



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

Centro di servizi per persone non autosufficienti "Villa Bianca"
Via Bellavista, 8 31020 Tarzo (TV)
Tel. 0438/587101 Fax 0438/587617

PROGETTO DI SETTORE - ANNO 2017

Area:

COORDINAMENTO SOCIO-SANITARIO

Centro di responsabilità:

C.S.S.

Responsabile:

DR. LUCCHET AMALIA

.....

.....

.....



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

Centro di servizi per persone non autosufficienti "Villa Bianca"
Via Bellavista, 8 31020 Tarzo (TV)

Centro di responsabilità	C.S.S.
Responsabile	DR. LUCCHET AMALIA

DOCUMENTO DIRETTIVE

AREA COORDINAMENTO SOCIO-SANITARIO

■

ANALISI DEL DOCUMENTO DIRETTIVE

P

QUADRO DI RIFERIMENTO OPERATIVO

<u>C.S.S.</u>	
<u>Progetto</u>	
Progetto	

Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

Casa di Riposo "Villa Bianca"
Via Bellavista, 8 31020 Tarzo (TV)

Centro di responsabilità	C.S.S.
Responsabile	DR. LUCCHET AMALIA

PROGETTO GESTIONE LESIONI DA DECUBITO

Analisi del contesto

Il Centro di servizi per persone non autosufficienti Villa Bianca ha implementato, secondo le linee guida nazionali, un sistema di monitoraggio, prevenzione e cura delle lesioni da decubito delle ospiti in cura. In particolare effettua, attraverso il proprio personale infermieristico e assistenziale un monitoraggio giornaliero della cute delle signore assistite, segnalando tempestivamente le situazioni a rischio. L'infermiere di reparto, inoltre, individua il livello di rischio di insorgenza attraverso test specifici ed attua uno screening periodico per tutte le ospiti. In presenza di lesione da decubito l'infermiere si attiva, secondo i tempi e i metodi dettati da procedura interna, al fine di migliorare e portare a guarigione il decubito.

Allo stato attuale esiste in Villa Bianca un doppio sistema di rilevazione e consuntivazione della cura delle lesioni. Il primo è cartaceo, attraverso l'utilizzo del modello 052.10C ; il secondo si avvale del sistema informatico Atl@nte. In quest'ultimo caso, esistono varie modalità di segnalazione.

La più utilizzata è la rilevazione del rischio di insorgenza (compilazione della scheda Exton-Smith) la quale viene compilata regolarmente. Un secondo mezzo utilizzato per la rilevazione delle lesioni è l'utilizzo del diario residenziale con l'inserimento del punteggio di rischio (sempre elaborato dalla scheda Exton-Smith). La terza rilevazione si basa invece sull'inserimento di informazioni sullo stadio della lesione, sulla sede e sull'insorgenza interna o fuori struttura.

Nel 2016 vi sono state segnalazioni puntuali sul rischio di insorgenza tramite il sistema informatico così come puntuali sono state le consuntivazioni delle cure e delle medicazioni delle lesioni conclamate. Meno precise si sono verificate le registrazioni in Atl@nte sullo stato di avanzamento delle lesioni e sulle nuove insorgenze a tal punto che vi è una netta discrepanza fra i dati del sistema informatico e le rilevazioni avvenute nei modelli cartacei.

Obiettivi

Il primo obiettivo è quello di effettuare tutte le registrazioni effettuate dal personale infermieristico sul sistema informatico Atl@nte.

Le registrazioni riguardano:

- Registrazione del rischio di insorgenza per tutte le ospiti
 - ⇒ Prima di ogni U.O.I.
 - ⇒ Ogni qual volta si verifichi una variazione delle condizioni cliniche/motorie
- Registrazione dell'insorgenza di nuove lesioni o variazioni di lesioni già presenti, con stadio, sede, stato e natura della lesione e luogo di insorgenza (in struttura o fuori struttura);
- Consuntivazione delle medicazioni effettuate

L'obiettivo finale è l'ottenimento di un sistema di registrazione informatico delle lesioni da decubito in grado di individuare i seguenti indicatori di utile riferimento e supporto alla valutazione della qualità di vita delle ospiti:

- ⇒ N° di lesioni sviluppate nei periodi riferimento;
- ⇒ N° di lesioni sviluppate in struttura;
- ⇒ N° di lesioni sviluppate fuori struttura;
- ⇒ N° di lesioni migliorate e/o guarite.

Pianificazione per la C.S.S.

- ✓ Predisposizione, in collaborazione con il personale tecnico di Studio Vega, del sistema di rilevazione più idoneo in Atl@nte;
- ✓ Informazione/formazione “sul campo” delle nuove schede e dei nuovi sistemi di rilevazione aggiornati;
- ✓ Supporto alle attività quotidiane di inserimento dei dati da parte del personale infermieristico;
- ✓ Elaborazione dei dati inseriti per l'ottenimento di indicatori di riferimento sulle lesioni da decubito.

Monitoraggio e controllo

Indicatori di processo

- Entro il 28 febbraio, incontro con il personale tecnico di Studio Vega per la progettazione delle schede di rilevazione;
- Entro il 31 marzo, prova e settaggio delle schede con eventuali modifiche da condividere con i tecnici;
- Entro il 31 marzo, (30 aprile), formazione del personale infermieristico sul nuovo sistema di rilevazione;
- Entro il 30 giugno, avvio del nuovo sistema di rilevazione informatico;
- Entro il 10 gennaio (31 dicembre), elaborazione dei dati ottenuti e stesura di relazione consuntiva degli stessi.

Indicatore di Processo/Esito

- Verifica positiva durante audit con personale infermieristico / Assenza di non conformità nella rilevazione dei dati e nella consuntivazione delle attività di medicazione-cura

Progetto Familiari

Analisi del contesto

Oltre al colloquio d'ingresso con il Coordinatore dei Servizi Socio-assistenziale (CSS), il medico, la psicologa e l'assistente sociale, le riunioni UOI, a cui partecipano i familiari, hanno permesso ai familiari stessi di entrare più incisivamente nella vita dell'Istituzione. L'apporto diretto di importanti notizie riguardanti l'ospite a tutte le figure professionali e nel contempo la conoscenza specifica dell'operato di ogni singola figura riferito al proprio caro hanno contribuito ad aumentare la soddisfazione del familiare stesso, accorciando quel ponte che si crea al momento dell'inserimento in casa di riposo ed a mitigare la delega della gestione che frequentemente crea sensi di colpa e di fallimento.

Inoltre i momenti collettivi di informazione e condivisione di pensieri ed esperienze da parte dei familiari sono stati vissuti in maniera molto positiva dai familiari stessi e quindi sembra opportuno riproporli ed eventualmente ampliarli.

Il familiare coinvolto e informato diventa una risorsa per l'istituzione in quanto coopera per il bene comune. Un familiare integrato nelle dinamiche relazionali interne consente di promuovere iniziative di sviluppo e di integrazione che permettono di consolidare legami e accrescere benessere per i propri cari nonché per i familiari stessi.

La tendenza quindi risulta quella di pianificare azioni costanti di intervento con i familiari coinvolgendoli nella vita della casa soprattutto nella relazione con il contesto degli anziani ospiti, degli operatori.

Si tratta quindi di continuare il progetto di comunità interno alla residenza in grado di far sentire a ciascun componente dell'organizzazione, sia esso utente o familiare, la dimensione di "casa" e di "famiglia" con cui condividere progetti, aspirazioni, legami, relazioni proficue che alimentano senso di appartenenza e di ben stare comunitario.

Obiettivi

- incrementare l'offerta di colloqui individuali;
- proseguire nel coinvolgimento dei familiari in dinamiche istituzionali al fine che gli stessi possano meglio comprendere le modalità organizzative/gestionali.

Pianificazione per la C.S.S.

- ✓ Prevedere la strutturazione di più colloqui individuali oltre a quello di ingresso, a seconda delle specifiche problematiche;
- ✓ Informazione nel primo colloquio con il familiare sulla possibilità di usufruire di incontri individuali con la Coordinatrice;
- ✓ Almeno due incontri annui con i familiari di ciascun ospite;

Monitoraggio e controllo

Indicatori di processo

- n. familiari informati al primo colloquio sulla possibilità di avere altri colloqui oltre quello iniziale;
- n. incontri con il familiare di ciascun ospite.

Indicatore di Processo/Esito

- 70% di risposte positive (molto buono+buono) al questionario C.S. alla voce coordinamento socio saitario.

Progetto formazione continua degli operatori socio sanitari

Analisi del contesto

Il percorso sviluppato negli anni passati ha permesso di accompagnare gli operatori verso una maggiore attenzione al valore del loro profilo professionale. Si sono sviluppate negli anni, sempre con maggiore puntualità, iniziative che hanno permesso agli operatori di giungere a comprendere meglio il loro ruolo e che consente loro oggi di affrontare con maggiore attenzione una nuova progettualità. Si ritiene importante sviluppare un'azione progettuale in grado di consolidare nell'operatività quotidiana l'attenzione sia al progetto riferito all'anziano che al ruolo che l'OSS può condurre per la realizzazione dello stesso. Ciò si rende possibile grazie ad un diretto intervento da parte della CSS atto a stimolare costantemente l'OSS alla comprensione dei bisogni oggettivi dell'anziano ospite, delle sue potenzialità residue e del valore del progetto sviluppato dall'equipe multidisciplinare.

Obiettivi

- Maggior conoscenza dei bisogni e delle problematiche dell'anziano residente in struttura;
- sviluppare metodologie di lavoro condivise e costruite assieme;
- aumentare il grado di coesione e compartecipazione all'interno del gruppo di lavoro;
- migliorare la comunicazione all'interno del proprio gruppo di lavoro;
- acquisizione di maggiori conoscenze teoriche e operative rispetto a specifiche problematiche dell'anziano.

Pianificazione per la C.S.S.

- promuovere 2/3 incontro con gli operatori OSS gestiti dalla CSS in collaborazione con il servizio di psicologia;

Monitoraggio e controllo

Indicatori di processo

- n. incontri per nucleo (almeno = 2).

Indicatore di Processo/Esito

- 70% di risposte corrette su questionario finale.