## 6. SERVIZIO COMPLESSIVO

**6A)** Perché ha deciso di rivolgersi al Centro DEA?
☐ Consiglio del Medico di Medicina Generale ☐ Consiglio del Medico Specialista ☐ Consiglio di una persona di fiducia ☐ Fiducia in questa struttura ☐ Fiducia nel personale sanitario ☐ Precedente esperienza favorevole ☐ Vicinanza al domicilio o al luogo di lavoro ☐ Struttura accogliente e confortevole ☐ Ridotti tempi di attesa ☐ Unica struttura in zona ☐ Altro

**6B)** Ritiene che il servizio sia ben organizzato?
☐ Sì ☐ No

**6C)** Con quale probabilità consiglierebbe il Centro DEA ad amici o conoscenti?
*Con poca probabilità* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 *Altissima probabilità*

**6D)** Se ha già usufruito di questo servizio, ritiene che la qualità sia:
☐ Peggiorata ☐ Invariata ☐ Migliorata

**6E)** Complessivamente, come valuta il servizio ricevuto?
*Da migliorare* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 *Di altissima qualità*

## 7. SUGGERIMENTI

**GESTIONE DEI RECLAMI**
Il Centro Diabetologico DEA considera il reclamo un'opportunità di miglioramento e uno degli strumenti più importanti per monitorare il livello di soddisfazione degli utenti. Poiché il presente questionario è anonimo, esso non consente di darLe un riscontro personale. Qualora desideri presentare un reclamo e ricevere risposta, La invitiamo a utilizzare il modulo «Suggerimenti e reclami», disponibile in accettazione, scaricabile dal sito www.centrodea.it e compilabile per via telematica mediante il codice QR esposto in reception, ovvero a scrivere all'indirizzo info@centrodea.it. Ogni reclamo è riferito alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria e al Responsabile del Sistema Qualità, che forniscono riscontro entro 30 giorni dal ricevimento.

*La ringraziamo per la collaborazione. La preghiamo di riporre il questionario compilato nell'apposito raccoglitore collocato in sala d'attesa.*

**Centro Diabetologico DEA S.r.l.** · via G. Di Vittorio 19 (a.u. Rossano), 87064 Corigliano-Rossano (CS) · tel. 0983.530263 · info@centrodea.it · www.centrodea.it



Centro Diabetologico Cardiologico DEA

Struttura medico-specialistica accreditata S.S.N. Regione Calabria — ASP di Cosenza
D.P.G.R. 1138/1989 · D.D.G. 11437/2005 · D.D.G. 909/2010 · Sistema Qualità certificato RINA n. 36663/18/S

# QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Edizione 2026 — UNI EN ISO 9001:2015

Gentile Paziente, gentile Familiare,

il Centro Diabetologico DEA La invita a partecipare al proprio questionario di soddisfazione. In coerenza con gli standard di qualità della norma UNI EN ISO 9001:2015, il Suo parere è essenziale per migliorare con continuità i servizi offerti e per assicurarLe un'assistenza di elevata qualità, personalizzata e confortevole.

Il Suo contributo ci aiuterà a comprendere come migliorare l'esperienza di tutti i nostri pazienti e dei loro familiari: ogni opinione sarà attentamente valutata per ottimizzare il percorso terapeutico e il comfort della permanenza presso il Centro.

La ringrazio per il tempo che vorrà dedicare alla compilazione.

*Il Direttore Sanitario — Dott. Giuseppe Armentano*

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 Reg. UE 2016/679)**
Il questionario è anonimo. La preghiamo di non indicare il Suo nome, il Suo cognome né alcun altro dato che consenta di identificarLa. Le risposte sono trattate dal Centro Diabetologico DEA S.r.l., via G. Di Vittorio 19 (a.u. Rossano), 87064 Corigliano-Rossano (CS), in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente in forma aggregata e statistica, per la finalità di monitoraggio e miglioramento della qualità dei servizi, sulla base del legittimo interesse del Titolare. I dati sono conservati per 5 anni dalla raccolta e non sono oggetto di diffusione né di processi decisionali automatizzati. Per ogni informazione, e per l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento, può rivolgersi a info@centrodea.it (Responsabile della protezione dei dati: Ing. Domenico Benevento).

**0A)** Data di compilazione: **___ / ___ / 2026**
**0B)** Il questionario è compilato da: ☐ paziente ☐ familiare o accompagnatore

## 1. INFORMAZIONI GENERALI

**1A)** Età:
☐ 18-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 ☐ 60-69 ☐ 70 e oltre

**1B)** Sesso:
☐ Maschio ☐ Femmina

**1C)** Cittadinanza:
☐ Italiana ☐ Unione Europea ☐ Paese extraeuropeo

## 2. SEDE

**2A)** Per quale patologia ha eseguito la prestazione?
☐ Primo accesso ☐ Diabetologia ☐ Cardiologia ☐ Entrambe ☐ Diagnostica vascolare ☐ Endocrinologia

| *Indicare con una «X»: 1 = minimo · 5 = massimo gradimento* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| **2B)** Come valuta gli orari di apertura della sede? | | | | | |
| **2C)** Come valuta l'accessibilità, la funzionalità e il comfort della struttura? | | | | | |
| **2D)** Come valuta la pulizia della sede? | | | | | |
| **2E)** Come valuta la segnaletica per raggiungere la sede? | | | | | |

## 3. PRENOTAZIONE

**3A)** Come ha eseguito la prenotazione?
☐ Di persona allo sportello ☐ Telefonicamente

**3B)** Quanto ha atteso prima di accedere al servizio di prenotazione?
☐ circa 5 minuti ☐ meno di 15 minuti ☐ oltre 15 minuti

**3F)** In caso di primo accesso, quanti giorni sono trascorsi tra la prenotazione e la visita?
☐ entro 5 giorni ☐ da 6 a 10 giorni ☐ oltre 10 giorni ☐ non ricordo ☐ non applicabile

| *Indicare con una «X»: 1 = minimo · 5 = massimo gradimento* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| **3C)** È stato soddisfatto dell'appuntamento proposto (data e orario)? | | | | | |
| **3D)** Come valuta la chiarezza e la completezza delle informazioni ricevute (accesso, pagamento, preparazione all'esame)? | | | | | |
| **3E)** Come valuta la cortesia del personale che ha gestito la prenotazione? | | | | | |



**Centro Diabetologico e Cardiologico DEA**
Accreditato S.S.N. Regione Calabria — ASP Cosenza · Certificato RINA 36663/18/S

## 4. ACCETTAZIONE

**4A)** Quanto ha atteso per effettuare l'accettazione?
☐ circa 5 minuti ☐ meno di 15 minuti ☐ oltre 15 minuti

| *Indicare con una «X»: 1 = minimo · 5 = massimo gradimento* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| **4B)** Come valuta la competenza del personale amministrativo che ha seguito la sua pratica? | | | | | |
| **4C)** Come valuta la cortesia del personale amministrativo che ha seguito la sua pratica? | | | | | |

## 5. PRESTAZIONE

**5A)** Quale prestazione ha eseguito?
☐ Visita diabetologica ☐ Visita cardiologica ☐ Esame strumentale ☐ Ecografia-Ecocolordoppler ☐ Visita endocrinologica

**5B)** L'orario dell'appuntamento è stato rispettato?
☐ Sì ☐ No

**5F)** Rispetto all'orario dell'appuntamento, quanto ha atteso prima della visita?
☐ in orario ☐ fino a 15 min. ☐ da 15 a 30 min. ☐ da 30 a 60 min. ☐ oltre 60 min.

**5C)** Ritiene che le informazioni ricevute siano state esaustive?
☐ Sì ☐ No

| *Indicare con una «X»: 1 = minimo · 5 = massimo gradimento* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| **5D)** Come valuta la disponibilità e l'attenzione alla persona del personale sanitario? | | | | | |
| **5E)** Come valuta la cortesia del personale sanitario che ha eseguito la prestazione? | | | | | |
| **5G)** Come valuta la chiarezza delle informazioni ricevute su accertamenti, terapia e consenso informato? | | | | | |
| **5H)** Come valuta il tempo dedicato alla sua prestazione? | | | | | |