

# Sondaggio sulle Sue esperienze durante il soggiorno di riabilitazione

## 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 di riabilitazione menzionata nella lettera d'accompagnamento.

### LE SUE CURE DA PARTE DEI MEDICI

Durante questo soggiorno di riabilitazione, 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 questo soggiorno di riabilitazione, 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 quando lo ha richiesto?           | <input type="checkbox"/> Mai<br><input type="checkbox"/> Non ho mai chiesto aiuto | <input type="checkbox"/> Talvolta | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Sempre |

## LE SUE CURE DA PARTE DEI TERAPISTI

Durante questo soggiorno di riabilitazione, con che frequenza...

9. ... i terapeuti L'hanno trattato/a con cortesia e rispetto? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
10. ... i terapeuti L'hanno ascoltato/a attentamente? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
11. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili da parte dei terapeuti? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre

## L'AMBIENTE DELLA CLINICA

Durante questo soggiorno di riabilitazione, con che frequenza...

12. ... la pulizia della camera e del bagno ha soddisfatto le Sue aspettative? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre
13. ... gli spazi attorno alla Sua camera erano tranquilli durante la notte? ☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Quasi sempre ☐ Sempre

## LA SUA ESPERIENZA IN QUESTA CLINICA

14. Durante questo soggiorno di riabilitazione, 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. altra 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 20**

Durante questo soggiorno di riabilitazione...

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. Prima di arrivare in clinica, disponeva di informazioni sufficienti sullo svolgimento della procedura d'ammissione?
- ☐ Assolutamente no    ☐ In parte    ☐ Sufficientemente    ☐ Assolutamente sì
- ☐ Non applicabile
- 
21. La Sua ammissione nella clinica era ben organizzata?
- ☐ Assolutamente no    ☐ In parte    ☐ Sufficientemente    ☐ Assolutamente sì
- ☐ Non applicabile

## DURANTE IL SUO SOGGIORNO DI RIABILITAZIONE

22. Le sembra che ci fosse una buona comunicazione in merito alle Sue cure tra i medici, il personale curante, i terapeuti e altro personale della clinica?
- ☐ Mai    ☐ Talvolta    ☐ Quasi sempre    ☐ Sempre
- 
23. Con che frequenza i medici, il personale curante, i terapeuti e altro personale della clinica sembravano informati e aggiornati sulle Sue cure?
- ☐ Mai    ☐ Talvolta    ☐ Quasi sempre    ☐ Sempre
- 
24. 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
- 
25. Durante questo soggiorno di riabilitazione, 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 il soggiorno di riabilitazione?
- ☐ 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 del soggiorno di riabilitazione.
- ☐ Assolutamente no    ☐ In parte    ☐ Sufficientemente    ☐ Assolutamente sì
- ☐ Non applicabile
- 
30. 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
- 
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 DELLA CLINICA

32. 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				

33. 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

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 questo soggiorno di riabilitazione
- ☐ Assicurazione di base    ☐ Assicurazione semi-privata/privata
- 
38. Un incidente è stato il motivo principale del Suo soggiorno di riabilitazione?
- ☐ Sì    ☐ No
- 



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>