

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

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? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
10. ... gli spazi attorno alla Sua camera erano tranquilli durante la notte? Mai Talvolta Quasi sempre 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? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
 Non ho avuto bisogno di aiuto
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? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
 Non ho avuto nessun dolore
13. Durante questa degenza ospedaliera, Le sono stati somministrati farmaci che non aveva mai assunto in precedenza? Sì
 No → **passi alla domanda 16**
 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? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
15. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili sui possibili effetti collaterali da parte del personale ospedaliero? Mai Talvolta Quasi sempre 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.)? A casa mia
 A casa di qualcun altro
 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? Sì
 No
18. ... ha ricevuto informazioni scritte sui sintomi o sui problemi di salute a cui prestare attenzione dopo la Sua dimissione? Sì
 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 famigliari 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 famigliari 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>