



**AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
VALSASINO**

**AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
VALSASINO**

EVENTUALI OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO  
DEI SERVIZI RIABILITATIVI AMBULATORIALI**

Gentile Signora, Egregio Signore

L' ASP Valsasino desidera conoscere quanto siano soddisfatti i cittadini che si sono rivolti al servizio ambulatoriale per poter studiare azioni di miglioramento che vadano incontro alle loro esigenze.

Il questionario è anonimo e verrà elaborato assieme a quelli degli altri utenti che hanno utilizzato il servizio, nel pieno rispetto delle informazioni raccolte.

La ringraziamo per la Sua gentile collaborazione.

Il Responsabile della U.O. Cure Intermedie Ambulatoriali  
Dr.ssa Maria Teresa Bartone

Data,

**IL QUESTIONARIO COMPILATO VA INSERITO NELLA APPOSITA CASSETTA  
ALL'INGRESSO DELLA PALESTRA**

D01 Come ha prenotato?

1 - telefonicamente     2 - allo sportello     3 - tramite internet




4 - altro                               5 - non so                               6 - nessuna prenotazione

**QUANTO E' SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?**  
(Indicare da 1 a 7) (molto soddisfatto corrisponde a 7)

D02	Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D03	Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D04	Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D05	Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
4B2	Pulizia quotidiana dei locali (ascensori, scale, corridoi, sale d'attesa, servizi igienici, ambulatorio...)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D06	Rispetto degli orari previsti	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D07	Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita e cortesia)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto

D08	Chiarezza e completezza della informazioni e delle spiegazioni ricevute	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D09	Attenzione ricevuta dal personale infermeristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazione)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D10	Rispetto della riservatezza personale	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D11	COMPLESSIVAMENTE QUANTO E' SODDISFATTO DEL NOSTRO SERVIZIO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Per niente sodd.      Molto soddisfatto
D12	CONSIGLIEREBBE AD ALTRI QUESTA STRUTTURA?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 Assolutamente no      Certamente si

D13 Esprima il giudizio complessivo sul servizio erogato

1      2      3 

A13	Sesso:	<input type="checkbox"/> 1 - Maschio <input type="checkbox"/> 2 - Femmina
A14	Età	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A15	Scolarità:	<input type="checkbox"/> 1- nessuna <input type="checkbox"/> 3- scuola superiore <input type="checkbox"/> 2- scuola obbligo <input type="checkbox"/> 4- laurea
A16	Nazionalità:	<input type="checkbox"/> 1- Italiana <input type="checkbox"/> 2- Europea <input type="checkbox"/> 3- Extraeuropea
P1	Provenienza:	<input type="checkbox"/> 1- Regione Lombardia <input type="checkbox"/> 2- Extra Regione Lombardia