



# *Assistenza infermieristica nel paziente ospedalizzato complesso*

Ermellina Zanetti

# Topics

- Anziani e ospedale
- Indicatori di complessità dell'assistenza
- Valutazione della complessità dell'assistenza
- Interventi assistenziali

# Anziani e ospedale

# Anziani e ospedale

	Dato nazionale (Min.Sal 1999)	Dato nazionale (Min.Sal 2004)	Dato nazionale (Min.Sal 2005)
Totale ricoveri	10.165.184	9.096.392	8.970.561
65-74 aa	1.981.181 (19,49%)	1.603.797 (17.63%)	1.578.735 (17,60%)
>75 aa	1.767.460 (17,39%)	1.970.274 (21,66%)	2.028.357 (22,61%)
Totale ultra65enni	3.748.641 (36,88%)	3.574.071 (39,29%)	3.607.092 (40,21%)

# Anziani e ospedale

	Dato nazionale (Min.Sal 1999)	Dato nazionale (Min.Sal 2004)	Dato nazionale (Min.Sal 2005)
Totale ricoveri	10.165.184	9.096.392	8.970.561
65-74 aa	1.981.181 (19,49%)	1.603.797 (17.63%)	1.578.735 (17,60%)
>75 aa	1.767.460 (17,39%)	1.970.274 (21,66%)	2.028.357 (22,61%)
Totale ultra65enni	3.748.641 (36,88%)	3.574.071 (39,29%)	3.607.092 (40,21%)

# Anziani e ospedale

	Dato nazionale (Min.Sal 2005)	Fondazione Poliambulanza Brescia (2007)	Istituto clinico S.Anna Brescia (2007)
Totale ricoveri	8.970.561	19.522	9.589
65-74 aa	1.578.735 (17,60%)	2.982 (15%)	1.726 (18%)
>75 aa	2.028.357 (22,61%)	4.466 (28%)	2.205 (23%)
Totale ultra65enni	3.607.092 (40,21%)	8.394 (43%)	3931 (41%)

# **Indicatori di complessita' dell'assistenza**

## Indicatori di complessità dell'assistenza

- La definizione di indicatori di complessità è strettamente correlata alla **definizione degli obiettivi** (output/standard/outcome) dell'assistenza infermieristica.
- Quali sono gli obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto?



# Obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

Turner JT, Lee V, Fletcher K, Hudson K, Barton D  
**Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model.** J Gerontol Nurs. 2001 Mar;27(3):8-18.



**Evitare la comparsa di  
disabilità**

## obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

Il declino funzionale è un comune e serio problema tra gli anziani ospedalizzati: si stima che dal 30% al 60% degli anziani ricoverati sviluppa una nuova disabilità, durante la degenza in ospedale per un evento acuto (Sager, 1996a; Mahoney, 1999; Fortinsky, 1999). Il declino funzionale non è strettamente correlato al problema clinico che ha determinato il ricovero: altri fattori, quali le condizioni funzionali premorbose, **fattori iatrogeni**, gli effetti dell'**allettamento prolungato**, la comorbilità, giocano un ruolo determinante (Harper, 1988; Hoenig, 1991; Mobily, 1991; Sager, 1998).

# Obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

Glasson J, Chang E, Chenoweth L, Hancock K, Hall T, Hill-Murray F, Collier L. Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. *J Clin Nurs*. 2006 May;15(5):588-98.



Evitare la comparsa di disabilità

**Promuovere la compliance alle  
prescrizioni terapeutiche**

## Obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

Il 40% dei pazienti anziani (o il loro familiari) dimessi dopo un evento acuto dichiara di non avere ricevuto istruzioni circa la terapia farmacologica, la dieta, la gestione di ausili o presidi

Luisa Saiani **Epidemiologia dei problemi assistenziali degli anziani e farmacovigilanza: la costruzione di un protocollo**  
Assistenza Infermieristica e Ricerca 2004; 23(1): 23-28

## Obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J & Ardman O **Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool.** Journal of the American Geriatrics Society 1999;47:1229–37.



Evitare gli eventi avversi

## Obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

Il **delirium** colpisce oltre un terzo di tutti gli anziani ospedalizzati ed è associato ad un maggior numero di complicanze biomediche, ad un prolungamento della durata della degenza, minor recupero funzionale alla dimissione, ed aumentati costi e mortalità.

Levkoff SE, Evans DA, Lipztn B et al. **Delirium: The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients.** Arch Intern Med 1992; 152: 334-340.

# Obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

Le **cadute** accidentali sono frequenti tra i pazienti anziani ricoverati

Fonte	prevalenza	anno	autore
Letteratura	3-20/1000 bed days (Ultra65enni)	Dal 1998 al 2004	Cumming RG 2008
Lombardia Tutte le Az Ospedaliere	4,09/1000 (Tutti i ricoverati)	2004	Bertani, 2006
Ospedale Careggi FI	1,2% (Ultra65enni)	2005	Brandi 2005

# Obiettivi dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto

Se:

- Evitare la comparsa di **disabilità**
- Promuovere la **compliance** alle prescrizioni terapeutiche
- Evitare gli **eventi avversi**

Sono gli outcome dell'assistenza infermieristica agli anziani ricoverati per un evento acuto, possiamo ipotizzare che sia complesso quel paziente per il quale è faticoso (tempo, procedure, costi?) o non possibile raggiungere uno o tutti gli outcome?



# **Valutazione della complessità** **dell'assistenza**

<b>Prestazione</b>	Indirizzare	Guidare	Soste - nere	Com- pensare	Sosti- tuire
Assicurare la respirazione					
Assicurare l'alimentazione e l'idratazione					
Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale	<p><b>Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale</b></p> <p><i>Bruno Cavaliere, Diego Snaidero</i></p>				
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					

# Indicatori di complessita' dell'assistenza

## La valutazione

Quattro sono gli strumenti che la letteratura propone:

- Hospital Admission Risk Profile –**HARP**- (Sager, 1996b)
- Identification of Seniors At Risk –**ISAR**- (McCusker, 1999)
- Care Complexity Prediction Instrument – **COMPRI**- (Huyse, 2001)
- Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie **SHERPA** (Cornette, 2006)

	<b>HARP</b> <i>(Sager, 1996b)</i>	<b>ISAR</b> <i>(McCusker, 1999)</i>	<b>COMPRI</b> <i>(Huyse, 2001)</i>	<b>SHERPA</b> <i>(Cornette 2006)</i>
<b>Obiettivo</b>	Valutazione del rischio di sviluppare nuove disabilità	Valutazione del rischio di eventi avversi	Predirre un peggioramento alla dimissione	Valutazione del rischio di declino funzionale alla dimissione e dopo 3 mesi
<b>Setting</b>	Ospedale per acuti	DEA	Ospedale per acuti	DEA
<b>Criteri di esclusione</b>	Pazienti ammessi in un reparto chirurgico provenienti da una casa di riposo terminali demenza severa	Pazienti provenienti da una casa di riposo Pazienti terminali Pazienti con demenza severa	Pazienti ricoverati in dermatologia o reumatologia	Pazienti ammessi in terapia intensiva ricoverati per stroke terminali già dipendenti

	<b>HARP</b> <i>(Sager, 1996b)</i>	<b>ISAR</b> <i>(McCusker, 1999)</i>	<b>COMPRI</b> <i>(Huyse, 2001)</i>	<b>SHERPA</b> <i>(Cornette 2006)</i>
<b>Rilevazione</b>	Entro 48 ore dall'ammissione alla dimissione e tre mesi dopo la dimissione	All'ammissione, alla dimissione e tre mesi dopo la dimissione	All'ammissione, tre giorni dopo l'ammissione e alla dimissione	All'ammissione, alla dimissione e uno e tre mesi dopo la dimissione
<b>Variabili valutate</b>	Età 6 ADL 7 IADL (riferite alle 2 settimane precedenti il ricovero) MMSE (forma breve)	ADL Necessità di aiuto nel periodo precedente il ricovero Capacità visiva Cognitività Precedenti ricoveri Terapia in atto	Salute percepita Abilità motorie nei tre mesi precedenti n. di visite mediche nei tre mesi precedenti Terapia in atto Precedenti ricoveri (urgenti o programmati)	Cadute nell'anno precedente MMSE (forma breve) Percezione negativa della salute Età 7 IADL (riferite alle 2w precedenti il ricovero)

# Indicatori di complessita' dell'assistenza

## La valutazione

Hoogerduijn e collaboratori (2007) in una revisione sistematica criticano, per ragioni diverse, l'applicabilità nella clinica di tre, HARP, ISAR e COMPRI, dei quattro strumenti citati.

- la **non specificità** per la popolazione anziana
- la **scarsa validità e affidabilità**
- la **non chiarezza** nella loro applicazione in ambito clinico.
- l'eccessivo **tempo** di somministrazione e la scarsa fruibilità delle informazioni.
- Non sono noti il livello di conoscenza e di formazione richiesto al valutatore

# Indicatori di complessità dell'assistenza

## La valutazione

La validità di tutte e tre le scale è moderata, ma l'affidabilità (inter e intra-rater) non è sufficientemente descritta. La capacità predittiva, valutata attraverso la Receiver Operating Characteristic Curves (curva ROC) è per tutti i tre strumenti inferiore all'80% (area sotto la curva) -HARP=0-65%; ISAR=0-71%; COMPRI=0-73%- che è considerato il valore soglia sotto il quale la **predittività** risulta **modesta**.

# Indicatori di complessita' dell'assistenza

## La valutazione

Per quanto riguarda SHERPA gli stessi autori (Cornette, 2006) dichiarano che lo strumento ha una moderata capacità predittiva discriminatoria spiegata dal fatto che esclude dalla valutazione alcune variabili che si manifestano durante il ricovero e determinano un aumento del rischio di declino funzionale quali le variabili biologiche (livello di albumina), la comparsa di delirium e di infezioni.



# Indicatori di complessità dell'assistenza

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dalla necessità di garantire la **continuità delle cure e dell'assistenza** che richiede la pianificazione della dimissione, l'addestramento/formazione del paziente o dei caregiver, il follow up.

## Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock 1992)

- L'indice di BRASS fu sviluppato come parte del sistema di pianificazione della dimissione soprattutto per i pazienti di età superiore a 65 anni. Le autrici Blaylock e Cason (1992), attraverso la revisione della letteratura e la loro esperienza nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori che costituiscono l'indice: l'età, la disponibilità dei caregiver, lo stato funzionale, lo stato cognitivo, la presenza di disturbi del comportamento, le abilità motorie, la presenza di deficit sensoriali, l'utilizzo del pronto soccorso e/o i ricoveri nei precedenti 3 mesi, il numero dei problemi medici attivi e il numero di farmaci in terapia

**Età** (una sola opzione)

0 = 55 anni o meno

1 = 56 – 64 anni

2 = 65 – 79 anni

3 = 80 anni e più

**Condizioni di vita e supporto sociale** (una sola opzione)

0 = Vive col coniuge

1 = Vive con la famiglia

2 = Vive da solo con il sostegno della familiare

3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti

4 = Vive solo senza alcun sostegno

5 = Assistenza domiciliare/residenziale

**Stato funzionale** (ogni opzione valutata)

0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)

Dipendente in:

1 = Alimentazione/nutrizione

1 = Igiene/abbigliamento

1 = Andare in bagno

1 = Spostamenti/mobilità

1 = Incontinenza intestinale

1 = Incontinenza urinaria

1 = Preparazione del cibo

1 = Responsabilità nell'uso di medicinali

1 = Capacità di gestire il denaro

1 = Fare acquisti

1 = Utilizzo di mezzi di trasporto

**Stato cognitivo** (una sola opzione)

0 = Orientato

1 = Disorientato in alcune sfere\* qualche volta

2 = Disorientato in alcune sfere\* sempre

3 = Disorientato in tutte le sfere\* qualche volta

4 = Disorientato in tutte le sfere\* sempre

5 = Comatoso

*\*sfere: spazio, tempo, luogo e sé*

**Modello comportamentale** (ogni opzione osservata)

0 = Appropriato

1 = Wandering

1 = Agitato

1 = Confuso

1 = Altro

**Mobilità** (una sola opzione)

0 = Deambula

1 = Deambula con aiuto di ausili

2 = Deambula con assistenza

3 = Non deambula

**Deficit sensoriali** (una sola opzione)

0 = Nessuno

1 = Deficit visivi o uditivi

2 = Deficit visivi e uditivi

**Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso** (una sola opzione)

0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi

1 = Uno negli ultimi 3 mesi

2 = Due negli ultimi 3 mesi

3 = Più di due negli ultimi 3 mesi

**Numero di problemi clinici attivi** (una sola opzione)

0 = Tre problemi clinici

1 = Da tre a cinque problemi clinici

2 = Più di cinque problemi clinici

**Numero di farmaci assunti** (una sola opzione)

0 = Meno di tre farmaci

1 = Da tre a cinque farmaci

2 = Più di cinque farmaci

**punteggio totale** \_\_\_\_\_

# Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock 1992)

Punteggio	Indice di rischio
<b>0-10</b> <b>rischio</b> <b>basso</b>	<b>Soggetti a basso rischio</b> di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
<b>11-19</b> <b>rischio</b> <b>medio</b>	<b>Soggetti a medio rischio</b> di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione
<b>≥ 20</b> <b>alto rischio</b>	<b>Soggetti ad alto rischio</b> perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

# Indicatori di complessita' dell'assistenza

## La valutazione

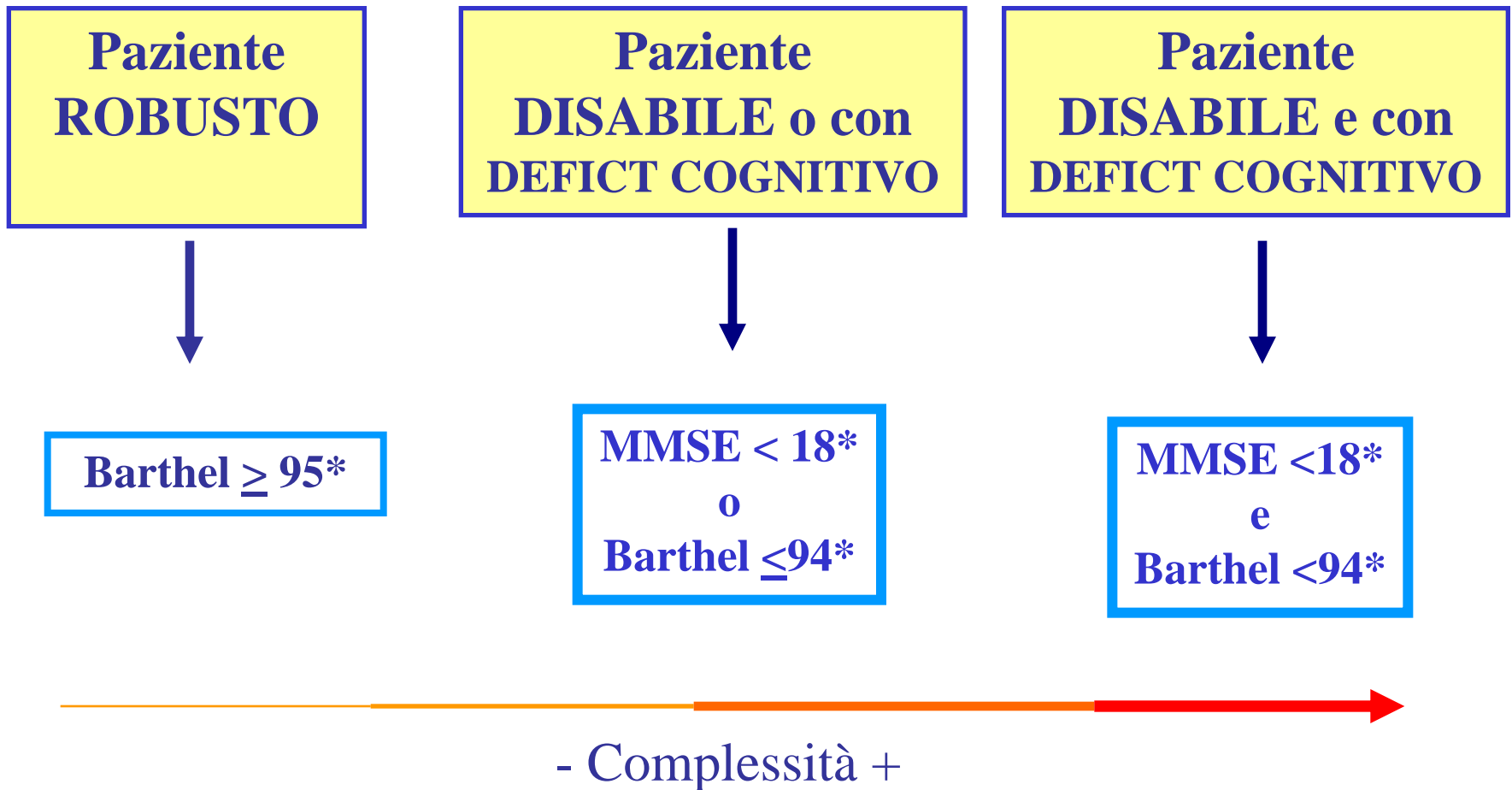
**Disabilità funzionale** (*presenza di disabilità precedente l'evento acuto che ha determinato l'ospedalizzazione*) e **deficit cognitivo** si associano ad outcome negativi nel soggetto anziano ospedalizzato: aumento della durata della degenza, collocazione in casa di riposo alla dimissione, frequenti riammissioni, aumento della mortalità e dei costi.

(Narain, 1988; Rudberg, 1996; Satish, 1996; Covinsky, 1997b; Carlson, 1998; Alarcon, 1999; Fortinsky, 1999; Ingold, 2000).

## **La valutazione della complessità assistenziale: definizione degli indicatori**

Sulla base dell'analisi della letteratura, che identifica, quali maggiori predittori di outcome negativi nel soggetto anziano ospedalizzato, la disabilità funzionale e il deficit cognitivo e, in assenza di uno strumento di valutazione del rischio di outcome negativo con una buona predittività e semplicità di utilizzo, si è ritenuto di proporre e validare un nuovo strumento.

# La valutazione della complessità assistenziale: scala di complessità



*\*Premorbo -15 gg precedenti*



# La valutazione della complessità assistenziale: applicazione della scala di complessità

	Fondazione Poliambulanza Brescia (2007) Divisione di geriatria				Istituto clinico S.Anna Brescia (2007) Divisione di medicina			
	<b>Tot.</b>	Robusto	Fragile o demente	Fragile e demente	<b>Tot.</b>	Robusto	Fragile o demente	Fragile e demente
<b>N.</b>	<b>1188</b>	<b>626</b> (50.2%)	<b>441</b> (35.3%)	<b>121</b> (14.5%)	<b>1422</b>	<b>549</b> (38.6%)	<b>604</b> (42.5%)	<b>269</b> (18.9%)
<b>età</b>	<b>81.1</b>	79.4	83.5	85.1	<b>80.2</b>	77.2	81.4	83.8
<b>Sesso F</b>	<b>65.8%</b>	59%	73%	75%	<b>61.2%</b>	60.3%	59.8%	66.2%
<b>Bart. P</b>	<b>81.5</b>	98.2	71.2	39.4	<b>78.1</b>	98.7	70.2	54.5
<b>Bart. A</b>	<b>71.6</b>	92.5	56.9	25.0	<b>59.6</b>	86.9	47.1	31.4
<b>Bart. D</b>	<b>72.8</b>	93.5	62.82	27.5	<b>69.9</b>	93.9	58.7	44.6
<b>MMSE</b>	<b>22.7</b>	25.8	21.5	4.7	<b>21.3</b>	25.3	21.9	12.3

Sono stati esclusi i soggetti >65 aa in condizioni terminali: il 5% presso l'unità di geriatria e il 5,5 presso l'unità di medicina.

## La valutazione della complessità assistenziale: scala di complessità/BRASS Index

Brass Index		Robusti		Disabili o dementi		Disabili e dementi		TOTALE	
punteggio	rischio	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>0-10</b>	<b>basso</b>	501	<b>80%</b>	221	<b>50%</b>	12	<b>10%</b>	<b>734</b>	59%
<b>11-20</b>	<b>medio</b>	112	<b>18%</b>	141	<b>32%</b>	61	<b>50%</b>	<b>314</b>	28%
<b>21-40</b>	<b>alto</b>	13	<b>2%</b>	79	<b>18%</b>	48	<b>40%</b>	<b>140</b>	13%
<b>TOTALE</b>		<b>626</b>	50,2%	<b>441</b>	35,3%	<b>121</b>	14,5%	<b>1188</b>	100%

# **Interventi assistenziali**

# Dalla valutazione alla pianificazione dell'assistenza

Caratteristica dell'assistenza	Soggetti Robusti	Soggetti fragili o dementi	Soggetti fragili e dementi
<b>Obiettivo dell'assistenza infermieristica</b>	Recupero dell'autonomia funzionale	Mantenimento dell'autonomia funzionale	Comfort Assenza complicanze
<b>Indicatore</b>	Indice di Barthel dimissione > ammissione	Indice di Barthel dimissione $\geq$ ammissione	Assenza di complicanze quali: delirium, cadute, incontinenza
<b>Standardizzazione o personalizzazione</b>	Elevata standardizzazione	Bassa standardizzazione	Elevata personalizzazione
<b>Strumenti</b>	utilizzo di protocolli specifici per la patologia che ha determinato il ricovero	Utilizzo di un modello assistenziale multidisciplinare	Utilizzo di un modello assistenziale multidisciplinare