

BOLLINI ROSAARGENTO

BANDO 2023-2024

QUESTIONARIO CANDIDATURA

SEZIONE A

Dati struttura

La sezione A prevede una serie di domande volte a raccogliere dati generali e informazioni pratiche sulla struttura come tipologia, capienza e modalità di accesso.

1. Indicare il numero dei posti letto totali presenti all'interno della struttura: ___

2. Indicare il numero di camere presenti all'interno della struttura:

-singole: ___

-doppie: ___

3. Ogni camera possiede un servizio igienico dedicato?

SI NO

3a. Se no, indicare il numero di camere con servizio igienico dedicato: ___

4. Indicare il numero totale e l'età media dei residenti accolti nel corso del 2021:

-Ospiti donne: numero ___ età media (in anni) ___

-Ospiti uomini: numero ___ età media (in anni) ___

5. Nella struttura è presente un Centro diurno per anziani?

SI NO

6. La struttura prevede la possibilità di ricoveri temporanei (ricoveri di sollievo)?

SI NO

6a. Se sì, la struttura prevede una lista d'attesa separata per i ricoveri temporanei?

SI NO

7. Indicare la retta minima ___€ e massima ___€ mensile a carico dell'ospite.

7a. Indicare i principali servizi inclusi nella retta:

- Servizio lavanderia
 - Trasporto per servizi sanitari
 - Trasporto per servizi non sanitari
 - Servizio di parrucchiere/barbiere
 - Diagnostica o altre indagini non erogate dal SSN
 - Acquisto farmaci
 - WI-FI
 - Altro (specificare)
- _____

8. La struttura rende accessibili le informazioni sulle modalità di accesso?

SI NO

8a. Se sì, indicare come:

- Presenza di una sezione dedicata sul portale WEB della struttura
 - Realizzazione di materiale informativo
 - Linea telefonica dedicata
 - Collaborazione con sportelli territoriali dedicati
 - Altro (specificare)
- _____

9. Esiste una lista di attesa?

SI NO

9a. Se sì, la lista di attesa è condivisa con servizi territoriali (es. Comune, ATS)?

SI NO

9b. Se sì, indicare i giorni di attesa media che nel 2021 sono intercorsi tra la presentazione della domanda di ricovero e l'ingresso:

- in reparti standard: ____
- in nucleo Alzheimer (se presente): ____

10. È disponibile un parcheggio in prossimità della struttura?

SI NO

11. Indicare con quali mezzi di trasporto è raggiungibile la struttura:

- Metro
- Bus
- Tram
- Treno
- Altro (specificare)

12. I pasti sono preparati da una cucina interna?

SI NO

13. Indicare il minutaggio medio settimanale per ospite nel corso del 2021 delle seguenti figure professionali:

- Medici: ____
- Infermieri: ____
- Personale tutelare (OSS, OTA, ASA, OSA): ____
- Personale animativo-educativo: ____
- Personale riabilitativo: ____

SEZIONE B

Assistenza alla persona

La sezione B valuta la presenza nella struttura di servizi volti a migliorare la qualità di vita e il benessere dell'ospite e dei suoi familiari e a favorire le sue capacità residue e relazionali.

1. La struttura dispone di spazi dedicati e accoglienti che consentano incontri riservati tra ospiti e familiari/amici?

SI NO

2. La struttura promuove iniziative volte a favorire le relazioni affettive o amicali tra gli ospiti?

SI NO

3. La struttura dispone di un adeguato spazio all'aperto/giardino utilizzabile dagli ospiti anche con i propri familiari/amici?

SI NO

4. La struttura offre a una coppia di ospiti la possibilità di convivere nella stessa stanza?

SI NO

5. Per ricreare un ambiente familiare, viene consentito agli ospiti di arredare la camera con mobili/oggetti di loro proprietà compatibilmente con la tipologia della struttura e nel rispetto delle normative sulla sicurezza?

SI NO

6. Gli ospiti hanno la possibilità di tenere in struttura un proprio animale domestico?

SI NO

7. La struttura utilizza degli indicatori o strumenti per valutare il grado di pulizia degli ambienti interni e rilevare eventuali molestie olfattive?

SI NO

7a. Se sì, indicare quali (max 500 caratteri spazi inclusi):

8. È prevista una procedura per prevenire e rilevare incidenti, eventi avversi e *malpractice* che consenta di prendere provvedimenti idonei?

SI NO

9. La struttura dispone di una procedura di accompagnamento al fine vita che preveda il coinvolgimento dell'ospite e dei suoi familiari?

SI NO

9a. Se sì, indicare quali figure professionali sono coinvolte:

- Medico
- Infermiere
- Psicologo
- Assistente sociale
- Assistente spirituale

10. La struttura fornisce direttamente ausili e protesi per migliorare la funzionalità dell'anziano?

SI NO

10a. Se no, la struttura collabora attivamente con Enti territoriali per garantire agli ospiti la fornitura di ausili e protesi?

SI NO

11. La struttura promuove attività di animazione volte a favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psico-fisiche residue dell'ospite?

SI NO

11a. Se sì, indicare quali:

- Lettura
- Musica
- Arte-terapia
- Attività manuale (cucito, laboratori artigianali)
- Attività ludico-ricreative (giochi di società, carte, scacchi, cineforum)
- Gite fuori porta/uscite esterne
- Altro (specificare)

11b. Se sì, tali attività vengono proposte sulla base delle informazioni biografiche, degli interessi e delle abitudini degli ospiti?

SI NO

12. La struttura consente agli ospiti di effettuare uscite con i propri familiari/caregiver/amici?

SI NO

13. La struttura offre un servizio di riabilitazione tramite *Pet-therapy*?

SI NO

14. Indicare quali delle seguenti figure professionali sono presenti all'interno della struttura per garantire le attività socio-educative e occupazionali:

- Animatore
- Educatore
- Terapista occupazionale
- Assistente sociale
- Altro (specificare)

15. La struttura si avvale della collaborazione di volontari?

SI NO

16. La struttura offre un servizio di accoglienza rivolto agli ospiti e ai loro familiari/caregiver?

SI NO

16a. Se sì, la struttura dispone di una procedura operativa finalizzata a garantire la continuità assistenziale nella fase di ingresso dell'ospite in RSA/Casa di riposo da altro *setting* assistenziale (es. ospedale, assistenza domiciliare)?

SI NO

16b. Se sì, la struttura prevede una formazione specifica per il personale dedicato all'accoglienza degli ospiti e dei loro familiari/caregiver?

SI NO

17. La struttura dispone di una carta dei servizi?

SI NO

18. La struttura coinvolge attivamente gli ospiti e/o i loro familiari/caregiver nella discussione del piano assistenziale e nell'organizzazione dei servizi?

SI NO

18a. Se sì, la struttura garantisce una ricorrenza periodica degli incontri?

SI NO

19. La struttura prevede un servizio di supporto psicologico rivolto ai familiari/caregiver degli ospiti?

SI NO

20. La struttura prevede un servizio di supporto psicologico rivolto alla prevenzione e gestione del *burnout* degli operatori sanitari?

SI NO

21. La struttura fornisce agli ospiti la possibilità di scegliere il menù?

SI NO

22. La struttura garantisce un menù personalizzato sulla base delle specifiche esigenze dell'ospite?

SI NO

23. La struttura offre ai parenti almeno una volta alla settimana la possibilità di usufruire del servizio ristorazione in compagnia del proprio familiare?

SI NO

24. La struttura prevede una diversificazione temporale (anticipo/posticipo) nella somministrazione dei pasti in funzione del diverso grado di autonomia degli ospiti?

SI NO

25. La struttura fornisce agli ospiti l'assistenza religiosa o spirituale in base alla loro fede?

SI NO

26. La struttura somministra agli ospiti e/o ai familiari un questionario sulla qualità dei servizi erogati per valutare il grado di soddisfazione?

SI NO

26a. Se sì, quante volte la struttura ha somministrato il questionario nel corso del 2021?

- 1-2 volte

- > 2 volte

27. Indicare quali dei seguenti servizi sono presenti all'interno della struttura:

-Podologo

-Parrucchiere/barbiere

-Estetista

-Bar

-Altro (specificare)

28. La struttura mette a disposizione degli ospiti strumenti di comunicazione con l'esterno (es. tablet)?

SI NO

SEZIONE C

Assistenza sanitaria

La sezione C ha lo scopo di valutare la presenza all'interno della struttura di procedure, servizi e personale sanitario tali da garantire agli ospiti un'adeguata gestione dal punto di vista clinico-assistenziale.

1. Escludendo la reperibilità, la struttura garantisce un'assistenza infermieristica H24?

SI NO

1a. Se sì, specificare il rapporto infermiere/ospite: _____

2. Escludendo la reperibilità, la struttura garantisce una copertura medica H24?

SI NO

3. La struttura utilizza la cartella clinica in formato elettronico?

SI NO

4. Nella determinazione dei bisogni dell'anziano sono utilizzate scale di valutazione validate (es. Mini Mental State Examination, Scala di Tinetti, Geriatric Depression Scale)?

SI NO

4a. Se sì, indicare quali (max 500 caratteri spazi inclusi):

5. Elencare brevemente quali specialisti sono disponibili in struttura o su chiamata (max 200 caratteri spazi inclusi):

6. Vengono programmati per il personale medico, infermieristico, riabilitativo e ausiliario incontri per la formazione permanente?

SI NO

7. La struttura dispone di protocolli per la prevenzione e la cura della sindrome da immobilizzazione e delle lesioni da pressione?

SI NO

7a. Se sì, indicare la percentuale di ospiti che, sul totale di quelli accolti, ha avuto lesioni da pressione (II-IV categoria) nel corso della permanenza nella struttura relativamente al periodo 1° gennaio-31 dicembre 2021:

- ≤ 5%

- 6-9%

- ≥ 10%

8. La struttura dispone di protocolli per la prevenzione dei principali disturbi genito-urinari (es. infezioni, ritenzione urinaria)?

SI NO

9. La struttura dispone di protocolli per prevenire infezioni o parassitosi?

SI NO

9a. Se sì, la struttura dispone di spazi dedicati per isolare gli ospiti con infezioni o parassitosi?

SI NO

10. La struttura dispone di protocolli per la prevenzione e la cura delle problematiche correlate a disidratazione e denutrizione degli ospiti?

SI NO

11. La struttura dispone di protocolli per il trattamento del dolore?

SI NO

11a. Se sì, sono stati realizzati negli ultimi 36 mesi uno o più corsi di formazione per medici e infermieri sulla gestione del dolore nell'anziano?

SI NO

12. La struttura garantisce un servizio di cure palliative agli ospiti in stato terminale?

SI NO

13. La struttura adotta protocolli di intervento per mantenere la capacità cognitiva dell'anziano (es. Validation Therapy, Gruppi Remember, Reality Orientation Therapy)?

SI NO

13a. Se sì, indicare brevemente quali (max 300 caratteri spazi inclusi):

14. La struttura garantisce agli ospiti l'offerta di specifiche prestazioni sanitarie specialistiche anche attraverso la collaborazione con enti territoriali (es. odontoiatria protesica)?

SI NO

14a. Se sì, indicare brevemente quali prestazioni (max 300 caratteri spazi inclusi):

15. La struttura garantisce un servizio di accompagnamento e trasporto verso ospedali/ambulatori per l'esecuzione di prestazioni sanitarie programmate senza la necessità di intervento dei familiari?

SI NO

16. La struttura dispone di servizi diagnostici al suo interno?

SI NO

16a. Se sì, indicare brevemente quali (max 300 caratteri spazi inclusi):

17. La struttura possiede una convenzione con un ospedale territoriale o con un ambulatorio/laboratorio per la fornitura di servizi diagnostico-terapeutici non reperibili internamente alla residenza?

SI NO

18. La struttura è in possesso di certificazioni di qualità (es. UNI 10881:2013 o UNI EN ISO 9001-2008)?

SI NO

19. La struttura ha realizzato negli ultimi 36 mesi uno o più corsi di formazione rivolti a medici e infermieri sulla comunicazione e/o sulla relazione di aiuto?

SI NO

19a. Se sì, indicare quando sono stati realizzati:

-2019

-2020

-2021

SEZIONE D

Nucleo demenze

La sezione D ha lo scopo di mappare i servizi presenti all'interno della struttura per garantire una corretta presa in carico degli ospiti con demenza e dei loro caregiver.

0. La struttura dispone di un Nucleo dedicato alle persone affette da demenza?

SI NO (SE NO, NON PROSEGUIRE CON LA COMPILAZIONE DELLE ALTRE DOMANDE)

1. Il Nucleo è accreditato come Nucleo Alzheimer?

SI NO

2. È previsto un incremento della retta per i residenti con demenza?

SI NO

3. Indicare il numero di posti letto presenti nel Nucleo: ____

4. Il Nucleo dispone di personale dedicato e altamente formato per la gestione degli ospiti?

SI NO

4a. Se sì, esiste evidenza del percorso formativo specifico in termini di contenuti, continuità ed efficacia?

SI NO

5. Il Nucleo garantisce un ambiente sicuro e protesico rispondente alle particolari necessità degli ospiti?

SI NO

6. Il Nucleo dispone di un accesso facilitato a uno spazio esterno protetto e dedicato rispondente alle particolari necessità degli ospiti in fase di *wandering*?

SI NO

7. Il Nucleo dispone di sistemi specifici per prevenire episodi di fuga degli ospiti?

SI NO

7a. Se sì, specificare i sistemi adottati (max 300 caratteri spazi inclusi):

8. Indicare quali dei seguenti servizi sono presenti all'interno del Nucleo:

- Stanza multisensoriale
- Cucina terapeutica
- Stanza della musica
- Stanza del treno
- Doll therapy
- Horticultural therapy
- Altro (specificare)

Descrivere brevemente le azioni adottate dalla struttura per facilitare in sicurezza i contatti tra gli ospiti e gli esterni (es. protocolli comportamentali, barriere anti-contagio, attività di apprendimento digitale, strategie di screening immediato) e per garantire ai familiari/caregiver un costante flusso informativo sullo status personale dell'ospite (max 1000/1200 caratteri spazi inclusi).
