

	MODULO 13	Rev.	Pagina
	QUESTIONARIO DI GRADIMENTO UCP-DOM	01	Pagina 1 di 2

Gentile Signora/e,

desideriamo migliorare la qualità del servizio nel quale Lei è inserita/o. Per raggiungere questo obiettivo la Sua collaborazione è fondamentale. Le chiediamo di dedicare pochi minuti del Suo tempo per compilare il questionario di soddisfazione. La preghiamo di compilare il questionario da sola/o o con l'aiuto di un Suo familiare/Caregiver e di restituirlo in busta chiusa al personale di AQUA SRL che lo ha recapitato.

La ringraziamo sin d'ora per la Sua preziosa collaborazione. L'occasione ci è gradita per porgerLe distinti saluti.

ATS \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

- Chi ha proposto/suggerito Le Cure Palliative Domiciliari (UCP DOM)?  
 Il medico di base/di famiglia     Un medico-specialista / l'ospedale     La Rete Locale UCP-DOM  
 Il Distretto Sociosanitario     L'assistente sociale del Comune     Altro
- È stato fatto un colloquio preliminare da parte dell'Equipe UCP DOM presso la sede o al domicilio dell'utente? E le sono state date tutte le informazioni necessarie?  
 Sì     No
- Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a dell'assistenza ricevuta?  
 Per nulla                                     Poco                                     Abbastanza                                     Molto
- Rispetto a ciò che si aspettava l'assistenza è stata:  
 Migliore                                     Come mi aspettavo                                     Peggioro
- Quale dei seguenti aspetti hanno influito maggiormente sulla sua aspettativa?

ASPETTI DA VALUTARE	MOLTO	POCO	PER NULLA
Facilità di accesso al servizio			
Possibilità di scegliere da chi farmi curare			
Rapidità dell'avvio dell'assistenza			
Coinvolgimento nella definizione del programma di assistenza/cura			
Totale gratuità delle cure			
Presenza del mio medico di base/di famiglia			
Competenza/capacità degli operatori			
Comportamento degli operatori (es: professionalità, gentilezza, disponibilità, puntualità)			
Comportamento degli operatori: puntualità			
Modalità di comunicazione delle informazioni sul processo assistenziale			

- Sapeva che, se insoddisfatta/o, aveva la possibilità di cambiare l'erogatore delle cure?  
 Sì     No
- Precedentemente era stato seguito da altro ente per lo stesso servizio?  
 Sì     No

8. In qualità di caregiver ritiene che, a seguito dell'assistenza ricevuta dal proprio familiare, lei abbia beneficiato di un alleviamento del carico assistenziale?

- Per nulla     Poco     Così così     Abbastanza     Molto     Non saprei

Eventuali osservazioni e suggerimenti:

---

---

---

---

---

---