

BOLLINO ROSAARGENTO

Da 10 anni la rete di RSA e Case di riposo attente al benessere e alla qualità di vita dei propri ospiti

6^a edizione

Fac-simile questionario di candidatura **2027-2028**

SEZIONE A

Dati struttura

La **sezione A** prevede una serie di domande volte a raccogliere dati generali e informazioni pratiche sulla struttura per facilitare l'accesso, l'accoglienza e la degenza degli ospiti e delle loro famiglie/caregiver.

- 1. Indicare il numero dei posti letto totali presenti all'interno della struttura: ____**
- 2. Indicare il numero totale e l'età media degli ospiti accolti in struttura nel corso del 2025:**
 - Ospiti donne: numero ____ età media (in anni) ____
 - Ospiti uomini: numero ____ età media (in anni) ____
- 3. Indicare il numero degli ospiti accolti in struttura nel corso del 2025 a seconda della tipologia e del diverso grado di autosufficienza:**
 - Ospiti autosufficienti: ____
 - Ospiti parzialmente autosufficienti: ____
 - Ospiti non autosufficienti: ____
- 4. La struttura dispone di camere singole?**
SI ☐ NO ☐
 - 4a. Se sì, indicarne il numero: ____**
 - 4b. Se sì, indicare la quota sociale (retta alberghiera) base giornaliera per la stanza singola a carico dell'ospite esclusa la quota sanitaria a carico del Servizio Sanitario Regionale: ____€**
- 5. La struttura dispone di camere doppie?**
SI ☐ NO ☐
 - 5a. Se sì, indicarne il numero: ____**
 - 5b. Se sì, indicare la quota sociale (retta alberghiera) base giornaliera per la stanza doppia a carico dell'ospite esclusa la quota sanitaria a carico del Servizio Sanitario Regionale: ____€**
- 6. La struttura dispone di camere triple o superiori?**
SI ☐ NO ☐

6a. Se sì, indicarne il numero: _____

6b. Se sì, indicare la quota sociale (retta alberghiera) base giornaliera per la stanza tripla o superiore a carico dell'ospite esclusa la quota sanitaria a carico del Servizio Sanitario Regionale: _____ €

7. La struttura prevede l'applicazione di uno sconto sulla quota sociale (retta alberghiera) a carico dell'ospite all'ingresso in struttura?

SI ☐ NO ☐

8. Rispetto al numero totale di ospiti accolti nel 2025 indicare la % che ha usufruito di una:

- parziale compartecipazione comunale al pagamento della quota sociale (retta alberghiera): _____

- integrale compartecipazione comunale al pagamento della quota sociale (retta alberghiera): _____

9. Indicare la modalità con cui vengono erogati i seguenti servizi a favore degli ospiti a seconda del differente grado di autosufficienza e delle loro famiglie/caregiver (N/A=non erogato):

- | | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------|
| - Lavanderia | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Trasporto per servizi sanitari | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Trasporto per servizi non sanitari | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Diagnostica o altre indagini non erogate dal SSN | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Acquisto farmaci | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Acquisto dispositivi (es. incontinenza urinaria, russamento) | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Parrucchiere/barbiere | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Estetista | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Podologo | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - WI-FI | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |
| - Altro (specificare) | ☐ compreso nella retta | ☐ extra | ☐ N/A |

10. In ogni camera, a prescindere dal numero di letti presenti al suo interno, è disponibile un servizio igienico dedicato?

SI ☐ NO ☐

10a. Se no, indicare il numero di camere con servizio igienico dedicato: _____

11. La struttura rende facilmente accessibili le informazioni sulle modalità di ammissione dell'ospite?

SI ☐ NO ☐

11a. Se sì, indicare come:

- | | |
|--|--------------------------|
| - Sezione dedicata sul portale WEB della struttura | ☐ |
| - Materiale informativo | ☐ |
| - Linea telefonica dedicata | ☐ |
| - Sportello dedicato | ☐ |
| - Collaborazione con Sportelli territoriali dedicati | ☐ |
| - Altro (specificare) | ☐ |

12. La struttura dispone di una lista d'attesa?

SI ☐ NO ☐

12a. Se sì, indicare se la lista d'attesa:

- | | |
|--|--------------------------|
| - è gestita da Enti territoriali preposti (es. Comune, ATS, ASL) | ☐ |
| - è gestita dalla struttura stessa | ☐ |

12abis. Se gestita dalla struttura stessa, indicare i giorni di attesa media che nel 2025 sono intercorsi tra la presentazione della domanda di ricovero e l'ingresso dell'ospite:

- in Nuclei standard: _____
- in Nucleo Demenze/Alzheimer (se presente): _____

13. Indicare quali dei seguenti servizi sono messi a disposizione dalla struttura:

- Centro diurno ☐
- RSA aperta ☐
- Ricovero temporaneo di sollievo ☐

13a. Se disponibile un ricovero temporaneo di sollievo, la struttura prevede una lista d'attesa separata?

SI ☐ NO ☐

14. È disponibile un parcheggio per i familiari/caregiver/amici degli ospiti residenti presso la struttura?

SI ☐ NO ☐

14a. Se sì, il parcheggio si trova:

- internamente alla struttura ☐
- adiacente/in prossimità della struttura ☐

14b. Se sì, a prescindere dall'ubicazione, il parcheggio è sempre gratuito per i familiari/caregiver/amici degli ospiti residenti presso la struttura?

SI ☐ NO ☐

15. La struttura è agevolmente raggiungibile da almeno un mezzo di trasporto pubblico?

SI ☐ NO ☐

15a. Se sì, indicare con quale/i mezzo/i di trasporto pubblico è raggiungibile la struttura:

- Metropolitana ☐
- Bus ☐
- Tram ☐
- Treno ☐
- Altro (specificare) ☐

16. È presente all'interno della struttura un bar a disposizione degli ospiti a seconda del differente grado di autosufficienza e dei loro familiari/caregiver/amici?

SI ☐ NO ☐

17. Indicare il minutaggio medio settimanale per ospite nel 2025 per ciascuna delle seguenti figure professionali:

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

18. La struttura prevede protocolli per la prevenzione del rischio da sovraccarico assistenziale del personale (es. gestione cambi, igiene, sollevamento)?

SI ☐ NO ☐

19. La struttura dispone di un Comitato Etico?SI ☐ NO ☐**19a. Se sì, quante volte si riunisce nell'arco di un anno?**- 1 volta ☐- ≥ 2 volte ☐**19b. Se sì, indicare le principali tematiche affrontate e/o questioni analizzate durante la/e riunione/i del Comitato Etico svolta/e nel 2025 (max 500 caratteri spazi inclusi):****20. La struttura somministra agli ospiti e/o ai familiari un questionario sulla qualità dei servizi erogati per valutare il grado di soddisfazione?**SI ☐ NO ☐**20a. Se sì, quante volte la struttura ha somministrato il questionario nel corso del 2025?**- 1-2 volte ☐- > 2 volte ☐**21. La struttura prevede il monitoraggio della soddisfazione del proprio personale attraverso la somministrazione di un questionario dedicato?**SI ☐ NO ☐**21a. Se sì, quante volte la struttura ha somministrato il questionario nel corso del 2025?**- 1-2 volte ☐- > 2 volte ☐**22. La struttura è sede di tirocinio per operatori e professionisti sanitari?**SI ☐ NO ☐**22a. Se sì, indicare per quali delle seguenti figure:**- OSS ☐- Infermieri ☐- Medici ☐- Altre professioni sanitarie (specificare) ☐

SEZIONE B**Assistenza centrata sulla persona**

La **sezione B** valuta la presenza nella struttura di servizi volti a migliorare il benessere e la qualità di vita dell'ospite e dei suoi familiari/caregiver, rispettandone la dignità, le necessità quotidiane e di permanenza, favorendone le capacità residue e relazionali.

B1. Accoglienza e accompagnamento degli ospiti con diversi gradi di autonomia e dei familiari/caregiver**1. La struttura offre un servizio di accoglienza rivolto agli ospiti e ai loro familiari/caregiver?**SI ☐ NO ☐

1a. Se sì, la struttura dispone di una procedura operativa finalizzata a garantire la continuità assistenziale nella fase di ingresso dell'ospite da altro *setting* assistenziale (es. ospedale, assistenza domiciliare), a seconda del differente grado di autosufficienza?

SI ☐ NO ☐

1b. Se sì, la struttura è collegata anche attraverso specifici protocolli con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e/o il Distretto di appartenenza per la presa in carico dell'anziano/ospite con fragilità sul territorio di riferimento (passaggio dal *setting* ospedaliero al *setting* sociosanitario/domiciliare), per il mantenimento di una continuità sanitaria, socioassistenziale e sociale?

SI ☐ NO ☐

1c. Se sì, la struttura effettua una raccolta informativa pre-ingresso dei dati personali dell'ospite tramite il supporto dei familiari/caregiver (es. storia personale, routine/stile di vita, preferenze e interessi, attività svolte, fattori di stress/comfort, relazioni)?

SI ☐ NO ☐

1d. Se sì, la valutazione pre-ingresso include anche indicazioni pratiche per facilitare l'adattamento dell'ospite in struttura (es. personalizzazione della camera con oggetti familiari/piccoli complementi di arredo, presenza di persone significative nei primi giorni, tempi gradualità di ambientamento)?

SI ☐ NO ☐

1e. Se sì, la struttura prevede una formazione specifica per il personale dedicato all'accoglienza degli ospiti e dei loro familiari/caregiver?

SI ☐ NO ☐

1f. La struttura offre a una coppia di ospiti la possibilità di convivere nella stessa stanza?

SI ☐ NO ☐

2. La struttura dispone di una scheda dedicata alla raccolta delle abitudini e delle preferenze dell'ospite (es. orario di alzata, igiene, pasti, abbigliamento, rituali) periodicamente aggiornata anche in funzione di un suo eventuale cambiamento clinico?

SI ☐ NO ☐

3. La struttura adotta un modello di assegnazione stabile degli operatori ai Nuclei per favorire continuità relazionale e conoscenza della persona con gestione strutturata dei turni e delle sostituzioni?

SI ☐ NO ☐

3a. Se sì, esiste una procedura che garantisca continuità tra i turni degli operatori per rispettare le priorità assistenziali e le abitudini degli ospiti (es. passaggi di consegna strutturati, scheda preferenze integrata e formalizzata nel PAI con indicazioni operative)?

SI ☐ NO ☐

3b. Se sì, esiste un piano di inserimento formale dei nuovi operatori e/o delle sostituzioni?

SI ☐ NO ☐

4. La struttura offre un percorso di supporto psicologico rivolto agli ospiti e ai loro familiari/caregiver nella fase di inserimento dell'anziano?

SI ☐ NO ☐

4a. Se sì, indicare quanti incontri sono previsti nell'ambito del percorso di supporto psicologico e quando vengono organizzati (max 500 caratteri spazi inclusi): _____

5. La struttura prevede un servizio di supporto psicologico stabile e continuativo rivolto ai familiari/caregiver degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

6. La struttura coinvolge attivamente gli ospiti a seconda del differente grado di autosufficienza e/o i loro familiari/caregiver nella redazione e discussione del Piano Assistenziale Individuale e nell'organizzazione dei servizi rivolti all'anziano?

SI ☐ NO ☐

6a. Se sì, la struttura garantisce una ricorrenza periodica degli incontri con gli ospiti e/o con i loro familiari/caregiver?

SI ☐ NO ☐

7. Viene valutato il livello di benessere/malessere degli ospiti (anche tramite osservazione quando l'autovalutazione non è possibile) e i relativi risultati sono utilizzati per definire, attuare e monitorare modifiche nel progetto di cura e nell'organizzazione quotidiana?

SI ☐ NO ☐

7a. Se sì, indicare la modalità usata periodicamente dalla struttura per valutare il livello di benessere/malessere dell'ospite (max 500 caratteri spazi inclusi): _____

7b. Se sì, indicare la cadenza temporale con cui la struttura effettua le valutazioni del livello di benessere/malessere dell'ospite (max 500 caratteri spazi inclusi): _____

7c. Se sì, indicare un esempio di azione implementata a seguito della valutazione effettuata (max 500 caratteri spazi inclusi): _____

8. La struttura offre ai familiari/caregiver la possibilità di conoscere lo stato di salute/benessere degli ospiti tramite un servizio di comunicazione stabile e continuativo attraverso il supporto di canali digitali (es. messaggistica istantanea, chat, mail)?

SI ☐ NO ☐

8a. Se sì, indicare con quale frequenza viene offerto il servizio:

- Tutti i giorni ☐
- Una volta alla settimana ☐
- Una volta al mese ☐
- Altro (specificare) ☐

B2. Sicurezza degli ospiti

1. È presente un sistema finalizzato a prevenire e/o rilevare *near miss*, eventi avversi ed eventi sentinella all'interno della struttura che consenta di attivare azioni correttive e di miglioramento?

SI ☐ NO ☐

2. La struttura adotta procedure volte all'identificazione e prevenzione di comportamenti inadeguati (es. azioni di maltrattamento verbale e fisico) nei confronti degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

3. La struttura prevede per gli ospiti con rischio clinico/di sicurezza rilevante, una modalità documentata con riesame programmato (PAI/consegne) delle scelte e azioni per garantire le autonomie e soddisfare il bisogno di autodeterminazione della persona (es. accesso a spazi esterni sicuri, attività occupazionali quotidiane/domestiche)?

SI ☐ NO ☐

3a. Se sì, laddove esista un rischio per l'ospite (es. libertà di movimento, accesso a spazi) nelle decisioni è previsto anche il coinvolgimento di familiari/caregiver?

SI ☐ NO ☐

4. La struttura adotta pratiche per favorire la minimizzazione della contenzione fisica e/o farmacologica degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

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

4b. Se sì, indicare:

- se viene realizzato un *audit/checklist* periodica su barriere/limitazioni e misure correttive con responsabile e tempistica e con revisione periodica a seconda dei bisogni degli ospiti (es. porte chiuse con codici, spazi interni non accessibili, divieto di alzarsi in certi orari, obbligo di stare in un'area specifica, limitazione permanenza in camera) ☐

- se vengono adottate misure che aumentano la libertà di azione/movimento degli ospiti in sicurezza (es. accesso non accompagnato a giardino/cortile protetto, svolgimento di attività ordinarie in autonomia) ☐

- se vengono effettuate discussioni in équipe sul rischio vs autonomia e sulle alternative alle restrizioni nei casi specifici per aggiornamento del PAI/consegne ☐

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

SI ☐ NO ☐

5a. Se no, la struttura collabora attivamente con Enti territoriali per garantire agli ospiti la fornitura di ausili e protesi?

SI ☐ NO ☐

B3. Ambienti, attività ludiche, convivialità, personalizzazione e tecnologie a supporto**1. L'ambiente supporta l'orientamento e riduce il disorientamento/ansia degli ospiti attraverso soluzioni non farmacologiche e non restrittive?**SI ☐ NO ☐**1a. Se sì, indicare se presenti:**

- segnaletica chiara e coerente e/o etichette utili, visibili e comprensibili anche a ospiti con disturbi cognitivi (es. toilette, spazi comuni) ☐
- punti di riferimento riconoscibili (es. quadri, piante, oggetti) ☐
- spazi di utilizzo quotidiano facilmente individuabili dalla camera (es. bagno, soggiorno, sala pranzo) ☐

2. La struttura dispone di spazi che favoriscano una stimolazione ambientale controllata per gli ospiti con disturbi cognitivi (es. contenimento rumore e luminosità)?SI ☐ NO ☐**2a. Se sì, indicare:**

- se disponibili in ciascun Nucleo e/o negli spazi comuni ambienti tranquilli/confortevoli, facilmente identificabili e di carattere domestico/familiare ☐
- se applicate misure per ridurre il rumore di fondo (es. TV, radio, annunci, carrelli, campanelli) ☐
- se possibile scegliere spazi calmi e tranquilli durante il pasto e/o nei momenti della giornata con maggiore affollamento ☐

3. La struttura dispone di spazi interni dedicati a incontri riservati tra ospiti e familiari/caregiver/amici?SI ☐ NO ☐**4. La struttura dispone di uno spazio all'aperto/giardino?**SI ☐ NO ☐**4a. Se sì, lo spazio all'aperto/giardino può essere utilizzato quotidianamente dagli ospiti anche con i propri familiari/caregiver/amici e non solo quando prevista un'attività organizzata?**SI ☐ NO ☐**4b. Se sì, nel periodo invernale è prevista la possibilità per gli ospiti e i loro familiari/caregiver/amici di utilizzare lo spazio all'aperto/giardino in sicurezza e in maniera protetta?**SI ☐ NO ☐**5. La struttura utilizza indicatori, strumenti o scale per valutare il grado di pulizia degli ambienti interni e rilevare eventuali molestie olfattive/acustiche?**SI ☐ NO ☐**5a. Se sì, indicare quali (max 500 caratteri spazi inclusi):** _____**6. La struttura consente agli ospiti di effettuare uscite con i propri familiari/caregiver/amici?**SI ☐ NO ☐

7. Per ricreare un ambiente familiare, viene consentito agli ospiti a seconda del differente grado di autosufficienza 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 ☐

7a. Se sì, indicare se la struttura:

- fornisce indicazioni utili alle famiglie sugli oggetti personali che l'ospite può portare nella propria camera (es. foto, tessuti, memorabilia) ☐
- garantisce un supporto attivo da parte del personale nel predisporre la camera dell'ospite in modo coerente con la sua biografia ☐
- offre la possibilità di personalizzare la camera dell'ospite con elementi visibili (es. bacheca) ☐
- documenta all'interno del PAI le informazioni utili per la personalizzazione della camera dell'ospite ☐

8. La struttura promuove attività psicosociali volte a favorire il mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, la socializzazione e le relazioni affettive/amicali degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

8a. Se sì, indicare quali:

- Lettura ☐
- Musica ☐
- Arte-terapia ☐
- Cineforum ☐
- Attività manuale (cucito, laboratori artigiani, cucina, orto) ☐
- Scrittura creativa ☐
- Attività ludico-ricreative (giochi di società, carte, scacchi) ☐
- Gite fuori porta/uscite esterne ☐
- Altro (specificare) ☐

8b. Se sì, vengono proposte attività psicosociali alternative (es. sensoriali, creative, sociali) sulla base di informazioni biografiche, interessi, abitudini e caratteristiche psico-fisiche degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

8c. Se sì, preferenze, interessi e capacità residue degli ospiti sono documentati all'interno di una scheda dedicata o nel PAI al fine di personalizzare le attività psicosociali proposte?

SI ☐ NO ☐

8d. Se sì, la struttura garantisce ogni giorno (mattina e pomeriggio) proposte di attività psicosociali integrate nella routine degli ospiti coprendo anche momenti tipicamente più 'vuoti' (es. metà mattina, post-pranzo, tardo pomeriggio)?

SI ☐ NO ☐

8e. Se sì, indicare il minutaggio medio settimanale dedicato alle attività psicosociali per ciascun ospite: _____

8f. Se sì, tali attività vengono garantite almeno 2 volte alla settimana anche agli ospiti con decadimento cognitivo avanzato per prevenire passività e isolamento?

SI ☐ NO ☐

8g. Se sì, vengono proposte attività psicosociali con modalità differenti (es. gruppo grande/piccolo, 1:1) considerando le capacità residue e le preferenze degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

9. Indicare quali delle seguenti figure sono presenti all'interno della struttura per garantire le attività psicosociali:

- Animatore ☐
 - Educatore ☐
 - Terapista occupazionale ☐
 - Assistente sociale ☐
 - OSS ☐
 - Infermiere ☐
 - Volontario ☐
 - Altro (specificare) ☐
-

10. La struttura eroga interventi assistiti con animali rivolti agli ospiti a seconda del differente grado di autosufficienza?

SI ☐ NO ☐

11. La struttura fornisce agli ospiti, a seconda del differente grado di autosufficienza, la possibilità di scegliere il menù?

SI ☐ NO ☐

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

SI ☐ NO ☐

13. La struttura prevede una diversificazione temporale nella somministrazione dei pasti in relazione alle specifiche condizioni di salute dell'ospite?

SI ☐ NO ☐

14. La struttura offre ai familiari/caregiver almeno una volta alla settimana la possibilità di usufruire del servizio ristorazione in compagnia del proprio familiare?

SI ☐ NO ☐

15. I pasti sono preparati da una cucina interna alla struttura?

SI ☐ NO ☐

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

SI ☐ NO ☐

17. La struttura offre un servizio di assistenza digitale/informatica dedicato agli ospiti a seconda del differente grado di autosufficienza?

SI ☐ NO ☐

17a. Se sì, la struttura mette anche a disposizione degli ospiti che ne abbiano bisogno strumenti di comunicazione digitale (es. PC, tablet)?

SI ☐ NO ☐

18. La struttura offre agli ospiti, a seconda del differente grado di autosufficienza, la possibilità di usufruire del supporto di tecnologia robotica (es. Pepper, Nadine)?

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. La struttura garantisce l'assistenza infermieristica H24 attraverso la presenza attiva dell'infermiere (esclusa la reperibilità)?

SI ☐ NO ☐

2. La struttura garantisce la copertura medica H24 attraverso la presenza attiva di un medico (esclusa la reperibilità)?

SI ☐ NO ☐

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

4. La struttura segue una procedura per rilevare precocemente eventuali problematiche psichiche, cognitive e comportamentali che l'ospite potrebbe manifestare durante tutta la permanenza?

SI ☐ NO ☐

4a. Se sì, indicare cosa prevede la procedura (max 500 caratteri spazi inclusi): _____

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

SI ☐ NO ☐

5a. Se sì, indicare quali (max 500 caratteri spazi inclusi): _____

6. La struttura offre interventi terapeutici di stimolazione cognitiva (es. *Validation Therapy*, *Gruppi Remember*, *Reality Orientation Therapy*)?

SI ☐ NO ☐

6a. Se sì, indicare brevemente quali (max 300 caratteri spazi inclusi): _____

6b. Se sì, indicare la/e modalità tramite cui sono erogati gli interventi:

- Individuale ☐
- Di gruppo ☐

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, rispetto al numero totale di ospiti accolti in struttura nel 2025, indicare la percentuale di anziani che hanno riscontrato lesioni da pressione (II-IV stadio):

- ≤ 5% ☐
- 6-9% ☐
- ≥ 10% ☐

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

SI ☐ NO ☐

8a. Se sì, è previsto un percorso di formazione e aggiornamento del personale su prevenzione, monitoraggio e gestione dei principali disturbi genito-urinari?

SI ☐ NO ☐

9. Indicare il numero di ospiti cateterizzati nel corso del 2025:

- Complessivo: _____
- Donne: _____
- Uomini: _____

10. La struttura dispone di un protocollo per la prevenzione delle infezioni sintomatiche delle vie urinarie catetere correlate?

SI ☐ NO ☐

10a. Se sì, è previsto un monitoraggio con registrazione sistematica delle infezioni sintomatiche delle vie urinarie catetere correlate?

SI ☐ NO ☐

10abis. Se sì, rispetto al numero totale di ospiti accolti in struttura nel 2025, indicare la percentuale di anziani cateterizzati che ha riscontrato infezioni sintomatiche delle vie urinarie catetere correlate:

- ≤ 5% ☐
- 6-9% ☐
- ≥ 10% ☐

11. La struttura dispone di un protocollo per la prevenzione delle dermatiti associate all'incontinenza?

SI ☐ NO ☐

11a. Se sì, è previsto un monitoraggio con registrazione sistematica delle dermatiti associate all'incontinenza?

SI ☐ NO ☐

11abis. Se sì, rispetto al numero totale di ospiti accolti in struttura nel 2025, indicare la percentuale di anziani che ha riscontrato dermatiti associate all'incontinenza:

- ≤ 5% ☐
- 6-9% ☐
- ≥ 10% ☐

12. La struttura dispone di piani di contenimento e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza?

SI ☐ NO ☐

12a. Se sì, indicare quali infezioni vengono gestite in questi piani (max 300 caratteri spazi inclusi): _____

12b. Se sì, la struttura dispone di protocolli e spazi dedicati all'isolamento degli ospiti con infezioni o parassitosi?

SI ☐ NO ☐

13. La struttura dispone di protocolli e piani orientati al contenimento e alla prevenzione delle cadute accidentali?

SI ☐ NO ☐

13a. Se sì, nel corso dell'anno è previsto un monitoraggio con registrazione sistematica delle cadute accidentali degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

13abis. Se sì, indicare la media di cadute accidentali per singolo posto letto registrate nel corso del 2025: _____

13b. Se sì, nel protocollo è previsto l'utilizzo di dispositivi per prevenire cadute accidentali dovute a problematiche correlate all'incontinenza?

SI ☐ NO ☐

14. La struttura dispone di protocolli per la prevenzione e la cura di disidratazione e denutrizione degli ospiti?

SI ☐ NO ☐

15. Esiste nella struttura una procedura codificata che fornisca le indicazioni necessarie per effettuare una corretta ricognizione e riconciliazione farmacologica?

SI ☐ NO ☐

15a. Se sì, è prevista una rivalutazione programmata della prescrizione farmacologica?

SI ☐ NO ☐

15b. Se sì, viene utilizzata una scheda dedicata a ciascun ospite?

SI ☐ NO ☐

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

SI ☐ NO ☐

17. Nel corso del 2025 la struttura ha realizzato uno o più corsi di formazione rivolti al personale sanitario e sociosanitario sulla gestione del dolore nell'anziano?

SI ☐ NO ☐

17a. Se sì, indicare quanti corsi sono stati organizzati nel 2025:

- 1-3 ☐

- 3-5 ☐

- ≥ 5 ☐

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

SI ☐ NO ☐

18a. Se sì, è disponibile internamente un'équipe multidisciplinare composta da personale specializzato in cure palliative?

SI ☐ NO ☐

18b. Se sì, la struttura ha accesso a consulenze/interventi di cure palliative erogati da servizi presenti sul territorio?

SI ☐ NO ☐

18c. Se sì, all'interno della struttura sono previste stanze dedicate?

SI ☐ NO ☐

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

SI ☐ NO ☐

19a. Se sì, indicare quali figure professionali sono coinvolte:

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

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

SI ☐ NO ☐

20a. Se sì, indicare brevemente quali prestazioni (max 300 caratteri spazi inclusi): _____

21. 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/caregiver?

SI ☐ NO ☐

22. La struttura dispone al suo interno di servizi diagnostici (es. laboratorio analisi biochimica)?

SI ☐ NO ☐

22a. Se sì, indicare brevemente quali (max 300 caratteri spazi inclusi): _____

23. 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 ☐

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

SI ☐ NO ☐

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

SI ☐ NO ☐

26. Nel corso del 2025 la struttura ha realizzato uno o più corsi di formazione rivolti al personale sanitario e sociosanitario sulla comunicazione e/o sulla relazione di aiuto?

SI ☐ NO ☐

26a. Se sì, indicare quanti corsi sono stati organizzati nel 2025:

- 1-3 ☐
- 3-5 ☐
- ≥ 5 ☐

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

SI ☐ NO ☐

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 decadimento cognitivo e dei loro familiari/caregiver.

0. La struttura dispone di un Nucleo dedicato agli ospiti con decadimento cognitivo?

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 quota sociale (retta alberghiera) base giornaliera a carico degli ospiti accolti nel Nucleo?

SI ☐ NO ☐

2a. Se sì, indicare a quanto ammonta l'incremento della quota sociale (retta alberghiera) base giornaliera: ____ €

3. Indicare il numero di posti letto presenti nel Nucleo: ____**4. Il Nucleo dispone di personale dedicato e formato per la gestione degli ospiti?**

SI ☐ NO ☐

4a. Elencare brevemente quali figure professionali sanitarie e sociosanitarie sono disponibili all'interno del Nucleo (max 200 caratteri spazi inclusi): _____

4b. Se sì, indicare quanti corsi formativi specifici rivolti al personale sanitario e sociosanitario dedicato al Nucleo demenze sono stati realizzati nel corso del 2025:

- 1-3 ☐
- 3-5 ☐
- ≥ 5 ☐

4c. Se sì, nell'ambito dei corsi formativi rivolti al personale sanitario e sociosanitario dedicato al Nucleo esiste un programma di formazione continua dedicato a prevenzione e gestione non farmacologica dei sintomi psico-comportamentali?

SI ☐ NO ☐

5. Il Nucleo garantisce un ambiente sicuro e protesico rispondente alle specifiche necessità psico-fisiche 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. In caso di comparsa o peggioramento di sintomi psico-comportamentali (*BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*) è prevista e documentata un'analisi strutturata (descrizione del comportamento, cause/bisogni, interventi pratici personalizzati e tempistica di rivalutazione) considerando aspetti fisici, emotivi, relazionali e ambientali?

SI ☐ NO ☐

9. Il Nucleo adotta protocolli relativi a interventi psicosociali per la gestione dei sintomi psico-comportamentali (*BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*)?

SI ☐ NO ☐

9a. Se sì, indicare quali/e dei seguenti approcci fanno/fa parte dei protocolli:

- Stimolazione multisensoriale ☐
 - Cucina terapeutica ☐
 - Laboratorio di musicoterapia ☐
 - Laboratorio di canto ☐
 - Stanza del treno ☐
 - Doll therapy ☐
 - Orto terapia ☐
 - Laboratorio di arte terapia ☐
 - Attività sportiva (es. acquagym) ☐
 - Altro (specificare) ☐
-