



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
POLICLINICO “PAOLO GIACCONE”**

**SCHEDA INTERVISTA SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E AMBULATORIALI**

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente di esprimere un giudizio in merito alla sua ultima esperienza di visita ambulatoriale presso la nostra struttura.

I dati da lei forniti durante l'intervista verranno trattati nel pieno della riservatezza come riportato nella liberatoria da lei firmata al momento della sua dimissione.

Le informazioni da lei fornite durante l'intervista, saranno utilizzate esclusivamente per fornire alla struttura il suo giudizio sulla prestazione ricevuta al fine di migliorare la qualità del servizio sanitario.

L'intervista durerà pochi minuti e se c'è qualcosa di poco chiaro m'interrompa tranquillamente

La ringrazio per la collaborazione.

**SESSIONE 1**

<b><i>PRE-VISITA</i></b>	
1. Come è avvenuto l'accesso alla struttura?	<input type="checkbox"/> Accesso in Urgenza <input type="checkbox"/> Accesso Programmato
2. Perché ha scelto questa struttura?	<input type="checkbox"/> Consiglio di un medico <input type="checkbox"/> Consiglio di amici/parenti <input type="checkbox"/> Ne avevo sentito parlare bene <input type="checkbox"/> È vicino casa <input type="checkbox"/> Era il posto più rapido come prenotazione <input type="checkbox"/> Altro .....
3. Visitando il sito della nostra Azienda, come lo ritiene in termini di <i>fruibilità</i> , <i>accessibilità</i> e <i>tempestività</i> per eventuali informazioni e prenotazioni?	<input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo <input type="checkbox"/> Mai visitato il sito
4. È a conoscenza dei vari sistemi di prenotazione disponibili?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non saprei

5. Come ha effettuato la sua prenotazione?	<input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Portale prenotazioni Online <input type="checkbox"/> Sportelli CUP <input type="checkbox"/> SovraCUP/InterCUP <input type="checkbox"/> Altro .....
6. Quanto tempo è trascorso dalla prenotazione alla visita?	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="checkbox"/> Settimane <input type="checkbox"/> Mesi <input type="checkbox"/> Altro .....
7. È a conoscenza dei seguenti sistemi di pagamento ticket?	<input type="checkbox"/> Pagamento elettronico PAGOPA <input type="checkbox"/> Sportello Ticket <input type="checkbox"/> Riscuotitore automatico <input type="checkbox"/> Tutti <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sono esente
8. Come valuta il sistema di pagamento del ticket da lei utilizzato?	<input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo <input type="checkbox"/> Sono esente

## **SESSIONE 2**

<b><u>STRUTTURA</u></b>	
1. Ha avuto difficoltà a raggiungere il reparto in cui doveva recarsi?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
2. Una volta raggiunto il reparto, ritiene che questa struttura sia accessibile in termini di barriere architettoniche?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
3. Come valuta la struttura del reparto in termini di adeguatezza e sicurezza?	<input type="checkbox"/> Ottima <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessima
4. Come valuta l'igiene e la cura dei locali?	<input type="checkbox"/> Molto curata <input type="checkbox"/> Curata <input type="checkbox"/> Poco curata <input type="checkbox"/> Pessima

## SESSIONE 3

<b><u>PERSONALE</u></b>	
1. Come valuta il <i>servizio di accettazione e di accoglienza</i> del reparto?	<input type="checkbox"/> Ottimo <input type="checkbox"/> Soddisfacente <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Pessimo
2. Durante la sua permanenza in questo ospedale è stato trattato con cortesia e rispetto da parte degli <i>infermieri</i> ?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
3. Durante la sua permanenza in questo ospedale gli <i>infermieri</i> l'hanno ascoltata con attenzione?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
4. Durante la sua permanenza in questo ospedale gli <i>infermieri</i> hanno spiegato le procedure in modo chiaro?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
5. Durante la sua permanenza in questo ospedale è stato trattato con cortesia e rispetto da parte del <i>personale medico</i> ?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
6. Durante la sua permanenza in questo ospedale i <i>medici</i> l'hanno ascoltata con attenzione?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
7. Durante la sua permanenza in questo ospedale i <i>medici</i> hanno spiegato le procedure in modo chiaro?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no

## **SESSIONE 4**

<b><u>DIMISSIONE</u></b>	
1. Alla fine della prestazione le hanno dato informazioni sul suo stato di salute, sulla terapia da seguire o eventuali suggerimenti relativi alla visita?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
2. Alla fine della prestazione le hanno detto a chi rivolgersi in caso di necessità?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Ha avuto difficoltà (anche in termini di tempi) in fase di ritiro di referti?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no <input type="checkbox"/> Nessun referto
4. Pensa che la cura o i suggerimenti che ha ricevuto dai medici funzionino?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non lo so <input type="checkbox"/> Nessuna cura da eseguire
5. Consiglierebbe questa struttura se le chiedessero un consiglio?	<input type="checkbox"/> Decisamente sì <input type="checkbox"/> Più sì che no <input type="checkbox"/> Più no che sì <input type="checkbox"/> Decisamente no
6. Rispetto alle sue aspettative, il servizio ricevuto è stato?	<input type="checkbox"/> Migliore di come me lo aspettavo <input type="checkbox"/> Come me lo aspettavo <input type="checkbox"/> Peggioro di come me lo aspettavo

La ringrazio per il suo tempo e la sua attenzione.