

Sondaggio sulle Sue esperienze durante la degenza ospedaliera

INDICAZIONI PER RISPONDERE ALLE DOMANDE

La partecipazione al sondaggio è facoltativa, tuttavia le Sue risposte ci forniscono informazioni importanti.

- La preghiamo di compilare il questionario solo se la busta è indirizzata a Lei. Se necessario, non esiti a rivolgersi alla Sua persona di riferimento.
- Risponda a tutte le domande apponendo una crocetta accanto alla risposta che meglio descrive le Sue valutazioni e le Sue esperienze personali.
Esempio: ☒.
- In alcuni casi, alcune domande devono essere saltate. Una freccia indica con quale domanda continuare.
Esempio:
☐ Sì
☐ No → **alla domanda 1**

**Accesso al
questionario online
(accessibile)**

Le Sue risposte devono considerare solo la degenza menzionata nella lettera d'accompagnamento.

LE SUE CURE DA PARTE DEI MEDICI

Durante questa degenza ospedaliera, con che frequenza...

- | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. ... i medici L'hanno trattato/a con cortesia e rispetto? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 2. ... i medici L'hanno ascoltato/a attentamente? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 3. ... ha ricevuto delle spiegazioni comprensibili da parte dei medici? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 4. ... i medici erano disponibili per rispondere alle Sue domande? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |

LE SUE CURE DA PARTE DEL PERSONALE CURANTE

Durante questa degenza ospedaliera, con che frequenza...

- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 5. ... il personale curante L'ha trattato/a con cortesia e rispetto? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 6. ... il personale curante L'ha ascoltato/a attentamente? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 7. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili da parte del personale curante? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 8. ... ha ottenuto aiuto in tempi adeguati (p. es. dopo aver premuto il campanello di chiamata)? | <input type="checkbox"/> Mai
<input type="checkbox"/> Non ho mai chiesto aiuto | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |

L'AMBIENTE OSPEDALIERO

Durante questa degenza ospedaliera, con che frequenza...

- | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 9. ... la pulizia della camera e del bagno ha soddisfatto le Sue aspettative? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 10. ... gli spazi attorno alla Sua camera erano tranquilli durante la notte? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |

LA SUA ESPERIENZA IN QUESTO OSPEDALE

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Con che frequenza ha ottenuto aiuto in tempi adeguati per andare in bagno o utilizzare la padella? | <input type="checkbox"/> Mai
<input type="checkbox"/> Non ho avuto bisogno di aiuto | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 12. Durante questa degenza ospedaliera, con che frequenza il personale ospedaliero ha fatto tutto il possibile per aiutarLa a tenere sotto controllo il Suo dolore? | <input type="checkbox"/> Mai
<input type="checkbox"/> Non ho avuto nessun dolore | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 13. Durante questa degenza ospedaliera, Le sono stati somministrati farmaci che non aveva mai assunto in precedenza? | <input type="checkbox"/> Sì
<input type="checkbox"/> No → passi alla domanda 16
<input type="checkbox"/> Non saprei → passi alla domanda 16 | | | |

Prima di somministrarLe un nuovo farmaco, con che frequenza...

- | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 14. ... il personale ospedaliero Le ha spiegato a che cosa servisse? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| 15. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili sui possibili effetti collaterali da parte del personale ospedaliero? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |

DOPO LA SUA DIMISSIONE

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 16. Dopo la Sua dimissione, si è recato/a direttamente a casa, a casa di qualcun altro o in un'altra struttura sanitaria (p. es. clinica di riabilitazione, altro ospedale o clinica, casa di cura, ecc.)? | <input type="checkbox"/> A casa mia
<input type="checkbox"/> A casa di qualcun altro
<input type="checkbox"/> In un'altra struttura sanitaria → passi alla domanda 19 | | | |
|--|--|--|--|--|

Durante questa degenza ospedaliera, ...

- | | |
|---|--|
| 17. ... un membro del personale ospedaliero ha discusso con Lei se aveva bisogno d'aiuto dopo la Sua dimissione? | <input type="checkbox"/> Sì
<input type="checkbox"/> No |
| 18. ... ha ricevuto informazioni scritte sui sintomi o sui problemi di salute a cui prestare attenzione dopo la Sua dimissione? | <input type="checkbox"/> Sì
<input type="checkbox"/> No |

IL SUO ARRIVO IN OSPEDALE

19. È entrato/a dal pronto soccorso? ☐ Sì
☐ No
-
20. Durante la Sua ammissione, ha ricevuto informazioni comprensibili su dove recarsi all'interno dell'ospedale? ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
☐ Non applicabile
-
21. Non è raro dover attendere durante l'ammissione in ospedale. Ha ricevuto le informazioni necessarie durante il periodo di attesa? ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
☐ Non applicabile
-

DURANTE LA SUA DEGENZA OSPEDALIERA

22. Le sembra che ci fosse una buona comunicazione in merito alle Sue cure tra i medici, il personale curante e altro personale ospedaliero? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
-
23. Con che frequenza i medici, il personale curante e altro personale ospedaliero sembravano informati e aggiornati sulle Sue cure? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
-
24. Con che frequenza gli esami e gli interventi sono effettivamente stati svolti nel momento stabilito? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non ho avuto né esami né interventi
-
25. Durante questa degenza ospedaliera, ha ricevuto tutte le informazioni necessarie sul Suo stato di salute e sui Suoi trattamenti? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
-
26. Ha ricevuto il sostegno di cui aveva bisogno per far fronte alle eventuali ansie, paure o preoccupazioni che ha avuto durante la degenza ospedaliera? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non ho avuto ansie, paure o preoccupazioni
-
27. È stato/a coinvolto/a quanto avrebbe voluto nelle decisioni riguardanti le Sue cure e i Suoi trattamenti? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non era necessario
-
28. I Suoi familiari o le Sue persone di riferimento sono stati coinvolti quanto avrebbe voluto nelle decisioni riguardanti le Sue cure e i Suoi trattamenti? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non volevo che venissero coinvolti / non era necessario
☐ Non avevo familiari o persone di riferimento da coinvolgere
-

LA SUA DIMISSIONE

29. Prima di essere dimesso/a, aveva una comprensione chiara di tutti i farmaci prescritti? Ciò include anche quelli che stava già assumendo prima della degenza ospedaliera.
- ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
- ☐ Non applicabile
-
30. Il personale ospedaliero Le ha fornito informazioni sufficienti su cosa fare in caso di preoccupazioni per il Suo stato di salute o i Suoi trattamenti dopo la dimissione?
- ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
-
31. Dopo la dimissione, aveva una migliore comprensione del Suo stato di salute rispetto a quando è entrato/a?
- ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
-

VALUTAZIONE GENERALE DELL'OSPEDALE

32. La Sua valutazione globale dell'ospedale menzionato nella lettera accompagnatoria. Su una scala da 0 a 10, 0 significa «ho avuto una pessima esperienza», 10 «ho avuto un'ottima esperienza» (metta, per favore, una crocetta nella casella sotto il numero corrispondente).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stata una pessima esperienza					È stata un'ottima esperienza					

33. Raccomanderebbe questo ospedale ai Suoi amici e ai Suoi famigliari?
- ☐ No, in nessun caso ☐ Probabilmente no ☐ Probabilmente sì ☐ Sì, in ogni caso
-

DOMANDE SULLA SUA PERSONA

34. Come descriverebbe il Suo stato di salute attuale?
- ☐ Cattivo ☐ Meno buono ☐ Buono ☐ Molto buono ☐ Eccellente
-
35. Anno di nascita (p. es. 1980)
-
-
36. Genere
- ☐ Maschile ☐ Femminile ☐ Altro
-
37. Categoria assicurativa per questa ospedalizzazione
- ☐ Assicurazione di base ☐ Assicurazione semi-privata/privata
-



Il presente questionario si basa su domande/questionari delle seguenti istituzioni; la ripartizione relativa alle fonti esatte delle domande è consultabile tramite il codice QR riportato:

Canadian Institute for Health Information. Canadian Patient Experiences Survey for Inpatient Care. January 2019. <https://www.cihi.ca/en/patient-experience/about-the-canadian-patient-experiences-survey-inpatient-care>

Adult Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Survey [version 18.0]. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); Baltimore, Maryland (USA). September 2022. <https://hcahpsonline.org>

HCAHPS Survey Instruments. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Centers for Medicare and Medicaid Services. Baltimore, MD (USA). March 2023. <https://www.hcahpsonline.org/en/survey-instruments>