**Sondaggio sull'esperienza dei pazienti in merito all'assistenza sanitaria di base**

**[NAME OF OFFICE/CLINIC] SONDAGGIO SULL'ESPERIENZA DEI PAZIENTI**

Lei è invitato a prendere parte a questo sondaggio perché ha recentemente effettuato una visita medica presso [NAME OF OFFICE/ CLINIC]. Le sue risposte alle domande del sondaggio ci aiuteranno a migliorare l'assistenza che forniamo. Questo sondaggio è composto da sei parti e richiederà circa 5 minuti per essere completato.

La partecipazione al sondaggio è assolutamente volontaria e tutte le sue risposte saranno mantenute riservate.

**A. Sta compilando il sondaggio per conto proprio o per conto di un'altra persona?**

🌕 Sto compilando il sondaggio per conto mio

🌕 Sto compilando il sondaggio per conto di un'altra persona

**B. Se sta compilando il sondaggio per conto di un'altra persona, per chi lo sta compilando?**

🌕 Sto compilando il sondaggio per un parente o per un amico

🌕 Sto compilando il sondaggio per un paziente o cliente

🌕 Altro *(la preghiamo di specificare il suo rapporto con il paziente, non il suo nome):* \_\_\_\_\_\_\_\_

**Parte 1: Contattarci**

**Q1.** In che modo è stato preso l'appuntamento per la sua ultima visita?

🌕 Non avevo un appuntamento, sono venuto direttamente **(PASSARE ALLA DOMANDA Q2b)**

🌕 Ho telefonato e fissato l'appuntamento

🌕 Ho inviato un'email e fissato l'appuntamento

🌕 Ho fissato l'appuntamento alla visita precedente

🌕 Mi avete telefonato per fissare l'appuntamento

🌕 Altro *(prego specificare):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q2** | **Pensando alla sua visita più recente, in una scala da scadente a eccellente, come valuterebbe quanto segue…?** | Scadente | Sufficiente  | Buona  | Molto buona  | Eccellente |
| a. | Il tempo trascorso tra il momento in cui è stato preso l'appuntamento e la visita effettuata | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | La sua esperienza complessiva nell'accedere allo studio/clinica | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Parte 2: Arrivo e attesa presso lo studio/clinica**

**Sempre pensando alla sua ultima visita…**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q3** | **In una scala da scadente a eccellente, come valuterebbe quanto segue…?** | Scadente | Sufficiente  | Buona  | Molto buona  | Eccellente |
| a. | Il tempo di attesa alla reception/in sala d'attesa | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | La sua esperienza complessiva con il nostro personale alla reception | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Il tempo di attesa nella sala esami prima di parlare con l'operatore sanitario della ragione della sua visita | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Parte 3: Il suo appuntamento**

**Sempre pensando alla sua ultima visita…**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q4** | **Pensando all'operatore sanitario PRINCIPALE con cui ha parlato durante la visita, in una scala da scadente a eccellente, come valuterebbe la persona su quanto segue…?** | Scadente | Sufficiente  | Buona  | Molto buona  | Eccellente |
| a. | Era a conoscenza della sua anamnesi | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Ha ascoltato le sue preoccupazioni | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Ha parlato con un linguaggio comprensibile per lei | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Ha spiegato la situazione in un modo facile da capire | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | Ha dimostrato sensibilità nei confronti delle sue necessità e preferenze | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| f. | L'ha trattata con dignità e rispetto | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| g. | Le ha fornito istruzioni chiare su cosa doveva fare dopo la visita | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| h. | La sua esperienza complessiva con l'operatore sanitario sul motivo della visita | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Parte 4: La sua esperienza complessiva della visita più recente**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q5** | **Pensando alla sua visita più recente, in una scala da scadente a eccellente, come valuterebbe quanto segue…?** | Scadente | Sufficiente  | Buona  | Molto buona  | Eccellente |
| a. | La pulizia generale dello studio/clinica | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Il comfort fisico generale dello studio/clinica | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | La sua fiducia nei medici/operatori sanitari che ha visto durante la visita | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | La fiducia che le sue informazioni sanitarie sono state trattate con il livello di riservatezza che lei si aspettava | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| e. | La sua esperienza generale con la visita presso di noi | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**Parte 5: Le sue esperienze di visita presso di noi nell'ultimo anno circa**

La prima coppia di domande sotto riportate è simile a quelle poste in precedenza. Tuttavia, invece di pensare alla sua visita più recente, desidereremmo che lei pensasse più in generale… alle esperienze con noi **NELL'ULTIMO ANNO CIRCA**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Q6** | **L'ultima volta che si ha contratto una malattia o che ha avuto un problema di salute…** |
| a. | Ha ottenuto un appuntamento alla data desiderata? | 🌕Sì | 🌕No |
| b. | Quanti giorni sono stati necessari da quando ha cercato la prima volta di vedere il dottore o un infermiere a quando ha effettivamente VISTO loro oppure qualcun'altro nello studio? | 🌕 Stesso giorno🌕 Giorno successivo🌕 2-19 giorni (inserire n. di giorni:\_\_\_\_\_\_\_\_)🌕 20 o più giorni🌕 Non pertinente (non sa/si rifiuta) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q7** | **Quando vede il medico o un infermiere, con che frequenza costoro o altre persone nello studio…?** | Mai | Raramente | A volte | Spesso | Sempre |
| a. | Le danno l'opportunità di fare domande sulla terapia consigliata | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | La coinvolgono quanto lei vorrebbe nelle decisioni sulle cure e sui trattamenti | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | Trascorrono sufficiente tempo con lei | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Q8** | **Nell'ultimo anno circa…** |
| a. | Ha ricevuto assistenza da un operatore sanitario presso uno studio/clinica**diverso da questo** | 🌕Sì**(Passare alla Q5.4)** | 🌕No**(SALTARE alla Q5.5)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q9** | **Pensando agli operatori sanitari che lei ha incontrato in altri luoghi in cui ha ricevuto assistenza nell'ultimo anno circa, con che frequenza…?** | Mai | Raramente | A volte | Spesso | Sempre |
| a. | Ciascuno sembrava conoscere la sua anamnesi | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | Ciascuno sembrava possedere i risultati delle sue analisi o dei suoi esami | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | C'era coerenza tra quanto dicevano sulla sua cura e trattamento? | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | Le è sembrato che abbiano lavorato bene insieme per prendersi cura di lei | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q10** | **In merito a un'altra questione, l'ultima volta in cui ha avuto bisogno di cure mediche di notte, nel finesettimana oppure in un giorno festivo, con che facilità ha ottenuto assistenza senza andare al pronto soccorso?** | Molto difficile 🌕 | Un po' difficile 🌕  | Abbastanza facile 🌕  | Molto facile 🌕 | Non pertinente 🌕  |

**Parte 6: Contesto/Dati demografici**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q11** | Complessivamente, come valuterebbe la sua salute? | Scadente 🌕 | Sufficiente 🌕  | Buona 🌕  | Molto buona 🌕  | Eccellente 🌕  |

**Q12.** Da quanto tempo si reca presso di noi per l'assistenza sanitaria?

🌕 Meno di sei mesi

🌕 Tra sei mesi e un anno

🌕 Tra uno e tre anni

🌕 Tra tre e cinque anni

🌕 Più di cinque anni

**Q13.** Facendo ricorso alla memoria, quante volte si è recato da noi nell'ultimo anno circa per l'assistenza sanitaria?

🌕 Una

🌕 Due

🌕 Tre

🌕 Quattro

🌕 Cinque o più

**Q14.** Consiglierebbe i nostri servizi ai suoi familiari o amici? Scelga **UNA** sola risposta.

🌕 Assolutamente no

🌕 Probabilmente no

🌕 Probabilmente sì

🌕 Assolutamente sì

**Se desidera fornire un ulteriore feedback,**

**la invitiamo a utilizzare lo spazio qui sotto:**

**FEEDBACK (FACOLTATIVO)**

Pensando alla sua esperienza generale con il nostro studio/clinica, quali sono…?

a. Due cose fatte particolarmente bene:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Due cose che potrebbero essere migliorate?

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ci sono ulteriori informazioni o feedback che lei vorrebbe condividere con noi che ci potrebbero aiutare a migliorare il modo in cui forniamo assistenza?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grazie per aver compilato il nostro sondaggio.**