

BILANCIO SOCIALE

- 2009 -



Centro Residenziale per Anziani
“Domenico Sartor”

A cura di Paolo Frezza

Centro Residenziale per Anziani “Domenico Sartor”

Via Ospedale n.12 – 31033 Castelfranco Veneto (TV) Tel. 0423 738111 - Fax 0423 738128
www.centroanzianisartor.it - 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.

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 da 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.</i>	<i>02</i>
<i>Indice</i>	“	<i>04</i>
<i>Quadro generale</i>	“	<i>05</i>
<i>Analisi statistica</i>	“	<i>07</i>
<i>Caratteristiche psicofisiche dell’ospite: autonomie</i>	“	<i>15</i>
<i>Decessi</i>	“	<i>22</i>
<i>Ricoveri</i>	“	<i>23</i>
<i>Provenienza ospiti accolti nel biennio ’08 – ’09</i>	“	<i>25</i>
<i>Analisi comorbilità</i>	“	<i>26</i>
<i>Aspetti di esito</i>		
- <i>Alimentazione enterale</i>	“	<i>31</i>
- <i>Lesioni da decubito</i>	“	<i>31</i>
- <i>Cadute</i>	“	<i>32</i>
- <i>Contenzione</i>	“	<i>33</i>
<i>Area Riabilitativa</i>		
- <i>Fisioterapia</i>	“	<i>35</i>
- <i>Socializzazione</i>	“	<i>36</i>
- <i>Logopedia</i>	“	<i>39</i>
- <i>Psicologia</i>	“	<i>42</i>
<i>Unità Operativa Interna</i>	“	<i>44</i>
<i>Registrazione diario</i>	“	<i>45</i>
<i>Prestazioni igieniche: bagni</i>	“	<i>45</i>
<i>Standard personale</i>	“	<i>46</i>
<i>Soddisfazione clienti</i>	“	<i>47</i>
<i>La formazione</i>	“	<i>49</i>
<i>Il Bilancio – entrate</i>	“	<i>54</i>
<i>Il Bilancio – uscite</i>	“	<i>55</i>
<i>Obiettivi 2008</i>	“	<i>58</i>

GLI OSPITI DEL CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI “DOMENICO SARTOR”

QUADRO GENERALE

Nell'anno 2009 il Centro ha ospitato nei suoi 250 posti di tipo residenziale persone anziane con un'età media di **84,7** anni (2008 – 84,7 / 2007 -84,4 anni / 2005 – 84,5 / 2006 – 84,5) ed una permanenza media (anzianità in struttura) di **4,85** anni (2008 – 4,85 / 2007 -4,9 anni / 2005 – 4,5 anni / 2006 – 4,7 anni). Attualmente sono presenti **212** ospiti non autosufficienti (2007 – 212) e **38** ospiti autosufficienti (2007 – 37) con le caratteristiche che di seguito vengono presentate:

Età Media (residenti)

Ospiti	Percentuale			Età media		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
> 80 anni	75,9 %	78,4 %	80 %	89,0 anni	88,8 anni	88,2 anni
< 80 anni	24,0 %	21,6 %	20 %	70,0 anni	69,8 anni	70,6 anni

Età Media (deceduti)

Complessivamente gli ospiti deceduti avevano un'età media di **87,6 anni** (2008 – 87,3 / 2007 -88,6) e una permanenza in struttura media di **3,4 anni** (2008 – 3,9 / 2007- 3,7)

Ospiti	Percentuale			Età media		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
> 80 anni	91,6 %	86,4 %	89,2 %	90,2 anni	89,6 anni	89,6 anni
< 80 anni	8,3	13,5 %	10,8 %	71,5 anni	72,9 anni	71,6 anni

Età media (per anzianità struttura)

Permanenza in struttura	Età media		
	2007	2008	2009
Da 0 a 1,9 anni (Nel 2006 / 2007 vi è una forte influenza degli SVP)	83,8 (senza SVP 84,8)	83,7 (senza SVP 85,4)	83,9
Da 2 a oltre anni	84,7	85,2	84,9
Da 5 a oltre anni	84,1	83,8	86,9
Da 10 a oltre anni	81,3	81,9	81,9

Presenza ospiti (per sesso)

Complessivamente	Anno		
	2007	2008	2009
Sesso			
Maschi	22,1 %	19,6 %	20,4 %
Femmine	77,9%	80,4%	79,6 %

Qualche ulteriore particolare dato:

Ospiti con età inferiore a 65 anni

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

Ospiti con età superiore a 100 anni

- *Età 110,6 anni* *anzianità in struttura 14,9 anni*
- *Età 101,0 anni* “ “ “ 1,7 “
- *Età 100,9 anni* “ “ “ 5,5 “
- *Età 100,1 anni* “ “ “ 16,8 “

Centro Diurno Anziani

Il Centro offre un servizio semiresidenziale per un complessivo di 24 posti. Al momento della rilevazione erano presenti 27 ospiti. Il quadro generale vede nel 2009 una presenza di ospiti con un'età media più alta del 2008. La permanenza in struttura registra un lieve incremento rispetto l'anno precedente. Permane anche per il 2009 lo stesso rapporto di presenza fra i due sessi.

Presenza ospiti (età media e permanenza in struttura)

Complessivamente	Anno			
	2006	2007	2008	2009
Età Media	81,8	83,6	82,5	83,3
Permanenza media	2,3	2,25	2,53	2,90

Presenza ospiti (per sesso)

Complessivamente	Anno			
	2006	2007	2008	2009
Maschi	38,5 %	41,6 %	48,1 %	48,1 %
Femmine	61,5 %	58,3 %	51,8 %	51,8 %

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

ANALISI STATISTICA

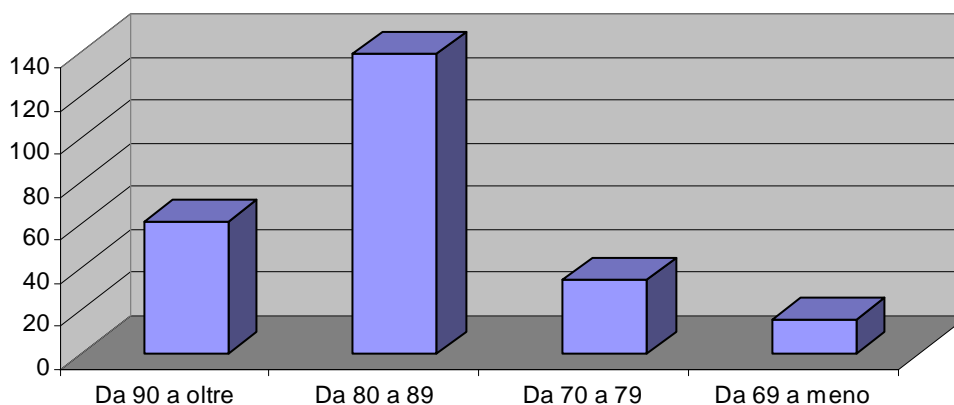
Per comprendere meglio la tipologia di anziano che frequenta il Centro si sono ulteriormente scorporati alcuni dati generali. Le tabelle che seguono hanno lo scopo di fornire una fotografia della popolazione anziana la più nitida possibile che supporti qualche riflessione utile a valutare il nostro operato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

ETA' OSPITI PRESENTI

<i>Età (anni)</i>	<i>Ospiti</i>			<i>Percentuale*</i>		
	2007	2008	2009	'07	'08	'09
Da 90 a oltre	78	76	61	31,3%	30,4%	24.4%
Da 80 a 89	111	120	139	44,6%	48,0%	55.6%
Da 70 a 79	37	33	34	14,9%	13,2%	13.6%
Da 69 a meno	23	21	16	9,2%	8,4%	6.4%

* La percentuale è calcolata sui 250 posti

Età ospiti presenti



Il grafico conferma la presenza di una alta percentuale di ospiti con oltre 80 anni (**80%**) anche per l'anno 2009. In generale la situazione dell'età degli ospiti residenti è abbastanza stabile, tuttavia si segnala una crescita di 7,6 punti percentuale degli ospiti compresi nella fascia di età fra gli 80 e 90 anni a scapito sia delle fasce superiori sia delle fasce inferiori di età.

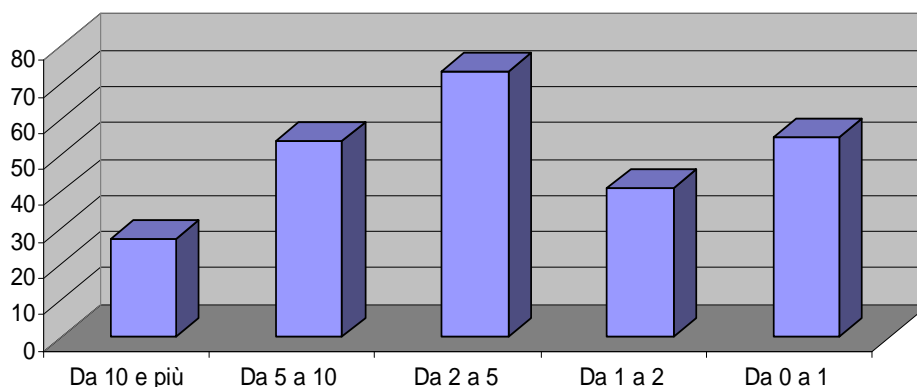
ANZIANITA' IN STRUTTURA

Anni	Ospiti			Percentuale*		
	2007	2008	2009	'07	'08	'09
Da 10.1 e più	25	27	27	10,0%	10,8%	10,8%
Da 5.1 a 10	63	58	54	25,3%	23,2%	21,6%
Da 2.1 a 5	82	79	73	32,9%	31,6%	29,2%
Da 1.1 a 2	39	37	41	15,7%	14,8%	16,4%
Da 0 a 1	40	49	55	16,1%	19,6%	22,0%
Totale	249	250	250	100%	100%	100%

* La percentuale è calcolata sui 250 posti

I dati sull'anzianità in struttura degli ospiti conferma la tendenza ad un incremento della percentuale di ospiti da **0 a 2 anni**. L'aumento rispetto al 2008 (+ 4%) è a carico soprattutto della fascia di anzianità da 0 a 1 anno. Stabilizzata è la presenza di ospiti con più di **10 anni** di anzianità., mentre subisce una leggera flessione la fascia di ospiti con anzianità in struttura dai **2 ai 10 anni**.

Anzianità in struttura 2009



Il grafico sull'anzianità evidenzia che la presenza maggiore di ospiti è concentrata nella fascia di anzianità dai **2 ai 5 anni**. Tuttavia anche nel 2009 la presenza di ospiti in tale fascia di anzianità ha registrato un ulteriore decremento di 2,4 punti percentuale che ritroviamo nelle fasce inferiori soprattutto da 0 a 1 anno.

ETA' OSPITI DECEDUTI

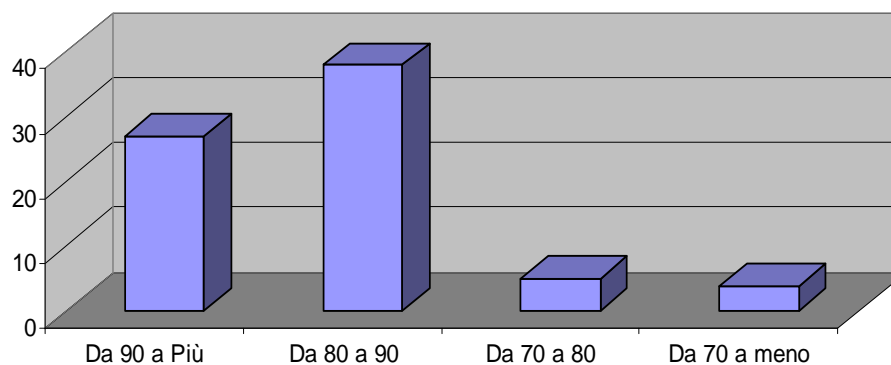
Età (anni)	Ospiti			Percentuale*		
	2007	2008	2009	Perc.'07	Perc.'08	Perc.'09
Da 90.1 a Più	29	22	27	48,3%	37,2%	36,4%
Da 80.1 a 90	26	29	38	43,3%	49,1%	51,3%
Da 70.1 a 80	4	6	5	6,7%	10,1%	6,7%
Da 70 a meno	1	2	4	1,7%	3,3%	5,4%
Totale	60	59	74	100%	100%	100%

* la percentuale è calcolata sui deceduti dell'anno

Il 2009 registra una considerevole crescita di decessi (+6%)° che si attestano prevalentemente nella fascia d'età fra gli 80 e 90 anni (+2,2%)° e gli ospiti con più di 90 anni .

° deceduti per fascia di età nel biennio '08 – '09.

Ospiti deceduti 2009 (età)



IL grafico evidenzia ancor più chiaramente la fascia di popolazione (80 - 90 anni) più interessata al fenomeno. Per questa popolazione la percentuale di decessi è aumentata rispetto l'anno precedente del 31%, mentre per gli ultranovantenni l'aumento è stato del 23%.

Per il secondo anno consecutivo si verifica che gli ospiti deceduti con più di 90 anni siano numericamente inferiori a quelli di 80-90 anni.

ANZIANITA' IN STRUTTURA (Deceduti)

Anni	Ospiti			Percentuale*		
	2007	2008	2009	'07	'08	'09
Da 10.1 e più	1	5	5	1,7%	8,4%	6,7%
Da 5.1 a 10	18	13	11	30,0%	22,0%	14,8%
Da 2.1 a 5	18	14	28	30,0%	23,7%	37,8%
Da 1.1 a 2	9	7	6	15,0%	11,8%	8,1%
Da 0 a 1	14	20	24	23,3%	33,8%	32,4%
Totale	60	59	74	100%	100%	100%

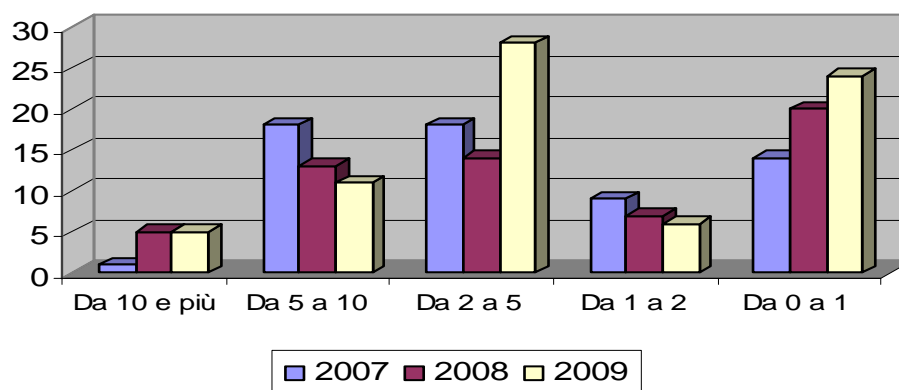
* La percentuale è calcolata sul totale dei decessi nell'anno

L'anno 2009 registra un'ulteriore incremento di decessi di persone con un'anzianità in struttura inferiore ai 12 mesi, confermando il trend già osservato negli anni precedenti.

Un sorprendente aumento di decessi, per la prima volta, è avvenuto anche per gli ospiti presenti nella fascia dai 2 ai 5 anni di anzianità in struttura.

Statisticamente parlando i decessi si verificano per il **78,3%** entro il 5° anno di anzianità in struttura, e di questi il **32,4%** entro il primo anno.

Anzianità in struttura (deceduti)



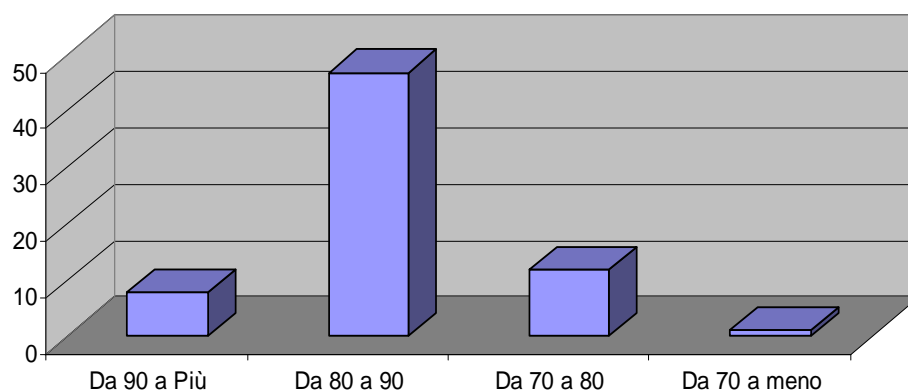
Il grafico evidenzia in modo inequivocabile la progressiva crescita dei decessi nella 1° fascia di anzianità (0 -1 anno), una diminuzione del fenomeno per le fasce intermedie 1 – 2 anni e 5 – 10 anni ed una situazione per la fascia 2 – 5 anni che palesa una certa instabilità, che si manifesta nel 2009 con una forte crescita.

ETA' (nuovi inserimenti)

<i>Età (anni)</i>	<i>Ospiti</i>			<i>Percentuale</i>		
	2007	2008	2009	'07	'08	'09
Da 90 a Più	12	12	8	23,5%	18,8%	11,7%
Da 80,1 a 90	27	38	47	52,9%	59,4%	69,1%
Da 70,1 a 80	10	10	12	19,6%	15,6%	17,6%
Da 70 a meno	2	4	1	3,9%	6,2%	1,4%
Totale	51	64	68	100%	100%	100%

Uno sguardo alla tabella sull'età degli ospiti accolti nel 2009 è sufficiente per confermare la tendenza all'incremento degli ospiti con più di 80 anni di età. Ne risulta che gli ospiti con un'età superiore agli **80 anni** rappresentano l' **80,8%** degli inserimenti (**78,2%** 2008 - **76,4%** 2007 - **74,6%** 2006).

GRAFICO (Età nuovi inserimento)

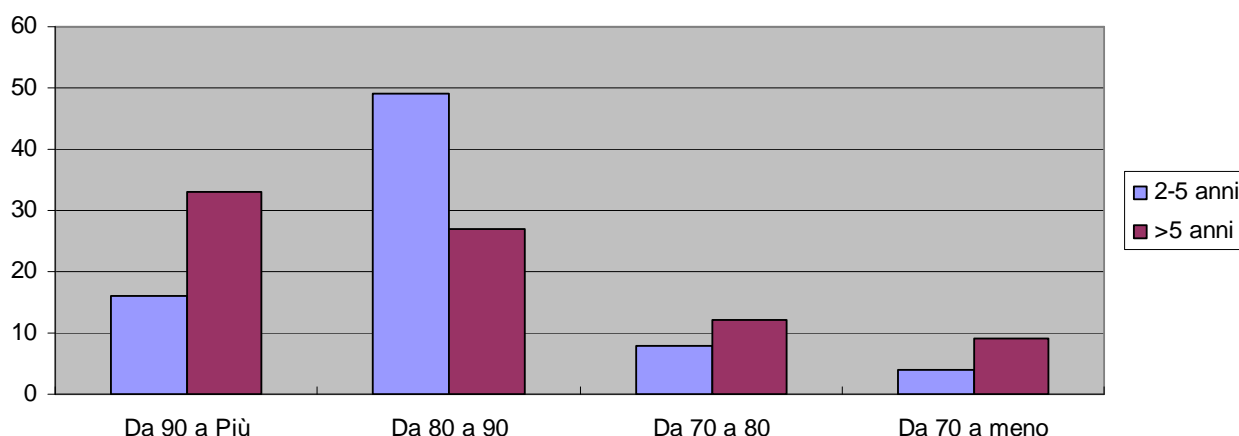


Il grafico ci evidenzia chiaramente che la maggioranza degli ospiti accolti nel 2009 ha un'età tra gli **80 e 90 anni (69,1%)**, mentre la percentuale di ospiti con età inferiore a **80 anni (19,0%)** ha superato la percentuale di ospiti con più di **90 anni (11,7%)**.

ANZIANITA' / ETA'

Età (anni)	2007		2008		2009		Perc. Rispetto il totale (250)		
	2-5 anni	>5 anni	2-5 anni	>5 anni	2-5 anni	>5 anni	2007	2008	2009
Da 90 a Più	32	30	29	30	16	33	24,8%	23,6%	19%
Da 80 a 90	34	34	38	32	49	27	27,2%	28%	30,4%
Da 70 a 80	12	11	8	12	8	12	9,2%	8%	8%
Da 70 a meno	6	12	4	11	4	9	7,2%	6%	5,2%
Totale	84	87	79	85	77	81	68%	66%	63,2%

La tabella esposta ci dice che il **63,2 %** (66% 2008 - 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 **31%** (35,9% 2008 - 36,3% 2007). Si può anche aggiungere, che il **32,4%** (34 % 2008 - 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 **40,7%** (35,2 % 2008 - 34,5% 2007) .

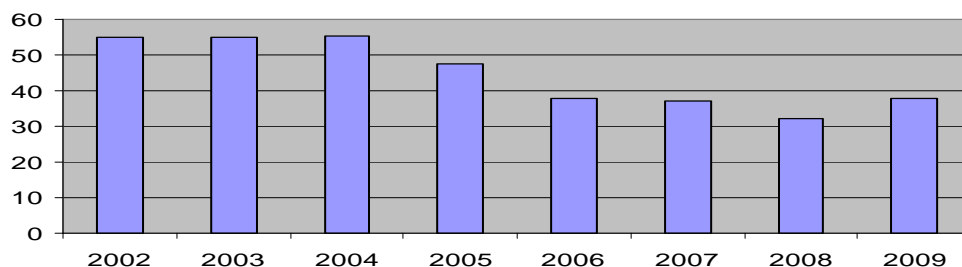


Il contributo del grafico ci fa comprendere meglio la consistenza di questo gruppo di ospiti rispetto alle varie fasce di età. In particolare si può notare una presenza di tre macro realtà, sicuramente dotate di specifiche loro caratteristiche, composte dagli ultra novantenni, dall'età intermedia 80 – 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 %
2008	10,00	4,0 %	22,00	8,8 %	32,00	12,8 %
2009	10,00	4,0 %	28,00	11,2 %	38,00	15,2 %
Media		5,9 %		12,6 %	44,76	18,1 %

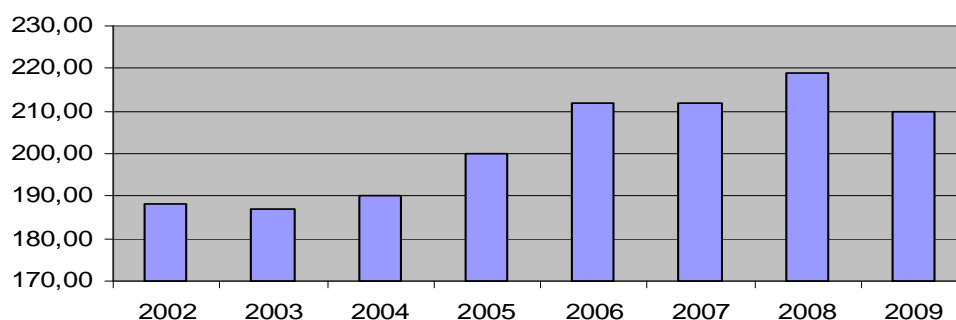
Ospiti autosufficienti (presenze)



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 %
2008	40,00	16,0 %	179,00	71,6 %	219,00	87,6 %
2009	42,00	16,8 %	169,00	67,6 %	212,00	84,8 %
Media		15,7 %		65,7 %	202,00	81,8 %

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

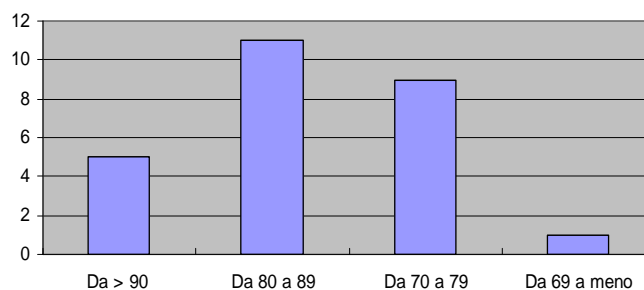
ETA' OSPITI PRESENTI

Età (anni)	Ospiti			Percentuale		
	2007	2008	2009	'07	'08	'09
Da > 90	4	6	5	16,7%	22%	19,2%
Da 80.1 a 90	13	11	11	54,2%	41%	42,3%
Da 70.1 a 80	6	9	9	25,0%	33%	34,6%
Da 70 a meno	1	1	1	4,2%	4%	3,8%
Totale	24	27	26	100,0%	100%	100%

Lo schema riportato denota una presenza di ospiti che ha, prevalentemente, un'età compresa fra gli 80 e 90 anni (42,3%). Quota che sembra stabilizzarsi dopo essersi avvicinata a quella della fascia di età 70 – 80 anni.

Il tendenza per l'anno 2009 riconferma quella già osservata lo scorso anno. Importante è sottolineare la differenza con gli ospiti residenziali che emerge soprattutto per una maggiore presenza nella fascia 70 – 80 anni ed in parte anche nella fascia 80 – 90 anni.

Età ospiti presenti (Centro Diurno)



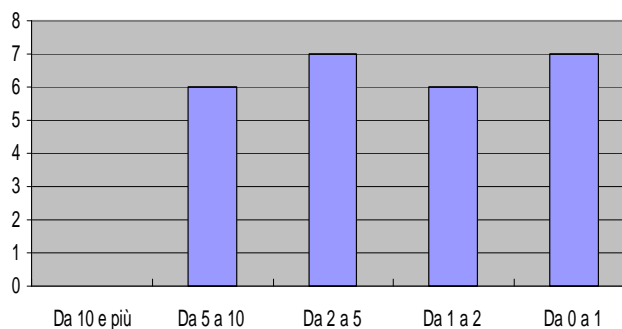
ANZIANITA' IN STRUTTURA

Anni	Ospiti			Percentuale		
	2007	2008	2009	'07	'08	'09
Da 10 e più	0	0	0	0%	0%	0%
Da 5 a 10	4	5	6	16,7%	19%	23%
Da 2 a 5	5	7	7	20,8%	26%	26,9%
Da 1 a 2	4	6	6	16,7%	22%	23,0%
Da 0 a 1	11	9	7	45,8%	33%	26,9%
Totale	24	27	26	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, ma anche un certo consolidamento nel tempo.

A conferma di quanto detto il grafico sull'anzianità in struttura ci evidenzia che il gruppo composto dagli ospiti che frequentano il centro diurno da 2 – 5 anni è numericamente uguale a quello dei nuovi ingressi. Si registra inoltre un sempre maggiore riequilibrio fra le presenze con anzianità superiore ai 5 anni.

Permanenza ospiti (Centro Diurno)



CARATTERISTICHE PSICOFISICHE DEGLI OSPITI: AUTONOMIE

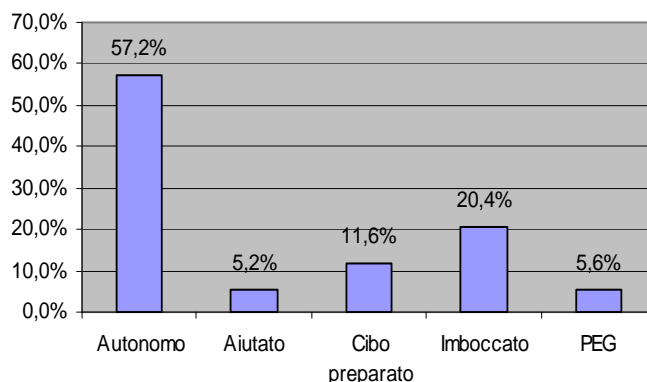
In questa sezione vengono presentati aspetti dell'ospite che riguardano l'ambito delle capacità psico - fisiche e relazionali della persona:

ALIMENTAZIONE/CAMMINO

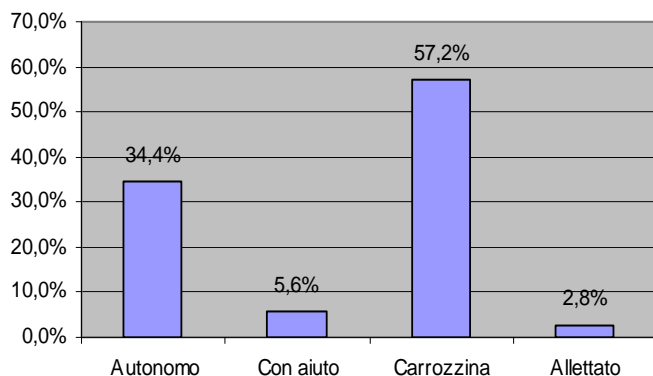
	<i>Aliment.</i>				<i>Cammino</i>			
	2007	2008	2009	Perc. '09	2007	2008	2009	Perc. '09
Autonomo	128	129	143	57,2%	82	77	86	34,4%
Aiutato	20	18	13	5,2%	16	11	14	5,6%
Cibo preparato	34	34	29	11,6%	134	146	143	57,2%
Imboccato	49	51	51	20,4%	11	10	7	2,5%
PEG	13	11	14	5,6%	6	6		
N.C.	6	7		%				
Tot.	249	250	250		249	250	250	

Due delle più importanti capacità, l'alimentazione e il cammino, sono qui rappresentate in livelli di autonomia: nell'alimentazione il **57,2%** degli ospiti è in grado di esprimere una discreta un'autonomia, mentre all'opposto abbiamo un **20,4%** di persone totalmente dipendenti, di cui il **5,6%** necessitano di alimentazione enterale (PEG). I rimanenti **16,8%** di ospiti hanno bisogno di essere più o meno seguiti nello svolgere l'azione dell'alimentarsi.

ALIMENTAZIONE



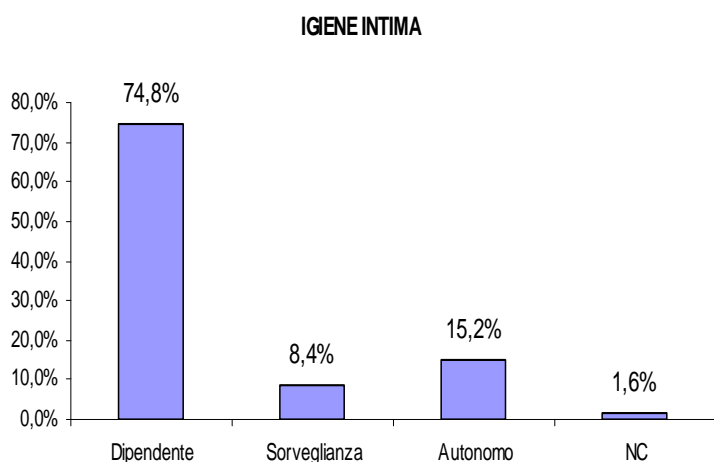
CAMMINO



Nella mobilità l'autonomia degli ospiti del Centro è ancor più compromessa, ciò è confermato dal dato che rappresenta gli ospiti in carrozzina (**57,2%**), allettati o che hanno bisogno di aiuto **65,6%**. Solo il **34,4%** degli ospiti si possono considerare sufficientemente indipendenti negli spostamenti, almeno all'interno della struttura.

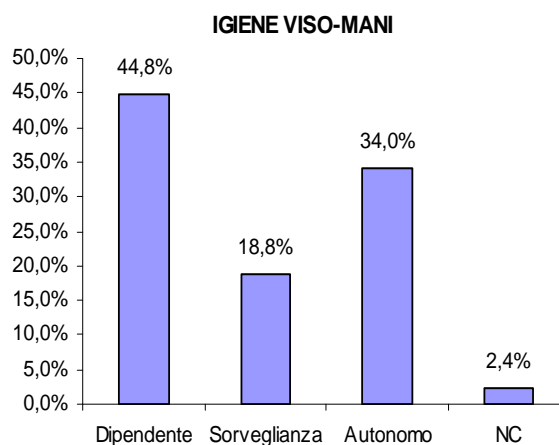
IGIENE INTIMA/VISO MANI

	<i>Igiene intima</i>					<i>Igiene viso/mani</i>			
	2006	2007	2008	2009		2006	2007	2008	2009
Dipendente	187	189	192	187	Dipendente	116	104,0	112	117
Sorveglianza	20	20	16	21	Sorveglianza	48	63,0	47	40
Autonomo	38	36	37	38	Autonomo	81	82,0	85	88
NC	5	4	5	4	NC	5	0	6	5
Tot.	250	249	250	250	Tot.	250	249	250	250



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 **15,2%**, 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 del **100%**.

Migliori sono le capacità presenti negli ospiti nell'affrontare l'azione dell'igiene delle mani e del viso. Infatti il **34,0%** dei residenti sono discretamente autonomi mentre i restanti ospiti sono totalmente dipendenti (**44,8%**) o necessitano di un piccolo aiuto (**18,8%**), da parte del personale d'assistenza. Comunque i margini di autonomia ancora presenti negli ospiti sono dovuti, anche, allo stimolo del personale a mantenere le capacità residue ancora presenti.



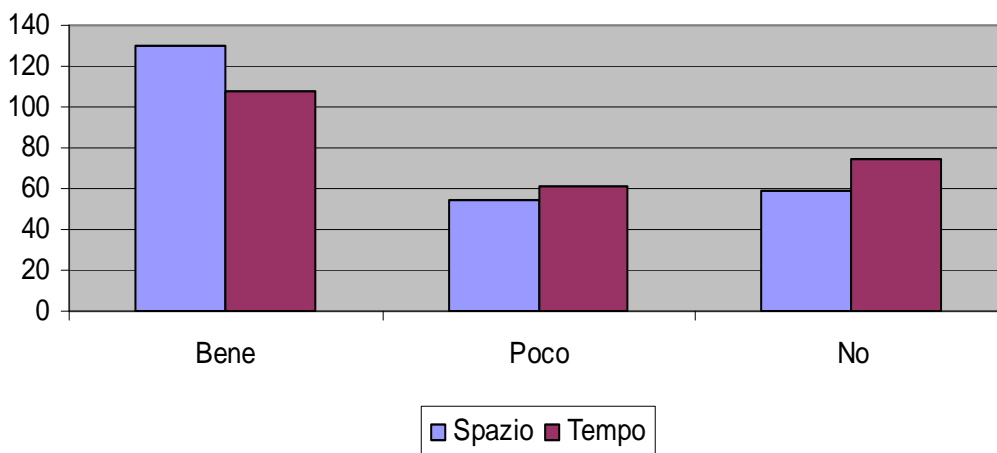
ORIENTAMENTO SPAZIO/TEMPORALE

	<i>Spazio</i>				<i>Tempo</i>				Media totale SP/TM
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	
Bene	110	117	118	130	96	100	98	108	47,6%
Poco	74	63	57	54	82	63	60	61	23,0%
No	58	61	63	59	63	77	79	74	26,6%
N.C.	8	8	12	7	9	9	13	7	2,8%
Tot.	250	249	250	250	250	249	250	250	100%

Lo schema che illustra i dati sull'orientamento spazio temporale indica una maggiore capacità dell'ospite ad orientarsi nello spazio (**52%**) e nel tempo (**43,2%**).

Interessante è la tendenza espressa dai dati rilevati nei quattro anni: sembra che per le persone ospitate presso il Centro quelle con problemi spazio temporali sono in diminuzione o meglio quelle ben orientate sono in aumento.

ORIENTAMENTO SPAZIO/TEMPO



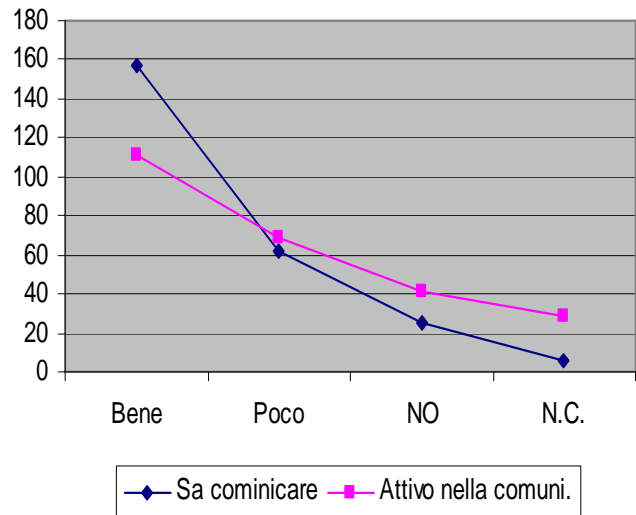
Il grafico, costruito considerando una ipotetica media matematica fra le percentuali dei deficit sull'orientamento spazio-temporale, ci indica un **47,6%** di ospiti bene orientati ed almeno un **49,6%** di ospiti con deficit nell'orientamento più o meno gravi o evidenti.

SA COMUNICARE/ATT. NELLA COM.

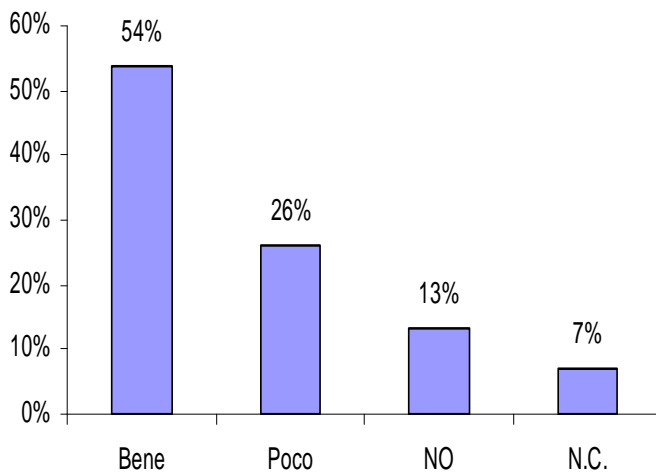
	<i>Sa comunicare</i>				<i>Attivo nella comuni.</i>				Media totale SA/Att.
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	
Bene	135	144	141	157	93	91	100	111	53,6%
Poco	30	70	69	62	49	78	69	69	26,2%
NO	77	29	28	25	74	43	45	41	13,2%
N.C.	8	6	12	6	34	37	36	29	7%
Tot.	250	249	250	250	250	249	250	250	100%

La particolare dote di saper comunicare sembra essere sempre più presente fra gli ospiti del Centro, infatti il **62,8%** (56,4% 2008) sa comunicare bene, tuttavia non è detto che tale facoltà venga poi usata in modo attivo con chi li circonda, anche se un miglioramento è evidenziato **44,4%** (40,0% 2008).

Da notare l'alto numero (29 ospiti) di "non classificabile" presente nella sezione "attivo nella comunicazione", dovuto al bisogno, degli operatori, di più tempo d'osservazione prima di esprimere un giudizio sull'ospite.



Capacità di COM. e attivo nella COM.



Anche in questo caso la costruzione di un grafico, basato sul calcolo di un valore medio matematico dei dati raccolti sulle due capacità, ci dice che il **54%** di ospiti è in grado di comunicare e comunicare in modo attivo con le altre persone. Mentre almeno il **39%** di ospiti è impossibilitato o poco propenso ad esprimersi attraverso questa forma di comunicazione.

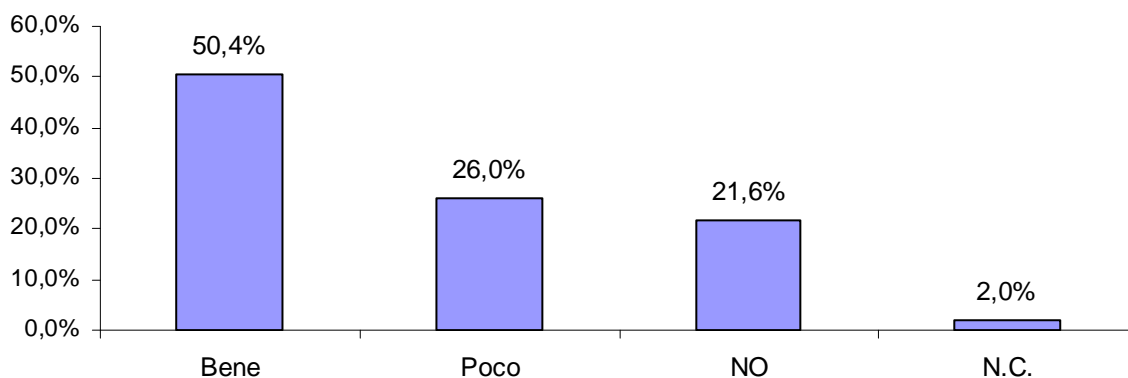
SEGUE DISCORSI ALTRUI – RICORDA EVENTI DI VITA

	<i>Segue disc. Altrui</i>				<i>Ricorda eventi di vita</i>			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Bene	80	93	97	110	110	109	116	126
Poco	59	61	58	58	69	78	59	65
NO	61	56	56	49	63	54	60	54
N.C.	50	39	39	33	8	8	15	5
Tot.	250	249	250	250	250	249	250	250

I valori riportati nella colonna riservata al comportamento “*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 gli ospiti stessi e pertanto meno facile e sicura la valutazione da parte del rilevatore.

Ricorda eventi di vita

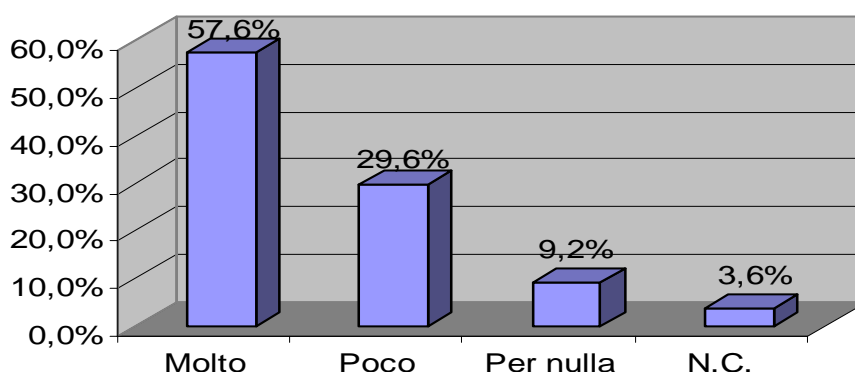


Malgrado i vari livelli di capacità comunicativa ciò che sicuramente gli ospiti esprimono attraverso più o meno chiari ricordi sono gli eventi di vita passati. Il grafico ci conferma che il **76,4%** degli ospiti ricorda bene (50,4%) o con qualche incertezza (26%) eventi di vita. Solo il **21,6%** degli 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	2009		2006	2007	2008	2009
Molto	174	193	195	204	Molto	132	139	140	144
Poco	42	31	33	30	Poco	72	70	65	74
Per nulla	20	15	14	11	Per nulla	32	30	30	23
N.C.	14	10	8	5	N.C.	14	10	15	9
Tot.	250	249	250	250	Tot.	250	249	250	250

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

AIUTO DA PARENTI

Sull'aiuto offerto dai parenti al loro familiare, la situazione si delinea con una maggioranza di ospiti (**57,6%**) che hanno un grosso supporto dai loro parenti, ed una parte inferiore di ospiti (**29,6%**) che riceve un aiuto più contenuto, ma che comunque garantisce il mantenimento di un contatto familiare. Purtroppo vi è un gruppo di ospiti (**9,2%**) che non hanno nessun tipo di aiuto o forma di contatto con parenti. Quest'ultimo dato, comunque, sembra in sensibile decremento.

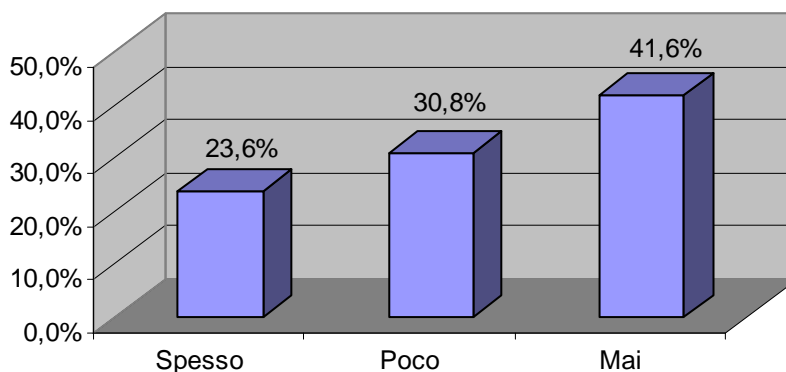
La rilevazione e la valutazione non è data dall'opinione degli ospiti, cioè sul loro bisogno, ma dall'osservazione del personale socio-sanitario sull'effettiva presenza dei parenti.

SOGGIORNI / BAR

	<i>Soggiorni climatici</i>					<i>Frequenta circoli / bar</i>			
	2006	2007	2008	2009		2006	2007	2008	2009
SI	48	60	63	63	Spesso	65	65	56	59
					Poco	76	71	79	77
					Mai	92	95	110	104
Tot.	250	249	250	250	Tot.	250	249	250	250

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 autonomie ancora esprimibili.

FREQUENTA CIRCOLI - BAR



Il **23,6%** degli ospiti del Centro frequenta con continuità gli spazi riservati al bar e al 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 (**30,8%**) si possono individuare negli ospiti che partecipano, accompagnati dagli operatore e da volontari, alle feste collettive organizzate a tema. Purtroppo il gruppo più numeroso (**41,6%**) 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 2004 – 2006) l'andamento si caratterizza, in generale, per la sua oscillazione del numero dei decessi .

La *media generale* dei decessi in questo periodo si attesta su una percentuale del **25,7%**, di questa quota il **30,3%** è avvenuto in ospedale ed il **69,6%** presso il Centro.

Anno	Perc.	
2004		
Ospedale	18	30%
Centro Residenziale	42	70%
Tot.	60	24%

Anno	Perc.	
2005		
Ospedale	16	23%
Centro Residenziale	54	77%
Tot.	70	28%

Anno	Perc.	
2006		
Ospedale	24	38%
Centro Residenziale	39	62%
Tot.	63	25%

Anno	Perc.	
2007		
Ospedale	16	27%
Centro Residenziale	44	73%
Tot.	60	24%

Anno	Perc.	
2008		
Ospedale	28	47%
Centro Residenziale	31	53%
Tot.	59	23%

Anno	Perc.	
2009		
Ospedale	21	28%
Centro Residenziale	53	72%
Tot.	74	29,6%

Il secondo triennio (2007 – 2009) vede un andamento generale dei decessi oscillante, si ha una punta minima nel 2008 (23,6%) ed una punta massima nel 2009 (29,6%).

Simile 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 si attesta sul **25,5%**. Di questa quota di eventi il **34%** ha avuto luogo l'ospedale ed il **66 %** ha avuto luogo il Centro.

➤ **RICOVERI**

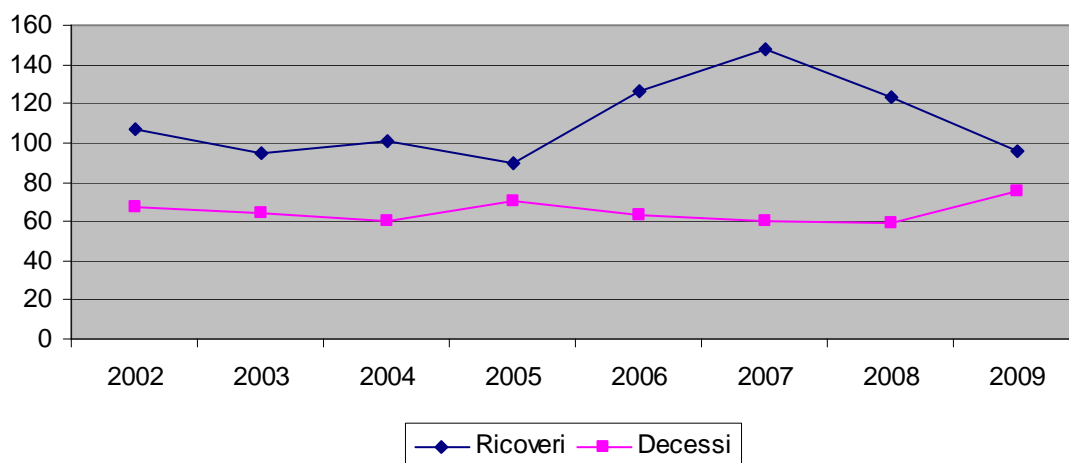
Per comprendere meglio questo aspetto della vita del Centro, nello schema che segue sono stati messi a confronto più aspetti legati ai ricoveri, come ad esempio *il numero di ricoveri ospedalieri e la loro incidenza percentuale, i giorni medi di ricovero, l'incidenza dei decessi all'ospedale rispetto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

Ricoveri Ospedalieri / Decessi

Anno	Ricoveri	Media gg X ric.	% decessi rispetto i ricoveri	Tot. Decessi nell'anno	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%
2009	95	8,2	22%	74	29,6%

* La percentuale è calcolata su 250 ospiti

Ricoveri / Decessi



Il grafico costruito sui dati dei ricoveri e dei decessi in generale ha lo scopo di verificare se vi è una correlazione fra il numero di ricoveri ospedalieri ed il numero di decessi totale.

ULTERIORI DATI SUL RAPPORTO RICOVERI / DECESSI

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

Situazione	2007	2008	2009
Totale ricoverati	89	88	72
Totale ricoveri	148	123	96
Totale giorni ricovero	1316	948	789

Nel 2009 matematicamente per il singolo ospite risulta una **media di 1.3 ricoveri** e una media di **10.9 giorni globali** di degenza. La media dei giorni per ricovero è di 8,2 gg.

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

Situazione	2007	2008	2009	%*
Totale ospiti deceduti all'ospedale	16	28	22	30,5 %
Totale ricoveri	22	42	28	29,1 %
Totale giorni ricovero	104	250	99	12,5 %

* La percentuale è il rapporto fra i dati del punto 2 e i dati del punto 1 riferiti al 2009

Nel 2009 delle **22 persone** decedute all'ospedale per **3** (13 %) di queste il decesso è avvenuto entro il primo giorno di ricovero

Nel 2008 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	2008		2009	
	N. ospiti*	%	N. ospiti*	%
MMG	11	39%	7	33%
G.M.	10	36%	14	67%
Inf.	5	18%	1	
Da casa	2	7%		
Totale	28	100%	22	100%

* Ospiti il cui decesso è avvenuto all'ospedale

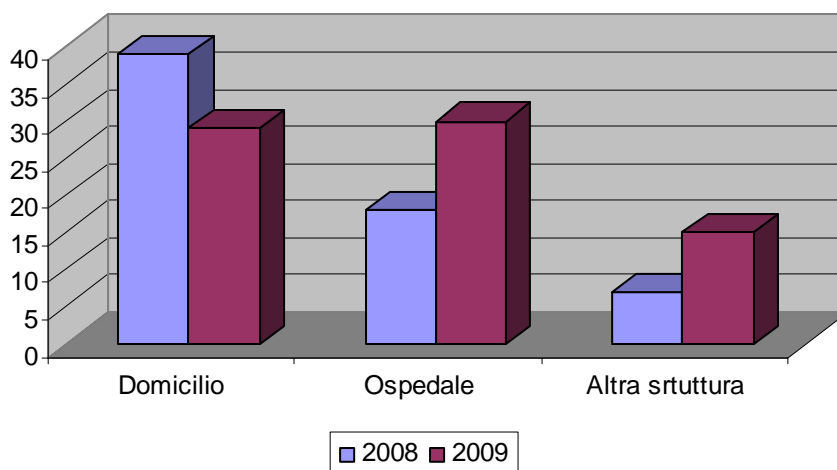
Lo schema riporta quantitativamente le fonti da cui è partita la richiesta di ricovero, il dato che emerge in modo assoluto è che il **67%** dei ricoveri è avvenuto nei momenti di assenza dei MMG e richiesti prevalentemente dalla Guardia Medica, e per un caso da un Infermiere della Residenza.

PROVENIENZA OSPITI ACCOLTI NEL BIENNIO (2008/2009)

Negli ultimi anni si è registrato per i nuovi inserimenti un cambiamento radicale rispetto ai luoghi di provenienza. Già dal 2008 le entrate di nuovi ospiti avevano segnato un cospicuo aumento delle persone provenienti dall'ospedale e da *altre strutture*, esse raggiungevano una presenza pari al 39% . Nel 2009 il fenomeno è quasi raddoppiato raggiungendo la quota 69% delle nuove entrate.

PROVENIENZA	2008		2009	
	Ospiti	%	Ospiti	%
Domicilio	39	60,9%	29	39,1%
Ospedale	18	28,2%	30	40,6%
Altra struttura	7	10,9%	15	20,3%
	64	100%	74	100%

Il grafico evidenzia con maggiore tangibilità le provenienze dei nuovi ospiti nei due periodi analizzati.



Altri dati di notevole importanza riportati nello specchietto che segue, e riferiti alla provenienza degli ospiti *entrati e deceduti* nell'arco dell'anno 2009, ci dice che tutti gli ospiti analizzati provenivano dall'ospedale (n.12) o da altra struttura (n.4).

Le persone entrate e decedute nell'anno provenivano	
Ospedale	75%
Altra struttura	25%
Anzianità in struttura	
Media	38 gg

Per questi ospiti la media di giorni di permanenza nella struttura è di **38 giorni**:

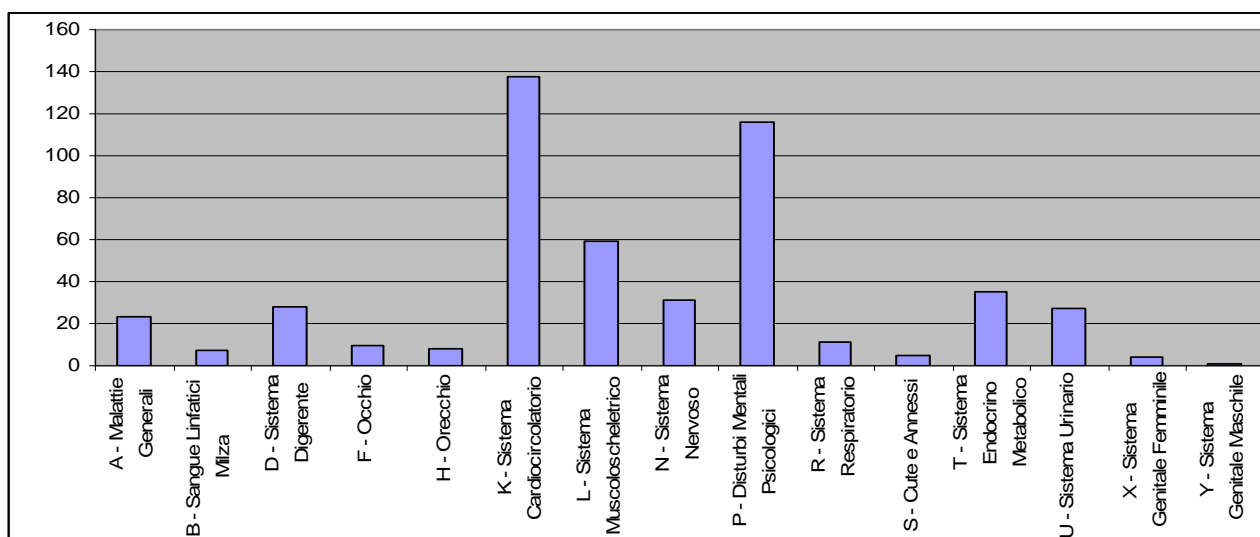
Piccola analisi sui livelli di comorbidità

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. L'anno 2009 si ripresenta con una situazione pressoché invariata per cui si può far riferimento allo schema che segue.

Schema: 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 (2009).

Gruppo	Patologia	Casi	
A - Malattie Generali		23	13%
	A00 - Sindrome Ipcinetica	17	9%
	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	2	1%
B - Sangue Linfatici Milza		7	4%
	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%
D - Sistema Digerente		28	16%
	D17 - Incontinenza intestinale	5	3%
	D72 - Epatite virale	1	1%
	D75 - Neoplasie maligne colon/retto	1	1%
	D85 - Ulcera duodenale	1	1%
	D86 - Altre ulcere peptiche	1	1%
	D89 - Ernia inguinale	2	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/Colelitiasi	5	3%
	D99 - Altre malattie sistema digerente	4	2%
F - Occhio		10	6%
	F83 - Retinopatia	1	1%
	F84 - Degenerazione della macula	1	1%
	F92 - Cataratta	4	2%
	F93 - Glaucoma	2	1%
	F94 - Tutti i gradi/tipi di cecità	1	1%
	F99 - Altre malattie oculari	1	1%
H - Orecchio		8	4%
	H82 - Sindrome vertiginosa	1	1%

H84 - Presbiacusia	3	2%
H86 - Tutti i gradi di sordità NSA	4	2%
K - Sistema Cardiocircolatorio	138	77%
K74 - Angina pectoris	2	1%
K75 - Infarto miocardico acuto	3	2%
K76 - Altre cardiopatie ischemiche/Croniche	11	6%
K77 - Insufficienza cardiaca	2	1%
K78 - Fibrillazione atriale/Flutter	14	8%
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	24	13%
K87 - Ipertensione coinvolgente organi bersaglio	35	19%
K88 - Ipotensione posturale	1	1%
K89 - Ischemia cerebrale transitoria	5	3%
K90 - Colpo/Accidente cerebrovascolare	18	10%
K91 - Aterosclerosi escl. Cuore/cervello	4	2%
K92 - Altre ostruzioni arteriose/mal. Vascolari perif.	6	3%
K94 - Flebite/Tromboflebite	1	1%
K99 - Altre malattie sistema circolatorio	2	1%
L - Sistema Muscoloscheletrico	59	33%
L70 - Infezioni	2	1%
L72 - Frattura radio/ulna	1	1%
L75 - Frattura femore	20	11%
L76 - Altra frattura	6	3%
L84 - Osteoartrosi colonna	7	4%
L85 - Deformità acquisite della colonna	1	1%
L88 - Artrite reumatoide/Condizioni affini	2	1%
L89 - Osteoartrosi dell'anca	4	2%
L90 - Osteoartrosi del ginocchio	4	2%
L91 - Altre osteoartrosi	8	4%
L92 - Sindromi della spalla	1	1%
L95 - Osteoporosi	2	1%
L98 - Deformità acquisite degli arti	1	1%
N - Sistema Nervoso	31	17%
N70 - Poliomielite/altri enterovirus	1	1%
N71 - Meningite/Encefalite	2	1%

N74 - Neoplasie maligne	3	2%
N75 - Neoplasie benigne	1	1%
N81 - Altre lesioni traumatiche	2	1%
N85 - Anomalie congenite	1	1%
N86 - Sclerosi multipla	1	1%
N87 - Parkinsonismo	2	1%
N88 - Epilessi tutti i tipi	9	5%
N89 - Eemicrania	1	1%
N94 - Altra nevrite periferica	1	1%
N99 - Altre malattie del sistema nervoso	7	4%
P - Disturbi Mentali Psicologici	116	64%
P15 - Abuso cronico di alcool	1	1%
P20 - Disturbi di memoria/Concentrazione	6	3%
P70 - Demenza senile/Alzheimer	72	40%
P71 - Altra psicosi organica	3	2%
P73 - Psicosi affettiva	1	1%
P74 - Disturbo d'ansia/stato ansioso	2	1%
P76 - Disturbo depressivo	19	11%
P77 - Tentativo di suicidio	1	1%
P80 - Disturbo di personalità	3	2%
P85 - Ritardo mentale	4	2%
P98 - Altre/non spec. Psicosi	3	2%
P99 - Altri disturbi mentali/psicologici	1	1%
R - Sistema Respiratorio	11	6%
R81 - Polmonite	3	2%
R84 - Neoplasie maligne bronchi/Polmone	1	1%
R85 - Altre neoplasie maligne	1	1%
R95 - Enfisema/BPCO	6	3%
S - Cute e Annessi	5	3%
S77 - Neoplasie maligne della pelle	3	2%
S91 - Psoriasi	1	1%
S99 - Altre malattie pelle/tessuto sottoc.	1	1%
T - Sistema Endocrino Metabolico Nutrizione	35	19%
T82 - Obesità (BMI >= 30)	4	2%
T85 - Ipertiroidismo/Mixedema	1	1%
T86 - Ipotiroidismo/Mixedema	9	5%
T90 - Diabete mellito	20	11%
T93 - Disturbi del metabolismo lipidico	1	1%
U - Sistema Urinario	27	15%

U04 - Incontinenza urinaria	21	12%
U75 - neoplasie maligne del rene	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%
X - Sistema Genitale Femminile	4	2%
X76 - Neoplasie maligne della mammella	3	2%
X81 - Altre Neoplasie genitali Femm.	1	1%
Y - Sistema Genitale Maschile	1	1%
Y99 - Altre malattie gen. Masc.	1	

ASPETTI DI ESITO

➤ **Alimentazione enterale**

	2007	2008	2009
Osp. portatori di PEG* N.	14	13	14
Osp. portatori di SNG N.	2	2	(6 – 0)

*Percutanea Endoscopica Gastrostomia

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

	2007	2008	2009
Ospiti a rischio nullo:	4,6%	5,5%	10,1%
Ospiti a rischio basso:	11,8%	11,8%	15,6%
Ospiti a rischio medio:	36,8%	36,3%	31,1%
Ospiti a rischio elevato:	46,7%	46,3%	43,0%

➤ **Lesioni da decubito**

Anno	Lesioni	Ospiti	%
2004	36,4		
2005	25,2	22,5	9 %
2006	32,3	17,5	7 %
2007*	24	15	6,8 %
2008*	27	20	9,0 %
2009*	28 - 34	17 - 23	9,1 %

* I dati sono riferiti su base 219 ospiti

% Rapporto fra n. ospiti e n. residenti/base di calcolo

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 o aria, pompe per l'alimentazione enterale, ecc.). Il totale controllo del fenomeno non sempre è possibile, spesso perché l'insorgenza avviene fuori dalla struttura (ospedale, domicilio, ecc).

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%
2008	116	431	46%
2009	98	292	39%

* Rapporto n. ospiti caduti e n. ospiti residenti (250)

Il dato riservato alle cadute è sicuramente il più controverso, infatti difficilmente ci può indicare 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. Inoltre il dato sulle cadute acquisisce valore ossia mi indica qualcosa il momento in cui sono in grado di incrociarlo con altri dati, esempio la contenzione.

I dati riportati indicano per il 2009 un sensibile decremento delle cadute (-32%) pur non riscontrando lo stesso decremento per gli ospiti caduti (-7%). Questo a dimostrare che spesso la quantità di cadute può essere sensibilmente condizionata da un numero molto piccolo di ospiti.

➤ **Conseguenze**

Le conseguenze gravi dovute alle cadute possiamo compararle solo per gli ultimi due anni e sono riportate nello schema che segue.

Anno	Cadute	Inviati PS	Cons. Gravi	%*
2008	431	11	5	1,1%
2009	292	13	5	1,7%

* Rapporto fra conseguenze gravi e cadute

Un tentativo di analisi sulle possibili cause di caduta è stato fatto senza oggettivi e chiari risultati, nel senso che la casistica si è dimostrata così complessa da rendere molto difficile una valutazione accettabile o che possa essere utile in una eventuale azione di prevenzione.

La valutazione dei casi con conseguenze gravi (fratture, importanti contusioni, ecc) ci ha rivelato che la maggior parte dei soggetti era considerata sufficientemente autonoma nei movimenti e non avevano nell'anamnesi una storia di cadute da far presumere chiaramente l'evento. All'opposto persone con un numero di cadute molto elevato da influenzare in modo sensibile la media generale, non ha mai subito conseguenze gravi dagli eventi.

➤ **Cadute: luogo**

	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Camera	69	34 %	105	36 %	216	50 %	120	41 %
Corridoio	30	15 %	47	16 %	42	9,7 %	65	22 %
Bagno	22	11 %	53	18 %	80	18,5 %	57	19,5 %
Soggiorno	62	31 %	59	21 %	75	17,4 %	44	15 %
Scale	0	0 %	3	1 %	1	0,2 %	0	0 %
Altro	20	10 %	19	6.6 %	17	3,9 %	6	2 %

Lo schema indica chiaramente un decremento delle cadute un po' in tutti i luoghi salvo che per il corridoio.

➤ **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.

Lo schema che segue riporta i dati raccolti negli ultimi cinque anni suddivisi per tipologia di ausilio. Gli ausili sono quelli maggiormente usati per la tipologia di utenza ospitata nel Centro, considerando bisogni e problemi a cui si cerca di rispondere.

CONTENUTI	2005	%	2006	%	2007	%	2008*	%	2009*	%
	126	50%	147	59%	151	60%	116	53%	134	61%
TIPO contenzione:										
Spondine	112	45%	145	58%	141	56%	106	48%	90,5	41,3%
Cinture	35	14%	29	12%	29	12%	26	12%	44,3	20,2%
Tavolino	32	13%	34	14%	48	19%	55	25%	68,3	31,1%
Bustini/ tute/Lenz.	20	8%	20	8%	19	8%	21	10%	26,3	12%
Divaricatore			29	12%	40	16%	45	20%	49,5	22,6%

* I dati sono riferiti su base 219 ospiti

Per l'anno 2009 si evidenzia un aumento del ricorso alla contenzione passando dal **53%** al **61 %** dei casi.

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

Non essendo gli ausili cruenti allo stesso modo, il tipo di ausilio adottato nella prassi contenitiva, permette di fare qualche considerazione sulla qualità dell'intervento. Infatti il dato che ha subito il maggiore decremento, è quello rappresentato dall'uso delle spondine a letto (dal **48%** al **41,3%**), mentre per la scelta degli strumenti adottati durante il giorno vi è stata una discontinuità rispetto al 2008 che vedeva privilegiato il tavolino rispetto la cintura. Infatti la scelta continua ad essere rivolta anche al tavolino sulla carrozzina (**+6%**) ma ancor di più questa ricade sulla cintura (**+8,2%**). Un aumento più o meno consistente è avvenuto per tutti gli ausili usati durante il giorno.

Area riabilitativa

➤ Fisioterapia:

Ospiti coinvolti N. 354

Interventi attuati N. 29.862 (2008 = 28.036 / 2007 = 23.631 / 2006 = 25.280)

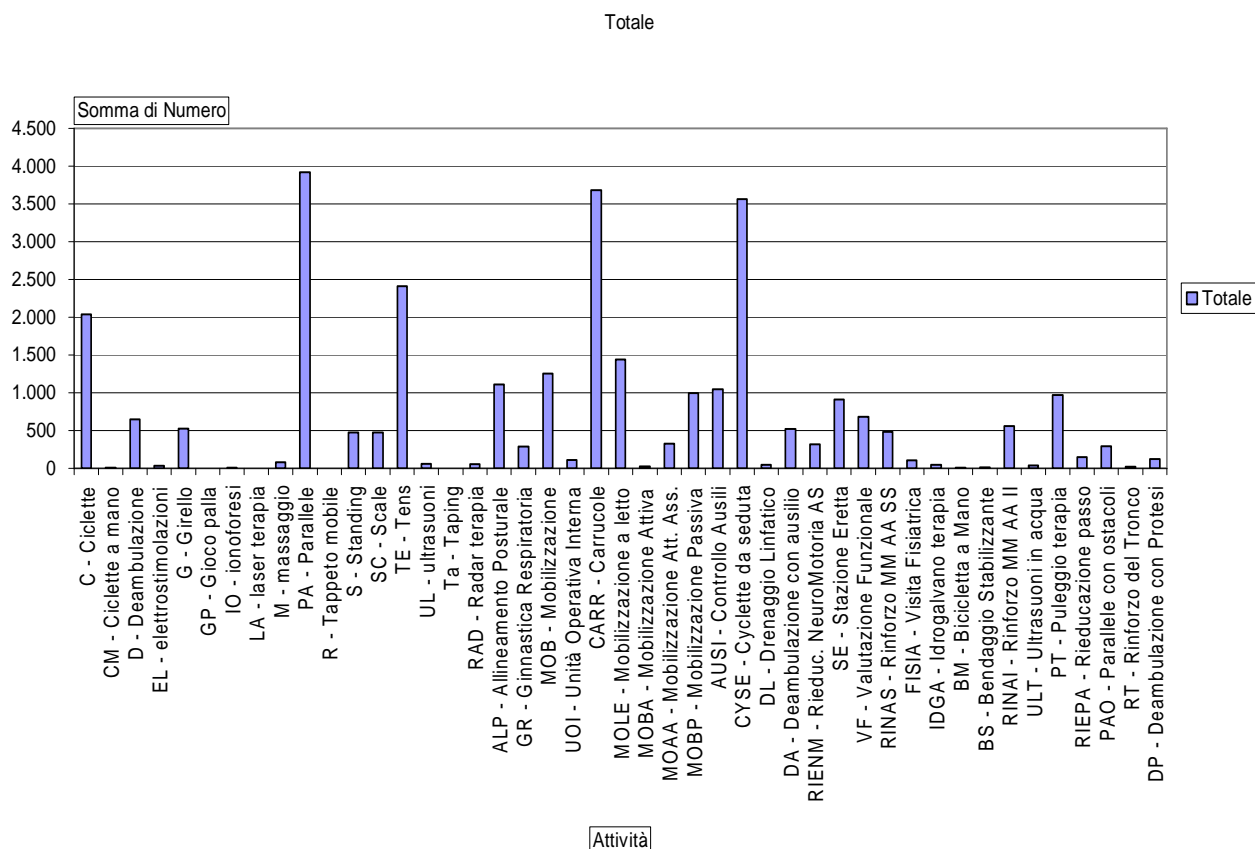
Attività

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

Le prestazioni avvengono coinvolgendo direttamente gli ospiti utilizzando luoghi spazi e tempi sulla base del bisogno. Pertanto le attività sono svolte nella palestra ma anche presso il nucleo o la stanza dell'ospite. Il conteggio degli interventi avviene tenendo conto di ogni prestazione 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:

Anno 2009 | Nucleo (Tutto) | Pres Dim (Tutto) | War (Tutto)



➤ **Socializzazione:**

Ospiti coinvolti N. 360

Interventi attuati N. 19.025

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

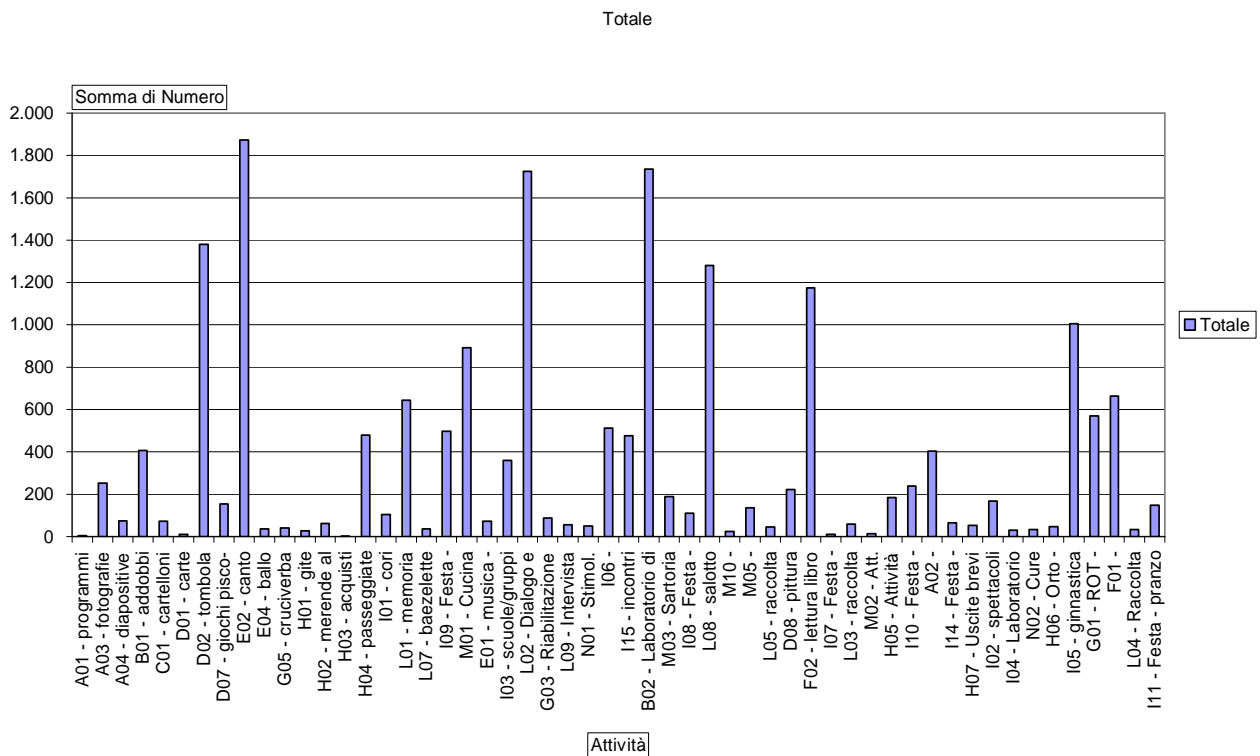
Il programmazione del servizio prevede 2 interventi settimanali per ogni nucleo ed un calendario annuale di iniziative definite trasversali.

Attività educativo-animative con gli ospiti

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

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:

Anno|2009|Nucleo|(Tutto)|Pres Dim|(Tutto)|War|(Tutto)|Gruppo|(Tutto)|Ospite|(Tutto)



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 trasversali

Attività periodiche:

- Attività motoria di mantenimento
- Attività di canto popolare
- Corso di arte-terapia
- Corsi di potenziamento della memoria
- Corso di biodanza
- Iniziative di turismo sociale

Attività occasionali:

Per tutto l'anno oltre alle attività periodiche vengono svolte delle attività occasionali che hanno una frequenza media di 5 eventi settimanali:

- Incontri con i bambini delle scuole
- Feste di ricorrenza
- Incontri culturali
- Proiezione di film
- Grigliata con ospiti e familiari
- Incontri musicali
- Incontri teatrali

Qualche dato:

l'iniziativa della grigliata quest'anno ha coinvolto **586 persone** fra ospiti familiari e personale volontario e non.

Il Centro Diurno socio ricreativo è frequentato giornalmente da una media di **82 persone** (ospiti ed esterni) che svolgono attività come il gioco delle carte, della tombola o semplicemente "salotto".

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:

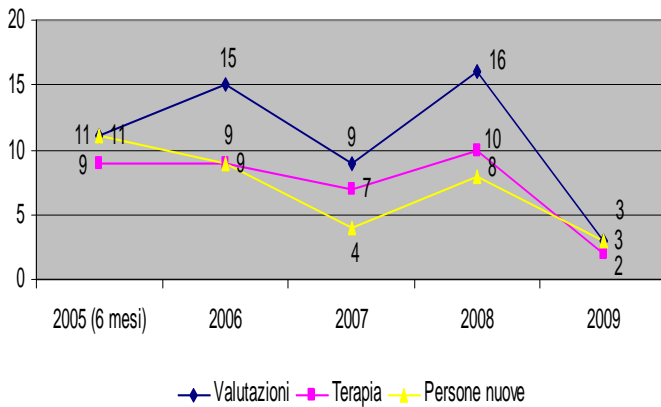
Gruppo “Le ugone d’oro”	<i>coro di cantori</i>
Gruppo “Il buonsenso”	<i>periodico di informazione</i>
Gruppo “Amici della grigliata”	<i>incontri gastronomici</i>
Gruppo liturgico	<i>accompagnamento degli ospiti alla S. Messa</i>
Gruppo Parrucchiere	<i>gestione salone di parrucchiera</i>
Gruppo cucito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

➤ **Logopedia:**

Ospiti seguiti N. 78

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. Nei dati di seguito esposti si noterà una notevole discrepanza con il 2008, ciò è dovuto all'assenza della Logopedista per un lungo periodo dell'anno (c.a. 5 mesi).

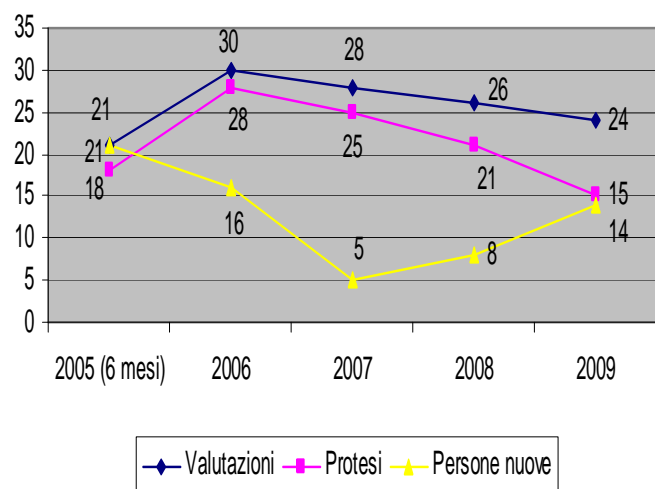
Valutazioni (linguaggio)



Il grafico che riporta le attività rivolte all'area del linguaggio evidenzia quanto affermato. Questo specifico settore è stato particolarmente ridotto nella sua attività. Solo nei prossimi anni potremmo verificare se ciò è dovuto all'assenza della professionista o un calo fisiologico del bisogno dell'utenza che attualmente è ospitata presso il Centro.

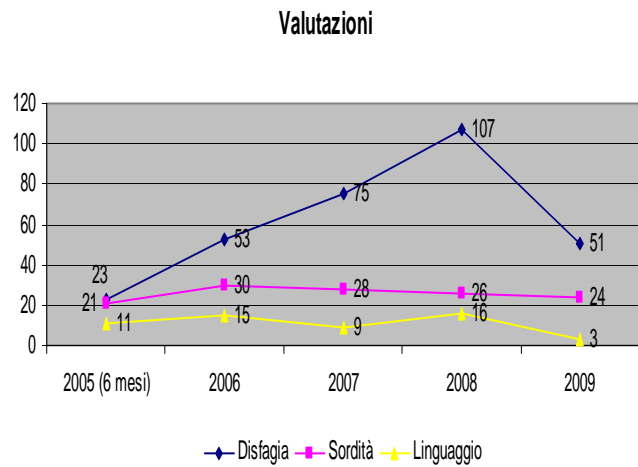
Il grafico sulla sordità ci dice che 14 persone nuove sono state oggetto di valutazione. Di queste dai dati emerge che solo 4 sono state fornite di protesi. Infatti prerequisito ad interventi di questo tipo è la capacità della persona ad accettare e collaborare con il terapeuta nelle varie fasi che caratterizzano l'attività di recupero. In generale vi è un lieve ma costante calo del numero di persone valutate ed un radicale decremento delle persone che godono della protesi acustica.

Valutazioni (sordità)

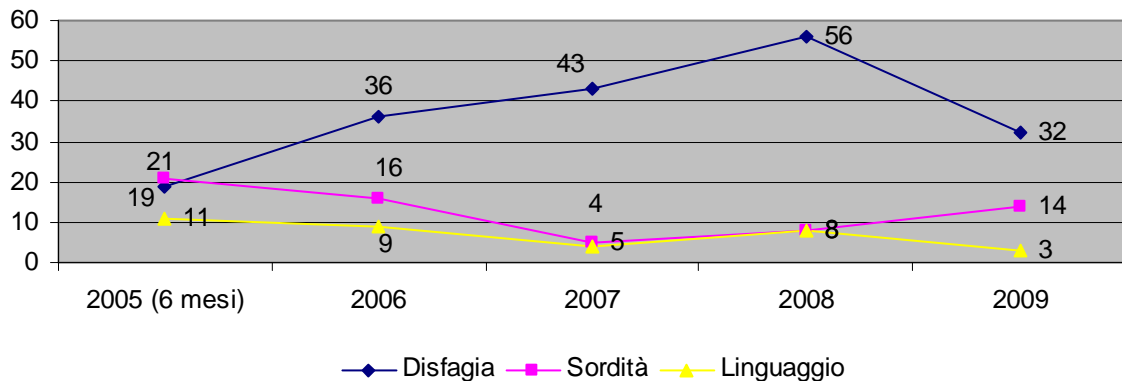


Logopedia: valutazioni

La conferma della limitata attività della Logopedista nell'anno 2009 è ben rappresentata dal numero di interventi svolto nell'ambito della disfagia. Le altre attività invece hanno mantenuto il trend degli anni precedenti per ciò che riguarda la sordità ed un calo evidente sul linguaggio.



Persone nuove



Il grafico qui rappresentato riproduce l'attività svolta nei confronti di persone che per la prima volta sono contattate dal servizio di logopedia. Esso evidenzia la tendenza da parte della professionista a privilegiare, trovandosi nella condizione di limitata operatività, le persone mai valutate. Infatti il 63% delle persone in situazione di difficoltà a deglutire sono nuove al servizio, il 58% sono nuove al servizio per problemi di sordità ed il 100% sono quelle nuove per problemi di linguaggio.

Logopedia: esito

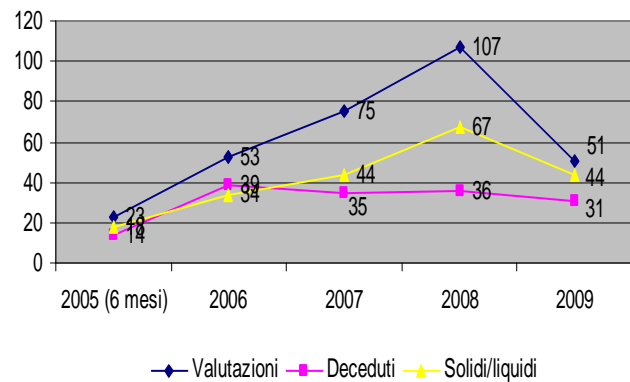
In Questa parte di analisi del servizio di logopedia si è cercato di capire se gli interventi avviati hanno una ricaduta sul piano del benessere degli ospiti e se questa è rilevabile in qualche misura.

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 rivolta alle persone con 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 che riguardavano le valutazioni, le diagnosi (solidi – liquidi) e i decessi delle persone che sono state coinvolte nel processo.

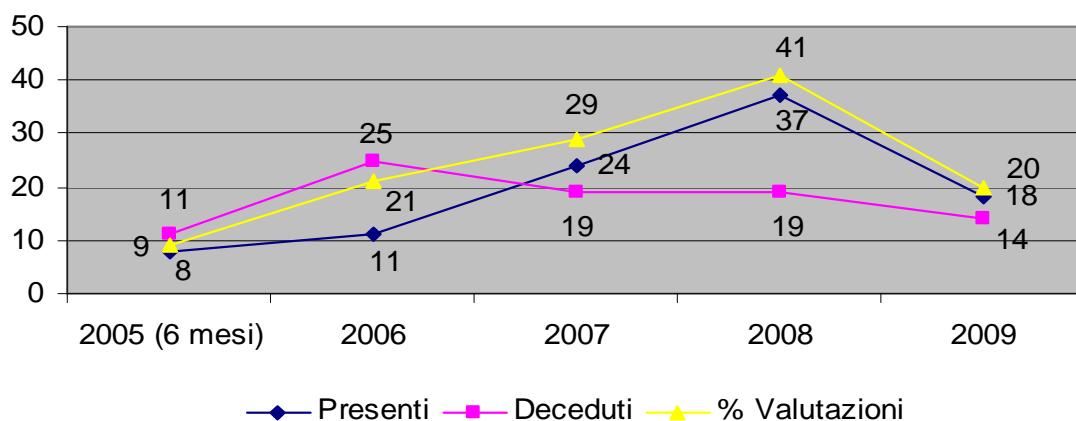
Ciò che emerge dalla lettura del grafico è una sostanziale influenza virtuosa sui decessi degli ospiti che sono seguiti per problemi di disfagia. Si evidenzia che le linee che rappresentano la crescita del problema e degli interventi seguono una direzione quasi parallela mentre la linea che rappresenta il numero di decessi, superata una prima fase di quasi affiancamento, dal 2007 al 2008 si discosta dalle altre linee facendo supporre che la disfagia non sia fra le possibili cause di decesso. Il calo di prestazioni del 2009 non ci aiuta a comprendere meglio il fenomeno, tuttavia sembra che la cultura preventiva in questo settore sia patrimonio acquisito da tutto il personale contribuendo a buoni risultati anche in situazioni di scarsa presenza di professionisti.

Un'ulteriore verifica è stata svolta analizzando i dati ricavati considerando solo le persone di nuova acquisizione per il servizio.

Valutazioni (disfagia)



Presenti / deceduti (persone nuove)



* nel grafico la “% valutazione” è rapportata alla totalità degli ospiti (250)

Psicologia – Decadimento cognitivo

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. 66 (2008, n. 54), di questi ospiti per n. 23 / 34,8% (2008 n.17 / 31,4%) non è stato possibile procedere alla somministrazione. Per i rimanenti 43 ospiti l'esito è stato il seguente:

Decadimento Cognitivo	2008		2009	
	N. ospiti	%	N. ospiti	%
Grave	14	37,8%	20	46,5%
da Lieve a Moderato	14	37,8%	11	25,5%
Assente	9	24,3%	12	28,0%

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* (80 – 100% capacità cognitive integre)
- 18 – 23 *Lieve - Moderato decadimento cognitivo* (60 – 80% capacità cognitive integre)
- 0 – 17 *Grave decadimento cognitivo* (0 – 60% 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.

➤ **Psicologia – Depressione**

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, 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	2008		2009	
	N. ospiti	%	N. ospiti	%
Grave	6	18,8%	5	13,1%
Lieve	9	28,1%	5	13,1%
Assente	17	53,1%	28	73,6%

Il punteggio massimo è di 15, corrispondente alla maggiore gravità di depressione. I punteggi che si ottengono con la 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 UOI (Unità Operativa Interna) che ha il compito di definire i Progetti Assistenziali Individuali (PAI) per gli ospiti è definita e normata dalla Regione Veneto. L'equipe è composta da figure professionali stabili (MMG, Ass. Soc., Infermiere, FKT, EPA, Psicologa, OSS, Direzione) ed altre che intervengono su richiesta (Logopedista, Dietista, ecc.)

Nella tabella che segue sono rappresentate le attività svolte dall'UOI negli ultimi 4 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
UOI 2009				
	UOI	Valut.	1°valu.	Ver.
Residenti	86	294	71	223
NDI	12	50	14	36

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 comunicazione tra le figure professionali anche nella 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 2009 le registrazioni sono state per:

Diario Assistenziale (OSS)	68.870	(2008 = 70.055)	(2007 = 60.621)
		(2006 = 40.625)	
Diario Sanitario (IP)	51.614	(2008 = 59.901)	(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 apprezzato dagli Stakeholder è la soddisfazione del bisogno igienico, inteso come bagno totale. Negli ultimi 4 anni sono state effettuate le seguenti prestazioni:

	2006	2007	2008	2009
Totale bagni	11.282	13.002	13.679	12.964
Media bagni/ospite	45	52	54	51.8
Intervallo giorni/bagno	8	7	6.6	7

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 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 **1/34** (1 coord. Ogni 34 ospiti) (1/42 nel 2008).

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 **1/10** (2006 = 1/13,4 – 2008 = 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.

Psicologi: attualmente tali figure esercitano per (67 ore settimanali) **1/120**

➤ **la soddisfazione dei clienti**

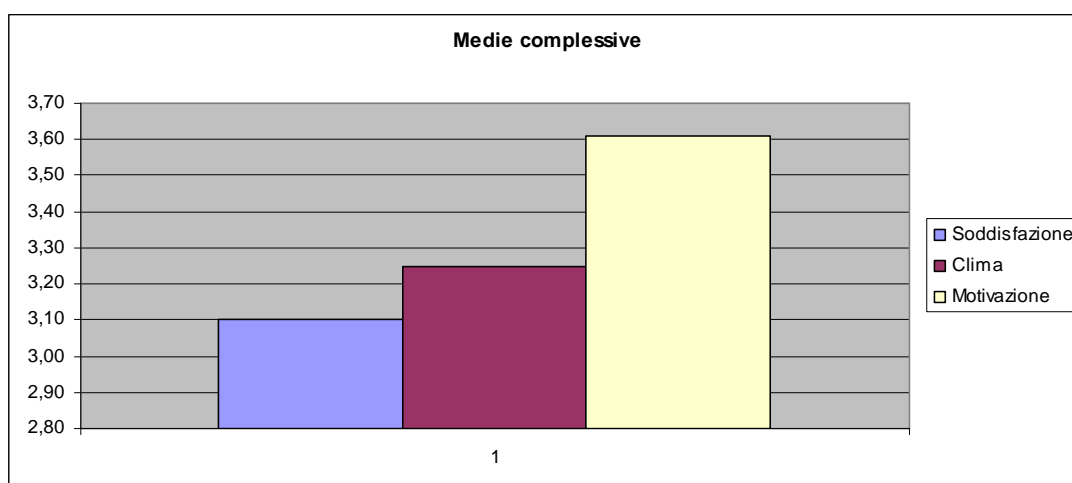
Customer satisfaction

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 riportato nel grafico che segue indicandone le medie generali su una scala da 1 a 5.



➤ **Reclami**

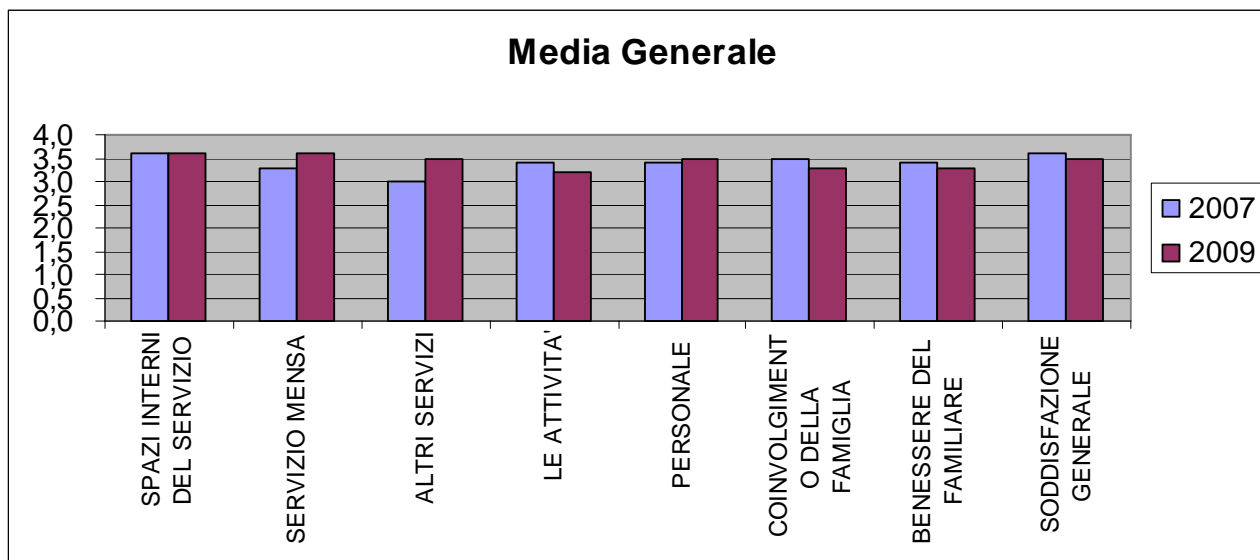
Nel 2008 sono stati n.6,

Nel 2009 sono pervenuti n. 15 reclami i cui motivi si possono raggruppare nei seguenti argomenti:

- **Comportamento del personale = n.2**
- **Qualità / Organizzazione del servizio = n.5**
- **Qualità dei servizi di supporto = n.8**

Soddisfazione del cliente esterno

La rilevazione della qualità del servizio, percepita dai familiari ed ospiti, viene svolta con l'ausilio di uno specifico questionario che distribuito a tutti gli interessati viene compilato in forma anonima. L'impegno è di riproporre la rilevazione almeno ogni due anni. L'ultima somministrazione è avvenuta nel 2009 e si ripeterà nel 2011. I risultati dell'ultima rilevazione comparati con la rilevazione del 2007 sono sinteticamente esposti nel grafico che segue:



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 (da 1 a 5) con il punteggio di 3,5 (vedi schema).

	1 Per nulla d'accordo	2 Poco d'accordo	3 Abbast. d'accordo	4 Molto d'accordo	5 Del tutto d'accordo
Soddisfazione generale 2009	4%	8%	39%	31%	19%
Soddisfazione generale 2007	0%	7%	37%	42%	14%
Soddisfazione generale 2000	2%	17%	61%	19%	

Il dato odierno (3,5) comparato con il dato della rilevazione del 2007 (3,6) indica una percezione della qualità del servizio abbastanza stabile, in cui le variazioni di giudizio che si possono osservare non incidono in modo sostanziale nella sintesi finale.

LA FORMAZIONE

➤ FORMAZIONE 2009

Formazione interna

Il Centro Domenico Sartor considera i propri operatori una risorsa sulla quale è indispensabile investire costantemente, curandone l'aggiornamento e la formazione professionale. In termini di volumi, nell'arco del 2009, sono state destinate 1066 ore alla formazione del personale, che hanno approfondito competenze:

- tecniche 87% (928,75 ore)
- gestionali 7,3% (78 ore)
- sicurezza 5,6%. (59,25 ore)

I dipendenti che hanno partecipato ai corsi hanno registrato 82 presenze, pari a circa il 83,6% dei dipendenti dell'Ente.

Naturalmente l'attenzione maggiore è stata dedicata alle competenze tecniche legate al servizio.

FORMAZIONE Interna 2009					
Eventi	Ore	Profes.	eventi	ore	Presenze
3	37,15	OSS	3	617,75	34
		IP	3	61,15	5
		Coor.	1	36	3
		EPA			
		A.S.			
		AMM.	1	1,15	1
		FKT	1	1,15	1
Totale				717,2	44

	CORSI/INCONTRI	ORE	PARTECIPANTI					
			AMM.	OSS/ Coord.	IP	FKT	EPA	A.S.
INTERNA	Corso sulla Demenza	24		22	1			
	Corso privacy	1,15	1	5	1	1		
	Corso bambola terapia	12		10	3			

**Formazione
esterna**

A fronte di un bisogno formativo sempre più articolato e specifico, oltre alla formazione interna vengono autorizzate e favorite partecipazioni a corsi e giornate studio ai singoli professionisti.

Nell'arco del 2009, sono state 38 le presenze ad eventi formativi esterni, per complessive 349 ore.

FORMAZIONE - Esterna 2009					
Eventi	Ore	Profes.	eventi	ore	Presenze
26	236,75	OSS			
		IP	3	30	5
		Coor.	7	107	9
		EPA			
		A.S.	1	4	1
		AMM.	17	188	22
		FKT	1	20	1
Totale				349	38

	CORSI/INCONTRI	ORE	PARTECIPANTI					
			AMM.	OSS/ Coord	IP	FKT	EPA	A.S.
ESTERNA	Competenze comunicative	14		2				
	Gestire lo stress	20		2		1		
	Ulcere vascolari arti-inf.	4			2			
	Multidisciplinarietà delle cure	8			1			
	Ulcere al tallone	7		1	2			
	Riforma dopo il decreto Brunetta	4,5	1					
	Potenziamento memoria nell'invecchiamento	11	1					
	Movimentazione manuale pazienti	15,5	1					

CORSI/INCONTRI	ORE	PARTECIPANTI					
		AMM.	OSS/ Coord	IP	FKT	EPA	A.S.
Giornata studio malattia di alzheimer	7,25	1					
Corso benessere e invecchiamento	13,75	1					
Contabilità economica delle IPAB	16	2					
Incontro INPDAP	3,5	1					
Gestione del rischio MMP nelle RSA	15	1					
Mangiar sano in ospedale	4	1					
Urinar. Femmin. Da sforzo	8		1				
Corso valore della vita	8		1				
Sicurezza sui luoghi di lavoro	4	1					
Qualità innovazione Servizi Residenziali MI	3,75	1					
Appalti di servizi e forniture	6,5	1					
Corso Giocanda	4	2					1
Sostegno settore edilizio	6,5	1					
Condizionamento per Data Center	4	1					
Front office relazioni cliente	8	4					
Corso RSPP	24,75	1					
Il governo clinico e gli strumenti gestionali nelle strutture residenziali	8		1				
Percorsi per le gravi cerebrolesioni esperienze internazionali e regionali a confronto	8		1				

➤ **FORMAZIONE 2008**

**FORMAZIONE Interna
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				

INTERNA		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
Totale				771	232

ESTERNA		Profes.	Eventi	ore	Presenze
8 eventi	72,5 ore	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
Totale				132,5	17

Formazione 2007

Formazione interna

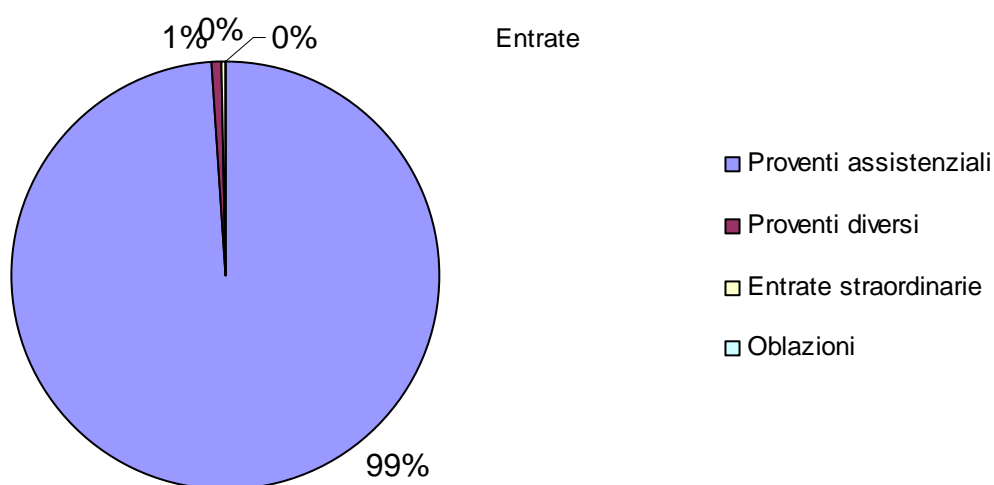
INTERNA		Profes.	Eventi	ore	Presenze
6 eventi	113.5 ore	OSS	4	703	99
		IP	2	85	9
		Coor.	5	243	13
		EPA	2	58	2
		A.S.	2	58	3
		AMM.	1	384	8
		FKT	3	60	3
Totale				1591	137

Formazione esterna

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

IL BILANCIO – le entrate

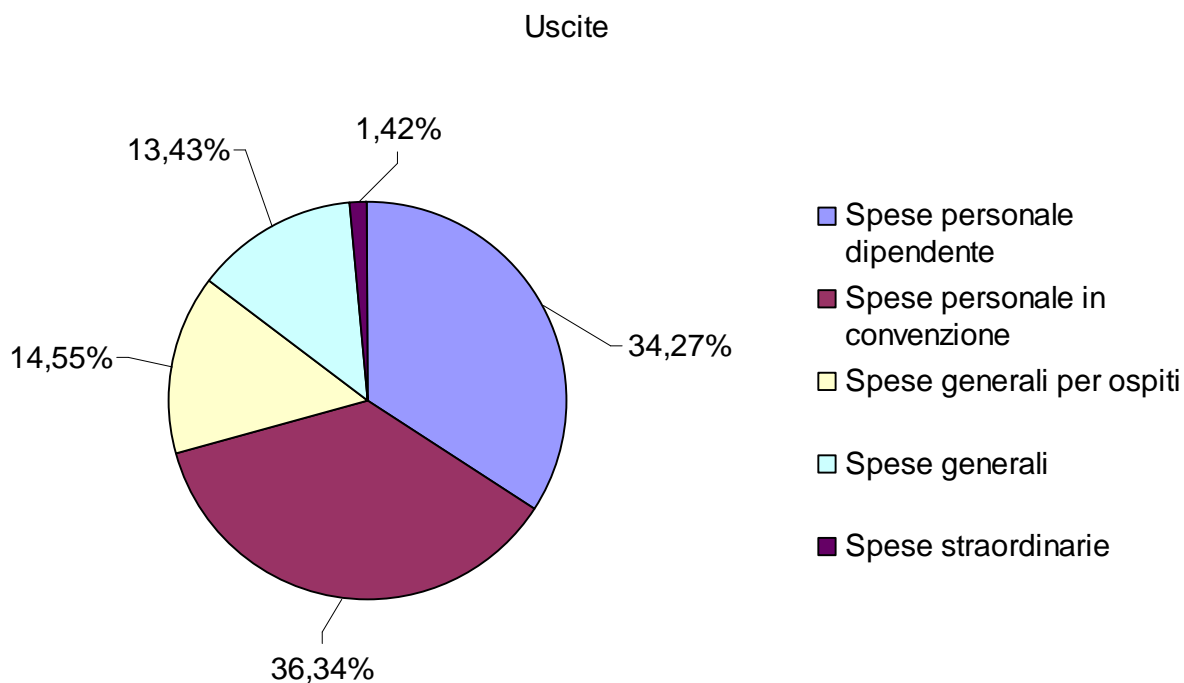
I dati di seguito esposti si riferiscono al bilancio dell'anno 2009. Questa presentazione del bilancio vuole essere un tentativo, non troppo specialistico, di condivisione di un argomento non facilmente comprensibile a tutti. Pertanto si è cercato di rendere l'esposizione accessibile ai più proponendo degli schemi in cui l'aggregazione dei dati sia chiara e semplice, senza per questo banalizzare .



Proventi assistenziali	€ 8.921.925,00	98,7%
Proventi diversi	€ 76.652,00	0,8%
Entrate straordinarie	€ 27.035,00	0,3%
Oblazioni/Donazioni	€ 7.518,00	0.08%

La quasi totalità delle entrate è costituita dai proventi delle rette a carico degli ospiti (retta alberghiera) e dei contributi regionali (quota sanitaria). Il contributo regionale 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 invece è determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Residenza.

IL BILANCIO – le uscite



Spese personale dipendente	€ 2.965.405,06	34,2%
Spese personale in convenzione e in appalto	€ 3.145.332,25	36,3%
Spese generali per ospiti	€ 1.258.953,86	14,5%
Spese generali	€ 1.162.044,36	13,4%
Spese straordinarie	€ 122.542,00	1,4%

I dati sopra riportati ci indicano che la maggior parte delle uscite (70,5%) che l'Ente sostiene riguarda la spesa del personale, dipendente e in convenzione. L'altro gruppo sostanzioso di spese è composto in modo quasi equo dalle spese generali a favore degli ospiti e dalle spese generali dell'Ente.

LE SPESE - in dettaglio

Spese personale dipendente	
Personale	€ 2.944.745,06
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.)	€ 180.273,75
Servizi socio-sanitari appaltati	€ 2.965.058,50

Un altro terzo abbondante delle uscite del bilancio dell'Ente è riservato al personale socio-sanitario in convenzione. Il 5,7% 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	€ 788.683,61
Lavanderia esterna	€ 307.920,25
Prodotti incontinenza	€ 117.600,00
Vestiario e biancheria	€ 5.000,00
Materiale per l'igiene	€ 39.750

In questo schema sono raggruppati i costo 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 (24,4%) svolto da una ditta esterna. Da rilevare anche la spesa per i prodotti per l'incontinenza e materiale per l'igiene (12,4%).

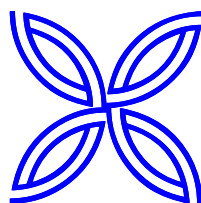
Spese generali	
Imposte tasse e assicurazione	€ 33.000,00
Spese di amministrazione	€ 20.000,00
Spese per manutenzione	€ 205.811,00
Utenze: enel	€ 170.215,79
“ metano	€ 135.000,00
“ acqua e fognatura	€ 31.500,00
“ rifiuti	€ 75.000,00
Spese pulizia	€ 460.940,55
Servizio trasporti	€ 16.877,02
Spese telefoniche	€ 13.700,00

Le spese generali qui sopra dettagliate indicano che la spesa più onerosa è quella riservata al servizio di pulizia (39,6%) e seguito con valore molto simile dalla spesa delle utenze (35,4%). Un'altra importante quota di spesa sostenuta dall'Ente e quella assegnata agli interventi di manutenzione (17,7%).

Spese straordinarie	
Acquisti attrezzature e beni durevoli	€ 84.000,00
Spese di informatizzazione	€ 38.542,00

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 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.

Verifica dei Risultati:

Obiettivi raggiunti:

La stesura di una linea guida e la sua capillare diffusione ha consentito di omologare, per tutte le realtà della Residenza, una modalità di gestione, condivisa, delle fasi che caratterizzano l'attività "d'ingresso di un nuovo ospite";

Sono stati individuati gli strumenti che ogni professionista adotterà nelle fasi dell'attività ed il livello di coinvolgimento delle varie figure professionali.

L'organizzazione dimostra una certa difficoltà ad attuare in tutte le sue parti la proposta, la quale per la sua importanza viene riconfermata come progetto obiettivo anche per l'anno seguente.

Obiettivi non raggiunti:

Le visite preingressuali svolte si sono attestate sul 55,8% del totale delle entrate di nuovi ospiti.

Non per tutte le figure professionali e non sempre vi è la presenza del documento previsto alla prima UOI svolta dopo i 30/40 giorni dall'ingresso dell'ospite.