

QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DEGLI OSPITI E DELLE LORO FAMIGLIE

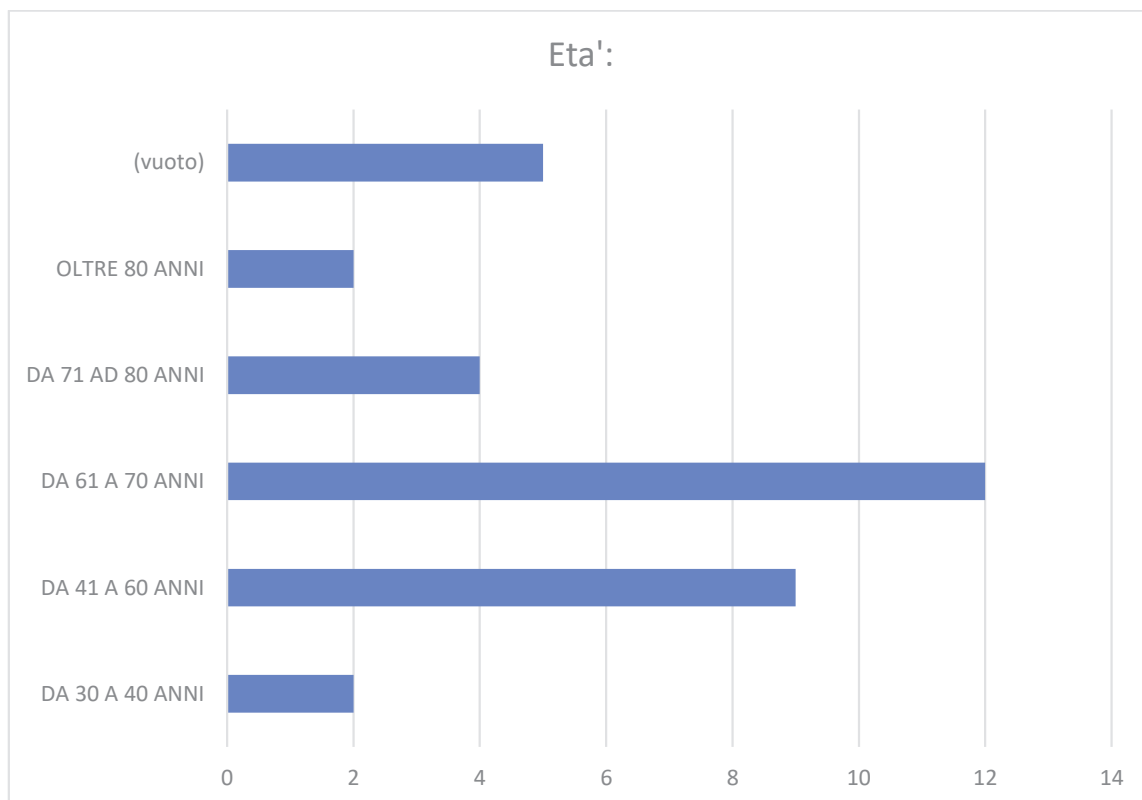
CASA RESIDENZA TEN. L. MARCHI



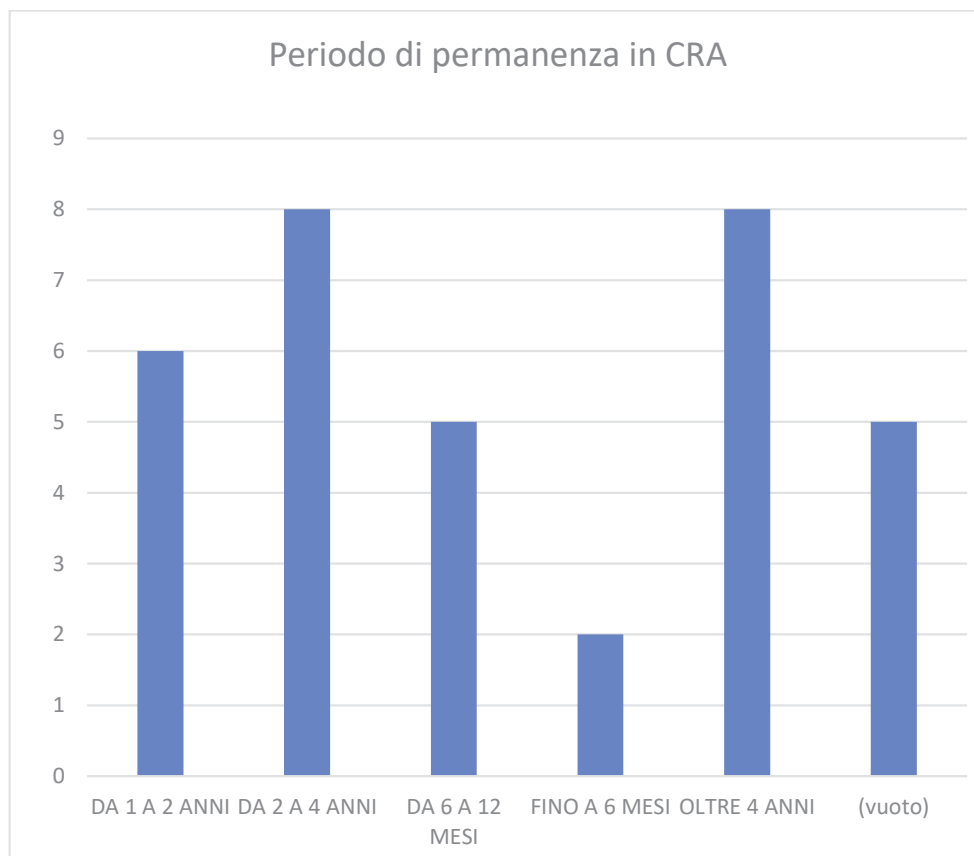
PREMESSE

- PERCHE' INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION
- SCELTA TIPOLOGIA DI INDAGINE
- A CHI SI RIVOLGE
- N.UTENTI / N. QUESTIONARI RESTITUITI
- PERIODO DI PERMANENZA IN CRA
- SUDDIVISIONE PER ARGOMENTI
- NOTE COMPILATE
- PERIODO RILEVAZIONE

ANAGRAFICA ANONIMA

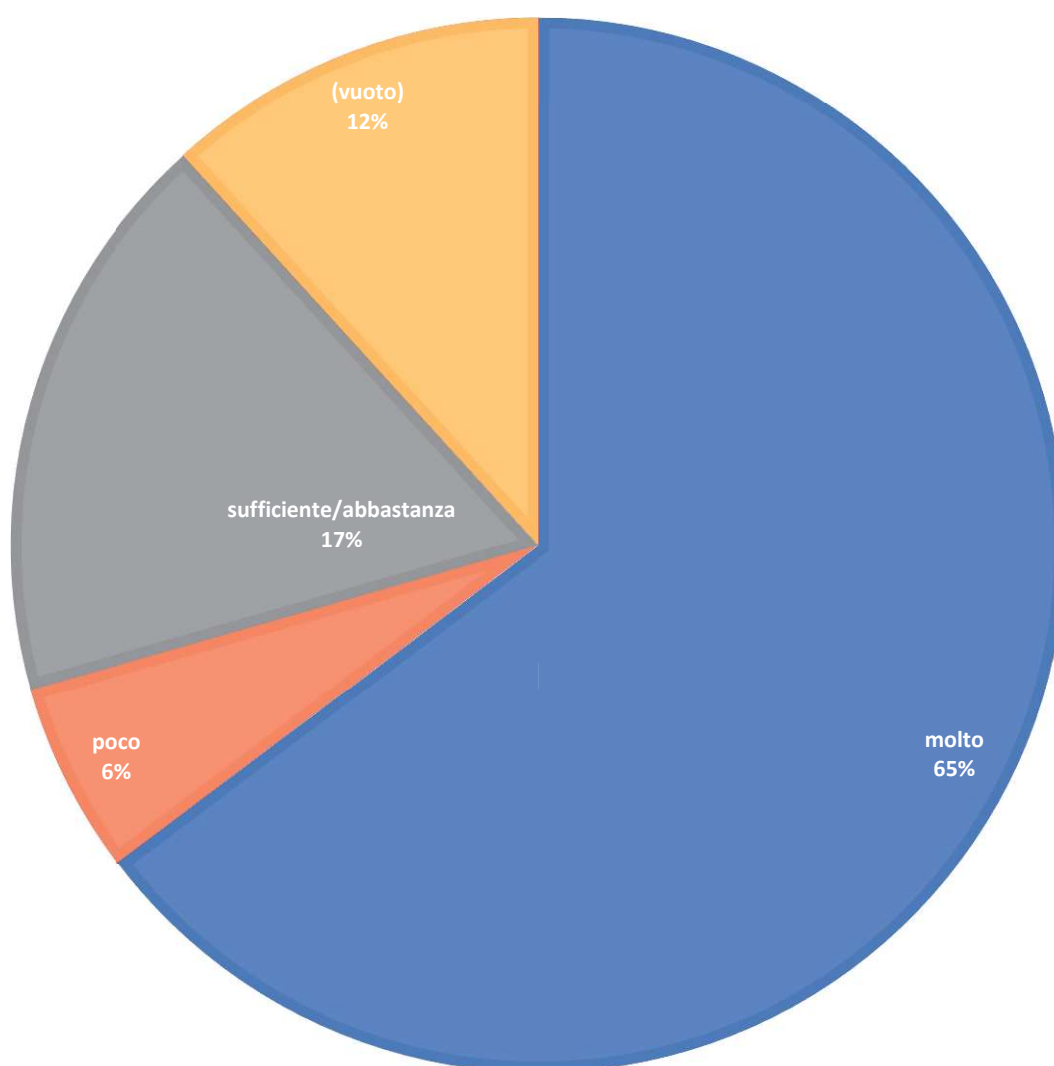


PERIODO DI PERMANENZA IN CASA RESIDENZA

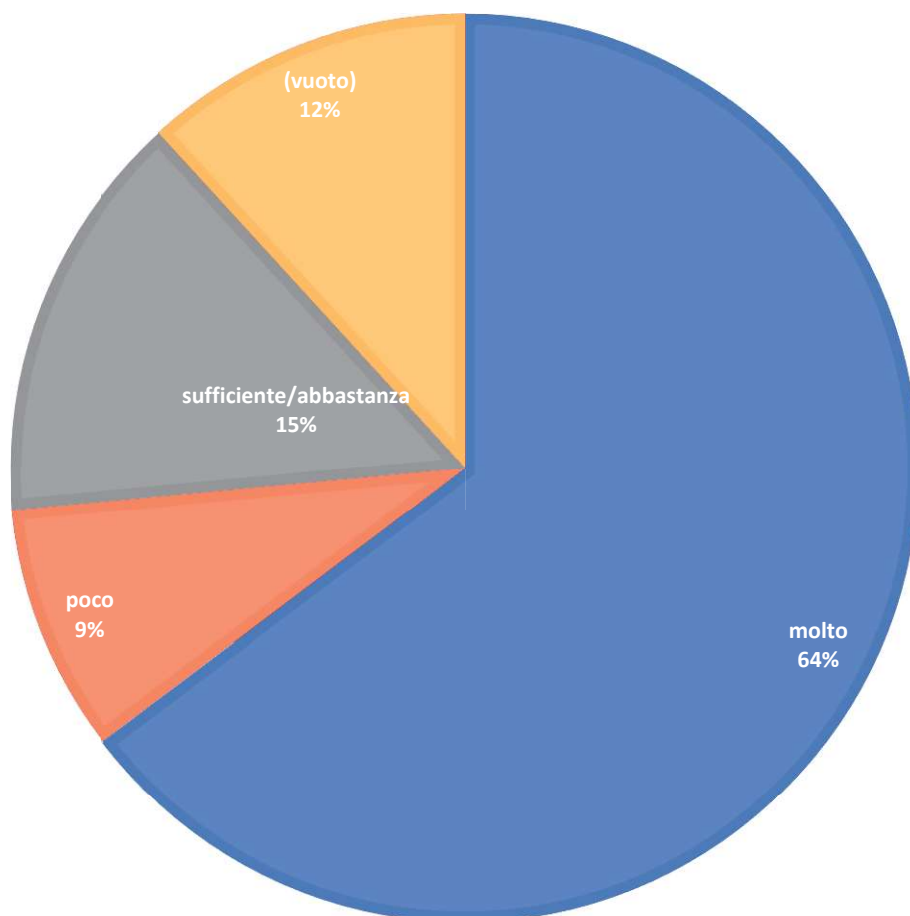


COME SI SONO SVOLTE LE FASI DELL' INGRESSO IN CRA ?

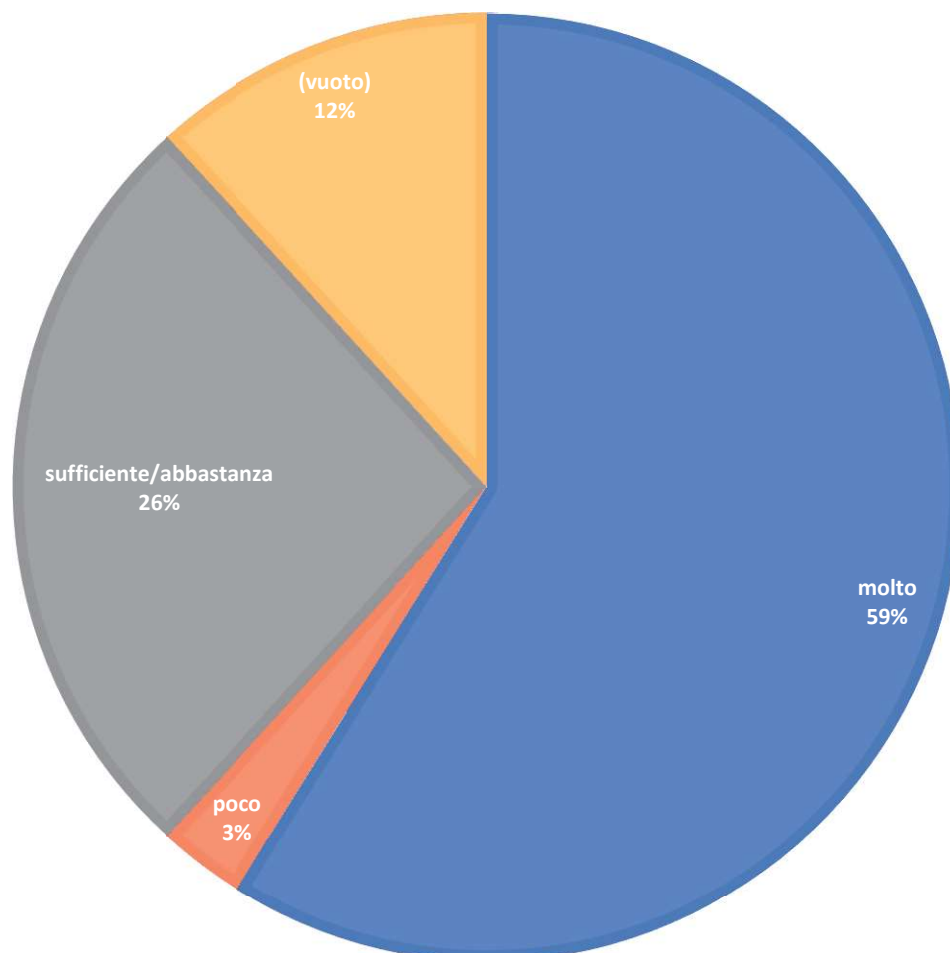
HA RICEVUTO INFORMAZIONI CHIARE E COMPLETE E UN' ADEGUATA PRESENTAZIONE DEI SERVIZI ?



**E' STATO AIUTATO NELL' INSERIMENTO NELLA
VITA DI COMUNITÀ ?**



RITIENE SODDISFACENTE IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEI BISOGNI DELL' ANZIANO?

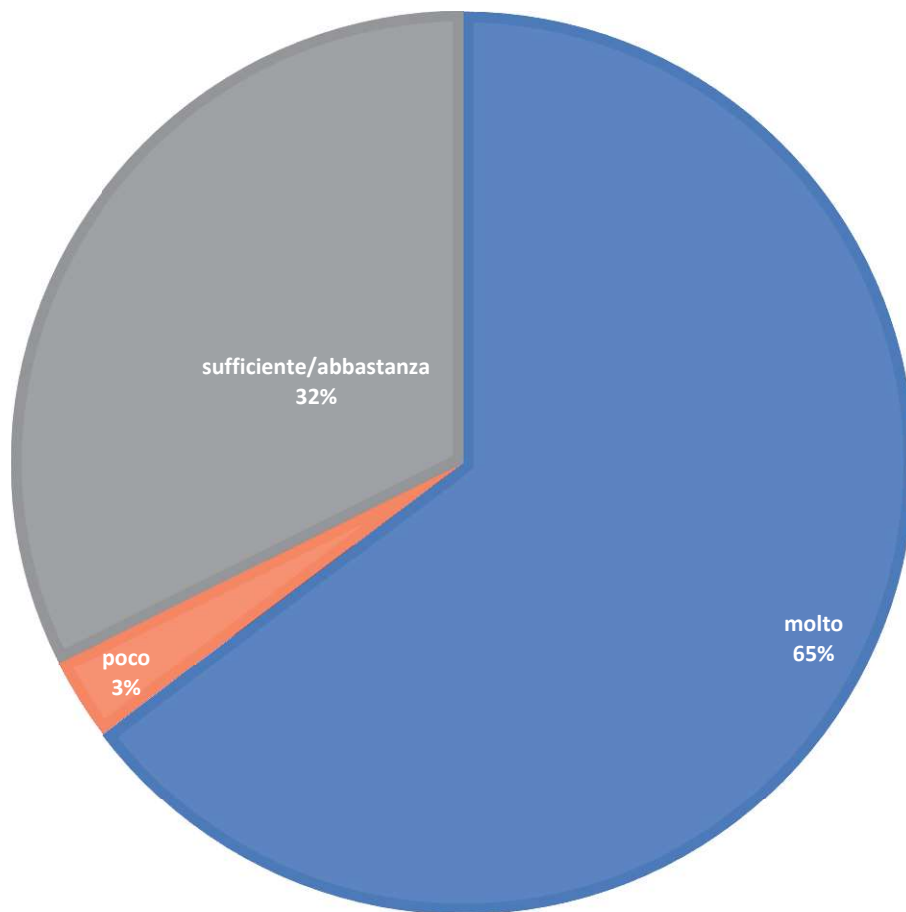


NOTE 1

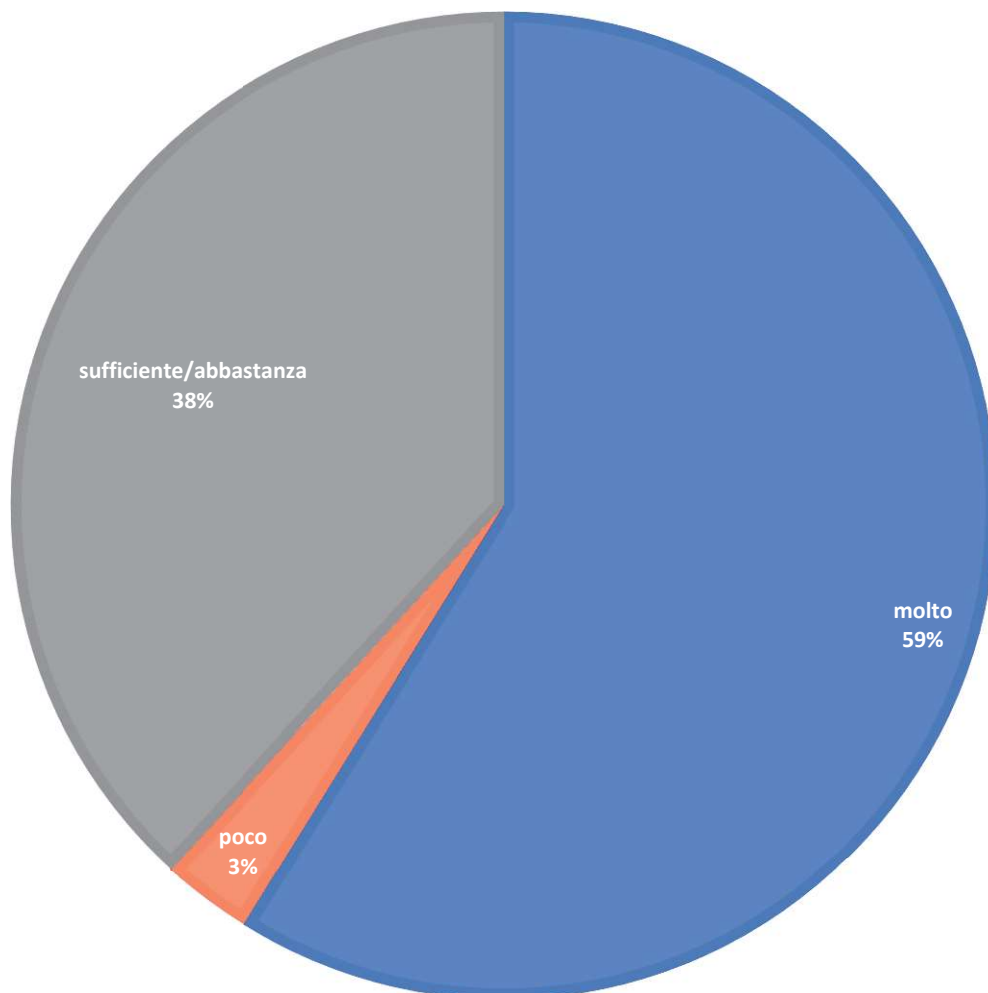
- L' UNICO LIMITE O VINCOLO E' PER GLI ANZIANI CHE SONO MOLTO "CRITICI" E CHE NON POSSONO PARTECIPARE AD INIZIATIVE COLLETTIVE E SONO "SPOSTABILI" IN MISURA RIDOTTA. A VOLTE NON SO' DOVE STARE SE LA ZIA NON VIENE ACCETTATA: SE E' IN CARROZZINA MA NON TALE DA ACCEDERE A ZONA P.T. NON MI LASCIANO STARE CON LEI NELLA SALA DA PARANZO/TV . PROBLEMINO!
- NESSUN RILIEVO, FORSE A CASA MA NON E' COSÌ OTTIMALE COME L'I'
- E' MOLTO DIFFICILE RISPONDERE ALLA 2° E 3° DOMANDA IN QUANTO NON PRESENTI

L' AMBIENTE DI VITA, SPAZI INTERNI ED ESTERNI

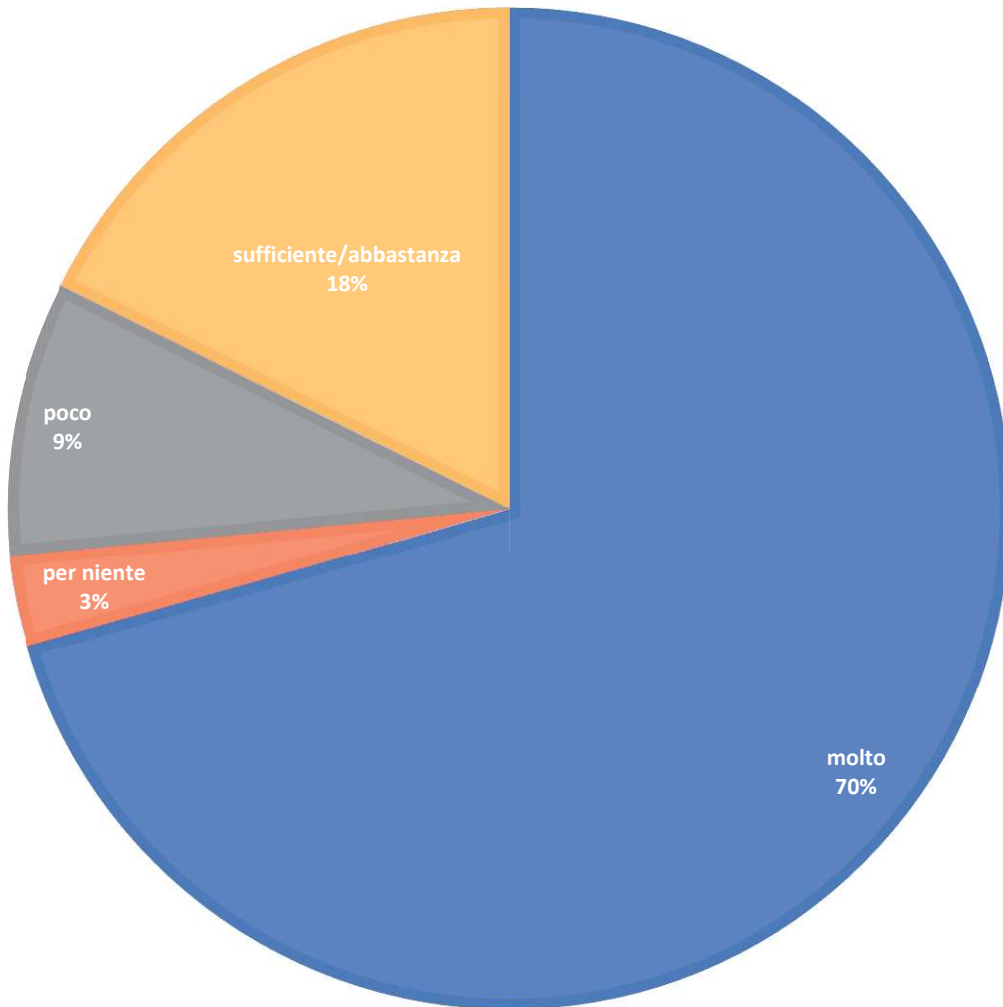
SECONDO LEI GLI SPAZI INTERNI DELLA CRA SONO "ACCOGLIENTI E FAMILIARI"?



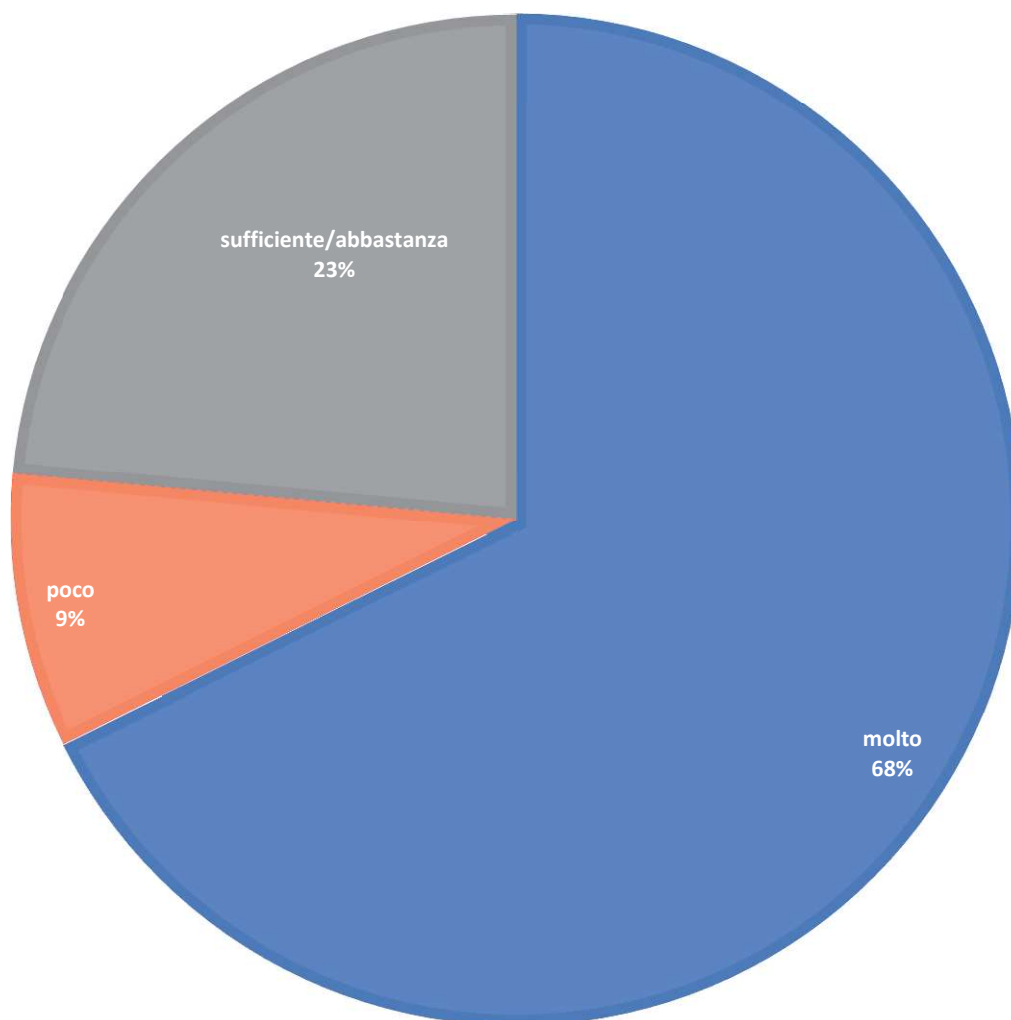
RITIENE CHE GLI AMBIENTI FREQUENTATI DAL SUO ANZIANO SIANO ADATTI ALLE SUE NECESSITÀ/BISOGNI?



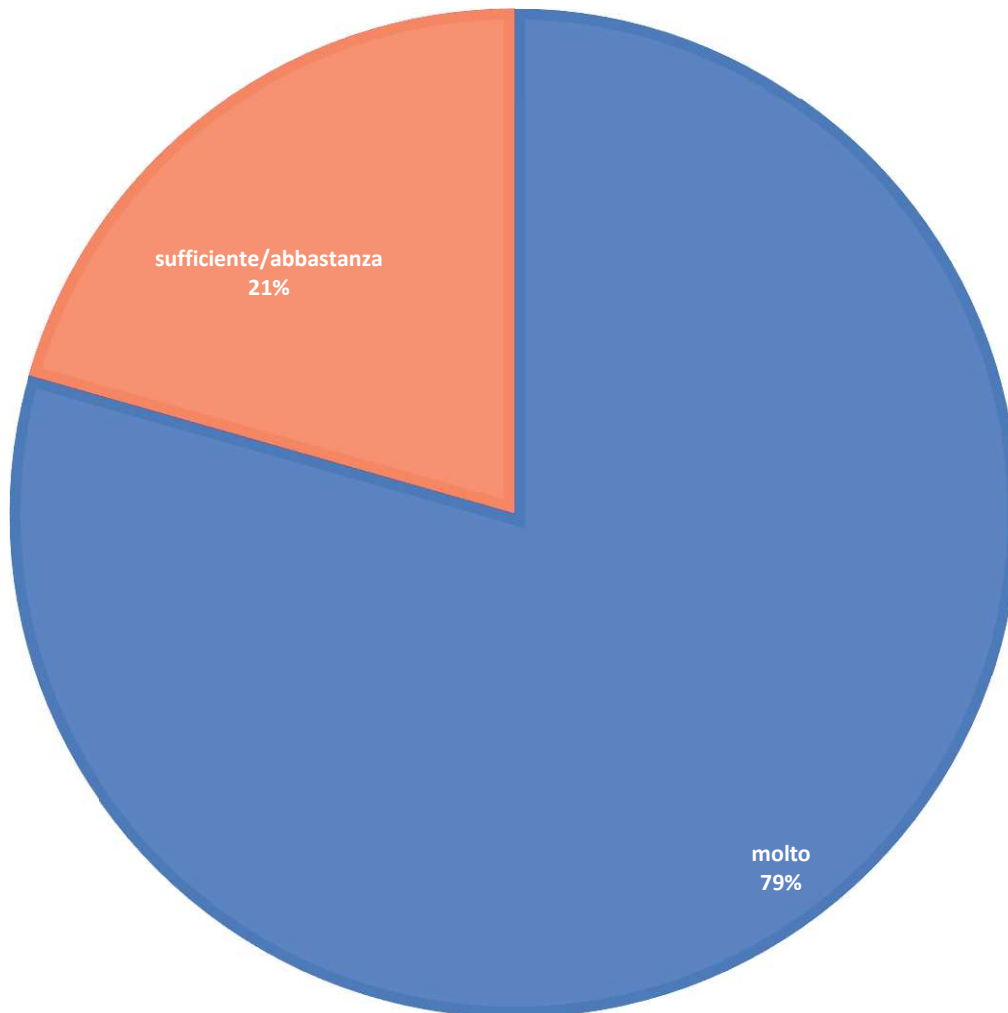
**PENSA CHE LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI INTERNI
SIA ADEGUATA?**



**RITIENE CHE IL MICROCLIMA DEGLI AMBIENTI INTERNI
SIA CONFACENTE ALLE ESIGENZE DEGLI ANZIANI OSPITI ?**



**PARLIAMO ORA DEGLI AMBIENTI ESTERNI (giardino, cortile)
È SODDISFATTO DELLO SPAZIO A DISPOSIZIONE PER GLI
OSPITI SIA IN TERMINI DI QUANTITÀ CHE DI CURA E
PULIZIA?**

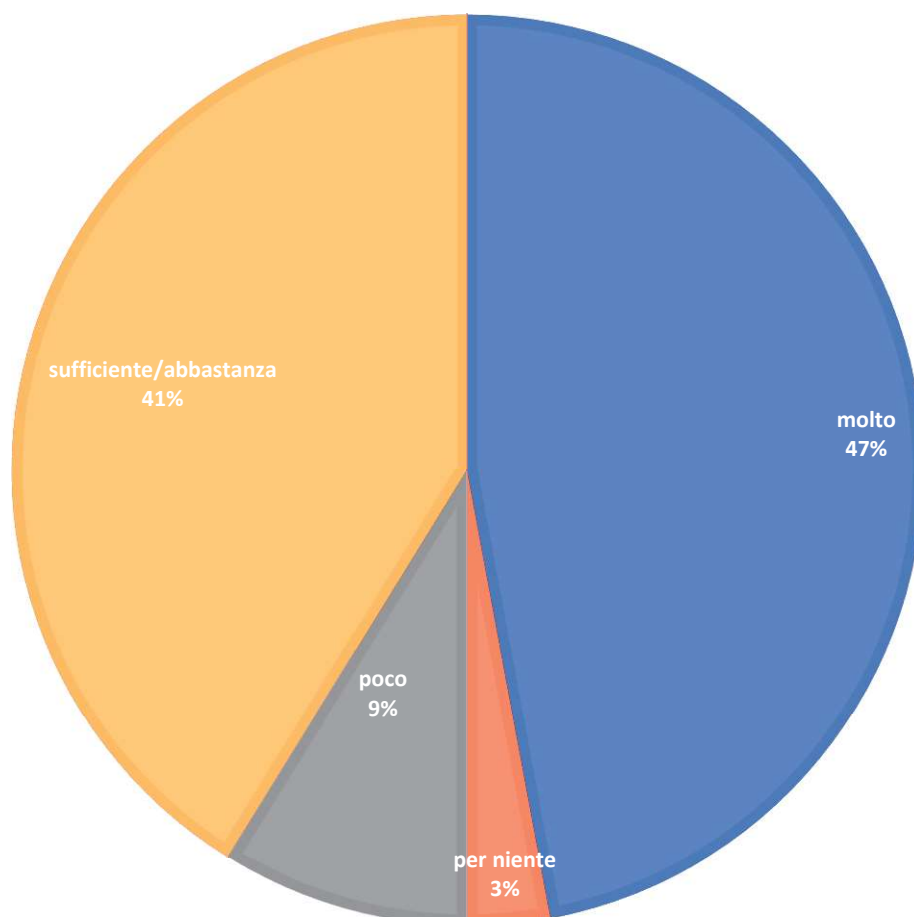


NOTE 2

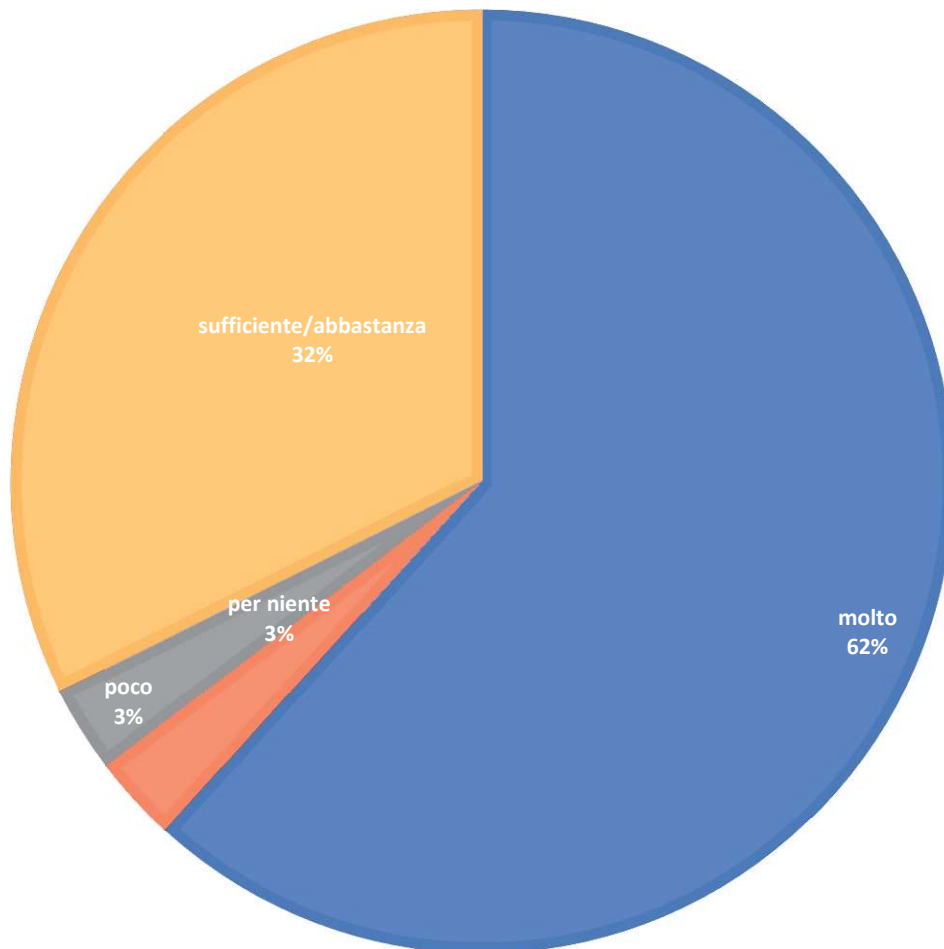
- CONCORDO PERCHE' SAPETE FARE ECCEZIONI MOTIVATE ALLA REGOLA:
TUTTO GESTITO CON CURA, CON ATTENZIONE, PULIZIA INECCEPIBILE
- ODORI SGRADREVOLI NEGLI AMBIENTI. BAGNI NEI PIANI NON PULITI E CON CATTIVI ODORI. BISOGNA SEGUIRE GLI ANZIANI NEI BAGNI E POI FARE UNA ADEGUATA PULIZIA. NON E' GIUSTO CHE SI DEVE ANNUSARE I BISOGNI DEGLI ALTRI.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA VITA COMUNITARIA

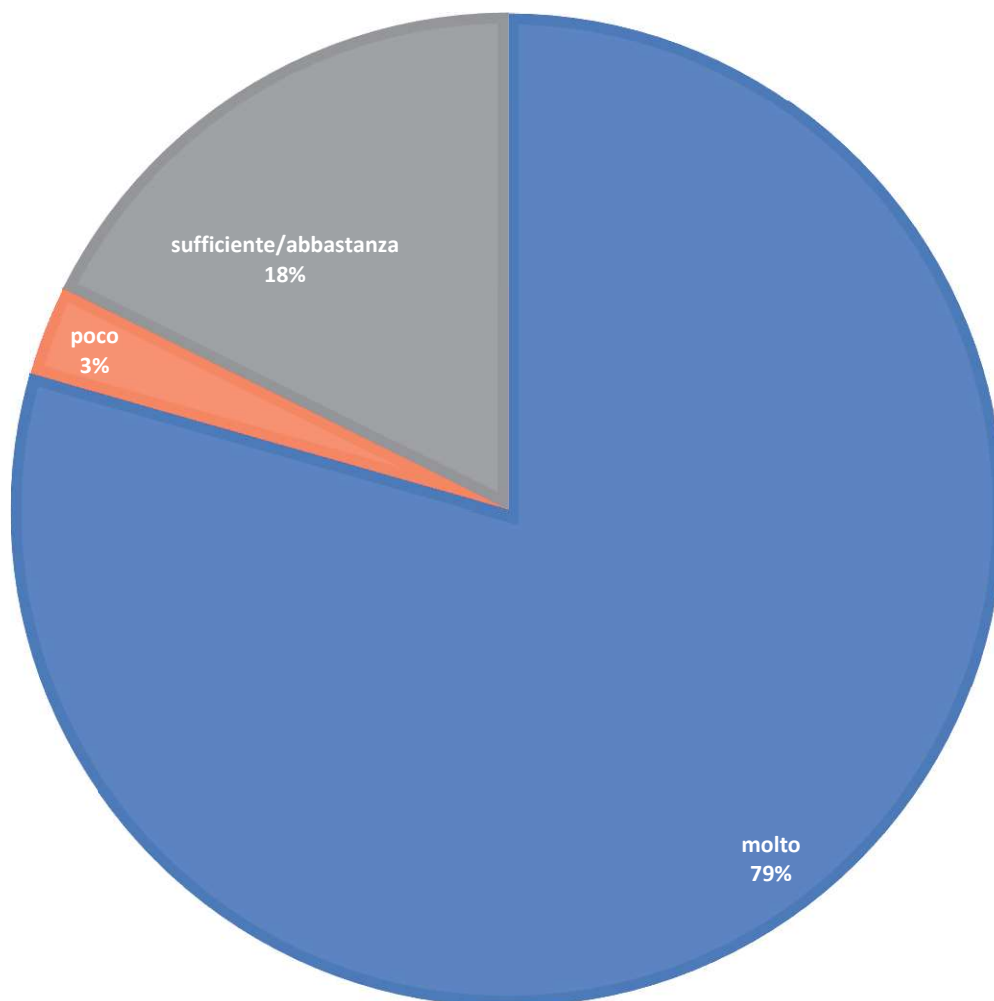
QUANTO RITIENE CHE GLI ORARI DI VITA ALL' INTERNO DELLA STRUTTURA SIANO ADATTI ALLE ESIGENZE DEL PROPRIO ANZIANO?



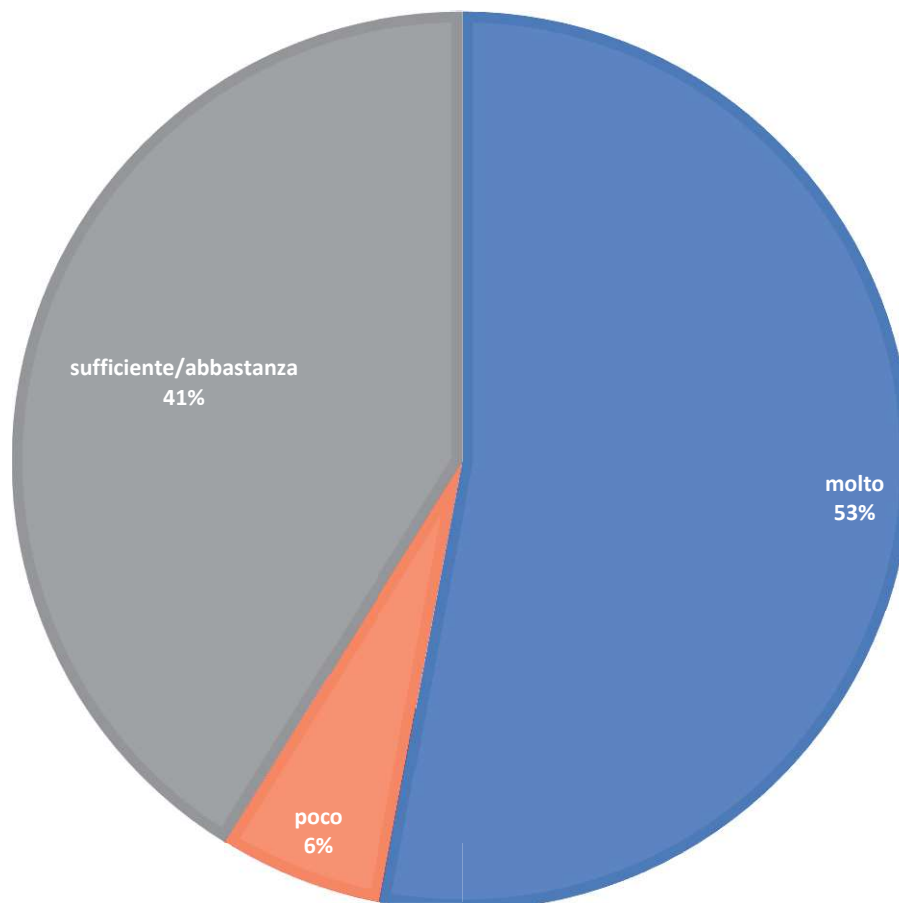
IL SERVIZIO OFFRE SUFFICIENTI POSSIBILITÀ DI FAR VISITA AGLI OSPITI TENENDO CONTO DEI NECESSARI MOMENTI DI RIPOSO E DI ASSISTENZA?



**CONCORDA CON LA DISPOSIZIONE DEL SERVIZIO CHE
ESCLUDE DALL' ORARIO DI VISITA IL MOMENTO DEL PASTO?**



TROVA CON FACILITÀ LA PERSONA REFERENTE A CUI RIVOLGERSI IN CASO ABBIAMO NECESSITÀ DI COMUNICARE NOTIZIE IMPORTANTI PER IL BENESSERE DELL' OSPITE?

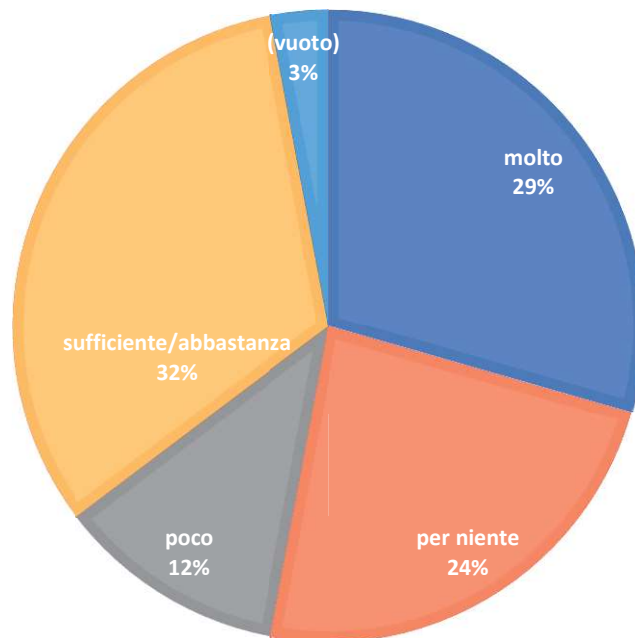


NOTE 3

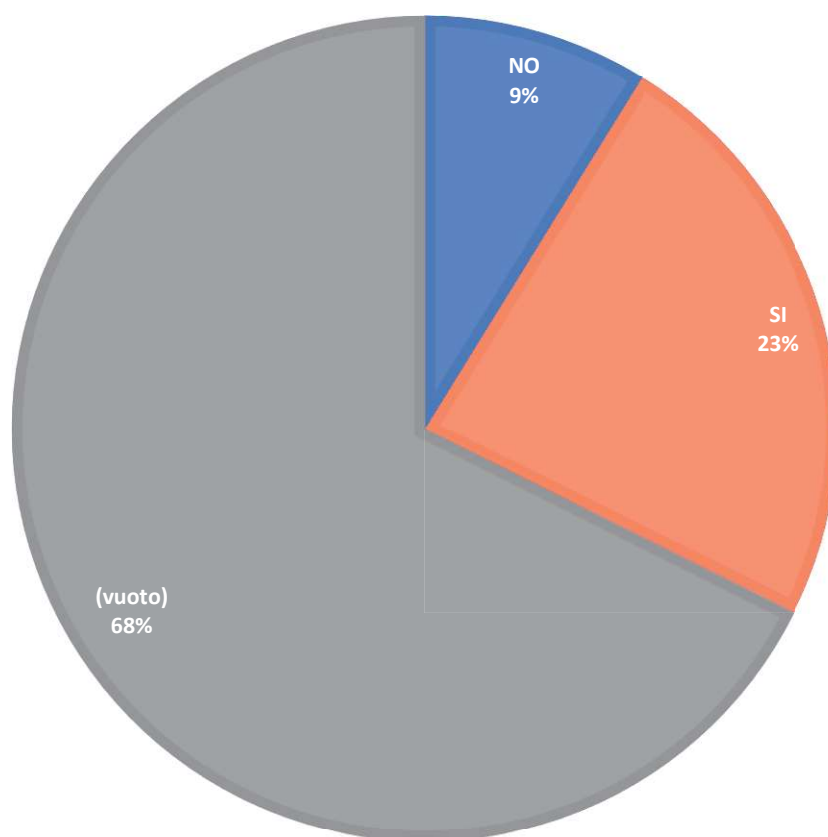
- PERFETTO! PERFETTO!
- ALLE VOLTE CAPITA CHE NON CI SIA NESSUNO. TROVO NON APPROPRIATO LASCIARE SCOPERTO (ANCHE PER POCO) IL SALONE
- GLI ORARI DI VISITA DURANTE LA SETTIMANA SONO PROBLEMATICI PER CHI LAVORA. SAREBBE INTERESSANTE AVERE QUALCHE ORA NEL TARDO POMERIGGIO
- NON SEMPRE E' REPERIBILE LA REFERENTE MA TROVIAMO COMUNQUE IL MODO DI DARE/RICEVERE INFORMAZIONI TRAMITE OPERATRICI E INFERMIERE
- BISOGNA DARE PIU' FLESSIBILITA' NEGLI ORARI DI VISITA AI PARENTI VISTO CHE TUTTI LAVORIAMO

L' ALIMENTAZIONE IN CRA

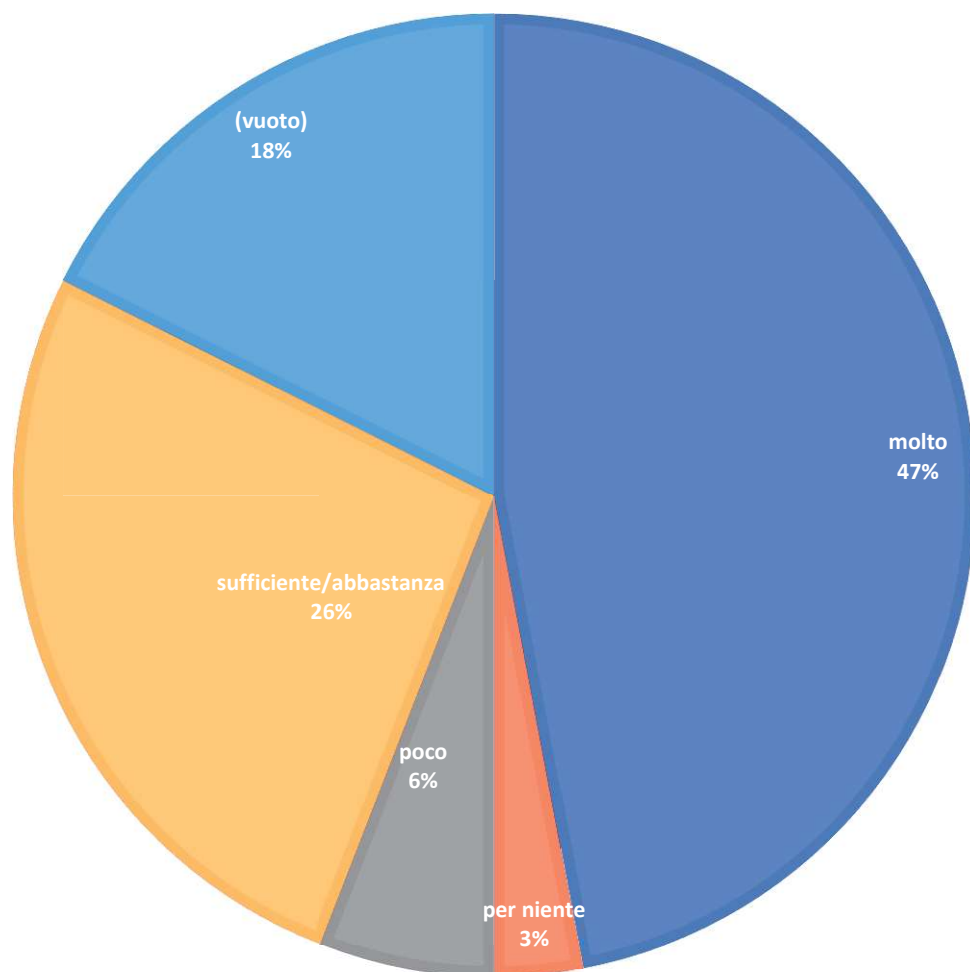
**E' A CONOSCENZA DELLA COMPOSIZIONE DEI MENÙ
STAGIONALI PROPOSTI?**



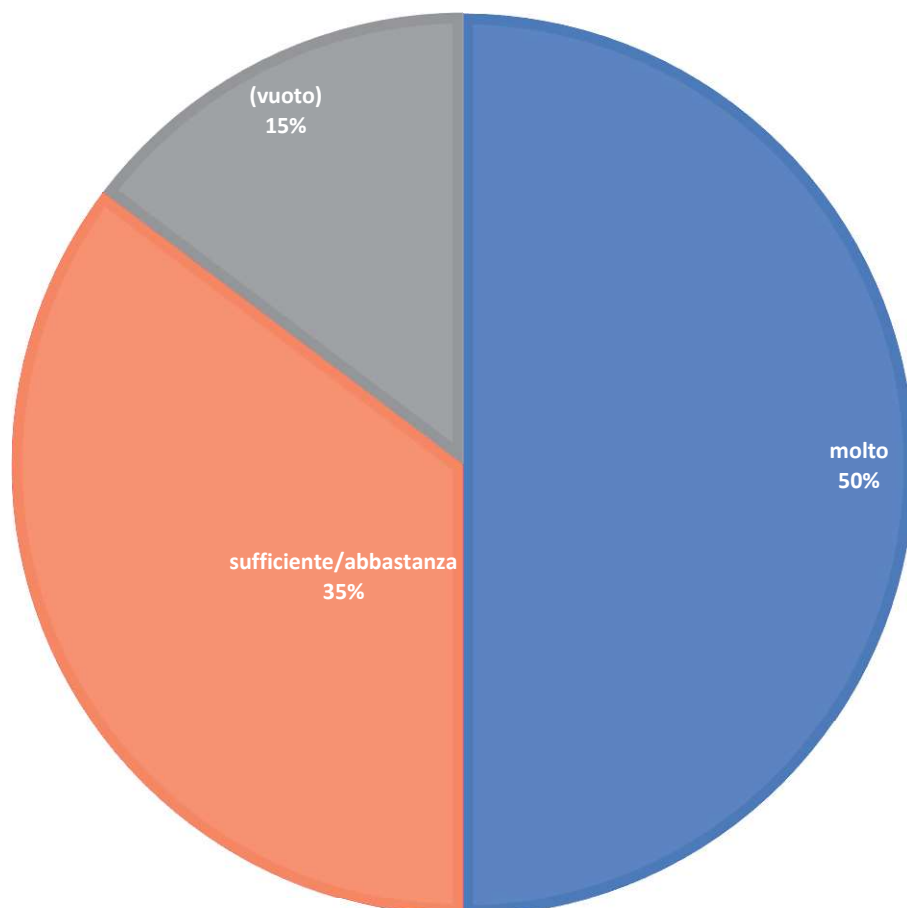
Solo x chi ha risposto "poco" o " per niente" alla precedente domanda : **LEI VORREBBE ESSERE MAGGIORMENTE A CONOSCENZA DEI MENÙ PROPOSTI E DELLE MODALITÀ DI SCELTA E PREPARAZIONE DEI PASTI?**



**QUANTO RITIENE CHE IL CIBO PROPOSTO SIA
ADATTO ALLE ESIGENZE NUTRIZIONALI DEGLI
ANZIANI?**



LE MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DEL CIBO SONO ADEGUATE ?

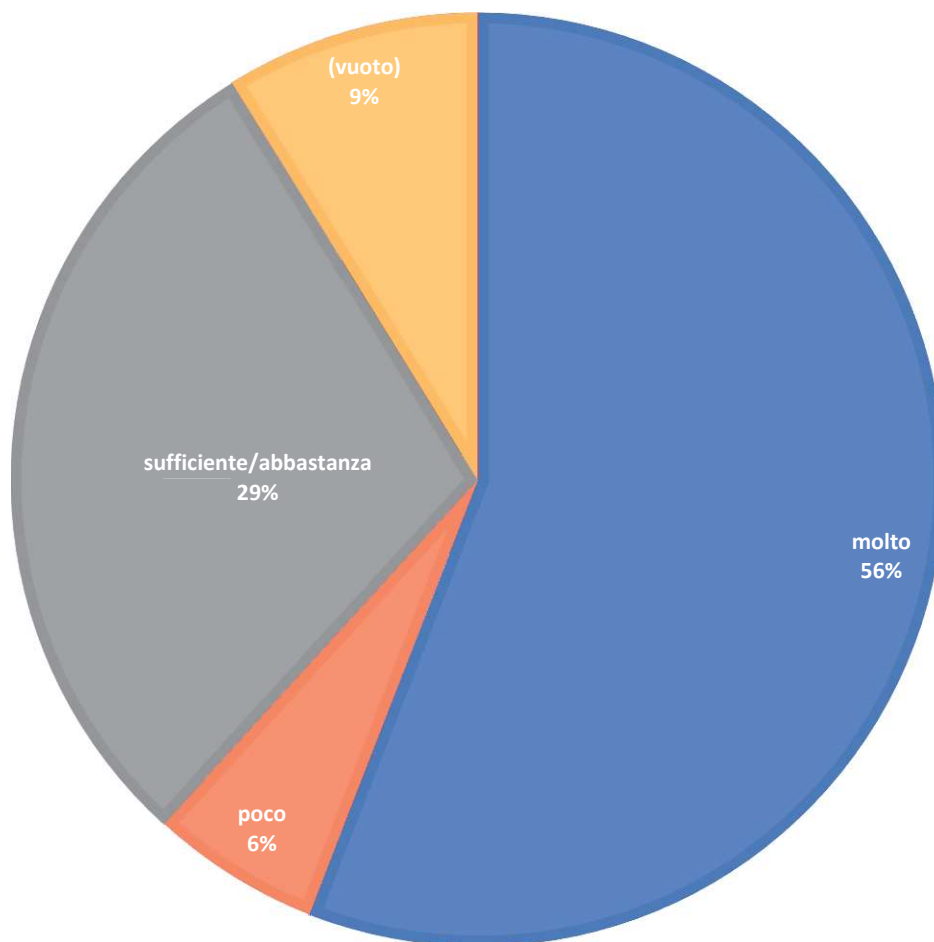


NOTE 4

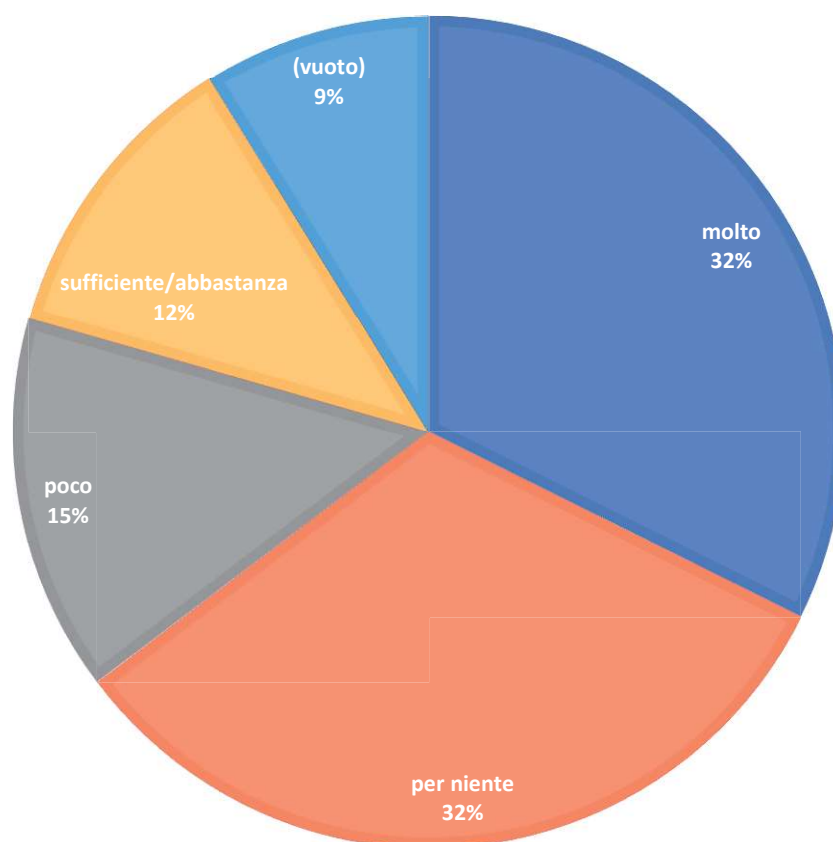
- TOTALE FIDUCIA NELLA CONDUZIONE DI QUESTO ASPETTO !
- IL CIBO SIA ADATTO OK. POTREBBE ESSERE PERO' PIU' BUONO. SONO DIVERSI CHE SI LAMENTANO ANCHE SE NON LO DIRANNO
- DEVO DIRE CHE SONO CONTENTA: STA CALANDO ALLELUIA!
- SI MANGIA TROPPO PRESTO SOPRATTUTTO D' ESTATE
- MI FIDO DEI MENU' PROPOSTI

PIANI ASSISTENZIALI INDIVIDUALI (PAI)

PER OGNI OSPITE VIENE PREDISPOSTO UN PAI: LO RITIENE ADEGUATO AL SUO ANZIANO?



**E' A CONOSCENZA CHE PUÒ ESSERE PREDISPOSTO DALL'
ÈQUIPE MULTIPROFESSIONALE UN PIANO DI CURE
PERSONALIZZATO PER UN ACCOMPAGNAMENTO DIGNITOSO
ALLA MORTE (CURE PALLIATIVE)?**

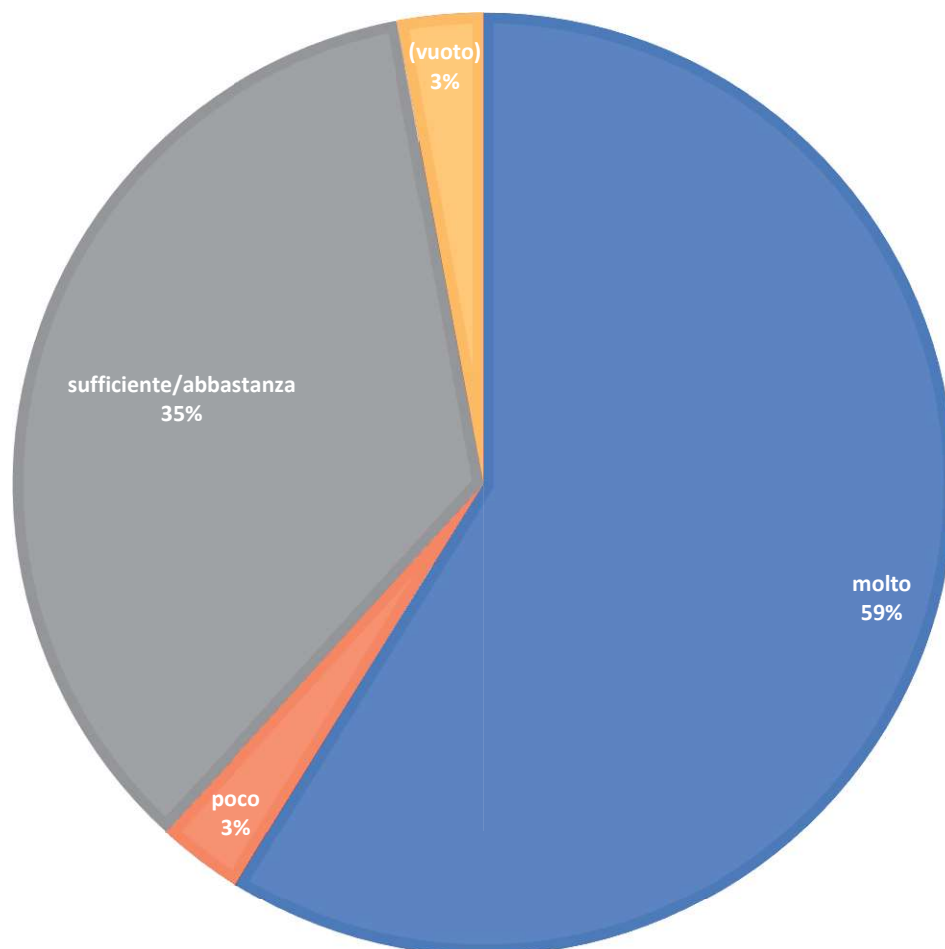


NOTE 5

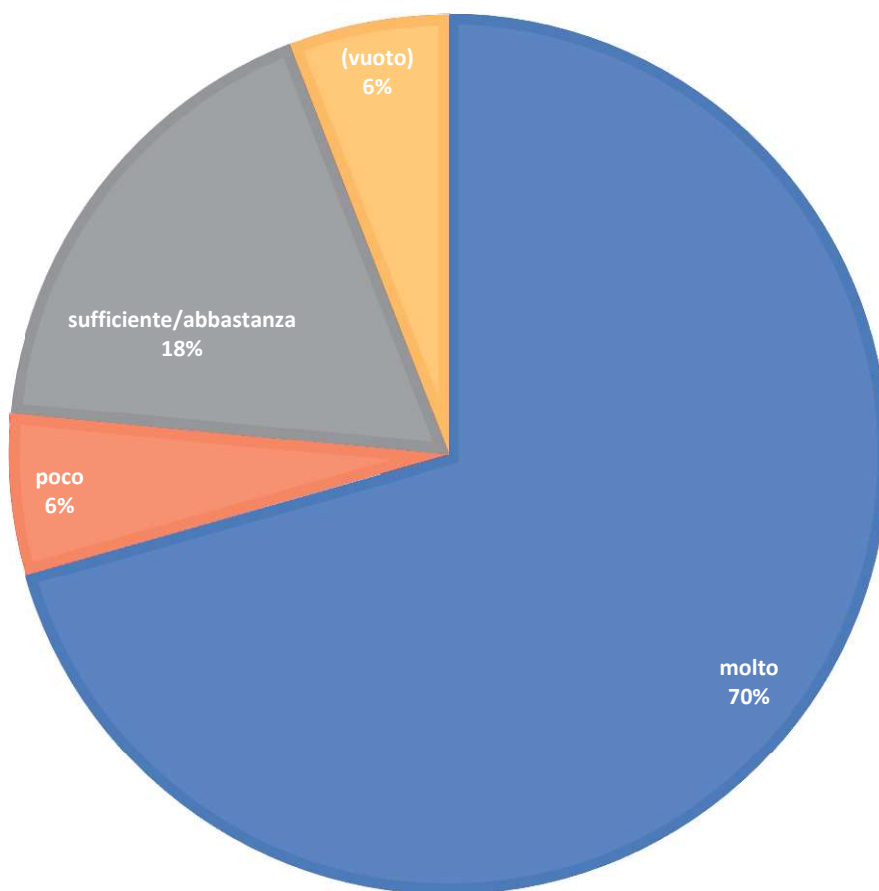
- UTILIZZIAMO L'OPZIONE CURE PALLIATIVE E MONITORIAMO IL PAI CON GRANDE COLLABORAZIONE. SIETE MIGLIORATI: HO NOTATO NEL CORSO DELL' ANNO LA CAPACITA' DI MAGGIOR APERTURA ALLA MENTALITA' E PRATICA DELLA PALLIAZIONE PER IL BENESSERE! FONDAMENTALE.
- QUA, DI NUOVO, SI EVIDENZIA LA VOSTRA SENSIBILITA', UMANITA'....PERCETTIBILI SEMPRE !!
- PER IL PAI NON SONO ANCORA STATA INFORMATA

QUALITÀ DELL' ASSISTENZA DI BASE

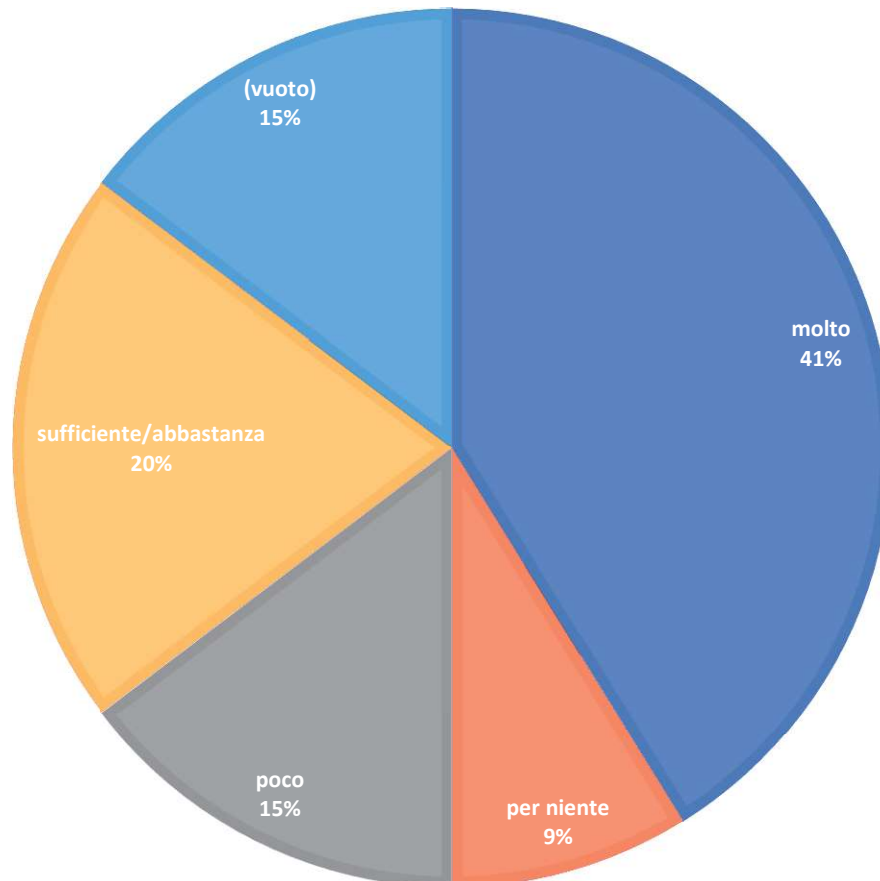
E' SODDISFATTO DEL LAVORO DI CURA SVOLTO DAGLI OPERATORI- OSS?



**IL SERVIZIO HA INTRODOTTO LA FIGURA DELL' OSS CARE.
RITIENE SIA UNA FIGURA UTILE?**



**SECONDO LEI L' ATTIVITÀ FISICA/MOVIMENTO OFFERTI IN
CRA SONO ADATTI/SUFFICIENTI PER IL SUO ANZIANO?**

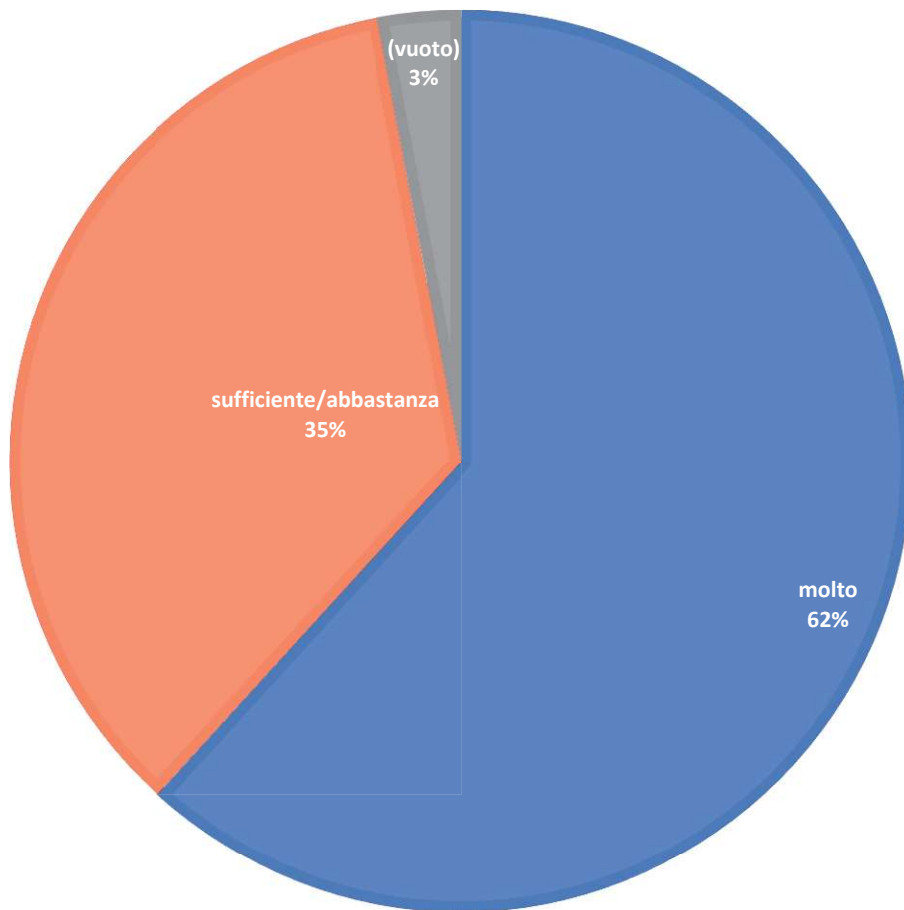


NOTE 6

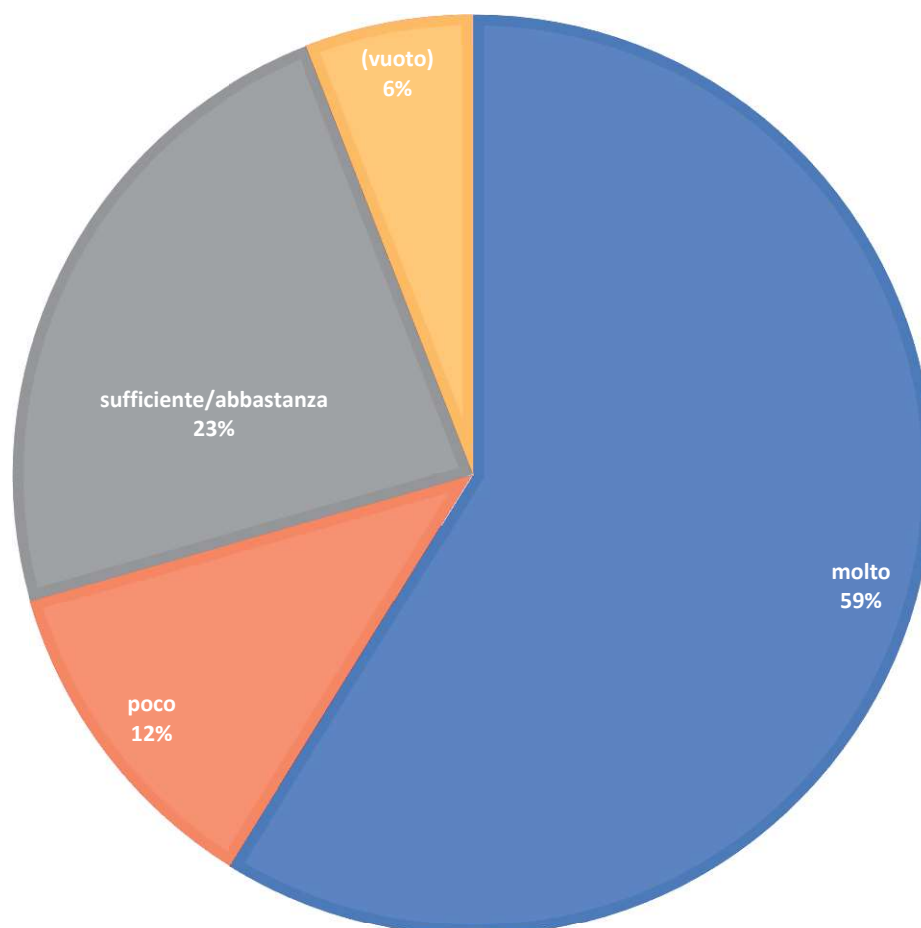
- SI PUO' CONOSCERE CHI E' LA OSS CARE ASSEGNATA ALL' OSPITE ?
- NESSUN RILIEVO NEGATIVO DA SOTTOLINEARE ! SOTTOLINEO:DEDIZIONE, SACRIFICIO, PROFESSIONALITA' E AMOREVOLEZZA !
- OLTRE ALL' ATTIVITA' DI PET THERAPY E VIDEO, CI PIACEREBBE VEDERLA COINVOLTA MAGARI NELLA GINNASTICA DI GRUPPO
- SE FOSSE POSSIBILE AGGIUNGEREI PIU' MOVIMENTO SEGUIDO DA TECNICI
- LE MANI VANNO LAVATE AGLI ANZIANI SEMPRE
- NON SO' RISPONDERE ALLE DUE DOMANDE

QUALITÀ DELL' ASSISTENZA SANITARIA

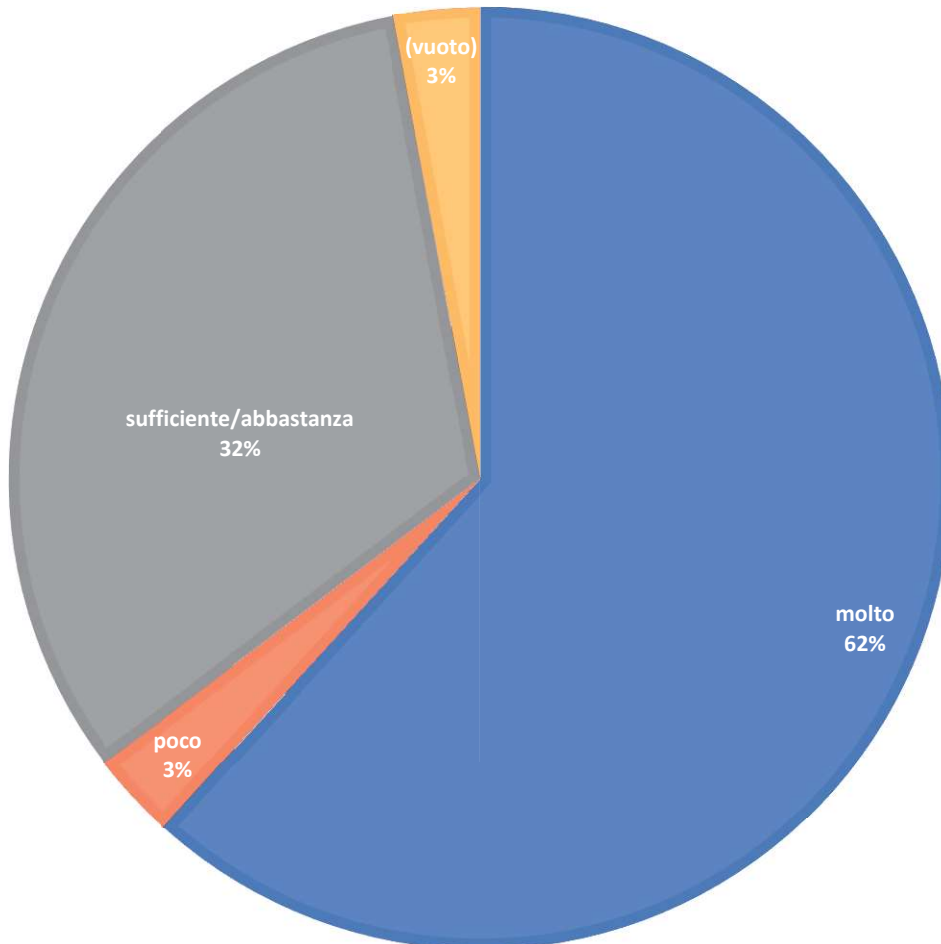
E' SODDISFATTO DEL LAVORO DI CURA DELLA SALUTE EROGATO DAL MEDICO E DAGLI INFERMIERI DELLA CRA?



**SECONDO LEI LE INFORMAZIONI CHE RICEVE SULLA
SALUTE DEL SUO ANZIANO SONO COMPLETE E
TEMPESTIVE?**



RITIENE CHE IL SUO ANZIANO POSSA RICEVERE TUTTE LE CURE SANITARIE DI CUI NECESSITA PRESSO QUESTO SERVIZIO (TENUTO CONTO DEGLI ORARI DI PRESENZA DEGLI INFERMIERI E DEL MEDICO)?

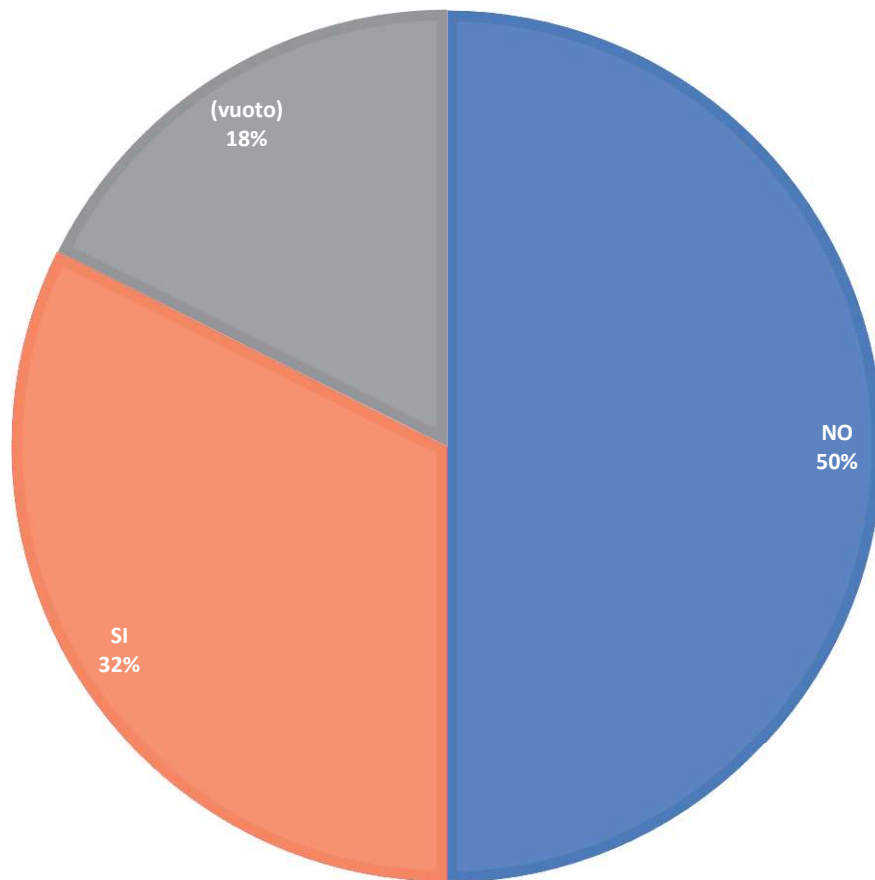


NOTE 6

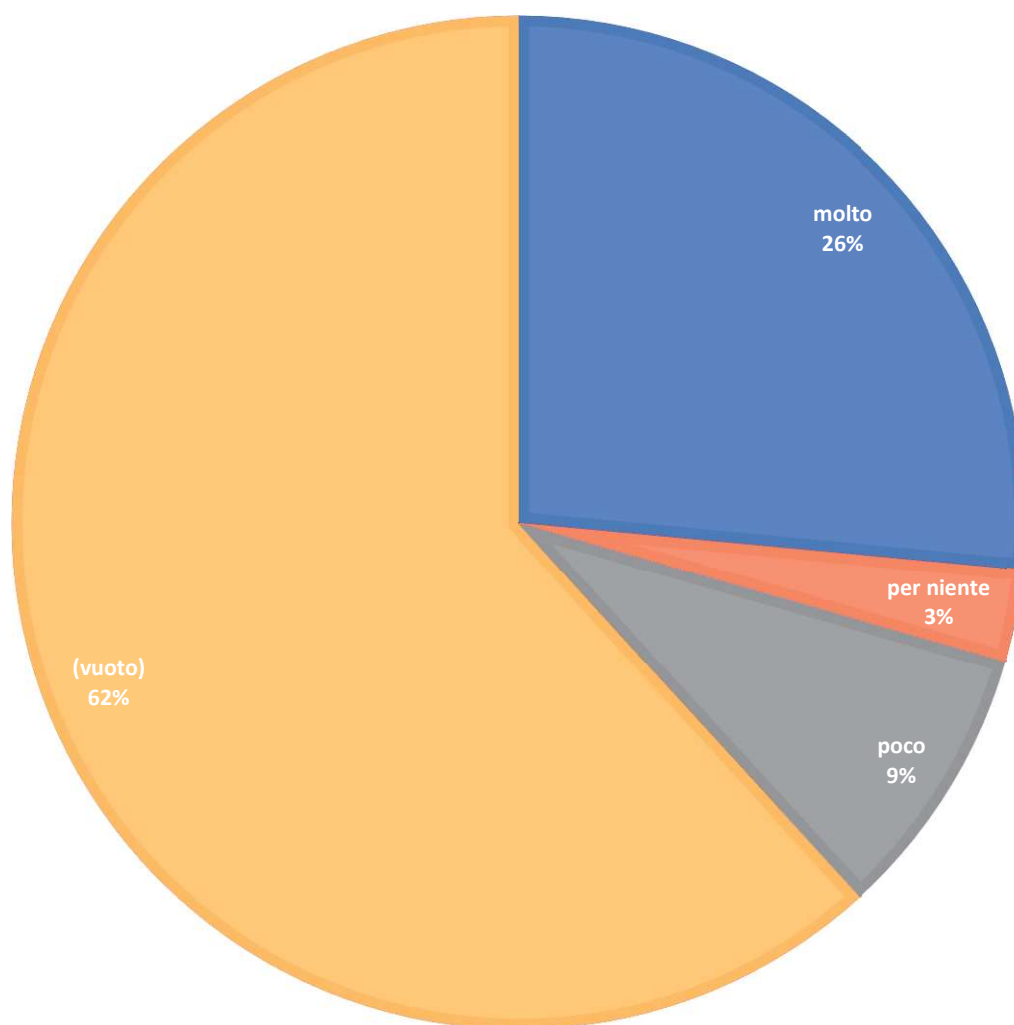
- NULLA DA ECCEPIRE O SU CUI DUBITARE! AFFABILITA', GENTILEZZA, DELICATEZZA
- ASSISTENZA SANITARIA E' MOLTO EFFICIENTE
- SE CI FOSSE LA PRESENZA DI INFERMIERE NEGLI ORARI SERALI E NOTTURNI FORSE SAREBBERO EVITATI TRASFERIMENTI AL PRONTO SOCCORSO PER PROBLEMI MAGARI RISOLVIBILI IN STRUTTURA
- MAI RICEVUTE INFORMAZIONI!

ASSISTENZA RIABILITATIVA

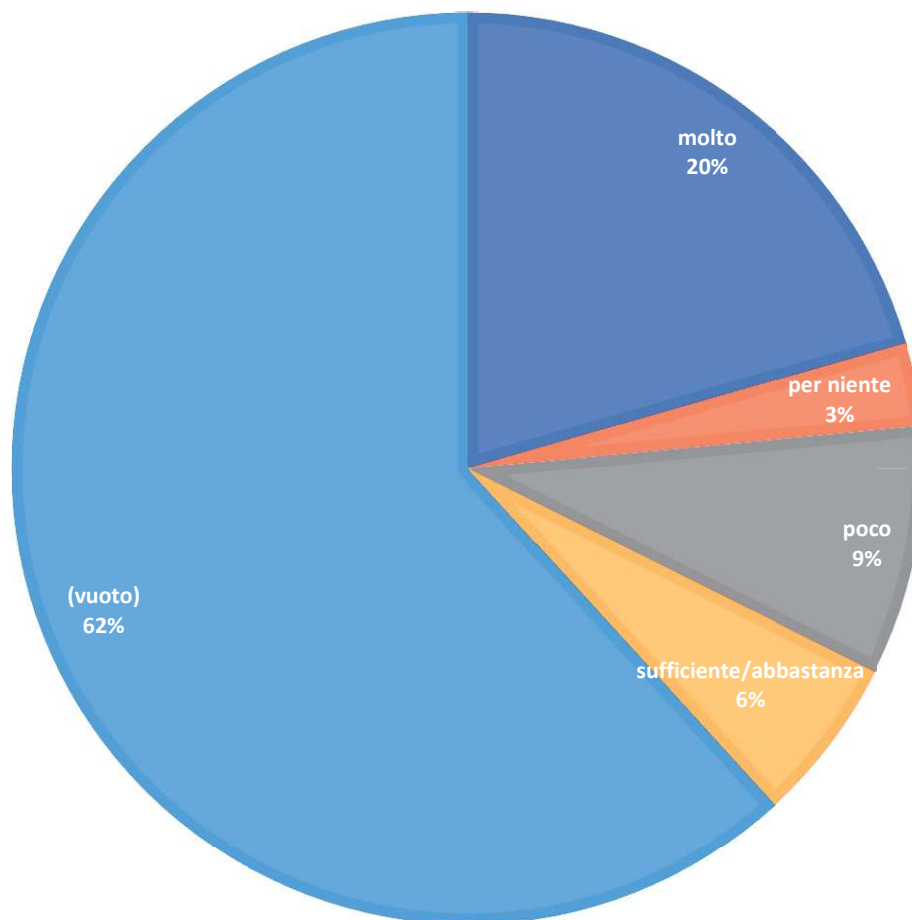
E' STATO SOTTOPOSTO AD UN PROGRAMMA
DI RIABILITAZIONE INDIVIDUALE ?



per chi ha risposto SI : RITIENE CHE IL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE SIA DI BUON LIVELLO?



**per chi ha risposto SI : RITIENE ADEGUATO IL TEMPO A
DISPOSIZIONE DEL SUO FAMILIARE PER QUESTA ATTIVITÀ?**

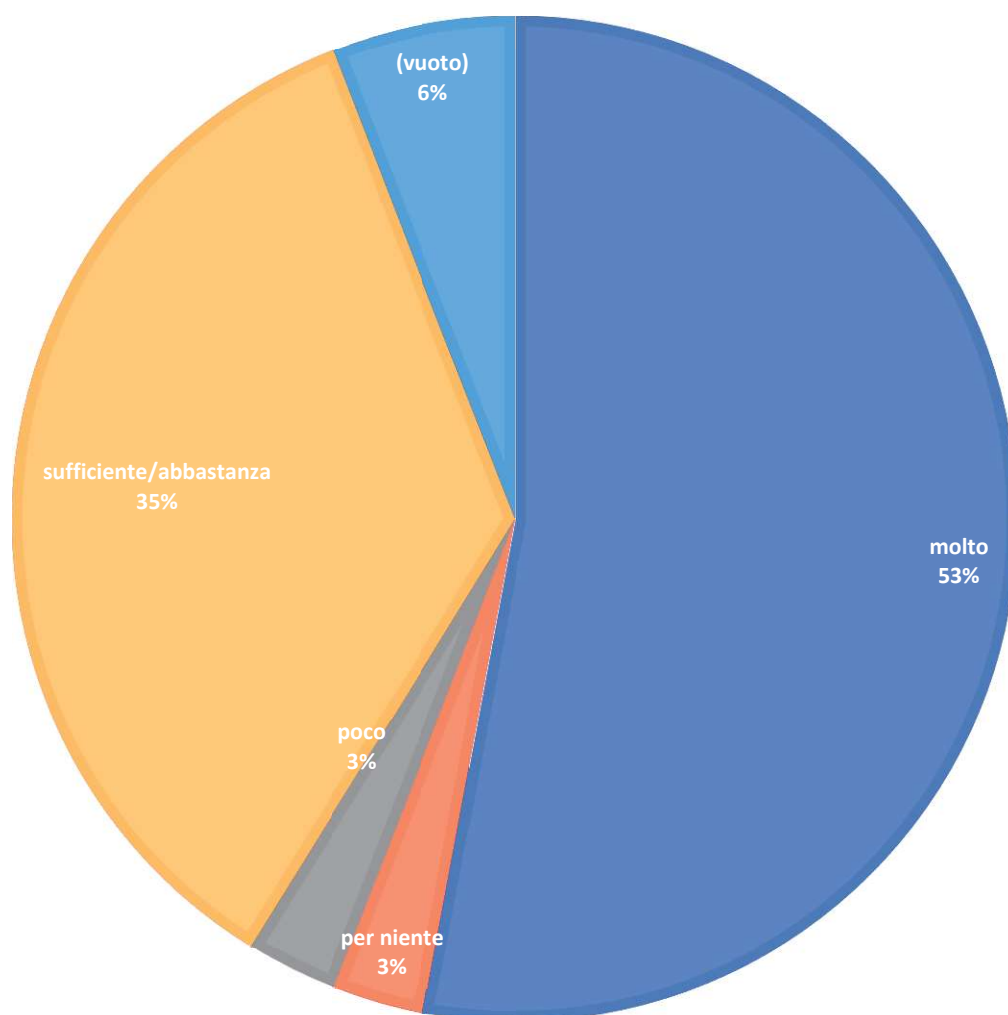


NOTE 7

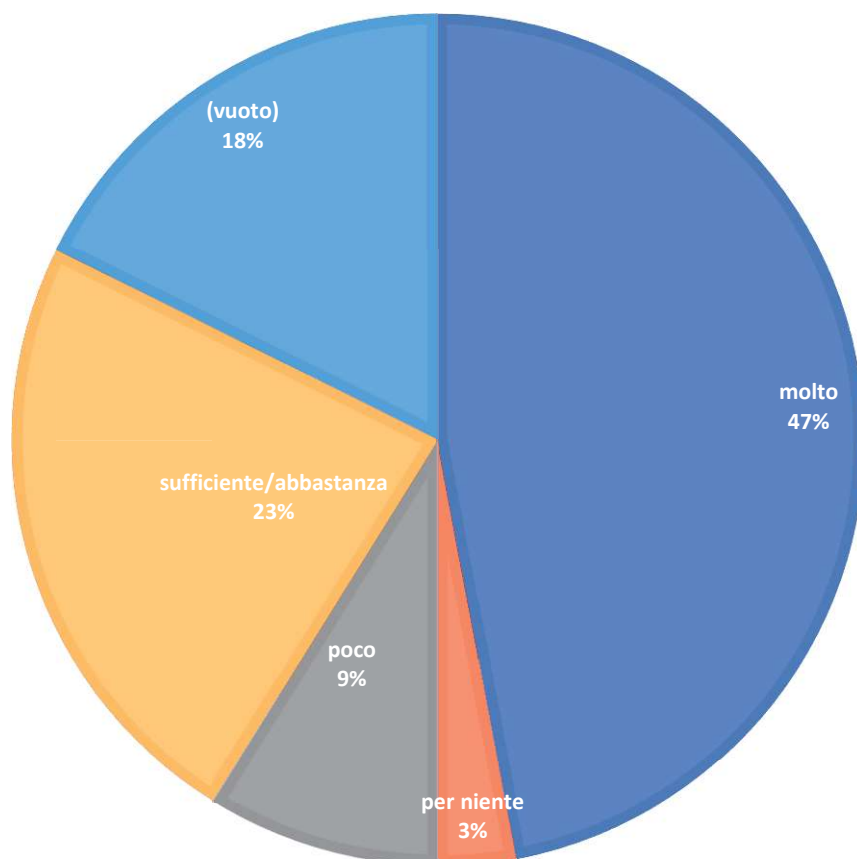
- PER ENTRAMBE QUESTE DOMANDE NON ESSENDO IO ESPERTO NON POSSO CHE BASARMI SULL' EVIDENZA CHE RISCONTRO IN OGNI ADDETTO
- FISIOTERAPIA POCO ADEGUATA SENZA RISULTATI
- NON SONO NECESSARIE PER IL MOMENTO

ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE

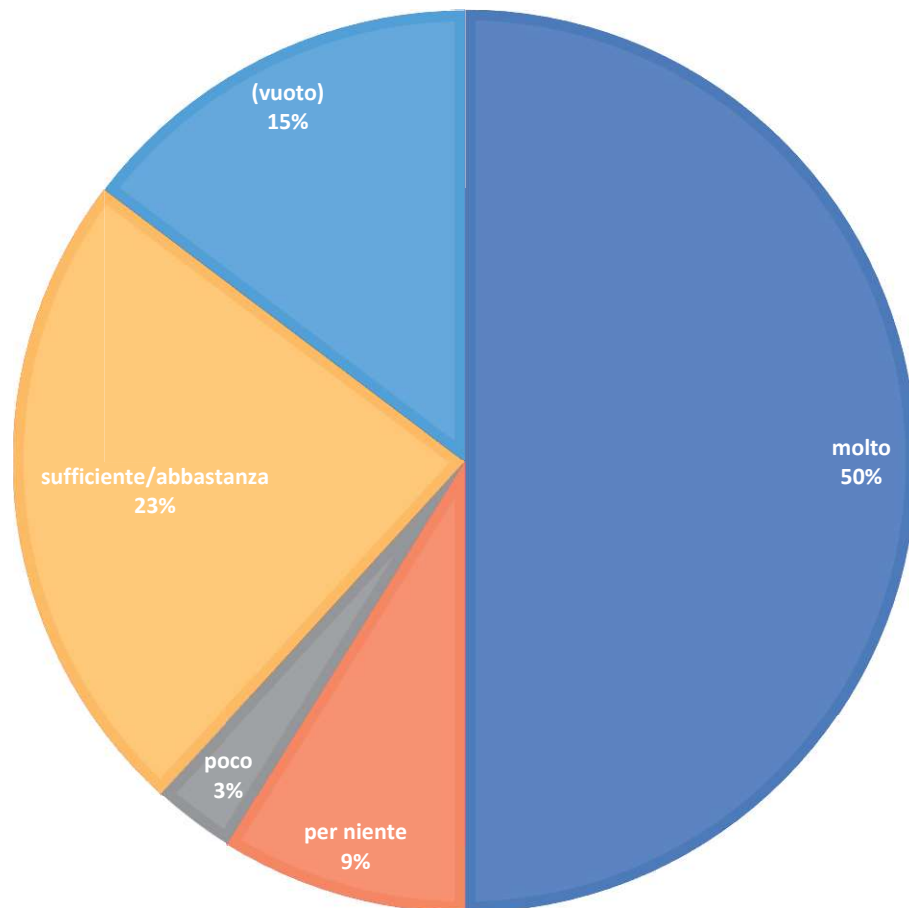
E' A CONOSCENZA DELLE ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE,
SOCIALIZZAZIONE E STIMOLAZIONE COGNITIVA
OFFERTE DAL SERVIZIO ?



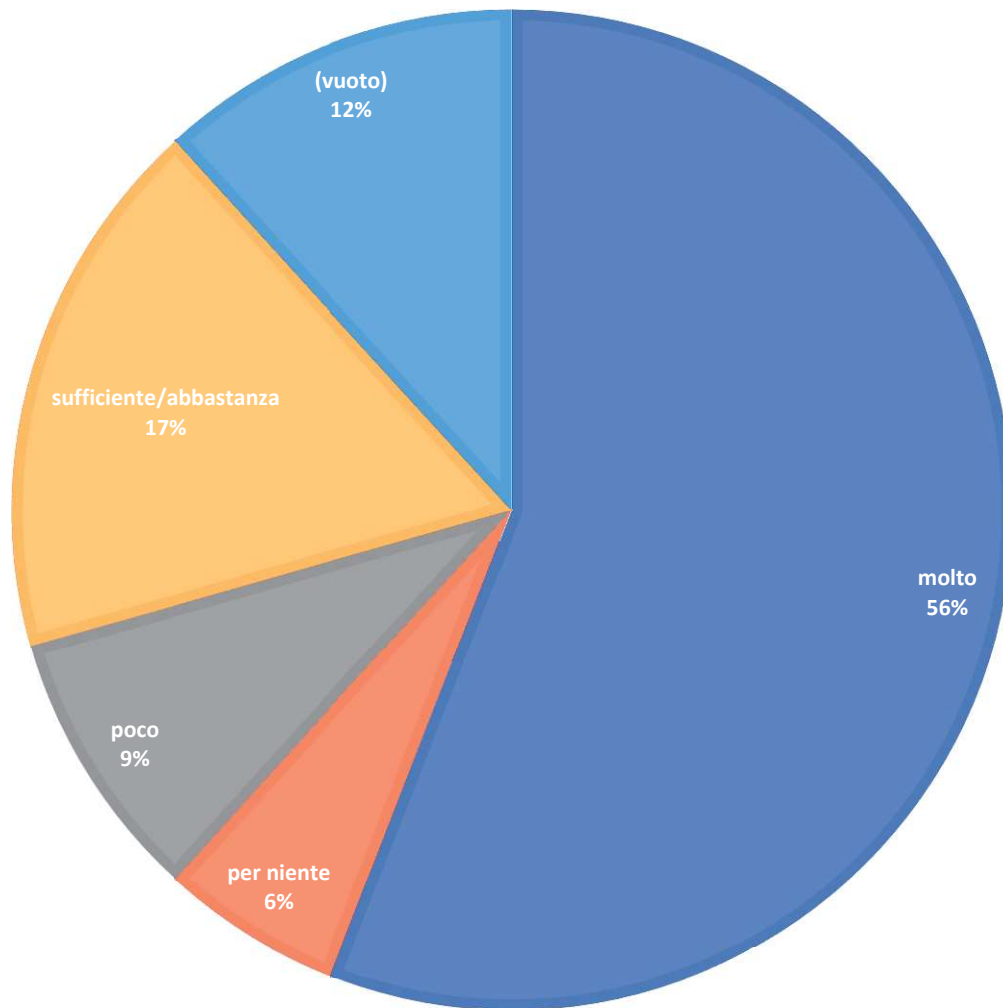
**per chi ha risposto SI : RITIENE CHE LE SUDDETTE
ATTIVITÀ SIANO CONFACENTI AI BISOGNI O
CAPACITÀ DEL SUO FAMILIARE?**



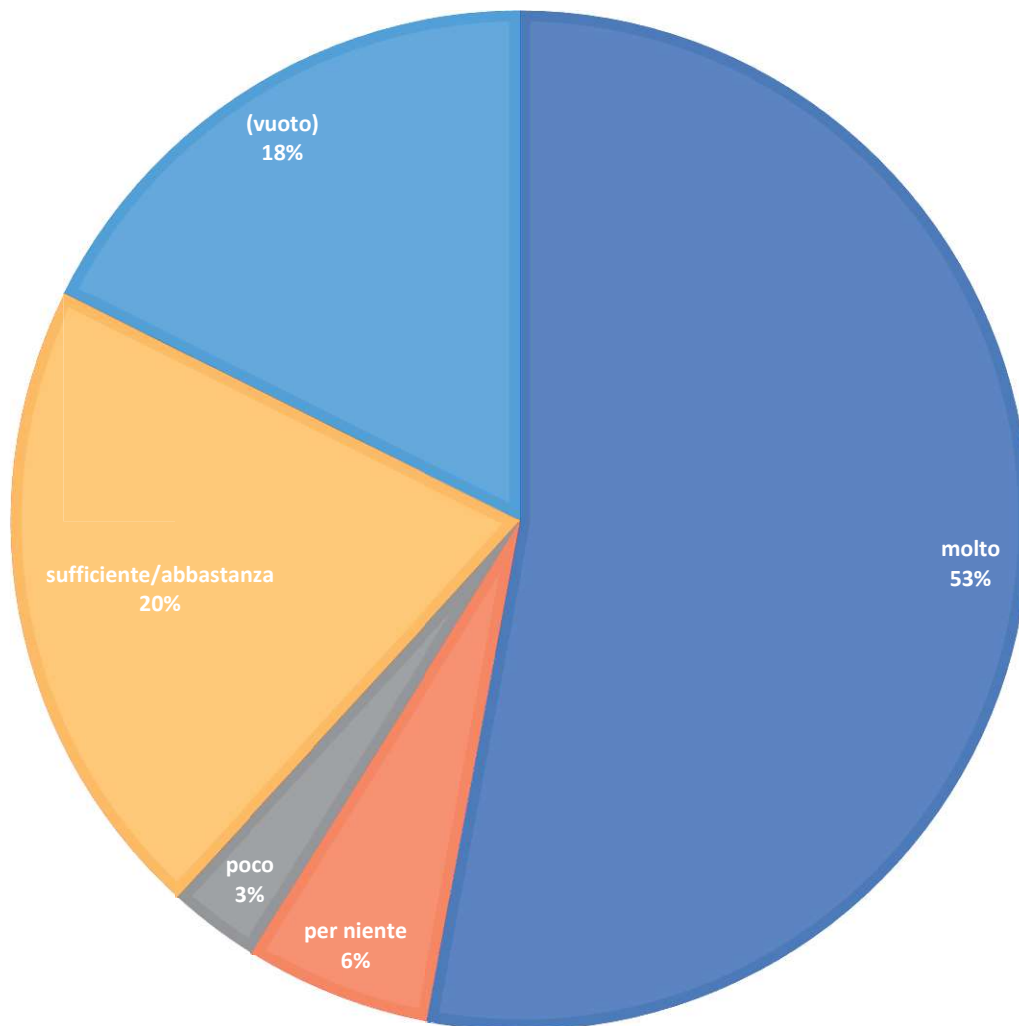
**SECONDO LEI QUANTO IL SERVIZIO DI ANIMAZIONE È
GRADITO DAL SUO FAMILIARE?**



**NEL SERVIZIO È STATA INTRODOTTA LA FIGURA DEL T.O.
CHE PROPONE PROGETTI INDIVIDUALI. RITIENE POSSA
ESSERE UTILE AL SUO FAMILIARE?**



SECONDO LEI, GLI STIMOLI FISICI E MENTALI OFFERTI DALLA STRUTTURA SONO ADATTI AL SUO ANZIANO ?

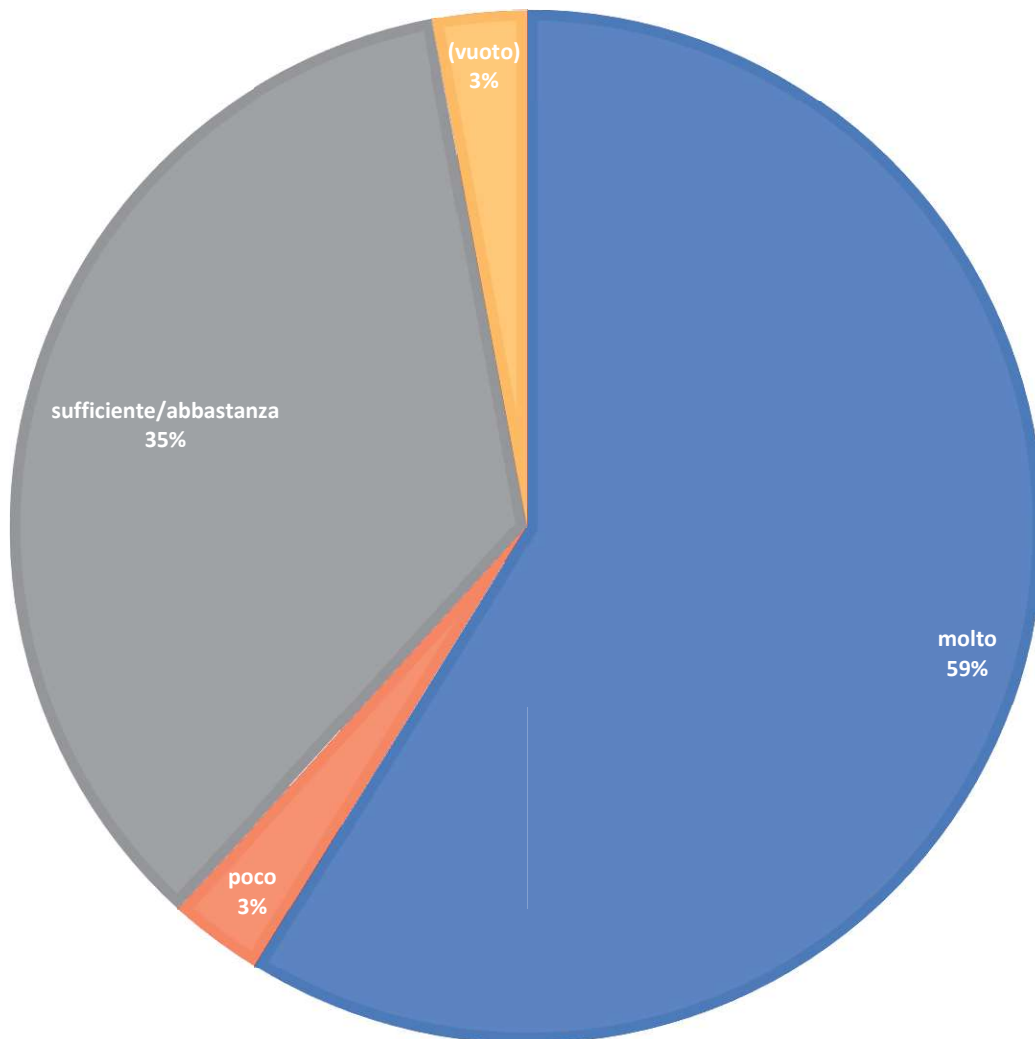


NOTE 8

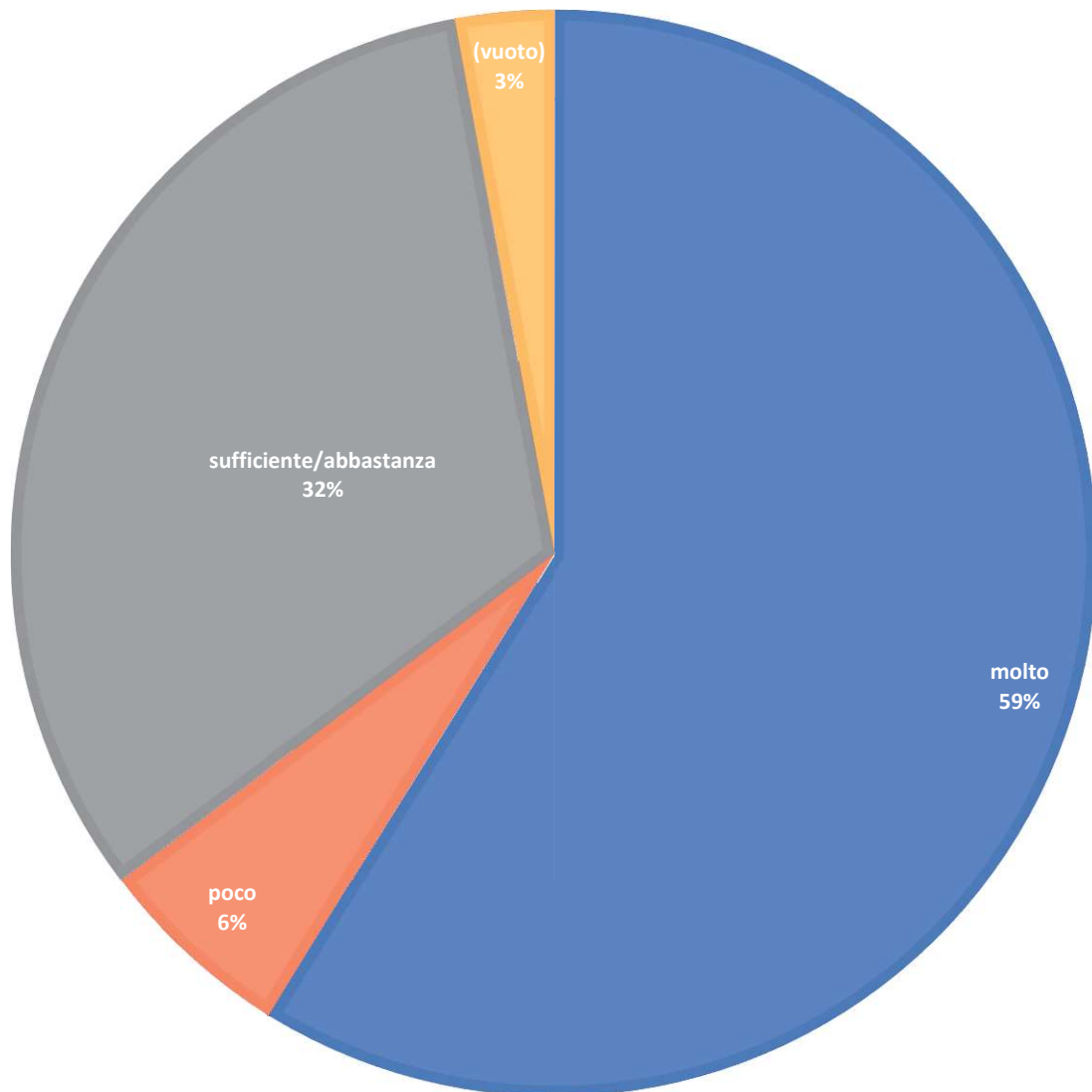
- LA SITUAZIONE DI ZIA E' TALE CHE FINO A CHE E' STATO POSSIBILE, CON MOLTI PALETTI, ABBIAMO PARTECIPATO. OSSERVATA GRANDE COMPETENZA, ENTUSIASMO, OTTIME IDEE DI ANIMAZIONE
- SEMBRA CHE LE MIE RISPOSTE SIANO QUI NON TUTTE POSITIVE! CIO' E' SOLTANTO DOVUTO AL FATTO CHE MIA MAMMA NON PUO' APPREZZARE COSCIENTEMENTE I VOSTRI SACRIFICI
- PER MIA MAMMA LE ATTIVITA' DI ANIMAZIONE, VISTA LA SUA SITUAZIONE, NON SONO DI SUO INTERESSE. E' UNA COSA SUA PERSONALE. IO HO POTUTO CONSTATARE CHE CI SONO PROPOSTE MOLTO BELLE, MA LEI PURTROPPO NON RIESCE A PARTECIPARE
- PET THERAPY OK
- SAREBBE GRADITA UNA MAGGIORE ATTIVITA' DI ANIMAZIONE E CON IL TERAPISTA OCCUPAZIONALE

RELAZIONE CON IL PERSONALE DELLA CRA

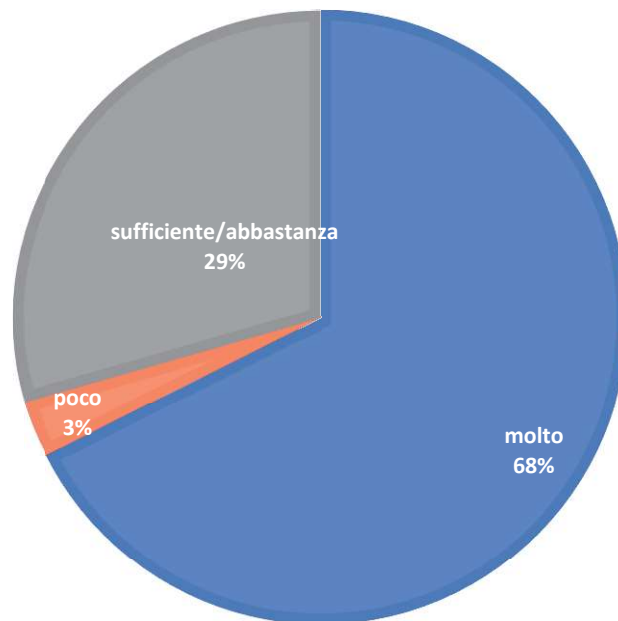
QUANTO RITIENE SIA DISPONIBILE E GENTILE IL PERSONALE NEI CONFRONTI DELL' ANZIANO E DEI FAMILIARI?



**IN GENERALE, QUANTO È SODDISFATTO DELLA
DISPONIBILITÀ ALL' ASCOLTO DEI BISOGNI DEGLI OSPITI DA
PARTE DEL PERSONALE IN SERVIZIO?**



QUANTO È SODDISFATTO DELLA RELAZIONE TRA LEI E IL PERSONALE CHE LAVORA NELLA CRA?

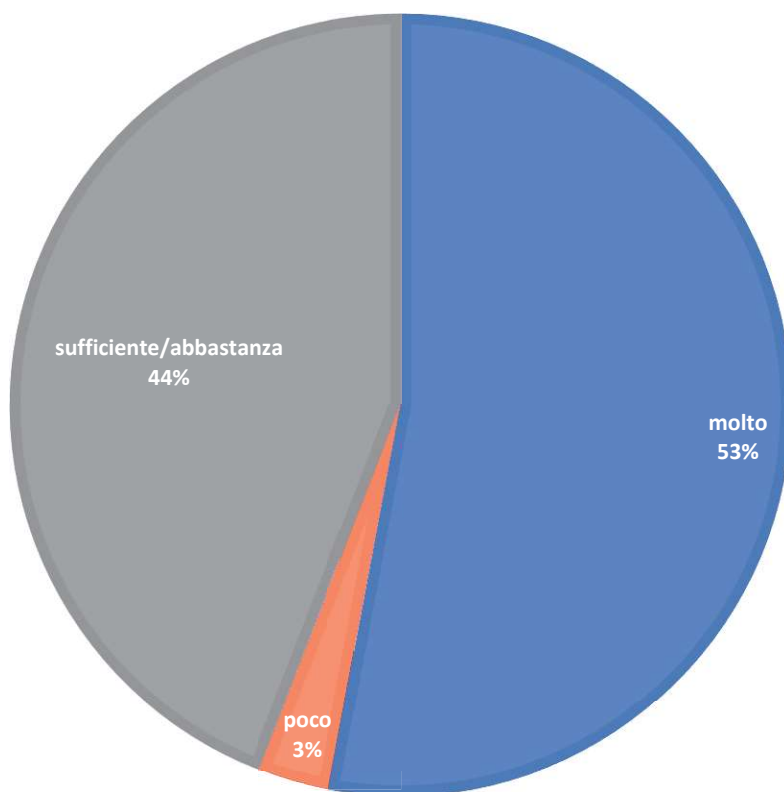


NOTE 9

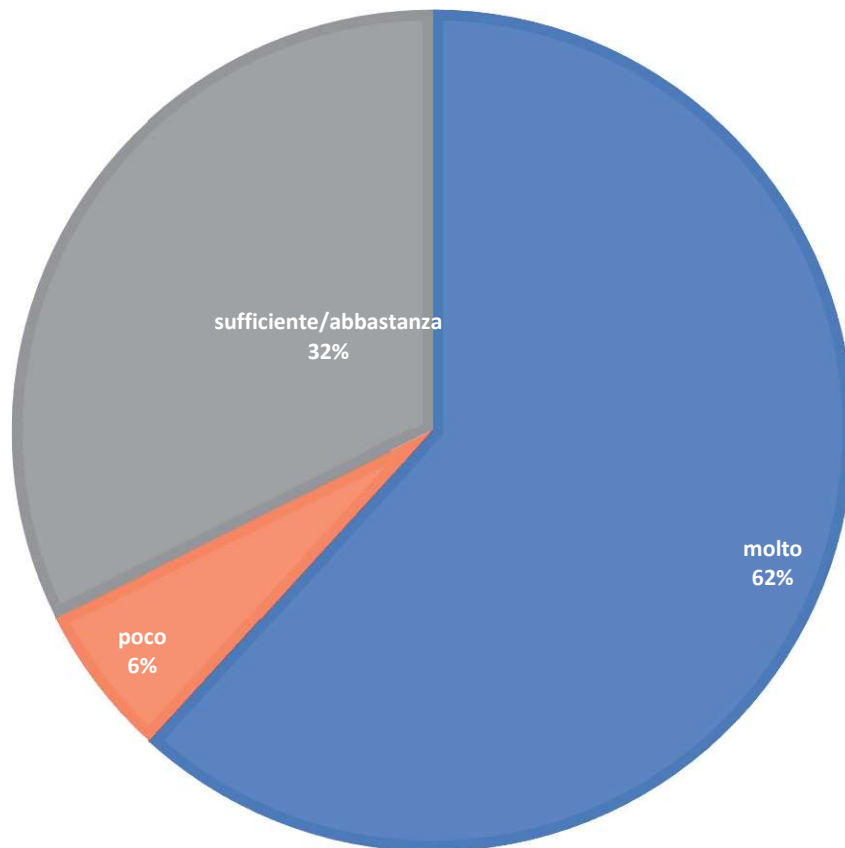
- ESPERTI, CAPACI, PAZIENTI, ATTENTI EMPATICI !
- SONO VERAMENTE SODDISFATTA DELLA DISPONIBILITA' E DELL' ATTENZIONE SIA VERSO DI ME CHE NEI CONFRONTI DELL' ANZIANO
- L' INIZIO UN POCO DIFFICILE ORA STO BENE
- LASCIARE POCO GLI ANZIANI SOLI NEL SALONE
- NEGLI ULTIMI TEMPI SI E' EVIDENZIATA UNA DIMINUZIONE DEL PERSONALE, SPERIAMO SIA UNA SITUAZIONE MOMENTANEA

SERVIZIO DI GUARDAROBA -LAVANDERIA

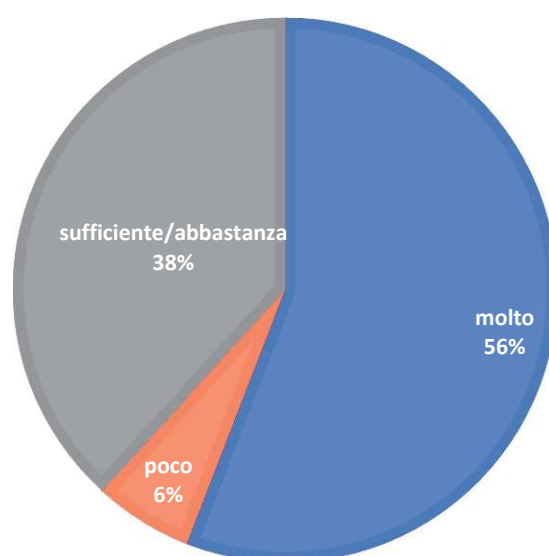
E' SODDISFATTO DELLA PULIZIA E DELL' ORDINE
DEI VESTITI DEL SUO ANZIANO?



**E' SODDISFATTO DELLA PULIZIA E DELL'
ORDINE DELLA BIANCHERIA DA LETTO-
BAGNO E TOVAGLIATO?**



**E' SODDISFATTO DI COME VENGONO CUSTODITI
E CURATI GLI INDUMENTI PERSONALI?**



COMMENTI GENERALI

CREDO SIA DIFFICILE TROVARE EQUIVALENZA IN ALTRI ISTITUTI! DIFFICILE, NON IMPOSSIBILE

SERVIZIO DI CASA RESIDENZA

QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE

DEGLI OSPITI RESIDENTI E DELLE LORO FAMIGLIE

Questo breve questionario ci è utile per conoscere il grado di soddisfazione dell'utente e dei suoi familiari, rispetto a diversi aspetti della vita presso la Casa residenza "Ten. Luigi Marchi".

Potremo verificare in questo modo l'efficacia del nostro operato, capire se e quanto le aspettative dei nostri ospiti e dei loro famigliari trovino soddisfazione nell'assistenza fornita e raccogliere informazioni utili per orientare e migliorare il servizio.

Potrà indicare il suo grado di soddisfazione nella scala da 1 a 4:

1 = PER NIENTE 2 = POCO 3 = SUFFICIENTE/ABBASTANZA 4 = MOLTO

È possibile, inoltre, aggiungere nello spazio "NOTE" eventuali precisazioni.

Al fine di favorire la massima libertà di espressione ed un clima di fiducia l'indagine è condotta nel rigoroso rispetto dell'anonimato del compilatore.

Le chiediamo, pertanto, una volta completato il questionario, di inserirlo, **entro il 30 novembre 2024, nell'apposito** contenitore che troverà collocato all'ingresso della Casa Residenza,

Risponda alle domande del punto 1) solo se è entrato in casa residenza da almeno 6 mesi nel 2024, altrimenti passi al punto 2)

| 1) Come si sono svolte le fasi dell'ingresso in Casa residenza (accoglienza, informazione, orientamento, presentazione dei servizi) | Per niente | Poco | Sufficiente/abbastanza | Molto |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ha ricevuto informazioni chiare e complete e un'adeguata presentazione dei servizi? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| È stato aiutato nell'inserimento nella vita di comunità? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ritiene soddisfacente il percorso di presa in carico dei bisogni dell'anziano? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 2) L'ambiente di vita, spazi interni ed esterni | Per niente | Poco | Sufficiente/ abbastanza | Molto |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Secondo lei gli spazi interni della casa residenza sono "accoglienti e familiari"? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ritiene che gli ambienti frequentati dal suo anziano siano adatti alle sue necessità/bisogni? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Pensa che la pulizia degli ambienti interni sia adeguata? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ritiene che il microclima degli ambienti interni sia confacente alle esigenze degli anziani ospiti? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Parliamo ora degli ambienti esterni (giardino, cortile, ecc.): è soddisfatto dello spazio a disposizione per gli ospiti sia in termini di quantità che di cura e pulizia? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 3) L'organizzazione della vita comunitaria, orari e tempi di vita. | Per niente | Poco | Sufficiente/ abbastanza | Molto |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Quanto ritiene che gli orari di vita all'interno della struttura (es. orario di alzata e messa a letto, pasti, animazione, ecc.) siano adatti alle esigenze del proprio anziano? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Il servizio offre sufficienti possibilità di far visita agli ospiti tenendo conto dei necessari momenti di riposo e di assistenza? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Concorda con la disposizione del servizio che esclude dall'orario di visita il momento del pasto? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Trova con facilità la persona referente a cui rivolgersi in caso abbia necessità di comunicare notizie importanti per il benessere dell'ospite? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 4) L'alimentazione in Casa residenza: i pasti preparati nella cucina interna e la loro somministrazione. | Per niente | Poco | Sufficiente/abbastanza | Molto |
|---|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| E' a conoscenza della composizione dei menu' stagionali proposti agli anziani? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <i>Solo per chi ha risposto "Poco" o "Per Niente" alla precedente domanda, Lei vorrebbe essere maggiormente a conoscenza dei menù proposti e delle modalità di scelta e preparazione dei pasti?</i> | Sì <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> | |
| Quanto ritiene che il cibo proposto sia adatto alle esigenze nutrizionali degli anziani? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Le modalità di somministrazione del cibo (orari, assistenza, attrezzature) sono adeguate? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| | Per niente | Poco | Sufficiente/abbastanza | Molto |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5) Piani Assistenziali Individuali | | | | |
| Per ogni ospite, viene predisposto un Piano assistenziale individuale , chiamato PAI: lo ritiene adeguato al suo anziano? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| E' a conoscenza che può essere predisposto dall'equipe multiprofessionale un piano di cure personalizzato per un accompagnamento dignitoso alla morte (cure palliative)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 6) Qualità dell'assistenza di base, cioè del lavoro di assistenza di base e di cura della persona svolto dagli operatori sociosanitari (OSS): | Per niente | Poco | Sufficiente/abbastanza | Molto |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E' soddisfatto del lavoro di cura svolto dagli operatori - OSS? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Il Servizio ha introdotto la figura dell' OSS Care (ogni operatore ha assegnato 1 o 2 utenti per i quali collabora nella definizione dei bisogni, nella stesura del PAI). Ritene sia una figura utile? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Secondo Lei l'attività fisica/movimento offerti nella Casa residenza (possibilità di movimento, deambulazione assistita, ginnastica di gruppo, passeggiate all'aperto ecc) sono adatti/sufficienti per il Suo anziano? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 7) Qualità dell'Assistenza Sanitaria, ovvero del servizio erogato da Infermieri, dal Medico di struttura e da medici di medicina specialistica: | Per niente | Poco | Sufficiente/abbastanza | Molto |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E' soddisfatto del lavoro di cura della salute erogato dal medico di struttura e dagli infermieri? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Secondo Lei le informazioni che riceve sulla salute del suo anziano sono complete e tempestive? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ritiene che il suo anziano possa ricevere tutte le cure sanitarie di cui necessita presso questo Servizio di Casa Residenza (tenendo conto degli orari di presenza degli infermieri e del Medico di base)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

8) Parliamo ora di assistenza riabilitativa cioè dell'assistenza svolta dalla terapeuta della riabilitazione su prescrizione medica

8.1) È stato sottoposto ad un programma di riabilitazione individuale: SÌ NO

Se ha risposto NO passi al punto 9)

| 8.2) Assistenza riabilitativa | Per niente | Poco | Sufficiente/ abbastanza | Molto |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ritiene che il servizio di riabilitazione sia di buon livello? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ritiene adeguato il tempo a disposizione del suo familiare per questa attività? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 9) Attività di animazione | Per niente | Poco | Sufficiente/ abbastanza | Molto |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E' a conoscenza delle attività di animazione, socializzazione e stimolazione cognitiva offerte dal Servizio? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Se ha risposto sì, Ritiene che le suddette attività siano confacenti ai bisogni o capacità del suo familiare? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Secondo Lei quanto il servizio di animazione è gradito dal Suo familiare? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Nel servizio è stata introdotta la figura del Terapista Occupazionale che propone progetti individuali. Ritiene possa essere utile al suo familiare? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Secondo lei, gli stimoli fisici e mentali offerti dalla struttura (attività di svago, letture, possibilità di dialogo, laboratori vari, musica, esperienze sensoriali, ecc) sono adatti per il Suo anziano? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 10) Parliamo ora della relazione con il personale della struttura | Per niente | Poco | Sufficiente/ abbastanza | Molto |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Quanto ritiene sia disponibile e gentile il personale nei confronti dell'anziano e dei familiari? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| In generale, quanto è soddisfatto della disponibilità all'ascolto dei bisogni degli ospiti da parte del personale del servizio? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Quanto è soddisfatto della relazione tra Lei e il personale che lavora nella Casa Residenza? (es. possibilità di avere risposte, informazioni, gentilezza ecc) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

| 11) GUARDAROBA | Per niente | Poco | Sufficiente/abbastanza | Molto |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| É soddisfatto della pulizia e dell'ordine dei suoi vestiti? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| É soddisfatto della pulizia e dell'ordine della biancheria da letto-bagno e tovagliato? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| É soddisfatto di come vengono custoditi e curati i suoi indumenti personali? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| NOTE: | | | | |

ANAGRAFICA ANONIMA:

chi risponde è : M F Età: _____

Periodo di permanenza dell'anziano nella struttura:

- fino a 6 mesi
- da 6 a 12 mesi
- da 1 a 2 anni
- da 2 a 4 anni
- oltre 4 anni

data di compilazione: _____