



Fondazione Toscana
Gabriele Monasterio
(L.R.T. n.85/2009)

2017

Questionario di soddisfazione

rivolto ai pazienti della

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Gentile Signora, Gentile Signore,

nell'intento di migliorare la qualità dei nostri servizi, Le chiediamo di rispondere al seguente questionario. La scheda rimarrà anonima.

In particolare assicuriamo che le osservazioni, le indicazioni e le proposte verranno attentamente vagliate e prese in considerazione.

La ringraziamo anticipatamente per la Sua cortese collaborazione.

Il Direttore Generale

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Anagrafica del paziente

Età: anni

Genere:

- Maschio
- Femmina

Nazionalità:

- Italiana
- Altra nazione

.....

Residenza:

- Provincia di Pisa
- Regione Toscana
- Altra regione o nazione

.....

Titolo di studio:

- Elementare
- Media inferiore
- Media superiore
- Laurea

Professione:

- Operaio/a
- Impiegato/a
- Dirigente/Professionista
- Artigiano/Commerciante
- Pensionato/a
- Disoccupato/a
- Studente
- Altra professione

.....

Il paziente ha usufruito di:

- Prelievo
- Visita ambulatoriale
- Altri esami
- Day Hospital/Day service

Perché ha scelto la Fondazione Toscana G. Monasterio?

- Su indicazione del medico curante o di altro medico
- Consiglio di amici/familiari
- E' vicino casa
- Sono un utente abituale
- Sito internet
- Altro

.....

Chi compila il questionario è:

- Il paziente stesso
- Un genitore, parente, altro

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Indicare con **X** il giudizio sul nostro comportamento considerando la scala dei valori indicata di seguito:

Molto soddisfatto		Soddisfatto		Abbastanza soddisfatto		Poco soddisfatto		Insoddisfatto	
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1

ACCESSIBILITÀ

E' stato facile effettuare la prenotazione telefonica?	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
E' stato facile accedere alla struttura? (parcheggio, mezzi pubblici, ecc)	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
E' stato facile effettuare la prenotazione presso lo sportello?	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Vi è sufficiente attenzione all'accesso per pazienti portatori di handicap o con difficoltà deambulatorie?	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
E' stato facile orientarsi nella struttura?	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1

TEMPI DI ATTESA

Coda allo sportello per la prenotazione	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Tempo di attesa per la prenotazione telefonica	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Liste di attesa (prenotabilità delle prestazioni)	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Tempo di attesa per il ritiro del referto	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

COMFORT

Comfort degli ambienti di visita e delle sale di attesa	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Adeguatezza degli ambienti e dei servizi igienici	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Pulizia dei locali della struttura	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1

RELAZIONE

Cortesìa, rapidità e attenzione da parte del personale non sanitario (portineria e accettazione)	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Accoglienza ed assistenza da parte del personale infermieristico/tecnico	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Ascolto e disponibilità del personale medico	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Completezza delle informazioni ricevute prima della prestazione (preparazione alla visita/esame)	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Rispetto della sua riservatezza durante le varie prestazioni	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Completezza delle informazioni ricevute dai medici sul suo problema di salute	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Valutazione dell'organizzazione ospedaliera nel suo insieme	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
Aspetti tecnico-professionali del personale:	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
-Amministrativo	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
-Medico/sanitario	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1
-Infermieristico/Tecnico	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1

EVENTUALI OSSERVAZIONI, SUGGERIMENTI, PROPOSTE

Grazie per la collaborazione