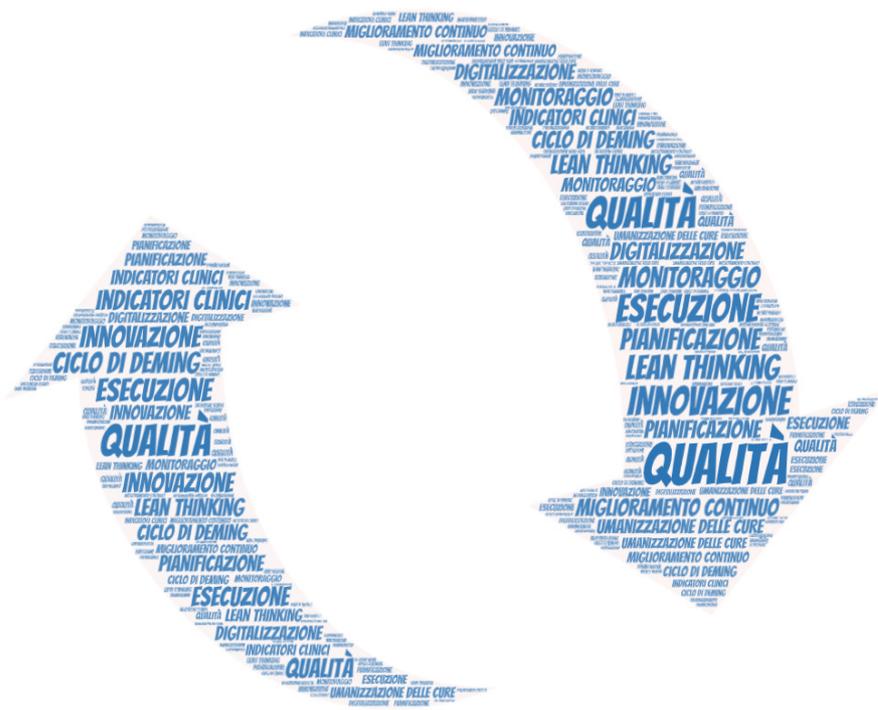


RELAZIONE SULLA QUALITA'

ANNO 2019

Elementi programmatici per la realizzazione del Piano Qualità 2020



LA RESPONSABILE DELLA QUALITA'

Dott.ssa Denise Fezzi - A cura del Servizio Formazione e Qualità di U.P.I.P.A sc.

INDICE

PREMESSA	4
1. CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEI RESIDENTI	7
2. SERVIZI EROGATI DALLA STRUTTURA	8
2.1 Attività residenziale	8
2.2 Servizi sanitari e/o convenzionati	8
2.3 Attività semi-residenziale	9
2.4 Servizi non convenzionati.....	9
3. FLUSSI DI MOBILITA' SANITARIA	10
3.1 I movimenti dei residenti	10
3.2 Le presenze dei residenti	10
3.3 Le dimissioni dei residenti.....	11
5. UTILIZZO DEI SERVIZI E IL RAPPORTO CON LE STRUTTURE OSPEDALIERE	16
6. LE DODICI AREE TEMATICHE.....	19
6.1 Area prevenzione e gestione delle cadute.....	19
6.2 Area gestione della contenzione fisica	22
6.3 Area prevenzione e gestione delle lesioni da pressione	23
6.4 Area della gestione del dolore	25
6.5 Area gestione dell'alimentazione	26
6.6 Area prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza e antimicrobicoresistenza.....	28
6.7 Area fine vita.....	29
6.8 Area relativa alla gestione del residente con diagnosi di demenza.....	30
6.9 Area relativa alla gestione del residente con diagnosi di disturbi psichici e comportamentali	31
6.10 Area relativa alla gestione del residente con diagnosi di diabete	32
6.11 Area prevenzione maltrattamento dei residenti	33
6.12 Agiti violenti nei confronti degli operatori	33
7. GESTIONE DELLA TERAPIA	34
8. EVENTI AVVERSI E NEAR MISS	35
9. AREE DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA	37
10. ASPETTI STRUTTURALI	38
11. VERIFICHE E CONTROLLI ISTITUZIONALI	38
12. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO E PROGETTI ATTIVATI	40
13. SERVIZIO DI ANIMAZIONE.....	43
14. RIFLESSIONI CONCLUSIVE.....	45

ACRONIMI

ADL	Activities of Daily Life
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
CDA	Consiglio Di Amministrazione
CDCD	Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze
CSM	Centro Salute Mentale
CVC	Catetere Venoso Centrale
FALA	Farmaci ad Alto Livello di Attenzione
GDM	Gruppo di Miglioramento
ICD	International Classification of Diseases
LASA	Look-Alike / Sound-Alike
LDP	Lesioni Da Pressione
MAPO	Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati
MNA	Mini Nutritional Assessment
NRS	Numerical Rating Scale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPQRST	Onset - Provocation/Palliation - Quality - Radiation - Severity - Time
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PEG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea
PIC	Presa In Carico Continuativa
PS	Pronto Soccorso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
TAO	Terapia Anticoagulante Orale
TeRP	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
VTS	Verifica Tecnico Sanitaria
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare
UPIPA	Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza

PREMESSA

“La qualità è il livello di variazione rispetto al valore stabilito per un obiettivo”. Genichi Taguchi

Il presente documento illustra la Relazione sulla Qualità relativa all'anno 2019, ne delinea in modo sintetico i dati raccolti dell'anno in corso insieme ad una pianificazione di massima dei potenziali interventi in materia di qualità inerenti all'anno 2020. Nel suo contenuto sono esposte le indicazioni da perseguire partendo dagli indirizzi del Consiglio di Amministrazione (C.d.A.) fino a giungere ai principali obiettivi da assolvere *in itinere* nella logica di un'organizzazione sensibile ed attenta ai continui mutamenti in atto. Si tratta, infatti, di un materiale documentale flessibile che deve adattarsi necessariamente agli eventuali cambiamenti delle riforme normative, organizzative e gestionali.

Tale Piano si allinea con il documento programmatico dell'anno 2019 dove si dichiara di voler promuovere una cultura della qualità orientata al miglioramento continuo (*Kaizen*) attraverso la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento (ciclo di Deming¹), come previsto anche dal percorso di accreditamento istituzionale vigente ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale n. 1848 del 5 ottobre 2018 al quale ciascuna struttura è tenuta ad aderire.

La buona qualità dell'assistenza sanitaria in RSA è un diritto di ogni ospite e rimane una priorità assoluta. Il raggiungimento di questo obiettivo ambizioso e strategico passa anche attraverso il cambiamento nel sistema di gestione dell'organizzazione. Inoltre, per poter raggiungere risultati e performance migliori è necessario mettere in atto anche atteggiamenti di *lean thinking* (orientamento all'efficienza e all'eliminazione degli sprechi).

Indispensabile risulta la standardizzazione delle procedure sui luoghi di lavoro, prestando cura ed attenzione ai processi prima ancora che alle singole attività. Il residente è al centro delle cure dell'organizzazione socio sanitaria e l'efficienza è un parametro rilevante così come lo è la trasparenza.

Il documento ha la finalità di mettere in luce e di descrivere come l'Ente sia costantemente impegnato a garantire il miglioramento costante della qualità dell'assistenza nel rispetto dei bisogni clinici - assistenziali

¹ Per maggiori approfondimenti, si veda Deming W.E. (1994), *The New Economics: for Industry, Government, Education*, MIT, Center for Advanced Educational Services, Cambridge, MA.

e psico - sociali degli ospiti, anche in relazione alle azioni effettuate per potenziare la formazione e lo sviluppo di competenze trasversali del personale, nonché alla promozione di una cultura attiva orientata all'autovalutazione. Rispetto a tale ambito si è cercato di programmare a partire dal secondo semestre dell'anno 2019 una serie di interventi formativi nelle aree tematiche ritenute come prioritarie dal personale dipendente e si è provveduto a promuovere dei progetti mirati di Formazione Sul Campo attraverso l'attivazione di specifici Gruppi di Miglioramento (GdM).

Si precisa che nel corso del 2019 non è stato possibile realizzare una completa ed esaustiva rilevazione di tutti gli standard presenti all'interno della Carta dei Servizi, a causa del susseguirsi di cambiamenti repentini nell'assetto gestionale, organizzativo e tecnologico. Si segnala che a partire dalla fine del mese di dicembre 2018, l'Infermiere G. Rao che ha rivestito il ruolo di Coordinatore dei Servizi socio-assistenziali e sanitari della struttura per più di tredici anni (09/2005-12/2018) è andato in pensione. La nomina definitiva della nuova Coordinatrice è avvenuta in data 1° gennaio 2019. Un altro sostanziale cambiamento avvenuto all'inizio del mese di gennaio 2019 ha trovato riscontro con l'introduzione della nuova versione della cartella Socio-Sanitaria informatizzata (CBA). Inizialmente, i dati presenti erano difficili da reperire e interpretare in quanto raccolti su diversi fogli di calcolo gestiti da un'unica persona competente a conoscenza dell'intero processo. Tale situazione ha messo in risalto il bisogno sempre più urgente di saper raccogliere e gestire una molteplicità di dati ed informazioni in modo ordinato, coerente ed informatizzato. Un punto importante da sottoporre all'attenzione di chi si approccia in modo innovativo alla gestione di dati sensibili è sicuramente la constatazione della presenza di un sistema di catalogazione in parte obsoleto. L'introduzione della cartella sanitaria informatizzata (CBA) ha messo in luce la sostanziale adeguatezza nell'assolvere il compito di inserimento dei vari dati e delle informazioni sensibili, in quanto si presenta adatta allo snellimento del lavoro di registrazione e di gestione in un'ottica di ottimizzazione dei tempi, costi e delle energie. In futuro la finalità auspicabile con CBA è di poter estrapolare dati in modo snello attraverso la creazione di un "serbatoio" dove fare confluire le informazioni a supporto delle decisioni strategiche e di controllo, utili a promuovere il miglioramento continuo della qualità. Ad oggi si sottolineano però alcune difficoltà tecniche nella fase di rilevazione ed estrapolazione dei dati inseriti (ad esempio i dati delle scale di valutazione). La semplicità ed usabilità del software è infine un requisito fondamentale in quanto la sua praticità semplifica le attività lavorative e migliora in termini di tempo anche la qualità del processo. È importante, infatti, che la tecnologia semplifichi la vita e faciliti il lavoro quotidiano di tutti gli operatori sanitari coinvolti senza creare inerzia e rallentamento.

Il percorso innovativo intrapreso quest'ultimo anno è il risultato della ricerca costante di un delicato equilibrio tra: la corretta gestione delle risorse e il concetto di "ospite al centro", il perfezionamento delle competenze e la responsabilizzazione del personale, la raccolta e il monitoraggio attivo di dati, attività, processi e la ricerca di indicatori clinici più adatti a monitorare il fenomeno osservato.

La relazione è stata impostata in forma essenziale attraverso la presentazione di una serie di dati strutturati suddivisi per aree tematiche che vengono analizzati rispetto alle pratiche clinico - assistenziali, ai progetti di miglioramento e agli indicatori di monitoraggio correlati. Raccogliere dati, analizzarli, coglierne le sfumature, rappresenta infatti uno strumento essenziale di gestione, monitoraggio, revisione e/o riprogrammazione di nuove strategie, per intraprendere azioni di miglioramento continuo della qualità che diventano sempre più irrinunciabili per garantire elevati livelli di erogazione dei servizi. Le sezioni proposte, i dati e gli indicatori individuati all'interno del presente lavoro offrono una prima fotografia istantanea con la finalità di facilitarne la lettura, comprensione ed interpretazione a tutti gli attori interessati.

L'elaborato è stato redatto dalla Responsabile Formazione e Qualità di U.P.I.P.A. s.c.² in collaborazione con la Coordinatrice dei Servizi e revisionato integralmente dal Direttore.

Parole chiave: *gestione della qualità, ciclo di Deming, miglioramento continuo, lean thinking, innovazione, digitalizzazione, prevenzione, umanizzazione delle cure, analisi e monitoraggio, indicatori clinici.*

² Il servizio di Responsabile Formazione e Qualità è affidato a personale dipendente di U.P.I.P.A s.c.. La Responsabile Formazione e Qualità è presente in struttura il mercoledì indicativamente dalle ore 10:30 alle ore 17:00.

1. CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEI RESIDENTI

Caratteristiche demografiche dei residenti presenti in struttura dal 1° gennaio al 31 dicembre								
	Fasce età residenti							Totale ospiti
Genere	<50	51/60	61/70	71/80	81/90	91/100	>100	
Maschi	1	2	6	9	18	10	0	46
Femmine	1	0	2	13	19	27	0	82
Totale	2	2	8	22	57	37	0	128

Il numero complessivo degli ospiti che hanno soggiornato in struttura nell'anno 2019 è pari a 128 unità. Dalla tabella "Caratteristiche demografiche dei residenti" nel periodo considerato 1° gennaio - 31 dicembre 2019 si evince che le fasce d'età maggiormente rappresentate sono quelle comprese tra gli 81-90 anni (45 %) e i 91-100 anni (29 %) mentre irrilevante risulta la coorte relativa agli ultracentenari (0 %). Le classi d'età comprese tra 51-60 anni e tra < di 50 anni si equivalgono (2 %). Inoltre, è possibile osservare come la componente di genere non risulti perfettamente equiparata (64 % donne vs. 26 % uomini). Si rileva, quindi, che la popolazione complessiva dei residenti presenti in struttura dal 1° gennaio al 31 dicembre 2019 non è omogenea ed equilibrata sotto tale profilo. Si segnala che non è stato possibile mettere in risalto ulteriori dati specifici relativi alle variabili sociodemografiche come il grado di istruzione, lo stato civile e l'ampiezza del nucleo familiare d'origine. Tutto ciò avrebbe potuto condurre ad una maggiore accuratezza del lavoro ma avrebbe comportato un impiego cospicuo di tempo ed energie.

2. SERVIZI EROGATI DALLA STRUTTURA

2.1 Attività residenziale

Dato al 31 dicembre: **2019**

Tipologia posti letto							
	P.L. base	P.L. sollievo	P.L. nucleo dementi gravi	P.L. nucleo sanitario	P.L. a sede ospedaliera	Altro P.L.	Totale
Numero	82	-	-	-	-	8	90

Il Centro Servizi Socio-Assistenziali e Residenziali di Malè è costituito da 90 posti letto totali autorizzati e accreditati dei quali 82 convenzionati e distribuiti sui piani secondo-terzo e quarto della struttura in relazione al grado di autonomia e di complessità assistenziale. Con la definizione di "Altro P.L." si fa riferimento a tutte le tipologie di Posti Letto non previsti dalla Tab. B contenuta nella DGP. 2481 del 27 dicembre 2018.

Si rileva, inoltre, che il numero dei residenti NAMIR accolti durante l'anno (presenze al primo gennaio e successivi ingressi) è pari a 1.

2.2 Servizi sanitari e/o convenzionati

	Punto prelievi	Fisioterapia	Logopedia	Bagno in struttura	Altro*
Numero prestazioni annuali	-	-	-	-	604

* Specificare:

FORNITURA DI PASTI ESTERNI

Il numero complessivo di prestazioni annuali convenzionate con l'Azienda Pubblica per i Servizi Sanitari (A.P.S.S.) e la Comunità di Valle è pari a 604 e riguarda principalmente la fornitura di pasti esterni.

2.3 Attività semi-residenziale

	Centro diurno (integrato)	Centro diurno (estern)	Centro diurno Alzheimer	Presa in carico continuativa (PIC)	Presa in carico continuativa (PIC Alzheimer)	Centro diurno/ PIC privato
Numero utenti accolti nell'anno	-	-	-	8	-	-

Il servizio di Presa in Carico Continuativa (PIC) consiste in un inserimento diurno all'interno della RSA sino a un massimo di quattro posti convenzionati e viene attivato solo in caso di richiesta dalle Unità di Valutazione multidisciplinare (UVM). Esaminando la Tabella sovrastante è possibile, infatti, visualizzare come il numero di utenti complessivi accolti nell'anno 2019 è pari a 8. Il dato è stato calcolato tenendo in considerazione il numero di utenti presenti al primo gennaio 2019 sommati al numero di utenti accolti durante l'anno. Nel conteggio sono stati inclusi anche tutti gli ospiti che hanno usufruito di prestazioni sia private che convenzionate.

2.4 Servizi non convenzionati

	Fisioterapia	Bagni in struttura	Totale
Numero prestazioni annuali	255	25	280

Un altro punto che è stato indagato permette di approfondire in modo puntuale il tema relativo ai servizi non convenzionati. Riguardo a quest'ultimo aspetto, la Tabella mette in luce come il numero delle prestazioni annuali totali relative all'anno 2019 sia pari a 280. Vediamo come 255 siano relative al servizio di fisioterapia nei confronti dell'utenza esterna attivo dal lunedì al sabato dalle ore 11:00 alle ore 12:00 e dalle ore 16:00 alle ore 17:00 mentre le rimanenti sono connesse ai bagni effettuati in struttura che sono programmati dall'Infermiere del terzo piano in considerazione della disponibilità oraria e delle condizioni dell'ospite. Non sono presenti altre prestazioni di servizi non convenzionati quali attività ambulatoriali, servizio infermieristico e di assistenza domiciliare.

3. FLUSSI DI MOBILITA' SANITARIA

3.1 I movimenti dei residenti

Nel proseguo del lavoro viene presentata la sezione relativa ai movimenti dei residenti e le correlate motivazioni dell'uscita dalla struttura. A tale proposito, è possibile trarre delle conclusioni accurate in quanto è stata realizzata un'ulteriore attività di verifica ed approfondimento rispetto ai dati raccolti.

Presenze dei residenti dal 1° gennaio al 31 dicembre 2019	128
---	-----

Come detto in precedenza, il numero di ospiti complessivo presenti al primo gennaio 2019 unito al numero dei residenti entrati durante l'anno di riferimento è pari a 128.

3.2 Le presenze dei residenti

Posto Letto base

Numero residenti presenti in struttura su Posto Letto Base	29
--	----

Il numero degli ospiti presenti in struttura dal 1° gennaio al 31 dicembre 2019 su Posto Letto base (P.L. base) autorizzato e accreditato è uguale a 29.

Altro Posto Letto base

Numero residenti presenti in struttura su <u>altro</u> posto letto (autorizzato e accreditato, casa soggiorno, ecc.)	19
--	----

Il numero degli ospiti presenti in struttura dal 1° gennaio al 31 dicembre 2019 su "altro posto letto" autorizzato e accreditato è pari a 19.

3.3 Le dimissioni dei residenti

Posto Letto base

Dal 1° gennaio al 31 dicembre.

numero residenti dimessi (P.L. base)		29
motivazione della dimissione (numero residenti)	Decessi	24
	Trasferimento presso altra struttura	5
	Ritorno a domicilio	0

Gli ospiti residenti in R.S.A. possono essere dimessi dalla struttura sia temporaneamente che definitivamente. In entrambi i casi il familiare o il residente compila un modulo disponibile presso l'Ufficio Amministrativo.

Nel corso del 2019, il numero dei residenti dimessi dal proprio P.L. base è pari a 29. La Tabella "Numero di residenti dimessi" mette in risalto le reali motivazioni degli spostamenti. Vediamo come 24 ospiti sono deceduti mentre 5 sono stati trasferiti presso un'altra struttura residenziale accreditata. Nessun residente ha fatto rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

Altro posto letto

Dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Numero residenti dimessi (Altro posto letto)		11
motivazione della dimissione (numero residenti)	Decessi	4
	Trasferimento presso altra struttura	6
	Ritorno a domicilio	1
	Trasferimento su posto letto convenzionato	0

Nel 2019 si registra, inoltre, come il numero degli ospiti dimessi su "Altro posto letto" è pari a 11. Se consideriamo le motivazioni 6 ospiti sono stati trasferiti presso un'altra struttura residenziale, 4 sono deceduti e 1 è rientrato nella propria abitazione. Non si registrano trasferimenti su posti letti convenzionati e accreditati.

Il totale complessivo di ospiti dimessi dalla struttura da Posto Letto base e Altro posto letto è uguale a 40.

4. ANALISI DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE DEGLI OSPITI

Per avere un quadro d'insieme più organico, qui di seguito viene presentata la Tabella relativa all'analisi della casistica dei residenti rispetto alle principali patologie prese in esame sulla base della decima revisione della classificazione ICD-10 (*International Classification of Diseases*) proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS - WHO). Per il calcolo del numero dei residenti sono stati presi in considerazione tutti gli ospiti presenti dal 1° gennaio al 31 dicembre 2019 inclusi i dimessi su posto letto convenzionato (P.L. base). Si precisa che ogni residente può presentare più di una patologia. Ne consegue, quindi, che il totale del numero delle diagnosi presenti nella Tabella è di gran lunga superiore rispetto al numero complessivo dei residenti.

Patologie principali in RSA	Numero Residenti	Numero residenti altro posto letto
Malattie del sistema circolatorio	79	16
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	50	9
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	44	9
Malattie dell'apparato digerente (per es. gastrite, ulcere, diverticolosi del colon, cirrosi epatica, colecistite acuta e cronica, ecc.)	40	8
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (per es. artrosi, deformazioni acquisite, dorsopatie, lupus eritematoso sistemico, osteoporosi, ecc.)	38	5
Malattie dell'apparato genitourinario (per es. insufficienza renale acuta e cronica, iperplasia della prostata, calcolosi renale ecc.)	35	5
Disturbi psichici e comportamentali (per es. da uso di sostanze psicoattive, schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbo di personalità, ritardo mentale ecc.). Escluse le diagnosi di demenza.	34	2
Demenze (per es. di Alzheimer, vascolare ed altre demenze)	27	2
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (per es. cataratta, glaucoma, disturbi visivi ecc.)	20	5
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (es. malattie bollose, dermatiti, eczema, orticaria, ulcere da decubito ecc.)	19	2

Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (es. sordità, ecc.)	17	2
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici e disturbi del sistema immunitario (per es. anemie da carenza di vitamina b12 e folati, anemia sideropenica, piastrinopenie, immunodeficienze ecc.)	14	4
Malattie del sistema respiratorio (per es. asma, BPCO, insufficienza respiratoria cronica, enfisema, ecc.)	13	4
Tumori	22	6
Malattie infettive e parassitarie	6	1
Malattie del sistema nervoso	1	3
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	4	0

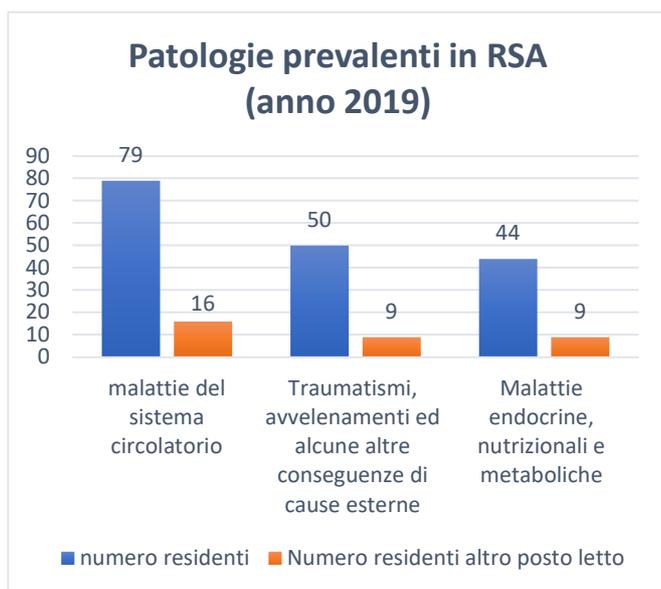


Grafico 1

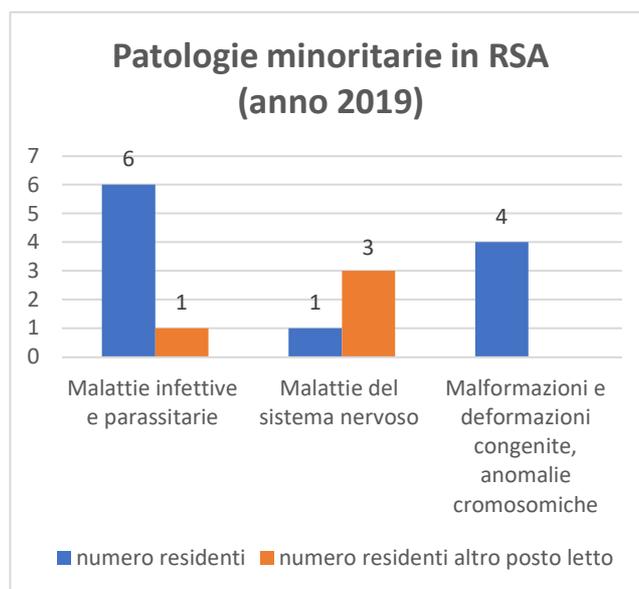


Grafico 2

Come è possibile osservare dai grafici "Patologie prevalenti in RSA", le malattie relative all'apparato circolatorio (per es. malattie valvolari, ipertensione arteriosa, cardiopatie, insufficienza cardiaca, fibrillazione/flutter atriale, infarto acuto del miocardio, embolia polmonare, trombosi venosa profonda, infarto cerebrale ecc.) rappresentano la maggioranza delle patologie presenti in RSA nel 2019 seguite da traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (fratture, amputazioni traumatiche, ustioni ecc.) e dalle malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (per es. diabete mellito, tireopatie, malnutrizione, obesità, dislipidemie, ecc.). Al contrario, le malattie meno presenti e diffuse

sono quelle infettive e parassitarie (per es. malattie infettive intestinali, tubercolosi, epatite ecc.), seguite dalle malattie del sistema nervoso (per es. meningiti, Morbo di Parkinson, sclerosi multipla, epilessia, emiplegia ecc.) e da quelle relative alle malformazioni e deformazioni congenite (per es. microcefalia, spina bifida, malformazioni, sindrome di Down ecc.).

Pazienti cronici con multimorbidità

Numero patologie	2	3	Più di 3
Numero residenti posti letto convenzionati	11	23	77
Numero residenti altro posto letto	1	4	12

Si registra, inoltre, come il numero degli ospiti cronici con più di tre patologie su posti letto convenzionati e su "Altro posto letto" (89) risulti significativamente maggiore rispetto a quelli con un numero di patologie inferiori (39).

Proseguendo nell'analisi descrittiva, la Tabella mette in risalto come il numero complessivo di residenti in trattamento con Terapia Anticoagulante Orale (TAO) e con catetere vescicale (inclusi anche quelli ai quali è stato applicato per brevi periodi e poi rimosso) è pari a 21. Il numero complessivo dei residenti con catetere vescicale applicato in ospedale, domicilio o in un'altra struttura accreditata è invece pari a 12 mentre quelli ai quali è stato rimosso direttamente in RSA è uguale a 11. Vediamo, inoltre, come solo a 5 ospiti è stato applicato il catetere vescicale direttamente in RSA mentre solo a 2 ospiti è stato posizionato il Catetere Venoso Centrale (CVC). Si registrano 11 residenti portatori di pacemaker, 7 ospiti in trattamento con ossigenoterapia continuativa (esclusi quelli in trattamento per patologia acuta) di cui 3 dispongono di presidi in dotazione. Due residenti sono stati sottoposti a tracheostomia mentre è presente un solo ospite con ureterocutaneostomia. Non si registrano pazienti in trattamento dialitico.

	Numero residenti	Numero residenti <u>altro</u> posto letto
Residenti in trattamento con TAO	18	3
Residenti con catetere vescicale	20	1
Residenti con catetere vescicale applicato in ospedale/domicilio/altra struttura	11	1
Residenti ai quali è stato rimosso il catetere vescicale in RSA	11	0
Residenti portatori di pacemaker	10	1
Residenti in trattamento con ossigenoterapia continuativa	7	0
Residenti con catetere vescicale applicato in RSA	5	0
Residenti in ossigenoterapia continuativa che dispongono di presidi in dotazione	3	0
Residenti tracheostomizzati	2	0
Residenti con catetere venoso centrale	2	0
Residenti con ureterocutaneostomia	1	0
Residenti in trattamento dialitico	0	0

Prestazioni di particolare impegno eseguite in RSA

Tipologia	Numero prestazioni annuali
Trasfusioni	2
Cannula tracheale	3
Sondino naso gastrico	3

Nel corso dell'anno sono stati trattati in struttura con emotrasfusioni due residenti, sono stati gestiti tre residenti portatori di cannula tracheale e tre residenti portatori di sondino naso-gastrico.

5. UTILIZZO DEI SERVIZI E IL RAPPORTO CON LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Rapporti con le strutture ospedaliere

Il rapporto con le strutture ospedaliere e con gli specialisti è positivo.

Se l'ingresso del residente in struttura coincide con la dimissione ospedaliera è stata instaurata una collaborazione fra l'infermiera di percorso e la Coordinatrice dove vengono fornite le prime indicazioni riguardo lo stato del paziente, patologie, terapie in corso, ADL residue ed eventuali criticità, se presenti, anticipando via e-mail le indicazioni per la continuità assistenziale. Nei casi più complessi o in condizioni particolari il medico ospedaliero che dimette il paziente contatta (o viene contattato) dal collega della struttura per definire la prosecuzione delle cure o eventuali strategie particolari da adottare.

Allo stesso modo il contatto fra medici avviene anche in caso di ricovero ospedaliero di un residente o, in casi particolari, per una consulenza specialistica o in previsione della stessa.

Rapporti con il servizio di continuità assistenziale

La struttura ha predisposto la possibilità di accedere a CBA per tutti i medici che lavorano nelle sedi di continuità assistenziale che coprono il territorio di riferimento, fornendoli di username e password individuali: viene così permesso ai medici di CA di accedere alle informazioni mediche e sanitarie dei pazienti e compilare la cartella clinica informatizzata.

Invii al Pronto Soccorso

Invii al Pronto soccorso	Numero residenti	Esito: rientro in RSA	Esito: osservazione breve in PS	Esito: ricovero reparto ospedaliero	Invio fascia oraria 8-20	Invio fascia oraria 20-8	Invio sabato/ domenica/ festivi
per evento non traumatico	27	9	0	18	24	3	8
per evento traumatico	8	5	1	2	8	0	3

Dalla Tabella "Invii al Pronto Soccorso" si osserva come 27 residenti sono stati inviati al Pronto Soccorso per evento non traumatico mentre 18 sono stati ricoverati nel reparto ospedaliero. Si riscontra, inoltre,

che la maggior parte degli invii è avvenuta nella fascia oraria 08:00-20:00 con prevalenza nei giorni festivi. Vediamo anche come 8 residenti sono stati inviati al Pronto Soccorso a causa di un evento traumatico e solo 2 ospiti sono stati ricoverati nel reparto ospedaliero. Si rileva come tutti gli eventi sono avvenuti nella fascia oraria diurna con prevalenza nei giorni festivi.

Ricoveri ospedalieri

	Numero residenti	Medicina, geriatria, pneumologia	Neurologia	Ortopedia	Chirurgia	Terapia intensiva	Psichiatria	Nefrologia	Altro
Ricoveri ospedalieri (in seguito a invio in PS)	24	17	0	3	2	0	0	1	1
Ricoveri programmati	5	1	0	0	2	0	0	0	2

Totale giornate di ricoveri ospedalieri	244
---	-----

Il numero dei ricoveri ospedalieri conseguenti ad accesso al PS è pari a 24 con invio prevalente nelle U.O. di Medicina, Geriatria e Pneumologia mentre il numero dei residenti ricoverati con proposta programmata è pari a 5 con prevalenza nel reparto chirurgico. Il numero complessivo delle giornate ospedaliere di ricoveri in ospedale è pari a 244.

Assistenza specialistica erogata

Assistenza specialistica	In struttura (numero prestazioni)	Fuori struttura (numero prestazioni)
Visite fisiatriche	18	0
Visite cardiologiche	0	12
Visite geriatriche	10	1
Visite dermatologiche	0	7
Visite nefrologiche	0	3

Visite chirurgiche	0	3
Visite neurologiche	0	0
Visite odontoiatriche	0	0
Altre visite (ortopediche, oculistiche, endocrinologiche, antidiabetiche, urologiche, reumatologiche, ginecologiche)	0	51

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica erogata in struttura, la Tabella "Assistenza specialistica erogata" mette in risalto come prevalgano soprattutto le visite fisiatriche (18) e geriatriche (10). Rispetto all'assistenza specialistica erogata all'esterno si registra, invece, un numero significativo di 51 prestazioni soprattutto nella voce altre visite che comprende il contesto ortopedico, endocrinologico, diabetologico, urologico, reumatologico, ginecologico e di 12 visite cardiologiche.

6. LE DODICI AREE TEMATICHE

6.1 Area prevenzione e gestione delle cadute

I dati raccolti permettono di indagare in modo puntuale i numerosi elementi relativi all'area prevenzione e gestione delle cadute. Nell'ambito del presente lavoro è necessario tenere in considerazione la seguente definizione; con il termine "caduta" ci si riferisce ad "un improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso della posizione ortostatica o assisa o clinostatica". Questa definizione include le persone che dormendo sulla sedia cadono per terra, le persone trovate sdraiate sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto. Le cadute si suddividono anche rispetto alla gravità. Le *cadute senza esiti* sono quelle che non hanno prodotto nessun tipo di danno; le *cadute con esiti minori* sono lesioni gestite in RSA (abrasioni, contusioni, escoriazioni) mentre le *cadute con esiti maggiori* sono quelle che hanno prodotto lesioni gravi o fratture che hanno richiesto un accertamento diagnostico (si ricomprende la perdita della coscienza e il cambiamento dello stato fisico/mentale della persona). Si fa presente che nel conteggio sono stati presi in considerazione tutti i residenti presenti in struttura nel 2019 inclusi i dimessi.

	Cadute nell'anno di riferimento	Residenti caduti	Cadute multiple	Cadute con esito maggiore	Cadute con contenzione e attiva
Numero	95	35	15	3	2

Nel corso del 2019 in struttura sono state registrate 95 cadute.

Nel grafico "trend ospiti caduti e n. di cadute" è riportato il numero totale di cadute e il numero di ospiti caduti per anno nel periodo di tempo compreso fra il 2011 e il 2019.

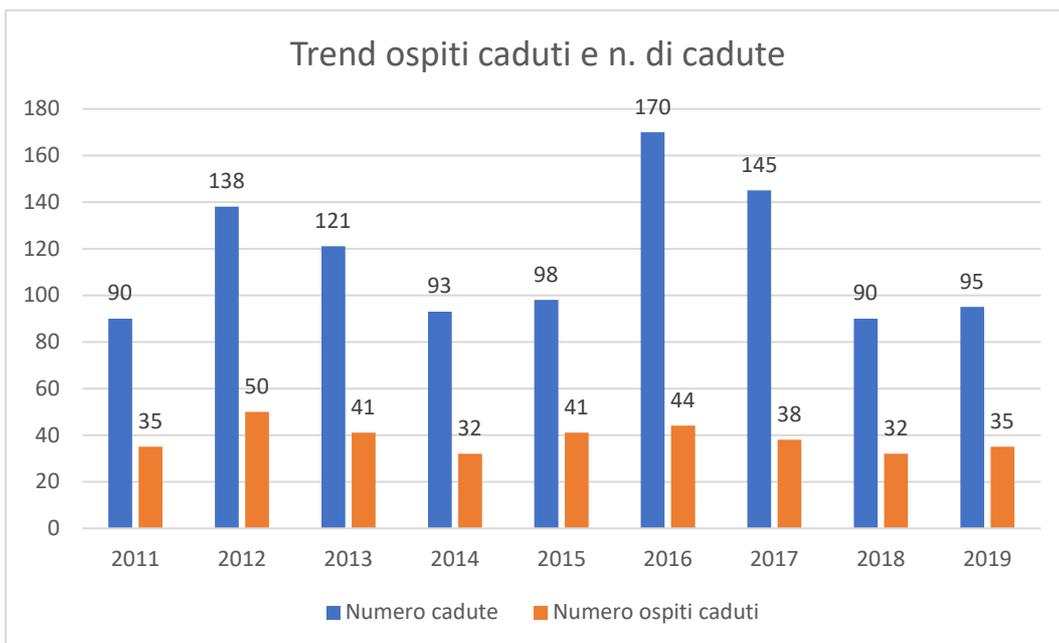


Grafico 3 - "Ospiti caduti e numero di cadute" (2011-2019)

Il dato viene raccolto attraverso l'analisi della cartella informatizzata CBA, previa compilazione dell'apposita "scheda caduta" per ogni evento.

Nel grafico "n. residenti caduti" viene riportato, invece, il numero di residenti che hanno avuto una o più cadute nel 2019. Nello specifico 20 persone hanno avuto una caduta 9 due, 3 persone tre e altri 3 residenti hanno avuto quattro o più cadute.

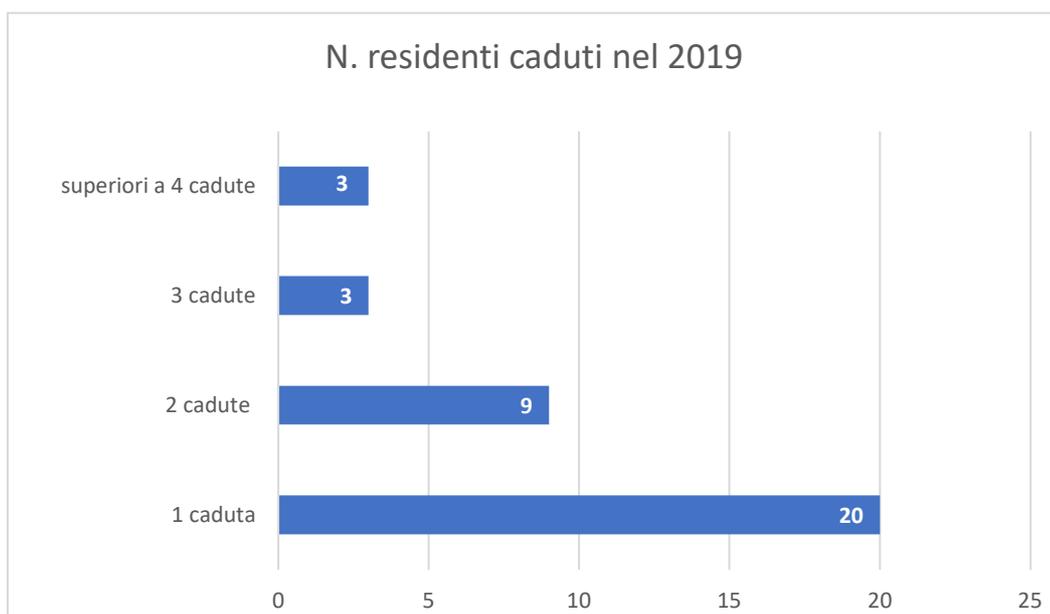


Grafico 4

Negli ultimi mesi del 2019 abbiamo stabilito che, in seguito ad ogni caduta con esiti maggiori, viene convocato un *debriefing* o audit con gli operatori coinvolti, al fine di analizzare l'evento, evidenziare eventuali criticità e, se necessario, stabilire strategie per evitare che l'evento si ripeta; viene inoltre compilata l'apposita scheda su CBA di "incident reporting".

Sempre nell'ottica di prevenire le cadute in struttura a maggio 2019 sono stati acquistati altri 10 letti Alzheimer (che si sono aggiunti ai già presenti, per un totale di 24).

Nel mese di agosto l'Ente ha acquistato tre tappeti dotati di sensori di movimento. Tali dispositivi vengono posti a fianco del letto con lo scopo di rilevare, monitorare ed intervenire tempestivamente in caso di alzata dal letto del residente. La scelta di posizionare il dispositivo viene dettata dalla presenza di specifiche alterazioni cognitive e/o a rischio cadute, valutandone il rischio attraverso la compilazione delle scale Barthel mobilità e Tinetti.

Indicatori clinici

<p>Residenti caduti nell' anno di riferimento</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti con almeno una caduta registrata durante l'anno di riferimento/ numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x 100</p>	<p>35/128*100 = 27%</p>
<p>Cadute multiple</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti con più di una caduta nell'anno di riferimento/ numero di residenti caduti nell'anno di riferimento x 100</p>	<p>15/35*100 = 43%</p>
<p>Cadute con esito maggiore</p> <p style="text-align: center;">Numero di cadute con esito maggiore rilevate nell'anno di riferimento/ numero di cadute registrate nell'anno di riferimento x 100</p>	<p>3/95*100 = 3%</p>

Il numero dei residenti con almeno una caduta registrata nell'anno 2019 è pari al 27% del totale e di questi il 43 % ha avuto cadute multiple. Infine, vediamo come il numero di cadute con esito maggiore rispetto alle cadute totali rilevate nell'anno 2019 è pari al 3%.

6.2 Area gestione della contenzione fisica

Nel proseguo del lavoro viene presentata la sezione relativa all'area della gestione della contenzione fisica. Con il termine contenzione si intende "un qualsiasi dispositivo, manuale, fisico o meccanico, attaccato o adiacente al corpo della persona che la stessa non può facilmente rimuovere autonomamente che ne limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo".

Si rileva che nel calcolo dei dati sono state incluse le contenzioni (spondine) applicate su richiesta dal residente, le bascule e i tavolini applicati per scopo posturale. Si precisa che anche l'uso di farmaci "sedativi" è indice di contenzione farmacologica. Si è, inoltre, provveduto a considerare nel conteggio tutti i residenti (inclusi i dimessi) che durante l'anno 2019 hanno avuto almeno una prescrizione di contenzione, anche se poi sospesa.

	Residenti con prescrizione di contenzione fisica	Residenti con prescrizione solo spondine	Residenti con più di una contenzione prescritta	Residenti con una contenzione (diversa dalle spondine)
Numero	62	26	31	5

Nel corso del 2019 è stata rivista e implementata la procedura di contenzione, promuovendo incontri formativi per sensibilizzare il personale, favorendo possibili approcci alternativi che promuovano la sicurezza e, al contempo, garantiscano alla persona la libertà di movimento/comportamento che, com'è noto, i mezzi di contenzione limitano.

Convinti che la formazione del personale sia un elemento chiave per consentire di aumentare le conoscenze e modificare le attitudini a favore della riduzione della contenzione, nei primi mesi del 2020 sono stati organizzati degli eventi formativi di sensibilizzazione e aggiornamento con tutto il personale socio-sanitario. In particolare, viene posta attenzione alla valutazione del rischio di caduta all'ammissione e con cadenza periodica, vengono incentivati programmi di prevenzione che includano l'esercizio fisico (mantenimento forza muscolare) o la revisione periodica dei farmaci psicoattivi che pongono ad alto rischio di caduta e sono in atto modifiche ambientali a tutela della sicurezza dei residenti (ad esempio: rimozione degli ostacoli, tappeti con sensore di movimento, uso di letti Alzheimer).

L'obiettivo che la struttura si è posta è quello di prescrivere e applicare la contenzione solo ai casi strettamente necessari, autorizzata solo previa prescrizione medica che viene sostenuta da valutazioni

assistenziali multidisciplinari, dopo aver corretto le cause scatenanti e adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa a essa, e caratterizzata da uno stretto monitoraggio, al fine di porre attenzione ad eventuali disagi o effetti collaterali riconducibili alla contenzione stessa.

Indicatori clinici

<p>Persone residenti soggette a contenzione fisica</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti con prescrizione di contenzione fisica/ numero di residenti presenti nell'anno x 100</p>	$62/128 * 100 = 48\%$
<p>Persone soggette a contenzione fisica - solo spondine</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti con prescrizione attiva solo spondine/ numero di residenti presenti nell'anno x 100</p>	$26/128 * 100 = 20\%$

Il numero di residenti con prescrizione di contenzione fisica nell'anno 2019 è pari al 48 % del totale e il 20% degli ospiti ha avuto la prescrizione attiva solo spondine.

6.3 Area prevenzione e gestione delle lesioni da pressione

Con il termine Lesione da pressione (LdP) si intende “una lesione tissutale localizzata alla cute e/o ai tessuti sottostanti che insorge tendenzialmente sopra una prominenzia ossea, come conseguenza diretta di una prolungata compressione, o di forze di taglio o stiramento, che determinano uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni” (NPAUP 2016). La classificazione adottata nel presente documento è quella proposta dall'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), che individua l'evoluzione delle lesioni da pressione in quattro stadi:

- stadio I: area di eritema marcato e persistente che non scompare alla pressione digitale e cute integra;
- stadio II: lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma papillare; si presenta clinicamente sottoforma di abrasione, bolla, vescicola o cratere poco profondo sottominato;
- stadio III: lesione cutanea a spessore totale con degenerazione (danneggiamento o necrosi) del tessuto sottocutaneo in grado di estendersi fino alla fascia muscolare sottostante, senza oltrepassarla, con o senza sottominature dei bordi;
- stadio IV: la lesione: degenerazione massiva con danno muscolare, osseo e di strutture capsulari di supporto;

Nella raccolta dei dati sono stati considerati tutti i residenti con la relativa inclusione anche dei dimessi che nel corso del 2019 hanno presentato almeno una Lesione Da Pressione (LdP), anche se attualmente risolta.

	Residenti con almeno una LDD	Residenti con LDD insorte in RSA	Residenti accolti in RSA con una o più LDD	Residenti con LD insorta durante il ricovero ospedaliero
Numero	19	10	5	4

I dati mettono in evidenza come nel corso dell'anno di riferimento, 19 residenti presentano almeno una LDD di cui 10 insorte in RSA, 4 durante il ricovero ospedaliero e 5 accolti in RSA da domicilio o altra struttura ospedaliere e non.

Nel grafico 5 vengono analizzate le lesioni da pressione considerando gli anni dal 2016 al 2019. Viene evidenziato il numero totale di lesioni riscontrate e viene sottolineato se la lesione è insorta in RSA o se era già presente all'ingresso in struttura (dal domicilio, da altra struttura o in seguito a dimissione).

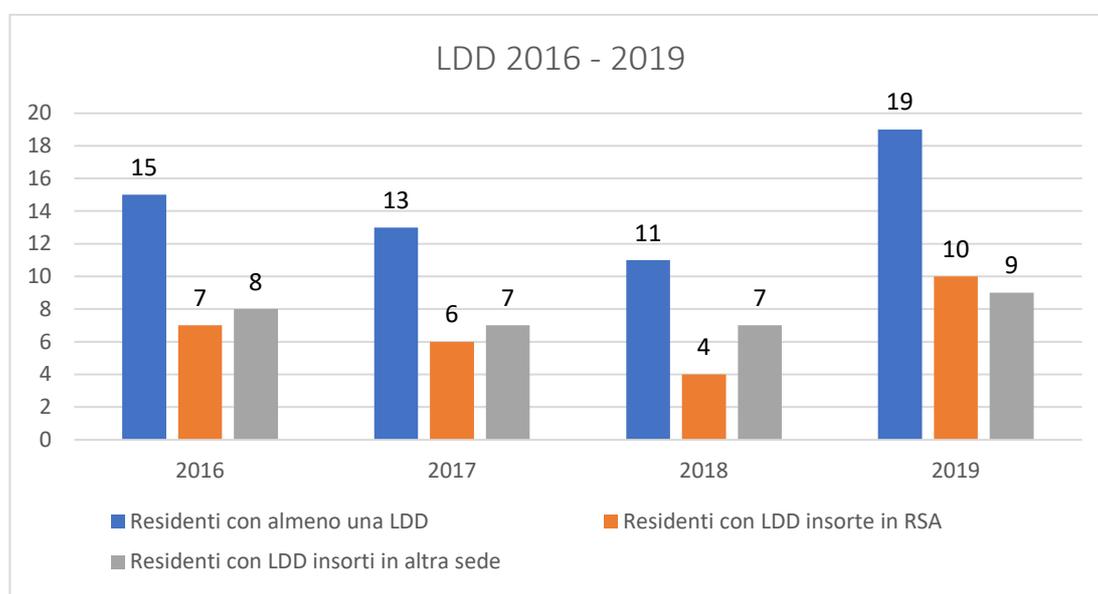


Grafico 5

A fine 2019 è stata rivista la procedura della gestione delle lesioni da pressione da un gruppo multidisciplinare (infermiere, fisioterapista, operatori socio assistenziali), che verrà terminata e

implementata nel corso del 2020 dopo la partecipazione di alcuni operatori sanitari ad incontri formativi organizzati da U.P.I.P.A. s.c.

Indicatori clinici

<p>Lesioni da pressione</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti con almeno una lesione da pressione (tutti gli stadi) / numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100</p>	<p>$19/128 * 100 = 15\%$</p>
<p>Lesioni da pressione insorte in RSA</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti con lesioni insorte in RSA nell'anno di riferimento (tutti gli stadi) / numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100</p>	<p>$10/128 * 100 = 8\%$</p>
<p>Persone accolte in RSA con ulcere da pressione</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti accolti in RSA (nuovi ingressi, rientro da ricovero >24h) con almeno 1 lesione da pressione / numero di nuovi ingressi nell'anno di riferimento x100</p>	<p>$9/38 * 100 = 24\%$</p>

Nel corso del 2019 si registra che il numero dei residenti con almeno una lesione da pressione è pari al 15% del totale mentre quelli con lesioni insorte in RSA sono pari all'8%. Infine, è possibile constatare come il 24% dei nuovi ingressi presentino almeno una lesione da pressione.

6.4 Area della gestione del dolore

Nel 2019 è stata rivista la procedura del dolore da un gruppo di lavoro multiprofessionale e sono stati proposti diversi momenti informativi a partire dal 16 dicembre 2019. Con la nuova procedura la struttura pone un'attenzione particolare al monitoraggio e alla rilevazione del dolore fra i residenti, valutando la presenza o assenza di dolore attraverso l'uso di apposite scale entro tre giorni dall'ingresso in struttura e in occasione dei PAI da parte dell'infermiere e con scadenza periodica (ogni 15 giorni) a tutti i residenti dall'OSS. La rilevazione del dolore viene effettuata compilando l'apposita scheda in CBA: se il residente mantiene le capacità cognitive verrà adottata la scala NRS, in caso contrario la PAINAD. Viene posta particolare attenzione alla valutazione del dolore nei residenti a rischio (patologie neoplastiche, reumatologiche e decadimento cognitivo).

Ad ogni rilevazione del dolore ne viene valutata sia l'intensità che le caratteristiche. Se il valore quantitativo è inferiore a 4 l'operatore o l'infermiere adotta un approccio emotivo-relazionale, consolando e supportando il paziente e/o un approccio non farmacologico, per es. cambio posizionamento; se la rilevazione del dolore risulta con un valore = 0 superiore a 4 viene adottata in ogni

caso una terapia emotivo-relazionale e/o non farmacologica, e si rilevano i parametri vitali. Ad eccezione di casi di emergenza/urgenza, il dolore viene rivalutato a distanza ravvicinata, dopo 5 minuti: se gli interventi fino ad ora adottati non hanno avuto effetto, il paziente verrà rivalutato nuovamente dall'infermiera che a seconda dei casi interverrà con la terapia farmacologica al bisogno, se prescritta, contattando il medico di struttura o attivando il servizio di emergenza/urgenza se necessario.

In caso di presenza di dolore (valore quantitativo uguale o superiore a 4) l'efficacia dei provvedimenti adottati verrà monitorata costantemente fino a tre ore e a sei ore dalla comparsa dei sintomi, rivalutando il dolore tramite le apposite scale a distanza di tempo. In caso di pazienti particolarmente complessi o terminali, il medico di struttura è in contatto con il collega palliativista: nel 2019 sono stati attivati 8 interventi da parte del palliativista e 2 segnalazioni.

6.5 Area gestione dell'alimentazione

Nel corso di questi mesi è stata rivista la procedura riguardante la "valutazione dello stato nutrizionale". Tale procedura descrive gli strumenti utilizzati per valutare lo stato nutrizionale del residente e gli interventi messi in atto per gestire eventuali casi di malnutrizione (frequente rilevazione del peso, utilizzo di integratori naturali e/o alimentari, compilazione questionario semiquantitativo, ecc.). Vengono poi descritte le modalità di valutazione e di gestione degli ospiti disfagici (accertamento tramite test dell'acqua e strategie gestionali).

L'attenzione alle condizioni di rischio per malnutrizione prende in considerazione la situazione presente prima dell'ingresso del residente in RSA: nel momento del colloquio con i famigliari, il coordinatore si informa sulla gestione dell'alimentazione del paziente (grado di autonomia, tipo di dieta seguita, idratazione) ponendo particolare attenzione alla presenza/assenza di disfagia.

All'ingresso il residente viene valutato dall'infermiere e dagli operatori socio sanitari, viene stimato lo stato nutrizionale attraverso l'uso della scheda di valutazione MNA (Mini Nutritional Assessment) e con il medico viene condivisa la scelta sul tipo di dieta da seguire, in base alle patologie, alle condizioni cliniche del residente, all'eventuale sospetto o riferita disfagia.

L'équipe multidisciplinare all'ingresso e con cadenza periodica rivaluta il paziente e discute di eventuali strategie da adottare per prevenire eventuali problemi di malnutrizione o condizioni ad essa associate: vengono discusse le modalità di assunzione dei pasti (luogo, tipo di dieta, modalità di somministrazione dei liquidi, uso di integratori naturali come miele, olio EVO, grana o integratori artificiali, ecc.).

Lo stato nutrizionale dei residenti viene monitorato costantemente attraverso la misurazione del peso ogni 15 giorni e rivalutato ogni 6 mesi in occasione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) con la compilazione della scala MNA (Mini Nutritional Assessment) in cartella informatizzata.

Il residente viene comunque costantemente monitorato durante i routinari interventi assistenziali da operatori e infermieri, viene segnalato ogni segno, sintomo o campanello di allarme che possa far sospettare disfagia o che evidenzi una perdita di peso rilevante.

	Residenti con diagnosi "disfagia"	Residenti portatori di PEG	Residenti che assumono integratori naturali	Residenti che assumono integratori alimentari
Numero	36	1	9	17

Nella raccolta dati sono stati inclusi tutti i residenti presenti in struttura (inclusi i dimessi) che nel corso del 2019 hanno assunto integratori alimentari, anche se per un breve periodo. Come si può osservare, il numero di persone residenti in RSA affetto da disfagia è pari a 36 (28% del totale). Vediamo che solo un ospite è portatore di PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea). Si rileva, inoltre, che il 13% degli ospiti assume integratori alimentari e/o supplementi vitaminico-minerali mentre solo ad una piccola percentuale pari al 7% vengono somministrati integratori naturali come miele, olio EVO, ecc., percentuale che si cercherà di incrementare nel corso del 2020.

Indicatori clinici

Residenti con disfagia Numero di residenti con diagnosi di disfagia nell'anno / numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100	36/128*100 = 28%
Residenti con PEG Numero di residenti portatori di PEG nell'anno, anche quelli cui è stata rimossa / numero di residenti presenti nell'anno di riferimento x100	1/128*100 = 1%
PEG posizionate a seguito di processo decisionale in RSA Numero di PEG che sono state posizionate a seguito di processo decisionale in struttura / numero di residenti portatori di PEG x100	0/1*100 = 0%

Come detto in precedenza, il 28% dei residenti nell'anno di riferimento presenta diagnosi di disfagia.

Solo l'1% è invece portatore di PEG. Non si registrano ospiti ai quali è stata posizionata la PEG a seguito di processo decisionale in RSA.

6.6 Area prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza e antimicrobicoresistenza

Nel corso del 2019 è stato effettuato, in collaborazione col servizio vaccinale della zona, un lavoro di raccolta e aggiornamento dei dati relativi allo stato vaccinale dei residenti presenti in RSA, al fine di riepilogare le vaccinazioni antinfluenzali e antipneumococciche (data di vaccinazione e tipo di vaccino somministrato) eseguite negli anni passati, soprattutto per i residenti provenienti dal domicilio o da altre strutture. I dati raccolti sono stati così inviati al servizio vaccinale e inseriti nella cartella clinica informatizzata del residente (visibile in SIO). Successivamente sono state programmate e proposte le vaccinazioni che hanno portato a 82 vaccinazioni antinfluenzali e 73 antipneumococco (su 90 residenti presenti). Il vaccino è stato eseguito dopo accurata informazione ai residenti e ai famigliari, da parte del Responsabile Sanitario, che hanno dato il loro assenso alla vaccinazione.

A tutti i dipendenti della struttura viene proposta la vaccinazione antinfluenzale: nel 2019 ne sono state eseguite 7.

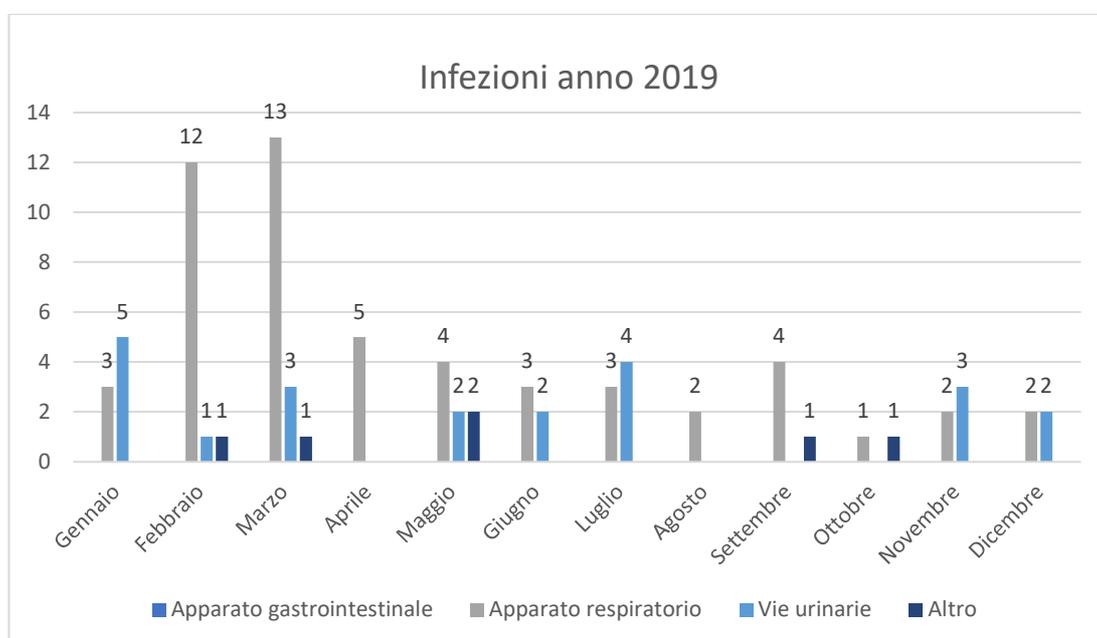


Grafico 6

Il grafico 6 mostra il numero di infezioni dell'anno 2019, suddivise per mese. Le infezioni più ricorrenti sono quelle che interessano l'apparato respiratorio e le vie urinarie. Come mostrato dal grafico, il numero di infezioni respiratorie è più elevato nei mesi di febbraio e marzo, rispecchiando il tipico andamento stagionale di queste patologie.

6.7 Area fine vita

La tematica inerente al fine vita di un residente è stata affrontata promuovendo un approccio multidisciplinare al fine di coinvolgere tutti gli operatori nelle scelte decisionali e nelle strategie da adottare: lo scopo è quello di porre attenzione a tutte le possibili esigenze/problematiche del residente e di mettere in atto tutte le misure possibili di assistenza e supporto per accompagnarlo al meglio. In questo processo si è cercato di coinvolgere e sostenere il più possibile il familiare o *caregiver* del residente. In casi particolari, il medico di struttura si è avvalso del consulto o del supporto telefonico del medico palliativista.

Vista la complessità del tema, la struttura ha programmato per l'anno 2020 degli interventi volti ad affrontare l'argomento, primo fra tutti la stesura e la revisione della procedura. Parallelamente a ciò verranno verosimilmente proposti degli incontri informativi, di aggiornamento e di sensibilizzazione riguardo all'argomento in struttura con tutto il personale.

Indicatori clinici

<p>Gestione del fine vita in RSA</p> $\frac{\text{Numero di residenti in fine vita deceduti in RSA nell'anno di riferimento}}{\text{numero di residenti in fine vita deceduti nell'anno di riferimento}} \times 100$	<p>... *</p>
<p>Elaborazione di un progetto di cura per l'accompagnamento nel fine vita</p> $\frac{\text{Numero PAI riportanti obiettivi e azioni relative all'accompagnamento del morente}}{\text{numero di residenti in fine vita e deceduti nell'anno di riferimento}} \times 100$	<p>...</p>

*Tre punti (...) al posto di un numero indicano un dato non (ancora) rilevato o non (ancora) calcolato.

Solo a partire dalla fine del 2019 sono stati scelti gli indicatori clinici relativi alla gestione del fine vita in RSA e all'accompagnamento al morente. A tale riguardo, si segnala che i dati non sono ancora stati raccolti in modo sistematico e quindi non è possibile avanzare alcune considerazioni statisticamente significative.

6.8 Area relativa alla gestione del residente con diagnosi di demenza

In struttura il numero di residenti con demenza è rilevante: nella maggior parte dei casi sono condizioni a genesi mista o correlate con l'età avanzata. L'approccio a questi pazienti è di tipo multidisciplinare, intervenendo prima di tutto con terapie non farmacologiche, di tipo comportamentale, relazionale o occupazionale. All'interno del processo assistenziale, oltre all'integrazione e collaborazione richiesta a tutti gli operatori e servizi (medici, infermieri, operatori assistenziali, animazione, volontari, ecc.), l'Ente pone particolare attenzione anche al coinvolgimento e supporto dei familiari e *caregiver* per promuovere un percorso parallelo e condiviso.

In un paio di casi particolari, in accordo con i familiari, è stato proposto ai residenti un percorso con uno psicologo. Nei casi più gravi e complessi, soprattutto se alla diagnosi di demenza sono associati disturbi comportamentali gravi, è stato richiesto l'intervento della geriatra e del servizio CDCD.

	Diagnosi di demenza	In trattamento con antipsicotici <i>(in assenza di precedente diagnosi psichiatrica)</i>	In trattamento con benzodiazepine	Residenti con disturbo comportamentale che hanno ricevuto la diagnosi nel CDCD di riferimento	Con disturbo comportamentale
Numero residenti	29	12	8	4	2

Dall'analisi approfondita dei dati è possibile mettere in risalto spunti importanti che possono essere di grande utilità per riorientare le ricerche e gli approfondimenti successivi in tale settore. Si specifica che nel calcolo sono stati presi in considerazione tutti i residenti (inclusi i dimessi) presenti in struttura nell'anno di riferimento. I casi di demenza registrati all'interno dell'RSA nel corso del 2019 sono pari a 29 e tra questi 12 ospiti hanno assunto almeno un antipsicotico, anche se poi la terapia è stata sospesa durante l'anno. Dallo studio si evince, inoltre, che 8 residenti proseguono il loro trattamento con benzodiazepine. A seguire vediamo come 4 residenti con disturbo comportamentale grave hanno ricevuto la diagnosi direttamente dal servizio Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Da ultimo, si rileva come solo 2 residenti hanno manifestato nel corso dell'anno almeno un disturbo comportamentale (*wandering*, vocalizzazione, aggressività, insonnia, apatia ecc.).

Indicatori clinici

Demenza e utilizzo antipsicotici Numero di residenti con diagnosi di demenza che assumono terapie con antipsicotici (tipici e atipici) / numero di residenti con diagnosi di demenza nell'anno di riferimento x100	12/29*100 = 41%
Gestione dei disturbi comportamentali Numero di residenti con gravi disturbi del comportamento per i quali è stato redatto un PAI riportante obiettivi e azioni per la gestione dei disturbi comportamentali / Numero dei residenti con gravi disturbi del comportamento nell'anno di riferimento x100	...*

*Tre punti (...) al posto di un numero indicano un dato non (ancora) rilevato o non (ancora) calcolato.

Dall'analisi dei dati si rileva, inoltre, che il 41% dei residenti con diagnosi di demenza ha assunto terapie con antipsicotici (tipici e atipici). L'indicatore clinico relativo alla gestione dei disturbi comportamentali è stato inserito solo a partire dall'anno corrente.

6.9 Area relativa alla gestione del residente con diagnosi di disturbi psichici e comportamentali

Per i residenti con disturbi psichici e comportamentali l'approccio è anche in questo caso multidisciplinare e prevede confronti continui fra le diverse figure professionali che operano in struttura al fine di adottare strategie e misure assistenziali il più possibile personalizzate e adatte alle caratteristiche del residente. Viene in particolar modo proposto per questa tipologia di residenti un approccio comportamentale e occupazionale al fine di far leva su interessi e capacità residue del residente, soprattutto vista la giovane età di alcuni. La struttura si avvale, inoltre, di una collaborazione stretta con il CSM: le infermiere del CSM o TeRP vengono autonomamente in struttura, con cadenza periodica, a far visita ai pazienti in carico al servizio di psichiatria e in caso di problematiche riscontrate nei pazienti che hanno in carico chiedono un confronto con gli infermieri della struttura o avvisano lo psichiatra che contatterà il medico per una valutazione più accurata della situazione. In maniera analoga il medico di RSA contatta il collega in caso di acuzie o per richiesta di rivalutazioni e/o revisione di terapia. L'intento e la volontà da parte dell'Ente è di incrementare e strutturare al meglio gli interventi con il CSM allo scopo di ottimizzare al massimo la collaborazione con questo servizio, proponendo una programmazione e una rendicontazione periodica delle condizioni cliniche dei pazienti in carico al servizio, incrociando e confrontando i pareri delle infermiere della psichiatria e/o TeRP, che emergono dai controlli eseguiti in struttura, con le valutazioni dell'équipe della RSA per poter personalizzare il più possibile gli interventi assistenziali e i progetti previsti per i residenti.

	Residenti con diagnosi principale di "disturbo psichico e comportamentale"*	≤ 65 anni	> 65 anni	In carico al CSM di riferimento (o psichiatra di riferimento) con progetto personalizzato
Numero residenti	38	4	34	14

* Esclusi i residenti con diagnosi di demenza.

Nell'elaborazione dei dati sono stati considerati i residenti presenti in struttura nell'anno 2019 inclusi anche i dimessi. Gli ospiti con diagnosi clinica principale di "disturbo psichico e comportamentale" sono pari a 38. Riguardo a quest'ultimo aspetto è possibile riscontrare come una netta maggioranza di residenti presenta un'età superiore a 65 anni. Un altro dato significativo è relativo al fatto che 14 ospiti hanno usufruito del servizio offerto dal CSM oppure in alternativa sono stati seguiti dal loro psichiatra di riferimento.

6.10 Area relativa alla gestione del residente con diagnosi di diabete

I residenti con diagnosi di diabete vengono gestiti seguendo dei piani assistenziali individualizzati che prevedono la presa in carico a 360° del problema. La diagnosi di diabete, o di condizioni di alterazione della glicemia, prevedono, dal punto di vista medico, che vengano effettuati dei controlli periodici della glicemia (una volta in settimana per i residenti in terapia insulinica ed una volta al mese per i residenti in terapia ipoglicemizzante orale o con regime dietetico) e accertamenti diagnostici ed ematici programmati durante l'anno. Vengono poi impostati dei provvedimenti che hanno lo scopo di adottare degli stili di vita adatti per il residente, a partire dall'impostazione di un corretto regime alimentare.

	Diagnosi diabete	In trattamento con insulina	In trattamento con terapia orale	Solo trattamento dietetico	In trattamento misto (terapia orale/insulinica)
Numero residenti	35	16	10	6	3

Come si evince dai dati, il numero di ospiti residenti affetti da diabete è uguale a 35 e tra questi 16 sono trattati con insulina, 10 con terapia orale mentre la quota minoritaria rimanente pari a 3 segue un trattamento misto (terapia orale / insulinica). 6 residenti seguono, invece, un trattamento dietetico - nutrizionale personalizzato. Infine, è possibile avanzare alcune considerazioni significative e sottolineare come sia necessario incentivare una nuova cultura dell'informazione e sensibilizzazione dagli operatori in merito a tale area tematica.

6.11 Area prevenzione maltrattamento dei residenti

Nel corso del 2019 alcuni operatori (4 infermieri e 5 OSS) hanno partecipato ad eventi di formazione sul tema del maltrattamento organizzati da U.P.I.P.A. s.c. (Progetto Maltrattamento Zero³: “Relazioni di cura a rischio di violenza: cornice normativa e possibili interventi” e “La relazione di cura che genera benessere o che si incrina: i principi della psicologia sociale maligna o benigna”). Il carico di lavoro, lo stress e la risposta alle esigenze delle persone assistite, può portare gli operatori sanitari a comportamenti inadeguati, che a volte possono avere dei connotati violenti. Per questo è importante che tutti gli operatori coinvolti nell’assistenza non si sentano soli, ma abbiano la possibilità di riflettere con colleghi e responsabili su situazioni e relative conseguenze che possono crearsi nell’ambiente di lavoro. La partecipazione alla formazione ha permesso agli operatori sanitari coinvolti di riconoscere le varie forme di violenza che potrebbero incontrare nel percorso lavorativo e di riflettere su strategie per prevenirle e gestirle. Durante gli eventi formativi è stato dato anche un notevole aggiornamento a livello normativo/giuridico sul tema del maltrattamento e della violenza. Tale tematica verrà approfondita anche nel corso del 2020, con la partecipazione di altri operatori sanitari ad eventi formativi e la rielaborazione in team multidisciplinari di situazioni che hanno avuto connotati violenti (residente-residente, residente-operatore, operatore-residente).

6.12 Agiti violenti nei confronti degli operatori

Durante il 2019 sono stati attivati i primi momenti di formazione sul personale ma non è ancora attiva la procedura sul tema delle aggressioni. Per cui i dati raccolti sono rintracciabili solo sul diario assistenziale degli ospiti; dall’analisi non si evincono casi significativi di agiti violenti nei confronti degli operatori.

³ La prima fase del progetto si è conclusa con la definizione delle Linee Guida di riferimento “MI. Pre. Mi.” - **M**isure per la **P**revenzione del **M**altrattamento nell’invecchiamento” (seminario del 27 settembre 2019). È prevista l’attivazione di nuove iniziative per la disseminazione di quest’ultime all’interno delle RSA nel corso del 2020-2021.

7. GESTIONE DELLA TERAPIA

A partire dal 1° gennaio 2019 è stata introdotta la cartella sanitaria informatizzata con CBA, utilizzata anche per la gestione della terapia farmacologica (prescrizione, somministrazione, monitoraggio). Le infermiere sono state dotate di un tablet che permette la somministrazione della terapia ai residenti in tutta la struttura (per es. sala ristorante). Questo sistema ha permesso di preparare la terapia farmacologica al momento della somministrazione al residente; preparazione e somministrazione vengono quindi effettuate da un'unica persona, riducendo così gli errori di terapia in fase di somministrazione.

Per la somministrazione le infermiere utilizzano un carrello dotato di tutti i farmaci in uso, che viene quotidianamente controllato (scadenze, data di apertura ecc.) e rifornito. In ogni ambulatorio infermieristico è presente poi un armadio per la conservazione dei farmaci, che viene rifornito settimanalmente. L'armadio farmaci viene controllato (scadenze, separazione farmaci FALA e LASA, ecc.) mensilmente. L'approvvigionamento dei farmaci ai piani viene gestito dalla coordinatrice in collaborazione con le infermiere, che settimanalmente richiedono i medicinali mancanti. Ogni due settimane la coordinatrice effettua l'ordine dei farmaci e presidi alla farmacia dell'Ospedale di Cles, che vengono poi conservati nella farmacia interna presente in struttura.

Durante l'anno è stata rivista e implementata anche la procedura "Gestione della terapia farmacologica", che descrive tutto il processo di gestione (prescrizione, somministrazione e monitoraggio, approvvigionamento e conservazione dei farmaci, segnalazione e analisi dell'errore).

<p>Errori farmacologici nella gestione della terapia</p> <p style="text-align: center;">Numero errori nel processo di gestione della terapia nell'anno di riferimento/ numero residenti presenti nell'anno di riferimento X100</p>	...
<p>Multifarmacoterapia*</p> <p style="text-align: center;">Numero di residenti in trattamento con multi farmaco terapia >5 principi attivi/ numero residenti presenti nell'anno X100</p>	82/128*100 = 64 %

*Tre punti (...) al posto di un numero indicano un dato non (ancora) rilevato o non (ancora) calcolato.

Non si dispongono di valori statisticamente rilevanti in merito all'indicatore clinico errori farmacologici nella gestione della terapia. Si documenta, invece, come il 64% dei residenti sono stati trattati con almeno più di cinque farmaci e più principi attivi. In particolare, nel conteggio sono stati inclusi tutti i principi attivi prescritti come terapia di base, comprese le creme e gli unguenti che contengono un farmaco (per

esempio: cortisone). Sono state escluse, invece, le terapie al bisogno, la nutrizione enterale, le creme e gli unguenti di tipo idratante che non contengono farmaco (per esempio: crema base), la terapia con la sola fleboclisi per l'idratazione.

8. EVENTI AVVERSI E NEAR MISS

Nel corso dell'anno è stata predisposta una procedura specifica finalizzata all'individuazione, registrazione ed analisi degli eventi avversi durante i processi assistenziali e che hanno avuto la potenzialità o sono stati effettivamente dannosi per gli ospiti.

Si è ritenuto che fosse necessario favorire la segnalazione degli errori perché questi rappresentano l'elemento indispensabile per poter predisporre azioni correttive al fine di prevenirne la reiterazione. L'organizzazione si è impegnata alla diffusione di una cultura *no blame* nei confronti degli operatori e ad incentivare la creazione di un clima di sostegno alle azioni confidenziali e volontarie.

La segnalazione compete all'operatore coinvolto nell'evento o anche ad altro operatore che ne sia venuto a conoscenza. Per redigere l'informativa si utilizza il modulo "Incident Reporting", presente nella cartella clinica informatizzata, nel quale è possibile riportare elementi di descrizione ed anche di valutazione dell'evento.

L'*incident reporting* deve essere portato a conoscenza del coordinatore dei servizi e del coordinatore sanitario. Alla comunicazione consegue l'analisi nella prima riunione dell'équipe sanitaria che si tiene, di norma, con periodicità mensile.

La valutazione deve essere rivolta sia alle circostanze in cui l'evento si è verificato e sia agli esiti potenziali o effettivamente verificatesi.

I casi specifici vengono classificati secondo lo schema seguente:

- **quasi evento (*near miss*):** situazione che avrebbe potuto provocare un evento per il paziente ed è stato evitato per abilità dei professionisti o per fortuna;
- **evento senza esiti:** accadimento che aveva la potenzialità di dare origine ad un danno per il paziente. È successo qualcosa di imprevisto, ma il paziente non ha avuto conseguenze;
- **evento avverso:** evento inatteso che procura un danno a un paziente, legato alla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia; gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile";

- **evento sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia nel sistema [N. 1 evento sentinella].

Le cause vengono analizzate specificando se sono ascrivibili a:

fattori legati al paziente

caratteristiche e condizioni del paziente, che sono fuori del controllo e responsabilità degli operatori e del trattamento;

fattori legati al personale

- incapacità ad applicare le conoscenze possedute;
- non applicazione di regole e procedure;
- carenze di addestramento ed abilità;
- fallimenti della memoria, della attenzione, del riconoscimento/selezione;

fattori legati al sistema

- esterni: al di fuori del controllo e della responsabilità della organizzazione;
- protocolli/procedure: disponibilità e qualità di protocolli nell'area interessata (assenti, troppo complicati, non accurati, non realistici, non conosciuti).

Durante la prima fase di applicazione della procedura sono stati analizzati alcuni eventi avversi le cui cause sono state ascritte a fattori legati al sistema ed a fattori legati al personale. Durante il periodo di applicazione della nuova procedura di registrazione, limitato all'ultimo quadrimestre del 2019, sono stati analizzati i seguenti *incident reporting*:

N. 1 scambio farmaci

N. 7 non assunzione farmaci

N. 1 assunzione errata farmaci

N. 1 errore posologia farmaci

N. 3 traumi minori

Le azioni correttive messe in atto sono state mirate ad ottenere una completa adesione alle varie fasi ed alla sequenza delle azioni previste nelle procedure di gestione della terapia farmacologica e nelle procedure di esecuzione dei processi assistenziali.

9. AREE DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA

Nell'ambito del rinnovo dell'accreditamento istituzionale sono stati evidenziati dei punti di criticità quali la carenza di alcune procedure operative sia nell'applicazione che nella raccolta dei dati e la mancanza di alcuni dispositivi di sorveglianza ambientale. Ciò ha comportato la revisione-costruzione da parte del gruppo, anche con progetti di miglioramento, di alcune procedure in atto quali il processo di sterilizzazione, la gestione del primo soccorso e delle emergenze cliniche, la valutazione dello stato nutrizionale, le contenzioni, la valutazione e gestione del dolore e la gestione della terapia farmacologica. La struttura si è dotata di sistemi di sorveglianza ambientale quali l'acquisto di tappetini con sensore di movimento e l'installazione di un impianto di controllo dei varchi.

Un *punto di forza* è stato la formazione interna ed esterna per le varie figure professionali. Le aree che hanno interessato la formazione sono l'adempimento legislativo obbligatorio, il clinico - assistenziale, la comunicazione e lo sviluppo strategico oltre al forte investimento attorno alla tematica della Kinaesthetics nell'assistenza riabilitativa che ha visto uno sviluppo teorico ed una fase applicativa su un campione selezionato di ospiti del quarto piano.

È stata, inoltre, introdotta nel corso del 2019 una figura professionale con l'incarico di responsabile della formazione e della qualità, afferente a U.P.I.P.A. s.c., con il compito di coordinare e supervisionare i diversi processi. Nel 2019 è stato implementato il gestionale CBA con la cartella sanitaria. Ciò ha comportato un continuo contatto con il gestore del software per adeguare il programma alle effettive esigenze operative dettate dal continuo confronto con gli operatori.

Altro punto di forza il rapporto costante con i familiari e l'équipe che si evidenzia dall'assenza di segnalazioni di disservizi o carenze da parte di quest'ultimi.

Rimangono *punti di criticità*: la carenza di alcune procedure come la gestione del fine vita, il maltrattamento, la deprescrizione farmacologica e la riconciliazione farmacologica, la gestione dei residenti con importanti disturbi comportamentali (consulenza psicologica-formazione-personale dedicato), le infezioni, l'implementazione della procedura per la gestione di alcuni eventi clinico-assistenziali quali ulcere cutanee, igiene del cavo orale e valutazione del residente disfagico.

10. ASPETTI STRUTTURALI

Sono stati eseguiti lavori di sostituzione del gruppo elettrogeno, che hanno comportato la messa in servizio di un nuovo generatore di corrente da 250,00 KW. Si è proceduto con i lavori di manutenzione straordinaria dei reparti di degenza. Sono stati sostituiti i maniglioni antipanico ed è stata installata una bussola all'ingresso del secondo piano verso il giardino, in maniera tale che chi esce non comporti creazione di aria corrente per gli ospiti presenti nell'area animazione. Infine, sono state sostituite le porte dei reparti di degenza, in maniera tale da creare un'apertura maggiore che consenta di passare agevolmente ad ospiti con le carrozzine ed operatori con i sollevatori. Sono state installate coperture murarie nei corridoi, per evitare il danneggiamento tramite urti, ed effettuati i lavori di tinteggiatura.

Impianto antilegionella

È stato attivato un impianto a base di perossido di idrogeno e argento metallico, che abbatta la presenza della legionella all'interno dell'impianto idraulico.

Controllo varchi

È stato installato un impianto di controllo dei varchi, per scongiurare la possibilità di fuga degli ospiti con deficit cognitivo, posizionato sui quattro ingressi principali della struttura.

11. VERIFICHE E CONTROLLI ISTITUZIONALI

Si segnala che in data 14 maggio 2019 è stata effettuata una visita di Audit per accertare la presenza effettiva dei requisiti ulteriori di qualità richiesti per l'accreditamento istituzionale affiancata anche da una Verifica Tecnico-Sanitaria (VTS). Nel rispetto delle disposizioni provinciali sulle modalità di valutazione⁴ è stata effettuata un'analisi a campione della documentazione tecnico-organizzativa ed assistenziale prevista per il soddisfacimento dei requisiti, seguita da un sopralluogo presso la struttura residenziale unita ad alcune interviste sul campo ad alcuni attori chiave. La Direzione ha presentato la documentazione di supporto ai requisiti in forma cartacea e digitale. Sulla base dei risultati finali emersi dalla visita di Audit sopramenzionata si è così provveduto ad adempiere alle prescrizioni impartite in un'ottica di miglioramento continuo della qualità entro il termine stabilito di centoottanta giorni e a predisporre una relazione di sintesi rispetto agli adempimenti richiesti. Qui di seguito, vengono esposti in

⁴ Per maggiori informazioni si consiglia di prendere visione della Deliberazione n. 1711 del 6 ottobre 2015 e n. 1848 del 6 ottobre 2018 e la direttiva vigente che regola l'attività di vigilanza sulle residenze sanitarie assistenziali n. 2481 del 2018.

modo sintetico i principali interventi attuati per assolvere in modo preciso e puntuale alle varie raccomandazioni:

- La procedura⁵ sanitaria **“gestione del primo soccorso ed emergenze/urgenze cliniche”** (Cod. Doc.: SA4) è stata rivista. Quest’ultima include le fasi operative di gestione dell’emergenza compresa le *check-list* di controllo di presidi, materiale e farmaci presenti sul carrello delle urgenze. La diffusione è stata realizzata con una specifica riunione con gli infermieri in plenaria e l’implementazione è avvenuta a partire dal mese di gennaio 2020. Durante la condivisione si è cercato di far passare il concetto che la gestione dell’emergenza sanitaria passa anche attraverso la corretta gestione del fattore tempo e il rispetto dei ruoli. È importante evidenziare come nella costruzione e revisione delle procedure sono state coinvolte tutte le figure professionali con lo scopo di avviare un processo di lavoro condiviso. Si è cercato di sensibilizzare il personale a documentare e autovalutare le prassi in termini di esiti sul residente.
- La procedura **“la gestione della terapia farmacologica”** (Cod. Doc.: SA19) è stata revisionata. Nello specifico, l’elenco dei farmaci FALA e LASA è stato inserito negli allegati e sono stati introdotti degli indicatori clinici. L’intero processo di segnalazione degli errori di terapia è stato riesaminato e si è deciso di avvalersi della scheda di registrazione dell’*incident reporting* in CBA. L’insieme delle segnalazioni verrà analizzato durante le riunioni mensili tra infermieri e medici con la finalità di predisporre le azioni correttive.
- La procedura relativa alle **“Contenzioni”** (Cod. Doc.: SA14) è stata rivista prevedendo una valutazione all’ingresso entro 24 - 48 ore e una rivalutazione in *équipe* a sette giorni, tre mesi e sei mesi in corrispondenza del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). Per i residenti con *wandering* la struttura si è dotata di cinque bracciali con segnalatore. Se il residente supera uno dei varchi posti alle uscite della struttura parte immediatamente una chiamata al reparto tramite un apposito dispositivo che permette agli operatori di identificare il residente e il luogo dove si trova. Sono stati, inoltre, individuati degli indicatori clinici che servono a valutare la percentuale di residenti con contenzioni, il numero di contenzioni presenti, il numero di residenti con spondine al letto e il numero delle contenzioni rimosse nel giorno indice con una frequenza su base annuale. La procedura completa è stata presentata ai cinquantaquattro Operatori-Socio-Sanitari presenti in struttura nei giorni 11 e 18 febbraio 2020 attraverso un

⁵ Si precisa come tutte le procedure principali sono state descritte sottoforma di istruzioni operative e mediante la rappresentazione di diagrammi di flusso recanti strumenti, tempi e responsabilità specifiche.

incontro formativo della durata di due ore a cura dei medici della struttura. Dopo la presentazione l'organizzazione è passata all'implementazione verso fine febbraio 2020 inserendo in CBA la voce "diario contenzioni" che viene compilato dagli operatori dopo la prescrizione medica della contenzione.

- In ultima analisi, è stata revisionata la procedura "**Processo di sterilizzazione**" (Cod. Doc.: SA3) considerando i controlli periodici sulla tenuta della camera di sterilizzazione dell'autoclave e sull'efficacia del processo attraverso i test chimici (*Bovie Dick* e viraggio sul materiale utilizzato per il confezionamento del materiale sterile). L'ambiente adibito alla sterilizzazione è stato riorganizzato separando gli spazi dove vengono posti i materiali da sterilizzare da quelli sterilizzati in armadi diversi. Dal piano di lavoro è stato inoltre rimosso l'apparecchio per la produzione del ghiaccio in modo da rendere più fluido e corretto il processo di sterilizzazione.

12. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO E PROGETTI ATTIVATI

Nel corso del 2019 è stata rielaborata anche la procedura "**Valutazione e gestione del dolore**" (Cod. Doc.: SA18). Sono state definite le categorie di rischio dei residenti, introdotta una valutazione a cadenza quindicinale per ciascun residente inserendo il *cut off* del trattamento del dolore e la documentazione dell'accertamento completo (O.P.Q.R.S.T.) e dei trattamenti analgici farmacologici e non. Sono stati, inoltre, rivisti gli indicatori clinici utilizzati per il monitoraggio della procedura di gestione del dolore. La revisione della procedura è stata realizzata attraverso l'attivazione di **un gruppo di miglioramento** (GdM) multiprofessionale (medici - Coordinatrice dei Servizi - infermieri - O.S.S.) (V. Progetto N. 9715 - Piano della formazione 2019-2020). La diffusione della procedura è stata realizzata con più incontri specifici che hanno coinvolto tutti gli operatori (54 O.S.S. e 12 Infermieri). L'implementazione è partita il 16 dicembre 2019. Infine, sono stati avviati, **due gruppi di miglioramento** (GdM) multiprofessionali (medici - Coordinatrice dei Servizi - infermieri - O.S.S.). Il primo (V. Progetto N. 9785 - Piano della formazione 2019-2020) ha lavorato sulla revisione della procedura "**Valutazione dello stato nutrizionale**" (Cod. Doc. SA 9) mentre il secondo gruppo (V. Progetto N. 9804 - Piano della formazione 2019-2020) sulla costruzione della procedura "**Igiene e cura del cavo orale**" (Cod. Doc. SO5). La prima procedura si è concentrata nella prima parte a individuare i parametri per l'identificazione dei residenti a rischio di malnutrizione e i relativi interventi e strategie adottate e, nella seconda parte, all'accertamento della presenza e grado di disfagia e relativa gestione. Sono stati individuati gli indicatori clinici di monitoraggio dei residenti rispetto a: rischio nutrizione, utilizzo di integratori naturali e percentuale di residenti disfagici. La seconda procedura

è stata organizzata con una prima fase di valutazione qualitativa e quantitativa di disfunzione del cavo orale da effettuare all'ingresso e ad ogni PAI. La procedura di igiene è stata differenziata considerando la presenza o meno della protesi dentaria, il grado di autonomia nell'igiene e cura del cavo orale e la presenza di disfagia. Un gruppo di lavoro ha lavorato, inoltre, sulla presentazione del menù utilizzando sia il canale della scrittura che delle immagini per facilitare la comprensione al maggior numero di residenti. Infine, per migliorare l'appetibilità si è impostato un programma che prevede il passaggio ad un minor numero di prodotti surgelato rispetto alla preparazione con prodotti freschi.

La struttura ritiene rilevante continuare a investire nel progetto di sistema attinente al tema della "Kinaesthetics nell'assistenza riabilitativa" che coinvolge le strutture che collaborano e sono socie di U.P.I.P.A. s.c. con l'obiettivo di promuovere il cambiamento organizzativo e delle pratiche lavorative. È necessario lavorare su cambiamenti culturali profondi che possano promuovere e far sperimentare nuove forme di responsabilità e collaborazione, nuove forme di relazione che abbiamo come variabili importanti la condivisione di informazioni e nuovi processi. Variabile importante per lo sviluppo di un progetto è senz'altro il termine "collaborazione". Ogni collaborazione ha bisogno di condividere conoscenze, competenze e ambiti disciplinari specifici che siano in grado di incoraggiare, sostenere e promuovere idee nuove per trovare soluzioni qualitativamente migliori. Rispetto a tale tema, è stato quindi avviato un progetto pilota al quarto piano implementato il 13 dicembre 2019 che ha coinvolto quattro ospiti con potenzialità di apprendimento di nuovi schemi di movimento e che mantengono un minimo di capacità motoria spontanea. Da un lato, i professionisti sanitari devono imparare a percepire il proprio movimento e a riconoscere i modelli dannosi e a modificarli attivamente (sforzo - tensione muscolare). Dall'altro lato, il residente può apprendere nuove possibilità di migliorare le sue capacità e competenze di movimento. Ai residenti inclusi nel progetto è stata fatta una valutazione iniziale delle autonomie attuali, utilizzando come strumento una scheda costruita dal gruppo di lavoro multidisciplinare (Coordinatrice dei Servizi - fisioterapista - infermieri - Operatori Socio-Sanitari) che comprende alcuni aspetti delle attività della vita quotidiana (ADL): indossare e togliere i vestiti, l'igiene al lavandino, l'idratazione e l'alimentazione e carico per il trasferimento, assegnando un punteggio da 1 (totalmente dipendente) a 4 (autonomo). È stata così effettuata una valutazione iniziale dal fisioterapista e successive rivalutazioni giornaliere dagli operatori nell'arco di tempo di un mese. Ogni trimestre i residenti verranno rivalutati dal fisioterapista che accerterà il grado complessivo di autonomia raggiunto. È stato fatto il 6 febbraio un *debriefing* con gli operatori del progetto per comprendere i punti di forza, gli aspetti da migliorare, la soddisfazione e il livello di appagamento dei residenti coinvolti e dei professionisti. La situazione attuale è pronta per il cambiamento che dovrà via via andare ad investire in modo graduale tutti i comparti interessati per promuovere stili di

comportamento e nuove filosofie orientate alla facilitazione e allo snellimento delle pratiche lavorative in modo tale da orientarsi verso un'assistenza sempre più personalizzata e umana.

L'ente ha, inoltre, deciso di proseguire il progetto formativo relativo alla movimentazione dei carichi iniziato nell'anno 2016. Dai risultati del calcolo effettuato tenendo conto dell'indice MAPO sui tre piani di degenza, si conferma come la situazione complessiva relativamente al rischio da movimentazione degli ospiti sia più che buona. Il rischio è trascurabile in tutti e 3 i piani di degenza della struttura (piano 2: 0,5; piano 3: 0,6; piano 4: 0,7). Il criterio valutativo del grado di collaborazione fa riferimento al punteggio della scala utilizzata per mobilità e funzionalità (indice di Barthel) di ogni singolo ospite. In particolare, con punteggio maggiore di 79 l'ospite viene considerato collaborante (non influente nel calcolo del MAPO), con punteggio compreso tra 30 e 79 l'ospite viene considerato parzialmente collaborante, con punteggio minore di 30 si classifica come non collaborante. A livello di ergonomia delle camere di degenza è stata rilevata un'inadeguatezza (solo nelle stanze doppie) per quel che riguarda la variabile "spazio al fondo letto inferiore a 120 cm". Il dato, inserito nella formula di calcolo, influisce comunque in maniera trascurabile ai fini del punteggio finale. A livello di ausili, c'è da rilevare come alcune comode non abbiano i freni totalmente efficienti, e alcune carrozzine (basculanti e pieghevoli) abbiano una larghezza superiore a 70 cm, anche se questo è determinato dalle dimensioni corporee degli Ospiti. Per quanto riguarda la formazione, si puntualizza come il coefficiente non sia al minimo in quanto il progetto di formazione in *itinere* che si svolge ai piani il sabato per la durata di un'ora per giornata, in data 22/06/2020 non è ancora stato completato da tutto il personale di assistenza. Questo a causa della riorganizzazione dei reparti per far fronte all'emergenza COVID - 19 che ha causato a marzo l'interruzione temporanea del progetto di formazione sopramenzionato e anche quello sulla Kinaesthetics nell'assistenza riabilitativa.

13. SERVIZIO DI ANIMAZIONE

Nel corso del 2019 sono state apportate alcune modifiche all'organizzazione del servizio di animazione, sperimentate e adeguate finché si sono rivelate buone soluzioni, ideali al contesto ed integrate nel sistema con gli altri servizi. Sono state mantenute le attività consolidate e frequentate, pur cercando di adeguarle via via alle situazioni contingenti, alle richieste e alle capacità residue, con flessibilità e adattamento. Sono state, inoltre, valorizzate le competenze del personale in ambito di abilità socio-relazionale e psico-motorie (tra cui la meditazione, i lavori con lana e i tessuti) e anche specifiche come il metodo *validation* in situazioni di demenza e la stimolazione sensoriale in situazioni di moderata e grave compromissione cognitiva che hanno ottenuto approvazione ed entusiasmo da parte degli ospiti.

Il mandato di operare come un'unica équipe tra gli operatori del servizio di animazione e del centro diurno ha permesso di allargare la prospettiva, orientandosi sempre più verso una risposta attenta e personalizzata dei bisogni. È stata dedicata grande attenzione ai piccoli gruppi, revisionando e rilanciando alcune delle attività che già funzionano e inserendone di nuove, sia al mattino che al pomeriggio, che hanno permesso di offrire personalizzazione degli interventi, collaborazione e sinergia con i servizi ai piani, attenzione e presa in carico di alcuni ospiti in momenti finora scoperti e di rispondere puntualmente al bisogno espresso da alcuni ospiti. Si è cercato di rinforzare sempre più la proposta negli interventi individuali, con stabilità e continuità, per riuscire a dare una risposta adeguata ed efficace e per coinvolgere anche coloro che hanno maggior difficoltà o sono addirittura impossibilitati a partecipare alle occasioni sociali e di gruppo.

Le uscite durante il periodo estivo sono state particolarmente gradite dall'utenza: in particolare, è stata inserita la proposta di qualche breve escursione anche al mattino, che è piaciuta molto e che senz'altro verrà ulteriormente sviluppata anche nel prossimo anno. Le caratteristiche delle gite di successo sono: brevi, non troppo distanti, riscoprendo paesi e luoghi, incontrando persone.

I volontari sono sempre una risorsa imprescindibile, che svolgono attività consolidate, ognuno rispetto i propri interessi e disponibilità: si sono consolidate alcune modalità e proposte, si è avvicinato qualche volontario nuovo (tra cui qualche giovane), e hanno dato un ottimo supporto in situazioni critiche coinvolti dall'équipe multiprofessionale, tanto che sta nascendo tra loro un gruppo autonomo, con la finalità di non sostituirsi a quanto già ogni volontario fa, ma integrando gli spazi di intrattenimento e passatempo, includendo anche i familiari, a rinforzo del legame e dell'integrazione con la comunità.

Si sta cercando di organizzare insieme a loro delle iniziative nuove che permettano di trascorrere del tempo in compagnia, contro la noia, e in cui non sia necessario partecipare attivamente, ma anche

semplicemente come spettatori (sempre più gli ospiti hanno situazioni piuttosto compromesse). Lo scopo è quello di aggregarsi in modo spontaneo e libero, dove è possibile fare delle attività insieme, con il supporto e la gestione di tutti i volontari e famigliari che desiderano essere protagonisti ed avere un ruolo attivo e coinvolgente nella vita dei propri cari.

Sono piaciute le proposte di massaggio plantare con la locale Scuola di Naturopatia e gli incontri di *Pet Therapy*, in particolare quelli individuali. Infatti, la conoscenza e lo scambio con il territorio attraverso le varie opportunità che può offrire permettono di avere spunti nuovi e conoscere realtà che siano di stimolo e benessere individuale e sociale, agevolando talvolta anche dei miglioramenti (ad esempio, un ospite ha continuato privatamente l'esperienza dei massaggi). A tal proposito, si segnala l'ottima collaborazione con il Liceo Russel di Cles nei progetti di alternanza scuola/lavoro, nell'accoglienza di qualche studente per periodi di *stage* e nell'iniziativa di gruppo di alcuni studenti in ambito filosofico, quest'anno incentrata sul tema dell'amicizia. Buono l'inserimento dei giovani in Servizio Civile provinciale e la collaborazione con le operatrici dell'Intervento 19.

Nel corso del 2020 si continuerà con i progetti di alternanza scuola/lavoro con il Liceo Russel di Cles, sia con l'accoglienza di qualche studente per periodi di *stage*, sia nell'iniziativa di gruppo di alcuni studenti in ambito filosofico, collegandolo al tema che sarà protagonista nel prossimo concorso U.P.I.P.A. s.c. (la famiglia). Infine, si è pensato di programmare anche qualche incontro suggerito dalla varietà di opportunità offerte dal territorio per permettere di avere spunti nuovi e conoscere realtà che siano di stimolo e benessere individuale e sociale.

14. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il presente documento non ha la pretesa di essere esaustivo e completo ma si pone come punto di partenza per intraprendere nuovi percorsi di approfondimento nel settore clinico-assistenziale e della qualità nella presa in carico in RSA. La raccolta sistematica di dati e informazioni in modo informatizzato si inserisce in un'ottica di sostanziale cambiamento che ha investito il ventunesimo secolo. Tale tematica risulta di grande attualità e merita una attenta riflessione. Nelle liste di controllo dei requisiti generali di qualità per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie è richiesto che venga attuato un programma preciso per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari che includa indicatori clinici di monitoraggio (volumi, appropriatezza, esiti) e la periodicità delle rilevazioni. Creare un archivio informatizzato della conoscenza condivisa, per gestire ed elaborare in modo rapido ed efficiente flussi di dati sanitari selezionati ed informazioni relative ai vari processi, sembra essere la nuova "rivoluzione copernicana" di questo millennio. Alla base deve nascere e svilupparsi una strategia di registrazione e gestione di un flusso sempre più significativo di dati da selezionare, analizzare, organizzare al fine di renderli facilmente accessibili e trasparenti. Il successo di un'organizzazione sanitaria dipenderà sempre di più dal modo in cui saranno gestite, catalogate organizzate ed utilizzate le varie informazioni socio-sanitarie che dovranno essere analizzate da professionisti competenti in modo da ottenere dei risultati utili e certificati. Puntare ed investire su una chiara strategia di collaborazione e condivisione tra tutti gli *stakeholders* apporta ed assicura, inoltre, ad una struttura sanitaria maggiore visibilità e competitività. Spesso, infatti, il più grande ostacolo è la radicata resistenza al cambiamento e la dipendenza dal percorso scelto (*path dependency*) in quanto viene percepito come una perdita, un impoverimento, anziché come un arricchimento. Per utilizzare una metafora la resistenza al cambiamento può essere paragonata ad un gigante dai piedi d'argilla. Basta solo avere il coraggio di sfidarla, non è un muro insuperabile. Rendersi aperti alle novità non significa abbracciare l'incertezza dell'esito ma "mettersi al servizio" di una strategia che va perseguita a livello collettivo al fine di produrre i cambiamenti necessari per affinare gli strumenti e le metodologie di valutazione della qualità dei servizi erogati. Sempre più vi è quindi l'esigenza di essere innovativi, mirati e concreti in modo tale da facilitare e snellire i vari compiti che appesantiscono il lavoro di gestione creando maggiore disinteresse e sconforto in chi deve misurarsi quotidianamente con tali problematiche. Nella complessità di dati che la struttura sanitaria si trova a raccogliere e gestire, la vera sfida degli anni a venire sarà quella di individuare le informazioni e gli indicatori più utili/pregnanti per rendere anche il sistema di monitoraggio della qualità sempre più efficace ed efficiente. Ciò anche con l'obiettivo di coniugare l'economicità nell'impiego delle risorse,

ridurre i costi e velocizzare i tempi, unitamente al miglioramento continuo delle prestazioni e alla soddisfazione dei residenti. Tutto ciò predispone che i risultati del monitoraggio delle attività cliniche, manageriali e dei processi sociali vengano condivisi per poter identificare fin da subito le priorità di intervento e costituiscano la base per il riesame delle attività.

L'analisi ha messo in luce, inoltre, come un'altra grande sfida attuale sia quella di interrogarsi per cercare di comprendere anche le esigenze operative specifiche che i professionisti sanitari hanno fatto presente in un'ottica di contestualizzazione e personalizzazione, con la finalità di studiare delle interfacce utente su misura, semplici e *user-friendly* in grado di dare risposte ai bisogni dichiarati e cercare soluzioni ottimali per risolvere le numerose criticità che l'organizzazione ha al suo interno. Ciò ha così comportato nel corso dell'anno 2019 un contatto continuo e stretto con i gestori del software CBA per adeguare il programma ai bisogni rilevati. Si è così proceduto a valutare le funzionalità già presenti nell'applicativo e la gradienza con la possibilità di indicare nuove schermate aggiuntive. Per investire con efficacia occorre, quindi, sviluppare una chiara visione delle priorità ed essere aperti a idee e soluzioni concertate che prevedano l'apporto di tutti gli operatori sanitari coinvolti in modo tale da non generare ansia o frustrazione eccessiva. L'organizzazione sanitaria si è posta quindi anche l'obiettivo di agevolare una trasformazione culturale che porti al coinvolgimento diretto e graduale di tutti i membri rendendoli attori protagonisti del cambiamento.

I primi dati raccolti nel presente lavoro permettono di indagare in modo puntuale numerosi elementi relativi ai processi di miglioramento della qualità. Nel corso dell'anno di riferimento sono stati individuati e sviluppati nuovi indicatori clinici per valutare l'andamento delle aree tematiche relative a dolore, nutrizione, disfagia e cavo orale, contenzione, terapia farmacologica, la gestione del primo soccorso e delle emergenze cliniche, il processo di sterilizzazione e a incentivare l'implementazione di azioni volte al miglioramento dei processi gestionali sottesi agli indicatori scelti e periodicamente monitorati. Aggiornare la documentazione e le varie procedure socio-sanitarie si è così trasformata in un'ulteriore occasione di riflessione, formazione ed esplicitazione trasparente delle attività effettivamente svolte nella struttura, con la finalità di rendere noto a tutti i portatori di interesse la qualità dei servizi socio-assistenziali erogati. La raccolta e la relativa rielaborazione dei dati permettono all'organizzazione sanitaria di leggere l'andamento degli indicatori individuati e di riprogrammare azioni correttive concrete sulla base degli esiti rilevati. U.P.I.P.A. s.c. ha svolto un ruolo determinante e decisivo anche nell'accompagnare l'ente nell'implementazione di nuove azioni nel contesto lavorativo, sia attraverso la formazione specifica agli operatori, sia come supporto all'attivazione e costruzione di gruppi di miglioramento. In parallelo a tali iniziative sono stati, infatti, programmati e attivati numerosi corsi di

formazione per i dipendenti in modo tale da sensibilizzare il personale su nuove tematiche e coinvolgerlo in misura maggiore nei processi di cambiamento. Lo scopo perseguito è stato quello di creare un ambiente di lavoro coinvolgente, attivo e pronto a migliorarsi continuamente. Anche nel corso del 2020⁶ si procederà con l'attivazione di piccoli gruppi di lavoro a distanza per la stesura e revisione delle procedure sanitarie e assistenziali, amministrative, sicurezza e/o trasversali. Si procederà con l'adesione volontaria dei professionisti sanitari interessati a riflettere e ad approfondire i seguenti argomenti: la gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e antimicrobico-resistenza, la deprescrizione farmacologica, il maltrattamento, il fine vita ecc. L'obiettivo sarà quello di tracciare il percorso di buone pratiche cliniche attraverso l'approfondimento della letteratura scientifica di riferimento per arrivare ad individuare nuovi indicatori da sperimentare in una nuova area (per esempio: le lesioni Da Pressione (LdP), le cure di fine vita, il maltrattamento, la gestione dei residenti con diagnosi di disturbi psichici e comportamentali ecc.). La vera sfida delle moderne organizzazioni sanitarie sarà quella di strutturare dei meccanismi innovativi fatti di conoscenze e competenze in grado di far fronte e supportare ogni cambiamento repentino e inaspettato. Un'organizzazione sanitaria "snella" dovrebbe saper generare un impegno da parte di tutti gli operatori a fornire servizi sanitari ad elevato valore aggiunto per ogni singolo ospite. La qualità diffusa e applicata attraverso l'informatizzazione nelle varie fasi dei processi dovrebbe consentire, invece, di generare miglioramenti gradualmente (incrementali) e continui, riducendo al minimo gli eventuali errori. Visioni convincenti e strategie d'azione chiare unite al lavoro di squadra, al rispetto dei ruoli tra tutti gli attori in gioco e una buona comunicazione e collaborazione avranno un impatto decisivo nel determinare le linee d'azione future nel medio-lungo periodo.

⁶ Si precisa che non è questa la sede per approfondire in modo dettagliato i potenziali interventi in materia di qualità relativi all'anno 2020. Per maggiori approfondimenti, si consiglia di consultare il Piano Qualità 2020 realizzato in parallelo al presente elaborato.