

# QUESTIONARIO

## ANAGRAFICA

### 1. Tipologia dell'intervistato

Ospite  Amministratore di sostegno/Tutore

## AREA SANITARIA

### 2. Assistenza Medica

#### 2.1 Come valuta la presenza oraria dei medici di base della struttura?

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

#### 2.2 Come valuta la prestazione medica di base della struttura?

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

### 3. Assistenza Specialistica

**3.1 Quali di questi medici specialisti e altri professionisti, operanti all'interno della struttura, conosce?**

**3.2 Di quelli che conosce indichi quali la seguono/hanno seguita.**

Specializzazione	Conoscenza (3.1)	In cura (3.2)
Biologo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsicomotricista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedagogista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acquaterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Danzaterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Per cura lesioni da decubito

**3.3 Per ciascuno dei medici specialisti ed altri professionisti che la segue/ha seguita esprima una valutazione sulla loro presenza oraria.**

<b>Biologo</b>	<b>Cardiologo</b>	<b>Dentista</b>	<b>Fisioterapista</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>
<b>Fisiatra</b>	<b>Motricista</b>	<b>Neurologo</b>	<b>Neuropsicomotricista</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>
<b>Pedagogista</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Psicoterapeuta</b>	<b>Urologo</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>
<b>Acquaterapista</b>	<b>Arteterapista</b>	<b>Danzaterapista</b>	<b>Teatro</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>

**3.4 Per ciascuno dei medici specialisti ed altri professionisti che la segue/ha seguita esprima una valutazione sulla qualità delle prestazioni ricevute.**

<b>Biologo</b>	<b>Cardiologo</b>	<b>Dentista</b>	<b>Fisioterapista</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>
<b>Fisiatra</b>	<b>Motricista</b>	<b>Neurologo</b>	<b>Neuropsicomotricista</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>
<b>Pedagogista</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Psicoterapeuta</b>	<b>Urologo</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>
<b>Acquaterapista</b>	<b>Arteterapista</b>	<b>Danzaterapista</b>	<b>Teatro</b>
Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>	Insufficiente <input type="checkbox"/>
Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>
Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/>
Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>	Ottimo <input type="checkbox"/>

**3.5 A suo avviso sono presenti tutte le figure specialistiche che una residenza sanitaria dovrebbe assicurare?**

SI  NO

**3.6 Se NO indichi quale figura specialistica dovrebbe essere inserita.**

.....

#### **4. Programmazione esami di controllo**

**4.1 E' a conoscenza della programmazione degli esami di controllo?**

SI  NO

**4.2 Se SI esprima una valutazione sull'attività di programmazione degli esami di controllo.**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**4.3 Le tabelle di programmazione vengono rispettate?**

SI  NO

#### **AREA FARMACOLOGICA**

##### **5. Gestione dei farmaci**

**5.1 E' a conoscenza della terapia farmacologica prescritta?**

SI  NO

**5.2 Come valuta la regolarità della somministrazione dei farmaci?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**5.3 Le eventuali modifiche nella terapia farmacologica vengono comunicate tempestivamente?**

SI  NO

#### **AREA ASSISTENZA**

##### **6. Igiene personale**

**6.1 Esprima una valutazione sulla qualità dell'assistenza ricevuta nell'igiene personale.**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**6.2 Nell'arco della giornata è seguito per l'igiene personale?**

SI  NO

## 7. Pasti

7.1 Esprima una valutazione sui pasti serviti per quanto riguarda la qualità e per la quantità.

Qualità		Quantità	
Insufficiente	<input type="checkbox"/>	Insufficiente	<input type="checkbox"/>
Scarsa	<input type="checkbox"/>	Scarsa	<input type="checkbox"/>
Buona	<input type="checkbox"/>	Buona	<input type="checkbox"/>
Ottima	<input type="checkbox"/>	Ottima	<input type="checkbox"/>

## AREA RIABILITATIVA

### 8. Sviluppo e mantenimento delle autonomie individuali

8.1 Per ciascuna delle attività indicate, esprima il grado di autonomia al momento dell'ingresso nella struttura.

**Capacità Motorie (camminare, alzarsi dal letto, dalla sedia, ecc.)**

Ingresso		Attuale	
Insufficiente	<input type="checkbox"/>	Insufficiente	<input type="checkbox"/>
Scarsa	<input type="checkbox"/>	Scarsa	<input type="checkbox"/>
Buona	<input type="checkbox"/>	Buona	<input type="checkbox"/>
Ottima	<input type="checkbox"/>	Ottima	<input type="checkbox"/>

**Igiene personale (lavarsi, utilizzare i servizi, ecc.)**

Ingresso		Attuale	
Insufficiente	<input type="checkbox"/>	Insufficiente	<input type="checkbox"/>
Scarsa	<input type="checkbox"/>	Scarsa	<input type="checkbox"/>
Buona	<input type="checkbox"/>	Buona	<input type="checkbox"/>
Ottima	<input type="checkbox"/>	Ottima	<input type="checkbox"/>

**Pasti (mangiare, bere, tagliare la carne, ecc.)**

Ingresso		Attuale	
Insufficiente	<input type="checkbox"/>	Insufficiente	<input type="checkbox"/>
Scarsa	<input type="checkbox"/>	Scarsa	<input type="checkbox"/>
Buona	<input type="checkbox"/>	Buona	<input type="checkbox"/>
Ottima	<input type="checkbox"/>	Ottima	<input type="checkbox"/>

8.2 Esprima una valutazione sulla quantità e qualità delle attività finalizzate a mantenere l'autonomia (posseduta al momento di ingresso nella struttura).

Qualità		Quantità	
Insufficiente	<input type="checkbox"/>	Insufficiente	<input type="checkbox"/>
Scarsa	<input type="checkbox"/>	Scarsa	<input type="checkbox"/>
Buona	<input type="checkbox"/>	Buona	<input type="checkbox"/>
Ottima	<input type="checkbox"/>	Ottima	<input type="checkbox"/>

## 9. Attività socio-riabilitative

9.1 Esprima una valutazione sulla qualità e quantità delle attività ricreative come uscite, soggiorni, spettacoli teatrali, musicali, ecc.

### Uscite organizzate

#### Qualità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

#### Quantità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

### Soggiorni

#### Qualità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

#### Quantità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

### Cineforum interno

#### Qualità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

#### Quantità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

### Spettacoli teatrali/cinematografici

#### Qualità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

#### Quantità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

### Spettacoli musicali

#### Qualità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

#### Quantità

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

## AREA GESTIONALE

## 10. Personale ASA, OSS ed infermieristico

10.1 Come valuta la presenza numerica del personale a livello diurno e notturno?

### Diurno

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

### Notturmo

Insufficiente   
Scarsa   
Buona   
Ottima

**10.2 Come valuta la qualità del servizio offerto da inservienti, ASA e OSS?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**10.3 Come valuta la qualità del servizio offerto dagli infermieri?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**11. Educatori**

**11.1 Come valuta la presenza numerica del personale?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**11.2 Come valuta la qualità del servizio offerto dal personale?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**AREA STRUTTURALE**

**12. Manutenzione della struttura e delle apparecchiature**

**12.1 Come valuta la qualità delle apparecchiature medico-sanitarie (palestra, infermeria)?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**12.2 Come valuta la qualità della sua camera e del bagno?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**12.3 Come valuta la qualità di manutenzione delle attrezzature sanitarie (carrozzine, ecc)**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**12.4 Come valuta la qualità degli impianti elettrici e termici (luci, riscaldamento, climatizzazione, ecc)**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**12.5 Come valuta la qualità della struttura dal punto di vista delle condizioni generali (muri, finestre, ecc.)**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**12.6 Come valuta la qualità del servizio di manutenzione dello stabile?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**12.7 Come valuta la qualità della pulizia della struttura?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

**12.8 Esprima una valutazione sul funzionamento del servizio di lavanderia**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

### 13. Accessibilità e sicurezza

#### 13.1 Come valuta la qualità della struttura dal punto di vista dell'accessibilità?

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

#### 13.2 Come valuta la struttura dal punto di vista della sicurezza (uscite di sicurezza, sistema antincendio, ecc.)?

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

### AREA RAPPORTI CON LA STRUTTURA

#### 15. Accesso alla struttura

##### 15.1 E' a conoscenza del fatto che ci siano delle restrizioni ai familiari all'accesso in alcune aree della struttura?

SI  NO

##### 15.2 E' d'accordo con il fatto che ai familiari sia vietato l'accesso ad alcune aree della struttura?

SI  NO

#### 16. Piano Educativo Individuale

##### 16.1 Sa cos'è il P.E.I.?

SI  NO

##### 16.2 Al suo ingresso nella struttura ha discusso e concordato con la direzione il P.E.I.?

SI  NO

##### 16.3 Se SI, è stato rispettato quanto concordato nel P.E.I.?

SI  NO

##### 16.4 Successivamente sono state effettuate delle verifiche ed eventuali variazioni al P.E.I.?

SI  NO

##### 16.5 Se SI come valuta tale attività di verifica ed aggiornamento?

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

#### 17. Piano Assistenziale Individuale

##### 17.1 Sa cos'è il P.A.I.?

SI  NO

**17.2 Al suo ingresso nella struttura ha discusso e concordato con la direzione il P.A.I.?**

SI  NO

**17.3 Se SI, è stato rispettato quanto concordato nel P.A.I.?**

SI  NO

**17.4 Successivamente sono state effettuate delle verifiche ed eventuali variazioni al P.A.I.?**

SI  NO

**17.5 Se SI come valuta tale attività di verifica ed aggiornamento?**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

## **18. Relazione**

**18.1 Esprima una valutazione sulla qualità del dialogo tra residenza, ospiti e familiari.**

Insufficiente  Scarsa  Buona  Ottima

## **19. Figure responsabili**

**19.1 Indichi il nome del Direttore della Residenza**

.....

**19.2 Indichi il nome del Direttore Sanitario**

.....

**19.3 Indichi il nome del Direttore Educativo**

.....

## **20. Commissione Consultiva**

**20.1 Conosce l'esistenza di una Commissione Consultiva?**

SI  NO

**20.2 Se SI, sa quali sono le sue competenze?**

SI  NO

**20.3 Sa come contattarla?**

SI  NO



**21. Suggerimenti**

**Ha eventuali suggerimenti per migliorare il servizio offerto dall'Ente?**

.....  
.....  
.....  
.....