



Istituto \_\_\_\_\_

Data di compilazione del questionario: .....

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEL SERVIZIO AMBULATORIALE

in conformità alla DGR n. 5589 del 30/12/2025, Appendice 10

### (Poliambulatorio specialistico)

<b>COMPILATORE</b>	<input type="checkbox"/> Paziente		<input type="checkbox"/> Familiare/ caregiver del pz			
<b>ETA' DEL PAZIENTE</b>	_____anni					
<b>GENERE</b>	<input type="checkbox"/> Maschio		<input type="checkbox"/> Femmina		<input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere	
<b>NAZIONALITA'</b>	<input type="checkbox"/> Italiana		<input type="checkbox"/> Straniera (specificare)			
<b>DOMICILIO DEL PAZIENTE</b>	<input type="checkbox"/> Regione Lombardia		<input type="checkbox"/> altra Regione(specificare)			
<b>TITOLO DI STUDIO</b>	<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Scuola elementare	<input type="checkbox"/> Scuola media	<input type="checkbox"/> Scuola superiore	<input type="checkbox"/> Laurea	
<b>OCCUPAZIONE ATTUALE</b>	<input type="checkbox"/> Casalingo/a	<input type="checkbox"/> Pensionato/a	<input type="checkbox"/> Senza occupazione	<input type="checkbox"/> Lavoratore	<input type="checkbox"/> Studente	
<b>IN QUALE MESE E' STATA EFFETTUATA LA VISITA/PRESTAZ. AMBULATORIALE.?</b>						
<b>COME HA EFFETTUATO LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA/PRESTAZIONE AMBULATORIALE?</b>	<input type="checkbox"/> Tramite telefono	<input type="checkbox"/> Allo sportello	<input type="checkbox"/> Online	<input type="checkbox"/> In presenza durante l'ultima visita	<input type="checkbox"/> Non ho avuto bisogno di prenotare (accesso diretto)	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)
<b>CHI LE HA PRESCRITTO LA VISITA / PRESTAZIONE AMBULATORIALE?</b>	<input type="checkbox"/> Medico di Famiglia	<input type="checkbox"/> Medico Specialista	<input type="checkbox"/> Senza impegnativa	<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)	
<b>LA VISITA/PRESTAZIONE AMBULATORIALE E' STATA EFFETTUATA</b>	<input type="checkbox"/> attraverso Servizio Sanitario Nazionale (SSN)			<input type="checkbox"/> in Libera Professione (a pagamento)		
<b>CHE TIPO DI VISITA/PRESTAZIONE AMBULATORIALE HA EFFETTUATO?</b>	<input type="checkbox"/> Prima visita	<input type="checkbox"/> Visita di controllo	<input type="checkbox"/> Prelievo/ Esami di lab.	<input type="checkbox"/> Vaccinazione	<input type="checkbox"/> Esame radiologico strumentale	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)
<b>IN QUALE SPECIALITA' HA EFFETTUATO LA PRESTAZIONE AMBULATORIALE</b>						

	<b>PERCHE' HA SCELTO QUESTA STRUTTURA?</b>	<input type="checkbox"/> Inviato dal Medico di Famiglia	<input type="checkbox"/> già in carico presso questo Istituto	<input type="checkbox"/> Primo posto disponibile	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE su consiglio di familiare/ amico/ conoscente	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE ricerche in rete e reputazione della struttura	<input type="checkbox"/> SCELTA PERSONALE vicinanza a casa
<b>1.</b>	<b>VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI CURA</b>						
1a	Come valuta le prestazioni e le cure ricevute?	<b>1</b> Per niente soddisfatto	<b>2</b> Poco soddisfatto	<b>3</b> Né insoddisfatto Né soddisfatto	<b>4</b> Abbastanza soddisfatto	<b>5</b> Molto soddisfatto	
1b	Quanto è rimasto soddisfatto complessivamente della sua esperienza?	<b>1</b> Per niente soddisfatto	<b>2</b> Poco soddisfatto	<b>3</b> Né insoddisfatto Né soddisfatto	<b>4</b> Abbastanza soddisfatto	<b>5</b> Molto soddisfatto	
<b>2.</b>	<b>PROCESSO DI PRENOTAZIONE</b>						
2a	E' soddisfatto delle modalità di prenotazione utilizzata e delle indicazioni ricevute?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO		
2b	Se NO, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? <i>(è possibile indicare fino a 3 opzioni)</i>	<input type="checkbox"/> Tempo di attesa allo sportello o per parlare con un operatore	<input type="checkbox"/> Modalità di prenotazione	<input type="checkbox"/> Professionalità dell'operatore	<input type="checkbox"/> Chiarezza delle informazioni ricevute	<input type="checkbox"/> Mancato rispetto della privacy	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)
2c	Ha ricevuto un promemoria poco prima della data fissata del suo appuntamento?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO		
2d	Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute sulle modalità di preparazione per la visita / prestazione ambulatoriale?	<b>1</b> Per niente soddisfatto	<b>2</b> Poco soddisfatto	<b>3</b> Né insoddisfatto Né soddisfatto	<b>4</b> Abbastanza soddisfatto	<b>5</b> Molto soddisfatto	
<b>3.</b>	<b>ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA PRESSO IL CUP E PAGAMENTO DEL TICKET</b>						
3a	E' soddisfatto dell'organizzazione dei servizi di accettazione e pagamento del ticket?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO		
3b	Se NO, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? <i>(è possibile indicare fino a 2 opzioni)</i>	<input type="checkbox"/> Tempo di attesa allo sportello	<input type="checkbox"/> Professionalità dell'operatore	<input type="checkbox"/> Mancato rispetto della privacy	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)		

4.	CURA E ASSISTENZA					
4a	Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni ricevute da tutto il personale?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4b	Come valuta il PERSONALE SANITARIO per <b>PROFESSIONALITA'</b>	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4c	Come valuta il PERSONALE SANITARIO per <b>DISPONIBILITA' ALL'ASCOLTO</b>	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4d	Come valuta il PERSONALE SANITARIO per <b>COINVOLGIMENTO NEL PERCORSO DI CURA</b>	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4e	Come valuta il PERSONALE SANITARIO per <b>RISPETTO DELLA PRIVACY</b>	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4f	Dopo la visita / prestazione ambulatoriale, le è stato spiegato chiaramente cosa fare, quale terapia seguire e a chi rivolgersi in caso di necessità?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO	
4g	E' soddisfatto dell'organizzazione dei servizi dell'ambulatorio nel quale ha effettuato la visita/prestazione ambulatoriale?	1	2	3	4	5
		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisfatto Né soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
4h	E' stato rispettato l'orario della visita/prestazione ambulatoriale?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO	
5.	FOLLOW UP					
5a	Al termine della visita/prestazione ambulatoriale è stata fissata una visita/prestazione ambulatoriale successiva di controllo?	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non è stato necessario	
5b	Le modalità di ritiro del referto sono state chiare?	1	2	3	4	5
		Per niente	Poco	Né poco Né molto	Abbastanza	Molto
6.	ASPETTI INFRASTRUTTURALI E DI SICUREZZA					
6a	E' soddisfatto degli aspetti di comfort e accessibilità agli sportelli, della sala di attesa e dell'infrastruttura ambulatoriale in generale?	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO	

6b	Se NO, potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? <i>(è possibile indicare fino a 2 opzioni)</i>	<input type="checkbox"/> Scarsa accessibilità	<input type="checkbox"/> Scarse indicazioni per raggiungere l'ambulatorio	<input type="checkbox"/> Comfort della sala d'attesa	<input type="checkbox"/> Pulizia degli ambienti	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)
6c	Se dovesse presentare un reclamo o una segnalazione saprebbe come comportarsi?	<input type="checkbox"/> SÌ		<input type="checkbox"/> NO		

### COMMENTI E SUGGERIMENTI

*La Sua opinione ci interessa per aiutarci a migliorare:*

---



---



---



---

**GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE**

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Tel 02 41315 213

e-mail: [urp.redaelli\\_mi@golgiredaelli.it](mailto:urp.redaelli_mi@golgiredaelli.it)