**Questionario della qualità**

Gentile Utente, siamo interessati a conoscere la Sua opinione sulla nostra Struttura, sul personale che vi opera e sui servizi offerti. Le Sue indicazioni ci saranno molto utili per capire i problemi esistenti e individuare le soluzioni più opportune per migliorare l’efficienza e la qualità dei servizi. Il questionario che Le chiediamo di compilare è assolutamente anonimo. Una volta compilata questa scheda, la preghiamo di riconsegnarla negli appositi raccoglitori.

**Questionario compilato da: □** utente **□** familiare/ parente

 **□** maschio **□** femmina età: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado di istruzione** | **□** elementare | **□** media | **□** diploma | **□** laurea |

**Prestazioni**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Valutazioni** | □ Certificazioni DSA | □ Valutazione multidisciplinare età evolutiva | □ Visite specialistiche |
| **Trattamenti riabilitativi** | **in convenzione** | **a pagamento** |
| **□** ambulatoriali | **□** domiciliari | **□** extra-murali (scuola) | **□** ambulatoriali | **□** domiciliari |

|  |  |
| --- | --- |
| **E’ la prima volta che si rivolge a questo Centro Ambulatoriale?** | **□** si |
| **□** no, mi sono già rivolto in passato a questo Centro per patologie / esigenze diverse da quella attuale |
| **□** no, effettuo cicli di terapia periodici per la medesima patologia da (indicare quanto tempo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **La scelta di questo Centro Ambulatoriale è stata per Lei:** | **□** condizionata dalla vicinanza con la mia abitazione |
| **□** obbligata, in quanto in questa zona non esistono altre strutture analoghe |
| **□** libera, basata sul prestigio di cui gode questa struttura |
| **□** consigliata dal medico di famiglia / dal medico specialista |
| **□** consiglio del medico ospedaliero |
| **□** consigliata da amico/conoscente |
| **□** altro |

**Qual è il suo giudizio relativamente ai seguenti aspetti?**

**1:** Insoddisfacente **2:** Soddisfacente **3:** Ottimo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività riabilitativa** (compilare solo se effettuata) | **1** | **2** | **3** |
| Cortesia e disponibilità da parte del personale della Riabilitazione | **□** | **□** | **□** |
| Disponibilità al dialogo ed a fornire spiegazioni circa gli interventi da effettuare | **□** | **□** | **□** |
| Rispetto del tempo relativo alla durata della seduta riabilitativa  | **□** | **□** | **□** |
| Competenza dell’operatore nell’effettuazione dei trattamenti | **□** | **□** | **□** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Accuratezza delle visite** | **1** | **2** | **3** |
| Disponibilità dei Medici, Psicologi e altre figure a fornire spiegazioni sulla patologia e sul programma terapeutico | **□** | **□** | **□** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività sanitarie** (compilare solo se sono state effettuate visite mediche / specialistiche o si sono avuti contatti con il personale medico) | **1** | **2** | **3** |
| Cortesia e disponibilità dei Medici, Psicologi e altre figure | **□** | **□** | **□** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ambiente e strutture** | **1** | **2** | **3** |
| Pulizia ed igiene (sale terapia, sale attesa, servizi igienici, ambulatori, etc.) | **□** | **□** | **□** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Accettazione** | **1** | **2** | **3** |
| Cortesia e disponibilità del personale di segreteria | **□** | **□** | **□** |
| Facilità a reperire informazioni | **□** | **□** | **□** |
| Completezza delle informazioni ricevute | **□** | **□** | **□** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** |
| **Complessivamente, qual è il Suo giudizio sul nostro** **Centro Ambulatoriale?** | **□** | **□** | **□** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consiglierebbe ad un amico/conoscente che ne avesse bisogno questa struttura?** | **si** | **□** | **no** | **□** |

Suggerimenti