

Sondaggio sulle Sue esperienze durante il soggiorno di riabilitazione

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

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	<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 DEI TERAPISTI

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

9. ... i terapisti L'hanno trattato/a con cortesia e rispetto? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre

10. ... i terapisti L'hanno ascoltato/a attentamente? Mai Talvolta Quasi sempre Sempre

11. ... ha ricevuto spiegazioni comprensibili da parte dei terapisti? 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, Sì
Le sono stati somministrati farmaci che non aveva mai assunto in precedenza? 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'ammisione?

Assolutamente no In parte Sufficien-temente Assolutamente sì
 Non applicabile

21. La Sua ammissione nella clinica era ben organizzata?

Assolutamente no In parte Sufficien-temente 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 terapisti e altro personale della clinica?

Mai Talvolta Quasi sempre Sempre

23. Con che frequenza i medici, il personale curante, i terapisti 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 DMISSIONE

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

È stata una
pessima
esperienza

È stata
un'ottima
esperienza

33. 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

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>