

Indicatori di assistenza infermieristica



Come si è evoluto il quadro normativo metodologico organizzativo negli ultimi trenta anni?

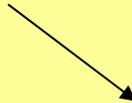
Quale è il numero congruo di operatori necessari per garantire il diritto all'assistenza?

Quali e quante risorse professionali devono essere messe in campo per un'assistenza sanitaria di qualità?

Numero di infermieri

contesto , stato di salute dei pazienti , competenza , composizione del personale , **Carico di lavoro**, complessità ass.le

Abbandono U.O. /professione

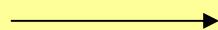


rischi per la salute

Ospedali magnete

adeguato numero di infermieri

forte leadership, gestione aperta, rappresentanza infermieristica



opportunità di sviluppo

“Minutaggio“ vs “modello di analisi della complessità assistenziale”

Quali e quanti operatori devono essere presenti nelle diverse realtà affinché l'infermiere possa dedicarsi prioritariamente a quello che è il suo **mandato istituzionale e professionale**? processo assistenziale, rilevare i bisogni...

Quali e quante risorse professionali devono essere messe in campo affinché i cittadini possano avere **un'efficace risposta al loro bisogno di assistenza infermieristica**?

Fattore "tempo"

Rivalutazione del fattore tempo

Oggettivo e comparabile

ma l'elemento fondante

**Analisi attenta olistica ed empatica dei
bisogni assistenziali nella presa in
carico**

Infermieri protagonisti

Modello di analisi della complessità
assistenziale

Valorizzazione delle specifiche
competenze professionali

Definizione dei percorsi migliori per una
risposta sanitaria significativamente
positiva.

LA DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI ASSISTENZA

Perché quantificare il tempo assistenziale?

- si vogliono monitorare i tempi assistenziali, usati come standard di riferimento
- perché nelle norme o deliberazioni regionali la legge sull'accreditamento è stata tradotta, per quanto riguarda i requisiti organizzativi, con la presenza minima di un tempo assistenziale.

Fondamenti legislativi alla base delle indicazioni quantitative delle piante organiche

N. posti letto

N. minuti di assistenza/die

teoricamente erogabili per tipo di reparto

Dpr 128/69

N. operatori per abitante

Apporto tecnologico, patologie prevalenti

degenza media

**Delibera
Cipe/84**

*Moduli-tipo di reparto per
specialità e*

Complessità

Aspetto tecnologico

Dm 1988

Fondamenti legislativi alla base delle indicazioni quantitative delle piante organiche

- **Dpr 128/69:** "(...) la dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un **tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore** (420 nelle rianimazioni) e deve prevedere.....1 caposala 1 infermiere professionale sempre presente in ogni sezione e un **numero adeguato di infermieri** (...) tenendo conto dei seguenti elementi (...) numero effettivo dei posti letto, necessità dei servizi ambulatoriali e di guardia, turni di ferie e riposi settimanali e festivi, **nosologia e impegno a essa inerente, quantità e qualità dell'attività medica, orari di servizio del personale sanitario** (...)".

Delibera Cipe dell'84 settori di:

terapia intensiva(500-600 minuti) e sub-intensiva (200-240 minuti),
altri settori (70-80 minuti)

Legge 595/85

tassi di utilizzo + posti letto per abitante

Decreto ministeriale sugli standard del personale ospedaliero

13 settembre 1988

La dotazione organica di personale viene definita in base a **moduli operativi**

(diversificazione a seconda della patologia del paziente)

- a. terapie intensive e subintensive:**
modulo tipo di 8 PL = 24 infermieri.
- b. terapia subintensiva** modulo tipo di 8 PL = 12 infermieri
- c. specialità di base:** modulo tipo di 32 PL nelle specialità mediche e chirurgiche = 17 infermieri

- **Personale ausiliario di supporto.** Per le funzioni
- di terapia intensiva: 1 ogni *PI*.
- Per le funzioni di riabilitazione, lungodegenza di geriatria: 0,25 per posto letto.
- Per le funzioni di elevata assistenza: 0,20 per *PI*.
- Per le altre funzioni: 0,15 per posto letto.

DALLA CENTRALITÀ ALLA SPECIFICITÀ LOCALE

Legislazione statale

vs

*Regionale
Locale*

*Politiche e
governo centrale*

vs

*Politiche e Governi
Locali*

Bisogni generali

VS

*Bisogni e consensi
loco regionali*

decreto legislativo 502/1992

- Da tale decreto legislativo, le regioni hanno emanato una serie di provvedimenti per definire requisiti aggiuntivi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie. In particolare, alcune regioni hanno inserito nei requisiti minimi da garantire per ottenere l'accreditamento i minuti di assistenza per paziente al giorno

referimento	professionali	n. operatori	Organizzazione	n. operatori	Organizzazione	Variabili che determinano la >/< complessità	Crteri da utilizzare per l'integrazione all minimo
attività di Base (120')	Caposala	20 p.l. 1,00	1 infermiere MPN (6) 1 infermiere MP f.t. (2) 1 OTA/OSS MP f.t. (1,8) Nota: condizione inaccettabile perché in alcuni momenti è presente un solo operatore, pertanto è fondamentale elevare lo standard almeno a 12 operatori.	1,00	2 infermieri MPN (12) 2 OTA/OSS MP f.t.(4,3)	<ul style="list-style-type: none"> Livelli di autonomia/dipendenza Complessità progetto assistenziale Caratteristiche strutturali Indice di turnover Vie infusionali (vasi centrali e perif.) Drenaggi, cateteri, stomie, sondini, etc. Letti indistinti (%) Presenza/assenza di personale amministrativo 	Integrazione di S' dell'assistenziale previsto per pazienti in condizioni di autonomia o in presenza continuativa di altre variabili specificate (per il bilancio di integrazione)
Medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pneumologia, dermatologia, otorinolaringoiatria, diabetologia e malattie del metabolismo, gastroenterologia, geriatria, medicina del lavoro, oculistica, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, ortopedia, reumatologia, nursery.	attività assistenziali (Infermieri - OTA e OSS)	10,21		16,34			
attività a Media Assistenza (180')	Caposala	20 p.l. 1,00		32 p.l. 1,00		<ul style="list-style-type: none"> Livelli di autonomia/dipendenza Complessità progetto assistenziale Caratteristiche strutturali Indice di turnover Vie infusionali (vasi centrali e perif.) Drenaggi, cateteri, stomie, sondini, etc. Letti indistinti (%) Presenza/assenza di personale amministrativo 	Integrazione di S' dell'assistenziale previsto per pazienti in condizioni di autonomia o in presenza continuativa di altre variabili specificate
Chirurgia, neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, chirurgia ortopedica, dermatologia, neurologia, nefrologia, psichiatria infantile, oncologia pediatrica, pneumologia, malattie infettive.	attività assistenziali (Infermieri - OTA e OSS)	15,32	2 infermieri MPN (12) 1 OTA/OSS MP f.t. (3,3)	24,51	3 infermieri MPN (18) 3 OTA/OSS MP f.t. (6,5)		
attività ad Elevata Assistenza (300')	Caposala	8 p.l. 1,00		12 p.l. 1,00		<p>Per la Medicina d'Urgenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Livelli di autonomia/dipendenza Complessità progetto assistenziale Caratteristiche strutturali Indice di turnover Vie infusionali (vasi centrali e perif.) Drenaggi, cateteri, stomie, sondini, etc. Letti indistinti (%) Presenza/assenza di personale amministrativo <p>Per le altre U.O.O.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Livelli di autonomia/dipendenza Complessità progetto assistenziale e riabilitativo Livello di collaboratività di paz. e fam. 	<p>Per la Medicina d'Urgenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrazione di S' delle attività assistenziali previsto per pazienti in condizioni di autonomia o in presenza continuativa di altre variabili specificate <p>Per le altre U.O.O.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrazione di operatori per il completamento del n. di operatori (minimo da prevedere in strutture del DSM) e per la riabilitazione (un Caposala anche per le attività riabilitative esterne)
Medicina d'urgenza, dialisi, DSM Dipartimento di Salute Mentale (CSM centro salute mentale), Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, Dialisi: n. 1 Infermiere per n. 2 p.l. per Dialisi Peritoneale: n. 1 Infermiere per ogni 5 letti.	attività assistenziali (Infermieri - OTA e OSS)	10,21	1 infermiere MPN (6) 1 infermiere MP f.t. (2) 1 OTA/OSS M. f.t. (2,2) Nota: condizione inaccettabile perché in alcuni momenti è presente un solo operatore, pertanto è fondamentale elevare lo standard almeno a 12 operatori.	15,32	2 infermieri MPN (12) 1 OTA/OSS MPN (3,3) n. ... educatori		

Gruppi di Direzione

Le unità di personale, di assistenza diretta ai pazienti addetto alle articolazioni organizzative di degenza, sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro-die per paziente. Pertanto si avrà il seguente personale in organico:

com
di
La Dr. Serrini

	Tipologia	Minuti di assistenza per paziente die	TEMPO D'ADEGUAMENTO	Risposta
33.	A) specialità di base	120	1	
34.	B) specialità di media assistenza	180	1	
35.	C) specialità di elevata assistenza	300	1	
36.	D) intensiva	600	1	
37.	E) subintensiva	360	1	
38.	F) riabilitazione	200	1	
39.	G) lungodegenza	120	1	

A) specialità di base: medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, diabetologia e malattie del ricambio, gastroenterologia, geriatria, medicina del lavoro, oculistica, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, urologia, reumatologia
B) specialità di media assistenza: cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, ematologia, neurologia, nefrologia, neuropsichiatria infantile, oncologia pediatrica e cardiologia <i>(EMENDAMENTO APPORTATO ALLA DGR 2200/00 DALLA DGR 1579/01)</i>
C) specialità di elevata assistenza: dialisi, DSM Dipartimento di salute mentale (CSM centro salute mentale, SPDC Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, SRR)
D) intensiva: UTIC, terapia intensiva neonatale, terapia intensiva post-trapianto, terapia intensiva
E) subintensiva: reparti di riabilitazione ad alta specializzazione (unità di risveglio, unità di riabilitazione per cranio-mielolesi, etc.)

D.lgs 29 del 1993 **carichi di lavoro**

1997 atto di indirizzo alle Regioni in materia di requisiti
minimi strutturali tecnologici.....



La quantità di personale medico e infermieristico
deve rapportarsi al
volume delle attività

Attività ambulatoriale

- personale in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.
- Le attività di recupero e rieducazione funzionale sono caratterizzate da modalità di lavoro di gruppo. Si deve garantire la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto

Pronto soccorso ospedaliero

- Ogni struttura erogante prestazioni di pronto soccorso deve prevedere i seguenti requisiti organizzativi:

la dotazione organica del personale medico e infermieristico deve essere rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni e, comunque, sull'arco delle 24 ore, l'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire La presenza di almeno un infermiere e un medico

Punto nascita - Blocco parto

- La dotazione organica del personale medico e infermieristico deve essere rapportata al volume dei parti. Comunque, sull'arco delle 24 ore, l'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire la presenza di almeno un medico ostetrico e di una ostetrica. Deve essere garantita comunque l'assistenza al neonato anche attraverso il trasporto protetto.

- **Rianimazione e terapia intensiva**
 - essere rapportata alla tipologia dell'attività svolta
- **Day hospital**
 - almeno un medico e di un infermiere professionale anche non dedicati.
- **Day surgery**
 - un medico e un infermiere professionale anche non dedicati
- **Residenze Sanitarie Assistenziali**
 - in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate

I "codici di attività" individuati sono i seguenti :

Codice	descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (<i>Nuclei Alzheimer</i>) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente " <i>protesico</i> ".
R3	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)
SR	Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
SRD	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Tabella n. 1.1.

Prestazioni *	Standard qualificanti **
R1	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min
R2	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min
R2D	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min
R3	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

* Per la descrizione delle prestazioni vedi Capitolo 1.4.1.

** Per Guardia Medica h 24, si intende la presenza del medico su 24 ore nella struttura nel suo insieme. L'assistenza indicata come copertura oraria (h.) è riferita alle ore di copertura per nucleo. L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti / 20); la specifica "assistenza infermieristica" è un "di cui".



Conoscere:

- La determinazione del tempo di assistenza
- Le performance infermieristiche

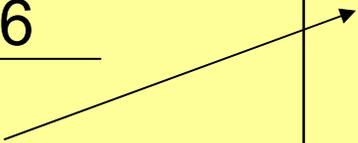
Determinazione del tempo di assistenza

Per poter arrivare a calcolare i **minuti di assistenza per paziente nelle 24 ore** è necessario avere a disposizione alcuni dati e precisamente:

- numero del personale in dotazione
- Posti letto e/o presenza media di pazienti in ricovero ordinario

Ore di assistenza all'anno

Ore Settimanali	Settimane anno	Totale Ore	Totale ore Lavorate (assistenza) anno
36	52	1872- <u>366</u>	1506



Ore di assistenza al giorno

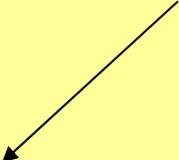
Totale ore Lavorate (assistenza) anno	Settimane anno	Ore Lavorate (assistenza) settimana	Ore lavorate Giorno
1506	52	28,96 : 7 →	4.14

$4,14 \times 60 = 248$ minuti lavorati mediamente ogni giorno da un infermiere

248×9 (n. infermieri nelle 24 ore) = 2232 (minuti erogati al giorno di assistenza)

$2232 : 20$ (numero pazienti ricoverati) = 111.60

minuti erogati al giorno ad un paziente



Determinazione della dotazione organica

fattore tempo

$$365 \times 120 = 43800$$

$$365 \times 180 = 65700$$

$$365 \times 300 = 109500$$

$$365 \times 360 = 131400$$

Minuti di assistenza da
assicurare ad un ricoverato
nell'anno

$$43800 : 60 = 730 \text{ ore anno paz.}$$

$$\frac{730}{1506} = 0,49$$

$$0,49 \times PL = N. \text{ inf. necessari}$$

Ma piu di tutti
conoscere.....

LA PERFORMANCE INFERMIERISTICA E I PROFILI ASSISTENZIALI

- **Performance infermieristica**

(insieme di interventi infermieristici rappresentativi della complessità assistenziale)

- **Complessità dell'assistenza**

infermieristica (insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità di impegno e quantità lavoro dell'infermiere)

- **Profilo di assistenza infermieristica**

(classificazione degli interventi maggiormente rappresentativi della complessità dell'assistenza infermieristica erogata ad una o più persone, in un determinato periodo di tempo in un contesto specifico secondo criteri stabiliti)

LA VISIBILITÀ DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ATTRAVERSO LA PERFORMANCE INFERMIERISTICA

Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI)

- definire *una classificazione dei vari profili di complessità dell'assistenza infermieristica* che si configurano nelle UU.OO. delle Aziende Sanitarie

Personale di supporto : *rapporto quantitativo è inversamente proporzionale al livello di complessità dell'assistenza infermieristica.*

Parametri irrinunciabili

- codifica standardizzata del linguaggio infermieristico (nomenclatore)
- codifica informatizzata dei dati
- Riferimento ad una teoria infermieristica nella rilevazione dei bisogni

Misurazione del carico di lavoro

Prende come riferimento

- La definizione della quantità totale di atti ed operazioni prodotte
- I tempi standard di esercizio delle attività svolte
- Il grado di copertura del servizio reso in rapporto alla domanda reale o potenziale

Misurazione del carico di lavoro

Che cosa si intende per carico di lavoro?

circolare n. 6 del 23 marzo 1994

E' la quantità di lavoro necessario, nelle diverse qualifiche e professionalità, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa, dipende:

- dalle esigenze espresse da utenti
- dalle attività di altre unità organizzative dello stesso ente
- dagli obiettivi di produzione assegnati (prestazioni

Metodi scientifici per la rilevazione dei carichi di lavoro

Secondo M.Cantarelli si basano su:

1. L'individuazione del bisogno globale di assistenza circa lo stato di salute degli individui, anche in considerazione delle loro esigenze biopsico-sociali;
2. La quantificazione del bisogno come "tempo richiesto per l'assistenza"; questo criterio è un passaggio obbligato per la determinazione del fabbisogno di personale e la sua razionale distribuzione.

PRINCIPI

I metodi si caratterizzano e si differenziano per i seguenti principi:

- **i parametri** (bisogno di riposo, d'igiene)
- **le classi di dipendenza** (da indipendente a totalmente dipendente)
- **la corrispondenza classi/parametri** (assegnazione dei pazienti alle relative classi di dipendenza avviene dopo la determinazione dei parametri)
- **la definizione dell'impegno infermieristico**

Applicati in Italia

- **Il metodo svizzero**

classificazione dei malati in base alla dipendenza

- **PRN 87**

1. attività connesse all'assistenza diretta e indiretta;
2. comunicazioni riguardanti il paziente;
3. attività non assistenziali o di supporto

- **Indice di Complessità Assistenziale**

Metodo svizzero

Si articola in sei fasi:

- 1. Classificazione dei malati** (categoria di dipendenza 1-2-3, sulla base di punteggi dati attraverso la rilevazione della presenza di bisogni assistenziali)
- 2. Proporzione delle categorie** (distribuzione della popolazione ricoverata tra le categorie di dipendenza in percentuale sulla totalità).

3. Durata dell'assistenza diretta
(min/maleto nelle 24 ore)

PRN

(1980) e successive versioni

Project Research of Nursing

1. attività connesse all'assistenza diretta e indiretta

(vengono individuati 250 fattori o prestazioni, definiti specifici protocolli e punteggi a indicare tempo/lavoro richiesto da ognuna delle attività 1 punto =5 min)

2. comunicazioni riguardanti il paziente: tempi standard rapportati al grado di dipendenza dei pazienti (15 livelli: minimo 7' massimo

340')

3. attività per assistenziali e di supporto

PRN

Project Research of Nursing

- utilizza il **TEMPO impiegato nelle diverse attività assistenziali** per definire il peso assistenziale dei pazienti
- presuppone l'utilizzo della pianificazione assistenziale
- a ciascun atto infermieristico sono assegnati 1 o più punti (in base a: autonomia del pz, n. di infermieri necessario, n. di volte ecc). Sono stati classificati 250 atti infermieristici

- Ogni punto equivale a 5 minuti di lavoro infermieristico

Indice di Complessità Assistenziale

ICA

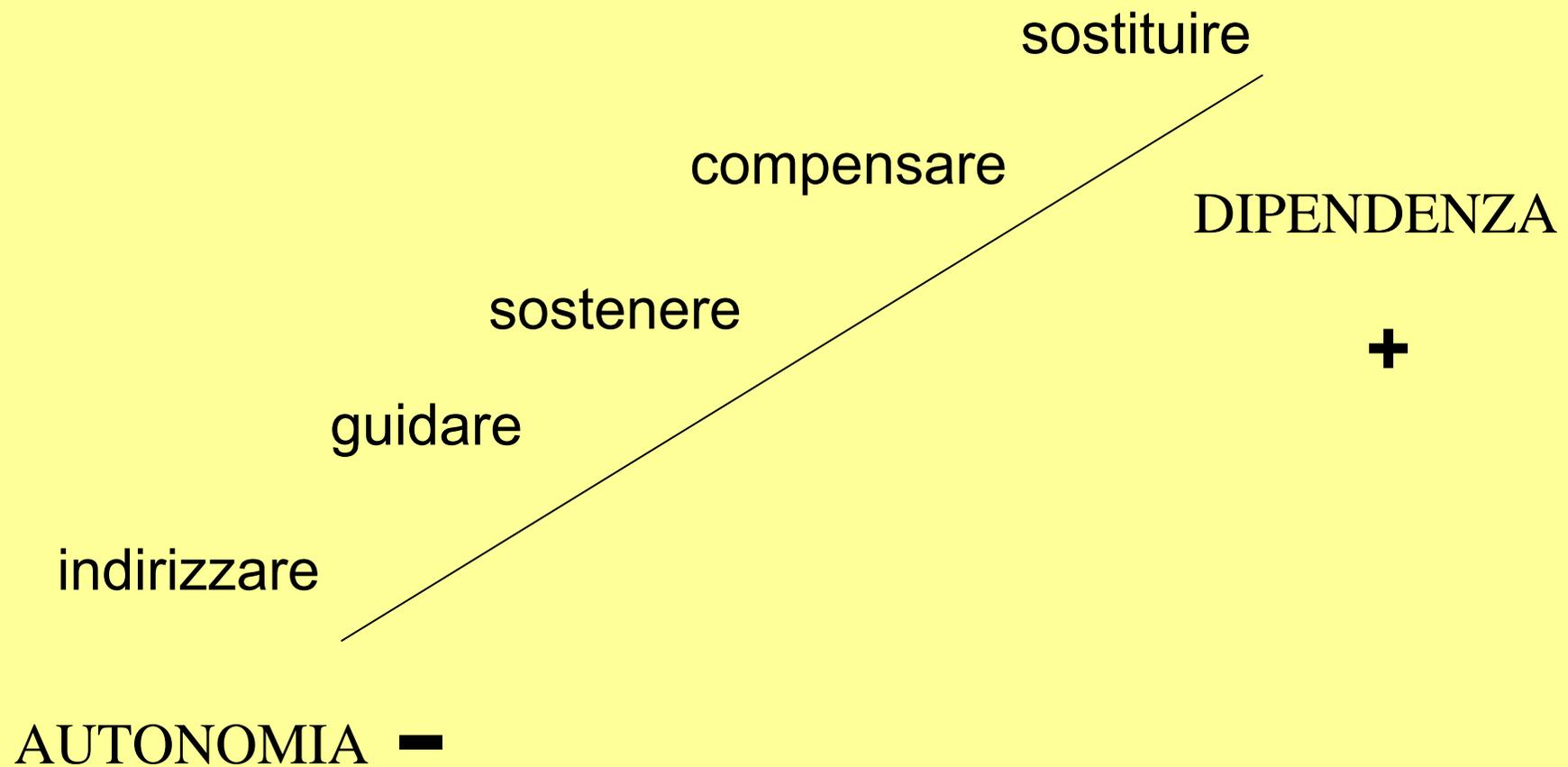
E' un metodo di misurazione dei carichi di lavoro che tiene in considerazione l'analisi dello stato di salute dell'utente

Continuum salute/malattia

Complessità assistenziale

- Stabilire le priorità, concentrare l'attenzione sui pazienti;
- Personalizzare le cure infermieristiche;
- Ottimizzare le risorse;
- Individuare e sviluppare le competenze necessarie per poter assistere i pazienti

Indice Complessità Assistenziale



indirizzare: orientare in funzione di un esplicito e conveniente criterio di scelta. L'azione di indirizzo si fonda sul presupposto che la persona, acquisite determinate conoscenze, sia in grado di soddisfare i propri bisogni;

guidare: sorreggere la scelta con un intervento teorico e/o pratico. L'azione di guida si basa sul presupposto che la persona, compiute le scelte e acquisite specifiche abilità, sia in grado di agire efficacemente per soddisfare i propri bisogni;

sostenere: contribuire al mantenimento di una condizione di relativa stabilità e sicurezza. L'azione di sostegno parte dalla congettura che la persona, messa nelle condizioni di poterlo fare, mantenga o metta in atto le conoscenze e le abilità acquisite per soddisfare il bisogno;

compensare: intervenire per ristabilire un equilibrio precedente tramite una parziale sostituzione. L'azione di compensazione prende origine dalla convinzione che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di parziale sostituzione nello svolgere le attività collegate al soddisfacimento del bisogno;

sostituire: espletare completamente una o più funzioni di una persona in sua vece. L'azione di sostituzione si fonda su presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di totale sostituzione, che può avvenire anche mediante l'impiego di ausili, presidi, attrezzature da parte dell'infermiere.

distinzione di livelli di intensità-complessità assistenziale

La previsione di reparti con diversi livelli di intensità assistenziale consente:

- di introdurre flessibilità nell'organizzazione del lavoro assistenziale
- distribuzione delle risorse infermieristiche in base all'intensità da un punto di vista quantitativo (proporzioni infermiere/pazienti diversificate)
- distribuzione delle risorse infermieristiche in base all'intensità da un punto di vista qualitativo
- far ruotare gli infermieri, distribuendo il carico di lavoro e alternando periodi di maggior carico a periodi di minore

carico
30/06/2010

presupposto:

misurare il “**peso**” assistenziale del
paziente

- gravità della patologia
- acuità della patologia
- instabilità della patologia
- livello di dipendenza dalle cure infermieristiche
- tempo necessario a compiere le azioni infermieristiche
- livello delle procedure necessarie
- tecnologia necessaria per erogare l'assistenza
- competenze prof.li – livello di formazione necessari

....MISURARE la C.A. può servire ad un Coordinatore per:

- gestire il personale infermieristico
- 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
- **misurare e documentare** il lavoro del reparto
- confrontare le performances di reparti

**Complessità
assistenziale
infermieristica**

=

**Complessità
clinica**



Non necessariamente
coincidono

Complessità clinica

possibili misure:

- **durata degenza**
- **DRG**
- **spese per farmaci**
- **spese per esami diagnostici**
- **spese per consulenze**



Complessità assistenziale

un concetto sfuggente....

certezze: (poche...)

1. è necessaria una misurazione/valutazione della complessità anche dal punto di vista infermieristico, non solo clinico
2. mancano definizioni univoche del concetto di complessità assistenziale
3. il modello che definisce la C. deve tener conto delle specificità dell'approccio infermieristico, orientato ai bisogni e all'autonomia più che alla patologia

Sistemi di Classificazione dei pazienti dal punto di vista assistenziale

Valutazione globale del paziente tenendo in considerazione tutte le diverse dimensioni della complessità

- le aree di soddisfacimento dei diversi bisogni del pz
- la dipendenza/autonomia
- il tempo
- il contenuto/livello tecnico delle prestazioni
- acuità/gravità

Classificazioni in grado di catturare **l'essenza del lavoro infermieristico** svolto, oltre a indicatori **oggettivi** ma **indiretti**

Indice di Complessità Assistenziale

Indirizzare LIV. 1	Guidare LIV. 2	Sostenere LIV. 3	Compensare LIV. 4	Sostituire LIV. 5
------------------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Prestazione	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3	LIV. 4	LIV. 5
Assicurare la respirazione					
Assicurare l'alimentazione e l'idratazione					
Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale					
Assicurare l'igiene					
Assicurare il movimento					
Assicurare il riposo e il sonno					
Assicurare la funzione cardiocircolatoria					
Assicurare un ambiente sicuro					
Assicurare l'interazione nella comunicazione					
Applicare le procedure terapeutiche					
Eseguire le procedure diagnostiche					

PRESTAZIONI	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3	LIV. 4	LIV. 5	N# PZ
Assicurare la respirazione	6	5	7	10	4	32
Assicurare l'alimentazione e l'idratazione		10		10	12	32
Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale			10	10	12	32
Assicurare l'igiene		5	10	5	12	32
Assicurare il movimento			10	10	12	32
Assicurare il riposo e il sonno	17	10	5			32
Assicurare la funzione cardiocircolatoria	5	5	10	12		32
Assicurare un ambiente sicuro		10			22	32
Assicurare l'interazione nella comunicazione	5	5	2	10	10	32
Applicare le procedure terapeutiche			4		28	32
Eseguire le procedure diagnostiche		17			15	32
Sommatoria (n° mal.x ind.di compl.)	33	134	174	268	635	1244

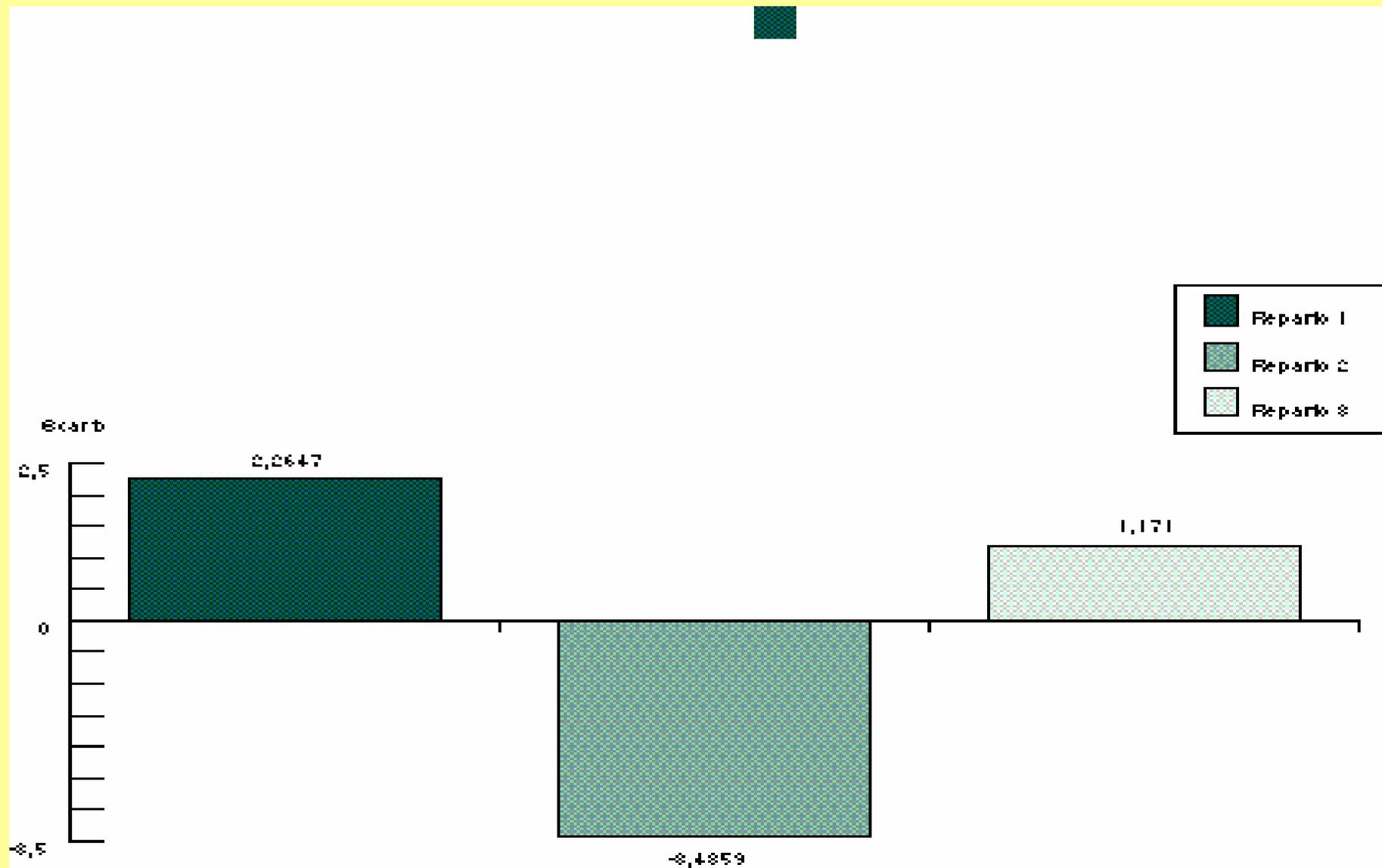
Indice di complessità

U.O.	A IC	B n.mal	C IC $c=a/b$	D M.Pond. di Comp.tà	risorse
Rep 1	1230	32	38,4375		15
Rep 2	1244	32	32,7369	36,1728	15
Rep3	1195	32	37,3438		15

Calcolo dello scarto della media ponderata dell'Indice di complessità assistenziale

reparti	A IC pond.	B Media pond.	C Scarto $C=a-b$
Reparto 1	38,4375	36,1728	2,2647
Reparto 2	32,7369	36,1728	-3,4359
Reparto 3	37,3438	36,1728	1,171

Rappresentazione grafica dello scarto dall'indice di complessità medio



Reparti	a	b	c	d	Risorse
	IC	N. Malati	IC $c=a/b$	Media ponderata di c	
Reparto 1	1230	32	38,4375	36,1728	15
Reparto 2	1244	38	32,7369		15
Reparto 3	1195	32	37,3438		15

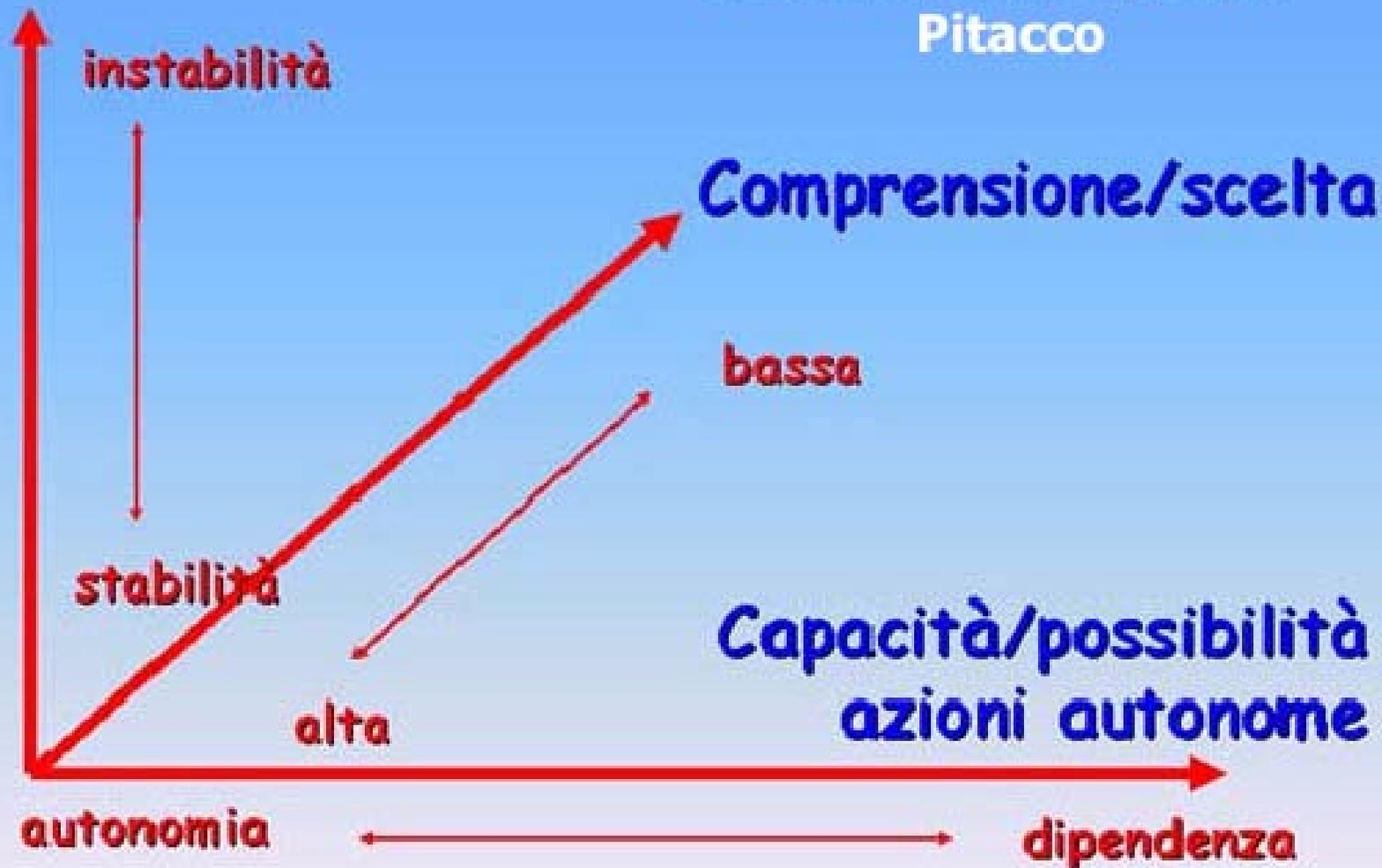
IC = Indice di complessità

Reparti	a	b	c
	IC ponderato	Media ponderata	Scarto $c-a-b$
Reparto 1	38,4375	36,1728	2,2647
Reparto 2	32,7369	36,1728	-3,4359
Reparto 3	37,3438	36,1728	1,171

IC = Indice di complessità

Salute/malattia

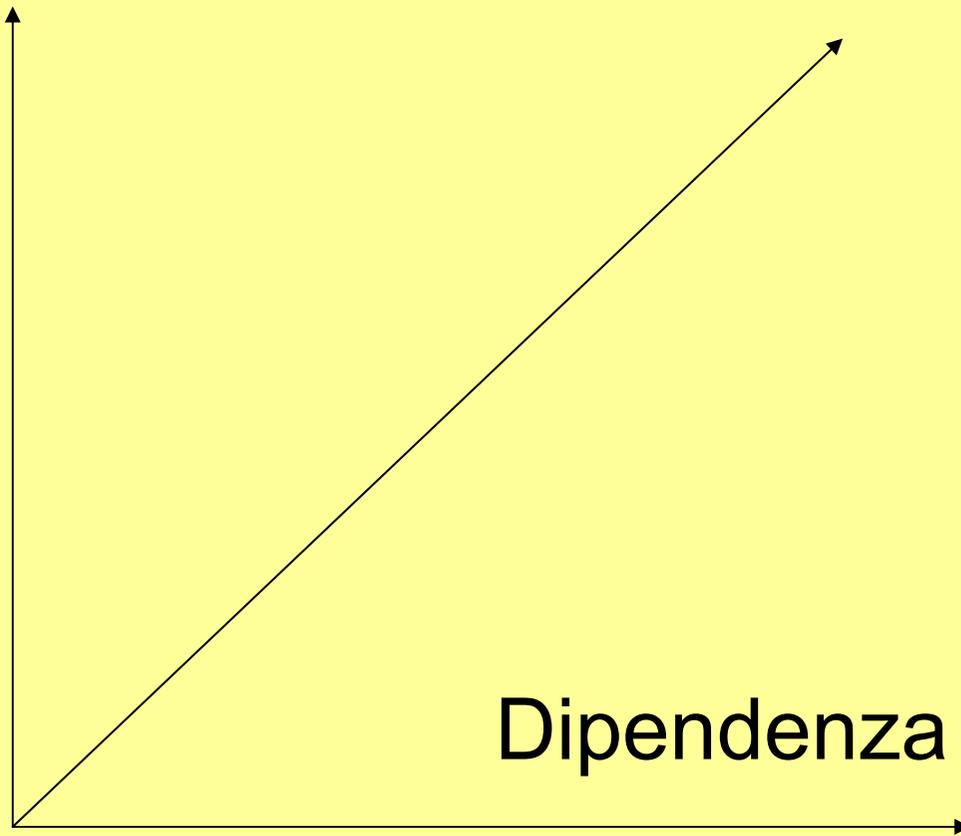
**il modello di complessità
assistenziale Silvestro-
Pitacco**



A. Silvestro

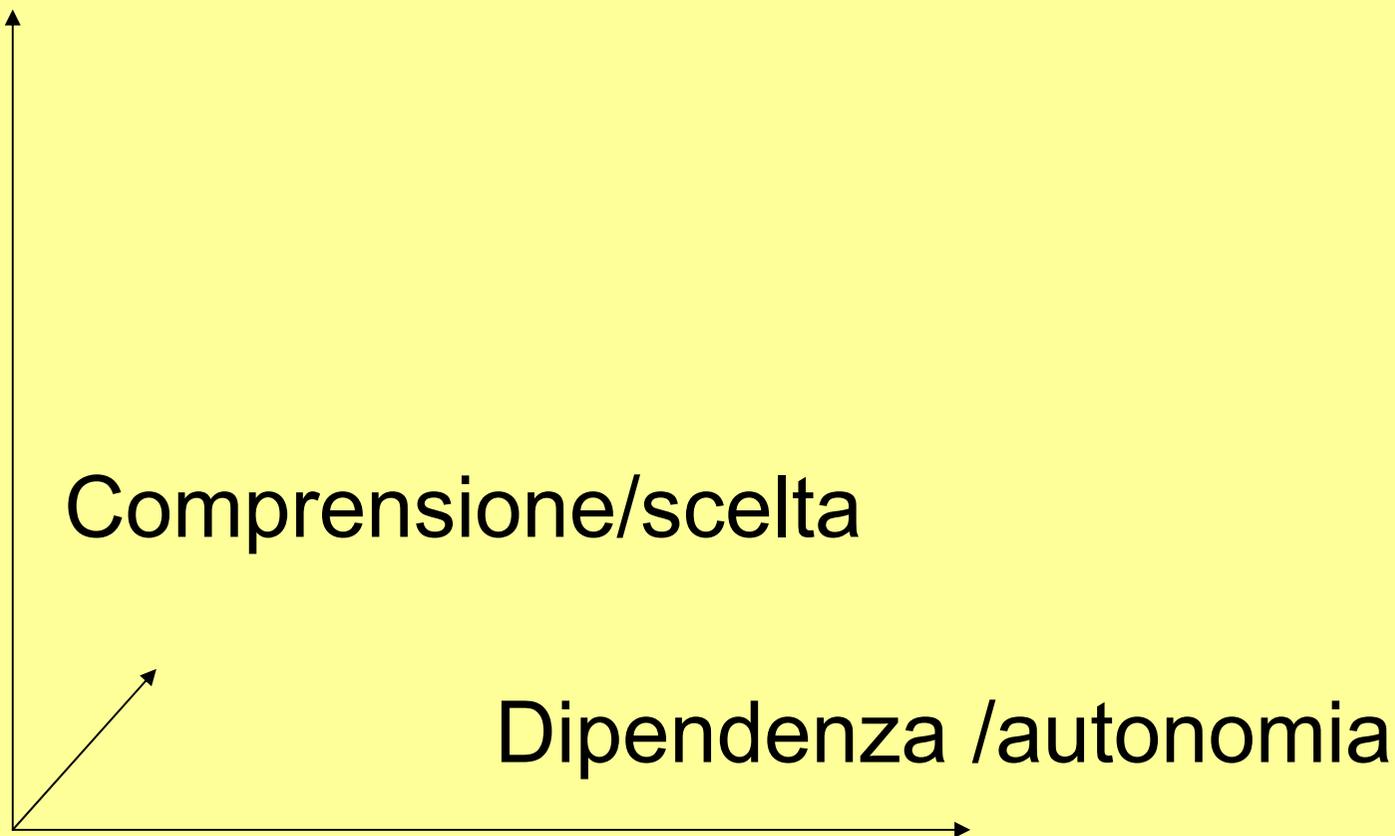
Situazione della persona

- Salute/malattia Comprensione/scelta



Situazione della persona fase acuta

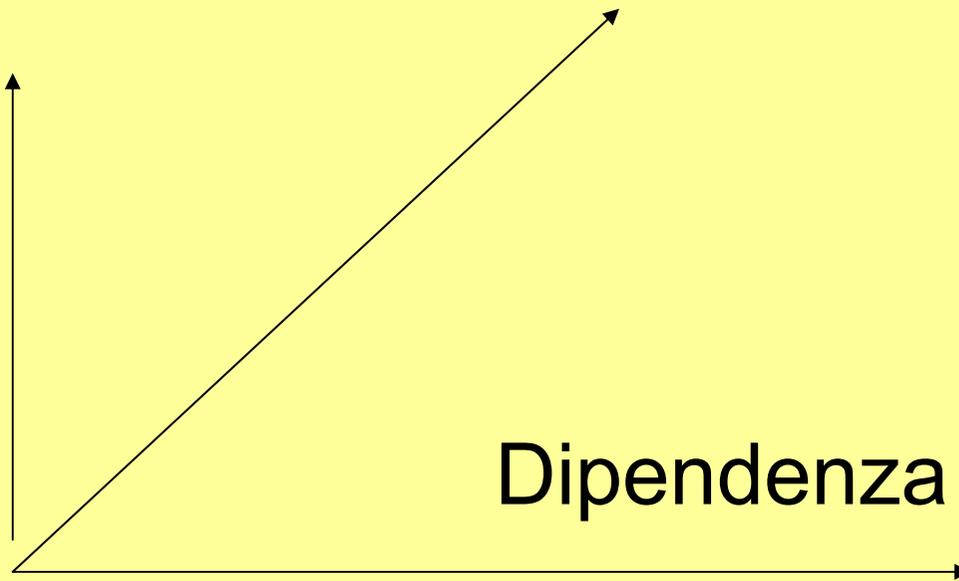
- Salute/malattia



Situazione della persona fase post acuta

Salute/malattia

Comprensione/scelta



Dipendenza /autonomia

30/06/2010

62

Variabili che concorrono a definire il fabbisogno e la tipologia assistenziale

- **volume attuale e previsto delle attività**
- **modelli organizzativi dell'assistenza**
- **motivazione del personale**
- **tipo di organizzazione (reti di collaborazione)**
- **struttura architettonica**
- **livello di informatizzazione**
- **il livello di centralizzazione dei servizi**
- **il livello di prevedibilità del tipo di**
ricovero
- **esternalizzazioni di singole attività e**

Variabili che concorrono a definire il fabbisogno e la tipologia assistenziale

Passaggio da un paradigma in cui si
"assiste il paziente"

ad un paradigma in cui
**"si assiste la persona con il suo
coinvolgimento"** tenendo conto delle
risorse e delle potenzialità della persona
stessa.

"minimo assistenziale"

il numero di infermieri che possono garantire solamente un'efficace collaborazione al processo diagnostico-terapeutico

"consigliato assistenziale"

il numero degli infermieri che possono garantire sia l'assistenza collaborativa , sia l'assistenza autonoma



Grazie a tutti per l'attenzione

Antonella Giachetta e Ivana Sbaffi