

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):* _____

YOUR LOGO HERE

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	buona	Molto	Eccellente
a.	Il tempo trascorso tra il momento in cui è stato preso l'appuntamento e la visita effettuata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	La sua esperienza <u>complessiva</u> nell'accedere allo studio/clinica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	buona	Molto	Eccellente
a.	Il tempo di attesa alla reception/in sala d'attesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	La sua esperienza complessiva con il nostro personale alla reception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Il tempo di attesa nella sala esami prima di parlare con l'operatore sanitario della ragione della sua visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	buona	Molto	Eccellente
a.	Era a conoscenza della sua anamnesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Ha ascoltato le sue preoccupazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Ha parlato con un linguaggio comprensibile per lei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

YOUR LOGO HERE

d.	Ha spiegato la situazione in un modo facile da capire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Ha dimostrato sensibilità nei confronti delle sue necessità e preferenze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.	L'ha trattata con dignità e rispetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g.	Le ha fornito istruzioni chiare su cosa doveva fare dopo la visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	La sua esperienza complessiva con l'operatore sanitario sul motivo della visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	buona	Molto buona	Eccellente
a.	La pulizia generale dello studio/clinica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Il comfort fisico generale dello studio/clinica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	La sua fiducia nei medici/operatori sanitari che ha visto durante la visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	La fiducia che le sue informazioni sanitarie sono state trattate con il livello di riservatezza che lei si aspettava	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	La sua esperienza generale con la visita presso di noi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Stesso giorno <input type="radio"/> Giorno successivo <input type="radio"/> 2-19 giorni (inserire n. di giorni: _____) <input type="radio"/> 20 o più giorni <input type="radio"/> Non pertinente (non sa/si rifiuta)	

Q7	Quando vede il medico o un infermiere, con che <u>frequenza</u> costoro o altre persone nello studio...?	Mai	Raramente	A volte	Spesso	Sempre
a.	Le danno l'opportunità di fare domande sulla terapia consigliata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	La coinvolgono quanto lei vorrebbe nelle decisioni sulle cure e sui trattamenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

YOUR LOGO HERE

c.	Trascorrono sufficiente tempo con lei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----	---------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Q8	Nell'ultimo anno circa...		
a.	Ha ricevuto assistenza da un operatore sanitario presso uno studio/clinica diverso da questo	<input type="radio"/> Sì (Passare alla Q5.4)	<input type="radio"/> No (SALTAR E 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Ciascuno sembrava possedere i risultati delle sue analisi o dei suoi esami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	C'era coerenza tra quanto dicevano sulla sua cura e trattamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Le è sembrato che abbiano lavorato bene insieme per prendersi cura di lei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte 6: Contesto/Dati demografici

Q11	Complessivamente, come valuterebbe la sua salute?	Scadente	Sufficiente	Buona	Molto buona	Eccellente
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

YOUR LOGO HERE

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.