

## 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

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     Suffientemente     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     Suffientemente     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>