



indicatori di complessità assistenziale

Annamaria Guarnier

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Trento

Parliamo di....

- complessità vs intensità
- perché parlarne
- significato per il coordinatore
- significato per gli infermieri

La complessità assistenziale

È un concetto sfuggente, ci sono poche certezze, mancano definizioni univoche

la misurazione/valutazione della complessità assistenziale è strettamente connessa/correlata (comprende?) con la **complessità clinica**



il modello che definisce la complessità deve tener conto, oltre che degli aspetti clinici, dell'approccio orientato ai bisogni e all'autonomia/empowerment di pazienti e familiari

Perché misurare la complessità dei pazienti?

stabilire il tempo necessario da dedicare ai pazienti, la quantità di professionisti e operatori di supporto;

stimare le competenze necessarie

dare la risposta assistenziale
“appropriata” al paziente

Obiettivi Direzione Aziendale

Decisioni su dotazioni organiche,
budget, distribuzione di risorse,
strategie in genere

Obiettivi Direzioni di struttura Servizi professioni sanitarie

allocare risorse

confrontare le performance di UU.OO.diverse

attuare compensazioni

proporre modelli organizzativi

proporre sistemi incentivanti

Obiettivi di unità operativa

coordinatore

gestire il personale infermieristico e di supporto

allocare le risorse disponibili secondo il peso assistenziale effettivo

monitorare il carico complessivo del reparto

valutare se l'organico è adeguato rispetto al carico assistenziale complessivo

stabilire il tempo necessario da dedicare ai pazienti, la ridistribuzione delle risorse date

stimare le competenze necessarie

attribuire i pazienti/livelli di expertise...

Infermieri

pianificare il proprio lavoro e quello del personale di supporto

stabilire priorità

individuare obiettivi realistici per rendere evidenti i risultati di una buona assistenza

misurare e documentare il lavoro del reparto

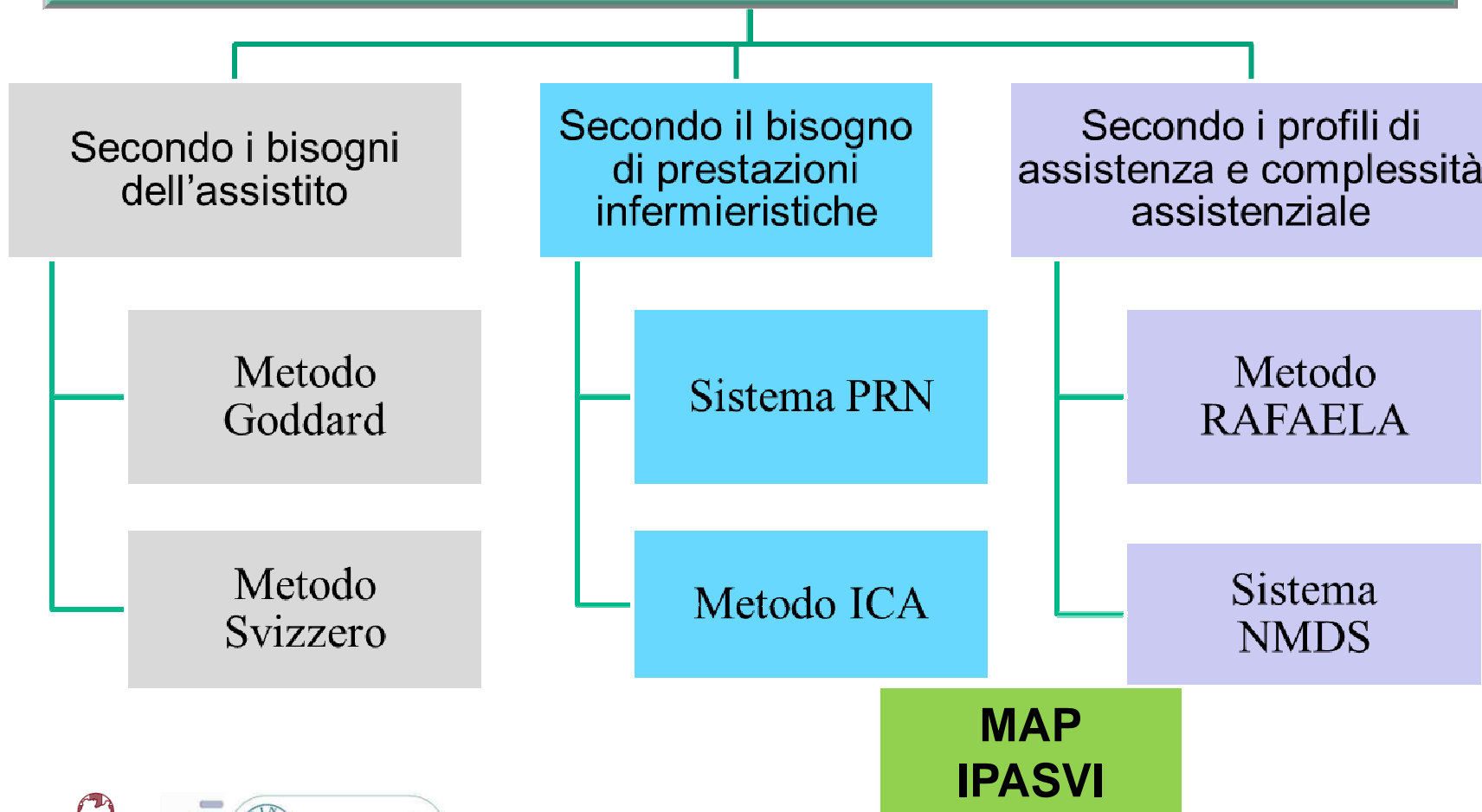
Strumenti per la valutazione della complessità

sintetici?

analitici?

dipende dal motivo per cui misuro la
complessità, dall'obiettivo

Strumenti per la classificazione dei pazienti

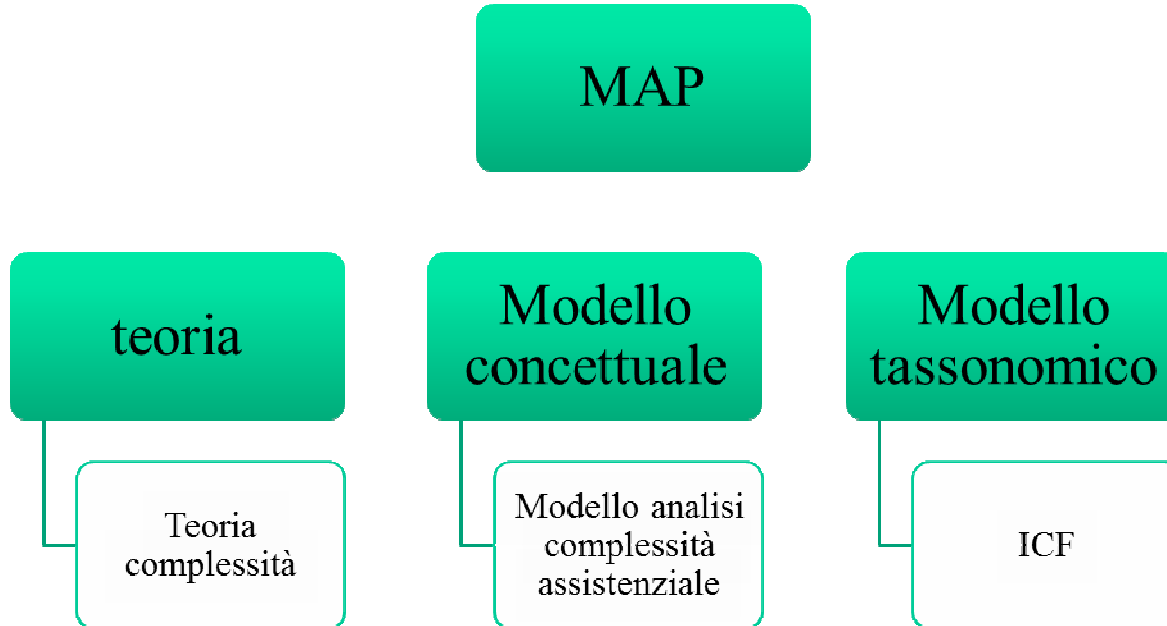


Modello assistenziale professionalizzante Federazione Nazionale Collegi IPASVI

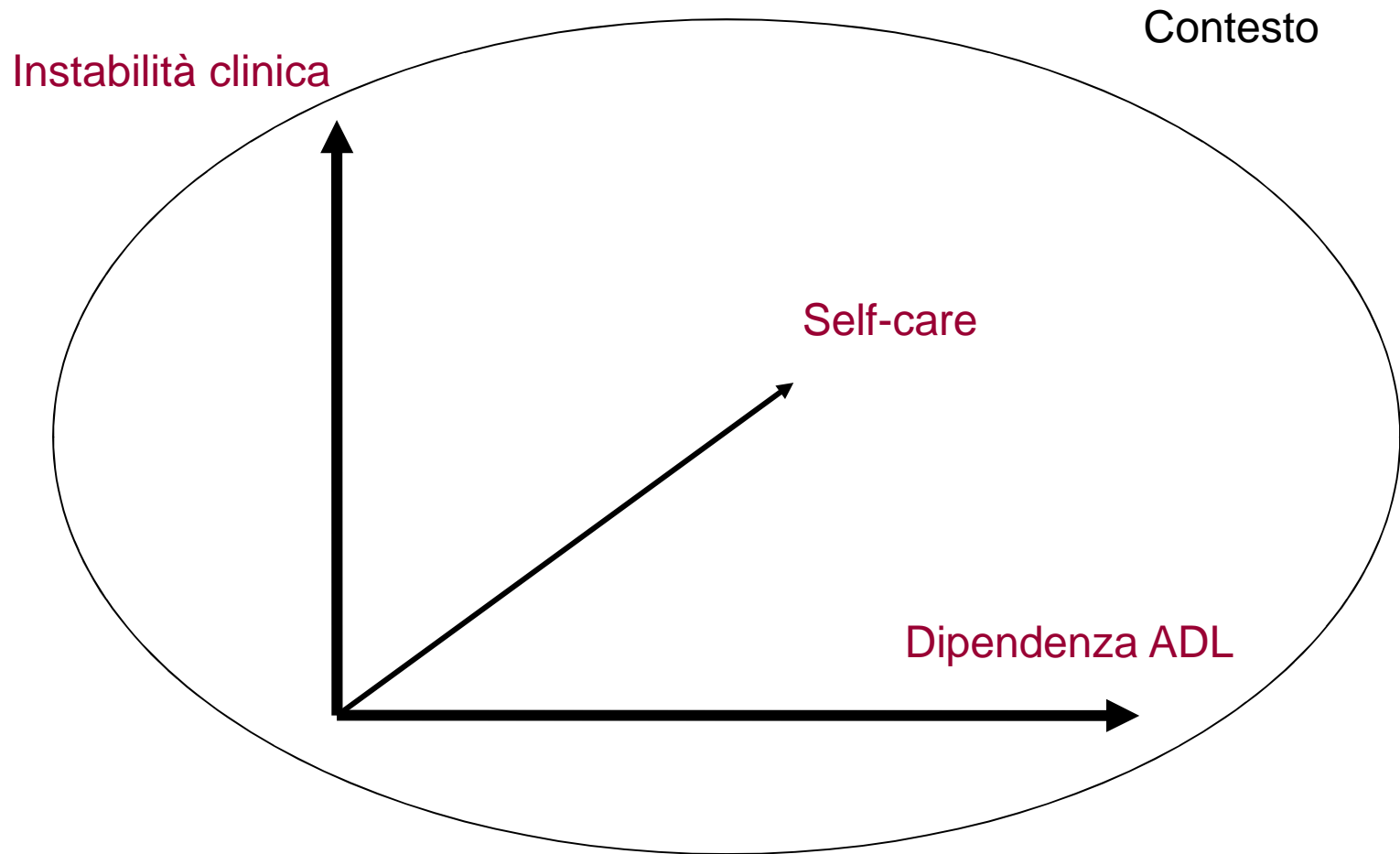
- Strumento per definire la complessità del paziente
- Strumento per definire il fabbisogno di personale correlato alla complessità del paziente

Modello assistenziale professionalizzante

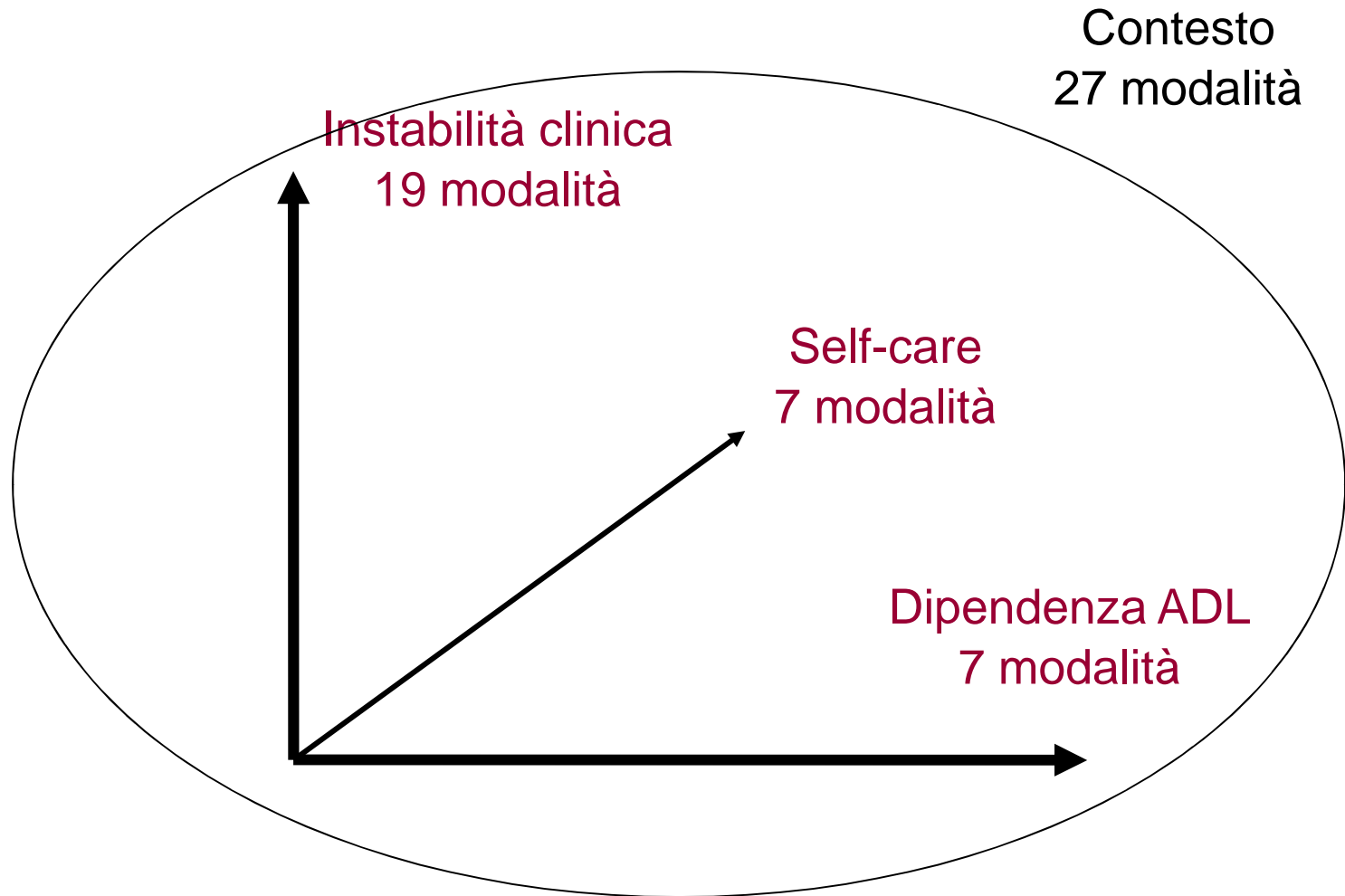
Federazione Nazionale Collegi IPASVI



Complessità assistenziale



Per “misurare/pesare/valutare” le 3 dimensioni e il contesto
il MAP identifica 60 *modalità* declinate in *variabili*:

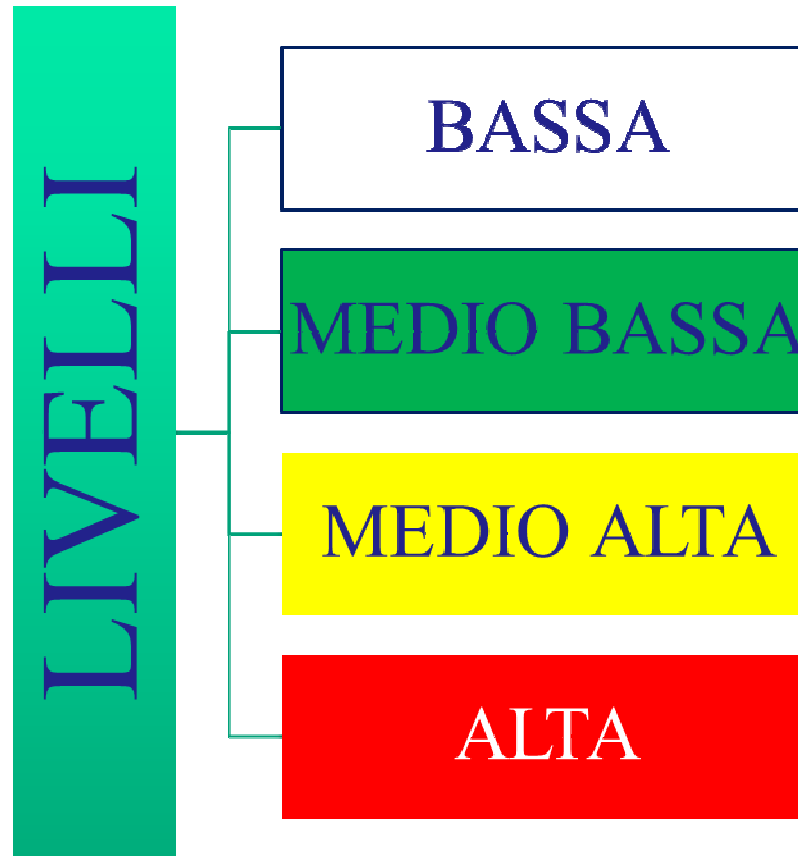


Costituito da 60 modalità

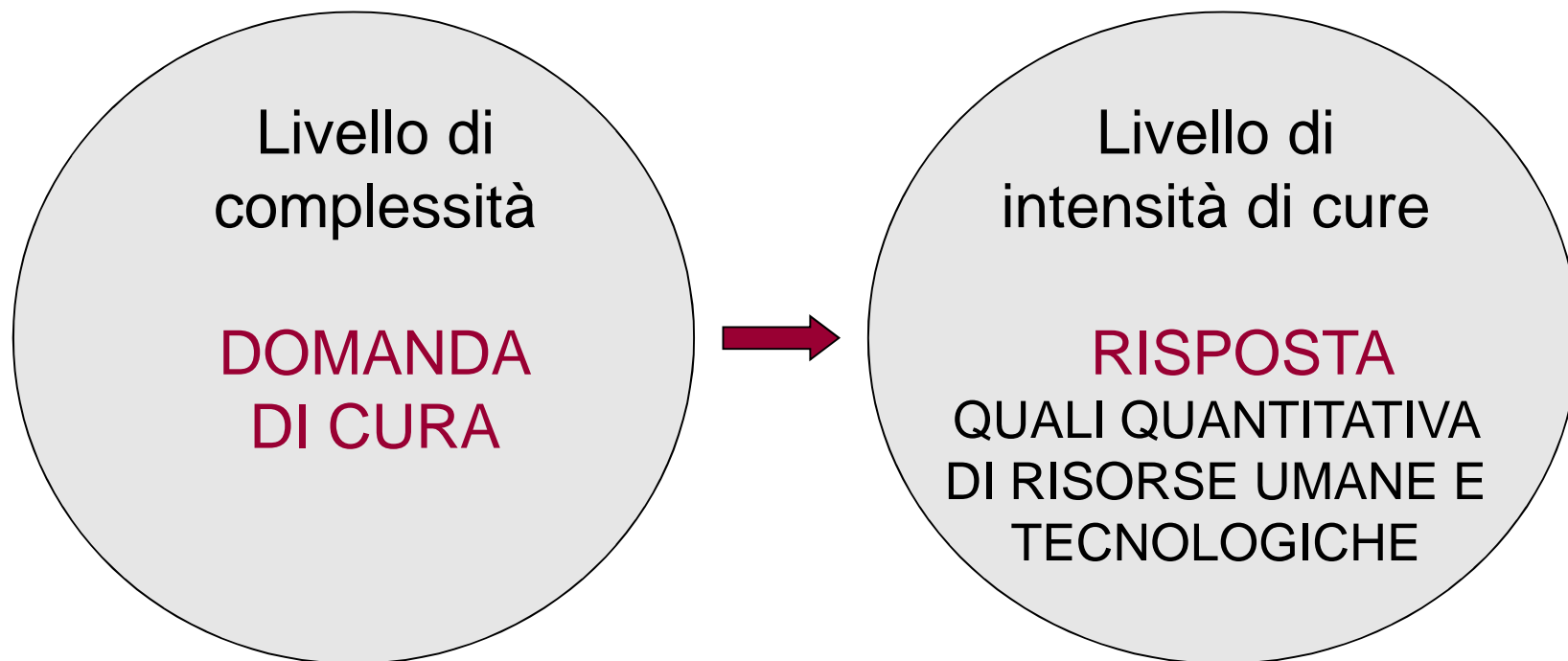
Valuta tramite
variabili

Sistema
bilanciato di
pesatura

Categorizza la
complessità del
paziente in
livelli



Complessità e intensità



L'esperienza ci insegna che i pazienti ricoverati in Medicina sono certamente a medio - alta complessità quindi **necessitano di una intensità di cura media** (200-220 minuti al giorno), anzi una parte di loro probabilmente avrà bisogno di maggiore intensità di cure

MEDICINA MINUTI TOTALI – MAP

	Q1 VALORE MINIMO	Q2 VALORE MEDIANO	Q3 VALORE MASSIMO	% INFERMIERE	% OSS
bassa	65	83	102	55	45
medio bassa	124	142	163	58	42
medio alta	193	216	240	64	36
alta	279	311	349	67	33
MEDIA	165,3	188	213,5		

Minuti Totali assistenza	Infermiere	OSS	Pazienti/infermiere
200	140	60	10,3

Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure per le aree mediche e chirurgiche generali, 2011

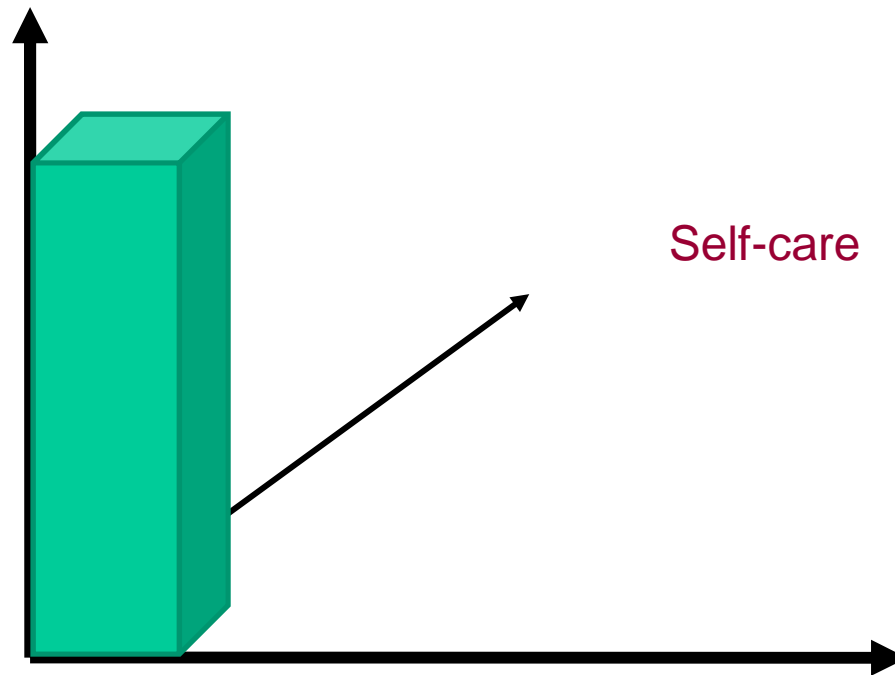
Entriamo in unità operativa

Complessità assistenziale

Instabilità clinica

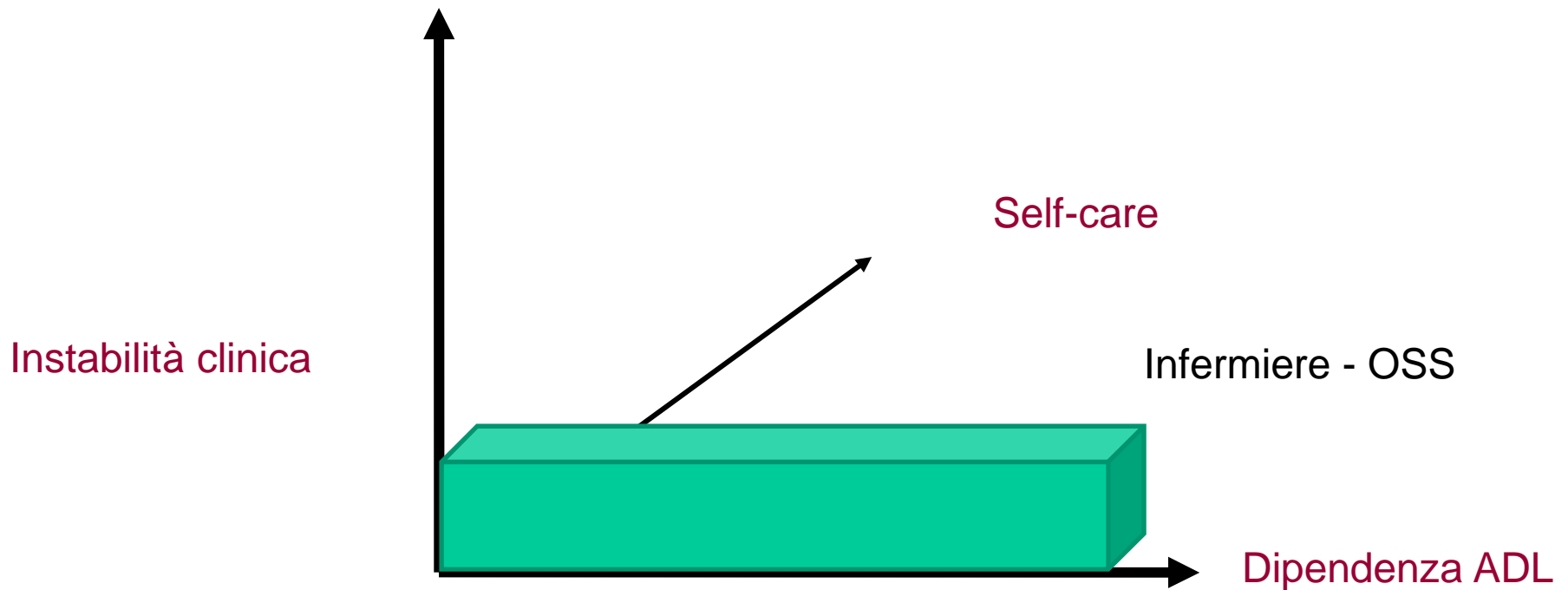
Medico

Infermiere

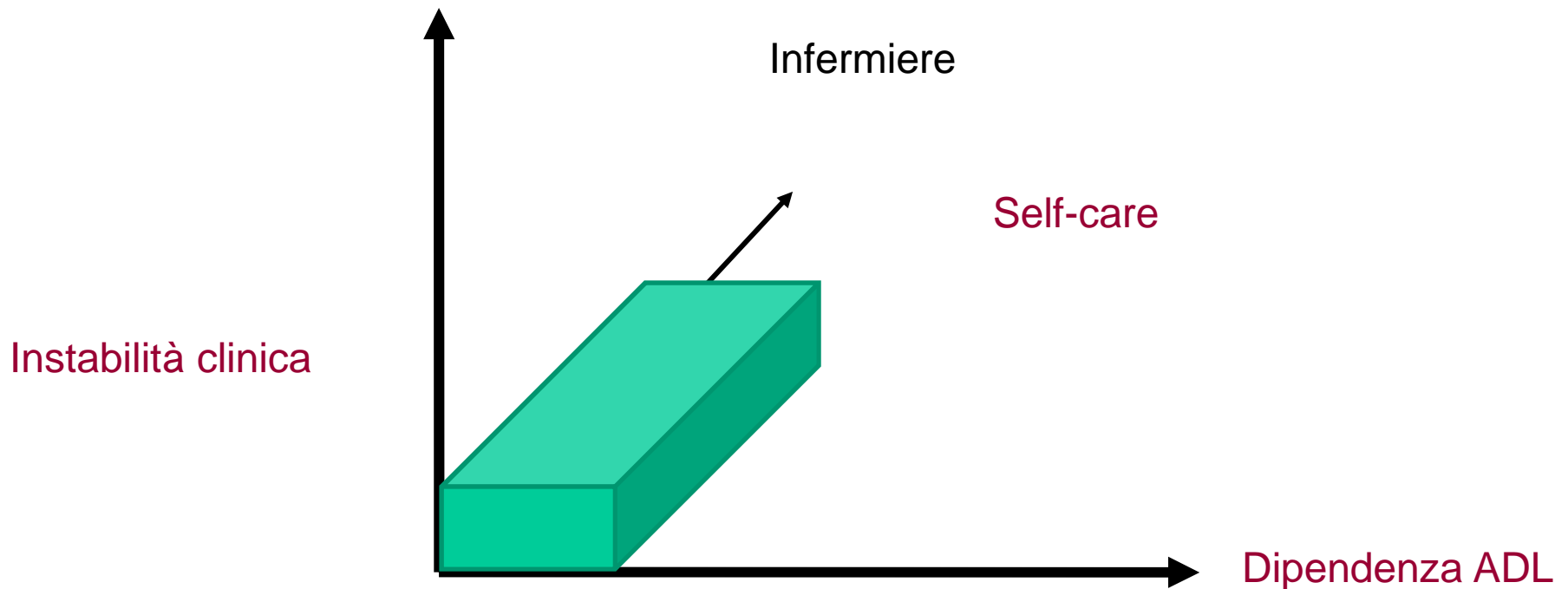


Dipendenza ADL

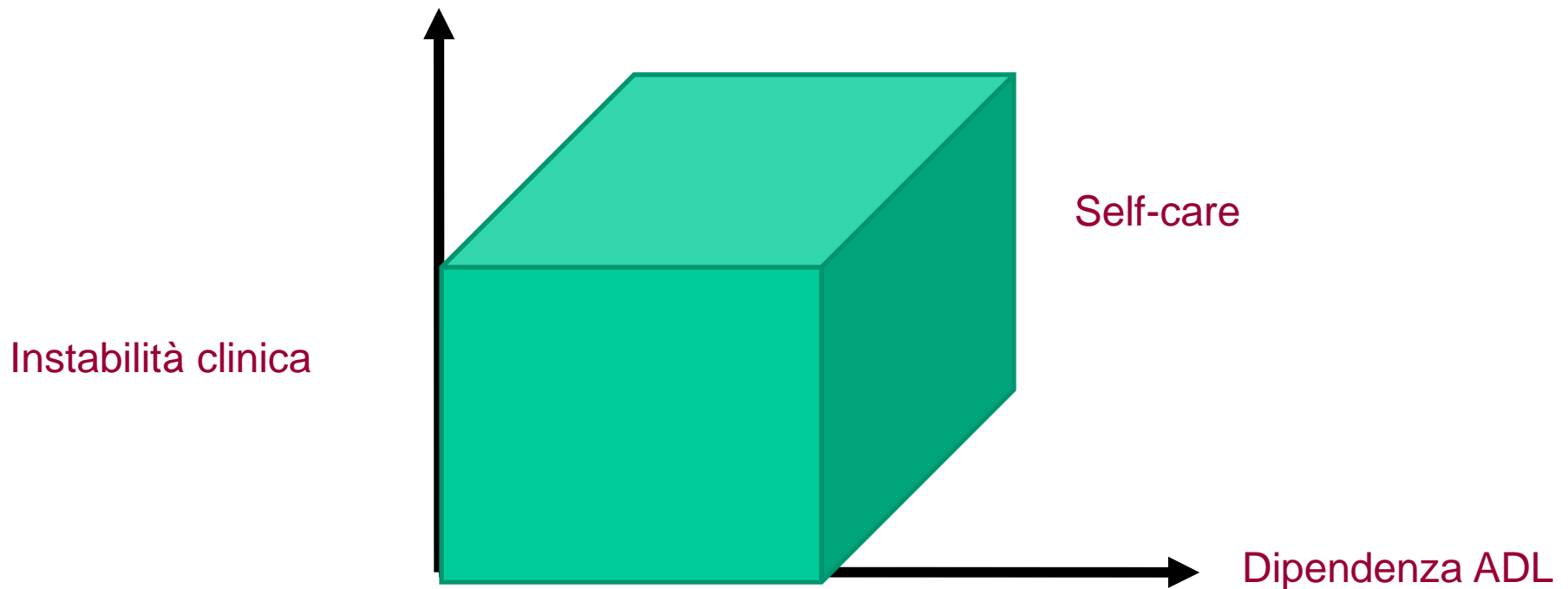
Complessità assistenziale



Complessità assistenziale



Complessità assistenziale



Qualunque sia la forma del nostro solido
la nostra sensazione è che i pazienti
siano tutti molto complessi!

quindi

diversi livelli di complessità (medio alta...) o
diversi profili di complessità (alta instabilità ,
alto bisogno educativo..) ?

Diversi profili di complessità

In medicina non ci sono pazienti a bassa complessità che hanno bisogno di “poca assistenza” e quindi:

- è necessario porre attenzione a non scendere al di sotto dei livelli di sicurezza
- pianificare/organizzare il lavoro secondo priorità, specificità... congruentemente con i “profili di complessità” dei pazienti

Perché misurare la complessità?

Per organizzare l'assistenza

Che significa organizzare l'assistenza?

- decidere l'organizzazione del lavoro
- decidere l'allocazione dei pazienti
- decidere le priorità
- costruire piani assistenziali specifici per ogni paziente, congruentemente con i suoi bisogni
utilizzando anche strumenti/indicatori

Quali strumenti utilizzare e come?

Dipende:

- informazioni sintetiche per decisioni organizzative
- informazioni analitiche per pianificazioni puntuali

Decisioni organizzative - coordinatore

Criticità/instabilità



NEWS (*National Early Warning Score*)

Dipendenza nelle ADL



IDA (*Indice di dipendenza assistenziale*)
SIPI (*Sistema Informativo di Performance Infermieristica*)

Self care



conoscenze
capacità
senso di autoefficacia

Ambiente



BRASS

National Early Warning Score (NEWS)

Attenzione se punteggio ≥ 7

	3	2	1	0	1	2	3
Frekuensi respiratoria	≤ 8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥ 25
Saturazione O ₂	≤ 91	92 - 93	94 - 95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		sì		no			
Temperatura °C	≤ 35		35,1-36	36,1 - 38	38,1 - 39	$\geq 39,1$	
PA sistolica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frekuensi cardiaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Livello di coscienza				Vigile			Rich.verb Stim.dol. Coma

PROBABILITA' DETERIORAMENTO CLINICO: 0 - 4 BASSO ; 5 - 6 MEDIO; ≥ 7 ALTO

Indice di dipendenza assistenziale (IDA)*

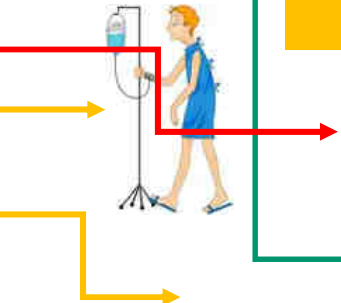
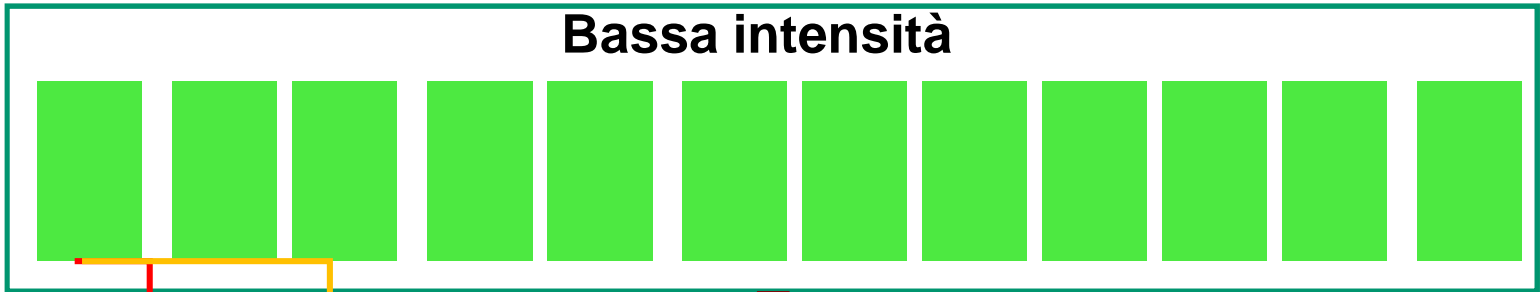
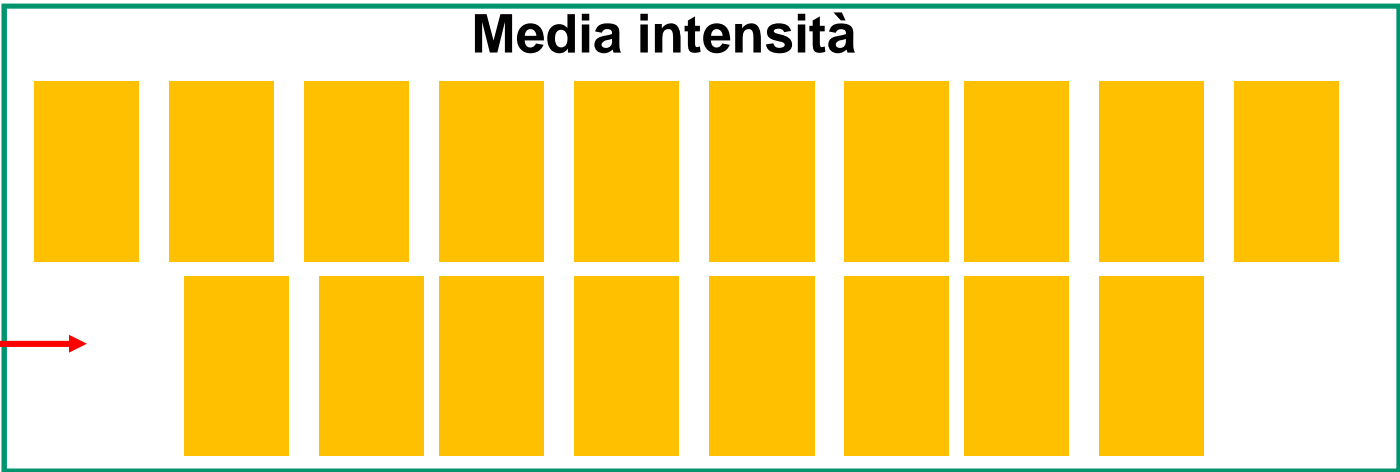
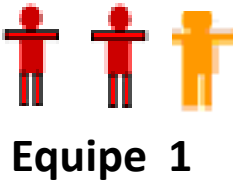
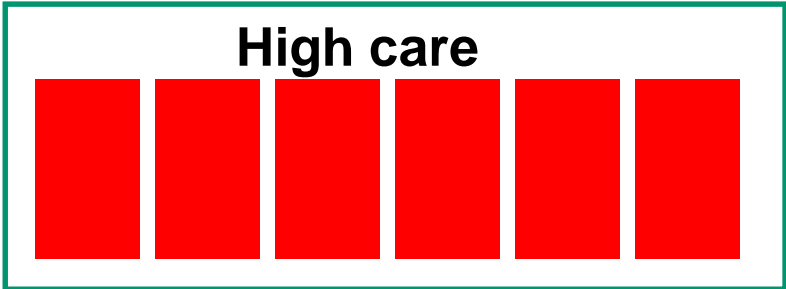
Score	Alimentazione	Eliminazione (feci e urine)	Igiene e comfort	Mobilizzazione	Procedure diagnostiche	Procedure terapeutiche	Percezione sensoriale
1	NPT o NET	Incontinenza permanente	Igiene a letto senza l'aiuto del paziente	Allettato	Monitoraggio Continuo dei parametri	CVC per infusione continua nelle 24 ore	Stato soporoso Coma
2	Deve essere imboccato	Incontinenza occasionale	Igiene a letto con l'aiuto del paziente	Mobilizzazione in poltrona	Monitoraggio ripetuto ad intervalli < 1 h	CVC o periferico per infusioni discontinue	Disorientamento continuo, uso sedativi di giorno e di notte
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	Catetere vescicale a permanenza	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	Cammina con l'aiuto di una o più persone	Monitoraggio ripetuto ad intervalli >1 h	Terapia per os, im, ev (incluse le flebo)	Disorientato occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Autonomo	Autonomo	Autonomo	Autonomo	Esami di routine e altri accertamenti	Terapia solo per os o nessuna terapia	Vigile e orientato non sedativi

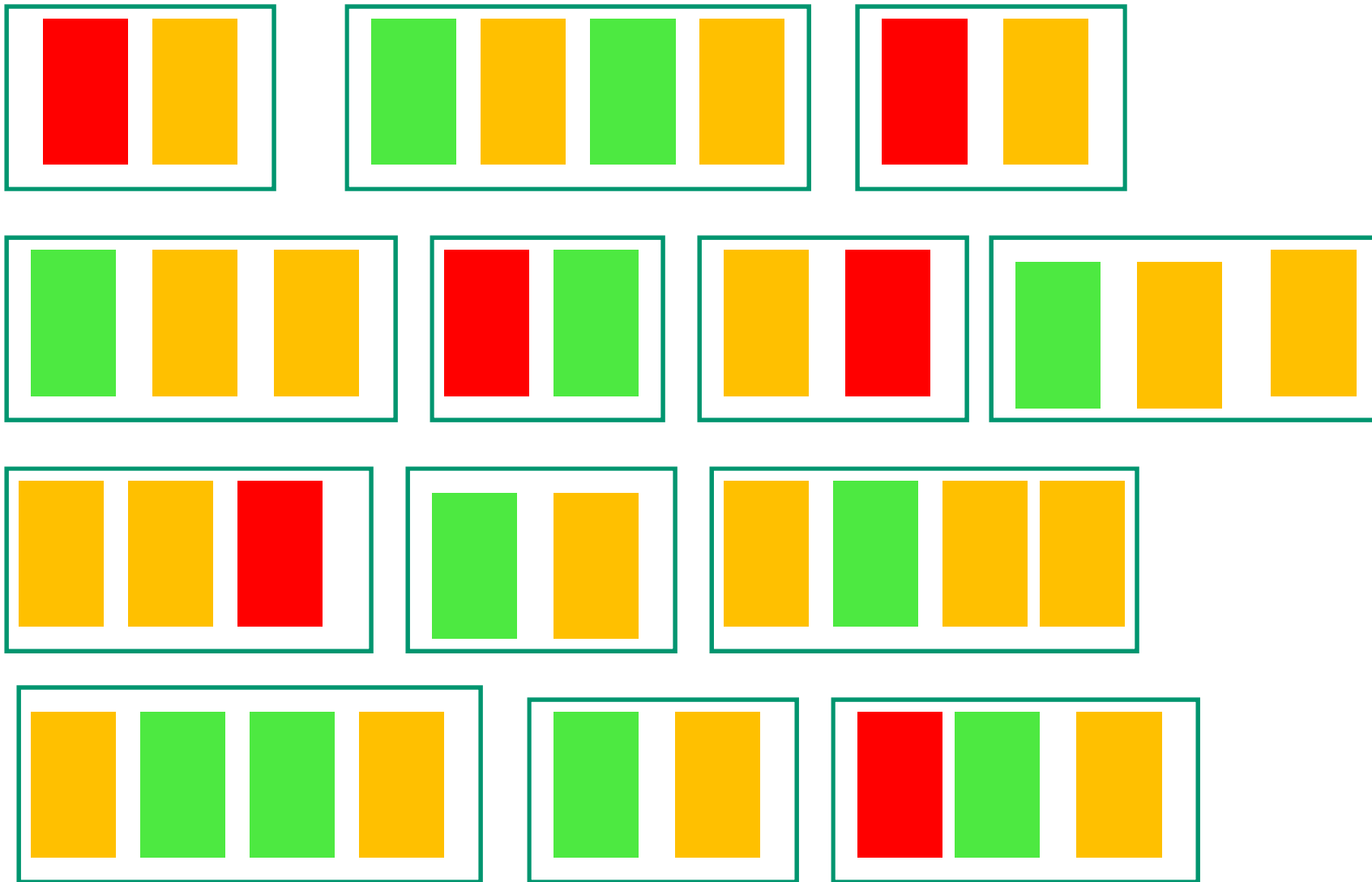
Legenda: NPT= Nutrizione Parenterale Totale; NET= Nutrizione Enterale Totale; CVC =Catetere Venoso Centrale

* Punteggio complessità assistenziale: 7-11: **alta**; 12 - 19: **media**; 20 - 28: **bassa**

Per quali finalità

- Pianificare le risorse (come organizzo gli infermieri e gli OSS)
- Per “organizzare i pazienti”: raggruppamento critici o sistemi di alert
- Valutare la presenza delle competenze necessarie e indirizzare lo sviluppo professionale dei collaboratori



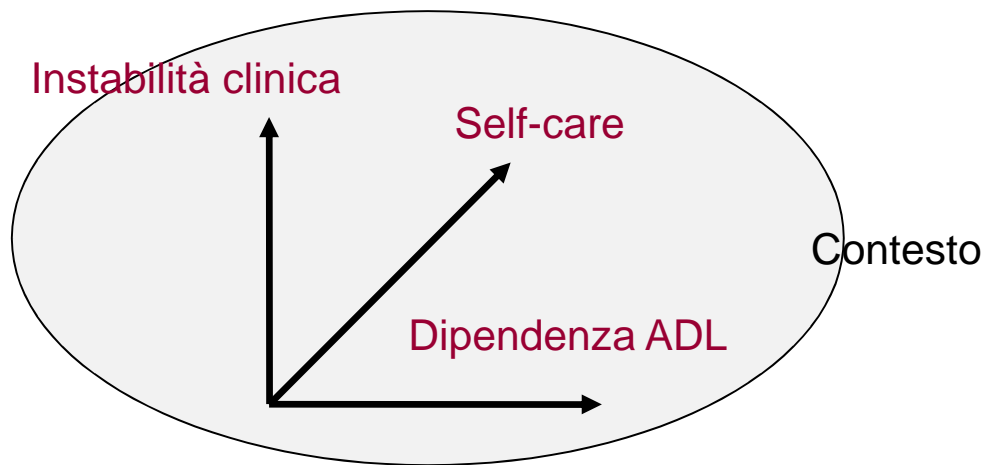


Agile

Bologna 2014



Decisioni assistenziali - infermiere

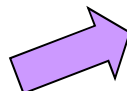
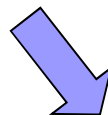


Disporre di un
Minimum Data Set
per “fotografare”
il paziente e pianificare
gli interventi

Cosa chiedono gli infermieri

strumenti “snelli” per utilizzare dati
sistematicamente raccolti e che
realmente supportino la fase di
pianificazione

Qualsiasi scelta facciamo sugli strumenti che misurano la complessità deve essere chiara la finalità e consentire di misurare gli esiti dell'assistenza



Risultati sensibili/attribuibili alle cure infermieristiche

Infezioni *devices*
Sposizionamento *devices*
Estubazioni accidentali
Scompenso comorbidità
Lesioni da decubito
Cadute
Malnutrizione
Disidratazione
Ab ingestis/polmoniti
TVP
Errori di terapia
**Mancato riconoscimento
deterioramento**

Mortalità
Durata della degenza

(Cho et al. 2005)

Autonomia ADL
Self-care terapeutico
Confort
Soddisfazione pazienti e familiari

Qualità della Vita
Riammissioni ospedaliere
Ammissioni anticipate in istituzione

(Irvine, 2004)



Grazie per l'attenzione

Per informazioni:

Annamaria Guarnier - Servizio Governance Processi Assistenziali – APSS Trento
annamaria.guarnier@apss.tn.it tel. 0461904157