



FONDAZIONE
OSPEDALE CIVILE
DI GONZAGA

Relazione Risk Management anno 2022

Introduzione

Analogamente agli anni precedenti per l'anno 2022 la FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA ha ritenuto indispensabile proseguire il percorso di "governo clinico" (inteso come valorizzazione del ruolo e delle responsabilità di tutti gli operatori per la promozione della qualità della prestazione sanitaria). Ciò presuppone necessariamente il superamento di comportamenti individualistici ed il superamento altresì del concetto di colpa/responsabilità individuale in favore di un nuovo concetto di approccio al sistema (analisi sistematica degli errori con feed-back positivo sugli operatori).

Risk management: rappresenta l'insieme di attività cliniche ed amministrative per identificare, valutare e ridurre il rischio di danno ai pazienti, ai famigliari, agli operatori ed il rischio di perdite per l'organizzazione.

Ogni operatore all'interno di una Struttura sanitaria o socio sanitaria, opportunamente informato, deve essere in grado di contribuire alla strategia di riduzione degli incidenti e o degli errori.

Struttura operativa

La Fondazione è dotata di 50 posti letto (30 posti di Riabilitazione Generale/Geriatria e 20 posti di Riabilitazione di mantenimento), suddivisi per complessità clinico-assistenziale in tre nuclei:

- nucleo B (20 posti letto ad alta intensità)
- nucleo C (15 posti letto a bassa intensità)
- nucleo D (15 posti letto a media intensità).

E' presente inoltre il nucleo A, costituito da 22 posti letto di RSA, al quale si aggiungono 2 posti letto di "sollevio".

La Struttura di Riabilitazione opera come Unità di Cure Intermedie, quindi accogliendo pazienti post-acuti di provenienza prevalentemente ospedaliera e pazienti pre-terminali o terminali, ad alta intensità assistenziale.

All'interno della palestra, (attrezzata per attività di riabilitazione neuromotoria), operano n.7 Terapisti della Riabilitazione (di cui 1 Coordinatrice), formati in particolare nell'ambito della Riabilitazione Geriatrica.

Tutti i pazienti, all'ingresso in struttura, sono sottoposti di routine a Visita Specialistica Fisiatica da parte di Medici Specialisti operanti presso il Reparto di Riabilitazione Specialistica dell'Ospedale di Suzzara e convenzionati con questa Fondazione in regime

libero professionale; per tutti i pazienti inoltre, indipendentemente dal motivo del ricovero, è previsto all'ingresso l'esecuzione di ECG ed ampia batteria di esami di laboratorio.

Al 31.12.2022 l'organico dei 4 nuclei è costituito da n. 11 Infermieri (oltre ad una Coordinatrice Infermieristica), n. 31 operatori ASA/OSS (tra questi è stata individuata la figura di Coordinatrice Assistenziale).

Oltre al Direttore Sanitario, sono presenti n. 4 Medici, ognuno dei quali responsabile di un nucleo. I Medici si avvalgono dell'opera di una Educatrice, di una Logopedista e, all'occorrenza, di tutti gli specialisti operanti presso il contiguo Poliambulatorio gestito dalla Fondazione (ORL, Cardiologo, Neurologo, Oculista, Pneumologo, Urologo, Chirurgo Generale, Ginecologo, Dermatologo, Ematologo, ecc.).

Presso il suddetto Poliambulatorio è operante un Servizio di Radiologia in grado di eseguire con sollecitudine indagini radiologiche tradizionali ed esami ecografici.

Presso il Poliambulatorio inoltre è attivo il Punto Prelievi, gestito da Laboratorio Analisi esterno, al quale afferiscono i prelievi dei degenti dei diversi nuclei con referto disponibile entro le ore 14,00 del giorno di prelievo: ciò è fondamentale in particolare per il tempestivo monitoraggio dei pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO).

RICOVERI ANNO 2022										
	INGRESSI		UTENTI		DECESSI		DIMISSIONI		TRASFERIMENTI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Cure Inermedie										
RG/RGG	74	92	78	115	8	4	48	81	13	11
RM	34	74	39	87	4	4	22	69	5	4
Totale	108	166	117	202	12	8	70	150	18	15
RSA	0	7	5	24	0	6	0	2	0	0
Totale	7	7	29	24	6	6	2	2	0	0
SOLLIEVO	5	7	5	9	0	0	4	9	0	0
Totale	12	7	14	9	0	0	13	9	0	0

Gestione del Risk Management in Struttura

Il gruppo di lavoro per la gestione del Risk Management si è costituito nel Gennaio 2013 (vedi Relazione a suo tempo inviata) e comprende diverse figure professionali al fine di garantire la multidisciplinarietà.

Al 31.12.2022 il gruppo risulta composto da:

- Roberto Pedrazzoli, Direttore Sanitario e Referente;
- Cinzia Fiumefreddo, Coordinatrice infermieristica;
- Barbara Sacchi, Infermiera di Direzione Sanitaria;
- Erika Caffagni, Coordinatrice Fisioterapisti;
- Gardini Beatrice, infermiera;
- Marinella Vincenzi, Coordinatrice OSS.

Il Gruppo Risk Management ha confermato per il 2022 l'attività nei seguenti campi di applicazione:

- Le infezioni ospedaliere: compilazione della "scheda di segnalazione infezioni" per ogni caso di infezione insorto dopo 48 ore dal ricovero in struttura, effettuazione della indagine di prevalenza concordata per il giorno 18 ottobre 2022, disamina finale delle infezioni ospedaliere nel corso dell'anno.
- Gestione e controllo dei mezzi di protezione.
- Monitoraggio cadute.
- Monitoraggio di approvvigionamento, conservazione e somministrazione dei farmaci.
- Adesione al progetto "Prevenzione dei maltrattamenti".

Nelle periodiche riunioni di Reparto, alla presenza dei Medici e delle Coordinatrici, è stata ribadita a tutto il personale la necessità della costante e corretta applicazione della metodologia di raccolta dell'incident reporting.

Le relative schede di segnalazione sono a disposizione di tutto il personale nella guardiola del reparto A per il primo piano e nella guardiola del reparto B per il secondo piano.

Il gruppo del Risk Management si è riunito periodicamente per esaminare le varie segnalazioni e per individuare e suggerire gli eventuali provvedimenti correttivi.

Come negli anni precedenti la restituzione agli operatori dei dati complessivi per l'anno 2022 sarà effettuata con l'esposizione di schede riassuntive nelle guardiole dei vari reparti.

Progetti 2022

Come concordato, i campi di applicazione dell'anno 2022 hanno riguardato la gestione ed il controllo dei mezzi di protezione e tutela (contenzione) del paziente e le infezioni ospedaliere e correlate all'assistenza. La fase operativa era stata preceduta da una fase di formazione specifica su tali argomenti nel corso degli anni precedenti.

1) I mezzi di tutela a protezione del paziente sono applicati esclusivamente previa prescrizione medica in casi particolari e comprendono:

- mezzi di tutela fisica (riducono e controllano i movimenti);
- mezzi di tutela chimica (farmaci che modificano il comportamento);

E' stato più volte ribadito che il ricorso alla tutela fisica deve essere inteso come metodo non routinario: è indicato esclusivamente quando il comportamento del paziente rappresenta un immediato pericolo per sé o per gli altri (pazienti ed operatori), al fine di prevenire auto ed eterolesionismo, quando è in pericolo la sua sicurezza in quanto a rischio di cadute accidentali nel tentativo di alzarsi o camminare.

Da segnalare che, al fine di prevenire cadute accidentali, sono costantemente applicate, quando possibile, le modifiche ambientali (strisce antidrucciolo, idonea illuminazione, uso di calzature idonee, minore altezza dei letti...).

2) Le infezioni ospedaliere sono le complicanze più frequenti e gravi dell'assistenza sanitaria (definite tali quando insorte almeno 48 ore dopo il ricovero). Sono a rischio infezione i pazienti e, in misura minore, tutto il personale. Risultano fattori favorevoli l'età avanzata, la presenza di pluripatologie, malattie croniche associate, malnutrizione, alterazioni più o meno gravi dello stato di coscienza.

L'80% delle infezioni ospedaliere riguarda 4 sedi principali: il tratto urinario, le ferite chirurgiche e le lesioni da pressione, l'apparato respiratorio e le infezioni sistemiche.

Gestione e controllo dei mezzi di protezione (Tabella 1)

L'utilizzo dei mezzi di protezione e tutela dell'ospite (RSA) o del paziente ricoverato è regolato da specifica procedura che descrive caratteristiche tecniche, criteri di utilizzo ed istruzioni operative rivolte a tutti gli operatori. E' stata disciplinato con apposita procedura il problema del consenso informato (nei pazienti non in grado di esprimersi autonomamente) e relativo iter per la nomina dell'Amministratore di sostegno.

Le contenzioni ed i relativi controlli (verifiche, consenso informato), sono documentati all'interno del FASAS: ciò consente la raccolta sistematica dei dati.

I dati relativi agli anni precedenti sono riportati nella tabella 1, allegata alla presente relazione.

Infezioni Ospedaliere e correlate all'assistenza (Tabella 2)

Come da programma annuale, in data 18 ottobre 2022 è stata eseguita l'indagine di prevalenza, tramite l'uso delle schede proposte.

In tale data risultavano presenti da almeno 48 ore, complessivamente n. 67 ospiti.

I dati relativi sono riportati nella tabella 2, allegata alla presente relazione.

Monitoraggio infezioni ospedaliere (Tabella 3)

Nel corso del 2022 è proseguita la raccolta delle schede (compilate a cura del Direttore Sanitario su segnalazione dei Medici di Reparto); sono state raccolte complessivamente n. 112 schede, in netto calo rispetto all'anno precedente.

L'esame complessivo delle schede evidenzia:

- che, come atteso, il numero maggiore di schede di segnalazione proviene dal nucleo B (ossia dal nucleo a maggiore complessità clinico-assistenziale e maggiore numero di posti letto);
- nessun caso di infezione da "clostridium difficile";
- persistenza in tutti i reparti, a partire dal mese di gennaio 2022, di infezioni respiratorie (sintomo di esordio assieme alla febbre del maggior numero di casi Covid-19).

I dati relativi sono riportati nella tabella 3, allegata alla presente relazione.

Per maggior completezza è stata compilata una scheda che riporta sinteticamente gli antibiotici utilizzati nei vari tipi di infezione (Tabella 4).

Monitoraggio Incident Reporting anno 2022 (Tabella 5)

Nel corso dell'anno 2022 sono state raccolte complessivamente n. **32** schede; come atteso, il maggior numero di segnalazioni proviene dal Nucleo B (nucleo a maggior numero di posti letto e a maggiore complessità clinica), e la tipologia più frequente è quella relativa alle cadute.

Sono pervenute:

n. **8 schede** relative al percorso farmaci (4 codice bianco, 1 codice giallo, 3 codici verdi) eventi che non hanno causato danni per la tempestiva applicazione di azioni correttive;

- n. **2 schede** (codice rosso) relative ad errori nella esecuzione/gestione dei prelievi ematici e del loro conferimento al punto prelievi del laboratorio;
- n. **0 schede** relative al non corretto smaltimento di rifiuti speciali;
- n. **2 schede** relative al non corretto utilizzo di attrezzature (è stata ribadita agli operatori la corretta modalità);
- n. **20 schede** sono da attribuire alla problematica “cadute” o “rischio cadute”.

Sul tema ritengo siano opportune alcune considerazioni:

- nell’ambito delle cadute sono raggruppati eventi di varia gravità, dal semplice tentativo di alzarsi in autonomia (nonostante le indicazioni del personale) e senza conseguenze, alle cadute vere e proprie con contusioni, ferite, fratture;
- le cadute sono principalmente dovute a comportamenti autonomi (e non prevedibili) del degente;
- le cadute si confermano l’evento negativo più frequente, in grado di alterare un precario equilibrio e portare alla perdita dell’autonomia personale;
- una volta “bonificato”, per quanto possibile, l’ambiente ospedaliero da fattori di rischio modificabili, rimane a tutto il personale l’imperativo di maggiore attenzione/controllo, in particolare sul degente a maggior rischio (cadute precedenti, deficit cognitivo...).

Si evidenzia che il lieve ma costante calo delle segnalazione nel corso degli ultimi anni, suggerisce la necessità di una ulteriore informazione al fine di segnalare ogni evento anche solo potenzialmente pericoloso.

Si ribadisce la necessità di un preciso inquadramento del grado di autosufficienza e dello stato cognitivo dei pazienti già a partire dalla corretta e puntuale compilazione della Scheda Unica di Invio in IDR, da parte del sanitario inviante.

Inoltre il medico che accoglie è tenuto ad informare tempestivamente l’infermiere di reparto sul teorico rischio cadute del nuovo ingresso con relative indicazioni di misure di prevenzione: il tutto deve essere riportato nel diario medico e nella consegna infermieristica.

I dati relativi alle cadute sono riportati nella tabella 6, allegata alla presente relazione.

Riconciliazione della terapia farmacologica.

Come previsto, nel corso del 2022 è proseguita l’applicazione alla “Raccomandazione n. 17” suggerita dal Ministero della Salute, con la compilazione della relativa scheda da parte del medico che accoglie il paziente, sia in IDR che in RSA.

Gestione dell'emergenza da Covid-19

Considerazioni generali

Fin dall'inizio dell'emergenza Direzione Generale e Direzione Sanitaria hanno affrontato le molteplici problematiche cliniche e organizzative di volta in volta presentatesi e hanno ottemperato alle direttive via via impartite dai diversi organi istituzionali attraverso un lavoro di gruppo multidisciplinare che ha coinvolto diverse figure e ruoli aziendali in collaborazione tra loro.

Sono state formalizzate procedure e protocolli idonei a garantire la correttezza dei processi in tutte le fasi di gestione dell'emergenza Covid-19. In particolare sono stati presidiati i seguenti aspetti: stima del fabbisogno e approvvigionamento dei DPI, formazione specifica del personale, controllo del rispetto delle precauzioni, gestione del caso Covid positivo, gestione del caso sospetto, gestione dei contatti.

Nel corso del 2022 è stata costante l'attività del **Gruppo Operativo Multidisciplinare (G.O.M.)**, al quale sono stati affidati i seguenti compiti:

- individuare e formalizzare le misure organizzative (disposizioni/protocolli/procedure) generali e specifiche sia preventive che in presenza di casi sospetti o probabili/confermati di Covid-19;
- rafforzare i programmi e i principi fondamentali di prevenzione e controllo delle ICA, in particolare del Covid-19;
- provvedere alla formazione e addestramento del personale per la corretta adozione delle misure di prevenzione e protezione;
- sensibilizzare operatori, degenti ed eventuali visitatori a tenere comportamenti corretti;
- programmare il fabbisogno di DPI e provvedere al loro approvvigionamento;
- monitorare l'implementazione e l'osservanza delle indicazioni fornite e delle disposizioni impartite.

I **Piani Organizzativi Gestionali (P.O.G.)** redatti nel 2020 sono stati costantemente integrati ed aggiornati nel corso dell'anno a seguito degli aggiornamenti normativi e dell'andamento della situazione emergenziale, intervenendo in particolare sugli aspetti sotto elencati.

- Individuazione criteri per la presa in carico progressiva di nuovi ospiti e individuazione di percorsi e modalità di accoglienza di ospiti nuovi o di rientro dopo trasferimento presso altra struttura/ricovero ospedaliero.
- Individuazione delle modalità di accesso degli operatori e di eventuali altri soggetti esterni.
- Adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l'uso dei DPI per operatori, ospiti/pazienti ed eventuali altri soggetti esterni, in base al profilo di rischio.
- Adozione delle procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione a SARS-CoV-2 di tutti gli operatori.
- Adozione delle precauzioni standard e specifiche nell'assistenza a tutti gli utenti e loro monitoraggio clinico/laboratoristico.
- Gestione di eventuali casi positivi o sospetti di COVID-19 tra ospiti/pazienti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni.

- Gestione della sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti e apparecchiature, oltre alla verifica delle caratteristiche di areazione dei locali e degli impianti di ventilazione/climatizzazione.
- Predisposizione di specifici piani di informazione e formazione per la prevenzione da SARS-CoV-2 rivolti a tutte le tipologie di operatori e predisposizione di piani di informazione rivolti ai visitatori.
- Aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D.Lgs. 81/08 e degli eventuali adempimenti conseguenti.
- Procedure per il rientro anche temporaneo a domicilio.
- Procedure per l'invio in ospedale.
- Accesso alla struttura da parte di famigliari/caregivers.
- Gestione della campagna vaccinale anti Covid-19.

Andamento epidemiologico della Infezione Covid-19.

Nel corso del 2022 sono stati via via regolarmente aggiornati i relativi protocolli secondo le indicazioni degli organi competenti.

E' stata eseguita la campagna antinfluenzale.

Nel corso del 2021 erano stati sospesi 3 operatori per rifiuto alla vaccinazione:

-il fisioterapista, sospeso il 14/06/2021, ha ripreso servizio il 01/11/2022;

-l'animatrice, sospesa dal 11/10/2021, ha ripreso il 01/11/2022;

-l'infermiera sospesa il 14/06/2021, doveva prendere servizio il 01/11/2022 ma non è rientrata.

Nel corso del 2022 RSA ed IDR sono risultate Covid free fino al 28/10/2022, quando si è positivizzata la prima paziente in IDR; a partire da quel giorno si sono positivizzati a tutto il 31/12/2022 numero 5 ospiti RSA (guariti in Struttura) e numero 39 pazienti IDR (di questi 4 sono stati trasferiti in strutture ospedaliere, 3 di questi sono rientrati ed uno risulta deceduto)

Clinica

Nell'impossibilità di eseguire emogasanalisi arteriosa ed indagini radiologiche, è stata data particolare importanza alla sorveglianza clinica di tutti i pazienti, in particolare con il monitoraggio regolare della temperatura corporea e della funzione respiratoria (saturimetria, controllo della frequenza respiratoria).

Per i pazienti sintomatici o paucisintomatici è stato adottato atteggiamento di vigile attesa.

Obiettivi per l'anno 2023.

Compatibilmente con le limitazioni imposte dalla pandemia il Gruppo Risk Management propone di:

- continuare a rafforzare/sensibilizzare su tutti gli operatori il concetto di risk management per migliorare la puntuale opera di segnalazione;
- ripercorrere ancora una volta con il personale infermieristico il percorso farmaci (in particolare per quanto riguarda modalità e tempi di somministrazione e le procedure aziendali relative);
- coinvolgere quando possibile i famigliari, come misura alternativa nella riduzione del numero delle contenzioni;

- proseguire le verifiche ambientali per appurare la persistenza di eventuali fattori di rischio favorevoli alle cadute;
- proseguire nel monitoraggio delle cadute e predisporre un protocollo di prevenzione condiviso come da suggerimenti della Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute (“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”);
- proseguire nel percorso di analisi e prevenzione dei maltrattamenti, anche a mezzo della apposita check-list predisposta
- applicazione della Raccomandazione n. 19/2019 del Ministero della Sanità denominata “Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide”.
- Nel corso del 2023, per prevenire lo stato di malnutrizione degli ospiti RSA si propone la prosecuzione del progetto “Nutrizione e salute” (vedi allegato).
- Attuazione del progetto “Allenamento alla memoria”, predisposto in collaborazione fra animatrice e logopedista .(vedi allegato).

Per quanto riguarda la pandemia da Covid-19 sarà compito della Direzione Sanitaria mantenere/implementare tutte le misure atte a prevenire l’insorgenza di casi positivi all’interno della struttura.

Come per gli anni precedenti, sarà inoltre compito della Direzione Sanitaria prestare attenzione al miglioramento del clima organizzativo incentivando la collaborazione ed il coinvolgimento, anche quali azioni di prevenzione dei maltrattamenti.

Inoltre, al fine di prevenire/contrastare situazioni di burn-out (molto spesso alla base di episodi di maltrattamento), nel 2023 riprenderà, compatibilmente con l’andamento della pandemia, la presenza in Struttura della psicologa dr.ssa Chicconi, (c.d. Punto d’ascolto) a disposizione degli operatori che ne faranno richiesta, quale supporto psicologico su tematiche non solo professionali ma anche personali.

Gonzaga, 25.03.2023

Il Direttore Sanitario
Dr. Roberto Pedrazzoli

Allegati:

- Tabella 1
- Tabella 2
- Tabella 3
- Tabella 4
- Tabella 5
- Tabella 6
- Progetto “Nutrizione e salute”
- Progetto “Allenamento alla memoria”.

Risk Management 2022 - Tabella 1

Gestione e controllo mezzi di protezione

Reperti/ Posti Letto	Spondina				Cintura Pelvica				cintura/banchetto				Danni riscontrati			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
	Rep. A •22 p.l. RSA •02 pl Soll.	19	23	25	26	4	4	8	7	2	3	4	5	0	0	0
Rep. B •20 p.l. CURE INTERMEDIE. Alta Intensità	23	23	19	24	18	13	12	13	4	3	4	2	0	0	0	0
Rep. C •15 p.l. CURE INTERMEDIE. Bassa Intensità	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rep. D •15 p.l. CURE INTERMEDIE Int. Intermedia	21	10	11	12	8	5	6	5	0	0	1	0	1	0	0	0
TOTALE Contenzioni	63	49	63	63	30	22	26	25	6	6	9	7	1	0	0	0

Legenda:

p.l. =posti letto

Risk Management 2022 - Tabella 2 INDAGINE DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE del 18/10/2022

OSPITI RSA N° 24 (22 + 2 Posti Letto di Sollievo)

OSPITI CI N° 43 (RGG 22 + RM 21)

OSPITI TOTALI N° 67

INFEZIONI IN CORSO:

- TRATTO URINARIO N°1
(infezione da EColi in trattamento con Ciprofloxacina 250 mg x 2).
- CUTE N°1
(infezione da Proteus M. in trattamento con Ceftazidime ev).

Portatori di catetere vescicale	7
Portatori di catetere vascolare	2
Portatori di stomie del tratto intestinale/urinario	0
Portatori di PEG	0
Portatori di SNG	0
Portatori di tracheostomia	0
Portatori di L.D.D. (non infette)	6
Portatori di altre ferite (chirurgiche non infette)	4
Affetti da incontinenza urinaria e/o fecale	46
Affetti da disorientamento spazio / tempo	37
Deambulanti	39
In carrozzina	25
Allettati	3

Relazione Risk Management 2022 - Tabella 3

Infezioni ospedaliere
e correlate all'assistenza

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Numero totale	109	134	107
	33 casi, di cui	39 casi, di cui	33 casi, di cui
Nucleo A Posti Letto 22 + 2	Inf. Respiratorie: 22 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 4 • femmine: 18 Inf. Urinarie: 7 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 5 Inf. Gastrointestinali: 4 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 2 	Inf. Respiratorie: 28 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 9 • femmine: 19 Inf. Urinarie: 8 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 6 • femmine: 2 Inf. Gastrointestinali: 3 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 1 • femmine: 2 	Inf. Respiratorie: 24 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 4 • femmine: 20 Inf. Urinarie: 6 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 4 • femmine: 2 Inf. Gastrointestinali: 3 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 1 • femmine: 2
	45 casi, di cui	59 casi, di cui	50 casi, di cui
Nucleo B Posti Letto 20 Nucleo ad Alta intensità	Inf. Respiratorie: 28 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 18 • femmine: 10 Inf. Urinarie: 7 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 3 femmine: 4 Inf. Clostridium diff.: 0 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 0 femmine: 0 Inf. di sito chirurgico: 3 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 1 • femmine: 2 Inf. della cute: 4 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 1 • femmine: 3 Inf. Gastrointestinali: 3 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 1 	Inf. Respiratorie: 38 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 26 • femmine: 12 Inf. Urinarie: 9 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 4 • femmine: 5 Inf. Clostridium diff.: 0 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 0 • femmine: 0 Inf. di sito chirurgico: 6 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 4 • femmine: 2 Inf. della cute: 3 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 1 Inf. Gastrointestinali: 3 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 1 	Inf. Respiratorie: 28 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 18 • femmine: 10 Inf. Urinarie: 9 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 6 • femmine: 3 Inf. Clostridium diff.: 0 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 0 • femmine: 0 Inf. di sito chirurgico: 7 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 4 • femmine: 3 Inf. della cute: 4 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 2 Inf. Gastrointestinali: 2 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 1 • femmine: 1
	11 casi, di cui	14 casi, di cui	9 casi, di cui
Nucleo C Posti Letto 15 Nucleo a Bassa Intens.	Inf. Respiratorie: 9 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 5 • femmine: 4 Inf. Urinarie: 2 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 1 • femmine: 1 	Inf. Respiratorie: 10 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 6 • femmine: 4 Inf. Urinarie: 4 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 2 	Inf. Respiratorie: 6 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 4 • femmine: 2 Inf. Urinarie: 3 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 1
	13 casi, di cui	22 casi, di cui	15 casi, di cui
Nucleo D Posti Letto 15 Nucleo a Media intens.	Inf. Respiratorie: 11 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 6 • femmine: 5 Inf. Urinarie: 2 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 1 • femmine: 1 	Inf. Respiratorie: 18 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 10 • femmine: 8 Inf. Urinarie: 4 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 2 	Inf. Respiratorie: 10 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 7 • femmine: 3 Inf. Urinarie: 4 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 2 • femmine: 2 Inf. Gastrointestinali 1 <ul style="list-style-type: none"> • maschi: 0 • femmine: 1

Relazione Risk Management 2022 - Tabella 4

Trattamenti antibiotici utilizzati

Tipologia infezioni	TOT	M	F	Trattamento utilizzato
Infezioni respiratorie	68	34	28	13 Amoxicillina/Ac. Clavulanico 21 Ceftriaxone 18 Tazobactam/Piperacillina 14 Azitromicina 02 Altri
Infezioni urinarie	22	14	8	15 Ciprofloxacina 03 Ceftriaxone 04 Fosfomicina
Infezioni gastrointestinali	06	02	04	06 (Sulfametossazolo / Trimetoprim)
Infezioni da CL. Difficile	0	0	0	
Infezioni di sito chirurgico	07	04	03	01 Ciprofloxacina 01 Piperacillina/Tazobactam 01 Vancomicina 04 Meropenem
Infezioni della cute	04	02	02	01 Ciprofloxacina 01 Tazobactam/Piperacillina 02 Meropenem



Relazione Risk Management 2022 - Tabella 5
Schede di Incident Reporting

	Anno 2018	2019	2020	2021	2022
Numero totale	64	60	48	44	32
Tipologia	<ul style="list-style-type: none"> per cadute: 54 per farmaci: 03 altre: 07 	<ul style="list-style-type: none"> per cadute: 42 per farmaci: 08 utilizzo attrezzi: 02 smalt. rifiuti: 03 prelievi: 05 	<ul style="list-style-type: none"> per cadute: 37 per farmaci: 04 utilizzo attrezzi: 02 smalt. rifiuti: 02 prelievi: 03 	<ul style="list-style-type: none"> per cadute: 28 per farmaci: 06 utilizzo attrezzi: 03 smalt. rifiuti: 03 prelievi: 04 	<ul style="list-style-type: none"> per cadute: 20 per farmaci: 08 utilizzo attrezzi: 02 smalt. rifiuti: 0 prelievi: 02
Per Codice	<ul style="list-style-type: none"> Rosso: 02 Giallo: 02 Verde: 57 Bianco: 03 	<ul style="list-style-type: none"> Rosso: 05 Giallo: 00 Verde: 54 Bianco: 01 	<ul style="list-style-type: none"> Rosso: 03 Giallo: 00 Verde: 42 Bianco: 03 	<ul style="list-style-type: none"> Rosso: 04 Giallo: 00 Verde: 39 Bianco: 01 	<ul style="list-style-type: none"> Rosso: 03 Giallo: 00 Verde: 26 Bianco: 03
Per Reparto di provenienza	<ul style="list-style-type: none"> RSA Rep. A: 16 CURE INTERMEDIE Rep. B: 34 Rep. C: 03 Rep. D: 11 	<ul style="list-style-type: none"> RSA Rep. A: 11 CURE INTERMEDIE Rep. B: 40 Rep. C: 02 Rep. D: 07 	<ul style="list-style-type: none"> RSA Rep. A: 12 CURE INTERMEDIE Rep. B: 28 Rep. C: 02 Rep. D: 06 	<ul style="list-style-type: none"> RSA Rep. A: 09 CURE INTERMEDIE Rep. B: 23 Rep. C: 02 Rep. D: 10 	<ul style="list-style-type: none"> RSA Rep. A: 05 CURE INTERMEDIE Rep. B: 25 Rep. C: 01 Rep. D: 06

Relazione Risk Management 2022 - Tabella 6
Schede Cadute

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Numero totale	42	37	28	20
Sesso	<ul style="list-style-type: none"> • maschi: 15 • femmine: 27 	<ul style="list-style-type: none"> • maschi: 16 • femmine: 21 	<ul style="list-style-type: none"> • maschi: 09 • femmine: 19 	<ul style="list-style-type: none"> • maschi: 11 • femmine: 09
Luogo della caduta	<ul style="list-style-type: none"> • corridoio: 08 • camera: 23 • bagno: 10 • palestra: 01 	<ul style="list-style-type: none"> • corridoio: 08 • camera: 18 • bagno: 09 • palestra: 02 	<ul style="list-style-type: none"> • corridoio: 04 • camera: 10 • bagno: 12 • palestra: 02 	<ul style="list-style-type: none"> • corridoio: 02 • camera: 09 • bagno: 07 • palestra: 02
Fascia oraria	<ul style="list-style-type: none"> • Turno 7.00/14.00: n. 19 • Turno 14.00/21.00: n. 5 • Turno 21.00/07.00: n. 18 	<ul style="list-style-type: none"> • Turno 7.00/14.00: n. 21 • Turno 14.00/21.00: n. 06 • Turno 21.00/07.00: n. 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Turno 7.00/14.00: n. 16 • Turno 14.00/21.00: n. 03 • Turno 21.00/07.00: n. 09 	<ul style="list-style-type: none"> • Turno 7.00/14.00: n. 11 • Turno 14.00/21.00: n. 02 • Turno 21.00/07.00: n. 07
Senza danni	35	25	22	14
Con danni	<ul style="list-style-type: none"> • senza accesso PS: n. 05 • con accesso PS: n. 02 • con ricovero: n. 00 	<ul style="list-style-type: none"> • senza accesso PS: n. 04 • con accesso PS: n. 02 • con ricovero: n. 00 	<ul style="list-style-type: none"> • senza accesso PS: n. 03 • con accesso PS: n. 02 • con ricovero: n. 01 	<ul style="list-style-type: none"> • senza accesso PS: n. 02 • con accesso PS: n. 03 • con ricovero: n. 01



**FONDAZIONE
OSPEDALE CIVILE
DI GONZAGA**

Progetto "Nutrizione e salute"

SCOPO: Prevenzione e gestione del rischio nutrizionale in RSA.

CAMPO DI APPLICAZIONE: Le procedure si applicano nella RSA per gli ospiti residenti e temporaneamente soggiornanti.

DESTINATARI: Personale di assistenza con professionalità sanitaria o assistenziale-alberghiero.

Una corretta alimentazione può costituire uno straordinario fattore di salute, pertanto la nutrizione va inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura. Al contrario una non corretta gestione del degente dal punto di vista nutrizionale può determinare complicanze e costituire quindi una "malattia nella malattia". L'aspetto nutrizionale è parte di una visione strategica più ampia del percorso di salute all'interno di un'attività assistenziale di qualità.

La dieta va considerata come elemento integrante della terapia e la scarsa appetibilità e qualità del pasto possono costituire un elemento critico e demotivante verso l'alimentazione; allo stesso modo l'applicazione di diete restrittive (es. per diabetici, iposodiche, ipoproteiche) o diete a consistenza speciale (tritate, frullate, omogeneizzate), sono una delle cause riconosciute di malnutrizione in RSA.

Il modello del processo di gestione nutrizionale prevede la partecipazione di più figure professionali e richiede una stretta collaborazione tra medici in possesso di varie competenze cliniche (medico di reparto, logopedista, nutrizionista).

PIANO NUTRIZIONALE

Nell'intervento nutrizionale si procede nel modo seguente:

1) Valutazione dello stato di nutrizione Valutazione dell'introito alimentare e delle eventuali variazioni di peso.

Medico di reparto e logopedista

- ✓ Esame clinico.
- ✓ Misure antropometriche di base (peso, statura).
- ✓ Calcolo del BMI.
- ✓ Visite di casi particolari, gestione e indicazioni sui decubiti, impostazioni di diete omogeneizzate.

2) Costruzione di un dietetico:

Dietista.

- ✓ Definizione dei fabbisogni nutrizionali degli ospiti ed elaborazione della dieta standard giornaliera.

- ✓ Elaborazione e formalizzazione del menu giornaliero/settimanale/stagionale.
- ✓ Costruzione della tabella dietetica (analisi ragionata degli apporti nutrizionali forniti da singoli piatti dei diversi menù e verifica della copertura dei fabbisogni nutrizionali).
- ✓ Dietetico Specifico per le RSA che preveda diete modificate per le più frequenti patologie (es. disfagia).

"Filo diretto" con **la cucina** per monitoraggio mensa e per eventuali problemi sui menù collettivi adottati (scarso gradimento dei pasti, alcune pietanze che proprio non vengono mangiate, valutazione dei "resi").

3) Monitoraggio:

Operatore Socio Sanitario.

- ✓ Rilevazione periodica del peso corporeo.
- ✓ Monitoraggio alimentare.
- ✓ Preparazione della persona all'assunzione del cibo. D'intesa con l'Infermiere, si occupa della somministrazione degli alimenti a pazienti.

4) Valutazione.

STRATEGIE ASSISTENZIALI

L'assistenza all'anziano, autosufficiente o non autosufficiente, è un momento di comunicazione e di attenzione molto importante: sottovalutarlo riducendolo ad un semplice servizio può ricadere negativamente sull'umore dell'anziano.

Il momento del pasto è una delle occasioni per rendere l'istituto più simile ad una vera casa, creando un ambiente accogliente e confortevole, curando la presentazione dei piatti e garantendo un'assistenza serena e rispettosa dei tempi degli ospiti.

Gli scopi da raggiungere con la somministrazione del vitto sono:

- Soddisfare le esigenze del singolo cliente.
- Assicurare un adeguato stato nutrizionale.

ASPETTI ESSENZIALI DA CONSIDERARE NELLA SOMMINISTRAZIONE DEL VITTO

1) Preparazione della sala da pranzo:

- Pulire accuratamente i locali di refezione.
- Arieggiare i locali per garantire l'assenza di odori sgradevoli.
- Verificare la disponibilità di attrezzature che possano facilitare l'alimentazione autonoma (cannucce, posate ricurve).

2) Preparazione degli operatori:

- Indossare divisa ordinata e pulita.
- Indossare la cuffia sul capo.
- Lavare le mani.

3) Preparazione degli ospiti:

- Somministrare le terapie o praticare eventuali manovre assistenziali almeno 20 minuti prima del pasto.
- Accompagnare l'ospite a tavola.
- Se l'ospite è allettato, informarlo che è ora del pasto e metterlo nella posizione idonea.

4) Assistenza al pasto:

- Tenere in considerazione la condizione fisica e psichica degli ospiti.
- Avere la disponibilità di personale esperto per assistere pazienti con disabilità.
- Rispettare sempre i tempi di masticazione controllando attentamente la deglutizione.
- Parlare con l'ospite mentre mangia, in modo da rendere il momento del pasto più piacevole e permettergli di riposarsi ad intervalli.
- Quando ha finito, rimuovere il vassoio.

Inoltre se l'ospite è **autosufficiente**:

- Conoscere e rispettare per quanto possibile le preferenze alimentari.
- Conoscere le indicazioni mediche per i pasti ed eventuali modifiche nelle diete.
- Permettere all'ospite di scegliere fra le pietanze proposte.
- Curare la presentazione dei piatti o del vassoio in modo tale da stimolare l'appetito anche attraverso la vista.
- Assicurarci che i cibi siano serviti alla temperatura corretta.

Mentre se l'ospite **non è autosufficiente**:

- Assistere l'ospite.
- Sedersi comodi di fianco all'ospite.
- Sminuzzare e tritare gli alimenti, sbucciare la frutta, versare da bere e somministrare i cibi a temperatura adeguata.
- Incoraggiare a prendere da solo il bicchiere, il pane o il cibo.
- Alternare i cibi con le bevande (non somministrare sola carne e poi sola verdura e interrompere ogni tanto con un po' di bevande).
- Eseguire l'igiene di mani e bocca.

- È importante che il personale ponga attenzione al corretto posizionamento dell'Ospite:
 - Al tavolo e/o in carrozzina l'Ospite deve tenere il più possibile una posizione ad angolo retto.
 - Al letto si deve alzare lo schienale e mettere i cuscini per aiutare l'Ospite a tenere una posizione con tronco eretto.
- Quando l'Ospite è a letto avvicinarci un tavolino servitore.
- In caso di difficoltà alla deglutizione, procedere alla valutazione del tipo e grado di disfagia e attenersi alla prescrizione medica.

Gonzaga 25/03/2022

Coordinatrice infermieristica
Cinzia Fiumefreddo

Coordinatrice assistenziale
Marinella Vincenzi

ALLENAMENTO ALLA MEMORIA

PRESENTAZIONE GENERALE

Per l'anno 2023 si progetta un intervento di stimolazione cognitiva' finalizzato a coinvolgere ospiti ricoverati in riabilitazione e affetti da deficit cognitivo medio/grave che include i seguenti obiettivi generali:

- alleviare/rallentare il processo di decadimento mnemonico;
- mantenere le abilità di comprensione e attentive residue che influiscono sullo svolgimento delle attività della vita quotidiana e sull'aspetto sociorelazionale;
- garantire il benessere psicofisico della persona, il rispetto e la valorizzazione della dignità dell'individuo;
- favorire un corretto inserimento nella realtà del nostro ente.

Il progetto è stato creato e proposto dall'Educatrice Simona Terziotti e supportato dalla Logopedista Vittoria Gandini

Le possibilità riabilitative per l'ospite non vanno identificate con la sola stimolazione cognitiva, ma è tutto il campo delle disfunzioni vitali, personali e sociali che deve essere valutato, stimolato e aiutato; non a caso si parla sempre più spesso di "riattivazione globale" per la persona.

L'obiettivo finale dell'intervento riabilitativo rimane in ogni caso il benessere, cioè il miglior livello funzionale possibile in assenza di stress e di dolore.

La stimolazione cognitiva ha infatti come obiettivo quello di sollecitare le abilità cognitive residue favorendo i meccanismi di compensazione.

L'anziano viene stimolato a sfruttare strategie che lo aiutino a memorizzare le informazioni e in seguito a recuperarle.

Tale iniziativa è rivolta principalmente a piccoli gruppi in quanto da un punto di vista cognitivo, il gruppo stimola il confronto e la partecipazione.

Il numero degli ospiti coinvolti nel gruppo di lavoro non deve essere troppo elevato, poiché maggiore è il numero dei partecipanti e maggiore è la possibilità che si creino situazioni di disturbo, di confusione elementi che potrebbero compromettere la scarsa capacità di attenzione e concentrazione degli stessi.

Elemento fondamentale per la costituzione del gruppo è l'omogeneità del grado di deterioramento al fine di poter prestare lo stesso tipo di prova.

Gli incontri possono essere considerati come spazio e tempo entro cui la persona malata si esprime come può e come riesce, e all'interno dei quali costruisce relazioni con gli anziani e con l'operatore, favorendo momenti positivi, rilassanti che agiscono sia sul tono dell'umore sia sugli aspetti cognitivi.

OBIETTIVI GENERALI

- 1) PRODURRE BENESSERE;
- 2) STIMOLARE LE CAPACITA' RESIDUE;
- 3) MANTENERE L'IDENTITA' INDIVIDUALE E L'AUTOSTIMA;
- 4) CONTENERE LE ALTERAZIONI DI COMPORTAMENTO

ELEMETI FONDAMENTALI NELLA GESTIONE DELL'ATTIVITA'

AREE SULLE QUALI IL PROGETTO AGISCE:

MEMORIA;

LINGUAGGIO;

COMPRENSIONE;

ATTENZIONE;

PRASSIE.

La persona al centro

Dobbiamo cercare di vedere prima di tutto e innanzi tutto la persona, piuttosto che focalizzarci sulla demenza e sulle menomazioni associate.

Ogni persona è unica, con una vita di esperienze che hanno modellato la sua personalità e le sue attitudini, portandola a sviluppare una gran varietà di abilità, interessi, e preferenze.

Mettere al centro la persona significa partire dai suoi bisogni, primari o fisiologici, l'attaccamento, l'identità, il coinvolgimento, l'occupazione, l'inclusione.

Rispetto

Dobbiamo sempre dimostrare rispetto per la persona e mai sminuirla, oppure fare qualsiasi cosa che esponga le sue difficoltà al gruppo. Aiutiamo le persone a mantenere la propria dignità. Poiché le persone con demenza vengono da tanti tipi di contesti bisogna arrivare a conoscere ciò che è importante per loro, portare rispetto valorizzando punti di vista, opinioni e credenze diverse all'interno del gruppo.

Coinvolgimento e inclusione

E' importante che l'operatore sia in grado di coinvolgere ogni persona, offrendo sempre una varietà di attività che possano interessare e impegnare il gruppo, incoraggiando i partecipanti ad interagire direttamente gli uni con gli altri, piuttosto che tutto venga gestito dal conduttore.

Attraverso un corretto scambio relazionale è possibile ricreare un'atmosfera dove il contributo di ognuno è valorizzato e rispettato e dove le diversità costituiscono una fonte di arricchimento per tutti. In tal modo è possibile evitare che le persone si isolino e non partecipino al progetto.

Usare la reminescenza

Il recupero di ricordi passati è un modo eccellente di stimolare una capacità residua che le persone con un medio deterioramento cognitivo mantengono sufficientemente integra ovvero l'abilità di ricordare esperienze molto addietro nella loro vita. Per molti è un'esperienza piacevole e gratificante.

E' opportuno addentrarsi con molta cautela nella storia delle persone in quanto non tutti i ricordi possono avere un rimando positivo e se la stessa mostra resistenza nel raccontarli occorre non insistere e accettare quel che l'altro è disposto a raccontare di sé.

Utilizzare i sensi - la stimolazione multi-sensoriale

Durante gli incontri saranno a disposizione una certa varietà di stimolazioni sensoriali, con una serie di attività che coinvolgano la vista, il tatto, l'udito, illinguaggio. Spesso, una combinazione di questi è la più efficace.

Occorre utilizzare anche mezzi di comunicazione non-verbali oltre che verbali: spesso si comunica di più con l'espressione del viso, il tono di voce, la postura e i gesti che con le parole.

Avere sempre qualcosa a disposizione da guardare, toccare o sentire

Il programma di gruppo qui presentato deve sempre avere a disposizione qualcosa per focalizzare l'attenzione dei partecipanti. Le semplici parole, in una discussione, possono venire perse, quando la memoria è limitata; avere un oggetto, una fotografia o una illustrazione mantiene viva l'attenzione dei membri sull'attività in corso e incoraggia tutto il gruppo ad essere concentrato sulla stessa attività.

Ottimizzare le potenzialità

E' scorretto dare per scontato che una persona con deterioramento cognitivo non sia in grado di collaborare o di portare a termine una attività solo perché non è stata in grado il giorno o la settimana precedente. Importante dare tempo alla persona, stando attenti a non sopraffarla o sovraccaricarla di informazioni, fornendo solo i sufficienti stimoli per metterla in grado di svolgere la propria attività. Questo incrementerà la loro possibilità di successo e favorirà l'apprendimento e il divertimento. E' più probabile che le persone con demenza sfruttino il loro pieno potenziale agendo, piuttosto che restando passivamente seduti a guardare.

FASI DEL PROGETTO

A chi è rivolto:

a due gruppi di 5 persone l'uno con MMS compreso tra i 15/30 e i 20/30 e il secondo gruppo tra i 20/30 e 22/30

I membri del gruppo, che sono affetti da problemi di memoria, devono aver ancora sufficientemente preservata la capacità di comunicare.

E' importante inoltre che tra questi non vi sia una differenza di abilità troppo grande, dal momento che certi componenti tendono a sentirsi frustrati da chi sta facendo difficoltà a stare al passo.

Strumenti per valutare il grado di deterioramento cognitivo:

MMS per entrambi i gruppi

MEMORIA DI PROSA RACCONTO DI BABCOCK per il primo gruppo

DIGIT SPAN ORSINI per il secondo gruppo.

Tempo

Il programma è stato progettato per una sessione a settimana, di 40 minuti.

Luogo

Le sedute avranno luogo in una stanza comoda e separata, che sia tranquilla e assolutamente non una via di passaggio.

MATERIALI

- Lavagna con pennarelli
- Una palla morbida
- Un registratore e/o un lettore CD
- Colori;
- schede di lavoro appositamente preparate per gli incontri

MONITORAGGIO DELLE SEDUTE

Al fine di registrare l'andamento delle risposte e del coinvolgimento nell'attività di ogni partecipante, sessione per sessione e per garantire un corretto andamento della stessa verrà utilizzata una scheda che permette di valutare la presenza, l'interesse, la comunicazione, lo stato d'animo, il grado di coinvolgimento.

nome	presente	interesse	comunicazione	Stato d'animo	coinvolgimento

INTERESSE: 1= NESSUN INTERESSE;
3= MOSTRA QUALCHE INTERESSE;
5= MOSTRA GRANDE INTERESSE

COMUNICAZIONE: 1=SCARSA/NULLA COMUNICAZIONE;
3= QUALCHE RISPOSTA;
5= COMUNICA SENZA PROBLEMA;

STATO D'ANIMO: 1= APPARE DEPRESSO, ANSIOSO;
3= APPARE DI BUON UMORE;
5= SI E' RILASSATO DURANTE LA SESSIONE;

COINVOLGIMENTO: 1= SI ISOLA, NON PARTECIPA;
3= MOSTRA SUFFICIENTE INTERESSE;
5= E' MOLTO INTERESSATO E COLLABORA ATTIVAMENTE.

ESERCIZI SPECIFICI:

PRIMO INCONTRO:

PRASSIE

SECONDO INCONTRO:

ORIENTAMENTO:

TERZO INCONTRO

ATTENZIONE

QUARTO INCONTRO:

MEMORIA

QUINTO INCONTRO:

LINGUAGGIO

CHIUSURA DEL CICLO DI SEDUTE.

Si chiederà un parere agli ospiti sul livello di gradimento del percorso fatto insieme e cosa è loro rimasto più impresso.

VERIFICA FINALE:

verranno nuovamente sottoposte le schede di rilevazione del deficit cognitivo.

EDUCATRICE

Simona Terziotti

LOGOPEDISTA

Vittoria Gandini