



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

Casa di Riposo "Villa Bianca"
Via Bellavista, 8 31020 Tarzo (TV)
Tel.0438/587101 Fax 0438/587617

PROGETTO DI SETTORE - ANNO 2011

Area:

PSICOLOGICA

Centro di responsabilità:

SERVIZIO DI PSICOLOGIA

Responsabile:

dr. Drioli Stefano – Psicologo e Psicoterapeuta

Secondo referente:

dr. Canal Franco – Educatore Professionale



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

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

Centro di responsabilità	SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Responsabile	dr. Drioli Stefano – Psicologo e Psicoterapeuta
Secondo Referente	dr. Canal Franco – Educatore Professionale

1. ANALISI RETROSPETTIVA E PROSPETTICA

1.1 VALUTAZIONE SITUAZIONE RETROSPETTIVA

PROGETTO GESTIONE DEL DOLORE

Il dolore è definito in maniera generale come "una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno tissutale attuale o potenziale" (International Association for the Study of Pain, IASP) ed è dunque determinato non solo dalle modificazioni conseguenti al danno tissutale ma anche dall'interpretazione personale di quanto il danno è lesivo.

La definizione mette in evidenza due componenti del dolore:

- la componente oggettiva, ovvero il danno tissutale attuale o potenziale;
- la componente soggettiva, ovvero l'esperienza che in quanto esperienza non può essere che soggettiva.

Queste due parti non sono né complementari né conseguenti. Infatti ci può essere un danno tissutale senza esperienza di dolore e altresì esperienza di dolore in assenza di danno tissutale. Si pensi per esempio al dolore del lutto o a un danno tissutale in compresenza della perdita dei circuiti neuronali (pazienti con Alzheimer che continuano a camminare nonostante una frattura alla tibia).

Il dolore cronico nell'anziano è raramente oggetto di indagini, perché si ritiene che il binomio "invecchiamento-dolore" sia inscindibile e quindi inevitabile. Altre cause di sottostima potrebbero essere:

- il fatto che il paziente anziano si lamenta meno del dolore rispetto a un paziente giovane;
- il fatto che il dolore non è valutato correttamente;
- il fatto che si ritiene che la percezione del dolore si riduca negli anziani
- Non esiste, soprattutto nelle strutture sanitarie, una formazione del gruppo di cura per la valutazione costante del dolore

In realtà nell'invecchiamento:

- aumenta la soglia al dolore (Gibson, Clin Geriatr Med, 2001);
- La soglia allo stimolo doloroso aumenta quando lo stimolo usato è rappresentato da calore radiante, al contrario non vi sono differenze per classi di età se lo stimolo utilizzato è quello elettrico (Harkins, Clin. Geriatr. Med., 1996);
- Vi è una diminuzione del Endogenous Analgesic Systems con una conseguente diminuzione della capacità di modulare il dolore (Edwards, Pain, 2003)

Conseguenze del dolore non trattato nell'anziano sono per Gallagher (Gallagher, Geriatrics, 2000):

- Aumento degli stati d'ansia;
- Depressione del tono dell'umore;
- Ridotta partecipazione sociale;
- Disturbi del sonno
- Minor grado di mobilità;
- Disturbi dell'apparato locomotore;
- Cadute;
- Minor capacità a reagire allo stato di malattia;
- Più lenta risposta alla terapia riabilitativa;
- Alterazioni cognitive;
- Malnutrizione.

Il dolore non trattato dunque, oltre a modificare l'architettura del sonno ed essere associato a perdita di autonomia fisica, può anche aumentare il rischio di insorgenza di un deficit cognitivo. Inoltre nella persona anziana con demenza in cui sia lesa parte del sistema limbico, i disturbi affettivi non sono rilevanti ma risultano aumentati i disturbi comportamentali.

L'esperienza del dolore provoca turbamento emotivo non solo in chi lo prova ma anche nelle

persone che forniscono assistenza. Inoltre se il dolore non viene trattato può provocare nel medio-lungo periodo un decadimento cognitivo e la comparsa di disturbi comportamentali o più in generale della sfera affettiva in chi ne soffre, allo stesso modo può provocare un esaurimento emotivo nel caregiver. Nel caregiver istituzionale tale esaurimento prende il nome di burn-out, nel familiare può provocare stati d'ansia e depressione o con un senso di profonda rabbia nei confronti dell'istituzione. Poiché il dolore è un'esperienza personale, l'unico modo per esaminare un paziente affetto da dolore è:

- fondarsi sulla rappresentazione che il paziente fa delle caratteristiche o degli effetti del proprio dolore (autodescrizione).
- considerare il comportamento derivato (osservazione del comportamento)
- misurare i parametri fisiologici che ritiene caratteristici di un paziente affetto da dolore (valutazioni fisiologiche)" (A. De Nicola "Misurazione del dolore").

Molto spesso, benché preferibile, non è possibile un report del dolore del proprio dolore e l'uso delle scale di valutazione è complicato dal fatto che sono spesso presenti deficit sensoriali visivi e uditivi, oltre a disturbi cognitivi. Tuttavia in questo caso è possibile supplire alle perdite di linguaggio o di memoria usando delle scale indirette di valutazione del dolore basate sull'osservazione (NOPPAIN; PAINAID; DOLOPLUS2; ecc.).

Al momento non esiste in nella nostra struttura un progetto condiviso sulla gestione del dolore e non sono applicate scale di valutazione indiretta del dolore sulle ospiti che non sono in grado di comunicare.

PROGETTO FORMAZIONE OPERATORI

Negli ultimi anni si è visto un cambiamento nell'utenza dei Centri di Servizi per le persone non autosufficienti. Se finora l'utente medio presentava un lieve decadimento cognitivo e leggeri problemi comportamentali, ora le persone accolte presentano un decadimento cognitivo di livello moderato-grave e gravi problemi comportamentali di difficile gestione.

PROGETTO STRESS LAVORO-CORRELATO

Nel corso del 2010 nella nostra struttura si è svolta la valutazione del livello di Stress Lavoro-Correlato per rispondere ai requisiti della legge 81/08. Anche se l'analisi oggettiva dei dati ha riportato un livello basso di stress all'interno dell'organizzazione, la direzione e il consiglio direttivo hanno ritenuto utile analizzare il vissuto soggettivo dei lavoratori rispetto il clima aziendale.

L'analisi dei dati del questionario somministrato ai lavoratori ha evidenziato alcune criticità. Infatti i lavoratori percepiscono:

- di non avere sufficiente autonomia nelle modalità di svolgimento della propria attività lavorativa (fattore controllo);
- di avere scarso incoraggiamento e supporto emotivo da parte dell'organizzazione (fattore supporto organizzativo);
- l'esistenza di conflitti e di comportamenti inaccettabili (fattore relazioni);
- di non riuscire a creare un buon team lavorativo a causa dello scarso supporto tra colleghi (fattore supporto tra pari).

PROGETTO ACCOMPAGNAMENTO DELL'EQUIPE

Partendo dal regolamento interno dell'UOI di Casa Villa Bianca (1999), nel quale si evidenzia l'importanza di lavorare insieme per raggiungere gli obiettivi per arrivare a soluzioni condivise dei problemi, molto è stato fatto e il gruppo di lavoro produce molto spesso un lavoro di gruppo.

Tuttavia alle volte si assiste a deficit comunicazionali e relazionali e ciò indica un allentamento nella consapevolezza relazionale e tecnica del gruppo di lavoro. La consapevolezza per essere tale richiede un'attenzione continua che molte volte immersi nell'operatività quotidiana viene meno.

PROGETTO AVVIO DIALOGO CON SORELLE ANZIANE E LORO REFERENTI

L'inserimento in casa di riposo delle sorelle anziane è un problema che giorno dopo giorno si evidenzia chiaramente. Il problema dell'istituzionalizzazione, che già nell'anziano comporta rifiuto, aggressività più o meno manifesta senso di abbandono e depressione, nel caso delle sorelle anziane provocano disagio all'interno di un'intera comunità. Tale disagio è causato sia dalla difficoltà nel prendere la decisione dell'istituzionalizzazione sia dall'immagine proiettiva evocata ("*quando toccherà a me saranno le mie consorelle a decidere, il modo in cui ora agisco condizionerà il modo conseguente di agire*" – illusione di controllo).



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

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

Centro di responsabilità	SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Responsabile	dr. Drioli Stefano – Psicologo e Psicoterapeuta
Secondo Referente	dr. Canal Franco – Educatore Professionale

1.2 **ANALISI PROSPETTICA**

Analisi dei bisogni/ tendenza di medio-lungo periodo

PROGETTO GESTIONE DEL DOLORE

Vista la tendenza attuale, si assisterà nel corso dei prossimi anni ad aumento costante di inserimenti di ospiti con gravi problemi cognitivi e quindi difficili da valutare tramite self-report. Ciò comporterà il dover affrontare il problema dolore in maniera diversa dall'attuale da quella attuale che è basata prevalentemente sulla richiesta all'ospite di comunicazione del suo stato emotivo.

PROGETTO FORMAZIONE OPERATORI

Questo quadro, che secondo studi statistici dovrebbe essere tipico negli accoglimenti futuri, rende necessario formare gli operatori socio-sanitari che non conoscono in maniera approfondita i disturbi dell'anziano fragile e le problematiche e la gestione delle persone con problemi psichiatrici. Infatti date le caratteristiche, l'anziano fragile porta con sé bisogni complessi e differenti da quelli di un anziano con buona resilienza.

PROGETTO STRESS LAVORO-CORRELATO

Le criticità già evidenziate possono generare stress nei lavoratori i cui effetti più evidenti sono generalmente: errori di disattenzione, infortuni, assenteismo, problemi disciplinari. Tutti questi effetti hanno delle ricadute in ambito lavorativo e si ripercuotono negativamente sulla produttività dell'organizzazione. Di seguito due esempi di effetti da stress lavoro correlato in base alla fonte di stress:

- Se la fonte dello stress è un ambiente lavorativo ostile e non gratificante. Gli effetti dello stress correlato al lavoro sono un aumento dell'assenteismo, problemi disciplinari e conflitti interni;
- Se la fonte dello stress è la scarsa valorizzazione del lavoratore. Gli effetti dello stress lavoro correlato sono per il lavoratore maggiormente legati alla propria salute psico-fisica, quindi problemi digestivi e/o disturbi cardio-circolatori.

PROGETTO ACCOMPAGNAMENTO DELL'EQUIPE

Emerge dunque il bisogno di porre nuovamente l'attenzione sulle relazioni all'interno del gruppo di lavoro e le tecniche che utilizza nel proprio operare quotidiano. Il lavoro di gruppo infatti non si esaurisce nell'unità operativa ma si sviluppa nel corso di tutte le attività quotidiana; la sua produttività è legata alla chiarezza degli obiettivi, all'integrazione multidisciplinare, alla pari autorevolezza dei membri del gruppo, alla definizione esplicita dei ruoli all'interno del gruppo, alla comunicazione circolare, alla presa di decisione condivisa e non gerarchica e non da ultimo al riuscire a condividere in tempo reale, o quasi, oltre alla parte operativa dei casi anche le parte emozionale a questa sottostante.

E' dunque indispensabile in questo momento, in cui le persone accolte presentano molteplici e gravi problemi che coinvolgono diverse figure professionali, trovare dei momenti integrativi all'U.O.I in cui poter condividere le opinioni e il sentire per dare una risposta operativa in tempo reale. Tali momenti possono essere dei debriefing al bisogno.

PROGETTO AVVIO DIALOGO CON SORELLE ANZIANE E LORO REFERENTI

Si rende quindi necessario avviare con le referenti delle sorelle anziane ospiti un dialogo al fine di fornire gli elementi necessari a compiere una scelta informata evitando le criticità insite nella scelta estemporanea. Il dialogo potrebbe portare a rinnovare la visione sullo stato di salute delle sorelle anziane e di conseguenza a creare una sorta di lista di entrata, che comunque tenga conto delle emergenze che possono sopraggiungere.



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

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

Centro di responsabilità	SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Responsabile	dr. Drioli Stefano – Psicologo e Psicoterapeuta
Secondo Referente	dr. Canal Franco – Educatore Professionale

2. OBIETTIVI DI SETTORE E AZIONI

2.1 OBIETTIVI DI SETTORE

PROGETTO GESTIONE DEL DOLORE

Obiettivo in una prima fase sarà dunque quello di favorire l'introduzione di un protocollo di monitoraggio del dolore sulle ospiti. A breve termine questa può portare ad un trattamento più efficace del dolore. Nel medio termine a una diminuzione dei problemi comportamentali nelle ospiti e ad un aumento del tono dell'umore. Nei familiari un minor carico emotivo e negli operatori un minor livello di stress.

- Monitoraggio del dolore.
- Diminuzione dei disturbi comportamentali.
- Aumento del tono dell'umore
- Diminuzione del livello di stress nell'operatore.
- Diminuzione del livello di stress nei familiari.

PROGETTO FORMAZIONE OPERATORI

L'obiettivo primario del progetto è di fornire sufficienti conoscenze alle operatrici per affrontare i problemi emergenti sgravandole dal carico emotivo dovuto all'affrontare problematiche di cui non sono ben conosciuti i contorni. Un altro obiettivo non meno importante è quello di attenuare il disagio dell'ospite, che molte volte si manifesta tramite disturbi comportamentali, dovuto ad una scarsa o comunque non sufficiente lettura dei suoi bisogni.

- Fornire nuove conoscenze alle OSS.
- Attenuare il disagio nell'ospite.

PROGETTO STRESS LAVORO-CORRELATO

L'obiettivo primario è quello di migliorare la percezione del clima aziendale, ovvero riportare i livelli del questionario HSE al livello stabilito come obiettivo a medio termine e ciò dovrebbe essere fatto trovando soluzioni condivise con gli operatori. Un ulteriore obiettivo è migliorare i dati sulle assenze per malattia.

- Migliorare il clima aziendale.
- Diminuire i sintomi da burn-out.

PROGETTO ACCOMPAGNAMENTO DELL'EQUIPE

Obiettivo primario è migliorare la qualità assistenziale. Altri obiettivi sono diminuire il livello di stress (M.B.I.) dell'equipè e incrementare il lavoro di gruppo.

- Migliorare la qualità assistenziale.
- Diminuire lo stress nell'equipè.
- Aumentare la qualità del lavoro di gruppo.

PROGETTO AVVIO DIALOGO CON SORELLE ANZIANE E LORO REFERENTI

L'obiettivo primario del progetto è di conoscere l'effettivo stato di salute delle sorelle anziane al fine di preparare e rendere l'entrata nella struttura meno traumatica sia per chi entra sia per i referenti. Inoltre tale conoscenza potrebbe rendere l'entrata "consona" allo stato di salute.

- Creare una lista di entrata.
- Fornire tutte le informazioni per giungere ad un'entrata meno traumatica.



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

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

Centro di responsabilità	SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Responsabile	dr. Drioli Stefano – Psicologo e Psicoterapeuta
Secondo Referente	dr. Canal Franco – Educatore Professionale

2.2 AZIONI

PROGETTO GESTIONE DEL DOLORE

E' necessario individuare assieme al personale medico di struttura la scala di valutazione non verbale per misurare il dolore. E' necessario inoltre scegliere un piccolo di gruppo di ospiti non comunicanti su cui misurare il livello di dolore ed istruire il personale infermieristico ad usare le scale e compilare le schede di monitoraggio. Il monitoraggio andrà fatto per un tempo di due mesi al termine dei quali si trarranno i risultati del progetto pilota.

Si provvederà a misurare il livello di burn-out negli operatori che monitorano il dolore all'inizio e alla fine del progetto. Si potrebbero qualora si rendesse possibile misurare nell'ospite inserito nel protocollo sperimentale la differenza all'inizio e alla fine del monitoraggio nel SPMSQ e dell'UCLA_NPI.

- Individuare la scala di valutazione del dolore.
- Individuare gli ospiti su cui misurare il livello di dolore.
- Istruire il personale all'uso della scala.
- Somministrare MBI agli operatori all'inizio e alla fine del progetto.
- Somministrare SPMSQ e UCLA_NPI all'inizio e alla fine del progetto.

PROGETTO FORMAZIONE OPERATORI

Le azioni previste sono dunque quella di fornire formazione alle O.S.S. con due lezioni della durata di un'ora per nucleo. Il tema della prima lezione sarà "L'anziano fragile", quello della seconda "Disturbi psichici e comportamentali". Le lezioni saranno di tipo frontale con piccoli role-playng. Al fine di verificare l'apprendimento delle operatrici alla fine delle lezioni sarà fatto compilare un questionario di apprendimento preventivamente preparato.

- 2 lezioni di un'ora per Nucleo sulle tematiche dell'anziano fragile e disturbi psichici.
- Preparazione del questionario di apprendimento.
- Somministrazione e scoring del questionario.

PROGETTO STRESS LAVORO-CORRELATO

Le azioni finora intraprese, formazione alla compilazione dei questionari, somministrazione dei questionari e restituzione dei dati, devono essere integrate con ulteriori passi per completare il percorso di gestione delle dinamiche relazionali interne e clima aziendale. In particolare per la realizzazione di un progetto che possa permettere agli operatori di riflettere sul proprio agire a favore del ben-stare nel servizio sono necessari degli incontri per comunicare le azioni per rispondere a quanto emerso dagli incontri di restituzione. Inoltre è necessario somministrare nuovamente i questionari per osservare gli effettivi cambiamenti nella percezione del clima dopo l'intervento messo in atto.

- 4 Incontri di restituzione dei risultati del questionario.
- 4 incontri di restituzione delle azioni messe in atto.
- Somministrazione del questionario HSE.
- Elaborazione e scoring dei dati del questionario HSE.

PROGETTO ACCOMPAGNAMENTO DELL'EQUIPE

Per ottenere gli obiettivi proposti sarà necessario almeno un incontro di coordinamento interno sulla comunicazione circolare. Si possono attuare dei debriefing su casi particolarmente problematici che richiedano un'azione condivisa. Per verificare il diminuito livello di stress nell'equipè è necessario misurare l'M.B.I. all'inizio del progetto e alla fine del progetto. Inoltre entro fine anno è necessario preparare e somministrare all'equipè un questionario sul tema della comunicazione.

- Misurazione stress dell'equipè all'inizio e alla fine del progetto.
- Debriefing al bisogno (almeno 4 in un anno).
- 1 Incontro di coordinamento sulla comunicazione.

PROGETTO AVVIO DIALOGO CON SORELLE ANZIANE E LORO REFERENTI

L'azione primaria è quello di stabilire un dialogo informativo/formativo con referenti delle sorelle anziane. Sarebbe opportuno un monitoraggio dello stato di salute psico-fisica dell'anziane ospiti, se necessaria valutazione neuropsicologica prima dell'entrata. All'entrata presentazione del caso alle referenti e infine è assolutamente necessaria la creazione di una lista per l'inserimento in struttura.

- 1 incontro presso la comunità sulle problematiche dell'anziano fragile.
- Incontri di presentazione del caso all'entrata.
- Creazione di una lista per l'entrata.



Istituto delle Suore Francescane di Cristo Re

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

Centro di responsabilità	SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Responsabile	dr. Drioli Stefano – Psicologo e Psicoterapeuta
Secondo Referente	dr. Canal Franco – Educatore Professionale

3. INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

Indicatori di processo e di esito

PROGETTO GESTIONE DEL DOLORE

Indicatori di processo

- n°h di formazione per operatori.
- n°ospiti individuati su cui avviare il progetto pilota
- n°comunicazione al comitato dei famigliari dell' avvio di progetto

Indicatori di qualità

- riduzione del dolore nelle ospiti monitorate
- riduzione del livello di stress misurato tramite MBI nel personale formato
- 70% di risposte corrette al questionario di apprendimento del personale

PROGETTO FORMAZIONE OPERATORI

Indicatori di processo

- n°delle lezioni per nucleo (100%)
- n°di partecipanti per nucleo (70% del personale)

Indicatori di esito

- 70% di risposte corrette al questionario di apprendimento.

PROGETTO STRESS LAVORO-CORRELATO

Indicatori di processo

- n°incontri con gli operatori
- n°questionario HSE consegnati
- n°questionari HSE restituiti.

Indicatori di esito

- Aumento dei questionari riconsegnati da parte degli infermieri professionali
- Miglioramento del livello globale al HSE.
- Miglioramento significativo in almeno un Nucleo.

PROGETTO ACCOMPAGNAMENTO DELL'EQUIPE

Indicatori di processo

- n°incontri di coordinamento interno su comunicazione circolare;
- n°de briefing;
- n°questionari consegnati (MBI e comunicazione);
- n°questionari restituiti (MBI e comunicazione);
- n°revisioni sui PAI-PTR dopo debriefing.

Indicatori di esito

- Miglioramento nel MBI;
- 70% per persona di risposte corrette al questionario sulla comunicazione;

- Miglioramento della Q.d.V. delle persone dopo revisione PAI- PTR.

PROGETTO AVVIO DIALOGO CON SORELLE ANZIANE E LORO REFERENTI

Indicatori di processo

- n° incontri con referenti.
- n° valutazioni neuropsicologiche
- n° liste create.

Indicatori di qualità

- Miglioramento al GDS (media entrate 2010 > media entrate 2011).
- Riduzione del carico emotivo del caregiver (misurazione CBI prima e alla fine dell'intervento).

3. LISTA DI VERIFICA

1° verifica (Marzo)

- Individuazione della scala per misurare il dolore.
- Individuazione del campione di ospiti su cui avviare il progetto pilota.
- Comunicazione al comitato dei famigliari dell'avvio di progetto.
- 4 Incontri di restituzione dei risultati del questionario.
- 1 incontro di debriefing.
- Somministrazione MBI all'equipè.

2° verifica (Giugno)

- 4h di formazione per operatrici e personale infermieristico (2 Infermieri, 4 OSS) sul dolore.
- Somministrate MBI agli operatori all'inizio e alla fine del progetto dolore.
- Misurazione SPMSQ e UCLA_NPI sulle ospiti inserite nel progetto dolore.
- 1h di formazione per nucleo su l'anziano fragile.
- 4 incontri (1 per nucleo sulle azioni) messe in atto dopo la restituzione dei dati del questionario HSE.
- Almeno 1 incontro prima dell'entrata con suore referenti della comunità.
- 1 incontro di debriefing.

3° verifica (Settembre)

- 1h di formazione per nucleo sul disagio psichico.
- Preparazione del questionario di apprendimento su anziano fragile e disagio psichico.
- 1 incontro con suore referenti della comunità sull'anziano fragile.
- 1 incontro di debriefing.

4° verifica (Dicembre)

- Somministrate MBI agli operatori all'inizio e alla fine del progetto dolore.
- Misurazione SPMSQ e UCLA_NPI sulle ospiti inserite nel progetto dolore.
- 1 incontro con suore referenti della comunità per preparazione lista d'entrata.
- 1 incontro di debriefing.
- 1 incontro di coordinamento interno sulla comunicazione.
- Somministrazione del questionario HSE.
- Elaborazione e scoring dei dati del questionario HSE.