

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale Provinciale Bari
Sede Legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari – P.IVA e C.F. 06534340721
Distretto Socio Sanitario di Bari
Sede Via F. Vecchio, 3 - Tel.0805842701 - m@il: dssbari@asl.bari.it

QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DELLA PUA FRONT-OFFICE

Distretto Socio Sanitario Unico di Bari

Comune di Bari



Gentile Signora, Gentile Signore,
Le saremmo grati se volesse aiutarci
a migliorare a qualità dei Servizi Sanitari
erogati dalle nostre strutture,
rendendoli il più possibile adeguati
alle necessità delle persone.
Le chiediamo, pertanto, di compilare
questo questionario, che resterà anonimo.

La ringraziamo per la disponibilità e la collaborazione.

1. Come è venuto a conoscenza dello sportello PUA:

- Social media (facebook, twitter,.....)
- Altri media (tv, giornali,radio,...)
- Sito del Comune di Bari (www.comune.bari.it)
- Sito della ASL di Bari (www.asl.bari.it)
- Altro _____

2. E' la prima volta che usufruisce del servizio?

- Si No

Sesso: Maschio Femmina

Età _____

Scolarità

- Nessuna
- Elementare
- Media
- Superiore
- Laurea

Professione _____

Città di residenza _____

Questionario compilato da:

- Paziente
- Parente
- Altro (specificare _____)

3. Tipologia della prestazione richiesta

- Prestazione di assistenza sociale
- Prestazione di assistenza sanitaria
- Prestazione di assistenza socio-sanitaria
- Altro (specificare _____)

4. Giudizio sugli operatori dello sportello PUA

- | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| ■ Competenza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ■ Disponibilità | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ■ Capacità di ascolto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ■ Cortesia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ■ Tempestività delle informazioni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ■ Completezza e aggiornamento delle informazioni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

5. Le è stata fornita l'informazione che cercava?

- Si
- No
- In parte (specificare il motivo) _____

6. Fornisca un giudizio sul servizio in merito a

- Orari di apertura 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Attesa 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Assistenza nella compilazione della modulistica 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Tempo di attesa (Quantificare se possibile)

- Molto breve _____
- Abbastanza breve _____
- Eccessivo _____

ACCOGLIENZA E COMFORT

8. Giudizio sulla logistica delle sedi che ospitano il servizio, indicare

Via Caduti di Via Fani, 25

Via G. Petroni, 47/D

- Viabilità 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Parcheggio 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Segnaletica esterna 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Segnaletica interna 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Barriere architettoniche 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Altro _____

9. Gli orari di apertura e chiusura degli sportelli sono rispettati?

- Sì
- No

14. Giudizio complessivo di qualità del servizio rispetto alle aspettative

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Ci sono aspetti positivi o negativi del Servizio e/o della prestazione ricevuta che vuole segnalare?

Aspetti positivi _____

Aspetti negativi _____

Eventuali suggerimenti per migliorare il servizio _____

