

BILANCIO SOCIALE



FONDAZIONE CREUSA BRIZI BITTONI ETS

ANNO 2024

INDICE

- 1. Metodologia adottata per la redazione del bilancio sociale**
- 2. Informazioni generali sull'ente**
- 3. Struttura, governo e amministrazione**
- 4. Persone che operano per l'ente**
- 5. Obiettivi e attività**
- 6. Situazione economico-finanziaria**
- 7. Altre informazioni**

1. METODOLOGIA ADOTTATA PER LA REDAZIONE DEL BILANCIO SOCIALE

1.1 PERCHÉ UN BILANCIO SOCIALE

Il Bilancio sociale per la Fondazione Creusa Brizi Bittoni ETS rappresenta in prima battuta una esigenza sentita di rendere conto alla collettività, ai beneficiari dei nostri interventi, ai nostri sostenitori, di quanto fatto nell'anno, delle risorse impiegate e degli obiettivi raggiunti.

Ciò consente a tutti gli *stakeholder* della Fondazione di confrontare i risultati raggiunti nel corso dell'anno sociale e comprendere se vi è coerenza con la missione dell'Ente, anche tenuto conto del contesto geniale in cui al Fondazione opera e del grado di raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Nella redazione del presente bilancio sociale sono stati rispettati i seguenti principi, previsti nel Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 4 luglio 2019, i quali garantiscono la qualità del processo di formazione e delle informazioni in esso contenute:

- **rilevanza:** nel bilancio sociale devono essere riportate solo le informazioni rilevanti per la comprensione della situazione, dell'andamento dell'Ente e degli impatti economici, sociali e ambientali della sua attività, o che comunque potrebbero influenzare in modo sostanziale le valutazioni e le decisioni degli stakeholders;
- **completezza:** implica l'individuazione dei principali stakeholders che influenzano o sono influenzati dall'organizzazione e l'inserimento di tutte le informazioni ritenute utili per consentire a tali stakeholders di valutare i risultati sociali, economici e ambientali dell'Ente;
- **trasparenza:** secondo il quale occorre rendere chiaro il procedimento logico seguito per rilevare e classificare le informazioni;
- **neutralità:** le informazioni devono essere rappresentate in maniera imparziale, indipendente da interessi di parte e completa, riguardare gli aspetti sia positivi che negativi della gestione senza distorsioni volte al soddisfacimento dell'interesse degli amministratori o di una categoria di portatori di interesse;
- **competenza di periodo:** le attività e i risultati sociali rendicontati devono essere quelli svoltisi e manifestatisi nell'anno di riferimento;
- **comparabilità:** l'esposizione delle informazioni nel bilancio sociale deve rendere possibile il confronto sia temporale, tra esercizi di riferimento, sia, per quanto possibile, spaziale rispetto ad altre organizzazioni con caratteristiche simili od operanti in settori analoghi;
- **chiarezza:** le informazioni devono essere espone in maniera chiara e comprensibile, accessibile anche a lettori non esperti o privi di particolare competenza tecnica;
- **veridicità e verificabilità:** i dati riportati devono far riferimento alle fonti informative utilizzate;
- **attendibilità:** implica che i dati positivi riportati nel bilancio sociale devono essere forniti in maniera oggettiva e non sovrastimata; analogamente i dati negativi e i rischi connessi non devono essere sottostimati; gli effetti incerti inoltre non devono essere prematuramente documentati come certi;

- autonomia delle terze parti: nel caso in cui terze parti rispetto all'ente siano incaricate di trattare specifici aspetti del bilancio sociale o di garantire la qualità del processo o di formulare valutazioni o commenti, deve essere loro richiesta e garantita la più completa autonomia e indipendenza di giudizio;

In ogni caso il presente documento è redatto secondo quanto previsto dall'art. 14 Dlgs 117/17 e costituisce il progressivo consolidamento di un percorso volto al suo affinamento, profondamente convinti della opportunità che sia sempre di più un strumento "vivo", trasparente, partecipato e condiviso; si desidera che rappresenti prima che un obbligo di legge un desiderio degli amministratori di rendere effettivo ed evidente il ruolo sociale che la Fondazione Creusa Brizi Bittoni ETS riveste in primis nel territorio pievese ponendosi comunque al servizio della comunità regionale.

1.2 L'ITER DI QUESTO BILANCIO SOCIALE

Il documento redatto e concluso viene sottoposto a monitoraggio dell'organo di controllo (sez. 8) e approvato dal Consiglio di Amministrazione.

Il bilancio sociale viene poi depositato nel registro unico nazionale del Terzo settore (Runts) entro i termini previsti dalle norme e pubblicato sul sito internet della Fondazione.

2. INFORMAZIONI GENERALI SULL'ENTE

2.1 CHI SIAMO

FONDAZIONE CREUSA BRIZI BITTONI ETS

Codice Fiscale: 00481650547

Partita iva: 00481650547

Forma giuridica e qualificazione ai sensi del codice Terzo settore: Fondazione iscritta alla sezione 7- Altri enti del Terzo settore

Sede legale: Viale Cappuccini, 24;

Aree territoriali di operatività: La Fondazione è attiva sul territorio del Comune di Città della Pieve.

La Fondazione Creusa Brizi Bittoni di Città della Pieve nell'anno 1922 trae origine dall'iniziativa di un comitato di cittadini che promosse la costituzione di un "Ricovero per Vecchi" con l'aiuto della Chiesa locale che si impegnò affinché venisse concesso in uso gratuito il Vecchio Convento dei Cappuccini (con annessa Chiesa e terreni) di cui il Cardinale Tacci Pongelli era enfiteuta. La Fondazione ha ottenuto dalla Regione Umbria il riconoscimento di Persona Giuridica di Diritto Privato con Determina Dirigenziale n. 6909 del 2 luglio 2018. La Fondazione, non ha scopo di lucro e svolge in via esclusiva o principale, con finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale le seguenti attività di interesse generale di cui all'articolo 5 del D.Lgs.117/2017:

- Prestazioni socio-sanitarie;
- Educazione, istruzione e formazione professionale, nonché attività culturali di interesse sociale con finalità educativa;

- Beneficienza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti di cui alla legge 19 agosto 2016, n. 166 e successive modificazioni, o erogazione di denaro, beni o servizi a sostegno di persone svantaggiate o di attività di interesse generale di cui all'articolo 5 del D.Lgs 117/2017.

In particolare la Fondazione si prefigge di procurare alle persone svantaggiate, con specifica attenzione agli anziani ed alle anziane, sia singoli che in coppia che vengono a trovarsi in difficoltà e in ragione delle condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali o familiari di avere una assistenza socio-sanitaria e socio assistenziale, talché possano vivere in serenità gli ultimi anni vita, attraverso servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari e comunque attraverso qualsiasi tipo di servizio che si rendesse utile allo scopo sopra prefissato.

2.2. STORIA

L'operatività in Città della Pieve di una struttura destinata ad ospitare anziani risale al settembre dell'anno 1922, quando l'allora vescovo Mons Angelucci – ottenuto l'affrancamento dall'enfiteusi che risultava a favore del Cardinale Tacci Pongelli avviò l'operatività di quello che all'epoca fu denominato "Ospizio dei Vecchi" per accogliere persone anziane, sole ed in difficoltà. Successivamente la signora Creusa Brizi Bittoni volle dare più solide basi alla benefica iniziativa, nominando sua erede universale il "Ricovero dei Vecchi" poveri da erigersi legalmente con la denominazione di "Opera Pia Creusa Brizi Bittoni". Poi la struttura beneficiò dell'altra consistente eredità Alari, grazie alla quale fu potenziata e proseguita l'attività di accoglienza. Con Decreto del Presidente della Repubblica n°409 del 12 giugno 1969 il "Ricovero dei Vecchi" fu riconosciuto quale Ente Morale con la denominazione "Creusa Brizi Bittoni". Con il passare degli anni risultò necessario procedere ad adeguamenti strutturali; conseguentemente il Consiglio di Amministrazione in carica a metà degli anni '80 approvò un progetto di ristrutturazione ed ampliamento grazie al quale la struttura sarebbe risultata più funzionale e confortevole. Gli interventi di ampliamento, adeguamento e miglioramento strutturale via via realizzati hanno consentito sia di raggiungere gli standard necessari per ottenere la classificazione quale Residenza Protetta sia la sottoscrizione di specifica convenzione con la Regione Umbria sia infine potenziare il numero delle persone accolte che attualmente è pari a 57. Dopo l'emanazione della L.R. n. 25/2014 il Consiglio di Amministrazione deliberò la trasformazione dell'ente in Fondazione di diritto privato. Ottenuti tutti i necessari pareri ed acquisite le relative autorizzazioni, l'iter di privatizzazione si è concluso nell'anno 2018 allorquando con DD. n. 6909 la Fondazione Creusa Brizi Bittoni è stata iscritta nel Registro Regionale Umbro delle persone giuridiche al numero 94/18 parte prima e 94/18 parte analitica. Infine, in attuazione delle previsioni del codice del Terzo Settore, il 15 dicembre 2022 il Consiglio di Amministrazione ha deliberato la trasformazione della Fondazione in Ente del Terzo Settore con conseguente richiesta di iscrizione al RUNTS.

3. STRUTTURA, GOVERNO E AMMINISTRAZIONE

3.1 ORGANI SOCIALI

Il Consiglio di Amministrazione è composto da 5 (cinque) membri. Fanno parte del Consiglio di Amministrazione in qualità di membri di diritto l'Arcivescovo di Perugia-Città della Pieve ed il Sindaco di Città della Pieve. Entrambi possono svolgere il loro mandato sia personalmente sia a mezzo di un loro delegato. Qualora il membro designato a sostituire l'Arcivescovo o il Sindaco durante l'espletamento del proprio mandato e per qualsiasi causa fosse impossibilitato a partecipare all'attività della Fondazione, si intende decaduto dall'incarico ed al suo posto è nuovamente chiamato a far parte del Consiglio di Amministrazione l'Arcivescovo o il Sindaco o il nuovo rappresentante indicato.

Sono inoltre chiamati a far parte del Consiglio di Amministrazione:

- un membro designato dal Consiglio Comunale di Città della Pieve;
- due membri designati dalla Regione dell'Umbria.

I tre componenti il Consiglio di Amministrazione debbono essere in possesso di competenza, esperienza e professionalità adeguate all'ottimale raggiungimento della migliore operatività possibile della Fondazione.

Il Consiglio di Amministrazione dura in carica cinque anni a decorrere dalla data di suo insediamento. I tre componenti designati dell'organo di Amministrazione possono esserlo in modo continuativo per un massimo di due mandati.

L'attuale Consiglio di Amministrazione è composto da:

- Cappannini Vincenzo (Presidente) in rappresentanza del Vescovo di Perugia e Città della Pieve
- Risini Fausto - Sindaco di Città della Pieve
- Barbino Alessandro
- Romano Letizia Maria
- Binaglia Marcello

Componente dell'Organo monocratico di controllo e Sindaco Unico della Fondazione è Capponi Antonella.

Non sono previsti compensi per gli amministratori. L'Organo monocratico di controllo/Sindaco ha un compenso annuo di Euro 1.000.

Il Consiglio di Amministrazione, in veste formale e alla presenza dell'Organo di Controllo, si è riunito 5 volte. Numerosi sono stati anche gli incontri informali volti a raccordare esigenze operative e assunzione di decisioni, poi formalizzate nelle opportune sedi.

3.2 DEMOCRATICITÀ E PARTECIPAZIONE

La Fondazione riconosce e promuove i valori della partecipazione alla *mission* istituzionale, condividendo e diffondendo ogni fatto utile alla vita sociale della fondazione stessa, anche attraverso la "Consulta" che è l'organo consultivo di riferimento del Consiglio di Amministrazione della Fondazione. La Consulta è composta da 5 membri incluso il Presidente. I membri della Consulta sono nominati:

- n. 2 componenti dalla Consiglio comunale di Città della Pieve;
- n. 1 componente indicato dagli ospiti della Residenza Protetta e loro familiari, rappresentante scelto tra gli stessi e/o i loro parenti tra una rosa di candidati che abbiano dato la loro disponibilità;
- n.1 componente nominato della parrocchia di Città della Pieve;
- n.1 componente individuato dall'Assessore alle politiche sociali del Comune di Città della Pieve fra i nominativi all'uopo segnalati dalle associazioni di volontariato esistenti nel territorio comunale ed operanti nel contesto sanitario e socio-assistenziale.

La Consulta della Fondazione si riunisce, di regola, due volte l'anno, per prendere atto annualmente dei bilanci preventivi e consuntivi della Fondazione, per conoscere il lavoro svolto dalla Fondazione e per formulare suggerimenti in merito all'attività futura della Fondazione stessa.

3.3 MAPPA DEGLI STAKEHOLDERS

La Fondazione non ha strutturato ancora un processo di costante rilevazione e mappatura dei propri *stakeholder*. In ogni caso ha identificato i soggetti principali “portatori di interesse” con cui interagisce, privati, pubblici, partendo dai beneficiari dei propri interventi e da coloro che collaborano anche a titolo di volontariato, sino alle istituzioni e ai media. Sono portatori d’interesse, o stakeholders, tutti i soggetti intesi come individui, gruppi, enti o società che hanno con la Fondazione relazioni significative; essi sono a vario titolo coinvolti nelle attività dell’Ente per le relazioni di scambio che intrattengono con essa o perché ne sono significativamente influenzati. Con i portatori di interesse si persegue l’obiettivo di intercettare e comprendere i bisogni personali e del territorio, di cooperare con loro per individuare gli obiettivi e le strategie più sinergiche, trovare gli strumenti più idonei a realizzare azioni ritenute prioritarie e in linea con la visione e missione della Fondazione. Distinguiamo in essi due grandi tipologie: “[1] stakeholders esterni” e “[2] stakeholders interni”.

[1] Stakeholders esterni	Denominazione
Beneficiari dei progetti (ospiti, utenti, ...)	OSPITI UTENTI UTENTI ANZIANI
Donatori privati e enti di finanziamento	DONATORI
Istituzioni pubbliche (aziende sanitarie, enti locali, enti di assistenza)	ASL UMBRIA - COMUNE DI PERUGIA - COMUNE DI CITTA' DELLA PIEVE - REGIONE UMBRIA

Aziende, fornitori, banche e assicurazioni)	BCC CENTRO - MONTE DEI PASCHI DI SIENA – BANCO BPM - POLIS SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE – CATTOLICA ASSICURAZIONI
Parrocchie ed enti ecclesiastici	DIOCESI DI PERUGIA CITTA' DELLA PIEVE PARROCCHIA DEI SS GERVASIO E PROTASIO
[2] Stakeholders interni	Denominazione
Organi statuari (consulta, consiglieri e organo di vigilanza)	CONSIGLIERI - CONSULTA ORGANO DI VIGILANZA

4. PERSONE CHE OPERANO PER L'ENTE

4.1 RISORSE UMANE RETRIBUITE

La struttura operativa nell'anno 2024 si è avvalsa del contributo di 12 lavoratori dipendenti con funzioni di segreteria amministrativa, servizio sociale, minuto mantenimento, cucina, lavanderia e accoglienza. Il cui costo come indicato in bilancio è stato pari ad euro 232.932.

Per ciò che attiene al Consiglio di Amministrazione si ricorda che non sono previsti compensi per gli amministratori. L'Organo monocratico di controllo/Sindaco come precedentemente indicato ha un compenso annuo di euro 1.000.

4.2 ALTRE RISORSE UMANE

La Fondazione ha sottoscritto un contratto per l'affidamento ad una cooperativa sociale ETS specializzata in servizi socio sanitari che rappresentano il core-business dell'attività. Nel corso del 2024 è stata consolidata ed ampliata la azione di riorganizzazione decisa dal Consiglio di Amministrazione al fine di rivedere l'assetto organizzativo operativo della Fondazione, per renderlo coerente con le risorse disponibili e le diverse attività istituzionali da perseguire. La Fondazione non si avvale di volontari diretti nella propria attività.

5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

5.1 ATTIVITÀ SVOLTE E RISULTATI RAGGIUNTI

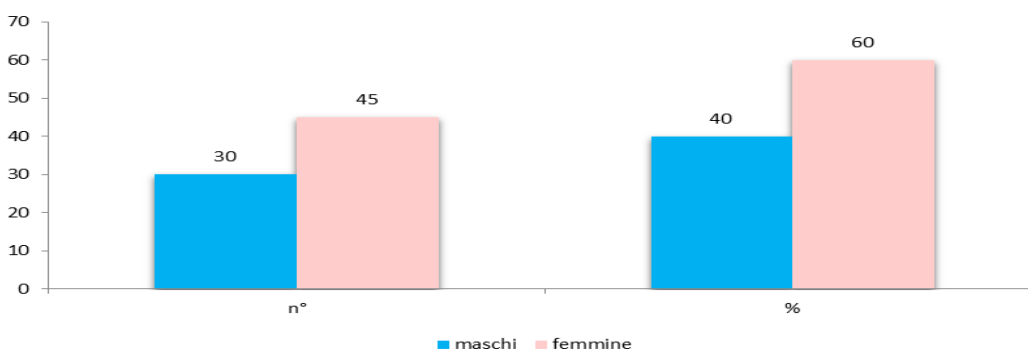
5.1.1 AMBITO SANITARIO

Con riferimento a questo ambito, nel bilancio sociale 2024 oltre le caratteristiche anagrafiche degli ospiti presenti, si è scelto di dettagliare i risultati raggiunti per i seguenti ambiti:

- Ricoveri ospedalieri
- Prevenzione delle lesioni cutanee da pressione
- Gestione del dolore

Appare evidente come i principali Stakeholders di riferimento a cui si rivolge l'attività sociale della Fondazione siano gli ospiti della struttura e pertanto la misurazione di obiettivi e attività non può che avvenire nei confronti di questi. L'assistenza agli anziani nei setting di lungodegenza è oggi diventata sempre più complessa; la ricerca in ambito geriatrico ha sicuramente contribuito ad accrescere le conoscenze sia sul versante diagnostico, terapeutico, riabilitativo, assistenziale, organizzativo e tecnologico. Tutto ciò che ruota intorno all'anziano disabile, residente nei vari setting assistenziali, ha subito un'accelerazione in termini di miglioramenti generali delle condizioni assistenziali (almeno per quelle strutture che hanno saputo adeguarsi alle crescenti esigenze degli utenti), così come delle prestazioni assistenziali e dei servizi erogati. Tuttavia la complessità legata alla multimorbilità è andata aumentando e ha richiesto sempre nuovi approcci, sia sul versante metodologico, organizzativo, che tecnologico. Infatti, gli anziani assistiti dallo staff della Fondazione "Creusa Brizi Bittoni" durante l'anno 2024, come previsto e riportato di seguito, sono stati caratterizzati da una fragilità globale e da una instabilità clinica che ha messo alla prova tutto il personale nelle numerose occasioni di "emergenza" assistenziale e nelle scelte che sono state prese per gestire situazioni al di fuori di protocolli e linee guida specifici per l'assistenza geriatrica. Al fine di, anche se succintamente, i risultati ottenuti, di seguito viene riportato quanto emerso in sede revisione annuale dell'andamento degli indicatori e obiettivi sanitari e assistenziali nell'anno 2024. Nella Fig. 1 sono evidenziate le numerosità e relative percentuali degli anziani assistiti, suddivisi per sesso: si può notare, come del resto atteso e confermato nel corso degli anni precedenti, che la maggior parte di ospiti assistiti è stata di sesso femminile (60.0% vs 40.0%).

Fig. 1 POPOLAZIONE ASSISTITA NELL'ANNO 2024



Tab.1 – Caratteristiche anagrafiche del campione assistito nell'anno 2024

	maschi		femmine	
	n.	%	n.	%
< 65 aa	3	4,0	2	2,7
65 - 74	3	4,0	4	5,3
75 - 84	8	10,7	9	12,0
85 - 94	16	21,3	22	29,3
>94 aa		0	8	10,7
TOTALE	30	40,0	45	60,0

Nella Tab. 1 viene riportata sempre la distribuzione degli anziani per sesso e per classi di età; anche in questo caso si conferma, come nelle residenze simili alla nostra, la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra 85 e 94 anni; questo dato conferma non solo che si vive più a lungo, ma che questa classe di età di anziani è quella che maggiormente determina difficoltà nelle famiglie, per la gestione domiciliare dei propri cari.

Sono proprio l'invecchiamento della popolazione e le conseguenti difficoltà delle famiglie a gestire a domicilio le problematiche assistenziali molto complesse, infatti, che portano spesso all'istituzionalizzazione.

Anche la fascia di anziani con età > 94 anni è stata ben rappresentata (circa l'11.0% e solo femmine), con soggetti, che sempre più spesso raggiungono la quota di 100 anni.

Nella Tab.2, oltre a dati riepilogativi, è riportata l'età media della popolazione assistita; la media generale è stata pari a 85.7 anni (nel 2023 era pari a 85.2 anni) e rispettivamente pari a 81.3 anni per i maschi e 88.8 anni per le femmine.

Tab. 2 – Caratteristiche (anagrafiche) del campione assistito nell'anno 2024

	maschi		femmine		totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
N° ospiti	30	40.0%	45	60.0%	75	100%
Età media generale (in anni)					85.7	
Età media (in anni)	81.3		88.8			

Da questa situazione "epidemiologica" si può immaginare come il carico assistenziale a cui lo staff assistenziale ha fatto fronte, per le difficoltà ordinarie e quelle legate a situazioni emergenti, abbia avuto necessità di numerose e significative risorse di vario genere, messe a disposizione dall'Amministrazione per assicurare adeguati standard di qualità assistenziale.

Come previsto dalla procedura sulla revisione degli obiettivi da parte dell'Alta Direzione, è stata condotta un'analisi sull'andamento assistenziale e sanitario, prendendo in esame gli obiettivi previsti dal Piano d'Azione per l'anno in corso e, in particolare, il trend dei loro principali indicatori (Tab. 3).

Tab. 3 Obiettivi assistenziali e sanitari previsti dal piano d'azione per l'anno 2024

<i>Ricoveri ospedalieri</i>
<i>Riduzione giornate di degenza ospedaliera</i>
<i>Prevenzione degli eventi traumatici</i>
<i>Prevenzione delle lesioni cutanee da pressione</i>
<i>Prevenzione della malnutrizione</i>
<i>Gestione del dolore</i>

Per meglio comprendere la valutazione effettuata, in fondo ad ogni paragrafo viene riportato un estratto della scheda di ciascun obiettivo, in modo da avere presenti i vari elementi e criteri che definiscono l'obiettivo stesso.

1 - RICOVERI OSPEDALIERI

Come detto in altre occasioni *"... l'Ospedale rappresenta una fenomenale risorsa in termini di salute, in quanto consente (o dovrebbe consentire) il ripristino di una condizione clinica e quindi funzionale, andata persa durante l'evolversi della comorbidità degli anziani, in particolare anche di quelli che vivono nelle strutture di lungodegenza"*.

Anche per la nostra struttura, l'Ospedale è un punto di riferimento soprattutto nelle situazioni in cui la gestione clinica all'interno della struttura diventa impossibile, per la mancanza di tecnologie diagnostiche necessarie a chiarire e/o trattare situazioni avanzate e di scompenso a cascata.

Pertanto, la possibilità di poter accedere al Pronto Soccorso e quindi all'eventuale ricovero ospedaliero rappresenta, un'occasione, una speranza, una possibilità attraverso cui poter far recuperare all'ospite una migliore condizione clinica.

Ci sono, tuttavia, degli elementi, per i quali è necessario sempre fare delle considerazioni e riflessioni.

La scelta da parte dello staff assistenziale di inviare in Pronto Soccorso un ospite è sempre molto difficile, in quanto sono numerose le implicazioni a cui si va incontro; sono difficoltà per i familiari nell'assistenza ospedaliera, per l'ospite a seguito del cambiamento dell'ambiente (che si sommano al disagio per cui è stato ospedalizzato), per lo staff nel seguire il decorso della degenza, ma soprattutto per la futura gestione assistenziale dell'ospite ospedalizzato. Infatti, c'è la consapevolezza, purtroppo, che ogni qual volta si invia un ospite in Ospedale, molto spesso, a fronte di una relativa stabilizzazione del quadro clinico per la significativa comorbidità, le condizioni generali degli ospiti al loro rientro in struttura sono peggiori di quelle di partenza. Per tale motivazione, lo staff sanitario e assistenziale fa di tutto per cercare di evitare, laddove possibile, il ricorso all'ospedalizzazione, coinvolgendo in questo processo decisionale anche i familiari, sensibilizzandoli ed educandoli al "problema ricovero".

Com'è noto, *"... ridurre la frequenza dei ricoveri ospedalieri è sempre un importante obiettivo, in quanto esprime anche la forza del team assistenziale di contrastare, entro certi limiti, la tendenza al peggioramento delle malattie croniche, quali la cardiopatia ischemica, il diabete, l'ipertensione, etc.."*

Per poter far sì che ciò avvenga, occorre tenere sotto controllo, attraverso l'attuazione di protocolli clinici, diagnostici e terapeutici e preventivi, i fattori di rischio per i vari tipi di scompenso; numerose sono, quindi, le variabili che entrano in gioco nel determinare la necessità del ricovero, prima tra tutte l'età".

Lo staff, nella figura del Responsabile sanitario o dell'Assistente sociale, promuove il ricovero dell'anziano, dopo averne condiviso le motivazioni e le eventuali difficoltà organizzative con i familiari; nei casi in cui, pur essendo il quadro clinico critico, ma la condizione generale dell'ospite è tale da far supporre una relativa efficacia del ricovero, per una prognosi *quoad vitam, quoad valetudinem o quoad functionem* non certa, il confronto all'interno dell'équipe multidisciplinare e con i familiari o Amministratore di Sostegno consente di gestire la situazione con i mezzi a disposizione in Residenza.

Questa modalità di affrontare situazioni critiche, attraverso il coinvolgimento dei familiari o di chi ne fa le veci, è stata acquisita nel tempo dallo staff assistenziale, nonché apprezzata, al punto che la valutazione dei rischi di un ricovero è sempre argomento propedeutico all'attivazione del Servizio 118, sempre nel pieno rispetto della dignità della persona, soprattutto di fronte a un'età molto avanzata o a un momento potenziale di fine vita.

Individuazione degli eventi

Per la valutazione dei ricoveri viene preso in considerazione un elemento di estrema importanza, l'instabilità clinica; con questo termine si indica una condizione in cui la comorbidità presente, cioè l'insieme delle patologie disabilitanti, determina un cambiamento più o meno intenso dello stato di salute, a carattere fluttuante o ingravescente.

Per definire la instabilità clinica è stata adottata la valutazione già presente su Sistema Atl@nte, che definisce la condizione clinica dell'anziano in sei livelli, da "stabile" a "acuzie".

Nella Tab. 4 sono riportati, per ogni livello di stabilità/instabilità, le caratteristiche degli interventi richiesti per far fronte alle varie tipi necessità.

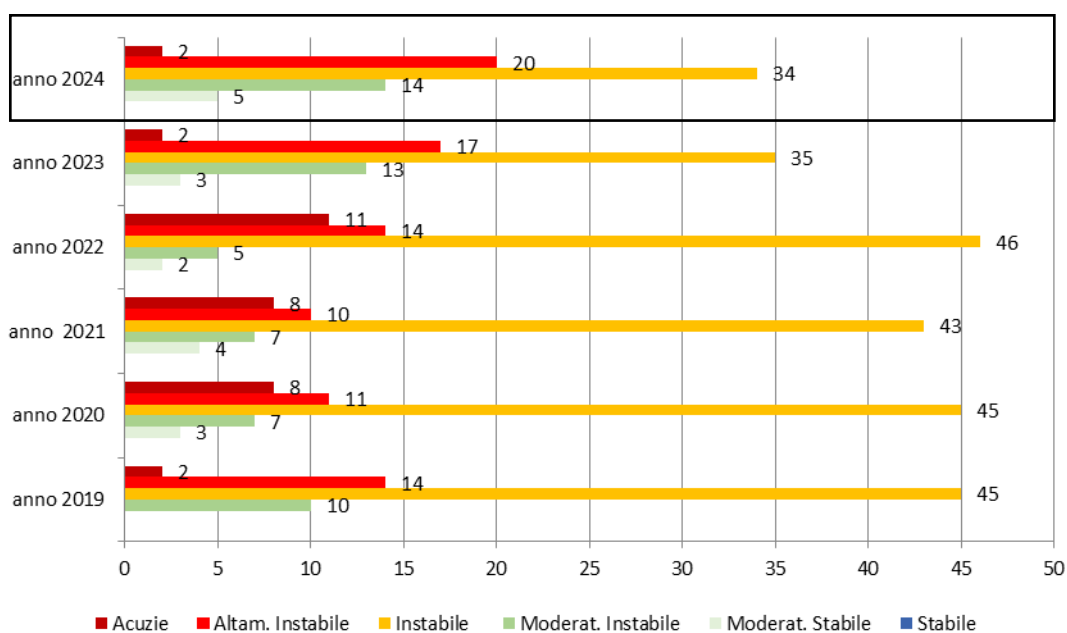
Tab. 4 Valutazione dell'instabilità clinica

Co d.	CONDIZIONE CLINICA	TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI
0	Stabile	Senza particolari problemi o con problemi che necessitano per il loro controllo di monitoraggio clinico programmabile o a intervalli > 60 giorni
1	Moderatamente stabile	Con problemi che necessitano di monitoraggio clinico programmabili a intervalli di 30-60 giorni
2	Moderatamente instabile	Con problemi che necessitano di monitoraggio clinico programmabile a intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta a settimana
3	Instabile	Con problemi che necessitano di monitoraggio clinico NON programmabile, una o più volte a settimana, ma non quotidiano
4	Altamente instabile	Con problemi che necessitano di monitoraggio clinico quotidiano
5	Acuzie	Con problemi che necessitano di monitoraggio clinico pluriquotidiano

Come evidenziato dalla Fig. 2, rispetto all'anno 2018 c'è stata una significativa e profonda modificazione delle condizioni cliniche e di stabilità:

- l'instabilità nelle sue varie forme ha caratterizzato il 67% della popolazione
- la popolazione instabile e altamente instabile è stata ben rappresentata, anche se in misura moderatamente minore rispetto all'anno 2022
- anche in misura minore, la condizione di acuzie è sempre stata presente

Fig. 2 INSTABILITA' CLINICA: periodo 2019 - 2024



Dall'analisi dei dati emerge, quindi, che la condizione degli ospiti, distribuita nei vari livelli di instabilità, è risultata particolarmente impegnativa; rispetto all'anno 2023, anche se di poco, sono aumentate le numerosità degli anziani "altamente instabili" e "instabili", di fatto maggiormente suscettibili o bisognosi di interventi differenziati e di particolare intensità clinica.

A fronte di questa condizione di "macroscopica" instabilità generale, nonostante la marcata comorbilità presente, i ricoveri effettuati nel corso dell'anno 2024 sono stati contenuti e complessivamente sono stati pari a 4; le caratteristiche di stabilità cliniche sono riportate nella Tab. 5: 1 ospite altamente instabile, 2 ospiti con instabilità classica e 1 ospite moderatamente instabile; tuttavia le motivazioni che hanno portato al ricovero sono state tutte significativamente "urgenti", insorte acutamente e non gestibili dallo staff assistenziale all'interno della Residenza.

Tab. 5 Instabilità clinica e cause dei ricoveri nell'anno 2024

Livelli di instabilità clinica	n° ricoveri	causa
Acuzie		
Altamente instabile	1	<ul style="list-style-type: none"> trombosi venosa profonda e insufficienza renale acuta
Instabile	2	<ul style="list-style-type: none"> stato soporoso trauma con frattura di femore
Moderatamente instabile	1	<ul style="list-style-type: none"> melena e stato confusionale
Moderatamente stabile		
Stabile		

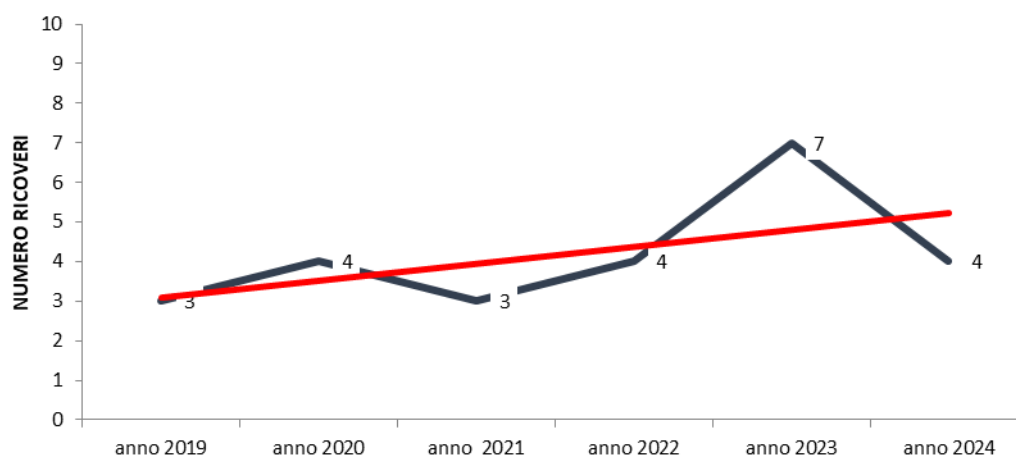
Nella Fig. 3 è invece riportato l'andamento dei ricoveri dal 2019 in poi; com'è facile notare, durante il periodo in osservazione, la numerosità dei ricoveri non è mai stata elevata e rispetto all'anno 2023, quando gli ospiti ricoverati sono stati 7, quest'anno sono stati 4 a ricorrere alle cure ospedaliere; tutti i ricoveri sono avvenuti in regime di urgenza.

Va notato che, a fronte di una lieve crescita del trend, come verrà successivamente detto, i 4 ricoveri dell'anno 2024 sono rientrati, comunque, nella media prevista dall'obiettivo, pari a 4,2 ricoveri anno.

Il contenimento del ricorso all'ospedalizzazione in generale, e in maniera evidente nell'anno 2024 vs il 2023, dimostra l'azione efficace svolta dallo staff nel prevenire le situazioni pre-scompenso, sempre numerose e solo in alcuni casi non procrastinabili.

Come si vedrà, purtroppo, al contenimento dei ricoveri non è seguita una riduzione delle giornate di degenza ospedaliera (vedi dopo), con un impatto negativo sul versante dell'introito di risorse economiche.

Fig. 3 ANDAMENTO DEI RICOVERI : periodo 2019 - 2024



Analisi dei dati e delle cause degli eventi

L'andamento della numerosità dei ricoveri negli ultimi anni offre interessanti spunti di riflessione interessanti:

- come è evidenziato in altre occasioni, nel corso degli anni la numerosità dei ricoveri è andata sempre più riducendosi; dal 2012, anno in cui è stata più alta la numerosità di ricoveri (11 casi), la numerosità si è progressivamente ridotta; nel 2024, Fig. 3, si è quasi dimezzata rispetto al 2023, rientrando nella media del periodo 2019-2024, pari a 4,2
- la numerosità dei ricoveri dell'anno 2024 è verosimilmente l'espressione del lavoro in prevenzione, dell'attuazione della Valutazione MultiDimensionale, con l'applicazione dei protocolli diagnostici, terapeutici e preventivi, che ha consentito di stabilizzare al meglio le condizioni cliniche di numerosi ospiti e di contrastarne l'evoluzione lentamente peggiorativa
- le motivazioni dei quattro ricoveri sono riportate nella Tab. 5
- analizzando la condizione emergente al momento del ricovero si è dimostrato che non era possibile trattenere in Residenza l'anziano e che c'era la necessità di effettuare accertamenti di approfondimento diagnostico e quindi interventi terapeutici mirati

Sulla base di quanto sopra riportato possiamo affermare che il contenimento dei ricoveri ospedalieri, se rapportato ai 75 anziani fragili assistiti, assume ancor più rilevanza sul piano operativo, su quello assistenziale e soprattutto su quello umano.

Quanto svolto dallo staff socio-assistenziale e sanitario durante gli ultimi anni, infatti, è stato un lavoro di alto livello assistenziale in senso generale e umano, essendo riusciti a contenere in una popolazione ad alto rischio di complicanze la numerosità dei ricoveri; al tempo stesso è stata offerta maggior vicinanza agli ospiti e ai loro familiari, gestendo le numerosissime situazioni critiche, che facilmente avrebbero potuto sfociare nel ricovero ospedaliero.

Pertanto, l'obiettivo di mantenere il numero totale dei ricoveri ospedalieri entro il valore medio del periodo di osservazione, 2019-2023, pari a di 4.2 ricoveri/anno, è stato raggiunto.

Definizione e pianificazione delle azioni di miglioramento

Visti i dati sopra riportati, non ci sono da definire né pianificare vere e proprie azioni specifiche; tuttavia, al fine di mantenere alta l'attenzione dello staff assistenziale relativamente a tale obiettivo, in occasione della presentazione dei dati assistenziali al personale verranno ribaditi i principi fondanti l'assistenza geriatrica in Residenza e cioè:

- mantenere alta l'attenzione e la sensibilizzazione del personale a cogliere e riferire sempre tutti i segni di "allarme" clinico ed assistenziale
- continuare ad attuare tutte le azioni volte alla prevenzione e al controllo della maggior parte dei fattori di rischio per lo scompenso a cascata, che inevitabilmente possono portare all'ospedalizzazione, come per esempio tutte quelle azioni che possono incidere su alcune tipologie di ricovero, i cosiddetti ricoveri impropri e quelli "evitabili"; tali azioni riguardano il monitoraggio pressorio e quello glicemico, dell'idratazione, della funzione intestinale, etc.

Attuazione

La modalità attraverso cui la Direzione Sanitaria, in accordo con quella Amministrativa, intenderà portare avanti le azioni di mantenimento dello standard assistenziale qualitativo, faranno riferimento alla presentazione dei dati allo staff assistenziale, con la discussione dei casi e la riflessione sulle cause che hanno portato al ricovero; ciò con lo scopo di individuare, se possibile, eventuali fattori "correggibili" e trattarli secondo un criterio di prevenzione.

Verifica

La verifica dell'andamento dell'assistenza agli ospiti non autosufficienti verrà effettuata come sempre in itinere e successivamente al termine dell'anno in corso.

Obiettivo:	
Descrizione obiettivo: <i>Indicatore:</i>	Contenere il numero dei ricoveri ospedalieri ricovero ospedaliero
Periodo di riferimento: <i>Verifica:</i>	Anno (01–Gen/ 31-Dic) Annuale
Standard di riferimeto:	numero ricoveri < 4,2, quale media degli ultimi 5 anni (2019 - 2023)

5 - PREVENZIONE DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE

Lo scenario a cui da ormai diversi anni stiamo assistendo è caratterizzato da un progressivo peggioramento delle condizioni cliniche e funzionali degli anziani che entrano in Residenza; tale andamento lo si apprezza anche per gli anziani da tempo residenti nella struttura. Ciò è dovuto alla comorbidità, che influenza in maniera pesante le abilità nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, in particolare nella mobilitazione e nell'alimentazione. I primi segni di questi due indicatori sono la tendenza alla sarcopenia e quindi all'immobilizzazione e il dimagrimento, con importanti riflessi sull'integrità cutanea.

Come si vedrà, pur mettendo in atto tutte le misure volta a prevenire le lesioni cutanee da pressione, in numerosi casi tali misure non riescono a contrastare l'evoluzione clinico-biologica delle persone e quindi assistiamo quasi impotenti alla comparsa di lesioni cutanee, in questa fase estremamente difficili da trattare e guarire.

Gli anziani ospiti vengono valutati ai fini di una stratificazione del rischio di sviluppare lesioni cutanee e lo strumento impiegato è stato la scala di Braden, scala validata a livello internazionale. In base a questa valutazione gli anziani vengono suddivisi in soggetti a rischio di sviluppare lesioni e soggetti non a rischio di svilupparne.

La prevenzione delle lesioni cutanee da pressione costituisce sempre un obiettivo assistenziale tra i più importanti che una struttura di lungodegenza si deve porre per offrire un'assistenza di qualità.

Le conoscenze in materia sono tutt'altro che poche, così come gli strumenti che ci sono a disposizione per la valutazione del rischio di una persona, della stadiazione delle lesioni, dei trattamenti terapeutici offrono a tutt'oggi grandi possibilità e opportunità per contenere l'impatto delle lesioni cutanee da pressione.

Il tema della "prevenzione dei decubiti" è sempre all'ordine del giorno e costantemente vivo, data l'impronta assistenziale geriatrica e l'importanza che l'équipe multidisciplinare dà a questa problematica per le numerose implicazioni di ordine fisico, psichico, organizzativo e quindi anche economico, che essa riveste.

Lo stato di iponutrizione, se non di vera e propria malnutrizione, è forse il fattore più subdolo e difficile da contrastare, in quanto assicurare un adeguato apporto nutrizionale e idrico è molto spesso difficile, senza ricorrere alla NET (Nutrizione Enterale Totale)".

Individuazione degli eventi

Tutti gli ospiti sono stati valutati mediante opportuna scala (Scala di Braden), che è un test validato a livello internazionale, semplice, ripetibile, che identifica la persona a rischio di sviluppare lesioni cutanee, stratificandone il rischio; tale strumento è presente all'interno del software Sistema Atl@nte, che ci consente la gestione pressoché completa dell'assistenza.

Nella Fig. 8 viene riportata la correlazione tra gli ospiti assistiti nel periodo di osservazione, coloro che in base alla valutazione sono risultati a rischio di sviluppare lesioni cutanee da pressione e quelli che le lesioni di fatto le hanno sviluppate; queste informazioni sono utili per comprendere l'andamento dell'indicatore, come verrà spiegato successivamente.

Nella Fig. 9 viene evidenziata la distribuzione delle lesioni cutanee in base alla loro localizzazione.

Fig. 8 CORRELAZIONE TRA OSPITI ASSISTITI, OSPITI A RISCHIO DI SVILUPPARE LDP E OSPITI CON LDP: periodo 2019 - 2024

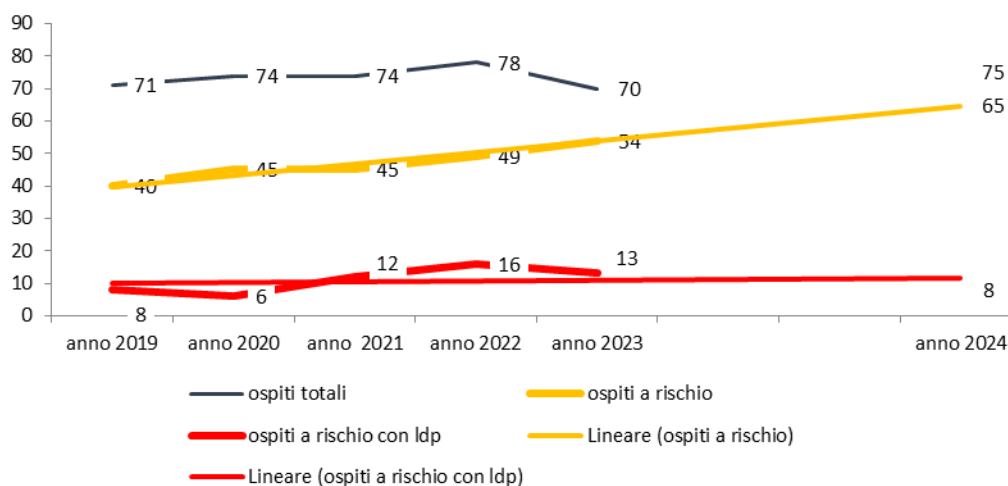
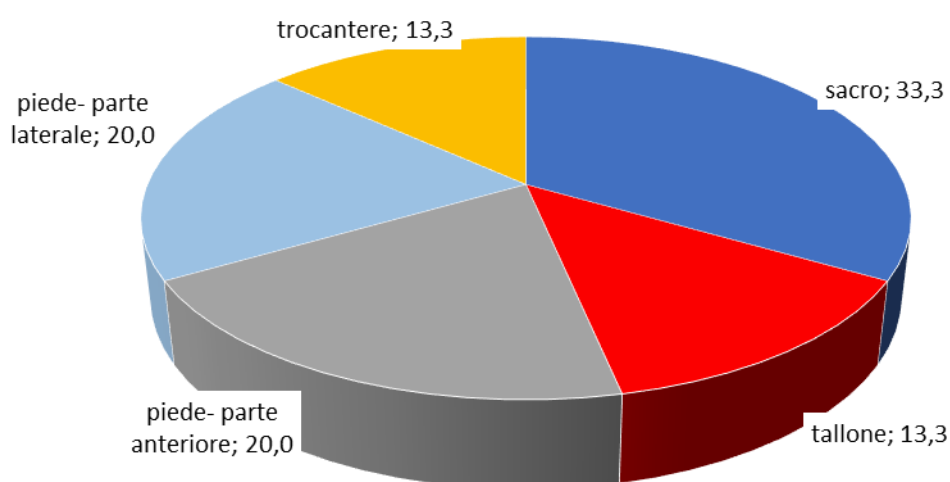


Fig. 9 DISTRIBUZIONE DELLE LDP PER SEDE (%): anno 2024



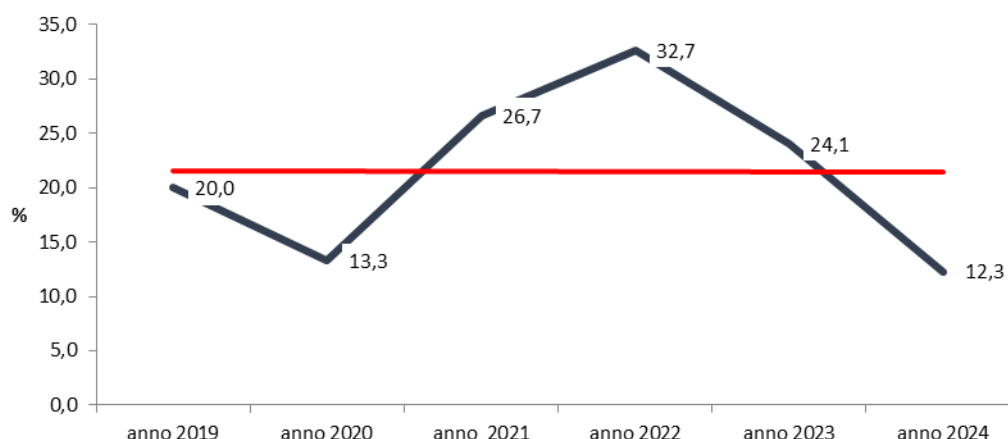
Nella Tab. 8 viene riportata, non solo la sede, ma anche la gravità delle lesioni prese in carico nell'anno 2024.

Tab. 8 Riepilogo della caratteristiche delle LdP prese in carico nell'anno 2024

GRAVITA' DELLE LESIONI							
SEDE DELLA LESIONE	I stadio	II stadio	III stadio	IV stadio	Non stadiabile	TOTALE	%
tallone				2		2	13.4
sacro		2	2	1		5	33.3
trocantere				2		2	13.4
Piede – parte anteriore			1			1	6.6
Piede - parte laterale	1	2	2			5	33.3
TOTALE	1	4	5	5		15	100,0

Infine, la Fig. 10 riporta l'andamento dell'indicatore per le lesioni da pressione e cioè l'andamento del rapporto tra gli ospiti a rischio che hanno sviluppato lesioni e tutti gli ospiti a rischio, presenti nel periodo di osservazione (anno per anno).

Fig. 11 ANDAMENTO DELL'INDICATORE PER LdP (ospiti a rischio con LdP/ospiti a rischio totali periodo 2019 - 2024



Analisi dei dati e delle cause degli eventi

Dalla valutazione dei dati relativi all'età media degli ospiti, al rischio di sviluppare lesioni (secondo la scala di Braden), alla condizione di immobilizzazione e alla numerosità delle lesioni negli ospiti, è emerso un quadro indicativo di una marcata complessità dell'utenza assistita, legata alla loro elevata fragilità, comorbidità e disabilità, soprattutto di ordine cognitivo-comportamentale, da stato nutrizionale non sempre ottimale e da una sostanziale immobilizzazione.

Dall'analisi dei dati sopra riportati, le riflessioni che si possono fare sono:

- nel periodo 2019 – 2024 la numerosità degli anziani è rimasta sostanzialmente la stessa, oscillando dai 71 a 75 anziani assistiti durante il 2024
- in questo periodo, la numerosità di ospiti che hanno sviluppato lesioni cutanee è andata aumentando fino al 2022, per poi ridursi fino agli 8 ospiti con lesioni del 2024 vs i 13 casi del 2023

- in questo periodo, la numerosità di ospiti che hanno sviluppato lesioni cutanee è andata aumentando fino al 2022, per poi ridursi fino agli 8 ospiti con lesioni del 2024 vs i 13 casi del 2023
- relativamente alla distribuzione delle lesioni per sede, la regione maggiormente interessata, come atteso, è stata quella sacrale e la parte laterale del piede, entrambi al 33.3% del totale, seguita da quella dei talloni e del trocantere, entrambi al 13.4%)
- relativamente alla gravità, come riportato in Tab.8, il maggior livello di gravità rappresentato è stato il IV stadio, con 5 lesioni; quindi il III stadio con 4 lesioni e così via; non si sono verificate, invece, lesioni non stadiabili

Relativamente all'analisi delle cause che possano aver contribuito all'insorgenza di lesioni cutanee, si può affermare che, con l'incremento dell'età e delle problematiche cognitivo-comportamentali, sono profondamente cambiate le caratteristiche cliniche, nonché la disponibilità degli anziani a farsi assistere; è questo un problema comune a tutte le strutture residenziali che assistono un target di anziani particolarmente disabili. Volendo fare un'elencazione di probabili fattori causali, si ricorda quanto precedentemente evidenziato e cioè:

- *“... una reale difficoltà, almeno per alcuni anziani, nel contrastare gli effetti dell'immobilizzazione o delle deformità articolari, con conseguente difficoltà a posizionare correttamente la persona su ausilio o a letto*
- *insufficiente nutrizione e idratazione: seppur adeguatamente e correttamente assicurate nella stragrande maggioranza dei casi, in alcuni casi ci sono grandi difficoltà ad attuarle (vedi punto 4) e contemporaneamente i processi catabolici età-correlati sono maggiormente evolutivi rispetto a quelli anabolici*
- *problematiche cognitivo-comportamentali significative, quali soprattutto oppositività e rifiuto di mangiare in corso di demenza, nonché la disfagia, sempre più frequente e attesa in una popolazione assistita sempre più vecchia*
- *condizioni infettive che hanno fatto precipitare in alcuni casi la già scarsa mobilità, comportando l'allettamento dell'ospite per periodi più lunghi*
- *come riportato anche in altre occasioni, la disfagia, nelle sue diverse fasi evolutive, richiede sempre:*

a) tempi di valutazione lunghi per confermare il disturbo e per definire il miglior intervento nutrizionale: tipo di manipolazione degli alimenti (dalla semplice triturazione, all'omogeneizzazione, fino al “piatto omogeneo”),

b) rapporto/condivisione delle informazioni con i familiari sul tipo di intervento da programmare (ciclo infusione, NET tramite SNG, PEG, PET tramite PICC);

c) tempo per tutti questi momenti decisionali, che comportano importanti riflessi sull'immediatezza degli interventi, quindi sul versante nutrizionale degli anziani e quindi sull'incidenza di lesioni cutanee”

Considerando, quindi, tutti i fattori sopra riportati, le difficoltà, nonché i limiti intrinseci all'assistenza per la comorbidità elevata degli anziani ospiti, il bilancio di questo importantissimo obiettivo presenta aspetti molto positivi. Lo staff assistenziale, infatti, nonostante la complessità di certe situazioni, ha saputo contrastare nei limiti del possibile l'insorgenza di nuove lesioni.

I dati relativi all'andamento dell'indicatore per le lesioni da pressione mostrano un trend coerente e conforme con quanto atteso, con un valore dell'indicatore pari al 12.3% vs il 24.1%

dell'anno precedente, ampiamente entro il range previsto nel Piano d'Azione per tale obiettivo e pari al 23.4, quale media dei valori nel periodo 2019-2023.

Si può quindi affermare che **l'obiettivo previsto dal Piano d'Azione è stato raggiunto.**

Definizione e pianificazione delle azioni correttive e di miglioramento

Sulla base di quanto sopra esposto, ma soprattutto di quanto dimostrato dallo staff assistenziale, si ritiene comunque opportuno riflettere su quanto svolto al fine di verificare la possibilità di mantenere gli interventi già svolti, apportando eventuali azioni di miglioramento, magari organizzativo, all'attuale modalità e organizzazione assistenziale.

Innanzitutto occorrerà potenziare ulteriormente gli aspetti preventivi.

In sede di presentazione in sessione plenaria dei dati complessivi dell'assistenza si ribadiranno alcuni punti essenziali, che da sempre fanno parte dell'orientamento assistenziale della Residenza; in particolare che:

- il personale abbia sempre la consapevolezza delle proprie potenzialità nella prevenzione delle lesioni e delle proprie responsabilità nel determinismo dell'eventuale lesione cutanea
- l'aspetto nutrizionale degli ospiti debba essere sempre tenuto presente, quale primo elemento imprescindibile, da correggere quanto prima se deficitario, ricorrendo eventualmente a strategie nutrizionali consone e coerenti con lo stato dell'anziano, senza altresì sconfinare nell'accanimento terapeutico
- stessa importanza venga data all'idratazione
- il team infermieristico, in accordo con il Geriatra, rivedano costantemente in maniera critica la procedura di gestione e trattamento delle lesioni, quanto meno per verificare la correttezza, rispetto alle linee guida, degli interventi finora effettuati

Relativamente alle azioni di miglioramento, ai fini dell'obiettivo si ritiene importante

- risensibilizzare tutto lo staff relativamente al problema lesioni cutanee, agli aspetti preventivi e di trattamento
- riprendere in mano le linee guida internazionali EPUAP/NPUAP
- verificare la qualità dell'alimentazione fornita agli anziani, da quella normale, a quella tramite soluzioni nutrizionali, magari incrementando le Kcalorie/die, a quella erogata tramite prodotti liofilizzati
- assicurare che i programmi di mobilizzazione siano correttamente eseguiti

Attuazione

Per l'attuazione dei punti sopra esposti si ribadisce l'importanza di:

- organizzare la riunione plenaria del personale assistenziale, per renderlo edotto e consapevole delle potenzialità assistenziali, del buon lavoro svolto, ma anche della criticità degli anziani assistibili e delle difficoltà in itinere nell'attuazione di protocolli di prevenzione
- ridiscutere all'interno dell'équipe multidisciplinare l'importanza di un corretto apporto nutrizionale, ma anche dell'attuazione delle varie procedure assistenziali finalizzate alla prevenzione delle lesioni cutanee, come quella dell'Igiene, della gestione dell'incontinenza sfinterica e della mobilizzazione

Verifica

L'importanza del problema e dell'indicatore dal punto di vista della qualità assistenziale è tale che andrà mantenuta una elevata attenzione al suo andamento in itinere.

Obiettivo:	RIDUZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO
Descrizione obiettivo:	Prevenire la formazione di lesioni cutanee da decubito, soprattutto in quelli immobilizzati e/o a rischio di svilupparne (valutazione con scala di Braden)
Indicatore:	lesione da decubito - ospite a rischio con lesione da decubito
Periodo di riferimento:	Anno in corso (01–Gen/ 31-Dic)
Verifica:	Annuale (con eventuale valutazione di trend semestrale)
Standard di riferimento:	rapporto “ospiti a rischio con lesioni da decubito /ospiti a rischio” < di 23.4 (media dal 2019 al 2023)

GESTIONE DEL DOLORE

La Fondazione “Creusa Brizi Bittoni” ha inserito da alcuni anni la gestione del dolore tra gli obiettivi del Piano d’Azione, organizzando tale momento assistenziale con idonea procedura e strumenti di registrazione.

L'importanza di avere dati sul dolore e di tenerlo sotto controllo deriva dalla consapevolezza che, per motivi e retaggi culturali, nonostante il dolore sia un sintomo oltre che un segno e una condizione di sofferenza in tutte le persone, specialmente negli anziani affetti da patologie degenerative età-correlate e la cui rilevazione, valutazione e trattamento siano previste per legge (Legge 38/2010), non sempre viene valutato e affrontato con adeguata metodologia.

Tenere sotto controllo il dolore è un'esigenza non solo clinica, che deriva dalla consapevolezza che questo segno/sintomo è l'espressione di una sofferenza fisica, oppure psichica, sociale, interiore e che per motivi e retaggi culturali, non sempre viene valutato e affrontato con adeguata metodologia, specialmente negli anziani affetti da patologie degenerative età-correlate; tutto ciò, nonostante, la rilevazione, la valutazione e il trattamento sono previste per legge (Legge 38/2010).

Nella precedente relazione si diceva “... nelle RSA di tutto il mondo e in particolare in Italia, la cura del dolore è inadeguata; basti pensare alla mancanza di una sua sistematica rilevazione e al ridotto utilizzo di analgesici, attualmente maggiormente rappresentati dai FANS (farmaci anti infiammatori non steroidei). Il “non prendersi cura” del dolore è ancora più evidente nel caso di pazienti con demenza avanzata (non comunicanti) che manifestano la loro sofferenza solo indirettamente con espressioni del corpo e/o disturbi comportamentali; ciò porta inevitabilmente all'impiego inappropriato di psicofarmaci, laddove potrebbero essere, invece, necessario un analgesico”.

La legge n. 38/2010, emanata proprio per contrastare l'indifferenza del personale sanitario e assistenziale nei confronti del dolore, nonostante la validità del suo impianto, non è particolarmente messa in atto in generale, sia nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che nelle Residenze Protette, in quanto richiede uno sforzo culturale, applicativo "collettivo", istituzionale e scientifico.

Individuazione degli eventi

La valutazione della presenza e delle caratteristiche del dolore è stata effettuata prevalentemente dal Servizio Infermieristico secondo quanto previsto dalla procedura specifica e su segnalazione di altre figure professionali o dell'ospite stesso.

Le caratteristiche del dolore sono state adeguatamente registrate sulla specifica sezione di Sistema Atl@nte, consentendo di effettuare un'analisi adeguata sull'andamento di questo importante indicatore.

Il dolore è stato classificato, a seconda della modalità della sua manifestazione, in acuto, cronico o procedurale; relativamente alla sua gravità si sono utilizzate le scale PAINAD e NRS come previsto. La prima viene utilizzata nel caso in cui si ipotizza la presenza di dolore e l'ospite non è in grado di dare un feedback coerente; la scala si basa su item che esplorano indirettamente la presenza di dolore, attraverso manifestazioni incontrollabili ed espressione di una qualche "sofferenza". La seconda, più semplice, prevede la intervista dell'ospite sull'intensità del dolore, con un valore di gravità da 0 (assente) a 10 (massimo). Nelle figure che seguono sono riportate le varie distribuzioni del dolore, per modalità di presentazione, trattamento, efficacia dello stesso, prevalenza dei vari tipi di trattamento.

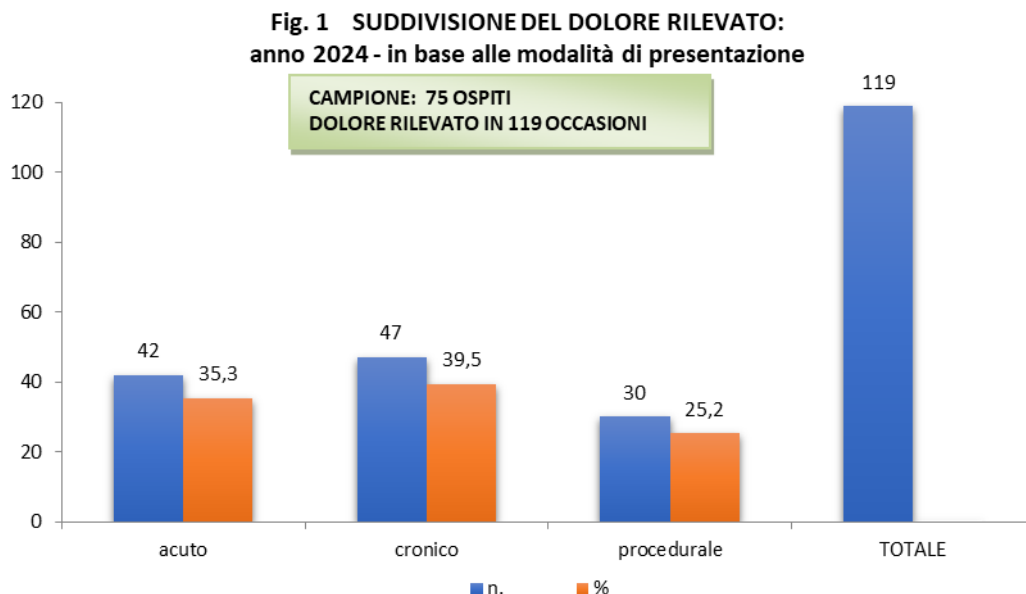
Nella Fig. 1, oltre al campione di popolazione dei 75 ospiti, viene riportata la distribuzione del dolore riscontrato nell'anno 2024 e suddiviso in base alle modalità di presentazione in "acuto", "cronico" e "procedurale"

Nella tab. 1 viene riportata la tipologia e la frequenza di utilizzo dei farmaci analgesici impiegati per il controllo del dolore.

Infine, nella Fig. 2 e nella Tab. 2 sono indicati gli esiti, cioè la prognosi del trattamento

Analisi dei dati e delle cause degli eventi

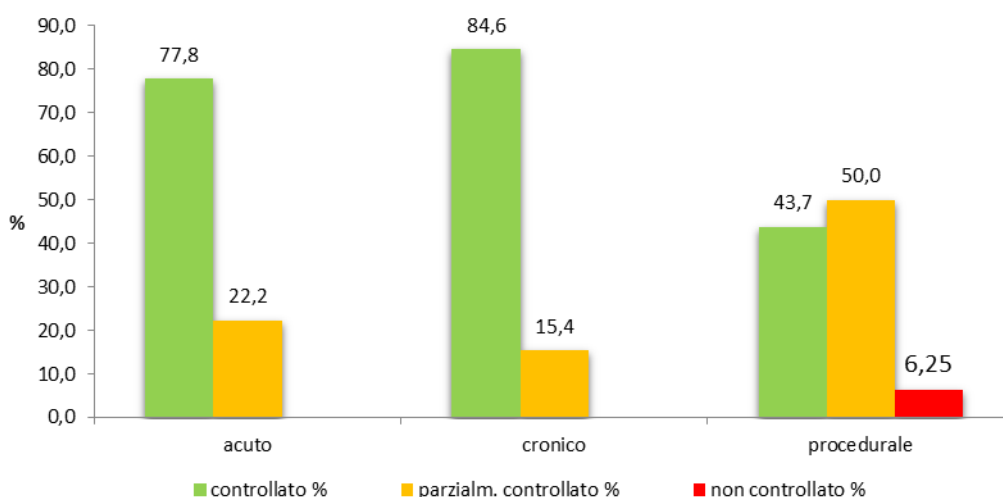
Come i dati dimostrano, durante l'anno 2024 sono state effettuate accuratamente le rilevazioni, le valutazioni e il trattamento laddove necessario, secondo la Procedura Operativa Gestione del dolore.



Tab. 1 Farmaci impiegati nel controllo del dolore (anno 2024 – 119 rilevazioni)

TIPO DI FARMACO	acuto		cronico		procedurale		TOTALE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
paracetamolo	39	32.8	37	31.1	23	19.3	99	83.2
steroidi								
FANS	3	2.5			3	2.5	6	5.0
pregabalin			4	3.4			4	3.4
oppioidi deboli			3	2.5	4	3.4	7	5.9
oppioidi forti								
oppioidi assoc.			3	2.5			3	2.5
TOTALE	42	35.3	47	39.5	30	25.2	119	100.0

Fig. 2 CONTROLLO DEL DOLORE (anno 2024 - 119 rilevazioni)



Tab. 2 Riepilogo del controllo del dolore (anno 2024 – 119 casi)

TIPOLOGIA DEL DOLORE	controllato		parzialm. controllato		non controllato		in osservazione		TOTALE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Acuto (42 casi)	10	23,8	23	54,8	3	7,1	6	14,3	42	35,3
Cronico (47 casi)	24	51,1	18	38,3			5	10,6	47	39,5
Procedurale (30 casi)	7	23,3	17	56,7	3	10,0	3	10,0	30	25,2
TOTALE	41	34,5	58	48,7	6	5,0	14	11,8	119	100,0

Dai dati sopra riportati si possono fare alcune riflessioni utili alla comprensione della gestione del dolore. Innanzitutto:

- In linea generale c'è stata significativa attenzione al dolore superiore come casistica riportata all'anno 2023, essendo stato questo valutato in 119 casi sul campione di 75 ospiti (Fig.1); nella stessa si evincono le modalità di presentazione del dolore, in acuto, cronico, procedurale
- nella Fig.2 si evidenzia come i casi di dolore acuto hanno avuto un controllo totale con la terapia analgesica pari al 77.8% e parzialmente controllato nel 22.2%; maggiore è stato il controllo nei casi di del dolore cronico, pari al 88.6% e di parziale controllo nel 11.4%; viceversa il dolore procedurale, più difficile, per definizione, da controllare, è stato quello controllabile in maniera minore, 43,7% controllato e 50.0% parzialmente controllato, ma nel 6.3% dei casi il dolore non era controllato dai farmaci impiegati
- sono state rilevate, tuttavia, anche situazioni di dolore, per varie ragioni, a prevalente estrinsecazione momentanea o occasionale, che, nel mentre sono state trattate con la terapia al bisogno - nella quasi totalità dei casi con paracetamolo - non sono state tuttavia considerate nell'analisi finale
- nella stragrande maggioranza il dolore si è presentato in forma cronica (39.5%), mentre quello in forma acuta è stato riscontrato nel 35.3%, mentre quello legato a procedure assistenziali è stato evidenziato nel 25.2% dei casi (Tab-2)
- relativamente alla tipologia di farmaci, come facilmente immaginabile, sono state impiegate diverse classi di farmaci, seguendo quanto previsto dalle linee guida per il dolore; in particolare il farmaco maggiormente impiegato per il dolore acuto è stato il paracetamolo (83.6%), a prescindere dalla tipologia di manifestazione del dolore, acuto, cronico o procedurale; sono stati usati anche FANS, adiuvanti, oppioidi deboli e in associazione (Tab.1)

Infine, relativamente all'esito del trattamento farmacologico:

- considerando tutti i 119 casi di dolore, acuto, cronico e procedurale, la percentuale di dolore controllato e parzialmente controllato dalla terapia analgesica è stata pari a 83.2%; solo nel 5.0% dei casi il dolore non è stato controllato (Tab. 2)
- nella stragrande maggioranza dei casi il dolore acuto è stato controllato nei tempi previsti

I dati sopra riportati indicano che lo staff assistenziale, OSS come fonte primaria di informazione sul dolore, ma anche il Fisioterapista, gli Infermieri e il Medico hanno saputo gestire adeguatamente i casi di dolore, contribuendo a migliorare il benessere degli anziani e a ridurre quella condizione sintomatologica, difficile da sopportare, rappresentata dalla sofferenza fisica e psichica costituita dal dolore.

Facendo riferimento a quanto sopra riportato e allo standard previsto dall'obiettivo, con controllo del dolore almeno nel 60% dei casi presi in carico, il dolore controllato e quello parzialmente controllato nelle tre tipologia di manifestazioni, è stato pari a 83.2%, ampiamente sopra il 60%; se poi volessimo fare una media complessiva del controllo del dolore nelle tre tipologie, il valore medio sale al 85.0%, ampiamente al di sopra dello standard. Possiamo, quindi, affermare che **l'obiettivo previsto dal Piano d'Azione della corretta gestione del dolore è stato raggiunto.**

Definizione e pianificazione delle azioni correttive e di miglioramento

Non ci sono, di fatto, azioni correttive da individuare ed attuare.

Tuttavia, vista l'importanza dell'obiettivo, si raccomanda di mantenere l'attuale modalità operativa, tenendo alta la sensibilità nell'evidenziare casi di dolore fin dall'inizio delle prime manifestazioni, di non sottostimare elementi "trigger", quali chiari indicatori di possibile evoluzione dolorosa e di porre sempre attenzione nella fase di valutazione e registrazione dei

dati relativi al dolore degli anziani ospiti.

Tuttavia, ai fini di un miglioramento operativo si ritiene necessario ridiscutere la Procedura Operativa “Gestione del dolore”, individuando semplificazioni nella fase di registrazione e dell’imputazione dei dati sul software Sistema Atl@nte, senza ridurre l’efficacia della procedura in sé.

Attuazione

Le azioni sopra riportate di verifica della Procedura Operativa “Gestione del dolore” avverranno nel corso del prossimo anno, con il coinvolgimento di tutto il Servizio infermieristico e in particolare dell’Infermiere responsabile del processo. Con il Responsabile sanitario verrà organizzato un incontro specifico sull’argomento “Dolore”, specificatamente alle nuove modalità di registrazione del dolore sul software Sistema Atl@nte.

Verifica

Come previsto dal Piano d’Azione

Obiettivo:	CONTROLLO DEL DOLORE
Descrizione obiettivo:	Valutare correttamente la presenza del dolore in ospiti dementi e non, assicurandone il miglior controllo farmacologico (e non) possibile
<i>indicatore</i>	presenza del dolore, valutato mediante PAINAD o NRS
Periodo di riferimento:	Anno in corso (01–Gen/ 31-Dic)
Verifica:	Annuale
Standard di riferimento:	da costruire – nel frattempo: - almeno il 60% di riduzione del dolore negli ospiti trattati

5.1.2 AMBITO SOCIALE

Progettazione e realizzazione di interventi di Servizio Civile Universale (S.C.U.)

Dal 2011 l’esperienza del Servizio Civile all’interno della Residenza Protetta è cresciuta progressivamente divenendo una realtà consolidata e ben strutturata che ha offerto la possibilità di valorizzare la presenza di giovani di ambo i sessi in modo continuativo, fatta eccezione per l’anno 2013.

Sino all’anno 2020 le ragazze ed i ragazzi non erano selezionati dalla Lega della Cooperative. Ritenendo viceversa di particolare validità la diretta partecipazione della Fondazione Creusa Brizi Bittoni alla redazione del progetto da mettere a bando dall’anno 2021 si è concretizzata la collaborazione con l’Ente di Formazione Bufalini di Città di Castello, ente capofila nel progetto NO DISTANCE presentato al competente Ministero.

I volontari vengono costantemente monitorati dall’assistente sociale della Residenza Protetta che assolve anche al compito di tutor del progetto, articolato prevalentemente su due fronti:

** affiancamento in attività di fisioterapia

** sostegno e supporto ad attività di animazione.

Nella sottostante tabella sono riportati i numeri relativi all'andamento dell'esperienza di S.C.U. nella Residenza.

E' motivo di incoraggiamento a proseguire con la attuale collaborazione con la Fondazione Bufalini il constatare come il numero delle ragazze e ragazzi che scelgono la nostra Residenza Protetta per il proprio servizio civile sia in crescita, rappresentando una concreta esperienza di maturazione per le ragazze ed i ragazzi, alcune delle quali al termine del proprio servizio hanno anche scelto di intraprendere una sua prosecuzione avviando un percorso di formazione specifica teso al futuro inserimento lavorativo nel contesto socio-assistenziale per gli anziani.

	2015/2 016	2016/2 017	2017/2 018	2018/2 019	2019/2 020	2020/2 021	2021/2 022	2022/2 023	2023/2 024	2024/2 025
A	2	1	1	2	2	1				
B						3	3	2	4	3

A= Lega

B= Fondazione

Progetti in collaborazione con la Procura minorile e con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna

Come già segnalato, dal 2008, la Fondazione Creusa Brizi Bittoni ha dato la propria disponibilità per lo svolgimento di progetti riabilitativi all'interno della omonima Residenza Protetta; questi progetti hanno interessato sia minori che adulti, rispettivamente destinatari di provvedimenti da parte della Procura Minorile o del Tribunale di Sorveglianza (UEPE).

In merito ai minori interessati si è trattato di quattro minori inseriti tra il 2020 ed il 2022.

Tutti gli interessati sia minori che adulti hanno svolto attività di supporto assicurando interventi non a diretto contatto con gli anziani ma collaborando nella ordinaria manutenzione di spazi esterni e di attrezzature o a supporto di qualche attività di animazione.

E' motivo di soddisfazione riscontrare che, dopo le due già in precedenza segnalate conclusesi con insuccesso, tutte le esperienze hanno raggiunto l'obiettivo previsto consentendo alle persone interessate di positivamente cogliere la opportunità di vivere esperienze formative.

Nella seguente tabella sono evidenziati i numeri delle esperienze conclusesi positivamente.

2014	2015	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	1	1	1	2	3	2	3

Nell'anno 2024, dopo che era stata sottoscritta specifica convenzione per la attivazione di Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento, è stata avviata anche la esperienza del P.C.T.O. con il principale scopo di ulteriormente accrescere la conoscenza delle attività della Residenza Protetta e di attivare in contesto scolastico

momenti di confronto e riflessione sulla problematica della popolazione anziana non autosufficiente.

In virtù di tale esperienza sei ragazze e ragazzi che frequentano l'Istituto Istruzione Superiore Italo Calvino di Città della Pieve hanno prestato il loro servizio in struttura per un totale di 240 ore, interagendo con vari ospiti durante le mattine.

Tale esperienza, costantemente monitorata dagli incaricati della Residenza Protetta, è risultata di particolare apprezzamento sia da parte degli anziani che dei ragazzi/e, i quali in più occasioni ne hanno sottolineato la positività.

E' stato ritenuto opportuno implementare la procedura per il rilevamento del grado di soddisfazione degli utenti, inserendo percentuali standard quali benchmark di riferimento, individuate dopo confronto con realtà simili.

Quindi, con riferimento al rilevamento del grado di soddisfazione dei servizi e delle attività della Residenza Protetta nell'anno 2024 da parte di ospiti, familiari e/o amministratori di sostegno, operato mediante la somministrazione di specifico questionario, si sono registrati i seguenti dati:

- | | | |
|---|---|----|
| ➤ | Questionari distribuiti agli ospiti: | 16 |
| ➤ | Questionari distribuiti a familiari/AdS | 28 |

Per entrambe le categorie lo standard di riferimento (giudizi da sufficiente ad ottimo) era stato determinato nel 90%

La categoria anziani ha rilevato un indice di gradimento pari al 99,79%

La categoria familiari/AdS ha rilevato un indice di gradimento pari al 98,22%.

5.3 COME COMUNICHIAMO

La Fondazione ha un proprio sito internet (www.rpbittoni.it), costantemente aggiornato, ed è presente nei social network come Facebook. Inoltre, sono attive e presidiate alcune chat su whatsapp volte a informare e aggiornare sulle attività.

6. SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

6.1 RISORSE ECONOMICHE

La Fondazione si avvale principalmente delle risorse rinvenienti dalle rette pagate dagli ospiti sia direttamente che attraverso il SSN.

Riclassificazione a valore aggiunto

Conto economico	31/12/2024
Ricavi netti	2.080.315
Proventi diversi	75.207
Costi esterni	-1.846.672
Valore Aggiunto	308.850
Costo del lavoro	-232.932
Margine Operativo Lordo – Ebitda	75.918
Ammortamenti, svalut. ed altri accan.ti	-68.760
Risultato Operativo – Ebit	7.158
Proventi e oneri finanziari	-8.604
Risultato Ordinario – Ebt	-1.446
Componenti straordinarie nette	-22.000
Risultato prima delle imposte	-23.446
Imposte sul reddito	-8.316
Risultato netto	-31.762

Indici economici

Qui di seguito vengono riportati i principali indici di bilancio, evidenziando però che in relazione alla natura giuridica (fondazione) e soprattutto allo scopo non lucrativo e non commerciale della Fondazione stessa tali indici non risultano appropriati ad un esame del bilancio.

Indice	Formula	Valore
Indice di Liquidità	$\frac{A \text{ (Cred.V.so soci) } + B \text{ III 2 (Cred.attivo immob.)} + C \text{ II (Cred. Entro es.succ.) } + C \text{ III (Att. fin. non imm.)} + C \text{ IV (Dispon. liq.)}}{D \text{ (Deb.scad. entro es.) } + E \text{ (ratei e risc.pass.)}}$	0,70
Rapporto di indebitamento	$\frac{\text{Capitale Investito (Totale Attivo dello Stato Patrimoniale)}}{A - \text{Patrimonio Netto}}$	2,26
Incidenza del costo del personale sul valore della produzione	$\frac{B9 \text{ Costo del Personale}}{A - \text{Valore della Produzione}}$	0,11

7. ALTRE INFORMAZIONI

Questo bilancio sociale 2024 rappresenta sicuramente un ulteriore tassello nell'attuazione della doverosa comunicazione dovuta in quanto E.T.S.

La Fondazione Creusa Brizi Bittoni nei prossimi anni adotterà progressivamente sistemi di rendicontazione sociali e di impatto sempre più coerenti con l'esigenza di rendere conto della propria attività ed ai beneficiari finali del servizio assicurato.

Il Presidente

Comm. Vincenzo Cappannini