La tua soddisfazione con la degenza in clinica

QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE IN MERITO AL TRATTAMENTO IN PSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZIALE

Accesso al questionario online (accessibile)

Indicazioni per rispondere alle domande
La partecipazione al sondaggio è facoltativa. Le tue risposte ci forniranno informazioni importanti.

- Rispondi per favore a tutte le domande apponendo una crocetta accanto alla risposta che meglio descrive la tua situazione. Esempio: ☒
- Se desideri compilare il questionario online, puoi inserire l'URL in un browser o utilizzare uno scanner di codici QR su un dispositivo mobile.

Le tue risposte devono considerare solo il soggiorno in clinica indicato.

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE

ACCOGLIENZA

Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito…	Molto soddisfatto/a	Piuttosto soddisfatto/a	In parte	Piuttosto insoddisfatto/a	Molto insoddisfatto/a	Non so
1. … all'accoglienza in clinica e in generale all'organizzazione dell'ammissione?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMAZIONI E SPIEGAZIONI

Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito…	Molto soddisfatto/a	Piuttosto soddisfatto/a	In parte	Piuttosto insoddisfatto/a	Molto insoddisfatto/a	Non so
2. … alle informazioni sui motivi del tuo ricovero e alle spiegazioni sulla tua diagnosi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. … alle informazioni sulle regole e alla spiegazione sui tuoi diritti?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. … alle opportunità di essere coinvolto/a nel trattamento?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. … alla spiegazione dei benefici e degli effetti collaterali dei farmaci?	☐	☐	☐	☐	☐	☐ *nessun farmaco* → ☐
6. … alla gestione degli obblighi di riservatezza?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

TRATTAMENTO



Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
7. ... ai colloqui terapeutici individuali con il tuo medico/psicologo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ... ai colloqui terapeutici familiari?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ... alle offerte di terapia di gruppo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ... allo svolgimento dei colloqui con le autorità e altre istituzioni?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				nessun colloquio →		☐
11. ... all'effetto del trattamento farmacologico?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				nessun farmaco →		☐
12. ... alla scuola offerta dalla clinica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IMPEGNO DEL PERSONALE

Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
13. ... al rapporto con...						
a) ... il tuo medico/psicologo curante?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) ... il personale di cura/gli educatori sociali?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ... alla capacità di ascoltarti e capire i tuoi problemi...						
a) ... del tuo medico/psicologo curante?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) ... del personale di cura/degli educatori sociali?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ABITARE E VIVERE IN CLINICA

Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito...	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
15. ... agli spazi...						
a) ... della tua camera?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) ... dei locali condivisi e di terapia?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ... al cibo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ... all'organizzazione della routine quotidiana in clinica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ... al contato con gli altri pazienti?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. ... alla capacità del personale di affrontare situazioni difficili in clinica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE

DIMISSIONE E TRATTAMENTO POST-DIMISSIONE

Qual è il tuo grado di soddisfazione in merito…	Molto soddis-fatto/a	Piuttosto soddis-fatto/a	In parte	Piuttosto insoddis-fatto/a	Molto insoddis-fatto/a	Non so
20. … alla preparazione della tua dimissione?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. … alle informazioni/all'assistenza per evitare ricadute?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL TRATTAMENTO

Quanto sei d'accordo con le affermazioni seguenti?	Sì, deci-samente	Più sì che no	Parzial-mente	Più no che sì	Assoluta-mente no	Non so
22. Ho raggiunto i miei obiettivi terapeutici.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Nel complesso, sto meglio dopo il trattamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Il rapporto con la mia famiglia era già buono o è migliorato.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Consiglierei la clinica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Cosa mi è piaciuto maggiormente:						
27. Aspetti che migliorerei:						
28. C'è stata una situazione in clinica che ti ha fatto sentire a disagio?						

DURATA DELLA DEGENZA

	Troppo lunga	Un po' troppo lunga	Adeguata	Un po' troppo corta	Troppo corta	Non so
29. La durata della degenza è stata:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DOMANDE SULLA TUA PERSONA

Anno di nascita

2 0 _ _

Genere

☐ Maschile

☐ Femminile

☐ Altro

Data di compilazione (mese/anno)

_ _ 2 0 2 7

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

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE

Questionario sulla soddisfazione in merito al trattamento in psichiatria infantile e adolescenziale QS-UOP-PIA (versione adolescenti)
© A. Della Casa (Zürich), M. Schmid (Basel), S. Urben (Lausanne); in collaborazione con la SSPPIA, versione 2.0/2026.

ESEMPLARE DI CONSULTAZIONE