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 _____

1. 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

2. 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

3. Nel complesso, quanto si ritiene soddisfatto/a dell'assistenza ricevuta?
   ❑ Per nulla ❑ Poco ❑ Abbastanza ❑ Molto

4. Rispetto a ciò che si aspettava l'assistenza è stata:
   ❑ Migliore ❑ Come mi aspettavo ❑ Peggiore

5. 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			

6. Sapeva che, se insoddisfatta/o, aveva la possibilità di cambiare l'erogatore delle cure?
   ❑ Sì ❑No

7. 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:

_____
_____
_____
_____
_____
_____