

 	Modulo CUSTOMER SATISFACTION AMBULATORIALE	ModSDF52.02	
		Rev. 02	Pagina 1 di 2
		Data Rev: 04/02/2026	

Gentile Sig.ra, Egr. Sig.re, contiamo sulla sua collaborazione chiedendoLe di compilare questo questionario e di restituirlo al personale di reparto o nelle apposite cassette situate nei salottini (I campi con asterisco * sono a compilazione obbligatoria)

Data compilazione: ____/____/____				
Reparto/Servizio:				
☐ UO BIC ☐ MAC ☐ Laboratorio Analisi	☐ Poliambulatori ☐ Fisiopatologia respiratoria ☐ Cardiologia ☐ Radiologia	☐ Fisioterapia/palestra/SRRF ☐ Terapia Fisica ☐ Piscina ☐ (ACP) Amb. Chirurgico Polivalente		
1 * Compilatore: ☐ Paziente ☐ Familiare/Caregiver 2.* Genere ☐ M ☐ F ☐ Preferisco non specificare				
3. * Età (anni) 4. * Nazionalità ☐ Italiana ☐ Straniera (specificare):				
8. * In quale mese è stata effettuata la visita/prestazione ambulatoriale? _____				
09. *Come ha effettuato la prenotazione della visita/prestazione ambulatoriale? ☐ Telefonicamente ☐ Allo sportello ☐ Online ☐ In farmacia ☐ In presenza durante l'ultima visita ☐ Non ho avuto bisogno di prenotare (accesso diretto) ☐ Altro (specificare)_____				
11. * La visita/prestazione ambulatoriale è stata effettuata: ☐ Attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ☐ in libera professione (a pagamento) ☐ Con Assicurazione				
13. * In quale specialità/reparto ha effettuato la prestazione ambulatoriale (specificare)? _____				
VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELL'ESPERIENZA DI CURA (Segnare una croce su un numero da 1 a 5)				
15. * Come valuta la prestazione e le cure ricevute:				
1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf.né soddisf	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
16. * Quanto è rimasto soddisfatto complessivamente della sua esperienza?				
1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf.né soddisf	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
PROCESSO DI PRENOTAZIONE (Segnare una croce su un numero da 1 a 5)				
17. * È soddisfatto della modalità di prenotazione utilizzata e delle indicazioni ricevute? ☐ Sì ☐ No				
20. * Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute sulle modalità di preparazione per la visita/prestazione ambulatoriale?				
1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Né insoddisf.né soddisf	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto
Il modulo continua sul retro della pagina, Le chiediamo gentilmente di proseguire nella compilazione. Grazie				

 	Modulo CUSTOMER SATISFACTION AMBULATORIALE		ModSDF52.02	
			Rev. 02	Pagina 2 di 2
	Data Rev: 04/02/2026			

CURA ED ASSISTENZA

(Segnare una croce su un numero da 1 a 5)

24. * Come valuta il personale SANITARIO per (solo per prestazione ambulatoriale):

	1	2	3	4	5
Professionalità:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Disponibilità all'ascolto:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Coinvolgimento nel percorso di cura:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Rispetto della privacy:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto

25. * Come valuta il personale MEDICO per (solo per BIC e MAC):

	1	2	3	4	5
Professionalità:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Disponibilità all'ascolto:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Coinvolgimento nel percorso di cura:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Rispetto della privacy:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto

26. * Come valuta il personale SANITARIO NON MEDICO per (solo per BIC e MAC):

	1	2	3	4	5
Professionalità:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Disponibilità all'ascolto:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Coinvolgimento nel percorso di cura:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto
Rispetto della privacy:	Per niente soddisf.	Poco soddisfatto	Né insodd.né soddisf.	Abbastanza soddisf.	Molto soddisfatto

27. *Dopo la visita/prestazione ambulatoriale, le è stato spiegato chiaramente cosa fare, quale terapia seguire e a chi rivolgersi in caso di necessità? ☐ Si ☐ No

28. * É 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 insodd.né soddisf	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto

31. * Le modalità di ritiro del referto o esito della prestazione ambulatoriale sono state chiare?

1	2	3	4	5
Per niente	Poco	Né poco né molto	Abbastanza	Molto

ASPETTI INFRASTRUTTURALI E DI SICUREZZA

32. * È soddisfatto degli aspetti di comfort e accessibilità degli sportelli, della sala di attesa e dell'infrastruttura ambulatoriale in generale? ☐ Si ☐ No

33. * Se "NO" potrebbe indicare quali dei seguenti aspetti ritiene non siano stati soddisfatti? (fino a 2 risposte possibili)

- ☐ Scarsa accessibilità
 ☐ Scarse indicazioni per raggiungere l'ambulatorio
 ☐ Comfort della sala d'attesa
☐ Pulizia degli ambienti
 ☐ Altro (specificare) _____