
	<p style="text-align: center;">AMBULATORIO INFERMIERISTICO TERRITORIALE</p> <p style="text-align: center;">QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE</p>	<p style="text-align: center;">IO_AIT Edizione Aprile 2022 Rev.0</p>
---	--	--

*Gentile utente, Le saremmo grati se potesse compilare il seguente questionario anonimo, che ci consentirà di migliorare il Nostro Servizio e di offrirle una prestazione più vicina alle sue esigenze. Può riporre il presente questionario nell'apposito contenitore di raccolta situato nell'ambulatorio infermieristico. La ringraziamo per la sua collaborazione.*  
SPS

**Risponda con una X alle seguenti domande**

<b>1). Chi le ha consigliato di rivolgersi all'Ambulatorio Infermieristico?</b>	<input type="checkbox"/> L'Ospedale <input type="checkbox"/> il MMG (medico di famiglia) <input type="checkbox"/> lo specialista del Poliambulatorio <input type="checkbox"/> amici-familiari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
<b>2). È stato semplice per lei raggiungerlo?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se NO perché? (specificare) _____
<b>3. Come valuta l'adeguatezza degli ambienti relativamente alla pulizia e comodità degli arredi e dei locali?</b>	<input type="checkbox"/> ottima <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> molto scarsa
<b>4. Come valuta l'accoglienza, la gentilezza e la disponibilità del personale infermieristico?</b>	<input type="checkbox"/> ottima <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> molto scarsa
<b>5. Come valuta le informazioni fornite dal personale infermieristico?</b>	<input type="checkbox"/> ottime <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> molto scarse
<b>6. Come valuta il rispetto della privacy durante l'esecuzione della prestazione infermieristica?</b>	<input type="checkbox"/> ottima <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> molto scarsa
<b>7. Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta presso l'Ambulatorio Infermieristico?</b>	<input type="checkbox"/> ottima <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> molto scarsa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>8) Consiglierebbe ad altre persone di rivolgersi a questo Ambulatorio?</b>	<input type="checkbox"/> Se NO perché? (specificare) _____

 <b>ASLSassari</b>	<p style="text-align: center;"> <b>AMBULATORIO INFERMIERISTICO TERRITORIALE</b>   <b>QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTE</b> </p>	<p style="text-align: center;"> <b>IO_AIT</b>  <b>Edizione Aprile 2022</b>  <b>Rev.0</b> </p>
---	---	---

**Cosa migliorerebbe del servizio?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il questionario è stato compilato da:**

- ☐ paziente
- ☐ un familiare
- ☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Informazioni generali sul paziente**

Sesso	Età	Grado di istruzione	Occupazione	Stato civile
<input type="checkbox"/> maschio  <input type="checkbox"/> femmina	_____	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> maturità <input type="checkbox"/> laurea	<input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> casalinga <input type="checkbox"/> operaio/a <input type="checkbox"/> impiegato/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> celibe <input type="checkbox"/> nubile <input type="checkbox"/> sposato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> convivente

	<p style="text-align: center;"> <b>AMBULATORIO INFERMIERISTICO TERRITORIALE</b>   <b>QUESTIONARIO SODDISFAZIONE</b>   <b>UTENTE</b> </p>	<p style="text-align: center;"> <b>IO_AIT</b>  <b>Edizione Aprile 2022</b>  <b>Rev.0</b> </p>
---	--	---

### **Note esplicative:**

Il questionario va somministrato a tutti i pazienti che accedono all'ambulatorio infermieristico, anche in caso di più accessi dello stesso paziente. Saranno validi i questionari completi relativamente alle domande sulla soddisfazione del servizio (quesiti n. 3,4,5,6,7) mentre non saranno obbligatorie ai fini dell'analisi della soddisfazione le informazioni generali sul paziente. I questionari saranno raccolti su supporto informatico, i dati raccolti sono anonimi e saranno analizzati nel rispetto della normativa sulla privacy. L'analisi sarà effettuata con un metodo quantitativo di calcolo delle frequenze della risposta. Le possibili risposte sono:

1. Dicotomiche: SI – NO
2. Qualitative:
  - Ottima=5
  - Buona=4
  - Sufficiente=3
  - Scarsa=2
  - Molto scarsa=1

I quesiti posti sul questionario chiedono all'utente, oltre ai dati generali su di esso e sull'orientamento all'accesso presso gli ambulatori infermieristici, di esprimere per ogni item il proprio livello di soddisfazione rispetto ad una serie di fattori caratterizzanti la scala di valutazione. I questionari saranno distribuiti dagli infermieri e analizzati periodicamente dall'Area Nursing.