

Sondaggio sulle Sue esperienze durante il soggiorno in clinica

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 il soggiorno in clinica menzionata nella lettera d'accompagnamento.

LE SUE CURE DA PARTE DEI MEDICI E DEGLI PSICOLOGI

Durante questo soggiorno in clinica, con che frequenza...

- | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. ... i medici e gli psicologi 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 e gli psicologi 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 e degli psicologi? | <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 questo soggiorno in clinica, con che frequenza...

- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 4. ... 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 |
| 5. ... 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 |
| 6. ... 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 |
| 7. ... ha ottenuto aiuto in tempi adeguati quando lo ha richiesto? | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |
| | <input type="checkbox"/> Non ho mai chiesto aiuto | | | |

LE SUE CURE DA PARTE DEL TEAM TERAPEUTICO

Durante questo soggiorno in clinica, con che frequenza...

8. ... il team terapeutico 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
9. ... il team terapeutico L'ha ascoltato/a attentamente?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Talvolta	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
10. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili da parte del team terapeutico?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Talvolta	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Sempre

L'AMBIENTE DELLA CLINICA

Durante questo soggiorno in clinica, con che frequenza...

11. ... 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
12. ... 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
13. ... ha trovato possibilità sufficienti di trovare rifugio in un luogo calmo?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Talvolta	<input type="checkbox"/> Quasi sempre	<input type="checkbox"/> Sempre

LA SUA ESPERIENZA IN QUESTA CLINICA

14. Durante questo soggiorno in clinica, Le sono stati somministrati farmaci che non aveva mai assunto in precedenza?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No → passi alla domanda 17 <input type="checkbox"/> Non saprei → passi alla domanda 17
---	---

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

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

DOPO LA SUA DIMISSIONE

17. 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, appartamenti protetti, 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 20
---	--

Durante questo soggiorno in clinica...

18. ... un membro del personale della clinica ha discusso con Lei se aveva bisogno d'aiuto dopo la Sua dimissione?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
19. ... 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 CLINICA

20. È stato/a ricoverato/a contro la Sua volontà? ☐ Sì ☐ No
21. Prima di arrivare in clinica, disponeva di informazioni sufficienti sullo svolgimento della procedura d'ammissione? ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
☐ Non applicabile
22. La Sua ammissione nella clinica era ben organizzata? ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
☐ Non applicabile

Durante questo soggiorno in clinica, con che frequenza...

23. ... la Sua libertà di movimento è stata limitata senza averLe dato una ragione? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non applicabile
24. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili per la limitazione della Sua libertà di movimento da parte del personale della clinica? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non applicabile

DURANTE IL SUO SOGGIORNO IN CLINICA

25. Le sembra che ci fosse una buona comunicazione in merito alle Sue cure tra i medici e gli psicologi, il personale curante, il team terapeutico e altro personale della clinica? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
26. Con che frequenza i medici e gli psicologi, il personale curante, il team terapeutico e altro personale della clinica sembravano informati e aggiornati sulle Sue cure? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
27. Con che frequenza gli esami e le terapie sono effettivamente stati svolti nel momento stabilito? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non ho avuto né esami né terapie
28. Durante questo soggiorno in clinica, ha ricevuto tutte le informazioni necessarie sul Suo stato di salute e sui Suoi trattamenti? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
29. Ha ricevuto il sostegno di cui aveva bisogno per far fronte alle eventuali ansie, paure o preoccupazioni che ha avuto durante il soggiorno in clinica? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
☐ Non ho avuto ansie, paure o preoccupazioni
30. 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
31. 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

32. Prima di essere dimesso/a, aveva una comprensione chiara di tutti i farmaci prescritti? Ciò include anche quelli che stava già assumendo prima del soggiorno in clinica.
- ☐ Assolutamente no ☐ In parte ☐ Sufficientemente ☐ Assolutamente sì
- ☐ Non applicabile

33. Il personale della clinica 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

34. 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 DELLA CLINICA

35. La Sua valutazione globale della clinica menzionata 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					

36. Raccomanderebbe questa clinica ai Suoi amici e ai Suoi famigliari?
- ☐ No, in nessun caso ☐ Probabilmente no ☐ Probabilmente sì ☐ Sì, in ogni caso

DOMANDE SULLA SUA PERSONA

37. Come descriverebbe il Suo stato di salute attuale?
- ☐ Cattivo ☐ Meno buono ☐ Buono ☐ Molto buono ☐ Eccellente

38. Anno di nascita (p. es. 1980)
-

39. Genere
- ☐ Maschile ☐ Femminile ☐ Altro

40. Categoria assicurativa per questo soggiorno in clinica
- ☐ 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>