







La tua soddisfazione con la degenza in clinica

Questionario sulla soddisfazione in merito al trattamento in psichiatria infantile e adolescenziale

Grazie per crociare la casella più appropriata per ciascuna domanda.

Se desideri compilare il questionario online, puoi inserire l'URL in un browser o utilizzare uno scanner di codici QR su un dispositivo mobile.

						
	Molto soddisfatto /a	Piuttosto soddisfatto /a	In parte	Piuttosto insoddisfatto/a	Molto insoddisfatto/a	Non so
Accoglienza						
Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...						
1. ... all'accoglienza in reparto e in generale all'organizzazione dell'ammissione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni e spiegazioni						
Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...						
2. ... alle informazioni sui motivi del tuo ricovero e alle spiegazioni sulla tua diagnosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... alle informazioni sulle regole e alla spiegazione sui tuoi diritti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... alle opportunità di essere coinvolto/a nel trattamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... alla spiegazione dei benefici e degli effetti collaterali dei farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Nessun farmaco					
6. ... alla gestione degli obblighi di riservatezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trattamento						
Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...						
7. ... ai colloqui terapeutici individuali con il tuo medico/psicologo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... ai colloqui terapeutici familiari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... alle offerte di terapia di gruppo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... allo svolgimento dei colloqui con le autorità e altre istituzioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Nessun colloquio					
11. ... all'effetto del trattamento farmacologico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Nessun farmaco					
12. ... al lavoro della scuola offerta dalla clinica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico/psicologo/personale di cura/educatori sociali						
Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...						
13. ... al rapporto con						
a) il tuo medico curante/psicologo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) il personale di cura/gli educatori sociali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... alla capacità di ascoltarti e capire i tuoi problemi						
a) del tuo medico/psicologo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) del personale di cura/degli educatori sociali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Molto soddisfatto /a
 Piuttosto soddisfatto /a
 In parte
 Piuttosto insoddisfatto/a
 Molto insoddisfatto/a
 Non so

Abitare e vivere in reparto

Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...

15. ... agli spazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) della tua camera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dei locali condivisi e di terapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... al cibo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... all'organizzazione della routine quotidiana in reparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... al rapporto tra i pazienti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... alla capacità del personale di affrontare situazioni difficili in reparto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dimissione e trattamento post-dimissione

Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...

20. ... alla preparazione della tua dimissione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... alle informazioni/all'assistenza per evitare ricadute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sì, decisamente
 Più sì che no
 Parzialmente
 Più no che sì
 Assolutamente no
 Non so

Bilancio del trattamento e dei suoi benefici

Quanto sei d'accordo con le affermazioni seguenti?

22. Ho raggiunto i miei obiettivi terapeutici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nel complesso sto meglio dopo il trattamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Il rapporto con la mia famiglia era già buono o è migliorato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Consiglierei la clinica ad altre persone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Cosa mi è piaciuto maggiormente: _____

27. Aspetti che migliorerei: _____

28. C'è stata una situazione in reparto che ti ha fatto sentire a disagio? _____

Troppo lunga
 Un po' troppo lunga
 Adeguata
 Un po' troppo corta
 Troppo corta
 Non so

Durata del ricovero

29. La durata del ricovero è stata:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anno di nascita	Sesso	Data di compilazione (mese/anno)
2 0	<input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile	/ 2 0 2 5

Grazie per aver dedicato del tempo alla compilazione del nostro questionario. La tua opinione è importante per noi!