	22) Cortesia	1	2	3	4	5
	23) Rispetto degli orari di appuntamento	1	2	3	4	5
	24) Facilità di contatto	1	2	3	4	5
	25) Disponibilità all'ascolto e ai bisogni riferiti	1	2	3	4	5
	26) Competenza e professionalità dimostrata	1	2	3	4	5
	27) Chiarezza informazioni ricevute	1	2	3	4	5
	28) Rispetto della riservatezza	1	2	3	4	5

g. Assistenza e Terapie ricevute	29) Soddisfazione sull'efficacia delle cure/assistenza	1	2	3	4	5
	30) Facilità di accesso all'assistenza/terapie	1	2	3	4	5
	31) Gestione degli eventuali effetti collaterali	1	2	3	4	5
	32) Spese aggiuntive (altri farmaci.visite)	1	2	3	4	5
	33) Quanto la cura ha risolto i problemi di salute	1	2	3	4	5

Prenotazione al CUP (solo per i servizi ambulatoriali)						
	34) Facilità di prenotazione attraverso il numero Verde del Centro Unico di Prenotazione (CUP)	1	2	3	4	5

I. Soddisfazione complessiva					
	35) Complessivamente quanto è soddisfatta/o?	1	2	3	4

	36) Consiglierebbe ad un amico o conoscente di rivolgersi a questa struttura?	Certamente no	Forse no
		Forse si	Certamente si
I. Altre valutazioni e suggerimenti	37) Quali suggerimenti ritiene importante comunicare per migliorare il servizio ricevuto?		