	<b>RELAZIONE SANITARIA</b>	M_DIR 06 ED01- REV0_Ago 18
	RESIDENZA SANTA MARTA/VILLA FERNANDA- ANNO 2021	PAG. 1 /10

La Direzione Sanitaria in accordo con la Direzione Generale ha definito un cruscotto di indicatori di processo e di outcome (Key Performance Indicator-KPI) al fine di monitorare l'andamento di alcuni processi caratterizzanti i servizi e le prestazioni erogate. Si fornisce di seguito un'analisi dei KPI nel periodo di raccolta dati dal 1 gennaio 2021 al 31 dicembre 2021 e dal 01/01/2022 al 30/06/2022. L'analisi degli indicatori per l'anno 2021 è stata realizzata mediante estrapolazione di dati dal software di gestione della Cartella Clinica Informatizzata E-Personam e da database interni.

INDICATORE	MODALITÀ' DI RILEVAZIONE	FUNZIONI COINVOLTE
TASSO DI OCCUPAZIONE DEI P.L.	Gestionale GRS Fides	Resp. Amministrativa, Ref. Amministrativi
GRADIMENTO MEDIO SUI SERVIZI EROGATI	Riepilogo annuale questionario soddisfazione utente	RGQ
% ASSISTITI COINVOLTI IN ATTIVITA' RICREATIVE E DI ANIMAZIONE	Sezione Attività Quotidiane E-Personam/ attività di Socializzazione	PSI
% ASSISTITI COINVOLTI IN ATTIVITA' RIABILITATIVE INDIVIDUALI E DI GRUPPO	Sezione Attività Quotidiane E-Personam/attività di Riabilitazione	FKT
% DI FORMAZIONE IMPLEMENTATA RISPETTO A QUELLA PROGRAMMATA	Piano Annuale di Formazione e Addestramento	DG, RGQ
% NON CONFORMITA' CHIUSE ENTRO L'ANNO/NON CONFORMITA' APERTE NELL'ANNO	Rapporto di NC - AC - AP	RGQ
% DI RECLAMI CHIUSI SUL TOTALE RECLAMI APERTI A SEGUITO DI SEGNALAZIONE	Segnalazione reclamo/apprezzamento	TUTTI, RGQ, DS
NUMERO ACCESSI IMPROPRI IN PS	Crea evento in PS su E-personam/ Scheda di invio in PS	DS, RGQ
INDICATORE DI OUTCOME	MODALITÀ' DI RILEVAZIONE	FUNZIONI COINVOLTE
NUMERO CADUTE ACCIDENTALI CON ESITO ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	Cartella Utente E-Personam/ Cadute	DS, MED
NUMERO TOTALI DI LESIONI DA DECUBITO INSORTE IN STRUTTURA	Cartella Utente E-Personam/Lesioni da Pressione/Scheda di Braden	MED/ IP/OSS
NUMERO LDD GUARITE IN STRUTTURA (si includono anche quelle presenti prima del ricovero in struttura)	Cartella Utente E-Personam/Lesioni da Pressione/Scheda di Braden	MED/IP/OSS
NUMERO ASSISTITI CON STRUMENTI DI PROTEZIONE A LETTO (doppie sponde)	Cartella Utente E-Personam/Protezioni	DS, MED
NUMERO ASSISTITI CON STRUMENTI DI PROTEZIONE SU SEDIA	Cartella Utente E-Personam/Protezioni	DS, MED
NUMERO EVENTI/QUASI EVENTI AVVERSI	Scheda segnalazione spontanea eventi (Scheda di <i>Incident Reporting</i> )	EQUIPE

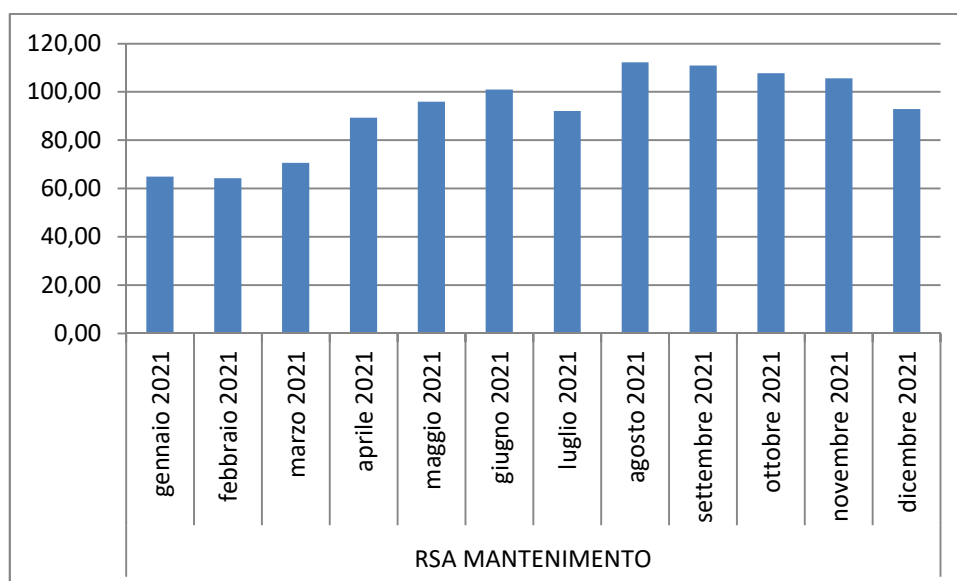
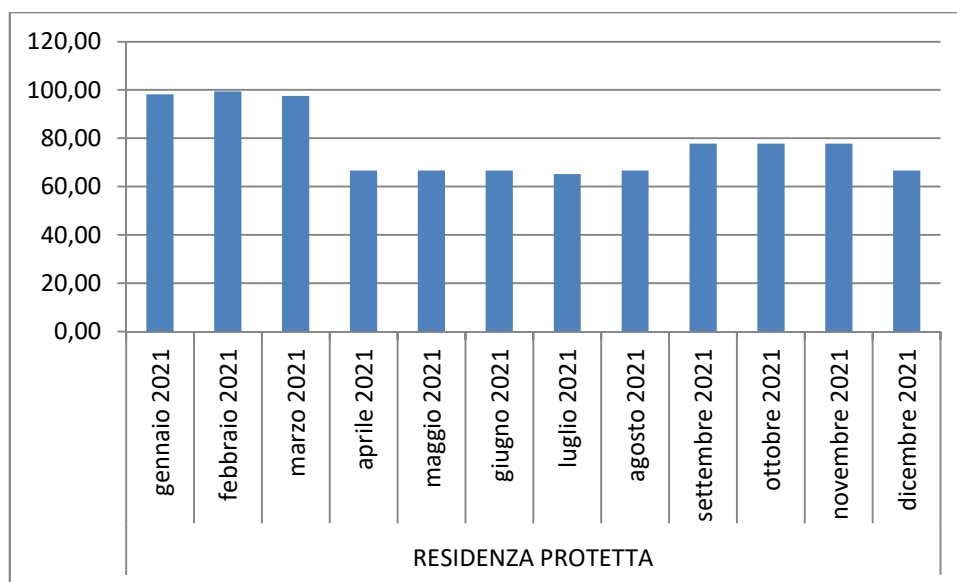
# RELAZIONE SANITARIA ANNO 2021

INDICATORE DI PROCESSO	2019 (Totale pz nell'anno 83)	2020 (Tot. Pazienti nel periodo 84 fino al 10/11/2020 S. Marta e dal 11/11/2020 Villa Fernanda)	2021 (Tot PL 67)	RISULTATO ATTESO 2022
TASSO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO	99.6 %	79.2 %	88,80%	95 %
GRADIMENTO MEDIO SUI SERVIZI EROGATI	Tra buono e ottimo	Tra buono e ottimo	Tra buono e ottimo	Tra buono e ottimo
% ASSISTITI COINVOLTI IN ATTIVITA' RICREATIVE E DI ANIMAZIONE	50 %	Non valutabile per sospensione a causa delle misure introdotte per far fronte all'emergenza COVID-19 (introdotte le videochiamate con i familiari nel tentativo di sopperire alla stimolazione degli ospiti e con l'obiettivo di favorire le comunicazioni con i familiari)	Non valutabile per sospensione a causa delle misure introdotte per far fronte all'emergenza COVID-19 (introdotte le videochiamate con i familiari nel tentativo di sopperire alla stimolazione degli ospiti e con l'obiettivo di favorire le comunicazioni con i familiari)	> 50 %
% ASSISTITI COINVOLTI IN ATTIVITA' RIABILITATIVE INDIVIDUALI E DI GRUPPO	100 %	Attività di Gruppo non valutabile a causa delle misure introdotte per far fronte all'emergenza COVID-19 interrotte. 100% dei pz trattati con attività individuali	Attività di Gruppo non valutabile a causa delle misure introdotte per far fronte all'emergenza COVID-19 interrotte. 100% dei pz trattati con attività individuali	100%
NUMERO EVENTI/QUASI EVENTI AVVERSI	3	2 (con esclusione dei Casi COVID-19 positivi per cui si rimanda ad apposito audit clinico)	2	< 3
% DI FORMAZIONE IMPLEMENTATA RISPETTO A QUELLA PROGRAMMATA	100 %	100 %	100% formazione obbligatoria (sicurezza, privacy, 231)	100 %
% NON CONFORMITA' CHIUSE ENTRO L'ANNO/NON CONFORMITA' APERTE NELL'ANNO	100 %	100 %	100%	100 %
% DI RECLAMI CHIUSI SUL TOTALE RECLAMI APERTI A SEGUITO DI SEGNALAZIONE	100 %	100 %	100%	≥ 80%
NUMERO ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO	0	0	0	0
NUMERO CADUTE ACCIDENTALI CON ESITO ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	7	7		Monitoraggio
NUMERO TOTALI DI LESIONI DA DECUBITO INSORTE IN STRUTTURA	55	48	40	Monitoraggio
NUMERO LDD GUARITE IN STRUTTURA (si includono anche quelle presenti prima del ricovero in struttura)	121	100	100% (88 TOT)	Monitoraggio
NUMERO ASSISTITI CON STRUMENTI DI PROTEZIONE A LETTO (doppie sponde)	81	80	71	Monitoraggio
NUMERO ASSISTITI CON STRUMENTI DI PROTEZIONE SU SEDIA	71	69	65	Monitoraggio

# RELAZIONE SANITARIA ANNO 2021

## 1. TASSO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO (P.L.)

Il tasso di occupazione medio del 2021 è pari a 88,80% quasi 10 punti percentuali in più rispetto all'anno precedente il cui valore era sceso al 79,2 % e quindi di gran lunga inferiore rispetto a quelli mai registrati a S. Marta (es 2019 pari a 99,6, 2018 pari a 99,32 %, 2017 pari al 98,21%). L'andamento è motivato in primo luogo dall'allentamento delle restrizioni legate alla gestione dell'emergenza COVID-19 per cui, per contenere il rischio di contagio in Struttura, era stato disposto il blocco degli ingressi nel mese di marzo 2020 ed in secondo luogo al trasferimento presso Villa Fernanda (10/11/2020) che ha consentito la ripresa dell'occupazione con maggiore slancio. In particolare il tasso di occupazione del modulo RP è over occupato a seguito dell'accordo con ASL 3 di chiudere la lista di attesa di Santa Marta mantenendo però attivi i nominativi iscritti precedentemente alla chiusura della residenza. Questo ha permesso di avere un numero di RP convenzionati che ha parzialmente compensato il calo nel modulo di RSA di mantenimento.



## 2. GRADIMENTO MEDIO SUI SERVIZI EROGATI

Nel mese di gennaio 2021 Villa Fernanda è stata interessata da una campagna di *customer satisfaction*. Si è scelto di somministrare il questionario agli assistiti in grado di compilarlo ed ai familiari che è stato possibile incontrare in occasione delle visite “protette” con il proprio caro anziano. Il questionario ha previsto, per ogni singola domanda di ciascun area/servizio, di poter esprimere un giudizio dal *non so*, per chi non esprime un giudizio, ad *ottimo* come giudizio massimo.

Hanno risposto al questionario della *customer satisfaction* il 54% dei familiari, un campione inferiore rispetto alla media degli anni precedenti (27 questionari ritornati su 50 consegnati nel 2021, 45 su 65 nel 2019, 37 su 65 nel 2018 – 42 su 65 nel 2017), ciò a causa del perdurare delle restrizioni di accesso in Struttura per contenere il rischio di contagio da SARS COV-2.

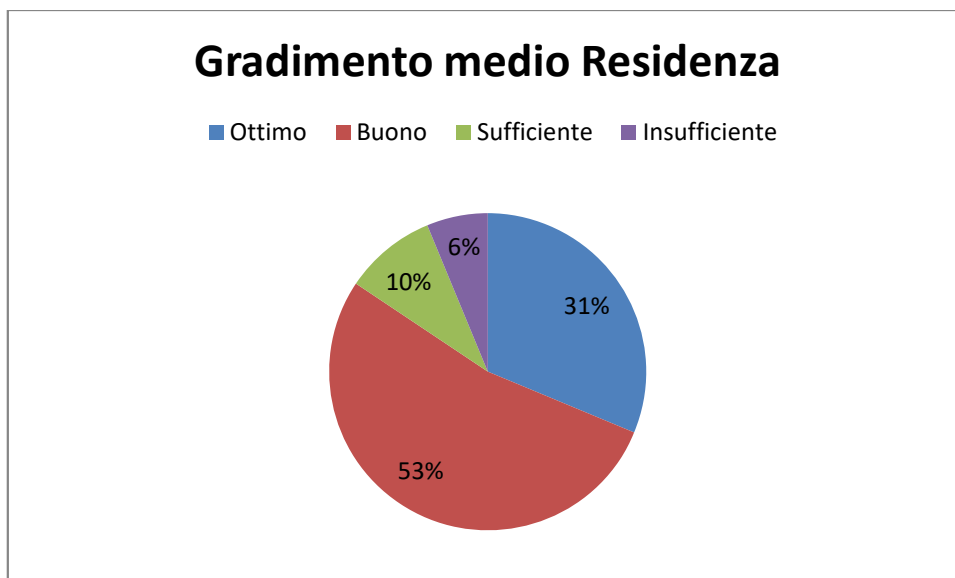
**Per ogni singola domanda il giudizio assegnato andava dal *non so* per chi non esprime un giudizio al giudizio massimo *ottimo*.**

Tutti i servizi dall'accoglienza all'area riabilitativa, assistenziale, psico-sociale e medico-infermieristica hanno ottenuto nel complesso un giudizio uguale o superiore al buono, per i dettagli vedasi “Relazione *customer satisfaction* 2021”. Rispetto al questionario adottato negli scorsi anni sono state introdotte alcune domande relativamente alla gestione dell'emergenza COVID-19 da parte della Struttura come ad es.:

- *Le sono state fornite le informazioni relative all' emergenza Covid prima dell'ingresso in struttura?*
- *Come giudica il modo con il quale le sono state fornite le informazioni sulle misure introdotte per prevenire il rischio del contagio dal virus Sars Cov 2?*
- *Come giudica il livello di tutela garantito dalle disposizioni introdotte per prevenire il rischio di contagio dal virus Sars Cov 2?*

I giudizi espressi relativamente a questi quesiti hanno ottenuto un punteggio medio tra buono e ottimo, un valore più basso rispetto all'indagine dell'anno precedente il che segnala a nostro avviso un inizio di insoddisfazione dovuto all'impossibilità di poter avere contatti con i propri cari con la periodicità e con le modalità pre Covid.

Nel complesso le persone intervistate consiglierebbero la struttura attribuendole per il 50 % un giudizio complessivo buono, per il 29 % ottimo e solo per il 9 % sufficiente. Si riduce rispetto agli scorsi anni il valore medio di gradimento totale della struttura riconducibile al protrarsi della chiusura degli ingressi (ad es. nel 2020 il 70 % degli intervistati esprimeva un giudizio complessivo ottimo e 26% buono).



Come consueto le aree in cui si riscontrassero carenze di qualsiasi genere verranno monitorate costantemente, con audit interni programmati e non, per valutare l'efficacia degli interventi via via adottati ed il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento prefissati. La Direzione si impegna a prestare sempre maggiore attenzione ai suggerimenti segnalati degli Utenti, registrandoli, gestendoli e facendo periodica restituzione delle segnalazioni pervenute.

### 3. NUMERO CADUTE ACCIDENTALI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA

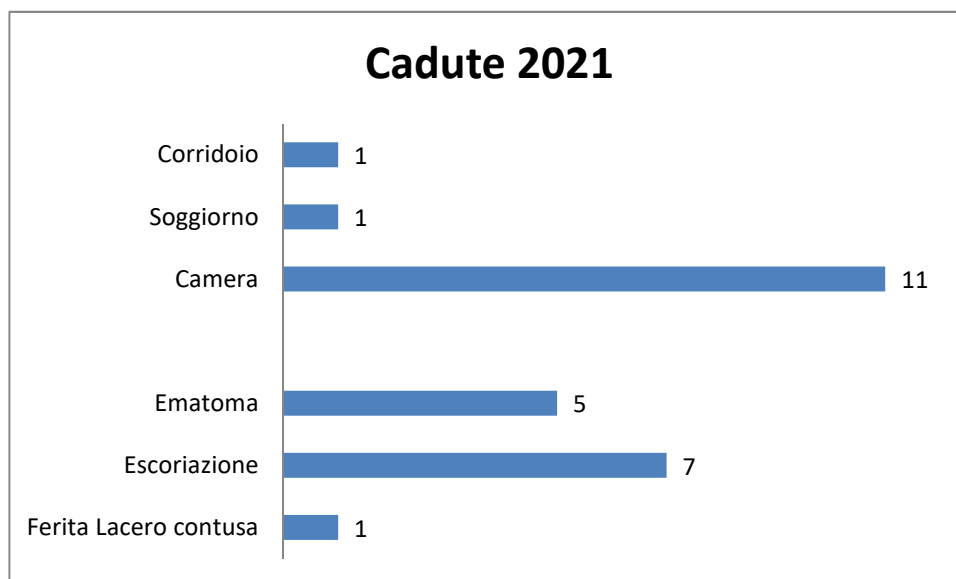
Rispetto allo scorso anno si è preferito prendere in considerazione solo le cadute con esito in linea con l'indicatore di qualità- Area Sociosanitaria- Anziani definito da A.LI SA. a dicembre 2017.

Il numero di cadute con esito registrate dal 1 gennaio al 31 dicembre 2021 è stato di 13 su 36 cadute registrate come di seguito distribuite:

- Con ferita lacero contusa: 1 camera;
- con Escoriazione: 6 in camera e 1 in corridoio;

# RELAZIONE SANITARIA ANNO 2021

- con Ematoma: 4 in camera e 1 in soggiorno



Dei 13 assistiti che hanno riportato una caduta con esito: solo 1 paziente ha riportato una ferita lacerocontusa ed in totale 2 ospiti sono stati inviati al PS.

#### 4. LESIONI DA DECUBITO (LDD)

Nel 2021 su un totale di 104 pazienti ricoverati nell'anno, è stato registrato un numero di LDD di nuova insorgenza piuttosto basso, n.40 LDD insorte. Si constata un elevato numero di lesioni guarite (70 LDD) ad attestazione dell'altissima attenzione da parte dell'equipe sanitaria nei confronti di questa problematica. Ciò è frutto da un lato di idonee misure preventive, di un'attenta valutazione del rischio di insorgenza di LDD mediante la somministrazione periodica della scala di Braden e dell'attivazione di misure preventive in assistiti allettati come i cambi posturali e l'adozione di presidi antidecubito, dall'altro all'appropriatezza della diagnosi e delle medicazioni adottate per ciascuna tipologia di lesione. L'alto numero di LDD complessivamente registrato sono in gran parte imputabili allo stato clinico di alcuni assistiti multilesionati o a lesioni insorte in utenti in fase terminale.

#### 5. NUMERO ASSISTITI CON STRUMENTO DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Nel corso del 20 il numero complessivo di utenti ricoverati è di 104; a 71 assistiti è stata prescritta la contenzione a letto (doppia sponda) e a n. 65 strumenti di protezione su sedia (di cui quelle utilizzate sono cinture, fasce addominali, pettorine).

#### 6. % ASSISTITI COINVOLTI IN ATTIVITA' RICREATIVE E DI ANIMAZIONE

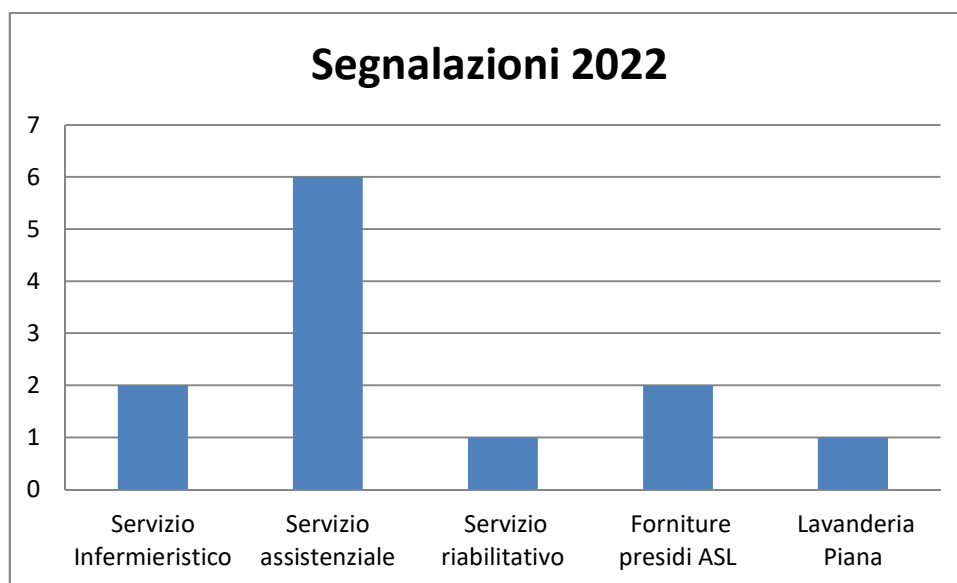
Il dato è non valutabile in quanto tutte le attività di animazione di gruppo sono state sospese in data 24/03/2020 come misura di prevenzione al rischio di contagio da SARS- COV2 e tale sospensione si è protratta anche nel 2021. Sono state introdotte le videochiamate con i familiari nel tentativo di

# RELAZIONE SANITARIA ANNO 2021

sopperire alla stimolazione degli ospiti e con l'obiettivo di favorire le comunicazioni con i familiari. Le limitazioni si sono protratte anche per il 2021 e solo a partire dal secondo trimestre del 2022 sono state nuovamente attivate le attività di socializzazione ed alcune attività di gruppo. Vedasi piano di miglioramento 2022 per l'obiettivo legato all'offerta di attività di socializzazione e riabilitazione per l'anno in corso.

## 7. % NON CONFORMITA' CHIUSE ENTRO L'ANNO/NON CONFORMITA' APERTE NELL'ANNO

Il numero di non conformità registrate nell'anno 2021 è in calo rispetto al 2020 mentre nel 2022 è in linea rispetto a quanto registrato negli anni precedenti il che conferma la volontà di risoluzione di qualsiasi problematica possa presentarsi, ciò grazie ad una consolidata mentalità predisposta al *problem solving* e nel rispetto del mantenimento della certificazione ISO 9001:2015. In particolare nel 2022 sono state registrate in totale 12 Non conformità, secondo la distribuzione di seguito riportata e tutte sono state chiuse entro l'anno.



Si precisa che l'analisi ha preso in considerazione tutte le segnalazioni anche di gravità minore in modo da iniziare ad attivare una raccolta statistica di dati utile a supporto dell'analisi dei rischi.

Le problematiche di lieve entità registrate a seguito di audit interno, sono invece state risolte contestualmente all'Audit Interno. Nonostante il discreto numero di segnalazioni registrate rimane costante la sensibilizzazione degli operatori su questo tema al fine di proseguire nella diffusione del valore di trasparenza alla base dei principi della Direzione (vedi piano di formazione 2022)

# RELAZIONE SANITARIA ANNO 2021

## **8. % ASSISTITI COINVOLTI IN ATTIVITA' RIABILITATIVE INDIVIDUALI E DI GRUPPO**

La percentuale di assistiti coinvolti in attività riabilitative di gruppo è un dato non valutabile nel 2021 in quanto tutte le attività di gruppo (es. attività di gruppo di ginnastica dolce) sono state sospese a far data dal 27/04/2020 per contenere il rischio di contagio da SARS COV2. Per tutto l'anno sono proseguite le attività riabilitative individuali per tutti i pazienti (100%). Vedasi piano di miglioramento 2021 e 2022 per l'obiettivo legato all'offerta di attività di socializzazione e riabilitazione per l'anno in corso.

## **9. NUMERO EVENTI/QUASI EVENTI AVVERSI**

Escludendo il dato delle cadute nel 2022 è stato registrato un numero di quasi eventi (near miss) molto basso, n. 1. La ragione di ciò è, ancora in parte imputabile ad una non radicata consapevolezza dal parte del personale dell'importanza della compilazione della scheda di *incident reporting*. Nel 2020 è stato svolto un corso interno in materia di rischio clinico finalizzato a sensibilizzare il personale ad una maggiore attenzione su questi aspetti ed è stata raccomandata la compilazione della scheda di *incident reporting*. Si decide di riproporre l'addestramento anche nel 2022.

## **10. % DI FORMAZIONE IMPLEMENTATA RISPETTO A QUELLA PROGRAMMATA**

Nel corso del 2021 la formazione è stata erogata tramite docenze interne e tramite format predefiniti su piattaforma online rivolta a tutto il personale sanitario e non sanitario. Oltre ai canonici temi della sicurezza sui luoghi di lavoro e prevenzione incendi (D. Lgs 81/08), sono stati erogati mediante piattaforma Ecosafety, attivata mediante la controllante GHC, i corsi sulla privacy e sulla Responsabilità amministrativa (D.Lgs 231). Sono inoltre stati svolti dal Direttore Sanitario degli incontri sugli aggiornamenti legislativi legati alla prevenzione e gestione dell'emergenza COVID-19 mentre la Psicologa ha affrontato gli aspetti più strettamente emotivi e di gestione delle relazioni. Per i dettagli si rimanda al piano della formazione del 2021 e per gli obiettivi programmatici per il 2022 vedasi specifico piano di formazione.

## **11. % DI RECLAMI CHIUSI SUL TOTALE RECLAMI APERTI A SEGUITO DI SEGNALAZIONE**

Il numero di segnalazioni da parte di Assistiti e parenti registrati nel 2021 e 2022 risulta essere molto basso a seguito del proseguimento nella chiusura della Residenza alle visite parenti. Anche nel 2022, sarà riproposto un corso interno rivolto a tutto il personale al fine di sensibilizzare la raccolta di reclami ed apprezzamenti anche attraverso la compilazione dell'apposita modulistica e di riportarli in Direzione al fine di raccogliere ogni possibile suggerimento segnalato dai pazienti o dai familiari che sia spunto di riflessione e di miglioramento.



## **12. NUMERO ACCESSI IMPROPRI IN PS**

L'indicatore fa riferimento ai casi in cui l'invio in PS non preveda il rientro in Struttura dell'Assistito entro le 12 ore ad esclusione di quelli inviati per accertamenti diagnostici dopo eventi traumatici o interventi terapeutici preventivamente concordati. E' ovviamente un indicatore di performance della Struttura che, come si può facilmente comprendere dall'assenza di casi rilevati, fornisce un eccellente riscontro della qualità dei prestazioni dell'area medica e dell'area infermieristica.

Il Direttore Generale *Dott. Federico Patrone*

Il Responsabile Sanitario Residenza Villa Fernanda: *Dr. Fulvio Fontanini*

La Responsabile Accreditamento e Qualità: *Dott.ssa Mascia Spagnolo*