

	MODULO 13 QUESTIONARIO DI GRADIMENTO UCP-DOM	Rev.	Pagina
		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 ALLUNEED 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 Peggiora
- 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

Sede operativa - Via Amedeo Modigliani, 45, Segrate (MI) da lunedì a venerdì: 9.00 - 13.00/14.00-17.00

Tel. 02 81284010 - mail: info@allunecare.it sito: www.allunecare.it

C.F. /P.IVA 05362380288

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:
