

Cristina Zaggia

# **Il Marchio Qualità & Benessere per le strutture residenziali per anziani**

Storia, valori, modello di valutazione e casi di studio





qualità & benessere

Cristina Zagaglia

# **Il Marchio Qualità & Benessere per le strutture residenziali per anziani**

Storia, valori, modello di valutazione e casi di studio



ISBN volume 979-12-5568-184-7

2024 © by Pensa MultiMedia®

73100 Lecce • Via Arturo Maria Caprioli, 8 • Tel. 0832.230435

[www.pensamultimedia.it](http://www.pensamultimedia.it)



# Indice

<b>Prefazione</b>	<b>7</b>
a cura di <i>Michela Chiogna e Massimo Giordani</i>	
<b>Introduzione</b>	<b>11</b>
<b>Capitolo 1. Qualità e benessere nelle strutture per anziani</b>	<b>15</b>
1.1 Le tipologie di strutture per anziani	15
1.2 La valutazione della qualità dei servizi	17
1.2.1 Il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali	20
1.2.2 La certificazione UNI EN ISO	25
1.3 Il modello di benessere di Carol Ryff	32
1.4 I Principi delle Nazioni Unite per le Persone Anziane	34
1.5 La carta europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine	35
<b>Capitolo 2. Il Marchio Qualità &amp; Benessere</b>	<b>37</b>
2.1 La storia, i valori e i principi fondanti	37
2.2 Il sistema valoriale	41
2.3 La struttura del marchio: fattori, determinanti, indicatori e relative modalità di rilevazione	59
2.4 Il processo biennale di valutazione	68
2.4.1 Il processo di autovalutazione, valutazione tra pari e <i>benchmarking</i>	68
2.4.2 Il processo di <i>scaffolding</i> : il supporto ai piani di miglioramento	73
2.5 Alcuni risultati relativi al 2023	74
2.5.1 La numerosità e la distribuzione geografica degli enti aderenti	74
2.5.2 I risultati dell'autovalutazione/valutazione di fattori, determinanti e indicatori	75

<b>Capitolo 3. La ricerca</b>	<b>95</b>
3.1 Lo scopo, gli obiettivi e la metodologia di ricerca	95
3.2 I risultati	97
3.2.1 Rispetto	97
3.2.2 Autorealizzazione	105
3.2.3 Operosità	109
3.2.4 Affettività	113
3.2.5 Interiorità	116
3.2.6 Comfort	122
3.2.7 Umanizzazione	127
3.2.8 Socialità	132
3.2.9 Salute	136
3.2.10 Libertà	147
3.2.11 Gusto	155
3.2.12 Vivibilità	161
3.3 Discussione dei risultati	166
 <b>Conclusioni e prospettive future</b>	 <b>179</b>
 <b>Postfazione</b>	 <b>185</b>
 <b>Allegato</b>	
Esempio di questionario inviato	187
 <b>Bibliografia</b>	 <b>189</b>
 <b>Sitografia</b>	 <b>191</b>

monti della zona geografica di Valdagno, Recoaro e Asiago; incontri di cultura popolare, ad esempio sulle tradizioni cimbre, differenze tra tradizioni presenti e passate, storia dei modi di dire; esposizione di testi di letteratura accompagnata da immagini e video d'epoca; proiezione di fotografie relative a vari temi, ad esempio: le contrade, Valdagno storica, Valdagno al femminile; letture di narrativa classica o di storie popolari. Altri volontari aiutano nella quotidianità e sono organizzati nei nuclei con vari incarichi. L'attività dei volontari viene valorizzata dalla Direzione e Presidenza in momenti creati appositamente e tramite la pubblicazione su social.

– *Le modalità di coinvolgimento dei familiari e dei cari significativi*

Tradizionalmente il Comitato Parenti, formato da 8 persone (un rappresentante per ciascun nucleo, con sostituto designato) è lo strumento principe e da tutti riconosciuto per il collegamento tra il Consiglio di Amministrazione e la Direzione dell'Ente e i familiari. Vengono effettuate almeno due riunioni all'anno con i familiari di ciascun nucleo, a fini di condivisione dei progetti dell'Ente, dei criteri di quantificazione delle rette, dei risultati di bilancio e di informazione e formazione su temi di interesse.

### 3.2.9 Salute

Dopo 140 anni dalla fondazione, nell'APSP "M. Grazioli" trovano collocazione la RSA con 187 posti letto per non autosufficienti – di cui 16 riservati al Nucleo Alzheimer – certificato GentleCare dal 2015, 22 riservati ad anziani affetti da demenza, 4 per Stati Vegetativi – 30 posti nel Centro Diurno e il Centro Servizi rivolto alle persone adulto-anziane del territorio con ampia dotazione di spazi (piscina, palestra, sale, locale per bagno assistito, cure estetiche), 22 Residenze Protette, Punto Prelievi rivolto a tutta la cittadinanza. L'Azienda, inoltre, consegna circa 80 pasti ad utenti anziani nel territorio.

Integrata nel sistema socio-sanitario, promuove servizi nelle forme previste dalla legislazione provinciale vigente e si colloca nel panorama delle APSP del Trentino come uno degli Enti con maggiore differenziazione di offerta. Essa, infatti, pur non avendo il maggior numero di posti di RSA organizza, a favore del territorio, una pluralità di servizi rivolti a varie fasce di età e tipologie di utenza, divenendo un interlocutore importante nella rete e nelle politiche di welfare.

La RSA organizzata per nuclei residenziali vuole qualificare il proprio intervento puntando sulla formazione del personale, dal 2011 è Provider di formazione, in modo da rispondere in maniera sempre più efficace e tempestiva ai bisogni emergenti all'interno della non autosufficienza. L'implementazione dal 2009 del Marchio Qualità & Benessere, il sostegno al benessere del personale con la Certificazione Family Audit (2012) e le attenzioni innovative costituiscono un'ulteriore garanzia per il perseguimento di obiettivi di eccellenza.

## 1. Attenzioni alla valutazione del rischio

### – *La gestione del rischio clinico nel contesto socio-sanitario assistenziale*

Dal 2010 viene istituita la Commissione per la Gestione del Rischio clinico per RSA composta da: Dirigente Medico, Coordinatore Infermieristico, Responsabile Qualità e RSPP.

La Commissione lavora con incontri periodici per la valutazione dei rischi per i residenti e l'individuazione degli interventi e strumenti organizzativi, compreso il fabbisogno formativo del personale e con un'ottica di integrazione con i rischi individuati per il personale.

Elabora un "Documento di valutazione del rischio clinico per i residenti" in cui individua i rischi e per ciascuno declina:

- natura del rischio;
- definizione
- implicazioni per il personale: profilo professionale, informazioni, fabbisogno formativo e aggiornamento;
- implicazioni organizzative: documenti a supporto interni (procedure, istruzioni), nomina di responsabili;
- implicazioni per la struttura: impianti, ambiente, manutenzioni;
- implicazioni per tecnologie: dispositivi, presidi, ausili, attrezzature, software;
- relazioni con altri enti (PAT – APSS – UPIPA – Enti di Formazione – altre APSP);
- fornitori.

18 i Rischi Clinici individuati e 3 Rischi Ambientali generici applicati al contesto e quindi anche ai residenti.

A titolo di esempio nella Tabella 1 viene riportato uno stralcio del documento per comprendere la struttura della valutazione.

Il documento principale è corredato dal documento di "Gestione dei monitoraggi del rischio clinico", che per ciascun rischio individuato nel Documento di Valutazione indica:

- rischio;
- modalità di rilevazione;
- strumento rilevazione ed elaborazione;
- figura / profilo referente del monitoraggio;
- frequenza verifiche;
- supervisione commissione risk management;
- verifiche periodiche dati.

NATURA	RISCHIO	IMPLIC. OPERATORI Profilo professionale Informazioni Formazione Aggiornamento	IMPLIC. ORGANIZZATIVE (PROTOCOLLI, NOMINA RESPONS.)	IMPLIC. STRUTTURA	PRESIDI, AUSILI, ATTREZZAT.	RELAZIONE CON APSS, PAT, ENTI, ECT	Fornitori
CLINICO CADUTE*;  Secondo quanto previsto dal D. Lgs 81/08 il rischio cadute/scivola mento viene analizzato nel DVR in quanto rischio specifico in tutte le attività lavorative dell'azienda – le misure di prevenzione e protezione atte a ridurre tali rischi hanno valenza anche nel confronto dei residenti della RSA. Si rimanda pertanto agli specifici capitoli del DVR.	Esiti Lievi o Severi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenza e applicazione del protocollo prevenzione cadute</li> <li>- Adozione Scheda di monitoraggio</li> <li>- Segnalazione di riscontro di esiti durante le attività di igiene</li> <li>- Partecipazione ad audit interni</li> <li>- Corsi ECM e aggiornamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocollo Prevenzione Cadute</li> <li>- Monitoraggio cadute in CSS-CBA</li> <li>- Analisi dei dati;</li> <li>- Audit interni</li> <li>- Esami strumentali</li> <li>- Attivazione consulenze specialistiche</li> <li>- Indice MAPO (Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati) – revisionato annualmente – D Lgs 81/08 – si valuta la “predisposizione dell’organizzazione” rispetto al rischio di movimentazione dei pazienti: ha ripercussioni anche sulle condizioni degli ospiti. Riferimento nel DUVRI alla prevenzione dei rischi per gli ospiti dell’APSP.</li> </ul>	Struttura dotata di specifiche automazioni e sbarriera Eccezioni Rampe di accesso N. Girasole e N. Primula Dotazione di nuclei protesici per demenze Riduzione e controllo barriere architettoniche Protezioni rampe e scale (cancellotti automatici, sistemi magnetici, accessi alle scale, strisce antiscivolo su rampe e scale). Porte con accesso a comando o con TAG Pellicole mascheramento porte	Utilizzo prodotti per igiene ambientale anti-scivolo Segnaletica pavimento bagnato Segnaletica di barriere architettoniche ( <i>strisce gialle e nere</i> ) Calzature Presidi paratrocanteri Materassi paracaduta Letti a terra Sensori di alzata Luci notturne	Relazione Coordinatore Sanitario annuale o ad hoc alla Direzione Apss e alla PAT Indicare salute Upipa Commissione Valutazione Rischi (Coordinamento sanitario) Verifica Tecnico Sanitaria APSS	Ditta Copura (per pulizie ambientali) Apss Fornitori vari Upipa

Tabella 1

A titolo di esempio nella Tabella 2 viene riportato uno stralcio del documento per comprendere il tipo di contenuti indicati.

Rischio	Modalità di rilevazione	Strumento rilevazione ed elaborazione	Figura / profilo che monitora	Frequenza Verifiche	Commissione Risk management Verifiche periodiche dati
CLINICO CADUTE	Monitoraggio Cadute	CSS CBA Miniéquipe Elaborazione e analisi dati CSS Indicatori Indicare Salute	OSS Infermiere FT Medico	Ad Hoc – Semestrale  Quadrimestre	Analisi Semestrale  Annuale

Tabella 2

I documenti sono revisionati ogni 3 anni (ultima rev. gennaio 2023) e sottoposti alla commissione di audit di Accreditamento istituzionale (PAT) e nelle annualità dispari nel contesto del Fattore Salute del modello Q&B.

Nel caso in cui dai dati e informazioni provenienti dalla gestione clinica compaiano rischi emergenti non considerati o vi siano modifiche rilevanti in merito a strumenti o aspetti organizzativi implementati i documenti sono revisionati in sede di riesame annuale della direzione.

– *La cultura della segnalazione degli eventi avversi/mancati eventi e della gestione dei rischi nell'organizzazione*

Vari eventi avversi dal 2009 sono monitorati singolarmente ma in modo sistematico (raccolta di dati standardizzata, elaborazione, analisi e confronto sui risultati); eventi quali cadute con o senza esito, errori terapia con o senza esito, applicazione di mezzi di contenzione fisica, dolore, lesioni da pressione skintears, etc.

Ogni anno le rilevazioni sono elaborate e poi valutate dallo staff di coordinamento e poi nel Riesame con la direzione; infine, sono socializzati con il personale gli esiti e le azioni richieste al miglioramento dei risultati stessi. Tali informazioni sono integrate con i risultati dei focus group del personale, dei residenti e dei familiari; i report delle segnalazioni o reclami completano un quadro multidimensionale della qualità delle cure e della qualità di vita in RSA.

La condivisione con il personale di questo quadro d'insieme e dei piani di formazione previsti a supporto hanno creato nel tempo una “cultura della gestione del rischio” improntata sulla segnalazione di quale metodo di lavoro risulti efficace a ridurre gli esiti dei rischi prevenibili.

Anche momenti di confronto e audit interni condotti su casi di eventi avversi o sentinella sono tuttora strumenti efficaci a creare una cultura della segnalazione e del miglioramento.

In generale i rischi per i residenti sono considerati quale aspetto rilevante nel definire gli obiettivi ad esso correlati e gli interventi appropriati attraverso i comuni strumenti della pianificazione assistenziale dell'équipe multiprofessionale; l'attenzione fin da subito (PAI in ingresso) si concentra sui rischi di eventi sentinella (es. fuga, suicidio) e poi di eventi avversi di successivo riscontro, attivando miniéquipe su casi specifici.

In calce il riepilogo delle motivazioni focalizzate nel tempo che portano alla convocazione di équipe straordinarie:

- fine vita e palliazione;
- rivalutazione contenzioni/libertà;
- dolore/sofferenza;
- gestione del disturbo del comportamento (con possibilità di supporto di personale esperto in demenze);
- cambio stanze/convivenza/cambio nucleo;
- rientro dall'ospedale o instabilità clinica;
- fragilità del residente e/o della rete familiare;
- opportunità di approfondimenti diagnostici e/o trattamenti con impatto importante su residente/organizzazione;
- rivalutazione PAI.

– *L'incident reporting, la gestione degli eventi avversi, dei mancati eventi e degli eventi sentinella*

Nel 2022 sono stati individuate le tipologie di evento avverso e di evento sentinella e messo a regime un sistema di segnalazione.

Per i residenti: Incident Reporting, ovvero la rilevazione sistematica di qualsiasi evento che coinvolga i residenti e non già monitorato (es. aggressività verbale, agito aggressivo da parte di altro residente, infortunio), formalizzato nel documento da gennaio 2023.

Per il personale, invece, il modulo di rilevazione di QUASINFORTUNIO è stato esteso agli episodi, anche senza danno, di aggressività verbale e agito fisico da parte di residenti e/o familiari.

Entrambi gli strumenti sono adottati con modulo preimpostato di rilevazione/comunicazione tempestiva tramite mail interna ai responsabili.

La presa in carico tempestiva prevede una buona pratica ormai consolidata:

- intervento su lesioni fisiche all'infortunato se presenti;
- riduzione del fattore di rischio implicato nell'evento;
- presa in carico del vissuto delle persone coinvolte;
- comunicazione ai familiari dei residenti coinvolti;
- rimodulazione degli interventi di prevenzione;
- socializzazione con l'équipe della modalità di gestione;
- eventuali aspetti di risarcimento dei danni.

– *Altro*

Dal 2021 sono state introdotte 1) la segnalazione Whistleblower all'interno del protocollo operativo ed organizzativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite operate dal dipendente o dai lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'APSP e 2) una buona prassi per la presa in carico di segnalazioni di maltrattamento verso i residenti: modalità istruttoria, interventi a tutela del residente, comunicazione alla famiglia, supporto e gestione del residente, del familiare e dell'operatore, eventuale misura prevista dal contratto, chiusura e restituzione opportuna della segnalazione. Tale modalità di gestione è divenuta procedura condivisa con la direzione nel 2023.

## 2. Conciliazione tra cura e qualità della vita

- *Le buone prassi per la riduzione dell'impatto negativo dei trattamenti diagnostici, terapeutici ed assistenziali sulla qualità della vita delle persone*

Qualità della cura e qualità di vita sono strettamente interconnesse: quanto più le cure (trattamenti, assistenza) sono basate su evidenze e su Gold Standard, tanto più la qualità di vita ne risente positivamente. La qualità della vita d'altro canto guida la ricerca delle prestazioni appropriate alle scelte: volontà, prognosi del residente e vissuto dei suoi cari. I trattamenti oltre che appropriati divengono così opportuni. Il rischio di inappropriatezza, per eccesso o per difetto, è un obiettivo monitorato attraverso gli indicatori degli esiti delle prestazioni e interventi effettuati.

Questi indicatori sono gli indicatori clinici monitorati col supporto del Progetto "Indicare Salute" (UPIPA 2016 con piattaforma dedicata) che nel loro insieme compongono il quadro dell'appropriatezza clinica e assistenziale: cadute; contenzione fisica; dolore; cure di fine vita; nutrizione; lesioni da pressione; terapia farmacologica.

Inoltre, a titolo di esempio vengono osservati i dati relativi a:

- motivi e codici di accesso al Pronto Soccorso (ricoveri impropri);
- diari clinici e impostazioni di terapie (impatto dei trattamenti);
- scale di valutazioni di segni e sintomi nel fine vita (ESAS, DOLORE, RASS, QUALID in sperimentazione);
- attività di ricognizione e di riconciliazione terapeutica (appropriatezza e modalità di somministrazione opportuna);
- Piani Assistenziali Individualizzati e attivazione di Miniéquipe su casi.

Nel loro insieme gli indicatori clinici e assistenziali consentono la composizione di informazioni utili a governare i processi di cura: i dati e le informazioni raccolte consentono una sintesi dei risultati ottenuti.

Si apre il confronto nello staff di coordinamento socio-sanitario con l'analisi dei risultati in merito a: obiettivi, azioni, formazione e strumenti a supporto al fine di migliorare i risultati.

Le decisioni condivise con la direzione confluiscono nel Piano di Miglioramento. I Piani di Miglioramento prevedono a supporto formazione, consulenze di esperti

(neuropsicologa, psicologa, palliativista, geriatra, dietista, ...), supervisioni sui vissuti del personale, gruppi di lavoro con team multidisciplinari, supporto da progetti di sistema (UPIPA), adeguamenti ambientali e tecnologici, riorganizzazioni turnistiche o di orari, strumenti di integrazione specifici (riunioni, briefing, miniequipe, consulenze su casi).

I diari testimoniano il trasferimento della cultura di conciliazione e di attenzione alla qualità di vita.

Nel processo di autovalutazione previsto dal Marchio Q&B l'aspetto interessante è l'apprendimento a migliorare dall'esperienza come un effettivo processo di crescita professionale e tra pari ed esperti (Mortari, L. 2024. *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo della formazione*. Studi Superiori). In questo processo di costruzione del miglioramento della qualità il testo scritto dall'operatore testimonia il processo di apprendimento avvenuto e la cultura organizzativa in cui l'operatore è immerso. In particolare, l'oggetto delle registrazioni (solo informazioni tipo cronaca di fatti, oppure aspetti di contesto, relazionali, osservazioni su quanto esperito) e il lessico utilizzato compongono l'oggetto di analisi.

Il diario multiprofessionale testimonia se e quanto gli obiettivi del Piano di miglioramento hanno raggiunto la realtà quotidiana della vita nelle residenze.

---

### Esempio di Diari

1) Conciliazione per ridurre l'uso di contenzione fisica o farmacologica in persone affette da demenza

#### *Diario Operatore*

"Bagno con musica di sottofondo: eseguito bagno in un operatore, setting preparato in precedenza, musica rilassante e lampada cromatica e vaporizzatore essenze; utilizzata sedia attrezzata, curate le unghie delle mani. Comportamento: accetta fin da subito la procedura, tranquillo e rilassato esprime verbalmente il suo benessere. Autonomo per tutto il lavaggio, aiutato solo quando lo richiedeva; cute, nulla da segnalare, peso 99.4 Kg".

#### *Diario Educatore*

"Strategia protesica: da qualche giorno chiede che gli vengano restituiti <i soldi che ho prestato e che non mi hanno più ridato> identificando il responsabile nel <ragazzo dai capelli scuri che credo sia tuo fratello>. Rassicurato che avrei chiamato io stessa in banca per confermare l'avvenuta restituzione. Stampato il fac-simile e compilato con il suo nome e della banca Intesa San paolo l'ho consegnato; Subito si rilassa e dice <Oh, finalmente abbiamo chiuso questa storia!> Scendiamo a fare la fotocopia del documento e si dirige verso la portineria che riconosce come lo sportello della banca, il centralinista sta al gioco fa la fotocopia, mettiamo in busta e consegna il documento a Gino. Lo vedo sereno collocare la busta sul suo tavolino".

#### *Diario Infermiere*

“Affiancata dalla collega educatore durante la medicazione dopo il pranzo; Accompagno Maria in stanza e mentre la medico la collega la distrae parlando di cucina, di ricette con tono calmo e rilassato, ponendosi davanti alla residente in modo che non veda come procedo e cosa faccio; apprezza il contatto fisico rimane tranquilla fino alla fine”.

---

– *Il miglioramento dell'appropriatezza terapeutica, diagnostica, assistenziale*

Dal 2019 la nostra APSP è in partnership con APSS Trento servizio Cure Palliative domiciliari e Fondazione Hospice Cima Verde per l'attivazione di trattamenti di Musicoterapia quale terapia complementare nella rete delle cure palliative provinciali.

Dal 2019 l'approccio della rete delle cure Palliative è entrato a far parte della pianificazione condivisa con i residenti e le famiglie allo scopo di ridurre sia il rischio di abbandono delle cure sia ricoveri impropri e accanimenti diagnostici e terapeutici nelle persone in fine vita.

Dal 2022 sono stati offerti al personale momenti di informazione/formazione relativi alle pratiche più utili ai fini di maggiore appropriatezza; le riunioni sono occasione di apprendimento, rinforzo di buone pratiche, confronto costruttivo, ottimizzazione di pratiche e aggiornamento di procedure condiviso.

– *L'attenzione del personale (anche attraverso l'équipe) nella presa di decisioni che garantiscano la conciliazione tra cura e qualità della vita*

Le équipe multiprofessionali di cui fanno parte gli OSS, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori, Medico, Coordinatore assistenziale, Animatore sono il luogo del confronto multidisciplinare e delle decisioni che riguardano lo stare accanto a residenti e ai loro cari nelle fasi di malattia e di vita fino alla sua fine. Possono attivare al bisogno consulenza a supporto di Musicoterapeuta, Psicologo e Neuropsicologo, personale esperto dei nuclei demenze. Gli apporti dei singoli confluiscono in una visione riconciliata di cure che tiene conto dell'unicità della persona. I diari testimoniano il lavoro d'équipe di presa in carico personalizzata del residente e la logica di approccio.

Nella presa in carico globale della persona e della sua famiglia nel percorso di fine vita, l'intervento di Musicoterapia viene proposto dall'équipe quale terapia complementare con l'obiettivo di dare sollievo dal dolore fisico e dalla sofferenza psicologica, attraverso la condivisione di esperienze sonore musicali personalizzate sulla base dei desideri e dei bisogni espressi dalla persona. L'intervento spesso si caratterizza per una forte connessione con la medicina narrativa.

Infine, l'approccio sensoriale completa bene il supporto spirituale o lo spazio di elaborazione della propria vita.

### Esempio di un PAI di fine vita

#### Obiettivi:

- garantire il comfort, il controllo della sintomatologia dolorosa ed eventuale sintomi disturbanti;
- evitare interventi invasivi e non necessari.

#### Interventi:

*PPS/traiettoria di malattia:* PPS 40 %, PPI 5

*Riconciliazione terapeutica:* rivalutata la terapia comportamentale per garantire una maggior serenità della residente. Impostata TAB.

*ADL:* curare il comfort in tutte le attività di igiene evitando interventi invasivi nel rispetto della residente, intervenendo in un secondo momento o cambiando figura se non si presenta compliant.

*Alimentazione e idratazione:* peggioramento della capacità di deglutizione che appare rallentata. Assume cibi di consistenza frullato e liquidi di consistenza budino proposti in piccole porzioni. Si sospende immediatamente l'alimentazione in caso di tosse.

Alimentazione con alimenti volti al comfort, T\_\_ apprezza alimenti dolci, in particolare il budino.

I familiari e l'assistente sono autorizzati nell'aiutare la residente nell'imbocco, è utile assicurare un passaggio con inf per fornire indicazioni chiare per l'aiuto nell'alimentazione;

*Medicazioni palliative:* piccola escoriazione toracica, si applica cerotto duoderm in caso di necessità.

*Eliminazione:* indossa pannolone per incontinenza doppia, alvo regolare con lassativi al bisogno, agire con interventi locali solo se presenta segni e sintomi di subocclusione. Evitare manovre invasive, preferendo al bisogno la supposta di glicerina.

*Mobilizzazione/Comfort:* posizionato MAD per rischio di LDD, viene alzata in bascula nel pomeriggio valutando di volta in volta la volontà della residente. Teresa preferisce quando alzata rimanere in stanza, ha più volte espresso il suo disagio nello stare in luoghi frequentati dagli altri residenti (sala da pranzo).

*Sicurezza:* si alzano le mezze spondine superiori a letto; non presenti contenzioni quando alzata in bascula.

*Musicoterapia nel fine vita:* segnalata nel progetto di musicoterapia nel fine vita.

*Dolore e altri sintomi da controllare:* non riferisce dolore.

#### *Cura dell'ambiente:*

- garantire un'ambiente di vita tranquillo, poco rumoroso e con pochi stimoli pre-diligendo la stanza;
- vicinanza privilegiando il linguaggio non verbale. T\_\_ non gradisce la vicinanza fisica, evitare per quanto possibile il contatto fisico;
- in particolare nel pomeriggio manifesta ansia alimentata dalla grave ipoacusia. Verificare che gli apparecchi acustici siano sempre carichi, funzionanti e posizionati correttamente. Alla sera ricordare sempre a T\_\_ che gli apparecchi acustici vengono messi in carica e verranno riposizionati al mattino;
- monitorare la convivenza con la compagna di stanza che viene spesso disturbata dai suoi vocalizzi in particolare al pomeriggio;

- la TV in stanza va accesa solo se la residente lo richiede, può essere proposta togliendo il volume data la grave ipoacusia e proponendo programmi adeguati per non alimentare lo stato di ansia (documentari, programmi di cucina).

*Rete familiare:* Molto presenti le figlie S\_\_\_ e D\_\_\_ e a volte i nipoti. Si offrono colloqui di ascolto e sostegno formali e informali da parte dell'EP. Colloqui strutturati e al bisogno da parte delle diverse figure dell'equipe, vanno informate tempestivamente rispetto alla situazione e ai cambiamenti correlati. Le figlie vanno sostenute nella quotidianità, emotivamente provate della situazione di aggravamento.

Effettuato colloquio strutturato alla presenza del medico e condiviso il percorso di accompagnamento.

*Supporto spirituale:* segnalato a Don \_\_\_\_ che effettua visite settimanali in stanza. T\_\_\_ è molto credente.

L'operatore di animazione offre quotidianamente attività di compagnia in stanza, favorendo la presenza a più riprese per brevi momenti.

Esempio di diario di Musicoterapia

DIARIO DI MUSICOTERAPIA 29/05/2024: effettuata seduta in stanza, signora a letto, ha appena finito la merenda è ben sveglia e reattiva. La seduta di oggi ha avuto una durata maggiore rispetto alle precedenti (40 minuti circa). La signora ha apprezzato molto l'intervento raccontando di sé, della famiglia di origine (madre, padre, 5 sorelle), di episodi di vita quotidiana piacevoli e meno piacevoli. Ha condiviso la sua filosofia di vita molto associata alla musica (musica per creare armonia fra le persone, nella vita di tutti i giorni, per ritrovare energia, per avere consolazione e conforto, etc.). Canta due volte nell'arco dell'incontro una canzone in tedesco che cantava sempre sua madre al mattino. Le propongo due ascolti sonoro-musicali legati alla sua narrazione (e anamnesi s/m che ne emerge): una "lullaby" di Mozart e un'aria sempre di Mozart tratta dall'opera "Il flauto magico" in lingua tedesca: esprime estremo piacere durante e dopo l'ascolto, dice che ha fatto "un'esperienza di estrema bellezza". Ci diamo appuntamento alla prossima settimana.

---

### 3. Completezza delle informazioni sanitarie assistenziali

- *L'evidenza della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali*

Sono a sistema momenti e strumenti vari per ricevere / ottenere informazioni di carattere clinico assistenziale e di qualità di vita; la procedura ormai consolidata di incontrare i residenti e/o loro cari nelle fasi di complessità o variazioni significative o aspetti di carattere relazionale per un confronto costruttivo sulle scelte di diagnosi e trattamento da affrontare trova registrazione nei diari socio-sanitari che ne costituiscono l'evidenza più sicura.

- *La percezione della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali*

Monitorando i momenti sistematici di incontro con le famiglie (colloqui post PAI) rimane comunque rilevante verificare la percezione di ricevere le informazioni desiderate; quest'ultima si rileva nei colloqui, nei focus group dedicati ai residenti

(ogni 2 mesi) e ai familiari (1 annuale) con domande specifiche e dirette sull’argomento.

Dai verbali di 2 focus group dedicati ai familiari nei due nuclei per persone affette da demenza e da un FG dedicato ai residenti si ricavano i contenuti presentati nella Tabella 3.

<p>Item Focus Group Familiari</p> <p>Percezione della possibilità di partecipare alla gestione socio assistenziale e della possibilità di essere informati circa la situazione del familiare</p> <p>Domande stimolo</p> <p>Come vi sembra la possibilità di partecipare alla gestione del familiare sia nel quotidiano sia attraverso i colloqui di condivisione del PAI? Come vi risulta la possibilità di essere informati sulla situazione?</p>	<p>16/05/2023</p> <p><i>Testimoniate esperienze di coinvolgimento del caregiver come parte dell'équipe di cura; vissuti molto positivamente i colloqui post PAI in particolare con l'inf. XXX e la dott.ssa YYYY.</i></p> <p><i>Vengono offerte strategie di comunicazione di loro stessi con i propri cari che risultano efficaci con grande sollievo e soddisfazione.</i></p> <p><i>Percepiti adeguati gli incontri ed il coinvolgimento e le informazioni che sono richieste e che sono ricevute.</i></p> <p><i>“Se non si trova uno si trova l'altro”.</i></p> <p><i>“C'è sempre qualcuno a cui portare le proprie preoccupazioni”.</i></p> <p><i>Desiderano ripetere questo tipo di incontri (focus) anche in autunno.</i></p> <p><i>Parlano della “buona reputazione” che ha la struttura all'esterno.</i></p>
	<p>15/02/2024</p> <p><i>Non rilevate criticità, alcuni non hanno partecipato prima; ringraziano per la costante disponibilità e riscontro dall'équipe.</i></p> <p><i>Sono informati tempestivamente di ogni cosa significativa accade al loro caro.</i></p> <p><i>Va bene attuale coinvolgimento post PAI e in incontri come questo.</i></p> <p><i>Raccomandano di proseguire con il livello di protezione dei loro cari, percepiti come sereni, sicuri e ben accuditi; pur con il decadimento della malattia li percepiscono migliorati.</i></p>
<p>Incontro con i residenti “Vita in struttura”</p>	<p>01/03/2023</p> <p><i>La signora XXXX chiede come mai gli operatori e i familiari hanno ancora la mascherina, spiegato che la legge per il momento non prevede ancora la possibilità di toglierla in quanto la nostra struttura ospita persone fragili ed è un dispositivo di protezione. Si aggiungono altri residenti che sottolineano la difficoltà nel comprendere il linguaggio verbale e l'impossibilità di cogliere la bellezza dei volti di ognuno.</i></p>

Tabella 3

– *Le modalità di gestione del consenso informato*

Residuali le pratiche cliniche per cui vi sia obbligo di consenso informato in senso stretto (scritto e firmato); tuttavia sono ampie le aree in cui l'équipe informa e condivide con il residente e la sua famiglia gli approcci di diagnosi, trattamento e assistenza; essi sono personalizzati e non standardizzabili per definizione; in particolare l'approccio e la sinergia tra trattamenti simultanei e palliativi nel fine vita trova ampie declinazioni di “consenso informato” che trova nei diari clinici le proprie documentazioni.

Finito di stampare  
nel mese di SETTEMBRE 2024 da



per conto di Pensa MultiMedia® • Lecce  
[www.pensamultimedia.it](http://www.pensamultimedia.it)

Con l'invecchiamento dell'Europa si prevede che il numero di persone che necessitano di assistenza a lungo termine aumenterà a 38,1 milioni nel 2050. Per quanto riguarda la situazione italiana, secondo i dati ISTAT al 1° gennaio 2024, gli anziani rappresentano circa il 24% della popolazione totale. Questo dato riflette un continuo invecchiamento demografico e rende l'Italia uno dei Paesi più "vecchi" dell'Unione Europea, in cui circa 3,8 milioni di over 65 presentano una grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane. Inoltre, il 33,3% degli over 65 e il 47,7% degli over 85 soffrono di gravi patologie croniche e multimorbilità.

Questi fenomeni, oltre al cambiamento delle attitudini dei cittadini, sempre più informati e quindi esigenti, richiedono un ripensamento dei servizi di assistenza rivolti alle persone anziane, che devono essere in grado non solo di rispondere a requisiti minimi richiesti dagli attuali sistemi di accreditamento e/o di certificazione, ma soprattutto di attuare valori volti a migliorare la qualità della vita e del benessere delle persone anziane. Da qui nasce l'interesse portato al Marchio Qualità & Benessere, protagonista di questa pubblicazione, in quanto rappresenta un modello di valutazione in grado di integrare diverse forme valutative – autovalutazione, valutazione esterna, valutazione partecipata e valutazione tra pari – e che mette in primo piano, persegue e "misura" i valori fondamentali per garantire la qualità della vita e del benessere delle persone anziane che vivono in strutture residenziali.

