



INDICATORI DI EFFICACIA DEI SERVIZI

ESTRATTO BILANCIO SOCIALE 2013

PAGG.DA32 A 39 E 45-46

CASE RESIDENZA

Indicatori di qualità assistenziale

Si ritiene che la qualità dell'assistenza possa essere monitorata e valutata secondo criteri e indicatori che di seguito verranno esemplificati. Gli indicatori sono quegli elementi che un cittadino può valutare al fine di comprendere il livello di assistenza fornita.

Molto impegno viene profuso nel monitoraggio delle condizioni complessive dell'anziano, sia fisiche che psichiche, e ciò dà forma agli indicatori presentati. Altri aspetti più legati a quella sfera che viene chiamata "anima" intesa come lo star bene, sentirsi bene, sentirsi "vivi", essere partecipi, sono monitorati con la medesima attenzione, ma non danno luogo a indicatori specifici.

Gli indicatori presi in esame sono: lesioni, giorni di ricovero ospedaliero, tutele e contenzioni sia diurne che notturne, lassativi, cadute e scivolamenti, allontanamenti, frequenza del bagno completo.

Altro ambito di notevole importanza è costituito dalle autonomie della persona e dalle sue abilità. E' nostro obiettivo e impegno quello di mantenere e potenziare le capacità residue sia per un buon livello di funzionalità, e quindi di risposta ai propri bisogni, ma anche per sottolineare la stima di sé, il considerarsi ancora "capaci" di soddisfare autonomamente i propri bisogni.

Monitoraggio delle Autonomie delle persone anziane

Ogni mese il Gruppo Palestra, costituito da fisioterapista, RAAI, infermiere, operatori e animatrice, monitora l'andamento delle autonomie di ogni singolo anziano valutando così l'attività attuata e programmando le future azioni assistenziali utili a ciascun anziano per mantenere e/o migliorare le proprie autonomie; l'équipe socio sanitaria supervisiona il risultato assistenziale prodotto dal lavoro del Gruppo Palestra.

I dati di monitoraggio, in particolare quelli riferiti all'alimentazione, oltre al risultato assistenziale in sé, forniscono indicazioni sul grado di aderenza nelle attività assistenziali ad un importante valore culturale: rispettare l'anziano, non sostituirsi a lui se non è necessario, creare le condizioni per la massima autonomia possibile, alimentare la sua autostima rinforzando le azioni che può fare senza o con poco aiuto di altri.

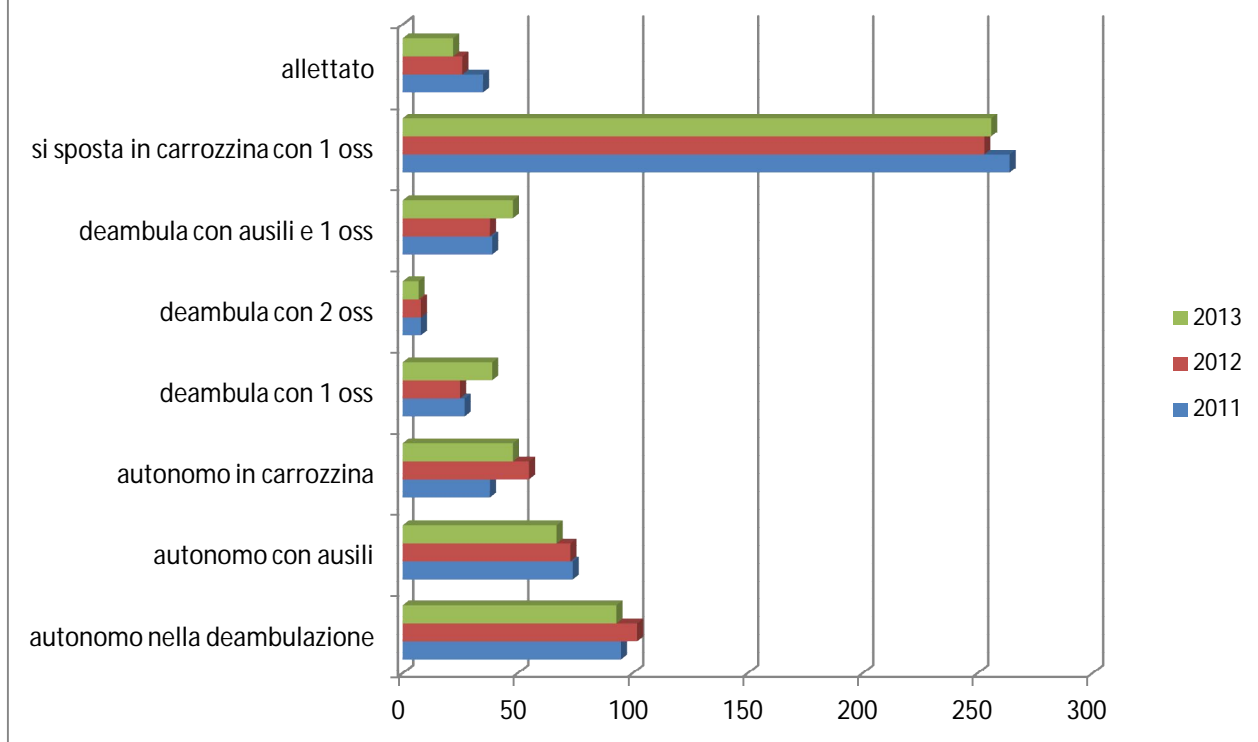
La qualità di vita passa anche attraverso l'autostima e il riconoscimento positivo di sé. Grande attenzione è data pertanto al mantenimento delle autonomie che vede coinvolte in modo sinergico tutte le figure dedicate all'assistenza, affinché, ognuno per la sua parte, metta in campo azioni finalizzate ad evitare la regressione. Il concetto di "mantenimento" non preclude quello di "recupero" che, là dove possibile, viene sempre garantito. In considerazione delle condizioni sanitarie multiproblematiche e degli anni che aumentano, riuscire a mantenere il più a lungo possibile le autonomie di ciascun anziano è un obiettivo prioritario dell'assistenza.

Di seguito si riportano gli esiti della rilevazione autonomie alla fine di ogni anno:

Autonomie arti inferiori	Anno 2011 %	Anno 2012 %	Anno 2013 %
autonomo nella deambulazione	16,27	17,59	13,62
autonomo con ausili	12,73	12,59	11,85
autonomo in carrozzina	6,38	9,48	8,97
deambula con 1 OSS	5,00	4,31	6,29
deambula con 2 OSS	0,98	1,38	1,21
deambula con ausili e 1 OSS	7,06	6,55	8,68
si sposta in carrozzina con 1 OSS	47,08	43,62	45,38
allettato	4,50	4,48	4,00
Totale ospiti	100,00%	100,00%	100,00%

I dati relativi al 2013 dimostrano un deterioramento delle condizioni degli anziani che presentano minori autonomie. Il lavoro del personale socio sanitario, rispettoso di programmi personalizzati, ha reso possibile che l'inesorabile trascorrere del tempo non abbia comportato una perdita totale delle autonomie: infatti, a fronte di una perdita di oltre 5 punti % delle voci relative alle persone deambulanti, si ha una crescita solo dell'1,7% delle persone in carrozzina. Le altre persone sono invece sostenute dal personale nella deambulazione assistita. Resta fondamentale anche l'attività di fisioterapia personalizzata.

Trend autonomie arti inferiori



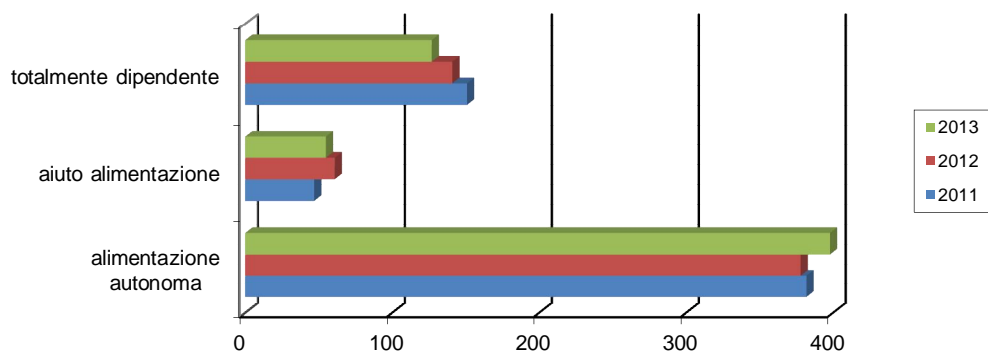
Autonomie arti superiori	anno	anno	anno
	2011	2012	2013
	%	%	%
alimentazione autonoma	64,45	65,17	66,95
aiuto alimentazione	10,38	10,52	10,00
totalmente dipendente	25,17	24,31	23,05
Totale ospiti	100,00%	100,00%	100,00%

Il dato del 2013 relativo agli anziani con alimentazione autonoma conferma il trend positivo già evidenziato negli anni precedenti, a dimostrazione dell'impegno profuso nelle attività finalizzate al recupero ed al mantenimento delle autonomie.

Mantenimento e miglioramento rispetto all'ingresso in struttura sono sia un obiettivo dell'attività assistenziale, sia un dato di realtà che dipende dai programmi di lavoro e da un'organizzazione che è:

- convinta che non bisogna mai sostituirsi all'anziano là dove è possibile
- capace di coinvolgere i parenti nei processi assistenziali affinché anch'essi aderiscano alla stessa cultura
- capace di programmare le azioni necessarie all'anziano delle quali è referente il Fisioterapista
- collaborante, che sfrutta l'azione sinergica di operatori e animatori, affinché stimolino le capacità espresse durante l'espletamento del loro lavoro
- dotata di ambienti, strumenti ed attrezzature specifici per l'attività motoria
- puntuale nell'applicare un modello (cultura, protocolli, procedure e strumenti) a sostegno dell'operatività.

Trend autonomia arti superiori



Allettati

Nel 2013 si registra un lieve decremento percentuale degli ospiti allettati rispetto agli anni precedenti. E' importante ribadire che si considerano allettati gli anziani che, su prescrizione medica, stanno permanentemente a letto, poiché a tutti gli altri viene garantita la possibilità di alzarsi per evitare l'isolamento sociale e i danni da allettamento.

Ciò può comportare anche alzare e rimettere a letto fino a 4 volte al giorno la stessa persona che, a causa della sua condizione, non resiste a lungo seduta.

Lesioni da decubito

Il monitoraggio delle lesioni da decubito e la valutazione dell'attività effettuata per la loro riduzione, avviene mediante il conteggio di ogni singola lesione, a partire da una lieve escoriazione fino al livello più grave (4°).

Il dato proposto non si riferisce al numero di ospiti che hanno presentato lesioni, ma al numero di lesioni riscontrate: infatti un solo ospite può presentare più lesioni. Per valutare correttamente il dato riportato, occorre poi precisare che gli anziani in fase terminale hanno alte possibilità di presentare più lesioni, che vengono conteggiate in quanto presenti e vanno ad aumentare il totale lesioni, ma quando gli ospiti decedono, le stesse non vengono considerate fra quelle guarite, perché si ritiene più rappresentativo dell'attività assistenziale effettuata riportare solamente il dato puro delle lesioni guarite in modo completo.

Lesioni da decubito				Guarite in strutture
	Non insorte in struttura	Insorte in struttura	TOTALE	
Lesioni da decubito 2013	92	133	225	98
%	40,89	59,11	100,00	37,69 *
Lesioni da decubito 2012	114	112	226	106
%	50,44	49,56	100,00	39,48

Lesioni da decubito 2011	140	157	297	113
%	47,14	52,86	100,00	38,05

Il dato relativo alle lesioni da decubito risulta sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. L'incremento di quelle insorte in struttura dipende da un lato dall'aggravamento delle condizioni degli ospiti e dalle pluripatologie di cui sono affetti numerosi di loro che comportano maggior permanenza a letto; dall'altro segnala un'esigenza di miglioramento delle prestazioni sanitarie e infermieristiche alle quali potrà dare un contributo sia la nuova leva di infermieri assunti direttamente da RETE sia specifici programmi tendenti a contenere il fenomeno. La filosofia del servizio tende a mantenere l'anziano, anche nella fase di accompagnamento ad exitus, il più possibile nel proprio contesto di vita, per evitare disagi e disorientamento dovuti all'ospedalizzazione. Ciò porta a incrementare le lesioni insorte in struttura proporzionalmente al numero di anziani deceduti nei servizi.

La percentuale di lesioni guarite resta sostanzialmente costante (37,69%)* Essa è calcolata sul totale delle lesioni trattate (225 insorte nell'anno, 35 già presenti a inizio anno).

Ricoveri ospedalieri

Il numero dei giorni di ricovero in ospedale è sensibilmente diminuito rispetto agli anni precedenti.

CASA PROTETTA	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N° giorni di ricovero ospedaliero	3.615	3.642	3.310

Il dato, valutato in relazione alla presenza di anziani più gravi rispetto agli anni precedenti, testimonia l'efficacia delle indicazioni operative affidate ai servizi, tese ad evitare il ricorso al ricovero qualora, a fronte di aggravamenti (es. febbre alta, fase terminale, ecc.) le cure che possono essere prestate in casa protetta siano analoghe a quelle in regime di ricovero; ciò anche tenuto conto che il ricovero ospedaliero può alterare i fragili equilibri dell'anziano provocando danni da allettamento, disorientamento nel trovarsi in luogo e mani sconosciute, oltre al disagio in capo alla famiglia. Il dato contribuisce anche a rendere più efficace la spesa ospedaliera evitando utilizzi impropri dei ricoveri, come indicato nelle strategie aziendali.

Mezzi di tutela e contenzione diurna

I presidi utilizzati per la tutela e la contenzione hanno lo scopo di garantire la sicurezza dell'anziano assicurando al massimo comfort e autonomia. Per questo motivo i presidi utilizzati sono:

- tavolini inseriti nelle carrozzine, sui quali riporre riviste, bicchieri ed altro, che evitano le cadute in avanti;
- cunei divaricatori, ovvero cuscini inseriti nella seduta della carrozzina tra le gambe per evitare lo scivolamento in avanti;
- cinture di varia natura che sostengono la persona evitando che cada dalla carrozzina e/o dalla poltrona.

Questi mezzi vengono utilizzati, su prescrizione medica, per alcune ore della giornata a tutela dell'anziano, quando il personale di assistenza è impegnato in luoghi diversi da quelli in cui è collocato l'anziano (esempio sta effettuando bagni, rifacendo letti, accudendo le persone in camera, ecc.).

Mezzi di tutela e contenzione notturna

All'oggi per contenzione notturna la letteratura scientifica intende esclusivamente l'utilizzo delle due spondine del letto. A livello internazionale numerosi ricercatori di ambito sanitario stanno valutando di escludere dai mezzi di contenzione le spondine, trattandosi, in realtà esclusivamente di una tutela per l'anziano.

Riepilogo mezzi di tutela e contenzioni

Nella tabella che segue sono riportati i dati di riepilogo sulle contenzioni, dai quali si evince che vi sono numerosi ospiti che necessitano sia di contenzione diurna che notturna.

Riepilogo contenzioni	Anno 2011	%	Anno 2012	%	Anno 2013	%
Totale posti letto	580	100%	580	100%	580	100%
Ospiti con tutela e contenzione notturna	460	78,73%	432	74,48%	410	70,69%
Ospiti con tutela e contenzione diurna	250	42,8%2	246	42,41%	254	43,79%

I dati sono sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente, ma si segnala come rilevante il calo percentuale di ospiti che necessitano di tutela o contenzione notturna, e confermano ancora una volta l'attenzione alla qualità di vita degli anziani e al coinvolgimento dei familiari agita dai servizi di RETE.

Lassativi

Il primo obiettivo del loro utilizzo è il recupero dell'equilibrio intestinale dell'anziano in modo naturale operando attraverso l'alimentazione, l'idratazione e la mobilitazione anche passiva.

Lassativi	Anno 2011	%	Anno 2012	%	Anno 2013	%
Totale posti letto	580	100	580	100	580	100
N° ospiti con lassativi	383	65,59	355	61,20	347	59,82

Proprio per l'estrema attenzione al tema, la rilevazione viene effettuata avendo consapevolmente scelto un parametro estremamente rigoroso: si è scelto di considerare lassativi tutti i farmaci e i prodotti acquistabili in farmacia, ivi compresa la Marmellata Tamarine.

Il risultato è in costante diminuzione rispetto agli anni precedenti (59,82% contro il 65,59% del 2011) e la sua lettura risulta inoltre confortata dalla consapevolezza che fra i 347 anziani rilevati come assuntori di lassativi, non tutti hanno la totale perdita della funzionalità, ma alternano momenti in cui la stessa è spontanea a momenti in cui è indotta. Tali risultati sono anche testimonianza del lavoro del Gruppo Evacuazione presente in ogni struttura, il cui sforzo è ponderare azioni positive e personalizzate per mantenere o ripristinare la funzionalità intestinale.

Cadute, scivolamenti e allontanamenti dai servizi

Il conteggio delle cadute comprende anche gli scivolamenti a terra.

Il rischio di caduta, così come quello di allontanarsi dalla struttura, viene valutato individualmente per ogni anziano in équipe, successivamente vengono condivise con i parenti le scelte assistenziali utili a ridurre al minimo le limitazioni della persona, esplicitandone rischi e benefici. Molto spesso tali fenomeni, infatti, sono influenzati dal programma personalizzato rivolto a ospiti dei quali si vuole, positivamente, favorire il recupero o il mantenimento della capacità di muoversi e deambulare autonomamente.

Vengono conteggiati gli accadimenti e non le persone (lo stesso anziano può essere caduto o essersi allontanato più volte).

Cadute, scivolamenti e allontanamenti	Anno 2011	%	Anno 2012	%	Anno 2013	%
Totale posti letto	580	100	580	100	580	100
n° cadute e scivolamenti	487	83,96	327	56,38	398	68,62
n° allontanamenti	66	11,38	51	8,79	34	5,86

La maggioranza delle cadute è costituita da scivolamenti a terra (353), cadute quindi che non hanno comportato gravi danni per gli anziani.

Nel 2013 sono stati 67 gli anziani valutati a rischio di allontanamento ma solo 33 si sono effettivamente allontanati; a questi, infatti, sono attribuiti i 34 allontanamenti rilevati.

Frequenza del bagno

Si tratta di un indicatore utilizzato da tempo che esprime, in giorni, l'intervallo fra un bagno completo e l'altro.

Frequenza bagno	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N° giorni in media che intercorrono fra un bagno completo e il seguente	9,99	9,25	8,76

Come si può vedere dalla tabella, il dato è in costante miglioramento nel corso degli anni, grazie alla stabilizzazione organizzativa raggiunta nel 2012 e al completamento delle assunzioni di OSS nel 2013. E' un risultato reso possibile

anche grazie all'effettuazione dei bagni di domenica e nelle giornate di festività, impegno portato avanti nei servizi proprio per garantire migliori risultati.

I giorni medi che intercorrono tra un bagno e l'altro sono stati conteggiati nelle Case Residenza e separatamente nel Nucleo Iris che, trattando ospiti con patologie diverse, ha una frequenza dei bagni molto alta; infatti la media, considerando anche questo nucleo, si attesterebbe a gg 5,08.

Va inoltre ricordato che la media indica esclusivamente i bagni e non le "spugnature complete a letto" che vengono effettuate qualora una persona non stia bene.

CASA DI RIPOSO

Assunzione farmaci

Il livello di fragilità di questa utenza è rilevabile altresì dalla necessità di intervento sanitario per quanto riguarda l'assunzione di farmaci.

CASA DI RIPOSO	Numero di terapie erogate al di	Media terapie erogate procapite	Numero terapie psicotrope (dettaglio delle terapie totali)
Anno 2013	453	6,74	82
Anno 2012	510	6,34	101
Anno 2011	430	5	54

I dati esposti nella tabella confermano, pur con significativi miglioramenti rispetto al 2012, l'aggravamento del quadro complessivo di salute e autonomia che si è registrato rispetto al 2010: nel 2013 aumenta in modo contenuto rispetto al 2012, ma significativo rispetto al precedente triennio, la media pro capite di terapie erogate per la gravità del quadro sanitario generale .

Igiene

La condizione di autosufficienza dovrebbe implicare la capacità di gestire la propria persona: si nota invece negli anziani in Casa di Riposo la necessità di intervento assistenziale importante.

CASA DI RIPOSO	Numero di anziani con bagno assistito	Numero di anziani con igiene assistita	Numero di anziani con vigilanza igienica
Anno 2013	61	35	8

CASA DI RIPOSO	Numero di anziani con bagno assistito	Numero di anziani con igiene assistita	Numero di anziani con vigilanza igienica
Anno 2012	58	39	10
Anno 2011	57	34	20

Se si considera che il 2013 ha visto una presenza media di n.4,5 anziani in meno rispetto all'anno precedente, dalla tabella si può desumere che gli anziani hanno sempre più bisogno di aiuto nel bagno assistito e meno di sorveglianza: infatti il dato è rappresentativo delle macrocategorie di ospiti presenti nel servizio, da un lato persone fisicamente autosufficienti che presentano fragilità psichiche e dall'altro anziani che invecchiano nel servizio.

Altri dati

Nel 2013 sono insorte in struttura 5 lesioni da decubito da patologia (1 in più rispetto al 2012), di cui 3 guarite .

Nel 2013 sono 5 gli ospiti che hanno utilizzato le spondine di notte per evitare cadute (nel 2012 erano 6), mentre la tutela o contenzione diurna è stata utilizzata solo per una persona (tavolino davanti alla carrozzina) .

Sono ulteriormente diminuiti rispetto all'anno precedente gli ospiti trattati con lassativo (solo 3 rispetto ai 5 del 2012). Questo dimostra l'attenzione che viene garantita nell'alimentazione (frutta cotta, succo di prugne, verdure, ecc.).

Nell'anno 2013 si sono rilevate n.92 cadute (n. 111 nel 2012), delle quali 7 hanno riportato conseguenze.

Non si sono verificati episodi di allontanamento (nel 2012 era stati 2 gli allontanamenti)

La media di frequenza del bagno anche nel 2013 rimane di 7 giorni.

La Casa di Riposo è un servizio ad alta complessità e ciò è determinato :

-dal cambiamento progressivo degli anziani e, conseguentemente del loro stato, che richiede una grande capacità di adattamento dell'organizzazione e una professionalità capace di affrontare le tipologie assistenziali più svariate ;

-dalle zone grigie di competenza dei servizi istituzionali: tutto ciò che non è di titolarità specifica viene proposto alla Casa di Riposo (es. fragilità psichiche)

-dalla cultura dello stesso servizio che si propone come una comunità con poche regole istituzionali, nella quale permangono, per ciascun anziano, le abitudini e le consapevolezze del proprio domicilio e, conseguentemente, le stesse esigenze sia sul piano relazionale/assistenziale che di libertà di scelta;

- dalla necessità di interagire con tutti i servizi territoriali singolarmente per ogni anziano, poiché ognuno rimane in carico nel proprio servizio, compresi i Medici di Medicina Generale che nel 2013 sono stati 33.

Nel 2013 si sono verificati n. 7 decessi (n. 6 nel 2012), mentre gli ospiti che sono rientrati al proprio domicilio sono stati n. 29 (n. 30 nel 2012).

Assistenza erogata

In relazione alle condizioni assistenziali sopradescritte a fronte dei **previsti 30 minuti di assistenza** giornalieri, standard da assicurare ad ogni ospite di Casa di Riposo, nel 2013 ne sono stati **erogati 35,09** , pari a **5,09 minuti aggiuntivi** cui contribuisce in modo significativo il rafforzamento della vigilanza notturna e dell'assistenza leggera .

Flessibilità del servizio

Le dimissioni temporanee degli ospiti dalle strutture sono un ulteriore elemento di flessibilità del servizio, si verificano principalmente per effettuare visite ai parenti o giorni di vacanza

CASA DI RIPOSO	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N° giornate di dimissione temporanea	148	158	55

La riduzione significativa del numero di giornate di dimissione temporanea è data dal calo delle giornate di vacanza e dalla dimissione, per aggravamento, di un anziano che frequentemente fruiva dell'opportunità di far visita ai parenti e rientrare a casa.