



REVISIONE ANNUALE DELL'ANDAMENTO DEGLI INDICATORI E OBIETTIVI SANITARI E ASSISTENZIALI PREVISTI DAL PIANO D'AZIONE PER L'ANNO 2024

Dr. Giuseppe MENCULINI
RESPONSABILE SANITARIO

INTRODUZIONE

Come già riportato in altre occasioni, 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.

Negli ultimi anni, in tutti i setting assistenziali che vedono l'anziano come residente, si è assistito a un'accelerazione dei processi amministrativi, organizzativi e assistenziali, che ha contribuito al miglioramento generale delle condizioni assistenziali, delle prestazioni e dei servizi erogati; ciò si è verificato senza dubbio per quelle strutture, come la Fondazione Creusa Brizi Bittoni, che hanno saputo adeguarsi alle crescenti esigenze degli utenti.

Tuttavia la complessità legata alla multimorbilità è andata sempre più aumentando e sta richiedendo continuamente nuovi approcci, sul versante culturale, metodologico, organizzativo e tecnologico.

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 spesso ha messo in difficoltà 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.

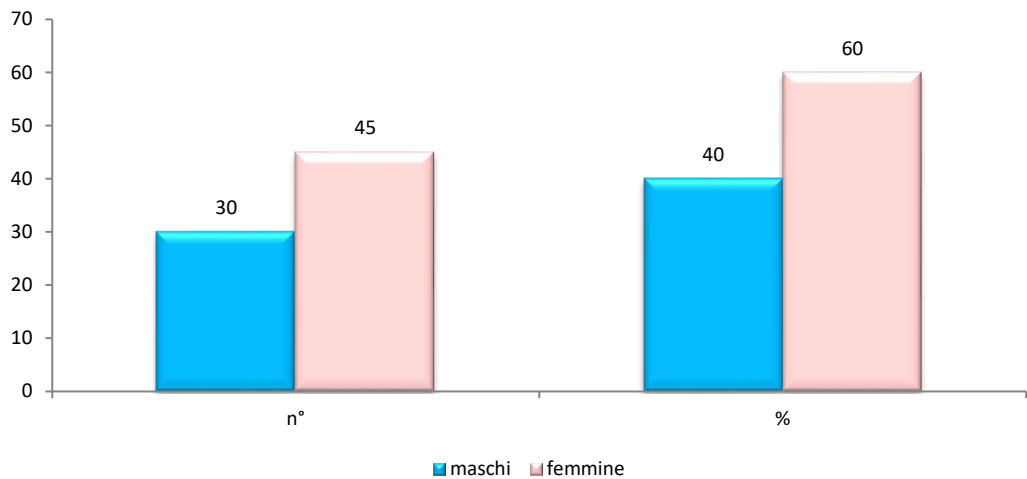
Dopo aver ottenuto il rinnovo dell'Accreditamento istituzionale da parte della Regione Umbria nel giugno 2023, la Fondazione ha affrontato nuovi impegni, soprattutto nell'ambito dell'acquisizione di risorse umane, che potessero coprire il crescente fabbisogno di socialità per gli anziani tutti, soprattutto per coloro che mantenevano ancora capacità relazionali sufficientemente adeguate. Così come sul versante più strettamente sanitario e assistenziale si è avuta un'erogazione di servizi tale da assicurare un elevato indice di soddisfazione da parte degli utenti (ospiti e familiari) e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tutto ciò è stato reso possibile dall'acquisizione, fin dall'inizio da parte dell'Amministrazione della Fondazione, della metodologia assistenziale geriatrica multidimensionale; non solo, sono stati messi in campo anche importanti investimenti in ambito strutturale, tecnologico, organizzativo e di risorse umane, che hanno creato un circolo virtuoso, che a tutt'oggi si mantiene. Nonostante alcune difficoltà legate alla complessità gestionale di organizzazioni come la nostra, si è potuto assicurare nel tempo il raggiungimento di obiettivi importanti, aumentando la visibilità della Fondazione a livello territoriale e istituzionale (Az. USL Umbria1, Comune di Città della Pieve, Regione Umbria).

Al fine di meglio comprendere i risultati ottenuti, di seguito vengono riportate, in maniera sintetica, alcune caratteristiche anagrafiche della popolazione assistita 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° 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

1. Ricoveri ospedalieri
2. Riduzione giornate di degenza ospedaliera
3. Prevenzione degli eventi traumatici
4. Prevenzione delle lesioni cutanee da pressione
5. Prevenzione della malnutrizione
6. Gestione del dolore

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.

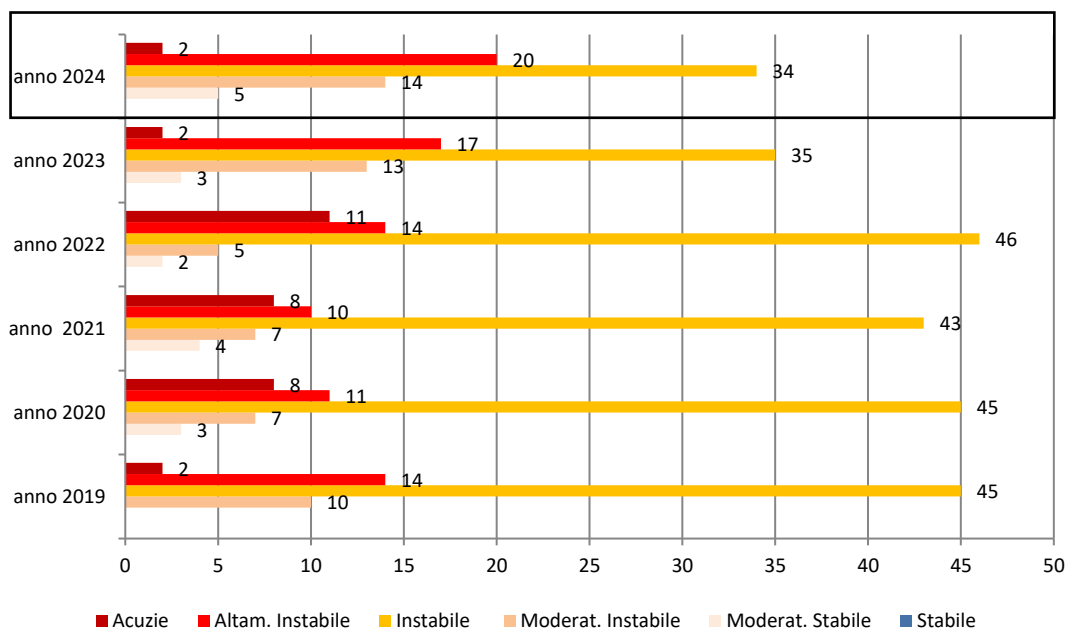
Tab. 4 Valutazione dell'instabilità clinica

Cod .	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 comorbidità 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	Trombosi venosa profonda e insufficienza renale acuta
Instabile	2	- Stato soporoso - Trauma con frattura di femore
Moderatamente instabile	1	Melena e stato confusionale
Moderatamente stabile		
Stabile		

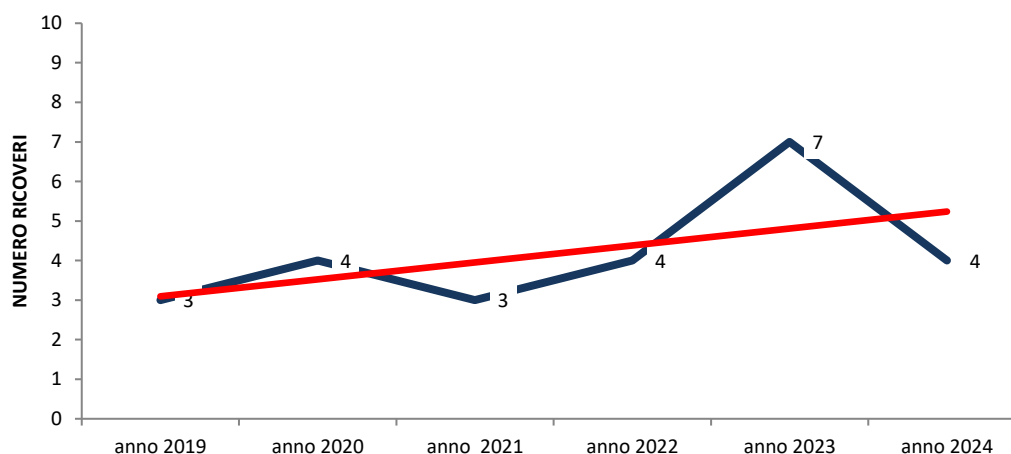
Nella Fig. 3 è invece riportato l'andamento dei ricoveri dal 2019 in poi; com'è facile notare, durante il periodo in osservazione, la numerosità dei ricoveri non è mai stata elevata e rispetto all'anno 2023, quando gli ospiti ricoverati sono stati 7, quest'anno sono stati 4 a ricorrere alle cure ospedaliere; 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:	RIDUZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI
Descrizione obiettivo:	Contenere il numero dei ricoveri ospedalieri
Indicatore:	ricovero ospedaliero
Periodo di riferimento:	Anno (01–Gen/ 31-Dic)
Verifica:	Annuale
Standard di riferimento:	numero ricoveri < 4,2, quale media degli ultimi 5 anni (2019 - 2023)

2 - GIORNATE DI DEGENZA

Come già detto in altre occasioni, " ... correlato in larga parte a quello precedente, l'indicatore "giornate di degenza" ci consente di verificare in via più o meno diretta la gravità clinica degli ospiti per i quali si rende necessario ricorrere al ricovero ospedaliero.

In qualche modo, infatti, dalla durata della degenza ospedaliera si possono desumere alcuni elementi ad esempio lo stato psico-fisico dell'ospite, così come la gravità della condizione clinica scompensata che ha richiesto il ricovero; quindi indirettamente, si può valutare anche la capacità del team assistenziale tutto, nel contrastare i fattori di rischio per i vari tipi di scompenso".

Il Piano d'Azione prevede ovviamente per ogni anno il contenimento del numero di giornate di degenza ospedaliera; come noto, l'assenza di un ospite per ricovero, ha un riflesso sull'economicità globale, in quanto le giornate di ricovero determinano un abbattimento della retta del 50%, con un riflesso, quindi, sull'introito di risorse.

Oltre a questo aspetto, va considerato che il contenere la durata del ricovero contribuisce a ridurre gli innumerevoli disagi che l'ospite e i suoi familiari si trovano a vivere, legati come precedentemente detto al diverso ambiente, diverso personale, diverse dinamiche assistenziali.

Ridurre le giornate di ricovero, quindi, più che un vero e proprio obiettivo, è un'intenzione, essendo questo aspetto molto labile, in quanto dipende da numerose variabili, non sempre controllabili con le procedure e i protocolli diagnostici terapeutici e preventivi.

In questa ottica, pertanto, la Direzione sanitaria persegue non tanto l'azzeramento dei ricoveri ospedalieri, condizione probabilmente impossibile da realizzare vista la tipologia e la fragilità dell'utenza, ma il suo contenimento e quello delle giornate di degenza, attraverso l'attenta attuazione dei protocolli diagnostici, terapeutici assistenziale e riabilitativi

Individuazione degli eventi

La numerosità delle giornate di ricovero esprime in qualche maniera le condizioni con cui l'anziano viene inviato in ospedale; infatti, quasi sempre la numerosità dipende dalla complessità clinica al momento del ricovero e dal fattore precipitante.

Durante l'anno 2024, a fronte di una numerosità contenuta dei ricoveri totali (n° 4), c'è stato invece un significativo incremento del consumo delle giornate di ricovero rispetto all'anno precedente (64 giornate vs 51 giornate); le ragioni di tale fatto vengono discusse successivamente.

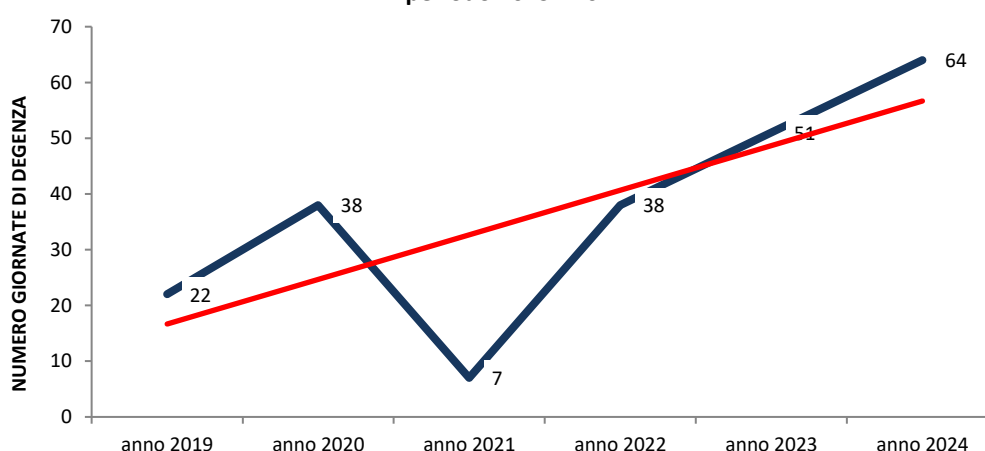
Analisi dei dati e delle cause degli eventi

Nella Fig. 4 è riportata la numerosità delle giornate di ricovero ospedaliero impiegate dai quattro ospiti ricoverati nell'anno 2024. Il confronto delle giornate consumate in quest'anno con quelle degli anni precedenti è evidente e le riflessioni che in tal caso si possono fare sono:

- rispetto all'anno precedente la numerosità è aumentata, superando e raddoppiando quanto previsto dalla media delle giornate di ricovero nel periodo 2019-2023, pari a 31.2 giornate
- le giornate di ricovero sono state consumate prevalentemente da un ospite, per un totale di 43 su 64 giornate, proprio a dimostrazione della sua criticità

- instabilità clinica; purtroppo, l'ospite in questione, è rimasta a lungo in ospedale per "difficoltà" nella gestione clinica e diagnostica del caso
- considerando l'elevata numerosità di giornate di degenza consumate alcuni anni fa, l'attuale andamento è frutto dell'adozione della metodologia multidimensionale geriatrica LTCF
- dall'anno 2021 il trend è in crescita, in quanto le condizioni cliniche degli anziani utenti sono sempre più critiche e legate alla significativa comorbidità; tale andamento, in parte era anche prevedibile, tuttavia, anche i ritardi nella gestione diagnostica dei casi clinici ricoverati è stata determinata nel consumo di 64 giornate: oltre al caso di 43 giornate in altri due casi la degenza è stata di due settimane ciascuno, forse, un po' troppo lunga rispetto a quanto atteso per quelle motivazioni
- e

Fig. 4 ANDAMENTO DELLE GIORNATE DI RICOVERO:
periodo 2019 - 2024



Relativamente alle cause che hanno prodotto le 64 giornate di ricovero durante l'anno 2024, si rimanda allo stesso paragrafo dell'obiettivo "RICOVERI OSPEDALIERI" e a quanto sopra riportato.

Tuttavia, come già segnalato, il risultato ottenuto va considerato maggiormente positivo se si considera la significativa complessità assistenziale della nostra utenza, nonché la notevole presenza di ospiti con instabilità clinica; per tale ragione, il risultato complessivo dà merito al lavoro dello staff assistenziale tutto, nell'essere riuscito a contenere comunque le complicate della comorbidità e il ricorso al ricovero ospedaliero.

Pertanto, nonostante il basso numero di ricoveri, **l'obiettivo del contenimento del numero di giornate di ricovero NON è stato raggiunto, superando la media delle giornate relative al periodo di osservazione 2019-2023, pari a 31.2.**

Definizione e pianificazione delle azioni correttive

Nonostante che le giornate di ricovero dipendano in parte dalla condizione con cui una persona anziana viene ricoverata, relativamente all'anno 2024 la numerosità di giornate di ricovero è stata elevata non per la gravità intrinseca degli ospiti ricoverati, ma forse per le difficoltà legate all'attività ospedaliera, per quanto attiene alla definizione e pianificazione delle azioni di miglioramento si rimanda a quanto riportato a proposito dell'obiettivo "RICOVERI OSPEDALIERI".

Attuazione

Vedi obiettivo "RICOVERI OSPEDALIERI"

Verifica

La verifica dell'andamento di questo obiettivo può essere prevista in itinere e successivamente al termine dell'anno in corso.

Obiettivo:		RIDUZIONE DELLE GIORNATE DI DEGENZA OSPEDALIERA
Descrizione obiettivo:	Contenimento delle giornate di degenza ospedaliera	
Indicatore:	n° giornate di degenza ospedaliera	
Periodo di riferimento:	Anno (01–Gen/ 31-Dic)	
Verifica:	Annuale	
Standard di riferimento:	numero gg di ricovero < 31,2, quale media degli ultimi 5 anni (2019 - 2023)	

3 - PREVENZIONE DEGLI EVENTI TRAUMATICI

La prevenzione degli eventi traumatici costituisce da sempre un elemento attraverso il quale si può immaginare la qualità dei servizi erogati all'interno di una Residenza Protetta; ma rappresenta anche un fattore prognostico per l'anziano: non a caso la frattura di femore – forse la più grave conseguenza – è tra le prime cause di morte e di disabilità.

La nostra Residenza da sempre ha posto tra i principali obiettivi della propria *mission* la qualità di vita degli anziani ospiti e quindi, di fatto, la prevenzione degli eventi traumatici. L'attuazione dei protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi basati sulla valutazione multidimensionale geriatrica ha consentito, nel tempo, di contenere l'incidenza e la numerosità degli eventi traumatici, nonostante le condizioni fisiche, neuropsicologiche e comportamentali di numerosi ospiti.

Nel mentre è impensabile ridurre a zero eventi come quelli traumatici o le lesioni cutanee da pressione, è altrettanto vero che, nonostante tutti gli sforzi messi in campo dallo staff assistenziale, ci siano situazioni non sempre facilmente gestibili e controllabili, che possano portare ugualmente all'evento traumatico.

Individuazione degli eventi

L'anno 2024 è stato caratterizzato da un significativo incremento (50.0%) della numerosità di eventi traumatici (Tab. 6), essendosi verificati 45 eventi di caduta rispetto ai 31 casi dell'anno 2023.

Anche durante quest'ultimo anno sono stati presenti ospiti *multifaller*, i quali molto hanno contribuito all'innalzamento della numerosità degli eventi (Tab. 7).

La popolazione assistita nell'anno 2024 è stata caratterizzata da una sempre elevata percentuale di ospiti a rischio di caduta (89.3%); la conseguenza più evidente, come si vedrà, è stata che l'indicatore dell'obiettivo - ospiti a rischio caduti/ospiti a rischio – ha subito un significativo scostamento, passando da 11.1% del 2023 a 19.4% del 2024, nonostante il rispetto delle procedure e protocolli diagnostici e terapeutici.

Il rischio di caduta degli ospiti è stato valutato dal Fisioterapista mediante la somministrazione della Tinetti Gait Balance Scale, validata a livello internazionale, che consente l'individuazione di problemi sia per quanto attiene all'equilibrio che alla deambulazione vera e propria.

Ai fini della valutazione degli eventi traumatici, in questa sede vengono riportati solamente quelli maggiori, cioè le cadute.

Nella Tab.6 viene riportato il numero delle cadute verificatesi nel corso dell'anno 2024; in essa sono riportate la sede e le conseguenze occorse in occasione del trauma.

Come si evince dalla tabella, la stragrande maggioranza di eventi si è verificata negli spazi comuni e nei bagni; più raramente in altre sedi. Relativamente alle conseguenze, nell'anno 2024 c'è stato un evento con danno maggiore che ha avuto come esito la frattura di femore; nella stragrande maggioranza dei casi non si sono avute significative conseguenze, neppure nel caso dell'ospite caduto 14 volte.

Nella Tab. 7, invece, sono riportati i *multifaller*, cioè gli ospiti che per varie ragioni, ma soprattutto motivazioni demenza-correlate, sono andati incontro a più di un evento traumatico maggiore.

Tab.6 Rilevazione delle cadute e delle loro conseguenze nel 2024

TIPOLOGIA EVENTO	SEDE	N°	CONSEGUENZA	N°
CADUTE	Spazi comuni	23	Lacerazione	3
	Camera	4	Contusione	2
	Dal letto	1	Escoriazione	1
	Bagno	9	Fratture totali	1
	Sedia	2	Frattura femore	1
	Altro	6	Nessuna conseguenza	38
TOTALE		45	TOTALE	45

Tab. 7 Multifaller: confronto anno 2023 – 2024

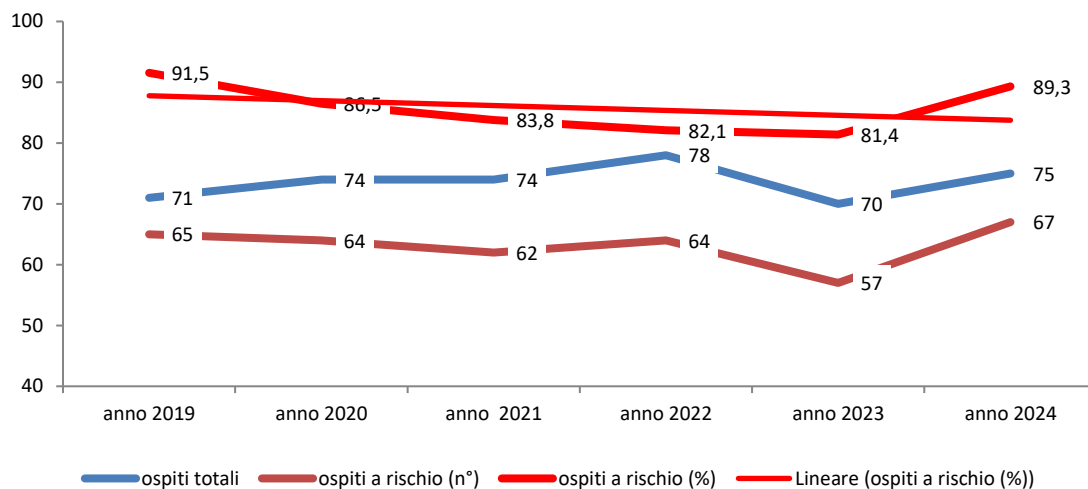
OSPITI CADUTI	ANNO 2023		ANNO 2024	
	N° ospiti	N° cadute	N° ospiti	N° cadute
Con un solo evento	10	10	6	6
Con due eventi	3	6	6	12
Con tre eventi	1	3	3	9
Con quattro eventi	3	12	1	4
Con più di quattro eventi	-	-	1	14
TOTALE CADUTE	17	31	17	45

Come si evince facilmente dalla tabella, gli ospiti caduti sono stati 17, a fronte di una numerosità complessiva di 45 eventi, decisamente superiore rispetto ai 31 dell'anno precedente; alcuni degli ospiti sono andati incontro a più eventi, due, tre o quattro, ma in articolare c'è stato un caso con ben 14 eventi, senza i quali la numerosità sarebbe stata sovrapponibile all'anno precedente.

Nella Fig. 5 viene riportata una comparazione tra ospiti totali e ospiti a rischio di caduta espresso in n° e %; come si può vedere, nel corso degli anni, il trend degli ospiti a rischio è rimasto sostanzialmente elevato, non essendo sceso mai al di sotto dell'80% della popolazione assistita. Nell'anno 2024 si è addirittura attestato all'88.8% ben al di sopra del valore dell'anno 2023; ciò aiuta in parte a comprendere la potenziale facilità con cui alcuni ospiti possono andare incontro a eventi traumatici.

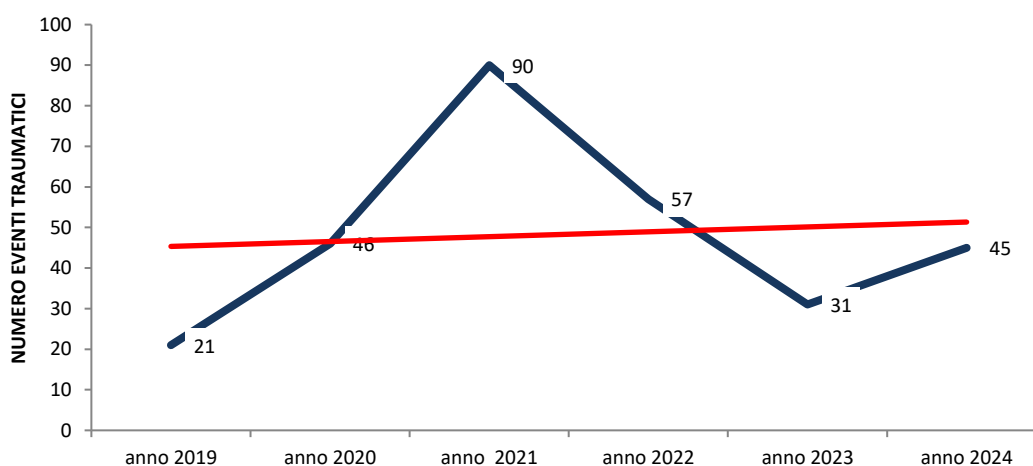
L'andamento della numerosità degli ospiti a rischio di caduta è coerente con l'elevato tasso di comorbidità presentato dagli ospiti assistiti negli ultimi anni, decisamente maggiore di quello di alcuni anni fa.

Fig. 5 COMPARAZIONE TRA OSPITI ASSISTITI E OSPITI A RISCHIO DI CADUTA (N° e %): periodo 2019 - 2024



Nella Fig. 6 è riportato, invece, l'andamento vero e proprio della cadute sempre nel periodo 2019-2024; si può notare, comunque, come a partire dall'anno 2020 ci sia stato un incremento medio della numerosità degli eventi, con un picco massimo nell'anno 2021 (90 eventi traumatici), con una riduzione significativa a partire dall'anno 2022, nonostante l'incremento a 45 eventi nel 2024 vs i 31 del 2023.

Fig. 6 ANDAMENTO DELLE CADUTE: periodo 2019 - 2024



Analisi dei dati e delle cause degli eventi

Il dato che maggiormente colpisce dall'analisi degli eventi traumatici occorsi nell'anno 2024 è sicuramente la numerosità, incrementata del 50% rispetto all'anno 2023.

Dall'analisi condotta sui singoli eventi traumatici, resa possibile grazie alla corretta registrazione delle principali variabili che caratterizzano la caduta sul software gestionale

Sistema Atl@nte è stato possibile definirne le modalità, il luogo e le conseguenze; dall'analisi è emerso che:

- dei 45 eventi, ben 23 sono stati appannaggio degli spazi comuni e 9 si sono verificati in bagno
- purtroppo, come già emerso in altre occasioni, all'origine degli eventi negli ambienti comuni gli ospiti sono caduti per varie ragioni, a volte urtandosi tra loro o con ausili, altre volte nel tentativo di alzarsi e camminare, disattendendo le indicazioni del personale, altre ancora nel tentativo di raccogliere oggetti o nella fase di rialzarsi dopo essersi piegati
- relativamente alla frequenza di caduta, i 45 eventi sono stati totalizzati da 17 ospiti; tra questi, i *multifaller* sono stati 11, mentre coloro che sono caduti una sola volta sono stati 6; il dato significativo è che i *multifaller* sono stati responsabili di 86.7% degli eventi; in particolare un ospite è andato incontro a trauma ben 14 volte
- in maniera più contenuta, sono stati evidenziati eventi anche in altri luoghi
- nella maggioranza dei casi, specie nei *multifaller*, gli eventi si sono verificati per inosservanza da parte dell'ospite dei consigli e delle indicazioni impartite dall'operatore, mentre solo in pochi casi si è trattato di casualità
- non si sono verificati eventi legati a modificazione dello stato clinico, con variazioni di alcuni parametri vitali, come crisi iper-ipotensive, iper-ipoglicemiche, disturbo del ritmo cardiaco (tachicardia sostenuta o bradicardia significativa, etc.); in sostanza legati al non controllo farmacologico di alcune frequenti condizioni, quali l'ipertensione, il diabete, il ritmo cardiaco
- nel caso dell'ospite caduto 14 volte non sono stati usati mezzi di contenzione fisica per impedire le cadute; tuttavia occorrerà prendere in considerazione tale aspetto, per prevenire, alla fine, il rischio di complicanza maggiore, quale la frattura di un segmento osseo
- si è verificato un evento traumatico con conseguenza significative o maggiori
- in alcuni casi non è stato possibile ricostruire la dinamica dell'evento, individuarne la causa o le modalità di caduta; verosimilmente potrebbero essersi verificati a seguito della volontà degli ospiti di volersi spostare "indipendentemente", senza la supervisione o l'aiuto del personale assistenziale.

Come detto anche in altre occasioni, *"...quest'ultima condizione è quella che può facilmente verificarsi quando gli ospiti, anche per aver beneficiato del trattamento riabilitativo, si sono sentiti maggiormente liberi e in grado di muoversi o anche perché lo stato dementigeno li rende ipocritici, non consentendo loro una corretta valutazione del rischio di spostamento"*.

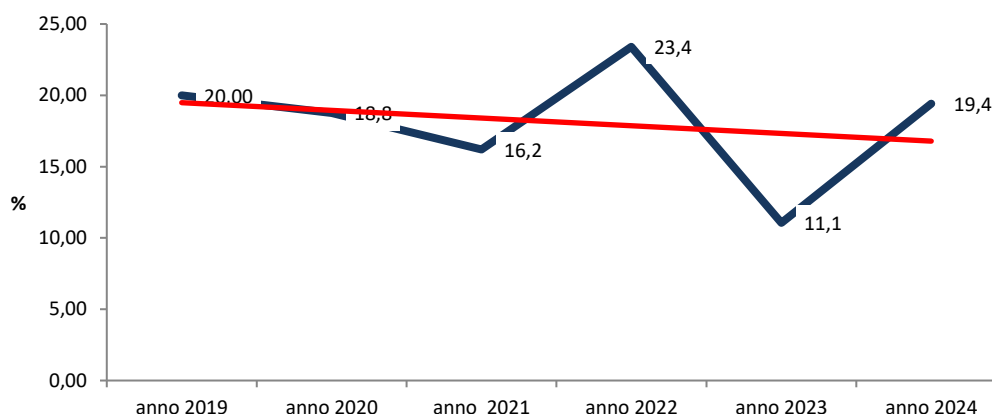
I dati in nostro possesso hanno evidenziato una numerosità maggiore degli eventi traumatici critici nel 2024 rispetto al 2023; ciò impone di fare alcune riflessioni, soprattutto per il verificarsi di due fenomeni: il primo, le 14 cadute in un solo ospite; il secondo, l'evento che ha condotto l'ospite a fratturarsi il femore.

Nella Fig. 7 viene riportato il trend dell'indicatore per le cadute, che, nonostante in discesa rispetto al 2019, è peggiorato rispetto al 2023, raggiungendo il valore del 19.4% rispetto al 11.1% precedente.

Questo andamento, tuttavia, va visto in maniera virtuosa rispetto al periodo di osservazione, cioè come dimostrazione della capacità dello staff assistenziale nel contenere l'incidenza delle cadute negli ospiti a rischio, nonostante le modifiche "strutturali" della

popolazione assistita (incremento dell'età media, della comorbidità e del livello cognitivo-comportamentale correlato).

**Fig. 7 ANDAMENTO DELL'INDICATORE PER LE CADUTE:
periodo 2019 - 2024
(ospiti a rischio caduti/ospiti a rischio di caduta)**



Infine, va ulteriormente considerato e valorizzato il fatto che l'équipe multidisciplinare ha condiviso e deciso consapevolmente di non utilizzare i mezzi di contenzione fisica, accollandosi il rischio di una possibile maggior frequenza di caduta, ma preferendo assicurare una maggiore libertà di movimento agli ospiti, anche a quelli con problematiche dementigene, attuando nel contempo una maggiore vigilanza per intercettare gli ospiti a maggior rischio di caduta.

Possiamo, pertanto, affermare che, in base all'andamento della numerosità degli eventi traumatici, ed alla prevalenza di ospiti a rischio di cadere, l'indicatore per le cadute ha mostrato un trend positivo complessivo a partire da alcuni anni, attestandosi per l'anno 2024 all'19.4%; tale valore, ancorché superiore a quello dell'anno 2023 (11.1%), è minore del valore 21.3%, quale media prevista per il periodo 2019-2023; **l'obiettivo di contenere le cadute degli ospiti a rischio è stato, pertanto, raggiunto**, nel pieno rispetto della procedure e protocolli diagnostici, terapeutici e preventivi.

Definizione e pianificazione delle azioni correttive e di miglioramento

Ogni evento traumatico, sia esso caduta o scivolamento, è stato attentamente valutato, sono state raccolte le informazioni necessarie, nel tentativo di ricostruirne la dinamica; ciò al fine di individuare eventuali cause correggibili intrinseche o estrinseche all'ospite e ridurre per quanto possibile i disagi derivanti da ulteriori traumi.

Lo staff assistenziale ritiene, quindi, che per il prossimo anno le azioni correttive e di miglioramento da pianificare per migliorare l'incidenza degli eventi traumatici possano essere:

- la presentazione dei dati assistenziali dell'anno 2024: l'evento potrà essere senza dubbio l'occasione adeguata per una discussione mirata, per un'ulteriore riflessione critica sulle modalità di caduta, ma soprattutto per condividere le

strategie assistenziali e organizzative più specifiche e mirate sui singoli ospiti, finalizzate ad evitare la recidiva di eventi traumatici

- riprendere in considerazione l'uso dei mezzi di contenzione fisica per i soli casi in cui la problematica neuropsicologica o dementigena, refrattaria ai vari trattamenti e non gestibile attraverso la vigilanza, sia la vera causa della presenza dei *multifaller* e delle recidive traumatiche
- la costante attuazione dei protocolli preventivi specifici per gli eventi traumatici, nonché di quelli relativi al controllo pressorio e glicemico, dello scompenso cardio-respiratorio, della disidratazione e iponutrizione
- dare ampio spazio agli aspetti formativi attraverso incontri interni ed esterni (eventuali corsi di formazione specifici sul tema della prevenzione degli eventi traumatici), lasciando libere le varie figure professionali di individuare eventuali corsi ad hoc anche on line.

Attuazione

Le azioni sopra riportate verranno attuate nel rispetto dei piani di lavoro previsti per le singole figure professionali e in linea con i vari protocolli diagnostici, preventivi e riabilitativi.

Verifica

La verifica dell'andamento di questo obiettivo può essere prevista in itinere, ma comunque al termine di ogni anno.

Obiettivo:	PREVENZIONE DEGLI EVENTI TRAUMATICI
Descrizione obiettivo:	Ridurre il numero di eventi traumatici maggiori (cadute)
Indicatore:	caduta
Periodo di riferimento:	Anno (01–Gen/ 31-Dic)
Verifica:	Annuale (con eventuale valutazione di trend semestrale)
Standard di riferimento:	rapporto "ospiti a rischio caduti/ospiti a rischio" < 21,8% (media dal 2019 al 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

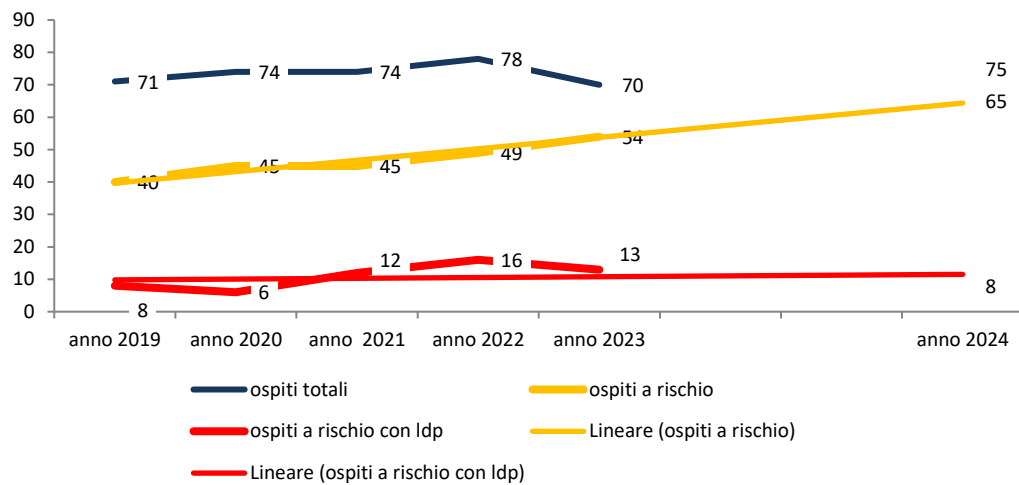
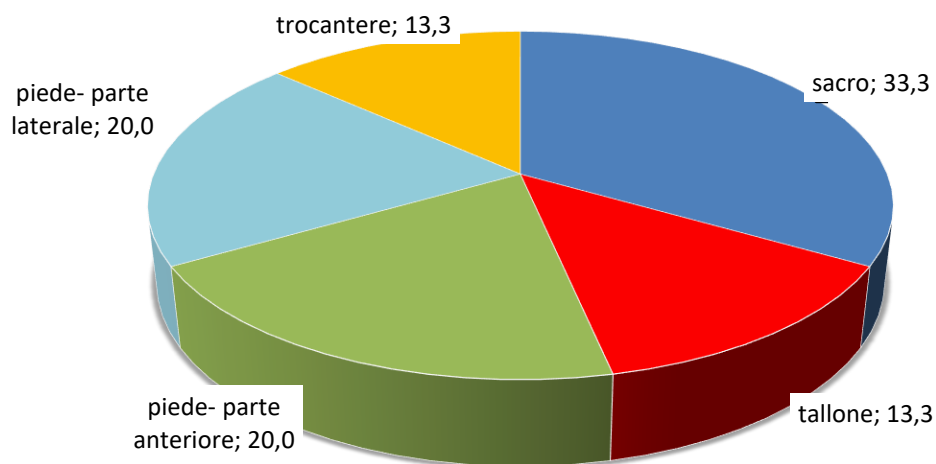


Fig. 9 DISTRIBUZIONE DELLE LDP PER SEDE (%): anno 2024



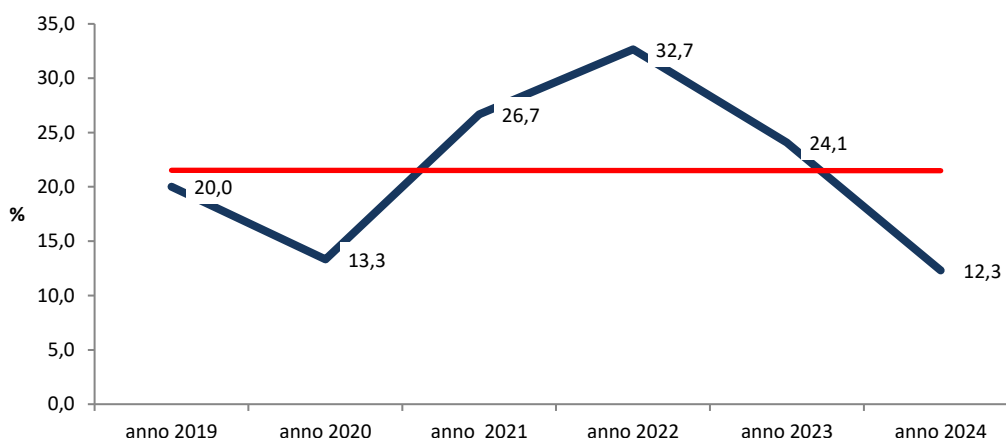
Nella Tab. 8 viene riportata, non solo la sede, ma anche la gravità delle lesioni prese in carico nell'anno 2024.

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
- 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 soluzione nutrizionali, magari incrementando le Kilocalorie/die, a quella erogata tramite prodotti liofilizzati
- assicurare che i programmi di mobilitazione 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 mobilitazione

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)

5. PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE

Un adeguato stato nutrizionale rappresenta da sempre uno degli obiettivi più importanti per lo staff assistenziale che deve gestire la salute degli anziani e ciò indipendentemente dal setting in cui questi vengano a trovarsi.

La Fondazione Creusa Brizi Bittoni da alcuni anni ha posto particolare attenzione al problema affrontandolo da vari punti di vista: quello della corretta valutazione dello stato nutrizionale, quello dell'individuazione della tipologia migliore e compatibile con lo stato dell'anziano, quello dell'aiuto tecnologico rappresentato dalle nuove modalità di preparazione di alimenti più facilmente assumibili dagli anziani con problematiche di deglutizione.

Del resto la tipologia di anziani assistita all'interno della Residenza è varia, ma una componente non irrilevante è quella di anziani dementi con problematiche di assunzione di alimenti per disfagia; per questi soggetti diventa necessario avere a disposizione alimenti omogenei, palatabili, che rispettino il fabbisogno kilocalorico, che facilitino la deglutizione e riducano il rischio di aspirazione in trachea di materiale alimentare.

A tale fine l'Amministrazione della Residenza si è dotata da circa due anni di una tecnologia che aiuta lo staff assistenziale nella definizione e nella preparazione di un menù bilanciato e rispondente alle necessità nutrizionali degli anziani.

Lo staff mette in atto procedure e protocolli di prevenzione della malnutrizione, ma di fronte a problematiche di criticità come la disfagia, la demenza in fase avanzata, con o senza BPSD, la possibilità di mantenere un adeguato stato nutrizionale si realizza, almeno in una prima fase, attraverso la somministrazione di pasti omogenei come consistenza, con caratteristiche adeguate di reologia, densità e palatabilità, ugualmente ricchi di principi nutrizionali necessari a scongiurare la malnutrizione.

Come noto, dalla condizione psicofisica dipende in grande misura un buono stato generale e di benessere; per contro, un inadeguato stato nutrizionale e stati carenziali di varia natura possono essere responsabili di quadri clinici anche molto impegnativi, con significativi riflessi negativi sul piano della gestione assistenziale. Basti pensare, infatti, al ruolo del Ferro nelle anemie, della Vit. B12 e dell'Ac. Folico nelle demenze, dell'albumina nell'equilibrio globale dell'organismo, nella cinetica dei farmaci per la stabilizzazione delle patologie, etc..

La valutazione dello stato nutrizionale, pertanto, è sempre uno dei più importanti obiettivi da perseguire; attraverso questa valutazione si possono avere informazioni importanti ai fini della puntuale programmazione nutrizionale individuale e generale degli ospiti, nonché vedere i benefici e l'influenza che una corretta alimentazione comporta su altri ambiti assistenziali (prevenzione delle lesioni cutanee da pressione, stabilizzazione dei parametri vitali, benessere psicofisico generale).

Individuazione degli eventi

La valutazione dello stato nutrizionale e la registrazione dei dati relativi sul software Sistema Atl@nte viene sempre effettuata mediante il test Mini Nutritional Assessment, test validato a livello internazionale e inserito nel software gestionale Sistema Atl@nte; esso consente di esplorare numerose variabili, correlate con l'ospite, ma indirettamente anche con l'organizzazione assistenziale (programmazione dei pasti, del menù, scelta degli alimenti e del tipo di modalità di somministrazione, etc.).

La valutazione consente di stratificare gli ospiti a seconda del punteggio riportato in cluster indicativi della condizione nutrizionale; in secondo luogo c'è stata la possibilità per l'équipe multidisciplinare di definire interventi più specifici sul versante alimentare e organizzativo, finalizzati al miglioramento dello stato nutrizionale rilevato (se carente) o al suo mantenimento (se adeguato).

Analisi dei dati e delle cause degli eventi

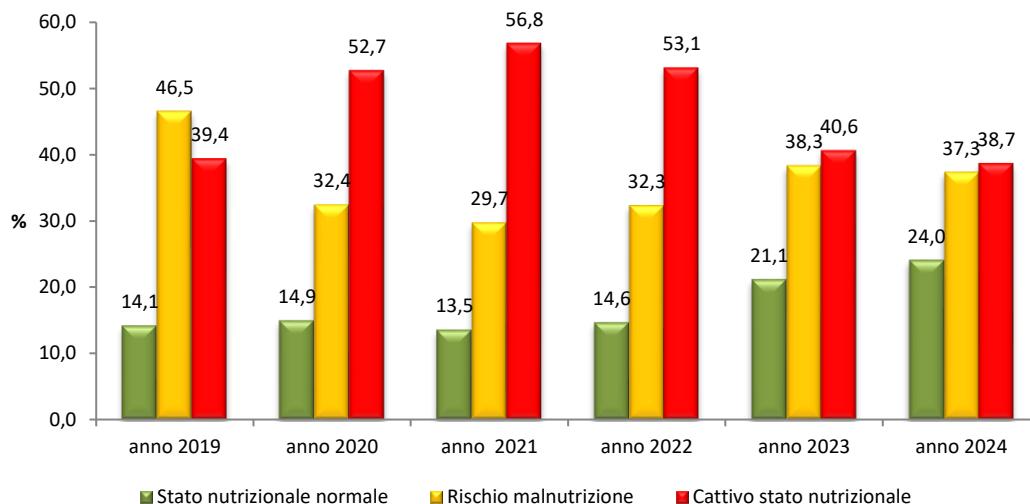
Nelle Figg. 13 e 14 vengono riportati i dati relativi alla valutazione dello stato nutrizionale degli ospiti durante il periodo di osservazione 2019-2024. In Fig. 13 sono riportati i dati per anno, mentre nella Fig. 14 viene indicato il trend della malnutrizione e delle altre condizioni.

Globalmente considerati, i dati dell'anno 2024, presi a distanza di due anni dall'introduzione del nuovo sistema di nutrizione per i soggetti a rischio di malnutrizione, indicano un netto e significativo miglioramento delle condizioni nutrizionali, rispetto ai dati dell'anno 2023 e ancor più del 2022..

Le riflessioni che, pertanto, si possono fare osservando l'andamento nel corso degli anni sono:

- i dati relativi allo stato nutrizionale della popolazione assistita nel 2023 sono sostanzialmente in controtendenza rispetto a quelli dell'anno 2019
- infatti, rispetto al 2019, che vedeva una numerosità di soggetti normonutriti pari al 14.1%, nel corso del tempo si è arrivati al 24.0% del 2024
- il cluster dei soggetti malnutriti del 2021, pari al 56.8% si è ridotto in maniera significativa al 38.7% nel 2024
- il cluster dei soggetti a rischio di malnutrizione, con alterne vicende, si è ridotto dal 46.5% del 2019 al 37.3% del 2024
- l'effetto complessivo delle modifiche apportate al piano nutrizionale degli ospiti a rischio è stato senza dubbio di un reale miglioramento nutrizionale
- ci sono stati ospiti per i quali è stata impossibile una inversione di tendenza; tuttavia, in numerosi casi si è assistito, con un meccanismo di fluidità, al "transito" da cluster maggiormente negativi (malnutrizione) a quelli a minor impatto (rischio di malnutrizione) o di ripristino di una normonutrizione

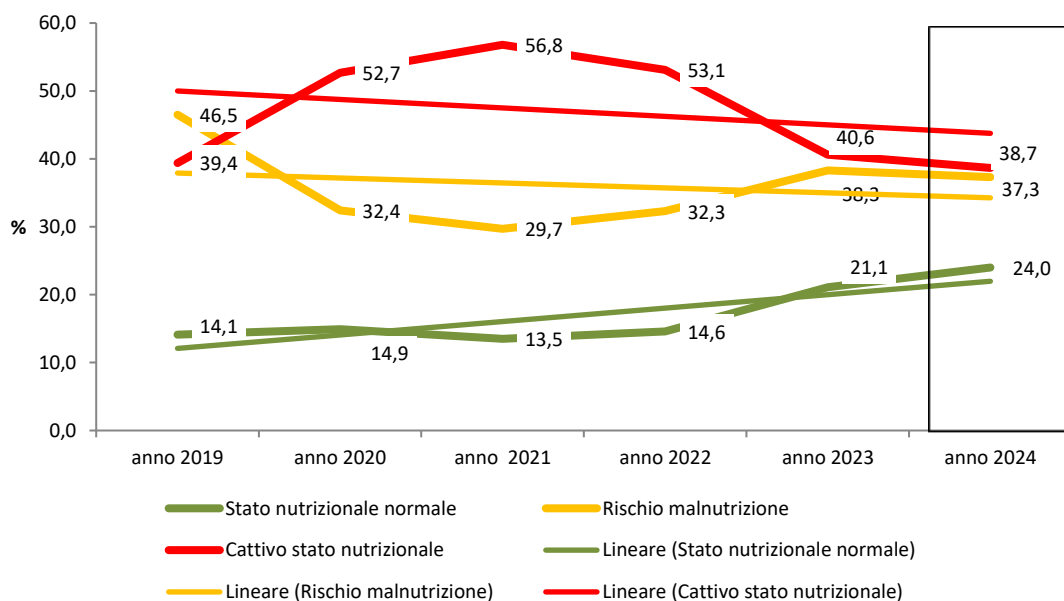
Fig. 13 ANDAMENTO DELLO STATO NUTRIZIONALE: periodo 2019 - 2024



Nella Fig. 14 viene riportato, in maniera evidente, il trend relativo ai tre cluster presi in considerazione attraverso la valutazione del Mini Nutritional Assessment.

L'attenzione va rivolta al cluster maggiormente "pericoloso", quello relativo al "cattivo stato nutrizionale"; come si può facilmente evidenziare, l'andamento di questo gruppo di anziani, a partire dall'anno 2019, quando è stato evidenziato il valore più basso del periodo di osservazione, ha descritto una forbice con il cluster "rischio di malnutrizione", la cui apertura è sempre andata aumentando, in presenza di un cluster "normonutriti" sempre molto poco rappresentato; negli ultimi due anni il cluster dei normonutriti è risalito al 24.0% (2023)%, e la forbice tra anziani a rischio e anziani malnutriti, verificatasi a partire dal 2019 con massima apertura nel 2021, si è fortemente ridotta nel 2022 e quasi annullata nel 2023-2024.

Fig. 14 ANDAMENTO DELLO STATO NUTRIZIONALE: periodo 2019 - 2024



Le riflessioni su quanto sopra riportato inducono a pensare che:

- lo staff assistenziale ha ben operato e vigilato adeguatamente e ha attuato i programmi di prevenzione, con l'individuazione precoce del programma alimentare più idoneo per tutti gli ospiti a rischio di malnutrizione
- nel corso degli ultimi anni è iniziato il cambiamento qualitativo-assistenziale degli anziani ospitati in Residenza Protetta; al momento dell'ingresso alcuni di essi erano sempre più affetti da malnutrizione a domicilio; solo in pochi casi, fortunatamente, nonostante i successivi interventi anche minimamente invasivi, come il posizionamento della SNG o della PEG per effettuare la NET (Nutrizione Enterale Totale), non si è riusciti a invertire la tendenza verso la malnutrizione
- la buona prassi alimentare e nutrizionale in caso di ospiti a rischio ha determinato - laddove c'erano le condizioni predisponenti al recupero - una sensibile riduzione della recidiva di lesioni cutanee da pressione o la facilitazione della loro guarigione
- il benessere psicofisico generale, seppur difficile da quantificare in alcuni soggetti con disturbo neurocognitivo maggiore, è stato evidente per la non comparsa delle complicanze legate alla malnutrizione

Quindi, riassumendo, la popolazione assistita è stata caratterizzata da anziani sempre più vecchi, fragili, compromessi nelle loro facoltà cognitive, con difficoltà sempre crescenti nell'assicurare un'adeguata alimentazione e idratazione; alcuni nuovi ingressi hanno presentato caratteristiche fisiche, neuropsicologiche e comportamentali veramente impegnative, con indisponibilità/rifiuto ad assumere alimenti e che hanno richiesto un grande impegno da parte dello staff nell'assicurare la migliore condizione nutrizionale possibile.

Tutto ciò non ha impedito allo staff assistenziale di raggiungere i risultati attesi e invertire il trend del cluster di anziani in cattivo stato nutrizionale.

I dati hanno dimostrato, infatti, che il risultato finale è nettamente migliorato rispetto all'anno 2022 e 2023, quando, comunque si erano già intravisti segni di miglioramento. Tenendo presente lo standard previsto per tale obiettivo (ospiti a rischio di malnutrizione+normonutriti >50%), il dato complessivo di tale obiettivo si è attestato al 61.3%.

Possiamo, quindi, dire che **l'obiettivo previsto dal piano d'azione è stato raggiunto.**

Definizione e pianificazione delle azioni correttive e di miglioramento

Visto l'andamento dei dati, la capacità e disponibilità di tutto lo staff ad agire secondo quanto previsto dalle procedure operative e dalla buona organizzazione dei vari momenti con cui si realizza la "Nutrizione", si ritiene necessario mantenere le attuali modalità operative, ribadendo l'importanza di porre l'attenzione sui segni di allarme nutrizionale, in modo da intervenire con apposite modifiche nutrizionali, senza aspettare le sicure conseguenze di uno stato di malnutrizione.

Riconsiderare periodicamente e ogni qual volta si verifichi una modifica della condizione nutrizionale è l'obiettivo delle modalità operative acquisite, finalizzate al mantenimento/miglioramento delle condizioni psicofisiche degli anziani ospitati.

Lo staff dovrà sempre correlare la condizione dell'ospite con la tipologia di programma nutrizionale, delle kilocalorie necessarie e dovrà farlo sempre in un'ottica di prevenzione.

Dovendo sintetizzare i due momenti principali e le azioni da mettere in campo, si può dire che:

- lo staff sanitario, nelle figure del Responsabile sanitario e del Servizio infermieristico, devono individuare gli anziani a rischio di nutrizione insufficiente, in quanto affetti da problematiche varie, tra cui la demenza e la disfagia
- la Direzione amministrativa, con l'acquisizione delle nuove tecnologie innovative per la creazione di pasti caratterizzati da una densità omogenea, assenza di granulosità, palatabilità, composizione bromatologica idonea ed equilibrata, continuerà a rendere disponibili tali tecnologie, visto anche il riscontro inconfutabile dei miglioramenti clinici ottenuti sugli anziani.

La completa rivisitazione del "Progetto nutrizionale" continuerà anche per gli anni futuri; gli anziani ospiti saranno valutati sempre non solo attraverso il Mini Nutritional Assessment, ma anche attraverso parametri antropometrici ed ematobiochimici, specifici dello stato nutrizionale.

Inoltre, in sede di discussione dei risultati con il personale assistenziale verrà ribadita la necessità di essere sempre aderenti con quanto previsto dalle procedure operative al fine di assicurare sempre il più alto livello di qualità nutrizionale. In sede di valutazione dell'anziano nel suo aspetto nutrizionale dovrà essere posta attenzione a individuare sempre la soluzione migliore tra quelle disponibili (manipolazione dei pasti, tipologia dei pasti, kilocalorie giornaliere, caratteristiche organolettiche, via di somministrazione, soluzioni nutrizionali) per migliorare e invertire la tendenza del cluster "cattivo stato nutrizionale".

Attuazione

Secondo quanto previsto dalle PPOO e dalla nuova tecnologia per la preparazione dei pasti e bevande.

Verifica

Alla fine di ogni anno verrà valutato l'andamento dello stato nutrizionale globale, le criticità di alcuni ospiti e l'efficacia delle azioni eventualmente messe in atto dallo staff assistenziale.

<i>Obiettivo:</i>	PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE
Descrizione obiettivo:	Prevenire la comparsa di segni e sintomi legati a uno stato di ipo-malnutrizione
Indicatore:	valutazione periodica del BMI (Body Mass Index) e del MNA (Mini Nutritional Assessment)
Periodo di riferimento:	Anno in corso (01-Jan/ 31-Dic)
Verifica:	Annuale (con possibile valutazione di trend semestrale)
Standard di riferimento:	100% ospiti valutati con BMI e MNA almeno il 50% degli ospiti con valori di MNA ≥ 17

6 - 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.

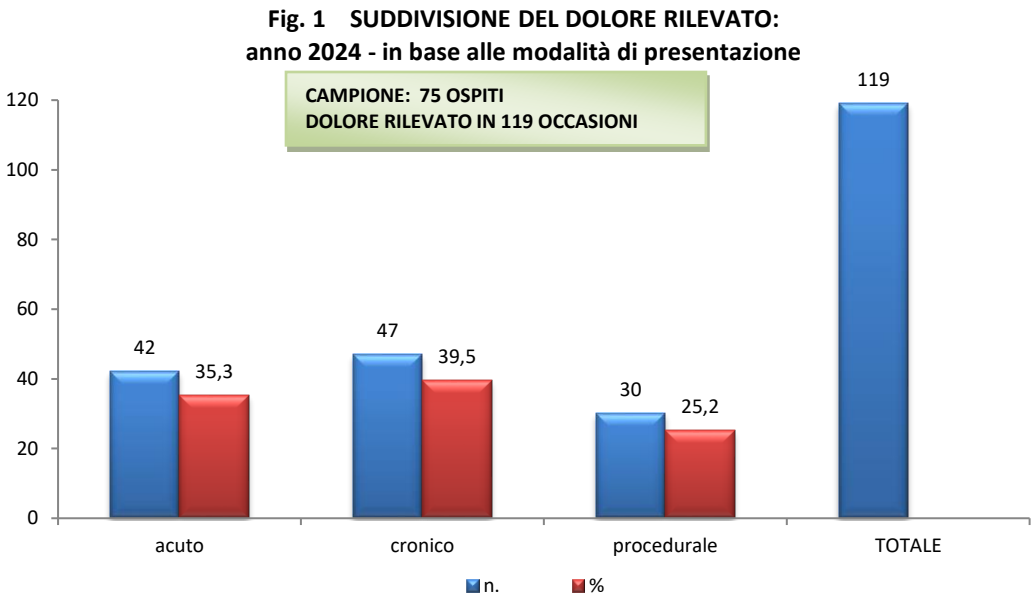
Nella Fig. 1, oltre al campione di popolazione dei 75 ospiti, viene riportata la distribuzione del dolore riscontrato nell’anno 2024 e suddiviso in base alle modalità di presentazione in “acuto”, “cronico” e “procedurale”

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

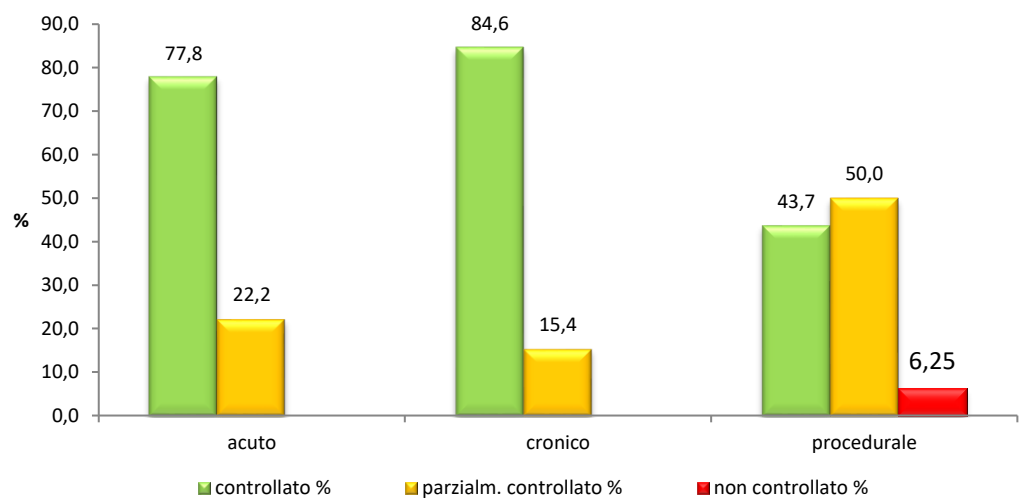
Come i dati dimostrano, durante l’anno 2024 sono state effettuate accuratamente le rilevazioni, le valutazioni e il trattamento laddove necessario, secondo la Procedura Operativa Gestione del dolore.



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

	acuto		cronico		procedurale		TOTALE	
TIPO DI FARMACO	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
indicatore	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

CONCLUSIONI

La popolazione assistita nell'anno 2024 è stata caratterizzata da una significativa comorbidità età-correlata, causa dell'elevata "fragilità", con la complessità assistenziale intrinseca dell'anziano disabile; ciò, è stato vero sia per gli anziani nuovi ospiti che vivevano al proprio domicilio, molto spesso entrati in Residenza in condizioni molto precarie e che in alcuni casi ne hanno provocato il decesso addirittura dopo pochi giorni di permanenza, sia per coloro già ospiti della Residenza che si sono maggiormente invecchiati. Per entrambe le popolazioni si è assistito, rispetto ad alcuni anni fa, a un peggioramento ingravescente sul versante clinico-funzionale, che ha significativamente impegnato lo staff assistenziale con un elevato carico assistenziale; non meno impegnative sono sempre risultate le condizioni degli anziani provenienti direttamente dall'Ospedale o di quelli che sono stati inviati in ospedale per situazioni critiche e che sono quasi sempre rientrati con una condizione di sostanziale instabilità clinica e con complicanze fisiche e psicologiche secondarie all'ospedalizzazione.

In particolare, la "fragilità", nelle sue componenti nutrizionale, neuropsicologica e comportamentale, ha limitato fortemente interventi assistenziali che avrebbero potuto portare in diversi casi a un reale miglioramento delle condizioni psicofisiche.

Fatte queste premesse e in considerazione dell'andamento generale dell'assistenza, possiamo affermare che complessivamente quest'ultima è stata adeguata, rispondente alle aspettative e caratterizzata comunque da una buona qualità prestazionale.

Lo staff della Fondazione "Creusa Brizi Bittoni" ha sempre operato nel pieno rispetto delle procedure operative previste per i vari ambiti sanitari, assistenziali, riabilitativo e amministrativo.

C'è stato un obiettivo NON raggiunto, quello del contenimento delle giornate di ricovero, alla cui base sta, non tanto la grave condizione clinica di scompenso con cui l'ospite è stato ricoverato, quanto le difficoltà delle organizzazioni ospedaliere a fare una diagnosi e impostare una terapia per poter dimettere l'ospite (si ricorda che uno dei 4 ricoveri è stato in Ospedale per 43 giorni).

Dovendo indicare un obiettivo su tutti, che abbia segnato positivamente l'anno 2024 più degli altri, dobbiamo affermare che la prevenzione della malnutrizione è stato l'obiettivo più difficile in assoluto da perseguire, ma che è stato raggiunto grazie agli enormi sforzi messi in campo sul versante organizzativo, procedurale e culturale da parte dell'Amministrazione e dallo staff assistenziale tutto. Infatti, i dati precedentemente riportati, non solo hanno confermato il trend positivo dell'anno 2023, ma sono ormai in controtendenza, ancora positivi e indicativi che, alla lunga, la qualità perseguita con tenacia e convinzione paga; in questo caso si è portato benessere agli anziani ospiti.

Particolare elemento di gratificazione per tutto lo staff assistenziale e l'organizzazione generale è stato il mantenimento di un elevato "Grado di soddisfazione percepito dagli utenti sui servizi erogati" agli anziani, obiettivo questo molto complesso, espressione della capacità dello staff assistenziale di operare secondo le Procedure Operative, nel rispetto della dignità delle persone, assicurando prestazioni assistenziali di elevato livello.

Tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza hanno mostrato attenzione, dedizione, pur nelle difficoltà legate al carico di lavoro; certi momenti di difficoltà sono stati superati

grazie alla flessibilità organizzativa e operativa nell'affrontare le problematiche note, ma soprattutto quelle costantemente emergenti.

In particolare, l'équipe multidisciplinare ha saputo valutare, definire e programmare gli interventi migliori che hanno successivamente determinato i risultati ottenuti.

Anche sul versante della socialità, intesa come possibilità di relazioni a tutto campo, nonostante non sia questa la sede più opportuna per rendicontare i risultati, si sono ottenuti importanti successi, come dimostrato, tra l'altro dai dati di Customer satisfaction.

I rapporti con gli utenti, in particolare con i familiari degli ospiti, sono aumentati quantitativamente e qualitativamente: l'attuale Servizio sociale sembra ben funzionare e fungere da importante elemento di raccordo con i familiari, ma anche con il coinvolgimento degli ospiti nelle iniziative socializzanti e psicostimolanti e contribuisce a innalzare il livello di qualità e di benessere ambientale e assistenziale per gli anziani all'interno della Residenza.

L'auspicio per il prossimo anno è, pertanto, quello di poter continuare con le attuali modalità operative, apportando quei miglioramenti che di volta in volta si renderanno necessari a proposito dei vari obiettivi revisionati; miglioramenti che faranno nel tempo sempre la differenza ai fini di una buona qualità dell'assistenza.

Lo staff assistenziale, sempre supportato dall'Amministrazione, attenta alle evoluzioni normative e organizzative, ha potuto operare, nonostante le difficoltà, assicurando comunque un elevato standard di qualità assistenziale, come dimostrato nel corso di questo report.

La sensibilità e la progettualità della Direzione, infine, è sempre stata volta alla continua ricerca di soluzioni migliorative e formative per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, temperando al tempo stesso la stabilità del bilancio.

L'auspicio, pertanto, è quello di continuare sulla strada della corretta attuazione della metodologia geriatrica, dell'operatività e dell'alto livello organizzativo, integrandoli e armonizzandoli con i vari aspetti della socialità e sempre sostenuti da un'attenta messa a disposizione delle risorse da parte della Direzione della Fondazione "Creusa Brizi Bittoni" che da tempo hanno contraddistinto tutto lo staff della Residenza.

Tabella riassuntiva dell'andamento degli obiettivi assistenziali e sanitari nell'anno 2024

Obiettivo	Indicatore	Standard	Revisione 31/12/2024	Valore precedente	Valore attuale	Obiettivo Raggiunto/ Non raggiunto	Azioni
Riduzione ricoveri ospedalieri	ricovero ospedaliero	≤ 4.2 ricoveri/anno (media periodo 2019-2023)	Sì	7	4	Raggiunto	Mantenimento dell'attuale modalità operativa e sensibilizzazione del personale agli elementi trigger
Riduzione giornate degenza ospedaliera	giornata di degenza	≤ 31.2 giornate/anno (media periodo 2019-2023)	Sì	51	64	Non Raggiunto	Miglioramento/potenziamento della fase diagnostica e terapeutica, con riconoscimento degli “acute changes”
Prevenzione eventi traumatici	ospite a rischio, caduto	ospiti a rischio caduti/ospiti a rischio totali ≤ 21.8% (media periodo 2019 – 2023)	Sì	11.1%	19.4%	Raggiunto	Mantenimento dell'attuale modalità operativa e sensibilizzazione del personale agli elementi trigger
Prevenzione lesioni da decubito	ospite a rischio, con ldp	ospiti a rischio di LdP/ospiti a rischio totali ≤ 23.4% (media periodo 2019 – 2023)	Sì	24.1%	12.3%	Raggiunto	Mantenimento dell'attuale modalità operativa e sensibilizzazione del personale agli elementi trigger
Valutazione dello stato nutrizionale	Valutazione MNA	Almeno il 50% con valore di MNA >17 (ospiti normonutriti +a rischio di malnutrizione)	Sì	59.4%	61.3%	In linea	Mantenimento dell'attuale modalità operativa
Controllo del dolore	Presenza di dolore (acuto, cronico, procedurale)	> 60% di casi di dolore controllato (acuto, cronico, procedurale)	Sì	75.0%	83.2%	Raggiunto	Mantenimento dell'attuale modalità operativa e sensibilizzazione del personale agli elementi trigger

OBIETTIVO RAGGIUNTO

OBIETTIVO IN LINEA

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO

OBIETTIVO NON PERSEGUITO