

# ***VERSO IL BILANCIO SOCIALE***

**- 2008 -**



**Centro Residenziale per Anziani**  
***“Domenico Sartor”***

**Centro Residenziale per Anziani “Domenico Sartor” - [www.centroanzianisartor.it](http://www.centroanzianisartor.it)**  
Via Ospedale n.12 – 31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 738111 - Fax 0423 738128 - [posta@centroanzianisartor.it](mailto:posta@centroanzianisartor.it) –

## **PRESENTAZIONE**

Negli ultimi anni si è parlato molto di responsabilità in ambito pubblico e in ambito privato. Sono state molte le aziende e le amministrazioni pubbliche che hanno avviato programmi di responsabilità sociale.

Per quanto diffusa, è ancora difficile individuare una definizione unica di responsabilità sociale e “giova osservare che nonostante la fluorescenza di studi e dibattiti nel corso dell’ultimo quarto di secolo, non esiste a tutt’oggi una definizione largamente condivisa” (S. Zamagni, 2007).

Tra gli strumenti di responsabilità sociale il Bilancio Sociale rappresenta l’esito di un processo e non un documento fine a se stesso: “Il bilancio sociale è l’esito di un processo con cui l’amministrazione rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell’impiego di risorse in un dato periodo, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l’amministrazione interpreta e realizza la sua missione istituzionale e il suo mandato” (Ministero dell’Interno, 2007).

Il bilancio sociale è un documento con il quale un’organizzazione, che sia un’impresa o un ente pubblico, o un’associazione, comunica periodicamente in modo volontario, gli esiti della sua attività, non limitandosi ai soli aspetti finanziari e contabili.

Come Ente siamo convinti che una gestione corretta e sperimentata nel tempo del bilancio sociale, sia non solo uno strumento di dialogo, ma un vero e proprio strumento di consapevolezza e quindi di gestione. Ed è a questo pensiero che si rifà il titolo del nostro documento “Verso il Bilancio Sociale”

Il bilancio sociale rappresenta per noi uno degli strumenti più importanti di comunicazione, condivisione e rendicontazione (in una parola, di trasparenza) nel quale si parla di strategie, attività, partner e risorse impiegate. Riteniamo che il rendere conto delle attività svolte e dei risultati raggiunti (o non raggiunti) per noi, più ancora che per i soggetti profit, sia doveroso; questo è l’unico modo con il quale possiamo davvero ricambiare la fiducia dei cittadini, delle istituzioni e degli stakeholder che a vario titolo ci hanno scelto come loro interlocutore.

Vogliamo trasformare la nostra organizzazione in una sorta di “libro aperto”, accettando l’idea che ogni “lettore” possa dire la sua. Questa per noi è una sfida che lanciamo e accettiamo volentieri, anche per provare a combattere quei pregiudizi che ancora esistono nei confronti delle istituzioni per anziani.

I servizi alla persona non sono un mondo fatto d’improvvisazione ma di strategie di sviluppo sociale e di impegno quotidiano. Non sono composti di persone che credono di svolgere un’attività talmente valoriale in sé da non aver bisogno di una valutazione esterna, ma da persone che desiderano avere un confronto con l’esterno anche in termini valutativi.

**- INDICE -**

<i>Presentazione</i>	<i>Pag. 02</i>
<i>Indice</i>	<i>Pag. 03</i>
<i>Quadro generale</i>	<i>Pag. 04</i>
<i>Analisi statistica</i>	<i>Pag. 06</i>
<i>Caratteristiche psicofisiche dell'ospite: autonomie</i>	<i>Pag. 14</i>
<i>Decessi</i>	<i>Pag. 21</i>
<i>Ricoveri</i>	<i>Pag. 22</i>
<i>Analisi comorbilità</i>	<i>Pag. 24</i>
<i>Aspetti di esito</i>	
- <i>Alimentazione entrale</i>	<i>Pag. 29</i>
- <i>Lesioni da decubito</i>	<i>Pag. 29</i>
- <i>Cadute</i>	<i>Pag. 30</i>
- <i>Contenzione</i>	<i>Pag. 31</i>
<i>Area Riabilitativa</i>	
- <i>Fisioterapia</i>	<i>Pag. 32</i>
- <i>Socializzazione</i>	<i>Pag. 33</i>
- <i>Logopedia</i>	<i>Pag. 35</i>
- <i>Psicologia</i>	<i>Pag. 38</i>
<i>Unità Operativa Interna</i>	<i>Pag. 40</i>
<i>Registrazione diario</i>	<i>Pag. 41</i>
<i>Prestazioni igieniche: bagni</i>	<i>Pag. 41</i>
<i>Standard personale</i>	<i>Pag. 42</i>
<i>Soddisfazione clienti</i>	<i>Pag. 43</i>
<i>La formazione</i>	<i>Pag. 45</i>
<i>Il Bilancio – entrate</i>	<i>Pag. 51</i>
<i>Il Bilancio – uscite</i>	<i>Pag. 52</i>
<i>Obiettivi 2007</i>	<i>Pag. 56</i>
<i>Obiettivi 2008</i>	<i>Pag. 62</i>

## GLI OSPITI DEL CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI “DOMENICO SARTOR”

### QUADRO GENERALE

Nell'anno 2008 il Centro ha ospitato nei suoi 250 posti ad intervento residenziale persone anziane con un'età media di **84,7** anni (2007 -84,4 anni / 2005 – 84,5 / 2006 – 84,5) ed una permanenza media (anzianità in struttura) di **4,85** anni (2007 -4,9 anni / 2005 – 4,5 anni / 2006 – 4,7 anni). Attualmente sono presenti **219** ospiti non autosufficienti (2007 – 212) e **32** ospiti autosufficienti (2007 – 37) con le caratteristiche che di seguito vengono presentate:

#### Età Media (residenti )

Ospiti	Percentuale			Età media		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
> 80 anni	<b>76,5 %</b>	<b>75,9 %</b>	<b>78,4 %</b>	<b>88,9 anni</b>	<b>89,0 anni</b>	<b>88,8 anni</b>
< 80 anni	<b>23,5 %</b>	<b>24,0 %</b>	<b>21,6 %</b>	<b>70,0 anni</b>	<b>70,0 anni</b>	<b>69,8 anni</b>

#### Età Media (deceduti)

Complessivamente gli ospiti deceduti avevano un'età media di **87,3 anni** (2007 -88,6 / 2005 – 84,5 / 2006 – 87) e una permanenza in struttura media di **3,9 anni** (2007- 3,7 / 2005 – 2,7 / 2006 – 3,1)

Ospiti	Percentuale			Età media		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
> 80 anni	<b>82,3 %</b>	<b>91,6 %</b>	<b>86,4 %</b>	<b>90,3 anni</b>	<b>90,2 anni</b>	<b>89,6 anni</b>
< 80 anni	<b>17,7 %</b>	<b>2007</b>	<b>13,5 %</b>	<b>73,3 anni</b>	<b>71,5 anni</b>	<b>72,9 anni</b>

#### Età media (per anzianità struttura)

Permanenza in struttura	Età media		
	2006	2007	2008
<b>Da 0 a 1,9 anni</b> (Nel 2006 / 2007 vi è una forte influenza degli SVP)	<b>83,5</b>	<b>83,8</b> (senza SVP 84,8)	<b>83,7</b> (senza SVP 85,4)
<b>Da 2 a oltre anni</b>	<b>84,9</b>	<b>84,7</b>	<b>85,2</b>
<b>Da 5 a oltre anni</b>		<b>84,1</b>	<b>83,8</b>
<b>Da 10 a oltre anni</b>		<b>81,3</b>	<b>81,9</b>

#### Presenza ospiti (per sesso)

Complessivamente	Anno		
	2006	2007	2008
<b>Sesso</b>			
<b>Maschi</b>	<b>22,5 %</b>	<b>22,1 %</b>	<b>19,6 %</b>
<b>Femmine</b>	<b>77,5 %</b>	<b>77,9 %</b>	<b>80,4 %</b>

**Qualche ulteriore particolare dato:**

Ospiti con età inferiore a 65 anni

- *Disabili (handicap)* n. 3
- *Persone psichiatriche* n. 2
- *Stato vegetativo permanente* n. 3
- *Persona affetta da demenza* n. 1
- *Grave malattia invalidante* n. 2

Ospiti con età superiore a 100 anni

- *Età 109,5 anni* anzianità in struttura 13,8 anni
- *Età 104,8 anni* “ “ “ 2,3 “
- *Età 103,2 anni* “ “ “ 1,8 “
- *Età 101,7 anni* “ “ “ 8,10 “
- *Età 100,6 anni* “ “ “ 3,2 “
- *Età 100,4 anni* “ “ “ 4,0 “

**Centro Diurno Anziani**

Il Centro offre un servizio semiresidenziale per un complessivo di 24 posti. Al momento della rilevazione erano presenti 24 ospiti. Il quadro generale vede nel 2008 una presenza di ospiti con un'età media più alta che nel 2005 e 2006 ma in flessione rispetto il 2007. La permanenza in struttura registra una lieve inversione di tendenza. Permane anche per il 2008 una tendenza a favore della presenza di persone di sesso maschile rispetto ai tre anni precedenti.

**Presenza ospiti (età media e permanenza in struttura)**

Complessivamente	Anno			
	2005	2006	2007	2008
<b>Età Media</b>	<b>82</b>	<b>81,8</b>	<b>83,6</b>	<b>82,5</b>
<b>Permanenza media</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,25</b>	<b>2,53</b>

**Presenza ospiti (per sesso)**

Complessivamente	Anno				
	2005/2006	2005	2006	2007	2008
<b>Maschi</b>		<b>37 %</b>	<b>38,5 %</b>	<b>41,6 %</b>	<b>48,1 %</b>
<b>Femmine</b>		<b>63 %</b>	<b>61,5 %</b>	<b>58,3 %</b>	<b>51,8 %</b>

Questi dati trovano ancor più interesse se rapportati alla popolazione anziana che frequenta il Centro in forma residenziale.

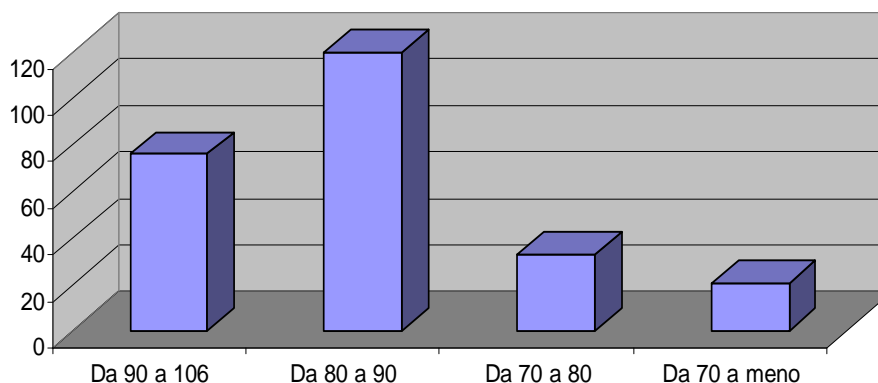
## ANALISI STATISTICA

Per comprendere meglio la tipologia di anziano che frequenta il Centro si sono ulteriormente scorporati alcuni dati generali. Le tabelle che seguono hanno lo scopo di fornire una fotografia della popolazione anziana la più nitida possibile che supporti qualche riflessione utile a valutare il nostro operato nonché fornire utili spunti di miglioramento del servizio affinché sia sempre più efficiente, efficace non che pertinente.

### ETA' OSPITI PRESENTI

Età (anni)	Ospiti			Percentuale		
	2006	2007	2008	'06	'07	'08
Da 90 a oltre	83	78	76	33,2%	31,3%	30,4%
Da 80 a 89	108	111	120	43,2%	44,6%	48,0%
Da 70 a 79	36	37	33	14,4%	14,9%	13,2%
Da 69 a meno	23	23	21	9,2%	9,2%	8,4%

Età ospiti presenti



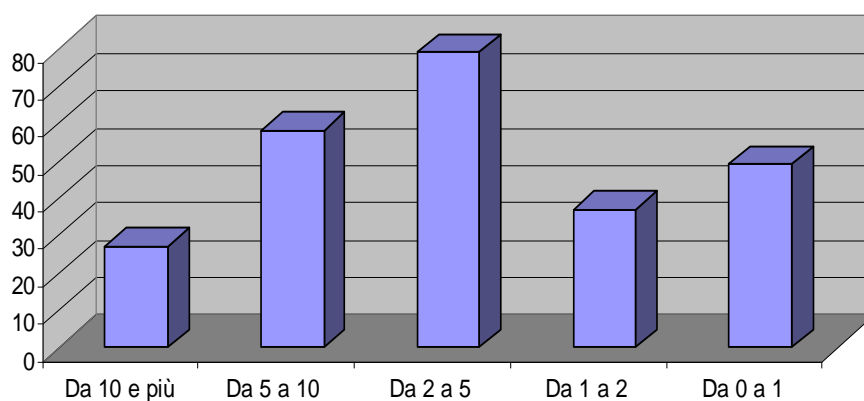
Il grafico conferma la presenza di una alta percentuale di ospiti (78,4%) con oltre 80 anni anche per l'anno 2008. In generale la situazione dell'età degli ospiti residenti è abbastanza stabile, tuttavia si segnala una crescita di 4 punti percentuale degli ospiti compresi nella fascia di età fra gli 80 e 90 anni a scapito sia delle fasce superiori che inferiori di età.

**ANZIANITA' IN STRUTTURA**

<b>Anni</b>	<b>Ospiti</b>			<b>Perc. '06</b>	<b>Perc. '07</b>	<b>Perc. '08</b>
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>			
<b>Da 10.1 e più</b>	21	25	27	8,4%	10,0%	10,8%
<b>Da 5.1 a 10</b>	64	63	58	25,6%	25,3%	23,2%
<b>Da 2.1 a 5</b>	79	82	79	31,6%	32,9%	31,6%
<b>Da 1.1 a 2</b>	43	39	37	17,2%	15,7%	14,8%
<b>Da 0 a 1</b>	43	40	49	17,2%	16,1%	19,6%
<b>Totale</b>	250	249	250	100%	100%	100%

I dati sull'anzianità in struttura degli ospiti conferma, sulla percentuale di ospiti da **0 a 2 anni**, il dato del 2006. L'incremento rispetto al 2007 (+ 3,5%) è a carico soprattutto della fascia di anzianità da 0 a 12 mesi. Interessante l'ulteriore incremento della presenza di ospiti con più di **10 anni** di anzianità., mentre è abbastanza stabilizzata ed ancora la più consistente, la fascia di ospiti con anzianità in struttura dai **2 ai 5 anni**.

Anzianità in struttura 2008

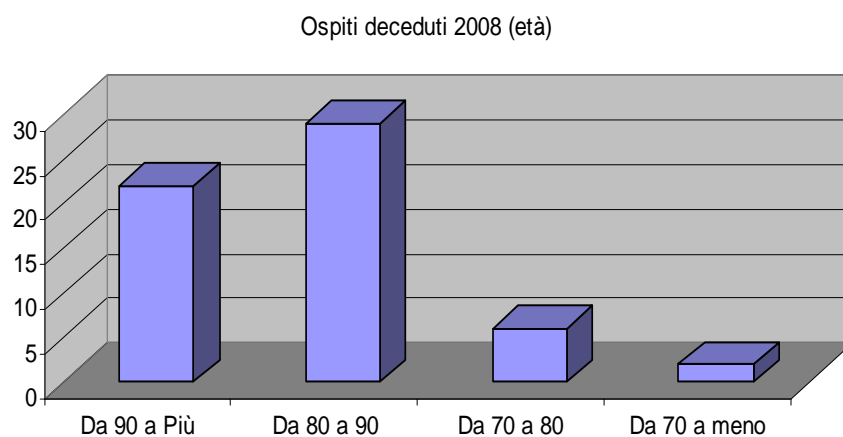


Il grafico sull'anzianità evidenzia che la presenza maggiore di ospiti è concentrata nella fascia di anzianità dai **2 ai 10 anni** anche se nel 2008 la presenza di ospiti in tale fascia di anzianità ha registrato un decremento di 3 punti percentuale .

**ETA' OSPITI DECEDUTI**

<b>Età (anni)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Perc. '06</b>	<b>Perc.'07</b>	<b>Perc.'08</b>
<b>Da 90.1 a Più</b>	32	29	22	50,8%	48,3%	37.2%
<b>Da 80.1 a 90</b>	20	26	29	31,7%	43,3%	49.1%
<b>Da 70.1 a 80</b>	10	4	6	15,9%	6,7%	10.1%
<b>Da 70 a meno</b>	1	1	2	1,6%	1,7%	3.3%
<b>Totale</b>	63	60	59	100%	100%	100%

Un dato confortante espresso da questa tabella è la conferma del trend al ribasso della mortalità nell'anno 2008 (2005 - 28%, 2006 - 25%, 2007 - 24%) . Meno incoraggiante è l' aumento del numero di persone decedute con meno di 80 anni.



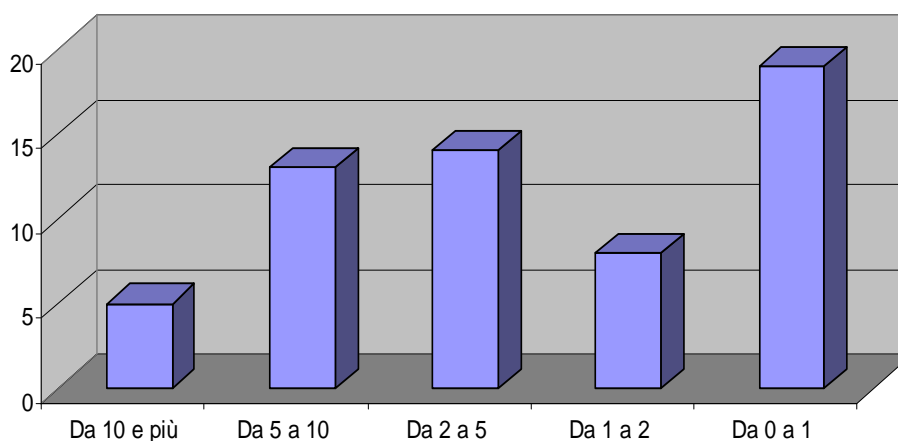
Un dato molto importante da considerare è la crescita della percentuale di popolazione compresa fra gli 80 e 90 anni rispetto ai decessi di persone con più di 90 anni. Per la prima volta avviene che gli ospiti deceduti con più di 90 anni siano numericamente inferiori a quelli di 80-90 anni. Anche i decessi di persone con meno di 80 anni segna un leggero aumento percentuale (+ 1,6%)

**ANZIANITA' IN STRUTTURA (Deceduti)**

<b>Anni</b>	<b>Ospiti</b>			<b>Perc.</b>	<b>Perc.</b>	<b>Perc.</b>
	2006	2007	2008	'06	'07	'08
<b>Da 10.1 e più</b>	4	1	5	6,3%	1,7%	8,4%
<b>Da 5.1 a 10</b>	7	18	13	11,1%	30,0%	22,0%
<b>Da 2.1 a 5</b>	18	18	14	28,6%	30,0%	23,7%
<b>Da 1.1 a 2</b>	9	9	7	14,3%	15,0%	11,8%
<b>Da 0 a 1</b>	25	14	20	39,7%	23,3%	33,8%
<b>Totale</b>	63	60	59	100%	100%	100%

Il 2008 segna un'inversione di rotta significativa rispetto al 2007, ossia, i deceduti con un'anzianità in struttura inferiore ai **12 mesi** si collocano numericamente in una posizione intermedia fra i valori del 2006 che a quelli del 2007. Infatti, si registra rispetto all'anno precedente un aumento di **8,9 punti** percentuale di deceduti con un'anzianità inferiore ai **12 mesi** ed un calo di decessi per gli ospiti collocato nella fascia di anzianità in struttura dai **2 ai 10 anni**.

Anzianità in struttura (deceduti)



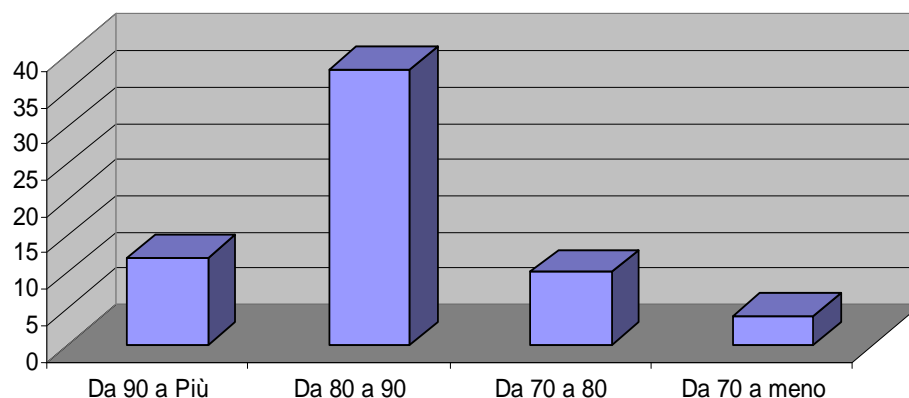
Anche dal grafico ciò che emerge in modo evidente è la quantità di ospiti (**32,2%**) per cui il decesso si verifica entro il primo anno di presenza in struttura. Altro dato degno di nota è l'equivalenza di quantità di decessi (**45,7%**) fra il gruppo di ospiti appartenenti alla fascia da 2 a 10 anni ed il gruppo di ospiti appartenenti alla fascia da 0 a 2 anni di anzianità in struttura.

**ETA' (nuovi inserimenti)****Anni**

Età (anni)	Ospiti X periodo			Perc.'06	Perc.'07	Perc.'08
	2006	2007	2008			
<b>Da 90 a Più</b>	16	12	12	27,1%	23,5%	18,8%
<b>Da 80 a 90</b>	28	27	38	47,5%	52,9%	59,4%
<b>Da 70 a 80</b>	10	10	10	16,9%	19,6%	15,6%
<b>Da 70 a meno</b>	5	2	4	8,5%	3,9%	6,2%
<b>Totale</b>	<b>59</b>	<b>51</b>	<b>64</b>	100%	100%	100%

Uno sguardo alla tabella sull'età degli ospiti accolti nel 2008, ci permette di comprendere il sensibile incremento percentuale di ospiti con più di 80 anni di età. Ne risulta che gli ospiti con un'età superiore agli **80 anni** rappresentano il **78,2%** degli inserimenti (**76,4%** 2007 / **74,6%** 2006).

GRAFICO (Età nuovi inserimento)

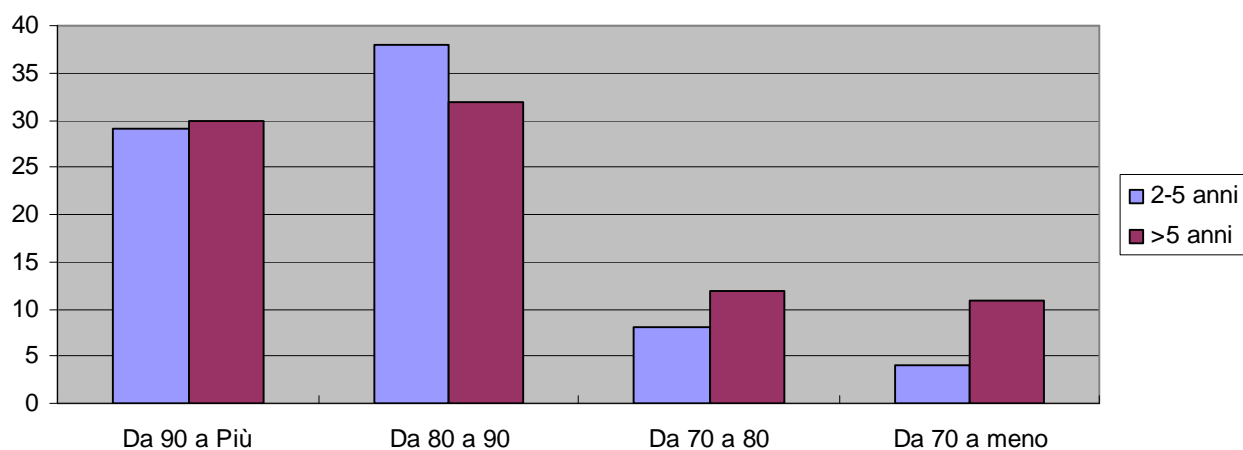


Il grafico ci evidenzia chiaramente che oltre la metà degli ospiti accolti nel 2008 ha un'età tra gli **80 e 90 anni** (**59,4%**), mentre la percentuale di ospiti con età inferiore a **80 anni** (**21,8%**) ha superato la percentuale di ospiti con più di **90 anni** (**18,8%**).

**ANZIANITA' / ETA'**

Anni	Ospiti X Anzianità						Perc. Rispetto il totale (250)		
	2006		2007		2008		2006	2007	2008
Età (anni)	2-5 anni	>5anni	2-5 anni	>5 anni	2-5 anni	>5 anni			
<b>Da 90 a Più</b>	29	35	32	30	29	30	25,6%	24,8%	<b>23,6%</b>
<b>Da 80 a 90</b>	33	30	34	34	38	32	25,2%	27,2%	<b>28%</b>
<b>Da 70 a 80</b>	11	10	12	11	8	12	8,4%	9,2%	<b>8%</b>
<b>Da 70 a meno</b>	8	9	6	12	4	11	6,8%	7,2%	<b>6%</b>
<b>Totale</b>	<b>81</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>87</b>	<b>79</b>	<b>85</b>	<b>66%</b>	<b>68%</b>	<b>66%</b>

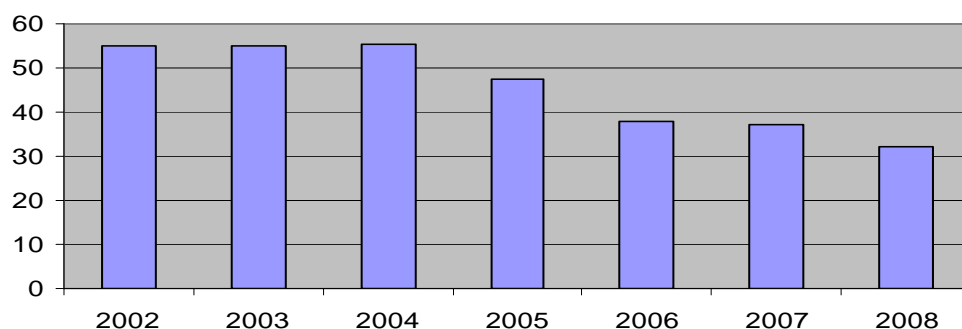
La tabella esposta ci dice che il **65%** (68% 2007) della popolazione del Centro ha un'anzianità in struttura superiore a due anni e che il sottogruppo degli ultra novantenni è rappresentato dal **35,9%** (36,3% 2007). Si può anche aggiungere, che il **34 %** (35% 2007) degli ospiti ha un'anzianità in struttura di oltre 5 anni e che gli ultra novantenni facenti parte di questo gruppo è rappresentato dal **35,2 %** (34,5% 2007) .



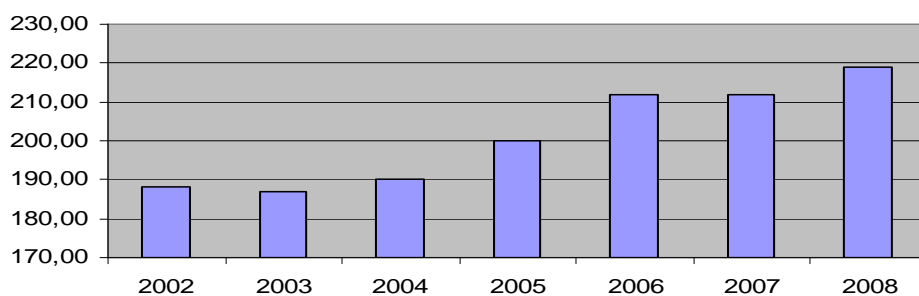
Il contributo del grafico ci fa comprendere meglio la consistenza di questo gruppo di ospiti rispetto alle varie fasce di età. In particolare si può notare una presenza di tre macro realtà, sicuramente dotate di specifiche loro caratteristiche, composte dagli ultra novantenni, dall'età intermedia 80 – 90 anni e dagli ospiti con meno di 80 anni.

**OSPITI AUTOSUFFICIENTI**

Anno	Presenza per sesso				Media totale	
	M	Perc.	F	Perc.	Presenze	Perc.
2002	14,08	5,8 %	40,86	16,8 %	54,94	22,6 %
2003	14,51	6,0 %	40,66	16,7 %	55,17	22,7 %
2004	16,81	6,8 %	38,71	15,8 %	55,52	22,6 %
2005	16,48	6,7 %	30,97	12,5 %	47,45	19,2 %
2006	16,00	6,3 %	22,00	8,7 %	38,00	15,1 %
2007	15,00	6,0 %	22,00	8,8 %	37,00	14,8 %
<b>2008</b>	<b>10,00</b>	<b>4,0 %</b>	<b>22,00</b>	<b>8,8 %</b>	<b>32,00</b>	<b>12,8 %</b>
<b>Media</b>		<b>5,9 %</b>		<b>12,6 %</b>		<b>18,5 %</b>

**Ospiti autosufficienti (presenze)****OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI**

Anno	Presenza per sesso				Media totale	
	M	Perc.	F	Perc.	Presenze	Perc.
2002	39,00	16,0 %	149,00	61,4 %	188,00	77,4 %
2003	41,00	16,9 %	146,00	60,4 %	187,00	77,3 %
2004	36,00	14,7 %	154,00	62,7 %	190,00	77,4 %
2005	38,00	15,3 %	162,00	65,5 %	200,00	80,8 %
2006	36,00	14,7 %	176,00	70,2 %	212,00	84,9 %
2007	41,00	16,5 %	171,00	68,2 %	212,00	84,7 %
<b>2008</b>	<b>40,00</b>	<b>16,0 %</b>	<b>179,00</b>	<b>71,6 %</b>	<b>219,00</b>	<b>87,6 %</b>
<b>Media</b>		<b>15,7 %</b>		<b>65,7 %</b>		<b>81,4 %</b>

**OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI (presenze)**

Da questi due prospetti e relativi grafici si comprende facilmente l'andamento della domanda che si caratterizza in un progressivo aumento di ospiti non autosufficienti.

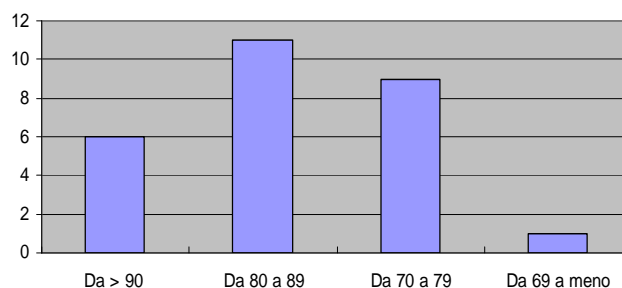
## CENTRO DIURNO

## ETA' OSPITI PRESENTI

Età (anni)	Ospiti			Percentuale		
	2006	2007	2008	'06	'07	'08
Da > 90	1	4	6	3,8%	16,7%	22%
Da 80.1 a 90	16	13	11	61,5%	54,2%	41%
Da 70.1 a 80	8	6	9	30,8%	25,0%	33%
Da 70 a meno	1	1	1	3,8%	4,2%	4%
<b>Totale</b>	26	24	27	100%	100,0%	100%

Lo schema riportato denota una presenza di ospiti che, prevalentemente, ha un'età compresa fra gli 80 e 90 anni (41%) e una ricrescita di percentuale degli ultra 90 anni.

Età ospiti presenti (Centro Diurno)



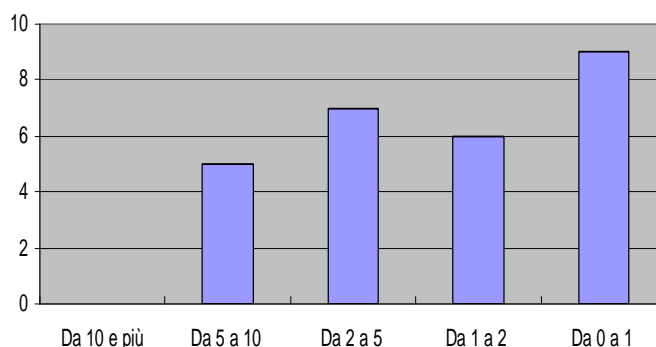
Il trend per l'anno 2008 riconferma una crescita numerica di ospiti con un'età superiore a 90 anni (22%) ed una flessione delle presenze per la fascia d'età 80 – 90 anni.

## ANZIANITA' IN STRUTTURA

Anni	Ospiti			Percentuale		
	2006	2007	2008	'06	'07	'08
Da 10 e più	0	0	0	0%	0%	0%
Da 5 a 10	5	4	5	19,2%	16,7%	19%
Da 2 a 5	8	5	7	30,8%	20,8%	26%
Da 1 a 2	1	4	6	3,8%	16,7%	22%
Da 0 a 1	12	11	9	46,2%	45,8%	33%
<b>Totale</b>	26	24	27	100%	100%	100%

Lo schema sull'anzianità in struttura riporta dati che rispecchiano lo spirito del servizio, ossia, essere di supporto a famiglie ancora in grado di evitare l'istituzionalizzazione del familiare. Si caratterizza quindi con un discreto turn-over di ospiti.

Permanenza ospiti (Centro Diurno)



A conferma di quanto detto il grafico sull'anzianità in struttura ci evidenzia che il gruppo più numeroso è quello composto dagli ospiti che frequentano il centro diurno da meno di un anno (33%). Tuttavia si registra un sempre maggiore riequilibrio fra le presenze con anzianità inferiore ai 5 anni.

## ➤ CARATTERISTICHE PSICOFISICHE DELL'OSPITE: AUTONOMIE

In questa sezione si cercherà di illustrare alcuni aspetti dell'ospite che riguardano la sfera delle capacità e bisogni psico - fisici - relazionali della persona:

### ALIMENTAZIONE/CAMMINO

	<i>Aliment.</i>				<i>Cammino</i>				
	2006	2007	2008	Perc.	2006	2007	2008	Perc.	
<b>Autonomo</b>	137	128	129	51,6%	<b>Autonomo</b>	92	82	77	30,8%
<b>Aiutato</b>	16	20	18	7,2%	<b>Con aiuto</b>	10	16	11	4,4%
<b>Cibo preparato</b>	30	34	34	13,6%	<b>Carrozzina</b>	130	134	146	58,4%
<b>Imboccato</b>	51	49	51	20,4%	<b>Allettato</b>	14	11	10	4,0%
<b>PEG</b>	15	13	11	4,4%	<b>N.C.</b>	4	6	6	2,4%
<b>N.C.</b>	1	6	7	2,8%					
<b>Tot.</b>	250	249	250	100%	250	249	250	100%	

Due delle più importanti capacità, l'alimentazione e il cammino, sono qui rappresentate in livelli di autonomia da parte degli ospiti del centro. Nell'alimentazione il 51,6% degli ospiti è in grado di esprimere un'autonomia pressoché totale mentre all'opposto abbiamo un 24,8% di persone con un'autonomia zero, di cui il 4,4% necessitano di alimentazione enterale (PEG). I rimanenti 20,8% di ospiti hanno bisogno di essere più o meno seguiti nello svolgere l'azione dell'alimentarsi.

Grafico (Alimentazione)

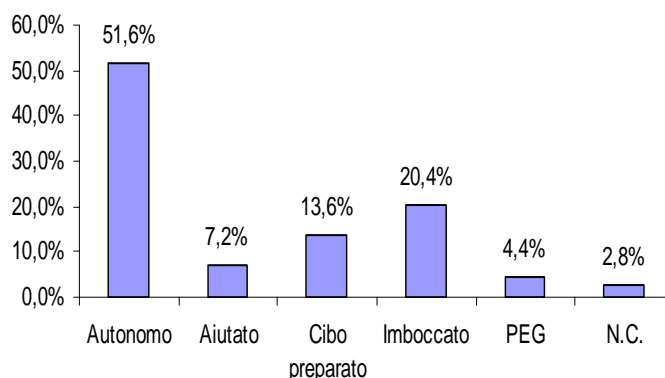
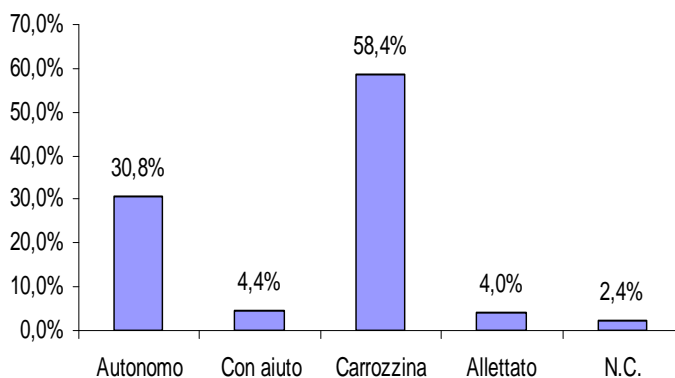


Grafico (Cammino)

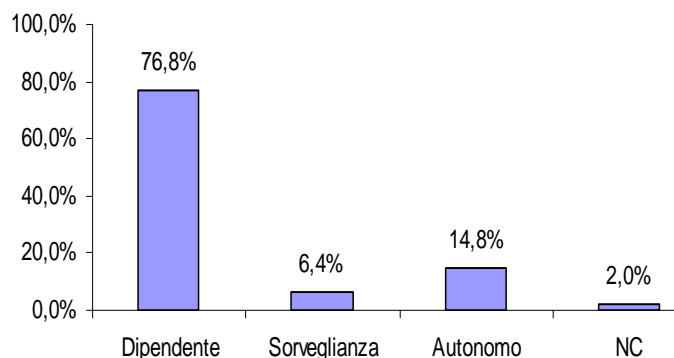


Nella mobilità l'autonomia degli ospiti del centro è ancor più compromessa, ciò è confermato dal dato che rappresenta gli ospiti in carrozzina (58,4%), allettati o che hanno bisogno di aiuto 66,8%. Solo il 30,8% degli ospiti si possono considerare adeguatamente indipendenti negli spostamenti, almeno all'interno della struttura.

## IGIENE INTIMA/VISO MANI

	<i>Igiene intima</i>				<i>Igiene viso/mani</i>				
	2006	2007	2008	Perc.	2006	2007	2008	Perc.	
Dipendente	187	189	192	76,8%	Dipendente	116	104,0	112	44,8%
Sorveglianza	20	20	16	6,4%	Sorveglianza	48	63,0	47	18,8%
Autonomo	38	36	37	14,8%	Autonomo	81	82,0	85	34,0%
NC	5	4	5	2,0%	NC	5	0	6	2,4%
Tot.	250	249	250	100%	Tot.	250	249	250	100%

Grafico (Igiene intima)



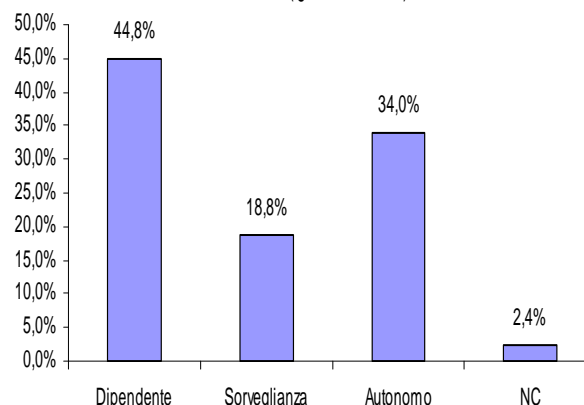
L'attività legata all'igiene della persona impegna il personale del centro in modo totale. Il grafico costruito sulla capacità di essere autonomo nell'igiene intima indica, per gli ospiti con un margine di autonomia, un valore del **14,8%**, mentre l'**83,2%** degli ospiti è dipendente o ha bisogno di aiuto in questa attività.

Da notare che l'attività di cui sopra non comprende il bagno settimanale, il quale segna una mancanza di autonomia da parte degli ospiti in questa attività del **100%**.

Migliori sono le capacità presenti negli ospiti nell'affrontare l'azione dell'igiene delle mani e del viso. Infatti il **52,8%** dei residenti del Centro sono autonomi (34%) o è sufficiente un piccolo aiuto (18,8%). Purtroppo già una parte consistente degli ospiti pari al **44,8%** è totalmente dipendente dal personale nello svolgere questa azione.

Comunque i margini di autonomia ancora presenti negli ospiti sono dovuti, anche, allo stimolo del personale a mantenere le capacità residue ancora presenti soprattutto per le ADL.

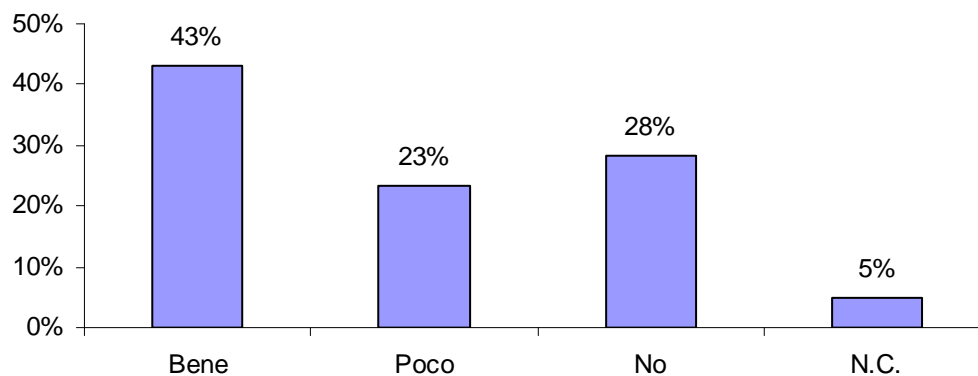
Grafico (Igiene viso/mani)



**Orientamento spazio/temporale**

	<b>Spazio</b>				<b>Tempo</b>				<b>Media totale SP/TM</b>
	2006	2007	2008	Perc.	2006	2007	2008	Perc.	
<b>Bene</b>	110	117	<b>118</b>	<b>47,2%</b>	96	100	<b>98</b>	<b>39,2%</b>	<b>43,2%</b>
<b>Poco</b>	74	63	<b>57</b>	<b>22,8%</b>	82	63	<b>60</b>	<b>24,0%</b>	<b>23,4%</b>
<b>No</b>	58	61	<b>63</b>	<b>25,2%</b>	63	77	<b>79</b>	<b>31,6%</b>	<b>28,4%</b>
<b>N.C.</b>	8	8	<b>12</b>	<b>4,8%</b>	9	9	<b>13</b>	<b>5,2%</b>	<b>5%</b>
<b>Tot.</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Lo schema sull'orientamento ci consente di comprendere che, gli ospiti orientati bene nello spazio (**47,2%**) non sempre vivono allo stesso modo nell'orientarsi nel tempo (**39,2%**). Infatti quando si passa al "NO" orientamento nello spazio (**25,2%**), l'equivalente valore nell'orientarsi nel tempo tende ad aumentare (**31,6%**). Nel complesso, sembra che tendenzialmente nell'orientarsi gli ospiti abbiano più difficoltà rispetto al tempo che allo spazio.

**Orientamento spazio/temporale**

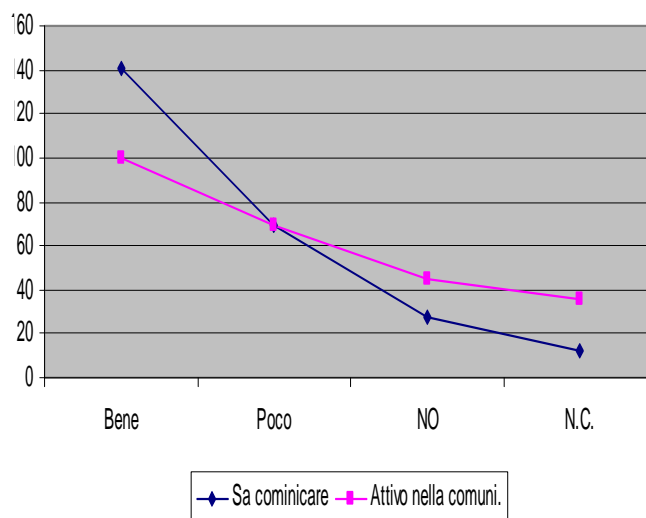
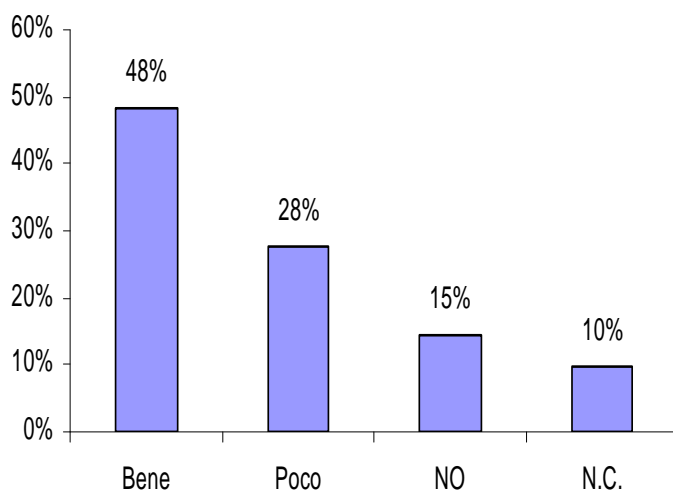
Il grafico, costruito considerando una ipotetica media matematica fra le percentuali dei deficit sull'orientamento spazio-temporale, ci indica un **43%** di ospiti bene orientati ed almeno un **51,8%** di ospiti con deficit nell'orientamento più o meno gravi o evidenti.

**SA COMUNICARE/ATT. NELLA COM.**

	<b>Sa comunicare</b>				<b>Attivo nella comuni.</b>				<b>Media totale SA/Att.</b>
	2006	2007	2008	<b>Perc.</b>	2006	2007	2008	<b>Perc.</b>	
<b>Bene</b>	135	144	<b>141</b>	<b>56,4%</b>	93	91	<b>100</b>	<b>40%</b>	<b>48,2%</b>
<b>Poco</b>	30	70	<b>69</b>	<b>27,6%</b>	49	78	<b>69</b>	<b>27,6%</b>	<b>27,6%</b>
<b>NO</b>	77	29	<b>28</b>	<b>11,2%</b>	74	43	<b>45</b>	<b>18%</b>	<b>14,6%</b>
<b>N.C.</b>	8	6	<b>12</b>	<b>4,8%</b>	34	37	<b>36</b>	<b>14,4%</b>	<b>9,6%</b>
<b>Tot.</b>	250	249	<b>250</b>	<b>100%</b>	250	249,0	<b>250</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

La particolare dote di saper comunicare non sembra essere prioritaria per gli ospiti del centro, infatti solo il **56,4%** sa comunicare bene ma non è detto che tale facoltà venga poi usata in modo attivo con chi lo circonda (**40,0%**). Ciò si evince anche dai “NO” espressi nelle due sezioni.

Da notare il **14,4%** di non classificabile presente nella sezione “attivo nella comunicazione”, dovuto al bisogno di altro tempo di osservazione sull’ospite prima di esprimere un giudizio.

**Capacità di COM. e attivo nella COM.**

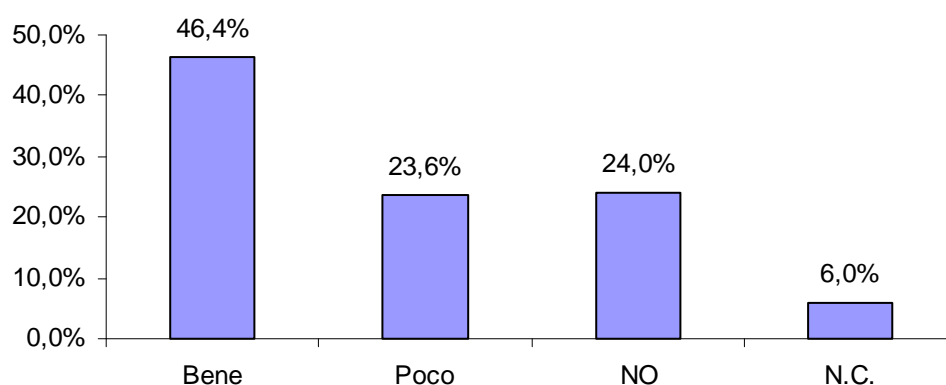
Anche in questo caso la costruzione di un grafico, tracciando un valore medio matematico, fra i dati raccolti sulle due capacità, abbiamo come risultato che il **48%** di ospiti è in grado di comunicare e comunicare in modo attivo con le altre persone. Mentre almeno il **43%** di ospiti è impossibilitato o poco propenso ad esprimersi attraverso questa forma di comunicazione.

	<i>Segue disc. Altrui</i>				<i>Ricorda eventi di vita</i>			
	2006	2007	2008	Perc.	2006	2007	2008	Perc.
<b>Bene</b>	<b>80</b>	<b>93</b>	<b>97</b>	<b>38,8%</b>	<b>110</b>	<b>109</b>	<b>116</b>	<b>46,4%</b>
<b>Poco</b>	<b>59</b>	<b>61</b>	<b>58</b>	<b>23,2%</b>	<b>69</b>	<b>78</b>	<b>59</b>	<b>23,6%</b>
<b>NO</b>	<b>61</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>22,4%</b>	<b>63</b>	<b>54</b>	<b>60</b>	<b>24,0%</b>
<b>N.C.</b>	<b>50</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>15,6%</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>6,0%</b>
<b>Tot.</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

I valori riportati nella colonna riservata all'azione "segue discorsi altrui" sono per certi aspetti (*Bene e Poco*) simili a quelli già visti nello schema che riportava la capacità di essere attivo nella comunicazione ma, con una maggiore quantità di "No" e "non classificato".

Una possibile spiegazione può essere ricondotta al fatto che, mentre nell'essere "attivi nella comunicazione" subentra anche la relazione tra l'ospite e il rilevatore (operatore socio-sanitario), nella capacità "segue discorsi altrui" si valuta più la relazione fra coetanei (ospiti residenti) e pertanto meno facile e sicura la valutazione della capacità da parte del rilevatore.

**Ricorda eventi di vita**

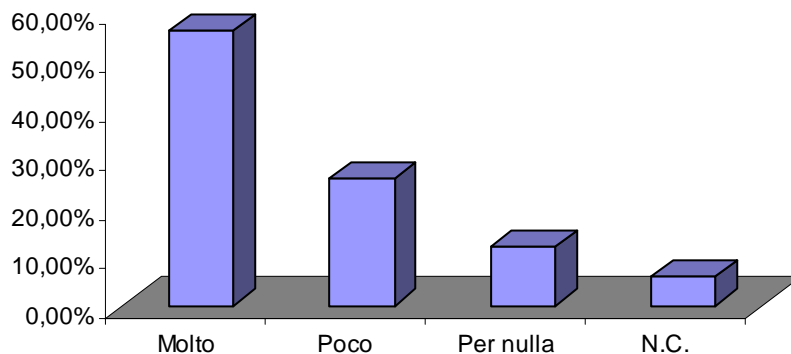


Malgrado i vari livelli di capacità comunicativa ciò che sicuramente gli ospiti esprimono attraverso più o meno chiari ricordi sono gli eventi di vita passati. Il grafico ci conferma che il **70%** degli ospiti ricorda bene (**46,4%**) o con qualche incertezza (**23,6%**) eventi di vita. Solo il **24%** degli ospiti sembra non ricordare aspetti della vita passata.

**AIUTO / AIUTATO DA PARENTI**

	<i>Accetta aiuto da parenti</i>					<i>Aiuto da parenti</i>			
	2006	2007	2008	Perc.		2006	2007	2008	Perc.
<b>Molto</b>	174	193	<b>195</b>	<b>78,0%</b>	<b>Molto</b>	132	139	<b>140</b>	<b>56,0%</b>
<b>Poco</b>	42	31	<b>33</b>	<b>13,2%</b>	<b>Poco</b>	72	70	<b>65</b>	<b>26,0%</b>
<b>Per nulla</b>	20	15	<b>14</b>	<b>5,6%</b>	<b>Per nulla</b>	32	30	<b>30</b>	<b>12,0%</b>
<b>N.C.</b>	14	10	<b>8</b>	<b>3,2%</b>	<b>N.C.</b>	14	10	<b>15</b>	<b>6,0%</b>
<b>Tot.</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>	<b>Tot.</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

Molti sono gli ospiti che accettano molto volentieri aiuto dai familiari, un po' meno sono gli ospiti che ricevono realmente questo livello di aiuto. Pochi, ma da considerare, sono gli ospiti che non accettano aiuto da parenti.

**Grafico (Aiuto da parenti)**

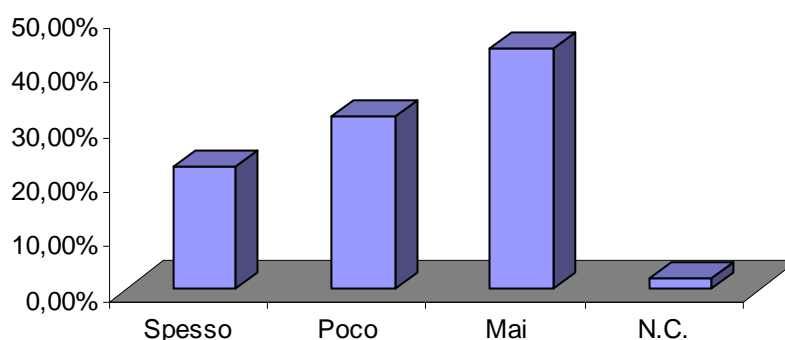
Sull'aiuto offerto dai parenti al loro familiare, la situazione si delinea con una maggioranza di ospiti (**56%**) che hanno un grosso supporto dai loro parenti, ed una parte inferiore di ospiti (**26%**) che riceve un aiuto più contenuto, ma che comunque garantisce il mantenimento di un contatto familiare. Purtroppo vi è un gruppo di ospiti (**12%**) che non hanno nessun tipo di aiuto o forma di contatto con parenti.

La rilevazione e la valutazione non è data dall'opinione degli ospiti, cioè sul loro bisogno, ma dall'osservazione del personale socio-sanitario sull'effettiva presenza dei parenti.

**SOGGIORNI / BAR**

	<i>Soggiorni climatici</i>					<i>Frequenta circoli / bar</i>			
	2006	2007	2008	Perc.		2006	2007	2008	Perc.
<b>SI</b>	48	60	<b>63</b>	<b>25,2%</b>	<b>Spesso</b>	65	65	<b>56</b>	<b>22,4%</b>
<b>NO</b>	120	189		<b>00,0%</b>	<b>Poco</b>	76	71	<b>79</b>	<b>31,6%</b>
<b>N.C.</b>	82			<b>0,0%</b>	<b>Mai</b>	92	95	<b>110</b>	<b>44,0%</b>
					<b>N.C.</b>	17	18	<b>5</b>	<b>2,0%</b>
<b>Tot.</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>	<b>Tot.</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

Sul versante ludico abbiamo una frequenza ai soggiorni climatici che vede circa il **25,2%** della popolazione del centro interessata. La partecipazione non è vincolata all'appartenenza alla categoria degli auto o non autosufficienti ma alle capacità residue.

**Grafico** (frequenta circoli/bar)

Il **22,4%** degli ospiti del Centro frequenta con continuità gli spazi definiti dalla zona bar e dal salone polivalente. Questo gruppo di persone è rappresentato da ospiti con un considerevole grado di autonomia nella mobilità o da ospiti seguiti da assistenze private o parenti. Il gruppo di ospiti che frequenta “poco” il salone e il bar (**41,6%**) si possono individuare negli ospiti che partecipano, accompagnati dagli operatori e da volontari, alle feste collettive organizzate a tema. Purtroppo il gruppo più numeroso (**44%**) è rappresentato degli ospiti che non frequentano “mai” il bar e il salone.

Va sottolineato il fatto che comunque ogni nucleo è provvisto di soggiorno autonomo.

## ➤ DECESSI

Nel periodo 2003 – 2005) l'andamento in generale si caratterizza per la sua oscillazione del numero dei decessi in generale ed una progressiva diminuzione dei decessi, presso l'ospedale.

La *media generale* dei decessi in questo periodo si attesta su una percentuale del **26%**, di questa quota il **31%** è avvenuto in ospedale ed il **69%** presso il Centro.

Anno 2003		Perc.	
Ospedale	26	41%	
Centro Residenziale	38	59%	
Tot.	<b>64</b>	<b>26</b>	%
Anno 2004		Perc.	
Ospedale	18	30%	
Centro Residenziale	42	70%	
Tot.	<b>60</b>	<b>24</b>	%
Anno 2005		Perc.	
Ospedale	16	23%	
Centro Residenziale	54	77%	
Tot.	<b>70</b>	<b>28</b>	%

Anno 2006		Perc.	
Ospedale	24	38%	
Centro Residenziale	39	62%	
Tot.	<b>63</b>	<b>25</b>	%

Anno 2007		Perc.	
Ospedale	16	27%	
Centro Residenziale	44	73%	
Tot.	<b>60</b>	<b>24</b>	%

Anno 2008		Perc.	
Ospedale	28	47%	
Centro Residenziale	31	53%	
Tot.	<b>59</b>	<b>23,6</b>	%

Il secondo triennio (2006 – 2008) valutato, vede un andamento generale dei decessi in diminuzione, si ha una punta minima nel 2008 (23,6%) ed una punta massima nel 2006 (25%).

Diversamente si presenta l'andamento dei decessi in ospedale e presso il Centro con oscillazioni anche sostanziali nei tre anni.

La *media generale* dei decessi in questo periodo conferma un trend positivo attestandosi sul **24,2%**. Di questa quota di eventi il **37,3%** ha avuto luogo l'ospedale ed il **62,6 %** ha avuto luogo il Centro.

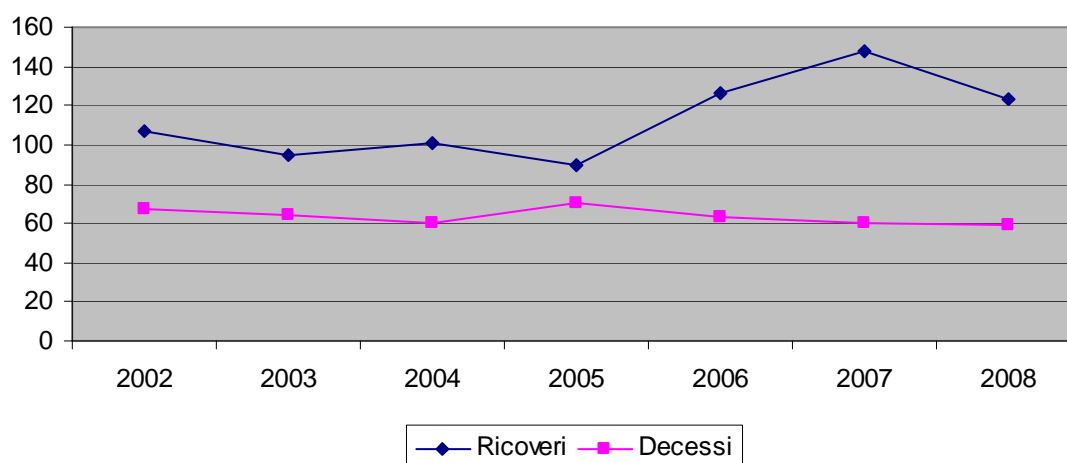
## ➤ RICOVERI

Per comprendere meglio questo aspetto della vita del Centro, nello schema che segue sono stati messi a confronto più aspetti legati ai decessi, come ad esempio *il numero di ricoveri ospedalieri e la loro incidenza percentuale, i giorni medi di ricovero, l'incidenza dei decessi all'ospedale rispetto ai ricoveri, ecc.*

Ricoveri Ospedalieri / Decessi

Anno	Ricoveri	Media gg X ric.	% decessi rispetto i ricoveri	Tot. Decessi	Perc.
2002	107	4	21%	67	27%
2003	95	4	27%	64	26%
2004	101	8	18%	60	24%
2005	90	9	18%	70	28%
2006	126	7	19%	63	25%
2007	148	9	11%	60	24%
2008	123	7,7	23%	59	23,6%

Ricoveri / Decessi



Il grafico costruito sui dati dei ricoveri e dei decessi in generale ha lo scopo di cercare di capire se vi è una qualche correlazione fra i ricoveri ospedalieri ed i decessi in generale.

## ULTERIORI DATI SUL RAPPORTO RICOVERI / DECESSI

### 1. Rapporto generale sui *ricoveri ospedalieri* (persone ricoverate)

Situazione	2007	2008
Totale ricoverati	89	88
Totale ricoveri	148	123
Totale giorni ricovero	1316	948

Matematicamente per il singolo ospite risulta una **media di 1.4 ricoveri** e una media di **10.8 giorni globali** di degenza ( **7.7 giorni per ricovero**). (Vedi tabella)

### 2. Rapporto sui *decessi ospedalieri/ ricoveri* (persone decedute all'ospedale)

Situazione	2007	2008	%
Totale ospiti deceduti all'ospedale	16	28	47%
Totale ricoveri	22	42	34%
Totale giorni ricovero	104	250	26%

Delle **28 persone** decedute all'ospedale per **13** (46%) di queste il decesso è avvenuto entro il primo giorno di ricovero.

### 3. Rapporto sui *ricoveri / richiedenti* (personale richiedente il ricovero)

Richiedenti	N. ospiti	%	
MMG	11	39%	
G.M.	10	36%	n.6 di notte, n. 4 di giorno
Inf.	5	18%	In assenza del MMG
Da casa	2	7%	
<b>Totale</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	

Lo schema riporta quantitativamente le fonti da cui è partita la richiesta di ricovero, il dato che emerge in modo assoluto è che il **61%** dei ricoveri è avvenuto nei momenti di assenza dei MMG e richiesti prevalentemente dalla Guardia Medica interpellata o in alcuni casi dello stesso Infermiere della Residenza.

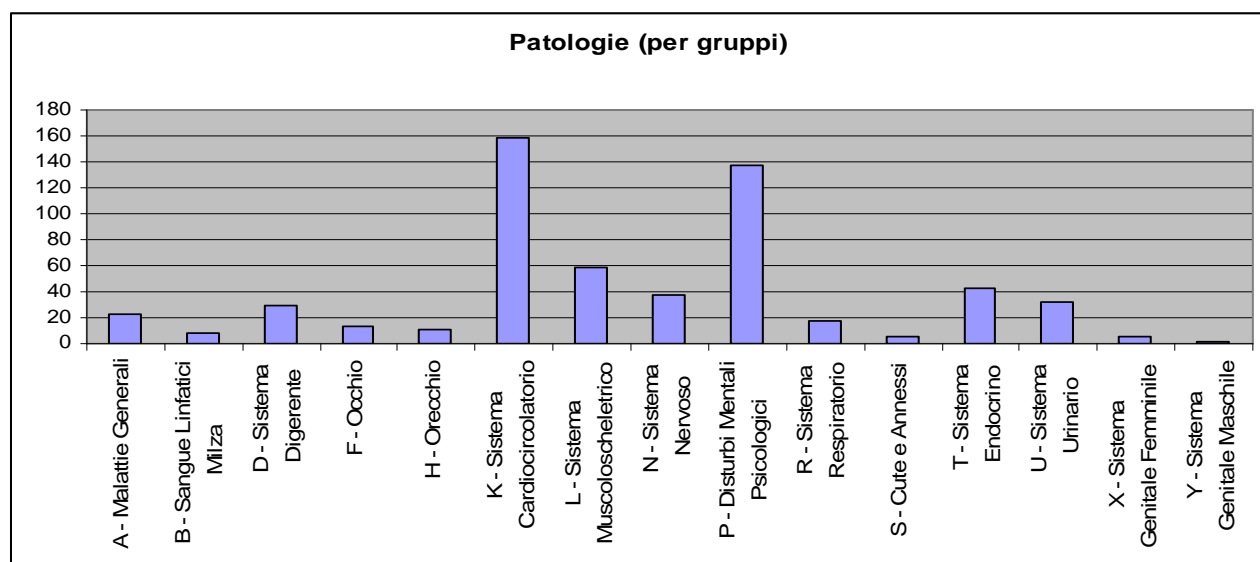
### Piccola analisi sui livelli di comorbidità

L'analisi che segue indaga sul livello di comorbidità presente nella popolazione anziana della Residenza "Domenico Sartor" per l'anno 2008. I dati raccolti dalle schede multidimensionali SVaMA si riferiscono ad un campione di 180 ospiti. In generale si registra una presenza di **429 patologie** ed una comorbidità **media di 3,3 patologie** per ospite.

Schema: dettaglio comorbidità.

	2007			2008		
	gruppo patologie	N. Ospiti	Perc.	gruppo patologie	N. Ospiti	Perc.
1°	8	3	2,3%	8	7	3,8%
2°	7	4	3,0%	7	5	2,7%
3°	6	3	2,3%	6	3	1,6%
4°	5	12	9,1%	5	14	7,7%
5°	4	24	18,2%	4	28	15,5%
6°	3	52	39,4%	3	71	39,4%
7°	2	17	12,9%	2	27	15,0%
8°	1	17	12,9%	1	24	13,3%
		132	100,0%		180	100,0%

Lo schema riporta nella prima colonna il numero di patologie presenti contemporaneamente (comorbidità). Nella seconda colonna è riportato il numero di ospiti con il gruppo di patologie espresso nella prima colonna. Nella terza colonna è espressa la percentuale di ospiti, fra quelli analizzati, appartenente ad ogni gruppo di patologie.



Di seguito vengono riportate dettagliatamente le patologie ed il numero di casi relativi sia alla singola patologia sia al gruppo di cui fanno parte.

<b>Gruppo</b>	<b>Patologia</b>	<b>Casi</b>	
<b>A - Malattie Generali</b>		<b>23</b>	<b>13%</b>
	A00 - Sindrome Ipocinetica	18	10%
	A07 - Coma	2	1%
	A80 - Incidente / Lesione Traumatica NSA	1	1%
	A86 - Effetti tossici da altre sostanze	1	1%
	A99 - Altre malattie generali/non specificate	1	1%
<b>B - Sangue Linfatici Milza</b>		<b>8</b>	<b>4%</b>
	B74 - Altre neoplasie maligne	1	1%
	B75 - Neoplasie benigne/non spec.	1	1%
	B79 - Altre anomalie congenite	1	1%
	B80 - Anemia da carenza di ferro	2	1%
	B83 - Porpora/difetti coagulazione/Piastrine	2	1%
	B99 - Altra malattia sangue/Linfatici/Milza	1	1%
<b>D - Sistema Digerente</b>		<b>29</b>	<b>16%</b>
	D17 - Incontinenza intestinale	6	3%
	D75 - Neoplasie maligne colon/retto	2	1%
	D85 - Ulcera duodenale	1	1%
	D86 - Altre ulcere peptiche	1	1%
	D89 - Ernia inguinale	1	1%
	D90 - Ernia diaframmatica/dello Hiatus	3	2%
	D92 - Malattia diverticolare	1	1%
	D93 - Sindrome del Colon irritabile	2	1%
	D94 - Enterite cronica/Colite ulcerosa	1	1%
	D97 - Cirrosi/Altre malattie epatiche	1	1%
	D98 - Colicistite/Coleditiasi	6	3%
	D99 - Altre malattie sistema digerente	4	2%
<b>F - Occhio</b>		<b>14</b>	<b>8%</b>
	F83 - Retinopatia	1	1%
	F84 - Degenerazione della macula	1	1%
	F92 - Cataratta	7	4%
	F93 - Glaucoma	3	2%
	F94 - Tutti i gradi/tipi di cecità	1	1%
	F99 - Altre malattie oculari	1	1%
<b>H - Orecchio</b>		<b>11</b>	<b>6%</b>
	H82 - Sindrome vertiginosa	1	1%

H84 - Presbiacusia	3	2%
H86 - Tutti i gradi di sordità NSA	7	4%
<b>K - Sistema Cardiocircolatorio</b>	<b>159</b>	<b>88%</b>
K74 - Angina pectoris	2	1%
K75 - Infarto miocardico acuto	3	2%
K76 - Altre cardiopatie ischemiche/Croniche	12	7%
K77 - Insufficienza cardiaca	2	1%
K78 - Fibrillazione atriale/Flutter	19	11%
K79 - Tachicardia parossistica	1	1%
K80 - Battiti ectopici tutti i tipi	1	1%
K83 - Malattia valvolare cuore non reumatica NSA	3	2%
K84 - Altre malattie del cuore	5	3%
K86 - Ipertensione non complicata	28	16%
K87 - Ipertensione coinvolgente organi bersaglio	38	21%
K88 - Ipotensione posturale	1	1%
K89 - Ischemia cerebrale transitoria	5	3%
K90 - Colpo/Accidente cerebrovascolare	23	13%
K91 - Aterosclerosi escl. Cuore/cervello	5	3%
K92 - Altre ostruzioni arteriose/mal. Vascolari perif.	8	4%
K94 - Flebite/Tromboflebite	1	1%
K99 - Altre malattie sistema circolatorio	2	1%
<b>L - Sistema Muscoloscheletrico</b>	<b>59</b>	<b>33%</b>
L70 - Infezioni	2	1%
L75 - Frattura femore	20	11%
L76 - Altra frattura	7	4%
L84 - Osteoartrosi colonna	7	4%
L85 - Deformità acquisite della colonna	1	1%
L89 - Osteoartrosi dell'anca	5	3%
L90 - Osteoartrosi del ginocchio	4	2%
L91 - Altre osteoartrosi	8	4%
L92 - Sindromi della spalla	1	1%
L95 - Osteoporosi	2	1%
L99 - Altre malattie sistema muscoloscheletro	2	1%
<b>N - Sistema Nervoso</b>	<b>38</b>	<b>21%</b>
N70 - Poliomielite/altri enterovirus	1	1%
N71 - Meningite/Encefalite	2	1%
N74 - Neoplasie maligne	4	2%
N75 - Neoplasie benigne	1	1%

N79 - Commozione cerebrale	1	1%
N81 - Altre lesioni traumatiche	2	1%
N85 - Anomalie congenite	1	1%
N86 - Sclerosi multipla	1	1%
N87 - Parkinsonismo	4	2%
N88 - Epilessi tutti i tipi	10	6%
N94 - Altra nevrite periferica	2	1%
N99 - Altre malattie del sistema nervoso	9	5%
<b>P - Disturbi Mentali Psicologici</b>	<b>137,7</b>	<b>77%</b>
P15 - Abuso cronico di alcool	1	1%
P20 - Disturbi di memoria/Concentrazione	6	3%
P70 - Demenza senile/Alzheimer	89	49%
P71 - Altra psicosi organica	3	2%
P72 - Schizofrenia tutti i tipi	1	1%
P73 - Psicosi affettiva	2	1%
P74 - Disturbo d'ansia/stato ansioso	3	2%
P76 - Disturbo depressivo	20	11%
P77 - Tentativo di suicidio	1	1%
P80 - Disturbo di personalità	3	2%
P85 - Ritardo mentale	5	3%
P98 - Altre/non spec. Psicosi	3	2%
<b>R - Sistema Respiratorio</b>	<b>17</b>	<b>9%</b>
R70 - Tubercolosi respiratoria (escl.A70)	1	1%
R81 - Polmonite	3	2%
R84 - Neoplasie maligne bronchi/Polmone	2	1%
R85 - Altre neoplasie maligne	2	1%
R95 - Enfisema/BPCO	9	5%
<b>S - Cute e Annessi</b>	<b>5</b>	<b>3%</b>
S77 - Neoplasie maligne della pelle	3	2%
S91 - Psoriasi	1	1%
S99 - Altre malattie pelle/tessuto sottoc.	1	1%
<b>T - Sistema Endocrino Metabolico Nutrizione</b>	<b>43</b>	<b>24%</b>
T82 - Obesità (BMI >= 30)	4	2%
T85 - Ipertiroidismo/Mixedema	2	1%
T86 - Ipotiroidismo/Mixedema	11	6%
T90 - Diabete mellito	24	13%
T93 - Disturbi del metabolismo lipidico	2	1%
<b>U - Sistema Urinario</b>	<b>32</b>	<b>18%</b>
U04 - Incontinenza urinaria	25	14%

U75 - neoplasie maligne del rene	1	1%
U76 - Neoplasie maligne della vescica	1	1%
U85 - Anomalie congenite tratto urinario	1	1%
U95 - Calcolo urinario di ogni tipo/sede	1	1%
U99 - Altra malattia sistema urinario	3	2%
<b>X - Sistema Genitale Femminile</b>	<b>6</b>	<b>3%</b>
X76 - Neoplasie maligne della mammella	5	3%
X81 - Altre Neoplasie genitali Femm.	1	1%
<b>Y - Sistema Genitale Maschile</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
Y99 - Altre malattie gen. Masc.	1	

## ASPETTI DI ESITO

### ➤ Alimentazione enterale

	2007	2008
Osp. portatori di <b>PEG* N.</b>	14	<b>13</b>
Osp. portatori di <b>SNG N.</b>	2	<b>2</b>

\*Percutanea Endoscopica Gastrostomia

### ➤ Lesioni da decubito: rilevazione del rischio (Scala Norton)

	2007	2008
<b>Ospiti a rischio nullo:</b>	4,6%	<b>5,5%</b>
<b>Ospiti a rischio basso:</b>	11,8%	<b>11,8%</b>
<b>Ospiti a rischio medio:</b>	36,8%	<b>36,3%</b>
<b>Ospiti a rischio elevato:</b>	46,7%	<b>46,3%</b>

### ➤ Lesioni da decubito

Anno	Lesioni	Ospiti	%
2004	36,4		
2005	25,2	22,5	9%
2006	32,3	17,5	7%
2007	24	15	6%
<b>2008</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>8%</b>

Le lesioni da compressione sono da sempre una delle maggiori difficoltà che il servizio sanitario e assistenziale si trova ad affrontare quotidianamente, sia dal punto di vista della cura sia sul versante della prevenzione. Su quest'ultimo aspetto si è maggiormente concentrata l'attenzione negli ultimi anni, investendo molto sulla cultura degli operatori accompagnata ad una buona disponibilità di ausili tecnici (materassini ad

acqua ad aria, pompe per l'alimentazione enterale, ecc.). Il controllo del fenomeno comporta una certa difficoltà spesso perché l'insorgenza avviene fuori dalla struttura (ospedale, domicilio).

I dati sopra esposti mostrano come negli anni il fenomeno sia stato abbastanza contenuto anche se le sue manifestazioni sono quantitativamente alquanto variabili.

## ➤ **Cadute**

Anno	N°ospiti	N°cadute	%
2004	59	130	24%
2005	83	284	33%
2006	69	203	28%
2007	96	286	38%
<b>2008</b>	<b>126</b>	<b>431</b>	<b>50%</b>

Il dato riservato alle cadute è sicuramente il più controverso, per il suo basso valore indicativo se preso da solo. Infatti esso non ci può indicare sicuramente, da solo, se sto lavorando bene o male. La caduta di una persona con più di 80 anni è da considerarsi fisiologica, quello che non è auspicabile sono le conseguenze gravi. Pertanto quello che è importante prevenire sono le eventuali conseguenze più che la caduta in se.

## ➤ **Cadute: luogo**

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Camera	63	121	43%	69	34%	105	36%	217	50%
Corridoio	21	48	17%	30	15%	47	16%	42	10%
Bagno	15	16	6%	22	11%	53	18%	80	18%
Soggiorno	20	70	25%	62	31%	59	21%	75	17%
Scale	3	7	2%	0	0%	3	1%	1	0.2%
Altro	8	22	8%	20	10%	19	6.6%	17	3.9%

Lo schema indica chiaramente un incremento delle cadute in camera ed un decremento delle stesse nel corridoio e nel soggiorno.

## ➤ **Contenzione**

Per comprendere meglio il dato sulle cadute bisogna intrecciarlo con altri dati, in particolare con l'importante indicatore che ci viene dato dall'uso della contenzione.

La contenzione viene definita una tecnica di limitazione delle possibilità di movimento di un soggetto, attuata con mezzi fisici e/o farmacologici; mentre i mezzi di contenzione sono strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti "volontari" dell'intero corpo o di un suo segmento. Da questa definizione emerge la possibilità di un uso differente dei presidi per la contenzione, ovvero per la limitazione dei movimenti volontari (contenzione vera e propria) fino ad un'utilizzo finalizzato a correggere le posture inadeguate quando vengono utilizzate per l'allineamento posturale.

<b>Ospiti contenuti</b>	<b>2005</b>	<b>%</b>	<b>2006</b>	<b>%</b>	<b>2007</b>	<b>%</b>	<b>2008</b>	<b>%</b>
	126	50%	147	59%	151	60%	116	53%
<b>Tipo contenzione:</b>								
Spondine	112	45%	145	58%	141	56%	106	48%
Cinture	35	14%	29	12%	29	12%	26	12%
Tavolino	32	13%	34	14%	48	19%	55	25%
Bustini/ tute/Lenz.	20	8%	20	8%	19	8%	21	10%
Divaricatore			29	12%	40	16%	45	20%

Lo schema riporta i dati raccolti negli ultimi quattro anni, essi evidenziano per l'anno 2008 una diminuzione del ricorso alla contenzione passando dal 60% al 53% dei casi.

Pur considerando l'aspetto quantitativo, dell'uso della contenzione, già di per se qualificante è altrettanto di grande interesse spostare l'attenzione nell'analisi su altri dati dello schema che ci suggeriscono qualcosa anche sulla modalità con cui tale intervento viene gestito.

Osservando il tipo di ausilio adottato nella prassi contenitiva, si può avere qualche indicazione sulla qualità dell'intervento. Infatti il dato che ha subito il maggiore decremento, è quello rappresentato dall'uso delle spondine a letto (dal 56% al 48%), mentre per gli strumenti adottati durante il giorno la preferenza continua ad essere rivolta al tavolino sulla carrozzina (dal 19% al 25%) e al divaricatore (dal 12% al 16%) rimanendo invariato l'uso della cintura.

Tali scelte sono dettate dalle stesse risposte comportamentali degli ospiti, i quali trovano in questi ausili una risposta meno cruenta ai loro bisogni di sicurezza.

La ricerca continua dell'equilibrio fra il benessere dell'ospite e la sua sicurezza anche in questo tipo di intervento, è prerogativa pressoché quotidiana da parte del personale socio-sanitario nell'ambito delle loro specifiche attività.

## Area riabilitativa: interventi - 2008

### ➤ Fisioterapia:

**Ospiti coinvolti**            **N. 308**

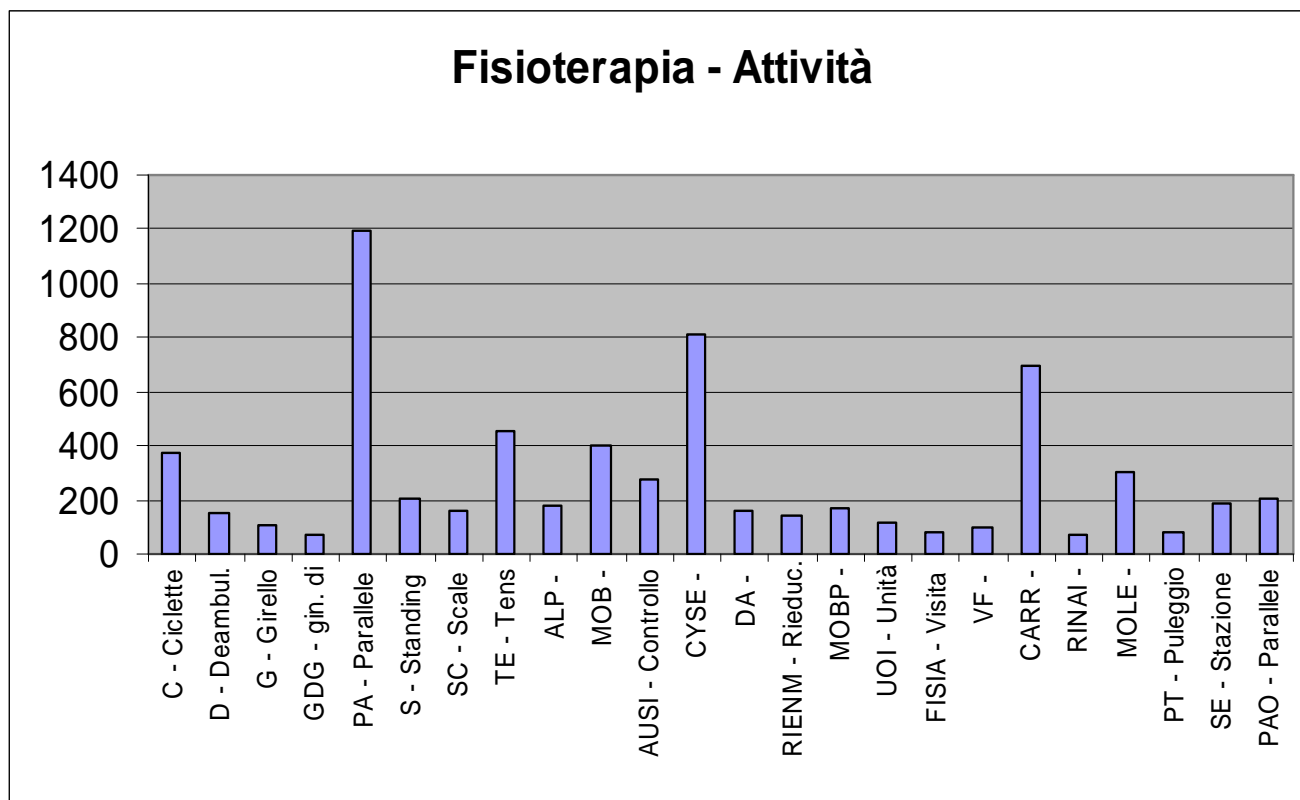
**Interventi attuati**        **N. 28.036** (2007 = 23.631 / 2006 = 25.280)

### Attività

Le attività di riabilitazione sono svolte da n. 4 Fisiokinesiterapisti che garantiscono una presenza settimanale di 117 ore di servizio.

Le prestazioni coinvolgendo direttamente gli ospiti utilizzando luoghi spazi e tempi diversi sulla base del bisogno. Pertanto le attività sono svolte nella palestra ma anche presso il nucleo o la stanza dell'ospite. Il conteggio avviene tenendo conto di ogni intervento per singolo ospite che viene registrato quotidianamente ed in tempo reale su un programma informatico.

Le prestazioni sugli ospiti sono distribuite nell'arco dell'anno con la frequenza e priorità riportate nel grafico che segue:



## ➤ Socializzazione:

**Ospiti coinvolti**                    **N. 333**

**Interventi attuati**                   **N. 11.129**

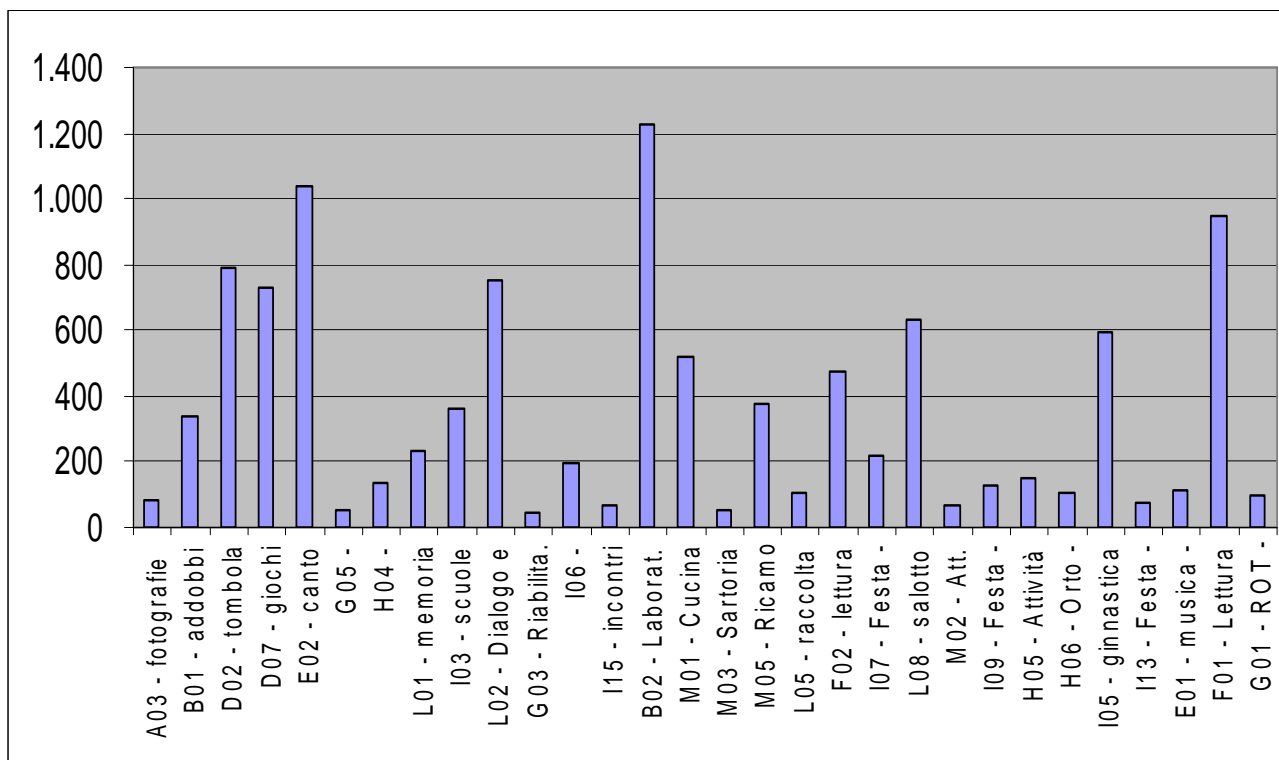
Le attività educativo-animative sono svolte da 5 professioniste/i con una presenza di 174 ore settimanali di servizio.

Il programmazione del servizio prevede 2 interventi settimanali per ogni nucleo ed un calendario annuale di iniziative extra.

### Attività educativo-animative con gli ospiti

Le attività svolte coinvolgendo gli ospiti si esprimono con azioni rivolte al singolo ospite, con azioni rivolte a piccoli gruppi di ospiti presso i loro nuclei ed in alcuni particolari momenti o ricorrenze a grandi gruppi.

Nel grafico che segue sono riportate le attività più rappresentative del servizio educativo-animativo tenendo conto della frequenza con cui sono proposte durante l'anno:



Le attività esposte sono quelle svolte prevalentemente presso i vari nuclei, a queste vanno aggiunte le iniziative che coinvolgono trasversalmente gli ospiti di tutti i nuclei come le feste e le uscite.

## Attività educativo-animative per gli ospiti

**Gite esterne (3 a 7 ore):** n. 16  
**ospiti coinvolti (presenze)** n. 146

**Uscite in paese ed al mercato:** n. 34  
**ospiti coinvolti (presenze)** n. 183

Molte delle iniziative che fanno parte del calendario annuale delle attività viene svolto e coordinato dagli Educatori-animatori in collaborazione con gruppi e associazioni di volontariato:

## Volontariato

**Gruppi stabili** N. 9  
**Composti da** N. 82 persone  
**Frequenza** Settimanale (1 a 5)  
**Presenza media** 27 ore settimanali  
**Coinvolgimento** registrano una media settimanale di:  

- 140 - 160 presenze di anziani del Centro
- 60 – 80 presenze di persone esterni

## Associazioni e gruppi:

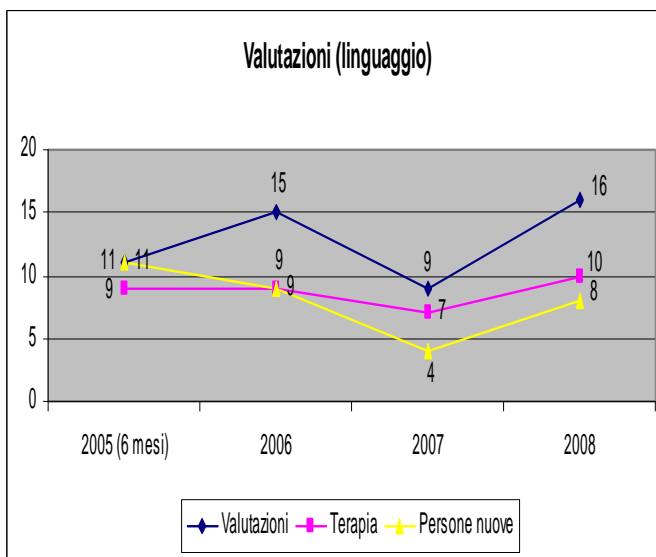
<b>Gruppo “Le ugone d’oro”</b>	<i>coro di cantori</i>
<b>Gruppo “Il buonsenso”</b>	<i>periodico di informazione</i>
<b>Gruppo “Amici della grigliata”</b>	<i>incontri gastronomici</i>
<b>Gruppo liturgico</b>	<i>accompagnamento degli ospiti alla S. Messa</i>
<b>Gruppo Parrucchiere</b>	<i>gestione salone di parrucchiere</i>
<b>Gruppo cucito</b>	<i>laboratorio di rammendatura</i>
<b>Gruppo ginnastica dolce</b>	<i>svolge attività ginnica (grande gruppo)</i>
<b>Associazione IRIS</b>	<i>progetto Insieme per l’Alzheimer</i>
<b>Associazione ornitologica</b>	<i>Gestisce la voliera e organizza manifestazioni sul tema.</i>

➤ **Logopedia:**

**Ospiti coinvolti N. 96**

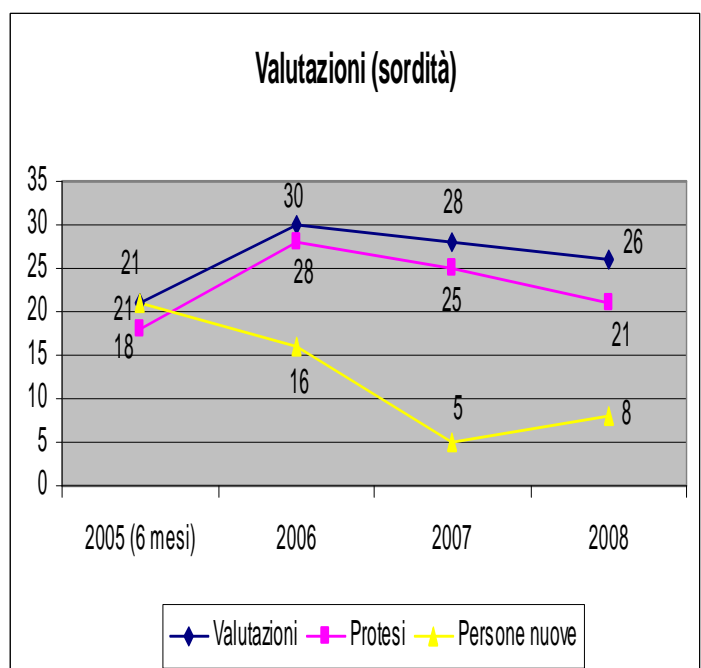
**Terapie attivate N. 102**

Il servizio di logopedia, svolto da una professionista con una presenza di 18 ore settimanali, interviene fondamentalmente su tre importanti funzioni della persona: il linguaggio, l'udito, la deglutizione. Queste importanti capacità possono essere totalmente o parzialmente invalidate a causa di patologie acute o degenerative. Di seguito viene presentato il livello di bisogno e la ricaduta che gli interventi hanno sulle aspettative di vita delle persone.



Il grafico che riporta le attività rivolte all'area del linguaggio evidenzia una richiesta d'intervento abbastanza variabile e tendenzialmente in diminuzione. In particolare ciò è dimostrato dalla linea gialla che rappresenta il bisogno manifestato dalle persone di nuovo inserimento. Le altre linee del diagramma ci dicono che le valutazioni, eseguite a seguito di un segnalato bisogno, non si traducono tutte in una vera e propria terapia.

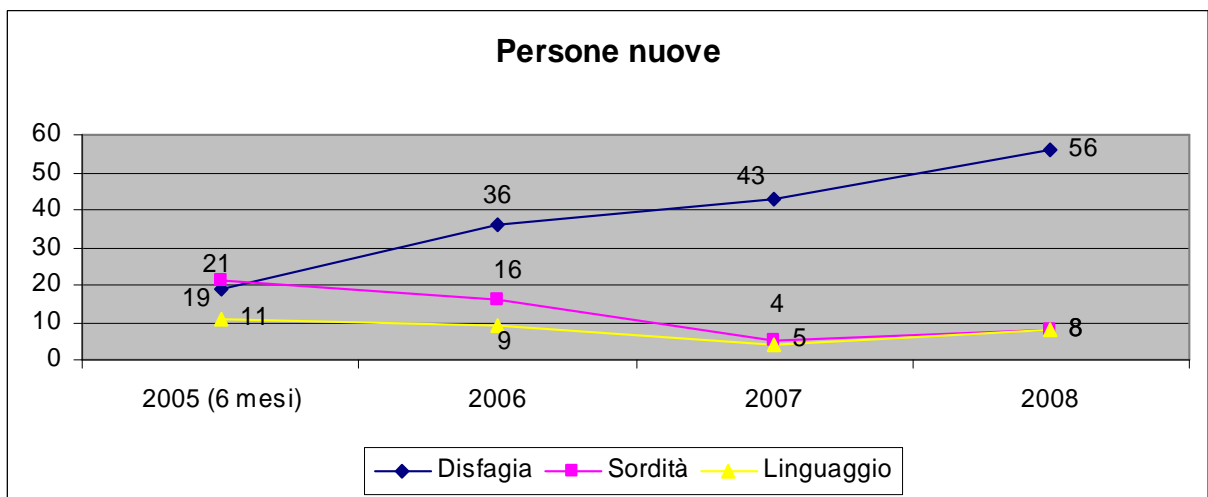
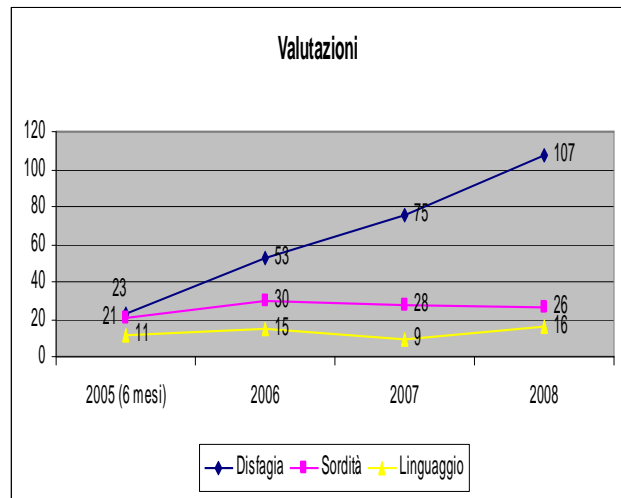
Il grafico sulla sordità va letto nello stesso modo di quello sul linguaggio. Anche in questo caso vi è un'evidente diminuzione delle richieste di intervento (linea gialla). Una possibile spiegazione a questo calo di richieste d'intervento è sicuramente data dalla tipologia di ospiti, molto anziani e malati, che negli ultimi anni vengono inseriti. Infatti prerequisito ad interventi di questo tipo (sordità e linguaggio) è la capacità della persona ad accettare e collaborare con il terapeuta nelle varie fasi che caratterizzano l'attività di recupero.



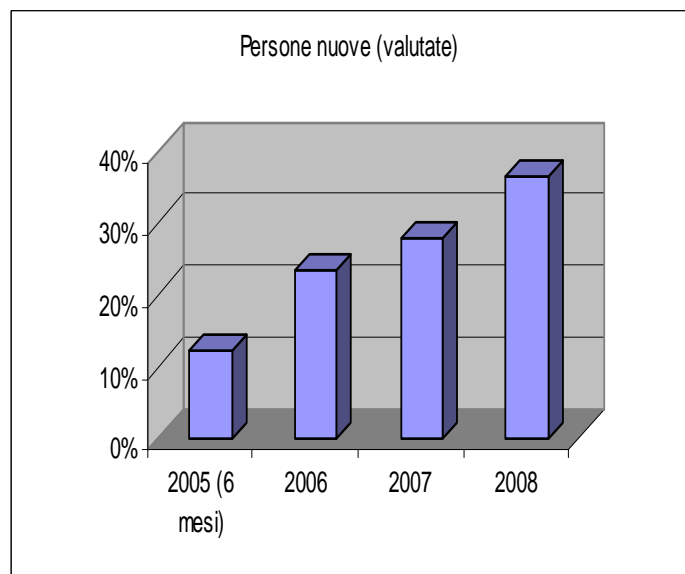
## Logopedia: valutazioni

La conferma alle motivazioni del calo delle prestazioni sul linguaggio e la sordità, la troviamo inserendo e raffrontando i dati con la terza area d'intervento della Logopedista: la disfagia. La difficoltà ed a volte l'impossibilità a deglutire solidi e/o liquidi è un impedimento manifestato dalle persone che a causa di patologie fisiche e/o cognitive non sono più in grado di controllare l'azione del deglutire.

Nei grafici che seguono è palese la crescita esponenziale della richiesta di interventi dello specialista in quest'area.



L'incremento delle richieste avviene sia per il naturale invecchiamento delle persone da tempo ospitate ma, per le ragioni dette sopra, anche dalle persone di nuovo inserimento.

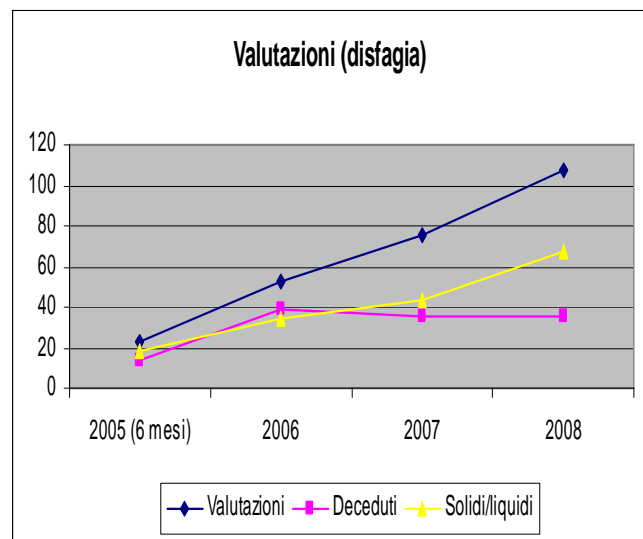


## Logopedia: esito

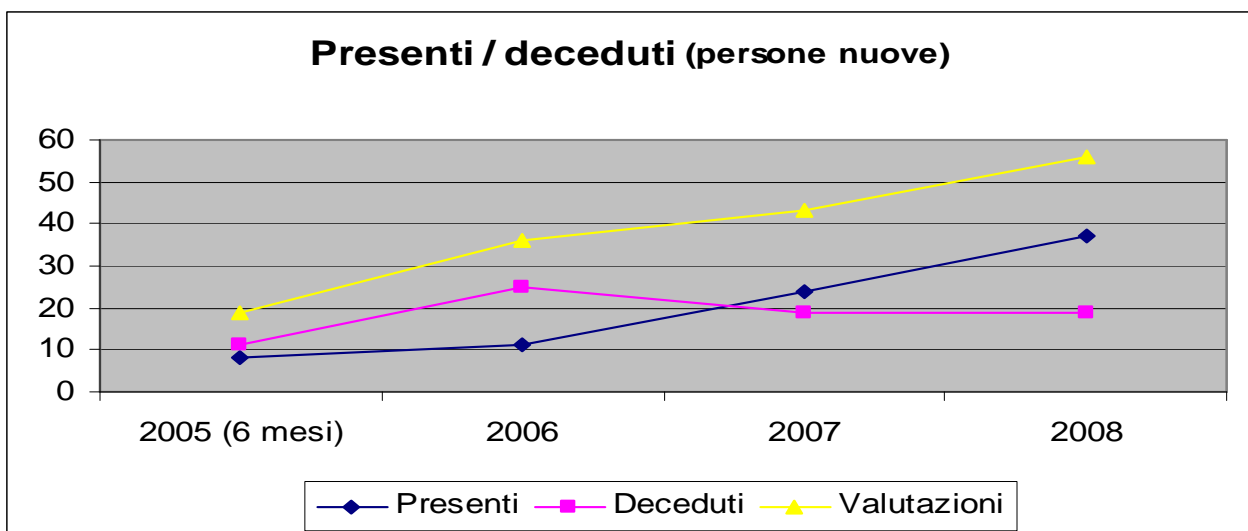
In Questa parte di analisi del servizio di logopedia si è cercato di capire se gli interventi avviati hanno una ricaduta sul piano del benessere degli ospiti e se questa è rilevabile in qualche misura.

Per le attività rivolte ai disturbi del linguaggio e dell'udito si è dimostrata difficile una rilevazione oggettiva se non quella direttamente espressa dagli interessati, comunque positiva. Molto interessante si è invece dimostrata l'analisi fatta con i dati raccolti sull'attività svolta nel campo della disfagia. La tipologia di ospiti coinvolti (situazione psico-fisica compromessa) ci ha indotti a ricercare risposte, perchè fossero oggettive, non tanto sugli effetti che gli interventi producono ma sugli effetti che gli interventi evitavano. Da questo presupposto si sono messi in relazione i dati degli ultimi 4 anni che riguardavano le valutazioni, le diagnosi (solidi – liquidi) e i decessi delle persone che sono state coinvolte nel processo.

Ciò che emerge dalla lettura del grafico è una sostanziale influenza virtuosa sui decessi degli ospiti che sono seguiti per problemi di disfagia. Si evidenzia che le linee che rappresentano la crescita del problema e degli interventi seguono una direzione quasi parallela mentre la linea che rappresenta il numero di decessi, superata una prima fase di quasi affiancamento, negli ultimi 2-3 anni si discosta dalle altre linee facendo supporre che la disfagia non sia fra le possibili cause di decesso.



Un'ulteriore verifica è stata svolta analizzando i dati ricavati considerando solo le persone di nuova acquisizione del servizio. L'impressione che se ne ricava è che il fenomeno sopra menzionato sia confermato se non ulteriormente amplificato.



## ➤ Psicologia

Dal 2008 si è adottata la prassi che a tutti gli ospiti accolti presso il Centro Residenziale Sartor, oltre ai già previsti interventi, siano esaminati anche aspetti quali la capacità cognitiva e la presenza di possibili stati di depressione.

I test somministrati esclusivamente dalla psicologa sono, per il decadimento cognitivo il MMSE (Mini-Mental State Examination) e per la depressione il GDS (Geriatric Depression scale).

Il MMSE è un test di screening ideato per rilevare il deterioramento cognitivo, valutarne quantitativamente la severità e documentarne le modificazioni nel tempo. È costituito da 12 item tramite i quali vengono esplorate, con 22 prove in parte verbali e in parte di performance, alcune funzioni cognitive (orientamento, memoria, attenzione e calcolo, prassia visuocostruttiva)

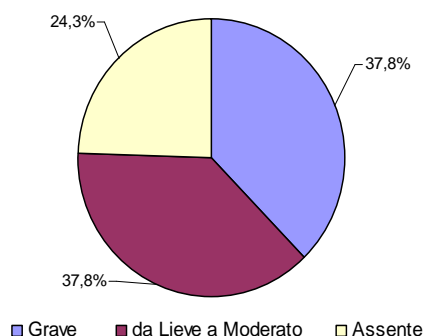
*Gli ospiti avvicinati per la somministrazione del test sono in totale n. 54, di questi ospiti per n.17 (31,4%) non è stato possibile procedere alla somministrazione. Per i rimanenti 37 ospiti l'esito è stato il seguente:*

Decadimento Cognitivo	N. ospiti	%
Grave	14	37,8%
da Lieve a Moderato	14	37,8%
Assente	9	24,3%

Il punteggio totale, dato dalla somma delle risposte corrette che il soggetto ha ottenuto in ciascun item, può andare da un minimo di 0 (massimo deficit cognitivo) ad un massimo di 30 (assenza di deficit cognitivo). In un ampio studio di revisione del MMSE sono stati proposti tre livelli di valutazione:

- 24 – 30 Assenza di decadimento cognitivo
- 18 – 23 decadimento cognitivo da Lieve a Moderato
- 0 – 17 decadimento cognitivo Grave

**Decadimento Cognitivo - MMSE**



pari rispettivamente a: 80 -100%, 60 – 80%, 0 – 60% delle capacità cognitive integre.

Fattori come l'età e il grado di scolarità del soggetto, contribuiscono significativamente alle variazioni dei punteggi attesi nella popolazione normale. A questo riguardo sono stati, per i nostri ospiti, applicati i correttivi disponibili e validati per età e scolarità su un campione casuale di persone anziane della popolazione italiana.

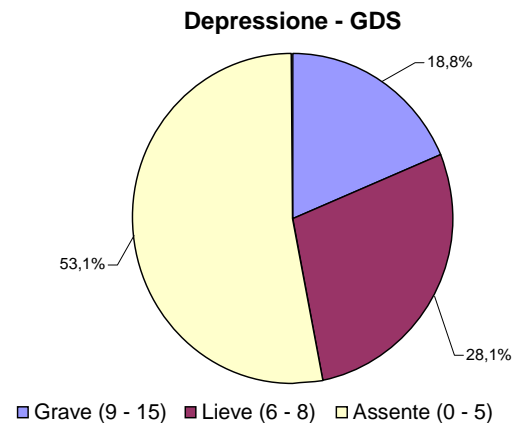
La valutazione della depressione viene attuata, con il metodo della valutazione assistita, dalla psicologa, con l'ausilio della "scala della depressione in geriatria". La scala adottata è quella a 15 domande (Sheikh e Yesavage 1986) per la popolazione adulta e anziana. Le risposte alle domande sono fornite in formato SI/NO, a cui viene attribuito un punteggio relativo (0 o 1) la cui somma porta al punteggio totale.

Anche per la rilevazione della depressione sono stati avvicinati n.54 ospiti per la compilazione della scala, di questi ospiti per n.22 (40,7%) non è stato possibile procedere alla somministrazione. Per i rimanenti 32 ospiti l'esito è stato il seguente:

Depressione	N. ospiti	%
Grave	6	18,8%
Lieve	9	28,1%
Assente	17	53,1%

Il punteggio massimo è di 15, corrispondente alla maggiore gravità di depressione. I punteggi che si ottengono alla scala a 15 item possono essere così interpretati:

- 0 – 5 depressione assente
- 6 – 8 depressione lieve
- 9 – 15 depressione grave



Depressione e declino cognitivo sono malattie indipendenti, ben distinguibili anche in fase iniziale, anche se molto spesso concomitanti. Alcuni studi hanno dimostrato che "nella fase iniziale della sindrome di Alzheimer oltre la metà dei pazienti presenta depressione, nella fase intermedia si possono presentare aspetti solo fenomenologicamente simili. Il più frequente è l'apatia. Anche se non è possibile stabilire con certezza una correlazione fra depressione e demenza si è registrato che la presenza di depressione raddoppia il rischio di sviluppare demenza in un ampio intervallo temporale" (Angiola Maria Fasanaro, Giovanna Gaeta - Aorn A. Cardarelli)

## ➤ Unità Operativa Interna

L'equipe multiprofessionale che ha il compito di definire i Progetti Assistenziali Individuali (PAI) per gli ospiti è definita e normata dalla Regione Veneto come U.O.I. (Unità Operativa Interna). L'equipe è composta da alcune figure professionali stabili (MMG, Ass. Soc., Infermiere, FKT, EPA, Psicologa, OSS, Direzione) ed altre su richiesta (Logopedista, Dietista, ecc.)

Nella tabella che segue sono rappresentate le attività svolte dall'UOI negli ultimi 3 anni:

UOI 2006				
	UOI	Valut.	1°valu.	Ver.
Residenti	60	200	67	133
NDI	8	24	16	8
UOI 2007				
	UOI	Valut.	1°valu.	Ver.
Residenti	69	243	36	207
NDI	8	24	15	9
UOI 2008				
	UOI	Valut.	1°valu.	Ver.
Residenti	83	299	66	233
NDI	11	42	17	25

Nello schema sono evidenziati i dati distinti fra gli ospiti residenti e gli ospiti che frequentano il NDI. Per le due realtà vengono segnalati gli incontri dell'equipe e il numero di ospiti valutati con la distinzione fra 1°valutazione e verifica del progetto.

## ➤ **Registrazione “Diario Socio-sanitario” dell’ospite**

L’adozione del programma informatico “abc” per la gestione del servizio ci ha permesso di migliorare la modalità di comunicare tra le figure professionali anche in quella forma che un tempo era definita come “consegna”. Con il nuovo sistema le informazioni relative all’ospite sono separate dalle informazioni riguardanti l’organizzazione del servizio: le prime sono definite come “diario dell’ospite” le seconde come “consegne”. Le registrazioni nel “diario ospite” sono consultabili in più modalità e da ogni professionista in tempo reale.

Nell’anno 2008 sono state registrate per:

<b>Diario Assistenziale (OSS)</b>	<b>70.055</b>	(2007 = 60.621) (2006 = 40.625 )
<b>Diario Sanitario( IP )</b>	<b>59.901</b>	(2007 = 49.312) (2006 = 36.793 )

Pur non essendo il dato quantitativo, di per sé, un elemento di qualità, si ritiene che possa essere considerato un indicatore d’interesse e attenzione verso l’ospite ed i colleghi: nel diario viene registrato ogni aspetto dell’ospite (comportamenti, reazioni, situazioni, bisogni, ecc.) che si ritenga utile comunicare ai colleghi e che crei “storia”.

## ➤ **Prestazioni igieniche: Bagni**

Un indicatore molto sentito dagli Stakeholder è la soddisfazione del bisogno igienico, inteso come bagno totale. Nel 2006, 2007 e 2008 sono state effettuate le seguenti prestazioni:

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Totale bagni	11.282	<b>13.002</b>	<b>13.679</b>
Media bagni/ospite	45	<b>52</b>	<b>54</b>
Intervallo giorni/bagno	8	<b>7</b>	<b>6.6</b>

## ➤ **Rapporto presenze ospiti / professionisti**

La tipologia di servizio induce a verificare regolarmente i parametri di presenza delle figure professionali confrontandoli con gli standard definiti dalla norma.

Attualmente gli standard definiti dalla Regione Veneto (L.R. n.22 /2002) che interessano questa struttura sono individuabili nelle due maggiori unità di offerta:

- *anziani non autosufficienti con ridotto – minimo bisogno assistenziale*
- *anziani non autosufficienti con maggiore bisogno assistenziale.*

Nel caso di anziani con *ridotto – minimo bisogno assistenziale* i parametri cogenti sono:

- 1 Coordinatore ogni 90 ospiti
- 1 OSS ogni 2.5 ospiti
- 1 Infermiere ogni 12 - 15 ospiti
- 1 EPA ogni 60 ospiti
- 1 Assistente Sociale ogni 120 ospiti
- 1 Psicologo ogni 120 ospiti.

Nel caso di anziani con *maggior bisogno assistenziale* i parametri cogenti si differenziano dai precedenti per:

- 1 OSS ogni 2.4 ospiti
- 1 Infermiere ogni 12 ospiti

## ➤ **Parametri esistenti presso il Centro:**

**Coordinatori:** la scelta di nuclearizzare la struttura e dotare ogni nucleo di un coordinatore consente di affermare che il parametro ha un rapporto di **1/42** (1 coord. Ogni 42 ospiti).

**Operatore Socio Sanitario:** tale figura si colloca globalmente su parametri di **1/ 2,2** (2006 = 1/2,44 – 2007 = 1/ 2,2).

**Infermieri:** come per la figura precedente si colloca globalmente sul rapporto di **1/ 11,8** (2006 = 1/13.4 – 2007 = 1/ 11,8).

**Educatori Professionali Animatori:** questa figura professionale si attesta con un rapporto globale di **1/ 55** (2006 = 1/72) compresi tutti i servizi.

**Assistente Sociale:** il parametro per questa figura professionale è di **1/167** Come nel 2007.

**Psicologo:** attualmente tali figure esercitano per **1/131** (**57 ore settimanali**)

## ➤ **la soddisfazione dei clienti**

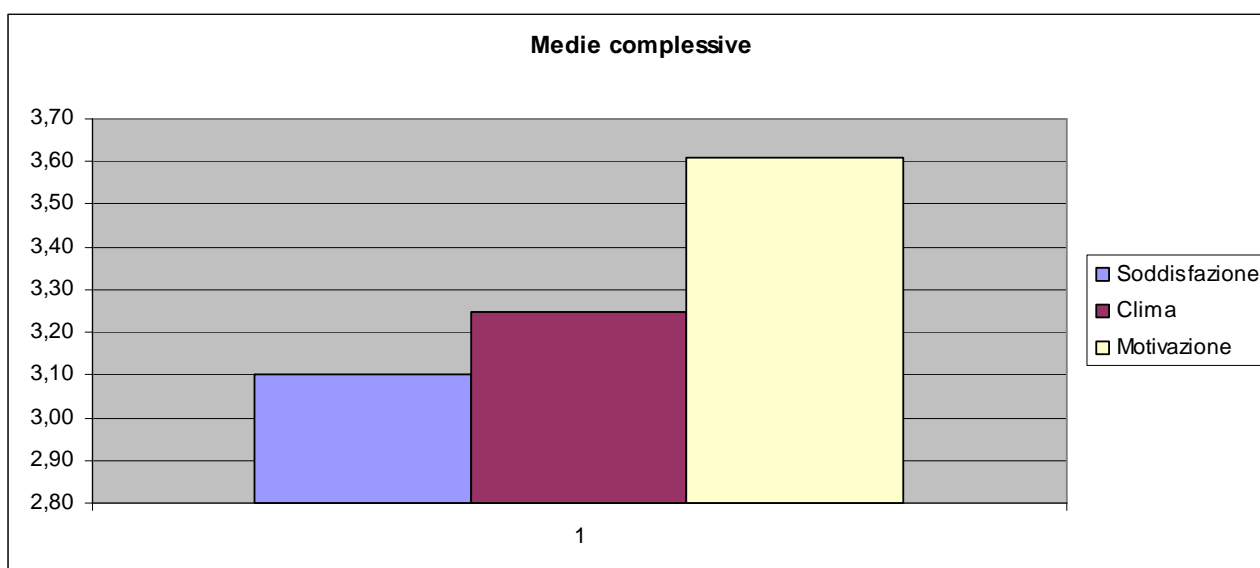
### **Customer satisfaction**

Le attività di rilevazione continua della soddisfazione dei clienti vengono realizzate attraverso la raccolta dei dati relativi alla qualità “percepita” e la valutazione congiunta con la qualità “oggettiva” degli indicatori e dei livelli di servizio. In questo modo, è possibile delineare il quadro completo dell’andamento dei processi produttivi.

Nel 2008 sono state intraprese altre azioni per migliorare il processo di rilevazione. Tra queste in particolare:

- ulteriore implementazione di applicativi al programma di gestione del servizio “abc”
- avviato un percorso formativo e di studio per adottare l’Ente di un sistema di “controllo di gestione”

Tra le indagini svolte, si segnala quella sulla valutazione della soddisfazione del cliente interno (il personale), avvenuto con l’ausilio di un questionario. Tale progetto è stato realizzato con la collaborazione della Dott.ssa Angela Arcamone laureata in psicologia del lavoro. L’esito dell’indagine viene riportata nel grafico che segue indicandone le medie generali su una scala da 1 a 5.



## ➤ **Reclami**

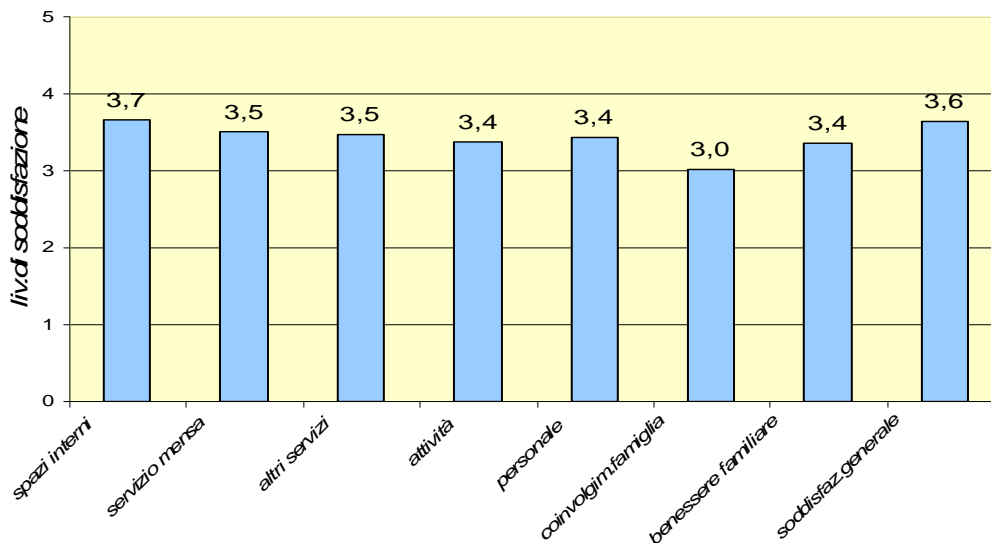
Nel 2008 i reclami hanno subito un leggero incremento rispetto l’anno precedente. In totale sono n.6, con motivazioni diverse:

- **n.3 sul comportamento del personale**
- **n.1 sul vitto**
- **n.1 sulla logistica (ascensore)**
- **n.1 su aspetti organizzativi e sicurezza**

## Soddisfazione del cliente esterno

La rilevazione della qualità del servizio come viene percepita dai familiari ed ospiti viene svolta con l'ausilio di uno specifico questionario che viene distribuito a tutti gli interessati e compilato in forma anonima. L'impegno è di distribuire tale strumento almeno ogni due anni. L'ultima somministrazione è avvenuta nel 2007 e si ripeterà nel 2009. I risultati dell'ultima rilevazione sono sinteticamente esposti nel grafico che segue:

### Soddisfazione generale rispetto ai vari aspetti del servizio



La soddisfazione percepita dal cliente sulla qualità del servizio rilevata con il quesito "in generale sono soddisfatto del Servizio di cui il mio familiare usufruisce" si attesta sulla scala dei giudizi con il punteggio di 3,6 (vedi schema).

	1 Per nulla d'accordo	2 Poco d'accordo	3 Abbast. d'accordo	4 Molto d'accordo	5 Del tutto d'accordo
<b>Soddisfazione generale 2007</b>	0%	7%	37%	42%	14%
<b>Soddisfazione generale 2000</b>	2%	17%	61%	19%	

Il dato odierno (3,6) comparato con il dato della rilevazione del 2000 (2,9) indica una evidente crescita della percezione della qualità del servizio. Tale percezione si manifesta in particolare modo per la migrazione dei giudizi verso la zona più alta della scala "4 molto d'accordo e 5 del tutto d'accordo".

## LA FORMAZIONE

### Formazione interna

Il Centro Domenico Sartor considera i propri collaboratori una risorsa strategica sulla quale è indispensabile investire costantemente, curandone l'aggiornamento e la formazione professionale. In termini di volumi, nell'arco del 2008, sono state erogate circa 771 ore di formazione, che hanno approfondito competenze:

- tecniche 76% (583,5 ore)
- gestionali 13% (103,5 ore)
- sicurezza 8%. (63 ore)

I dipendenti che hanno partecipato ai corsi sono stati 82, pari a circa l'86% dei dipendenti dell'Ente.

Naturalmente un'attenzione specifica è stata dedicata alle competenze tecniche legate al servizio e a quelle gestionali, mentre sulla sicurezza si tratta del completamento di un percorso che ha formato un altro gruppo di persone facenti parte della squadra di pronto intervento nel caso di incendio.

#### FORMAZIONE 2008

	CORSI/INCONTRI	ORE	PARTECIPANTI					
			AMM.	OSS	IP	FKT	EPA	A.S.
INTERNA	Contenzione	6		52	7	1	1	2
	Prevenzione infezioni	3	1	48	8	1		1
	Privacy	1,5	4	56	7	1		1
	Antincendio (prova gen.)	3		13				
	Antincendio (verifica)	3		8				
	Formazione SCA	1,5		19				

		Profes.	Eventi	ore	Presenze
6 eventi	18 ore	OSS	6	631,5	196
		IP	3	76,5	21
		Coor.	3	21	5
		EPA	1	6	1
		A.S.	3	16,5	4
		AMM.	2	9	2
		FKT	3	10,5	3
		<b>Totale</b>		<b>771</b>	<b>232</b>

## Formazione esterna

A fronte di un bisogno formativo sempre più articolato e specifico, negli ultimi anni sono sostenute e favorite partecipazioni a corsi e giornate studio di singoli professionisti.

Nell'arco del 2008, sono state 17 le persone che hanno partecipato ad eventi formativi esterni, per complessive 132,5 ore. Hanno approfondito competenze soprattutto tecnico – sanitarie e relazionali.

### FORMAZIONE 2008

	CORSI/INCONTRI	ORE	PARTECIPANTI					
			AMM.	OSS	IP	FKT	EPA	A.S.
<b>ESTERNA</b>	<b>Sfide Sanità</b>	8,5		2	3			
	<b>Morire con dignità</b>	8,5		1				1
	<b>Approccio Relazionale</b>	24					1	
	<b>Gestione Att. Motoria</b>	7				7		
	<b>6° Giornata Alzheimer</b>	7,25					1	
	<b>Fiera Bologna</b>	7,5		2			1	
	<b>Punti Prelievo ULSS</b>	8			1			
	<b>Infezioni</b>	2			2			

		Profes.	Eventi	ore	Presenze
<b>8 eventi</b>	<b>72,5 ore</b>	OSS			
		IP	3	37,5	7
		Coor.	3	40,5	5
		EPA	3	39	3
		A.S.	1	8,5	1
		AMM.			
		FKT	1	7	1
<b>Totale</b>				<b>132,5</b>	<b>17</b>

## ➤ **Formazione 2007**

### **Formazione interna**

		<b>Profes.</b>	<b>Eventi</b>	<b>ore</b>	<b>Presenze</b>
<b>6 eventi</b>	<b>113.5 ore</b>	OSS	<b>4</b>	<b>703</b>	<b>99</b>
		IP	<b>2</b>	<b>85</b>	<b>9</b>
		Coor.	<b>5</b>	<b>243</b>	<b>13</b>
		EPA	<b>2</b>	<b>58</b>	<b>2</b>
		A.S.	<b>2</b>	<b>58</b>	<b>3</b>
		AMM.	<b>1</b>	<b>384</b>	<b>8</b>
		FKT	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>3</b>
<b>Totale</b>				<b>1591</b>	<b>137</b>

### **Formazione esterna**

		<b>Profes.</b>	<b>Eventi</b>	<b>ore</b>	<b>Presenze</b>
<b>21 eventi</b>	<b>176.5 ore</b>	OSS	<b>7</b>	<b>157</b>	<b>25</b>
		IP	<b>10</b>	<b>128</b>	<b>16</b>
		Coor.	<b>5</b>	<b>73</b>	<b>9</b>
		EPA	<b>5</b>	<b>56</b>	<b>6</b>
		A.S.	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
		AMM.	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>4</b>
		FKT	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Totale</b>				<b>446</b>	<b>61</b>

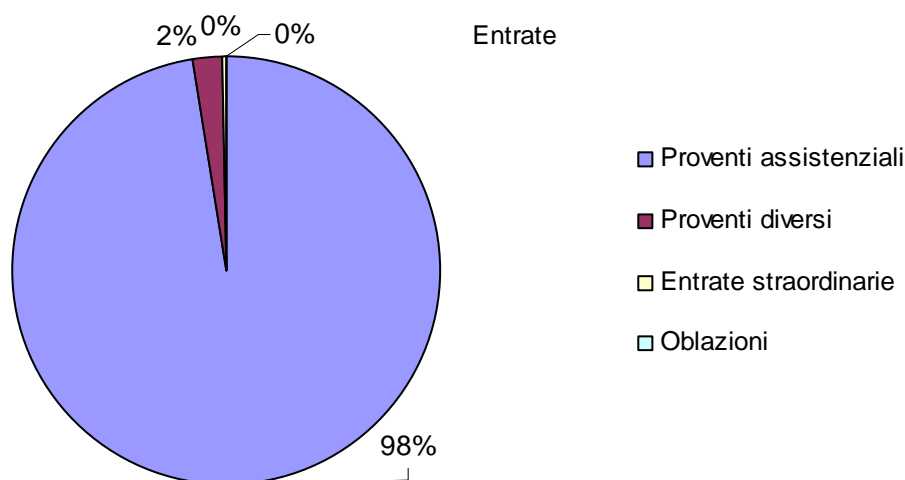
<b>FORMAZIONE 2007</b>								
<b>CORSI/INCONTRI</b>		<b>ORE</b>	<b>PARTECIPANTI</b>					
			<b>Ammin.</b>	<b>OSS</b>	<b>IP</b>	<b>FKT</b>	<b>EPA</b>	<b>A.S.</b>
<b>INTERNA</b>	La famiglia dell'anziano da vincolo a risorsa	5		26	1			
	La comunicazione in ambito socio sanitario: metodologie e strumenti (FSE)	48		12				
	Uso del sollevatore	2		25		1		
	La comunicazione non verbale con persone affette da demenza	10		57	8	1	1	1
	Uso teli ad alto scorrimento	0,5		9				
	Le norme della famiglia ISO applicate ai servizi rivolti alla persona (FSE)	48	8					
<b>ESTERNA</b>	Verona – Fiera (Seminari)	6		9				
	Anziani e depressione	6		4	3			
	L'assistenza al paziente terminale	5		4				
	I conflitti in ambito lavorativo	16		2				
	Non dimentichiamo chi dimentica - alzheimer	8		2			1	1
	Giornata studio sull' Alzheimer - Venezia	7		2	1			
	Demenza - Bergamo	8		2	1		1	
	Le demenze cosa fare come misurare	6		2			2	
	Conferenza Nazionale sull'ICTUS cerebrale	20			1			
	Ricerca e pratica: apprendere dai risultati di uno studio sui problemi ass. che attivano interventi e sorveglianza infermieristica.	7,5			1			
	Disabilità trattamento integrazione	7,5			1			
	Prescrizione e somministrazione dei farmaci. Responsabilità giuridica dei professionisti della salute	8			1			
	Corso sui disinfettanti	4			1			
	Aggiornamento sulla logistica	4			2			
	Punti prelievo dell'ULSS 8 ed il territorio	11,5			3			
Musicoterapia	20					1		

<b>Riabilitazione cognitiva</b>	<b>8</b>								<b>1</b>	
<b>IMPDAP (passweb)</b>	<b>6</b>	<b>1</b>								
<b>Le nuove comunicazioni obbligatorie in veneto</b>		<b>1</b>								
<b>Le deliberazioni e le determine comunali dopo la deliberazione del garante della privacy .....</b>		<b>1</b>								
<b>L'attività delle IPAB tra doveri e riservatezza e nuovi principi stabiliti dal garante....</b>		<b>1</b>								

FORMAZIONE 2006		CORSI/INCONTRI		ORE		PARTECIPANTI						
				Ammin.	OSS	IP	FKT	EPA	Manut.			
INTERNA	Excel (2° livello)	12	X									
	Libretto sanitario	3			X							
	Pers. Terminali - Lutto	8			X	X	X	X				
	La famiglia dell'anziano	5			X	X	X	X				
	Prevenzione incendi	8			X							
ESTERNA	Brollo	21										X
	Alzheimer - TV	4,5						X				
	Decadimento cognitivo	5						X				
	Alzheimer - (Convegno)	4	X		X	X	X	X				
	IVA Enti Locali	5	X									
	Alzheimer - Asolo (Conv.)	6,5						X				
	Amministrazione digit.	5,5	X									
	Comportamento Profes.	4			X	X						
	Respons. Infermiere	4,5				X						
	Il Dolore	8,5				X						
	Dott. Cecchetto	2				X						
	Seminario Verona	7,5				X						
	Psicofamaci - Anziano	3,5				X						
	Contro il dolore	8				X						
	Paziente oncologico	7,5				X						
Controllo Infezioni	8				X							
SVaMA - aggiornamento	2				X							

## IL BILANCIO – le entrate

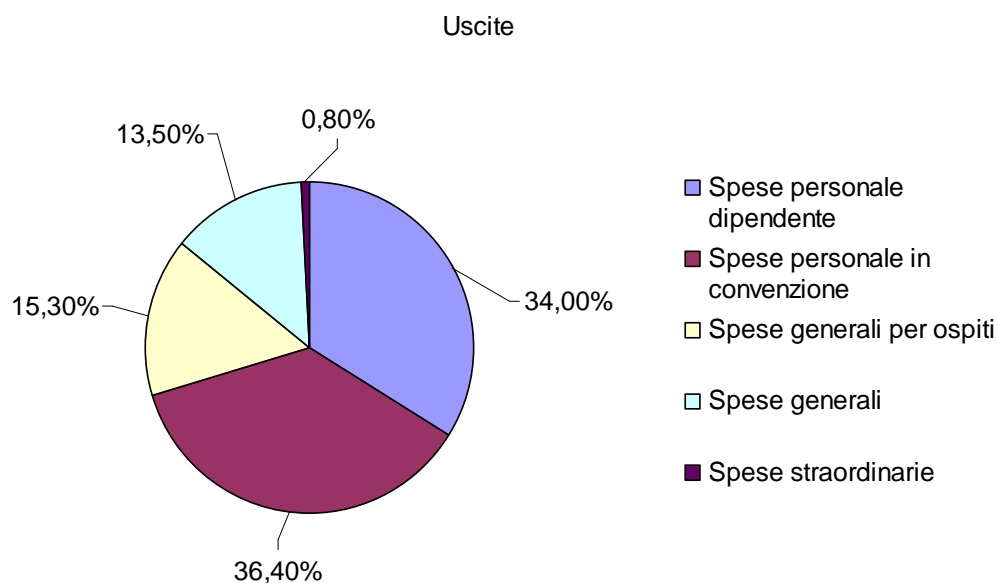
I dati di seguito esposti si riferiscono al bilancio dell'anno 2008. Questa prima esperienza di presentazione del bilancio vuole essere un primo approccio di condivisione, con persone definite non addette ai lavori, di un argomento non facilmente comprensibile. Pertanto si è cercato di rendere l'esposizione comprensibile a tutti proponendo degli schemi in cui l'aggregazione dei dati sia chiara e semplice, senza banalizzare .



Proventi assistenziali	€ 8.352.149,40	96,2%
Proventi diversi	€ 292.592,03	3,4%
Entrate straordinarie	€ 28.071,18	0,3%
Oblazioni	€ 10.506,02	0,1%

La quasi totalità delle entrate è costituita dai proventi delle rette a carico degli ospiti (retta alberghiera) e dei contributi regionali. Il contributo regionale (€ 3.770623,20) è determinato annualmente dalla Regione veneto e viene dato per i soli ospiti non autosufficienti riconosciuti dall'Aulss. Tale quota serve a coprire le spese sanitarie sostenute dall'Ente. La retta alberghiera (€ 4.581.526,20) invece è determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Residenza.

## IL BILANCIO – le uscite



Spese personale dipendente	€ 2.809.305,00	34,0%
Spese personale in convenzione	€ 3.005.853,22	36,4%
Spese generali per ospiti	€ 1.264.588,40	15,3%
Spese generali	€ 1.120.158,87	13,5%
Spese straordinarie	€ 63.550,00	0,8%

I dati sopra riportati ci indicano che la maggior parte delle uscite che l'Ente sostiene riguarda la spesa del personale (70,4%), dipendente o in convenzione, che la Residenza utilizza per erogare il servizio. L'altro gruppo sostanzioso di spese sono suddivise in modo quasi equo tra le spese generali a favore degli ospiti e le spese generali dell'Ente.

Spese personale dipendente	
Personale	€ 2.788.645,00
Formazione	€ 20.660,00

Un terzo delle uscite del bilancio dell'Ente riguarda il personale dipendente. Pur non avendo scorporato i costi del personale amministrativo questo si aggira su quote molto relative rispetto il totale. La gran parte è relativa al personale socio-sanitario. Importante è la quota riservata alla formazione.

Spese personale in convenzione	
Collaboratori esterni (Soc. San.)	€ 249.302,80
Servizi socio-sanitari appaltati	€ 2.756.550,42

Un altro terzo abbondante delle uscite del bilancio dell'Ente è riservato al personale socio-sanitario in convenzione. Il 9% di questa spesa è imputabile al costo dovuto a professionisti, sempre dell'area dei servizi alla persona, che ha rapporti diretti con l'Ente. La parte più sostanziosa è riservata ai servizi socio-sanitari appaltati.

Spese generali per ospiti	
Pasti	€ 792.032,89
Lavanderia esterna	€ 278.855,51
Prodotti incontinenza	€ 142.000,00
Vestiaro e biancheria	€ 6.200
Materiale per l'igiene	€ 45.500

In questo schema sono raggruppati i costi generali per servizi a favore degli ospiti, la spesa più significativa è relativa ai pasti (62,6%). Di seguito vi è la spesa dovuta al servizio di lavanderia (22%) svolto da una ditta esterna. Da rilevare anche la spesa per i prodotti per l'incontinenza e materiale per l'igiene (14,8%).

Spese generali	
Imposte tasse e assicurazione	€ 41.000,00
Spese di amministrazione	€ 21.000,00
Spese per manutenzione	€ 198.442,30
Utenze: enel	€ 131.000,00
“ metano	€ 155.000,00
“ acqua e fognatura	€ 46.000,00
“ rifiuti	€ 75.000,00
Spese pulizia	€ 425.329,69
Servizio trasporti	€ 15.986,88
Spese telefoniche	€ 11.400,00

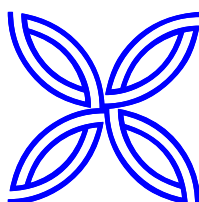
Le spese generali qui sopra dettagliate indicano che la spesa più onerosa è quella riservata al servizio di pulizia (38%) e seguito con valore molto simile dalla spesa delle utenze (36,3%). Un'altra importante quota di spesa sostenuta dall'Ente è quella assegnata agli interventi di manutenzione. Il rimanente 25% di spesa è diviso fra le restanti voci delle spese generali riportate.

Spese straordinarie	
Acquisti attrezzature e beni durevoli	€ 22.000,00
Spese di informatizzazione	€ 41.550,00

Le spese straordinarie sono relegate a due gruppi di costi, gli acquisti di attrezzature e beni durevoli come letti, alza persone, barelle doccia, ecc. e le spese per l'acquisto di apparecchiature atte ad implementare e aggiornare il sistema informatico nonché licenze e contratti di assistenza dei programmi indispensabili per la gestione amministrativa ma anche del servizio assistenziale.



# **OBIETTIVI 2007**



**- PROGETTI OBIETTIVO 2007 -**  
**AREA SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**Nuclei Tutti – Fkt – Epa – IP - Servizi sociali – Dietista**

**Team-leader: Nerina Guidolin**

**Progetto Operativo**

<b>L'U.O.I.</b>
-----------------

Il personale coinvolto in questo progetto ha il compito di esaminare l'organizzazione e la gestione dell'UOI nei suoi aspetti operativi e qualitativi. In particolare, s'intende intraprendere un percorso che sensibilizzi tutta l'equipe multiprofessionale a individuare nell'UOI l'unico luogo deputato a definire e verificare ogni intervento diretto al benessere dell'ospite. Tale sensibilità dovrà tradursi in un sistema che avrà come obiettivo finale quello di essere in grado di soddisfare i requisiti per l'Accreditamento Istituzionale (Regione Veneto, Legge n. 22 del 16 agosto 2002).

**Obiettivi specifici**

- Valutare implementare e verificare le procedure sull'organizzazione delle UOI;
- Garantire la massima partecipazione agli incontri dell'equipe;
- Definire e valutare modalità di gestione del gruppo atte a garantire il coinvolgimento di tutte le figure professionali nelle decisioni.

**Fasi del progetto**

- a) Prima fase: *(3 incontri di 2 ore del gruppo di lavoro)*  
analisi delle procedure già redatte;  
definire delle linee guida per la gestione dell'equipe.
- b) Seconda fase: Presentazione del lavoro agli operatori del nucleo.
- c) Terza fase: applicazione operativa del lavoro alle UOI programmate

**Verifica**

La verifica sarà effettuata dal Team-leader attraverso l'analisi delle schede di "monitoraggio funzionamento UOI" già prevista dalla procedura operativa.

**Gli indicatori di qualità saranno:**

- **un Progetto Assistenziale Individualizzato per ogni nuovo ospite e redatto mediamente entro 30 giorni dall'inserimento;**
- **un riesame (verifica) per gli altri ospiti già inseriti;**
- **la partecipazione del 90% dei professionisti a tutti gli incontri dell'UOI.**

**Personale coinvolto**

Tutte le figure professionali socio-sanitarie presenti nei nuclei (operatori, infermieri, fisioterapisti, educatori, assistenti sociali, dietista).

## **RISULTATI:**

### Obiettivi raggiunti:

- sono stati redatti per tutti gli ospiti nuovi il Progetto Assistenziale Individualizzato salvo che per 7 persone, perché decedute prima dell'incontro dell'UOI;
- è stato svolto il riesame per tutti gli altri ospiti, almeno uno nell'anno;

### Obiettivi non raggiunti:

- l'UOI per i nuovi ospiti si è svolta mediamente dopo 43 giorni dall'inserimento
- agli incontri i professionisti hanno partecipato con una media del 86%.  
I professionisti al di sotto della soglia del 90% sono: FKT = 77% EPA = 80%  
PSI = 88% (OSS = 71%).

- **PROGETTI OBIETTIVO 2007** -  
**AREA SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**Nuclei tutti – I.P. – Fkt – Epa**

**Progetto Operativo**  
**LA CONTENZIONE**

Nell'ambito delle azioni finalizzate al miglioramento della qualità, il progetto si propone di migliorare la qualità di vita delle persone non autosufficienti attraverso un uso della contenzione fisica in modo appropriato e corretto.

**Obiettivi specifici**

- Definire un protocollo operativo sull'utilizzo dei mezzi di contenzione;
- Implementare il protocollo nelle buone pratiche quotidiane;
- Monitorare l'andamento dell'uso dei presidi contenitivi.

**Fasi del progetto**

- a. Prima fase: *(3 incontri di 2 ore del gruppo di lavoro)*
  - analisi della letteratura in materia;
  - analisi di protocolli già esistenti;
  - stesura di un protocollo operativo.
- b. Seconda fase: Presentazione del lavoro al personale del nucleo.
- c. Terza fase: applicazione del protocollo e monitoraggio della sua applicazione sulla base di alcuni indicatori di verifica.

**Verifica dei risultati:**

la verifica si indirizza su due livelli, uno sul metodo e uno sull'esito:

1. [verifica della corretta applicazione del protocollo.](#)
2. [possibilità di analizzare alcuni indicatori:](#)
  - [N. complessivo di ospiti che utilizzano presidi per la contenzione.](#)
  - N. contenzioni in ospiti con rischio di caduta (scala di Tinetti < 19).
  - N. contenzioni in ospiti con disturbi del comportamento.
  - N. contenzioni in emergenza in situazioni di reale grave rischio per il paziente o per gli altri.
  - N. di ospiti che utilizzano i presidi a scopo di allineamento posturale.
  - N. di ospiti che utilizzano più di un presidio per la contenzione nello stesso momento.
  - N. di ospiti in trattamento con psicofarmaci, in contenzione fisica e senza contenzione.

**Personale coinvolto**

Tutte le figure professionali socio-sanitarie collegate operativamente ai nuclei (C. di N. OSS, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori Animatori, ) .

**- PROGETTI OBIETTIVO 2007 -**  
**AREA SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**Nuclei C1, D0, DD, D1 – U.O.I.P. – Fkt – Epa – Servizi sociali – Dietista**

**Progetto Operativo**

**L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

Il personale coinvolto in questo progetto proseguirà nel compito di esame dell'organizzazione del servizio nei suoi aspetti operativi e qualitativi. In particolare, si continuerà nel percorso organizzativo già intrapreso che prevede la costruzione di un sistema di gestione della qualità basato sulla valorizzazione delle risorse umane attraverso il pieno coinvolgimento delle stesse. Tale sistema ha come obiettivo finale quello di essere in grado di soddisfare e consolidare i requisiti per l'Accreditamento Istituzionale (Regione Veneto, Legge n. 22 del 16 agosto 2002).

**Obiettivi specifici**

- Revisione delle procedure già redatte e standardizzazione;
- Stesura delle procedure per il completamento del sistema qualità.
- Codifica degli standard dei professionisti.

**Fasi del progetto**

- d) Le figure professionali degli OSS ed Infermieri saranno coinvolte nella revisione e standardizzazione delle procedure già redatte e nella stesura ed implementazione di nuove procedure.
- e) I professionisti (FKT, Ass. Sociali, EPA, Dietista) saranno impegnati nella stesura delle procedure operative e nella standardizzazione delle attività.

.

**Personale coinvolto**

Tutte le figure professionali socio-sanitarie presenti nei nuclei (operatori, infermieri, fisioterapisti, educatori, assistenti sociali, dietista). L'attività dei vari professionisti si svolgerà con incontri separati allo scopo di affrontare le tematiche sulle specifiche attività della professione.

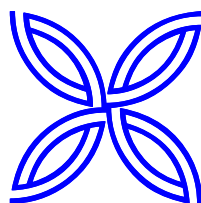
*Tempi di attuazione*

Il progetto sull'organizzazione del servizio per sua natura non avrà una scadenza prevedibile, nel senso che esso si rinnoverà anno per anno affrontando sempre nuovi obiettivi o andando a modificare e rinnovare obiettivi raggiunti ma già obsoleti.

Il progetto si propone come un laboratorio permanente di auto aggiornamento formativo e professionale sul proprio operato, che si proietta verso il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, attraverso una maggiore consapevolezza delle capacità e valore dei professionisti coinvolti.



# OBIETTIVI 2008



**- PROGETTI OBIETTIVO 2008 -  
AREA SOCIO SANITARIA**

**Nuclei C1, D0, DD, D1 – U.O.Infermieri – FKT – EPA – Servizi Sociali – Dietista**

**Responsabile del Progetto: – Team-leader: Nerina Guidolin**

**Progetto Operativo**

**PIANO ACCOGLIENZA**

Questo progetto, che vede coinvolte tutte le figure professionali dell'area socio sanitaria, nasce dalla consapevolezza che l'ingresso di un nuovo ospite è un evento importante non solo per l'interessato, ma anche per i familiari e per tutti gli operatori della Residenza e rappresenta il momento centrale di un processo impegnativo, complesso e fragile.

L'ingresso in una struttura residenziale, per l'ospite, è sempre un momento difficile, spesso confuso. L'ospite è sofferente fisicamente e psicologicamente, quasi mai entusiasta dell'evento.

E' con queste premesse che il progetto ha come finalità quella di creare le condizioni perché lo sradicamento dell'ospite, da una realtà contraddistinta da affetti, spazi, ritmi, legami fisici e psicologici di una vita e l'inserimento in una realtà completamente nuova come l'istituzionalizzazione, sia il meno traumatico possibile.

**Obiettivi:**

- Omologare, per tutte le realtà della Residenza, una modalità di gestione, condivisa, delle fasi che caratterizzano l'attività "d'ingresso di un nuovo ospite";
- Individuare gli strumenti che ogni professionista adotterà nelle fasi dell'attività;
- Definire il livello di coinvolgimento delle varie figure professionali nelle fasi dell'attività;
- Creare un'organizzazione capace di raccogliere il massimo di informazioni sull'ospite, affinché l'equipe multiprofessionale (UOI) sia in grado di esprimere un progetto individuale (PAI) che risponda ai reali bisogni dell'ospite.

**Fasi del progetto**

- a) Formalizzare le buone pratiche già in uso integrandole con azioni innovative a scopo di miglioramento;
- b) Condivisione del Piano accoglienza in UOI di Staff;
- c) Presentazione del progetto ai gruppi organizzativi dei nuclei;
- d) Standardizzazione del piano.

### **Verifica**

**La verifica sarà effettuata dal team-leader attraverso l'analisi delle schede di monitoraggio previste dalla procedura operativa.**

**Gli indicatori di qualità saranno:**

- **L'effettuazione della visita preingressuale per il 90% dei nuovi inserimenti;**
- **La presenza alla prima UOI di una scheda informativa prestabilita (di rilevazione, di misura, di raccolta dati) per ogni figura professionale.**

### **Personale coinvolto**

Tutte le figure professionali socio sanitarie presenti nei nuclei (Coordinatori di nucleo, OSS, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Assistenti Sociali, Dietista).

### **Livelli di responsabilità**

Il team-leader è responsabile dell'organizzazione degli incontri e della verifica finale; tutti gli altri professionisti sono responsabili dell'esito del progetto nei termini definiti dalla verifica.