

Sondaggio sulle Sue esperienze durante il soggiorno in clinica

INDICAZIONI PER RISONDERE 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 rivolgerti 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 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? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
9. ... il team terapeutico L'ha ascoltato/a attentamente? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
10. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili da parte del team terapeutico? Mai Talvolta Quasi sempre 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? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
12. ... gli spazi attorno alla Sua camera erano tranquilli durante la notte? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
13. ... ha trovato possibilità sufficienti di trovare rifugio in un luogo calmo? Mai Talvolta Quasi sempre 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? Sì
 No → passi alla domanda 17
 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? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre
16. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili sui possibili effetti collaterali da parte del personale della clinica? Mai Talvolta Quasi sempre 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.)? A casa mia
 A casa di qualcun altro
 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? Sì
 No
19. ... 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 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 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

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 Sufficien-temente 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 Sufficien-temente 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 Sufficien-temente 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

È stata una
pessima
esperienza

È stata
un'ottima
esperienza

36. Raccomanderebbe questa clinica ai Suoi amici e ai Suoi familiari?
- 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>