



PERCORSO NASCITA  
CUSTOMER SATISFACTION 2025

**Gentile Utente,**

**Le saremmo grati se, cortesemente, volesse dedicare alcuni minuti alla compilazione del presente questionario.**

**È per noi molto importante conoscere la Sua opinione sui nostri Servizi; le Sue indicazioni saranno preziose per migliorarne la qualità. Il questionario è anonimo. La ringraziamo anticipatamente per la Sua collaborazione e la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.**

**\* 1. A quale Consultorio Familiare si è rivolta?**

- ☐ Seriate
- ☐ Grumello del Monte
- ☐ Alzano Lombardo
- ☐ Gazzaniga
- ☐ Clusone
- ☐ Trescore Balneario
- ☐ Sarnico
- ☐ Lovere

**\* 2. Prima della gravidanza era a conoscenza dei nostri servizi per il Percorso Nascita?**

- ☐ Sì
- ☐ No

**\* 3. Qual è il motivo per cui ha fatto questa scelta? (selezionare una o più caselle)**

- ☐ Consiglio del Medico di Famiglia
- ☐ Conoscenza da una precedente gravidanza
- ☐ Consiglio di parenti/amici
- ☐ Competenza dei professionisti
- ☐ Gratuità
- ☐ Per mia scelta
- ☐ Vicinanza
- ☐ Maggiore garanzia di essere seguita sempre dallo stesso professionista

\* 4. Quando ha prenotato la prima visita dopo quanto tempo Le hanno fissato l'appuntamento?

- ☐ Entro il terzo mese
- ☐ Oltre il terzo mese
- ☐ Non ricordo

\* 5. Se non ha effettuato la prima visita entro il terzo mese, per quale motivo? (selezionare una o più caselle)

- ☐ Era il primo appuntamento disponibile
- ☐ Ero all'estero
- ☐ Per mia scelta
- ☐ Difficoltà a contattare la struttura
- ☐ Non sapevo a chi rivolgermi

\* 6. Come valuta il tempo di attesa per ottenere la prima visita?  
(indicare da 1 = valutazione molto negativa a 7 = valutazione molto positiva)

	1	2	3	4	5	6	7
.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Ha ricevuto informazioni sui seguenti accertamenti?**

\* 7. Ecografia I trimestre?

- ☐ Sì
- ☐ No

\* 8. Ecografia II trimestre (morfologica)

- ☐ Sì
- ☐ No

\* 9. Test Combinato (o Bi Test)

- ☐ Sì
- ☐ No

\* 10. Quale figura professionale l'ha seguita principalmente durante questa gravidanza?

- ☐ Ginecologo del Consultorio
- ☐ Ostetrica del Consultorio
- ☐ Ginecologo dell'Ospedale

#### **CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI**

In base alla Sua esperienza, **esprima un giudizio sulla chiarezza delle informazioni ricevute dal professionista che l'ha principalmente assistito in gravidanza, rispetto a ciascuno dei seguenti aspetti:**

**(indicare da 1 = valutazione molto negativa a 7 = valutazione molto positiva)**



\* 20. Complessivamente, qual è il giudizio sulle visite periodiche che ha effettuato?

	1	2	3	4	5	6	7
.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 21. Gli operatori che ha incontrato lavorano insieme in modo coordinato?

	1	2	3	4	5	6	7
.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 22. Si sente accompagnata passo a passo nel suo percorso dai professionisti e dai servizi a cui si è rivolta?

	1	2	3	4	5	6	7
.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Ha eventuali suggerimenti e/o osservazioni in merito al servizio?