

COLLEGIO IPASVI GORIZIA

Aggiornamento 2012

***Le strade della motivazione: ripartire dagli esiti assistenziali
attraverso l'analisi del lavoro infermieristico.***

**La complessità assistenziale come variabile di
ottimizzazione delle risorse infermieristiche:
*studio cross sectional***

Gorizia, 04.12.2012

Dott. Clemente Andrea

Il concetto di bisogno

Il termine "bisogno" è molto utilizzato in numerose discipline ed attività umane e questo comporta che diversi significati vi vengono attribuiti a partire dal linguaggio comune. Alcuni dei più comuni significati sono i seguenti:

- una richiesta, un compito necessario o un obbligo;
- la mancanza di qualche cosa desiderato o ritenuto necessario;
- un desiderio impellente, un requisito;
- una necessità che nasce da circostanze esistenti;
- una situazione o tempo di difficoltà;
- una condizione caratterizzata dalla mancanza di cose richieste;
- una situazione di estrema povertà;
- forte stimolo fisico o psichico a compiere qualcosa.

Tale varietà di significati permette un uso molto ampio del termine "bisogno" per comunicare molti significati diversi tra le persone nel linguaggio di ogni giorno, che richiede infatti significati generali e non troppo precisi.

Il concetto di bisogno

John Locke (1632-1704), filosofo empirista inglese, è stato tra i primi a concettualizzare nel termine "bisogno" il fattore che produce e spiega la motivazione dei comportamenti umani.



John Locke (1632 - 1704)



Abraham Maslow (1908 - 1970)

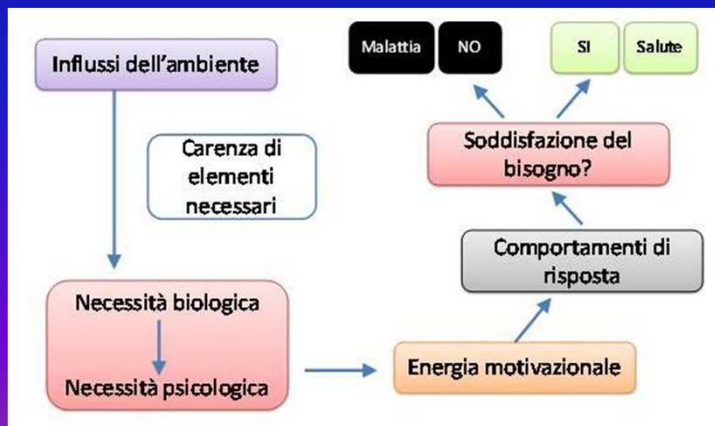
Due psicologi, Murray (1938) e Maslow (1943), hanno sviluppato teorie sistematiche sui bisogni come "forze" che motivano il comportamento umano. Secondo Maslow, bisogni e motivazioni hanno lo stesso significato e si strutturano in gradi, connessi in una gerarchia di prepotenza relativa; il passaggio ad uno stadio superiore può avvenire solo dopo la soddisfazione dei bisogni di grado inferiore.

Il concetto di bisogno

Poiché le esigenze dell'uomo sono potenzialmente illimitate, molti autori le categorizzano come "primarie" o "secondarie". Tra le esigenze "primarie" viene spontaneo descrivere i processi vitali e considerarli quali bisogni "di base" in quanto corrispondono alle necessità "fondamentali" che devono essere soddisfatte. Tutte le attività psicologiche sono considerate importanti, ma non vitali e, di conseguenza, sono considerate quali bisogni "secondari".



La piramide di Maslow



Il bisogno secondo Maslow

Ecco perché nella pratica quotidiana si dà la precedenza ai bisogni biologici rispetto a quelli psicologici, tanto che anche quasi tutti i teorici dell'infermieristica hanno creato una gerarchia di bisogni assegnando priorità a quelli considerati "di base", mentre invece l'approccio al bisogno dovrebbe essere di tipo olistico.

La “scuola dei bisogni”



Virginia Henderson (1897 – 1996)

“La peculiare funzione dell'infermiere è quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile“

“The Principles and Practice of Nursing” (1955)

- Virginia Henderson, l'indiscussa capostipite della “scuola dei bisogni”, dà la sua definizione dell'assistenza collegandola per la prima volta al concetto di bisogno.
- Il bisogno è visto con una valenza positiva, cioè nell'ottica di una necessità e non una mancanza, e l'attività infermieristica deve puntare al raggiungimento dell'indipendenza.
- Henderson ha anche identificato 14 situazioni fondamentali, che diventano bisogni di assistenza quando la persona non è indipendente in esse a causa di mancanza di forza fisica, volontà o conoscenze

I bisogni secondo Henderson

1. respirare normalmente;
2. mangiare e bere in modo adeguato alle sue condizioni di salute;
3. provvedere alle sue funzioni di eliminazione;
4. muoversi e mantenersi in posizione idonea;
5. riposare e dormire;
6. scegliere gli indumenti appropriati, vestirsi e svestirsi;
7. mantenere normale la temperatura corporea mediante un vestiario adatto ed eventuali modifiche dell'ambiente;
8. provvedere all'igiene e alla cura del corpo ed alla protezione della pelle;
9. proteggersi dai pericoli dell'ambiente ed evitare di essere fonte di pericolo per altre persone;
10. comunicare con gli altri, esprimere i propri sentimenti, bisogni, timori, opinioni;
11. praticare la propria religione;
12. svolgere un'attività che dia un senso di compiutezza;
13. partecipare a forme di svago di vario tipo;
14. apprendere, scoprire o soddisfare le curiosità che conducono ad uno sviluppo adeguato, alla salute, e all'utilizzazione delle risorse sanitarie.

La teoria dell'autocura

Negli anni 70 Dorothea E. Orem (1914 - 2007) riprende la teorizzazione di Henderson e si concentra sul concetto di cura di sé. La teoria di Orem è da lei stessa definita "generale" ed inclusiva di tre teorie a medio raggio che sono:

1. *teoria dell'autocura*: descrive le azioni che regolano l'integrità della struttura, il funzionamento umano e lo sviluppo;
2. *teoria del deficit di autocura*: carenze nella capacità di provvedere a se stessi;
3. *teoria dei sistemi di nursing*: collega il bisogno delle persone all'intervento assistenziale.

Il deficit nella cura di sé è il rapporto tra richiesta e facoltà di cura di sé. L'assistenza infermieristica risponde ai deficit (e quindi soddisfa i requisiti di cura di sé) con 5 strategie di assistenza:

1. agire o fare al posto dell'altro;
2. guidare l'altro nel fare;
3. insegnare a fare;
4. sostenere l'altro nel fare;
5. fornire un ambiente che promuova la capacità dell'altro di soddisfare richieste in atto o nel futuro.

La teoria dei sistemi di nursing

La “Teoria dei sistemi di nursing” si riferisce alle azioni che un infermiere svolge per soddisfare i requisiti di cura di sé dell’assistito.

Il nursing viene quindi determinato dai requisiti e dalle capacità di cura di sé della persona assistita. L’assistenza possibile viene ricondotta a tre sistemi:

1. *Totalmente compensatorio*: quando le capacità di autocura della p.a. sono ridotte al minimo (es. soggetto in coma in terapia intensiva).
2. *Parzialmente compensatorio*: quando una persona può soddisfare alcuni requisiti di cura di sé ma necessita di aiuto per soddisfarne altri.
3. *Istruttivo - di supporto*: quando una persona necessita di supporto nella fase decisionale, nel controllo del proprio comportamento o nella fase di acquisizione di conoscenze (aderenza al regime terapeutico). In tale sistema l’infermiere si orienta alla promozione della capacità di autocura.

Ciascuno dei tre sistemi descrive le responsabilità dell’assistenza, i ruoli dell’infermiere e dell’assistito, i principi giustificativi del rapporto infermiere assistito e i tipi di azioni necessarie per soddisfare le capacità e la richiesta terapeutica della persona assistita.

Il modello delle prestazioni infermieristiche



Marisa Cantarelli

In Italia, grazie all'influenza del pensiero di Henderson e Orem, viene elaborato il "Modello delle Prestazioni Infermieristiche" da parte di Marisa Cantarelli.

Questo modello definisce il bisogno come una necessità di assistenza che si manifesta nella persona in particolari condizioni psicologiche o fisiche. In questo modello vengono individuati 11 bisogni assistenziali (a cui corrispondono delle specifiche risposte infermieristiche).

I bisogni assistenziali secondo Cantarelli

1. bisogno di respirare;
2. bisogno di alimentarsi e idratarsi;
3. bisogno di eliminazione urinaria ed intestinale;
4. bisogno di igiene;
5. bisogno di movimento;
6. bisogno di riposo e sonno;
7. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatorie;
8. bisogno di un ambiente sicuro;
9. bisogno di interazione nella comunicazione;
10. bisogno di procedure terapeutiche;
11. bisogno di procedure diagnostiche.

Il concetto di bisogno secondo Cantarelli

Il concetto di bisogno secondo Cantarelli, potrebbe essere quindi riassunto come:

“un insieme di manifestazioni, di natura biofisica, psicologica e socioculturale, che si verificano nella persona – in condizione di necessità di conoscenze e/o capacità e/o motivazione per soddisfare i propri bisogni – e che richiedono l'intervento dell'infermiere”.

Critiche al modello:

- È una struttura concettuale rivolta alla prassi, in un'epoca in cui l'infermieristica italiana era ancora fortemente ancorata al modello biomedico e alla gerarchia medico-ospedaliera.
- Non si identifica il significato di bisogno di assistenza infermieristica.
- Degli 11 bisogni identificati, 2 sono indotti: bisogno di procedure terapeutiche ed il bisogno di indagini diagnostiche, infatti, non sono bisogni degli assistiti, ma compiti dell'infermiere. In questi due casi l'infermiere non assicura la soluzione del problema, ma esegue ed applica, in quanto vi è una chiara limitazione di competenza disciplinare.

La recente evoluzione concettuale

- Nella relazione con l'infermiere il bisogno di assistenza riflette tutte le dimensioni costitutive della persona umana: bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale.
- A differenza di quanto porta a credere una cattiva interpretazione del pensiero di Maslow, ad esempio, sappiamo che non esistono dei bisogni di assistenza "fisici", "psichici" o "simbolici", ma che ogni bisogno, anche il più umile, riflette tutta la persona dell'assistito.
- Nel tentativo di descrivere il bisogno di assistenza infermieristica, quindi, trasversalmente ai singoli approcci quindi esiste un ordine logico di collegamento dei concetti che si può essere descritto nel seguente modo:
 - ogni carenza in un organismo è un'esigenza;
 - ogni esigenza è una necessità;
 - ogni necessità produce tensione psichica;
 - la tensione spinge a produrre comportamenti;
 - i comportamenti conducono al benessere.
- I bisogni sono quindi prodotti dalle richieste ambientali e dalle necessità dei processi propri dell'organismo. Il bisogno produce la motivazione che spinge l'attivazione di comportamenti di risposta.

La recente evoluzione concettuale

La recente prospettiva filosofica disciplinare definisce il "bisogno" come una condizione caratterizzata da una discrepanza tra il prodotto messo a disposizione da un processo (output) e la necessità, da parte del sistema, di tale prodotto. In un sistema dotato di capacità adattiva la discrepanza trova soluzione con l'attivazione di meccanismi automatici o con comportamenti attivabili dal sistema stesso. Il bisogno si caratterizza per:

1. incapacità del sistema di ridurre la discrepanza tra prodotto e la necessità di questo ad un livello accettabile in rapporto all'equilibrio sostenibile;
2. modificabilità del bisogno con comportamenti del sistema stesso e/o con azioni esterne (il bisogno è squilibrio e non alterazione di struttura).

Il bisogno, infatti, costituisce una condizione di non autosufficienza e non una lesione stabile del sistema; la non autosufficienza potrebbe quindi essere ridotta o eliminata fornendo al sistema gli elementi mancanti (es.: farmaci) o agendo direttamente dall'esterno con comportamenti compensativi o educativi del sistema (mobilitazione, educazione terapeutica) per la messa in atto dei comportamenti appropriati.

La complessità assistenziale

- “Insieme delle prestazioni infermieristiche che si riferiscono alle diverse dimensioni dell’assistenza infermieristica espresse in termini d’intensità, d’impegno e quantità-lavoro dell’infermiere”

(Chantal M et Al. 2009)

- “Le competenze richieste nell’assistenza alla persona sono direttamente proporzionali al grado di complessità, per cui sarebbe opportuno incrementare lo skill mix”

(Jennings BM. 2008)

- “Assistiti ad alta complessità e quindi più dipendenti significano maggior impegno in termini di tempo da parte degli infermieri. Se gli assistiti ad alta complessità rappresentano un’ampia fetta della popolazione del reparto, allora il carico di lavoro sarà più elevato”

(Hurst K. 2008)

La performance dell'assistenza infermieristica

- “L'insieme delle prestazioni infermieristiche rappresentative della complessità assistenziale”.

(Chantal M et Al. 2009)

- Insieme di azioni coordinate in risposta ad un bisogno assistenziale e che devono portare ad un risultato.

Risulta evidente che livello di complessità assistenziale e livello di qualità della performance sono direttamente proporzionali: più la complessità è elevata, più è richiesta una performance di qualità da parte degli infermieri e del personale di supporto sotto la loro responsabilità.

La complessità assistenziale

- La severità dei problemi di salute e la particolarità di alcuni processi vitali sono fattori determinanti in grado di influenzare il livello di complessità assistenziale.
- Il livello di complessità dipende dalla capacità dell'assistito di rispondere alle influenze dei vari fattori con la conseguente manifestazione di bisogni e relativa dipendenza che poi comporta un'azione di tipo infermieristico.
- La complessità ingloba la quantità e il tipo di risorse impiegate per l'assistenza anche in termini di abilità (skills), concentrazione e livello di sorveglianza.

In base a questo ragionamento sono stati sviluppati metodi per la classificazione degli assistiti e della loro complessità per avere un'idea, almeno parziale, dei carichi di lavoro e la conseguente gestione più efficiente delle risorse.

Sistemi di classificazione dell'assistenza infermieristica e degli assistiti

I sistemi di classificazione degli assistiti per il management infermieristico sono stati sviluppati sin dagli anni 50 del secolo scorso. Questi sistemi possono essere distinti in due macro gruppi:

- strumenti basati sull'assistenza infermieristica fornita (*care supply*);
- strumenti basati sulla domanda di assistenza infermieristica (*nursing care demand*).

Questi strumenti sono stati creati dai ricercatori per cercare di avere un'indicazione sul numero di infermieri necessari a garantire un buon livello assistenziale nei vari contesti. Sin dagli anni 80 i sistemi di classificazione degli assistiti (*Patient Classification Systems – PCSs*) sono diventati di uso comune per cercare di prevedere le esigenze delle persone in merito all'assistenza infermieristica e, di conseguenza, i carichi di lavoro del personale.

A livello italiano...

- *Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI)*
- *Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP):* quantifica il bisogno di assistenza valutando la stabilità clinica della persona e il suo grado di dipendenza. L'analisi che lo strumento permette di effettuare integra: stato di stabilità clinica, capacità di decisione e scelta e del grado di autonomia nella soddisfazione dei bisogni dell'assistito. Permette di valutare il grado di complessità, delineare la tipologia delle competenze infermieristiche necessarie nel processo assistenziale, definire le attività da attribuire agli operatori di supporto all'assistenza infermieristica.

(Silvestro A. 2009)

- *Indice di Complessità Assistenziale (ICA):* sistema basato principalmente sulla valutazione del grado di autonomia dell'assistito partendo dal modello concettuale di assistenza infermieristica di Marisa Cantarelli. Questo strumento, permette di determinare le classi di gravità degli assistiti, classi di criticità dei processi, quantificare e valutare l'appropriatezza delle azioni in rapporto alle prestazioni, integrare l'equipe assistenziale, determinare il fabbisogno di risorse e misurare i costi.

(Cavaliere B. 2009)

Vantaggi e limiti dei sistemi di classificazione

Punti di forza:

- dare visibilità all'assistenza infermieristica, registrando e "pesando" le attività;
- dare un'idea del carico di lavoro a cui gli infermieri sono sottoposti;
- fornire indicazioni sui costi dell'assistenza;
- fornire indicazioni riguardo alla gestione degli organici basate su complessità e bisogni degli assistiti.

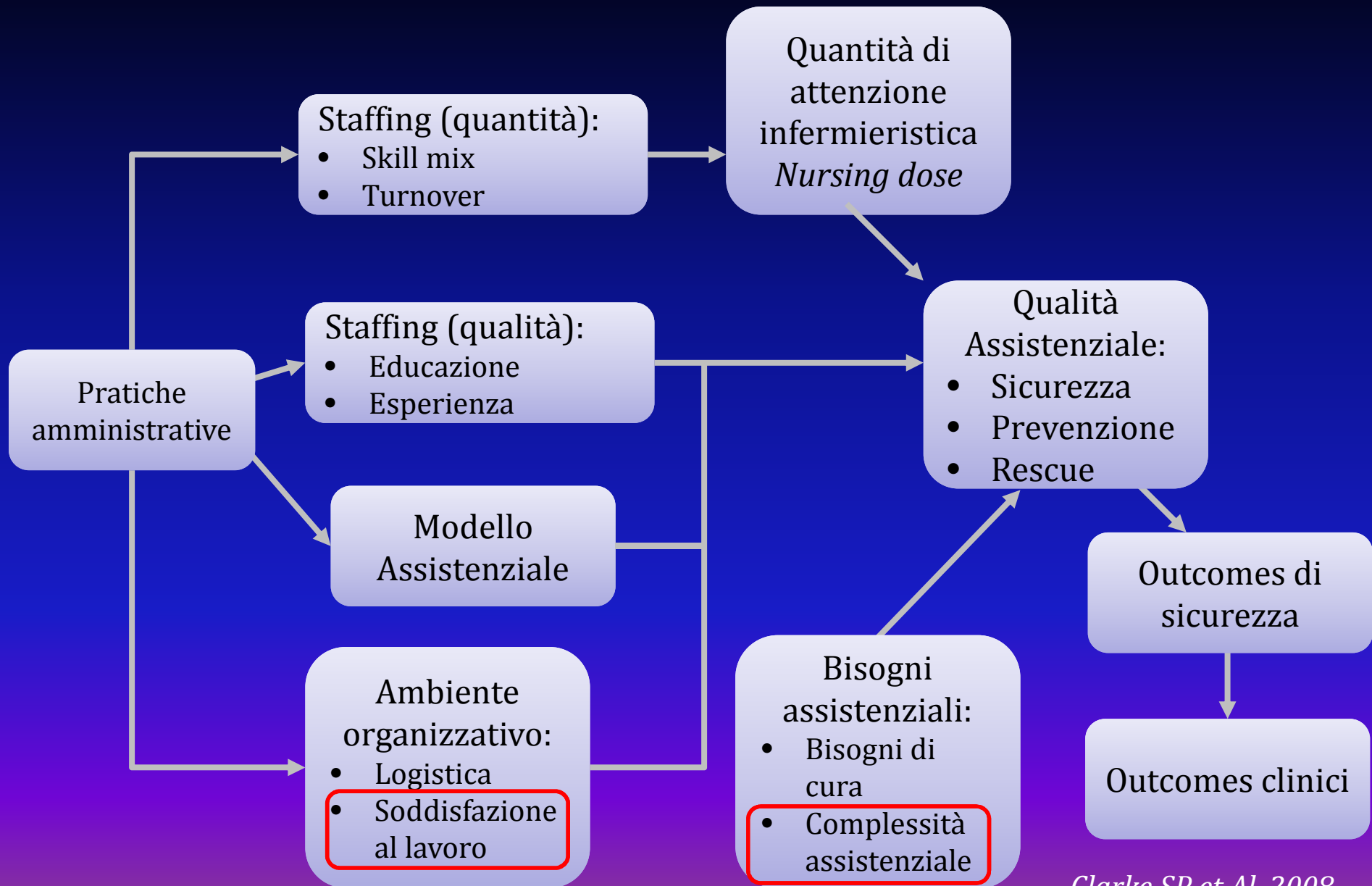
Limitazioni

- la validità e l'affidabilità spesso non sono monitorate;
- gli strumenti a volte sono complessi e richiedono tempo;
- non sempre hanno molta credibilità tra coordinatori infermieristici e amministratori;
- non sono strutturati per individuare la variabilità tra la popolazione nel corso delle giornate a causa del movimento degli assistiti (ricoveri, dimissioni, trasferimenti, ricoveri brevi);

(Jennings BM. 2008)

Studio
e
strumenti utilizzati

Nurse staffing, qualità assistenziale e outcomes



Disegno dello studio

Obiettivo primario:

- descrivere la complessità assistenziale nei Dipartimenti di Medicina Interna dell'ASS 2 Isontina.

Obiettivi secondari:

- descrivere la prevalenza dei bisogni assistenziali nelle Unità Operative coinvolte;
- indagare la possibile correlazione tra livello di complessità assistenziale, diagnosi medica di accoglimento e soddisfazione al lavoro.

Materiali e metodi

Setting: lo studio è stato condotto presso l'ASS 2 Isontina, nel mese di settembre 2012, nelle U.O. di Medicina dei due Presidi Ospedalieri di Gorizia e Monfalcone.

Partecipanti: Popolazione: assistiti ricoverati nelle due SOC di Medicina Interna e personale infermieristico dei due P.O. di Gorizia e Monfalcone.

Campione:

- *Criteri di inclusione assistiti:* persone di maggiore età ricoverate da almeno 24 ore nelle due SOC di Medicina del P.O. di Monfalcone e Medicina A del P.O. di Gorizia.
- *Criteri di inclusione personale infermieristico:* tutti gli infermieri delle due U.O. che hanno fornito il consenso allo studio.

Il Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI)

- Costituito da 18 elementi binari che indicano la presenza/assenza di una condizione. Questi item fanno riferimento alle attività infermieristiche correlate a 8 degli 11 bisogni definiti nel modello di assistenza infermieristica proposto da Marisa Cantarelli.
- Il punteggio di complessità assistenziale è calcolato in base ai punteggi assegnati ad ogni item positivo ed ha un range tra 0 e 100, più il punteggio è alto più la complessità è elevata.
- Il cut – off per discriminare tra gli assistiti a bassa ed alta complessità assistenziale è prossimo a 50 con alta sensibilità e specificità.
- La raccolta dati viene effettuata per 7 giornate corrispondenti ai 7 giorni della settimana durante il turno del mattino in modo da avere un'indicazione della complessità mensile dell'U.O.

(Galimberti S et Al. 2012)

Le motivazioni

1. la difficile prevedibilità del bisogno di assistenza infermieristica delle persone ricoverate nelle varie strutture sanitarie;
2. la scarsa documentazione della domanda e dell'offerta di assistenza infermieristica che è solitamente disponibile;
3. la necessità di quantificare l'assistenza infermieristica.

(Chantal M et Al. 2009)

Le finalità

- contribuire ad una più efficace ed efficiente allocazione delle risorse disponibili con la conseguenza di migliorare la qualità dell'assistenza;
- monitorare e documentare i bisogni di assistenza infermieristica;
- documentare l'utilizzo delle risorse infermieristiche nelle unità organizzative delle strutture sanitarie;
- confrontare la complessità assistenziale di gruppi di assistiti raggruppati secondo la logica dei DRG per poter verificare un'eventuale relazione tra i due aspetti;
- distribuire il personale infermieristico disponibile in base alla complessità e variabilità delle persone prese in carico;
- creare i presupposti per la definizione di un coefficiente di distribuzione del personale di supporto (n° infermieri/ n° personale di supporto) che tenga conto della complessità assistenziale.

(Chantal M et Al. 2009)

Gli items

- 1. Assicurare la respirazione :**
 - mantenere pervie le vie aeree;
 - monitorare la respirazione.
- 2. Assicurare l'alimentazione e l'idratazione :**
 - favorire l'assunzione di alimenti e/o bevande;
 - alimentare e idratare per via enterale naturale e/o via enterale artificiale.
- 3. Assicurare l'eliminazione urinaria ed intestinale :**
 - favorire l'eliminazione volontaria spontanea;
 - mantenere il deflusso di urine, feci e gas.
- 4. Assicurare l'igiene :**
 - fornire un aiuto parziale per l'igiene e l'abbigliamento;
 - eseguire l'igiene.
- 5. Assicurare il movimento ;**
 - favorire la deambulazione e la mobilizzazione spontanea;
 - fornire un aiuto parziale per la deambulazione e/o la mobilizzazione e/o il posizionamento;
 - Muovere e posizionare la persona.

Gli items

6. **Assicurare la funzione cardiocircolatoria :**
 - monitorare la funzionalità cardiocircolatoria.
7. **Eseguire le procedure diagnostiche :**
 - prelevare materiale biologico;
 - monitorare lo stato di coscienza.
8. **Applicare le procedure terapeutiche :**
 - somministrare sostanze terapeutiche
 - introdurre e/o mantenere la funzionalità di sonde, cateteri e drenaggi
 - posizionare o rimuovere presidi ortopedici
 - eseguire fasciature e medicazioni

Per indicare la presenza/assenza di ogni item presente nella scheda sono stati definiti dei precisi criteri in modo da rendere il più possibile omogenea e standardizzata la compilazione nelle varie strutture.

Il Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)

- Strumento di valutazione della soddisfazione al lavoro infermieristico.
- Formato da 5 sottoscale che valutano: la partecipazione degli infermieri negli affari ospedalieri, i fondamenti infermieristici per la qualità delle cure, l'abilità e la leadership dei manager infermieristici ed il loro supporto agli infermieri, l'adeguatezza del personale e delle risorse e i rapporti collegiali infermiere – medico.
- La media dei punteggi delle cinque sottoscale indica il grado di soddisfazione dell'infermiere, il cut off per determinare la presenza o assenza di soddisfazione è 2.50.
- In uno studio che confronta 7 strumenti di valutazione dell'ambiente della pratica infermieristica, il PES – NWI è stato valutato come il più utile in base ad una serie di criteri di valutazione che comprendevano: rilevanza teoretica, facilità d'uso e diffusione dell'uso.
- (Cronbach's α complessivo 0.82)

(Lake ET. 2007)

Risultati

Il setting

Sede	n	%
Gorizia	349	53.8
Monfalcone	300	46.2
Totale	649	100.0

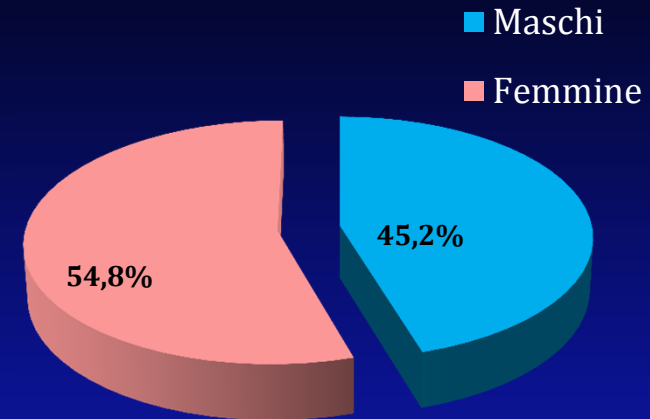
La rilevazione dei dati è stata effettuata nei due P.O. di Gorizia e Monfalcone. Sono stati raccolti 649 questionari corrispondenti ad altrettante rilevazioni della complessità assistenziale.

Come previsto dal SIPI, la rilevazione dei dati è stata effettuata in 7 giorni della settimana (non necessariamente gli stessi nelle diverse sedi) nel mese di settembre.

Giorno della settimana	n	%
Lunedì	94	14.5
Martedì	93	14.3
Mercoledì	96	14.8
Giovedì	92	14.2
Venerdì	89	13.7
Sabato	90	13.9
Domenica	95	14.6
Totale	649	100.0

Il campione

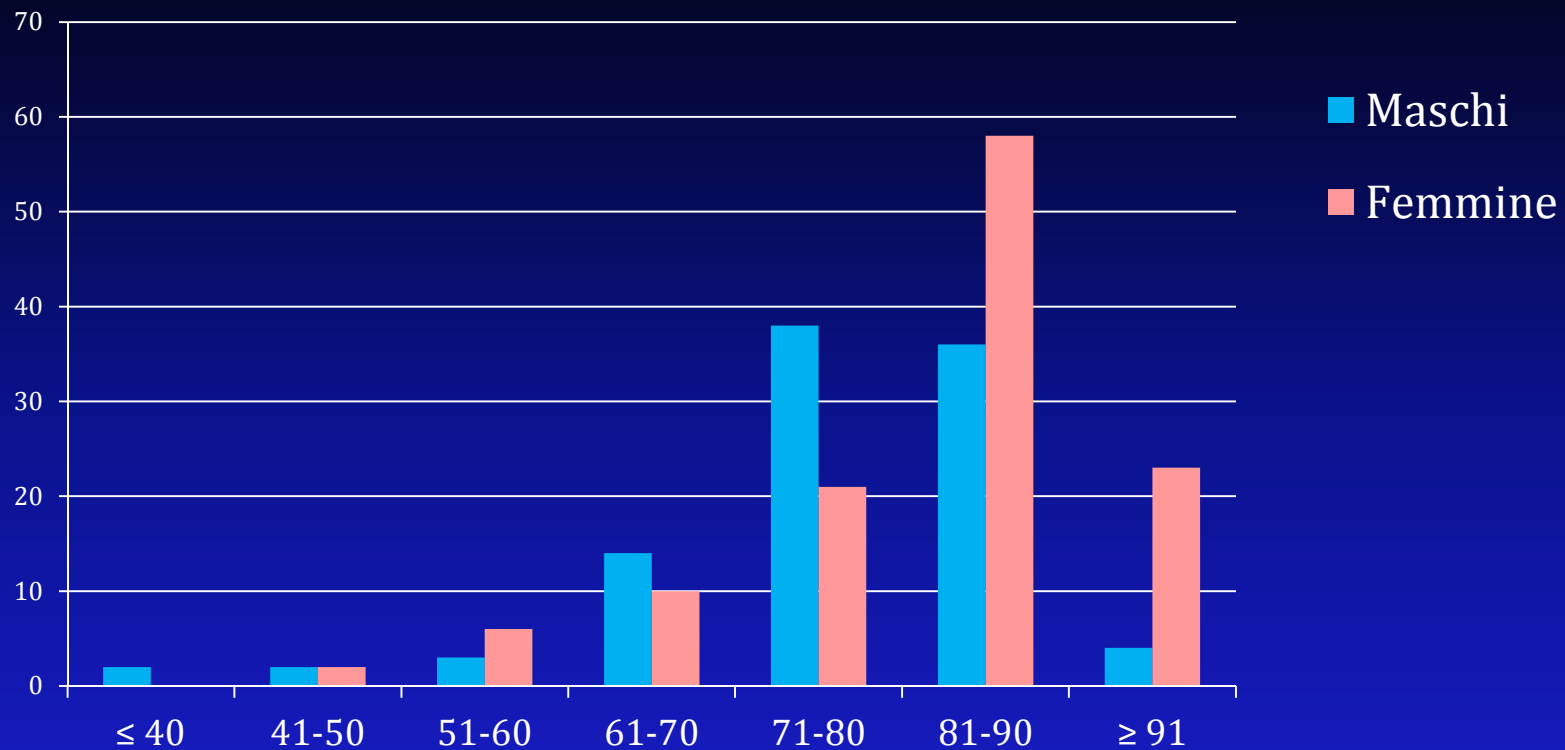
Sesso	n	%
Maschi	99	45.2
Femmine	120	54.8
Totale	219	100.0



Il campione presenta una media di 79,6 anni con età minima di 28 e massima di 104 anni. Le età dei due generi sono diverse in modo significativo.

Età	Totale	Maschi	Femmine
Media	79.6	77	81.7
Dev. st.	11,7	11.4	11.5
Mediana	82	79	84.5
Massimo	104	99	104
Minimo	28	28	43
t test	p	0.0028	

Il campione

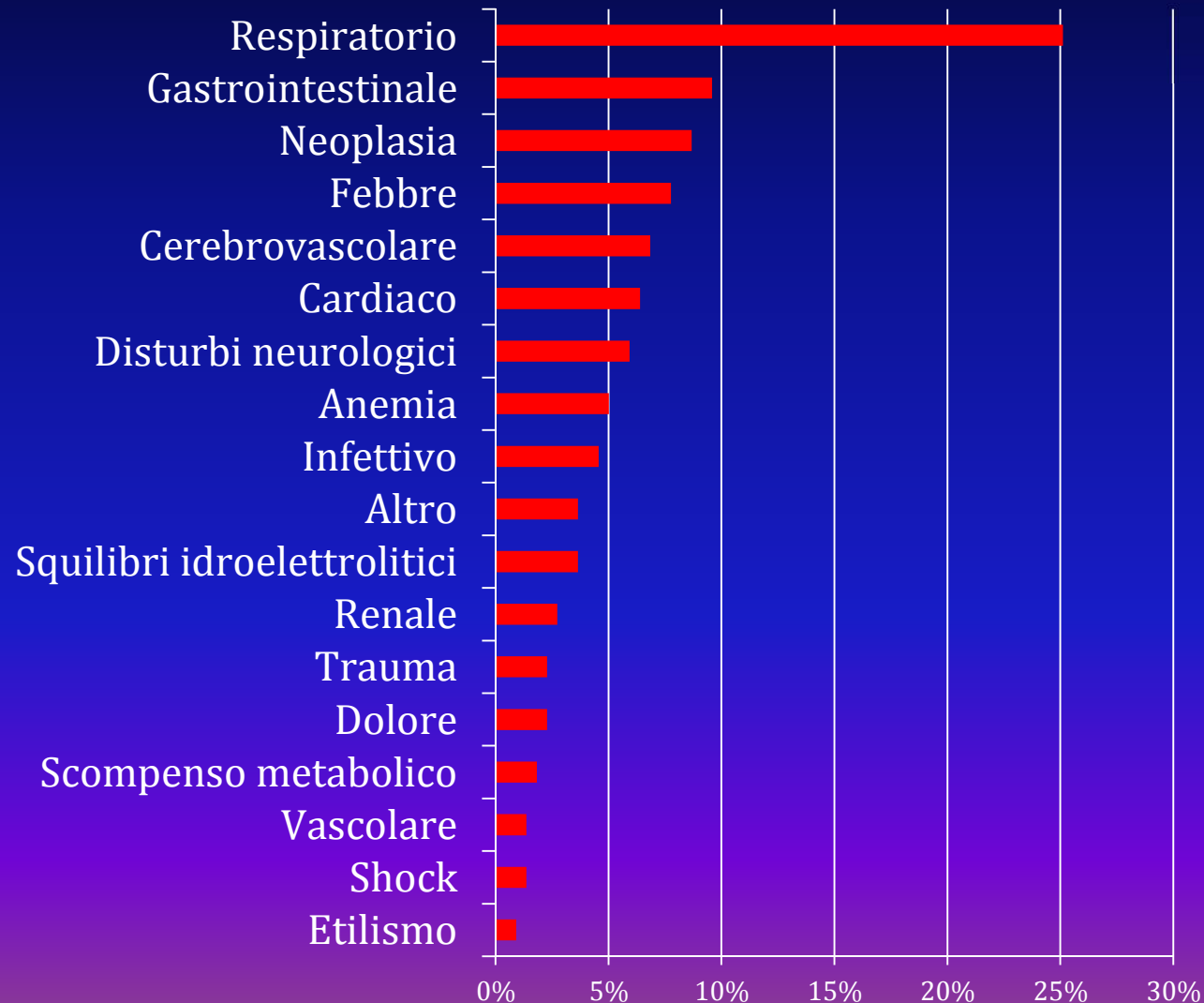
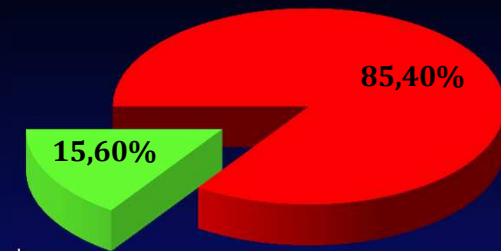


Dalla suddivisione del campione in classi d'età si evince una prevalenza di assistiti nella fascia tra gli 81 e i 90 anni. Stratificando il campione per sesso il gruppo maschile è maggiormente rappresentato nella classe d'età 71 – 80, per le donne la classe d'età con maggior prevalenza è quella tra gli 81 e i 90 anni.

Le patologie

Presenza di pluripatologia

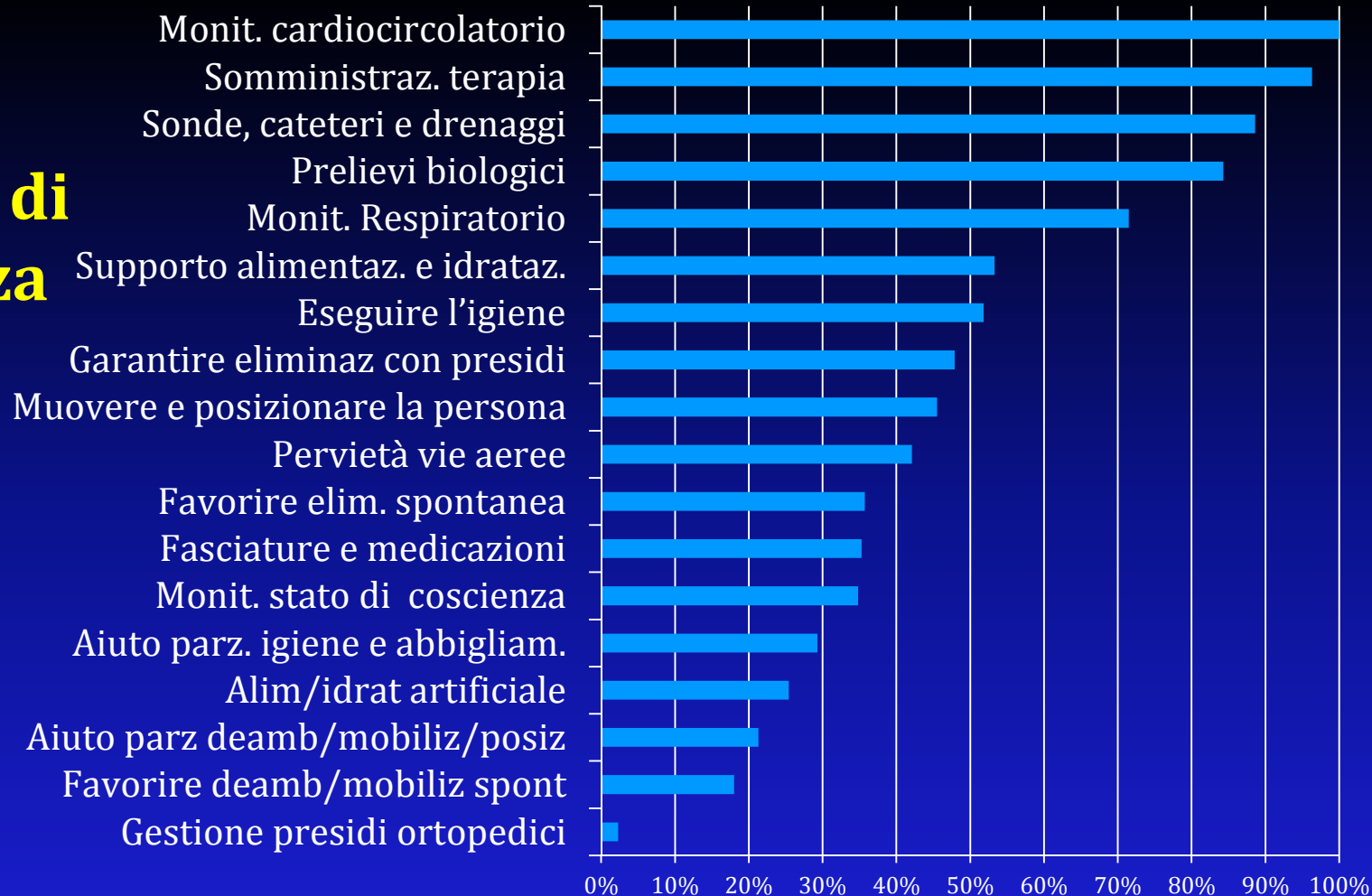
■ si ■ no



Per analizzare un'eventuale correlazione tra diagnosi medica e complessità assistenziale sono stati creati 18 raggruppamenti diagnostici basati sulla diagnosi di ingresso formulata dal Pronto Soccorso.

I bisogni di assistenza

n = 649

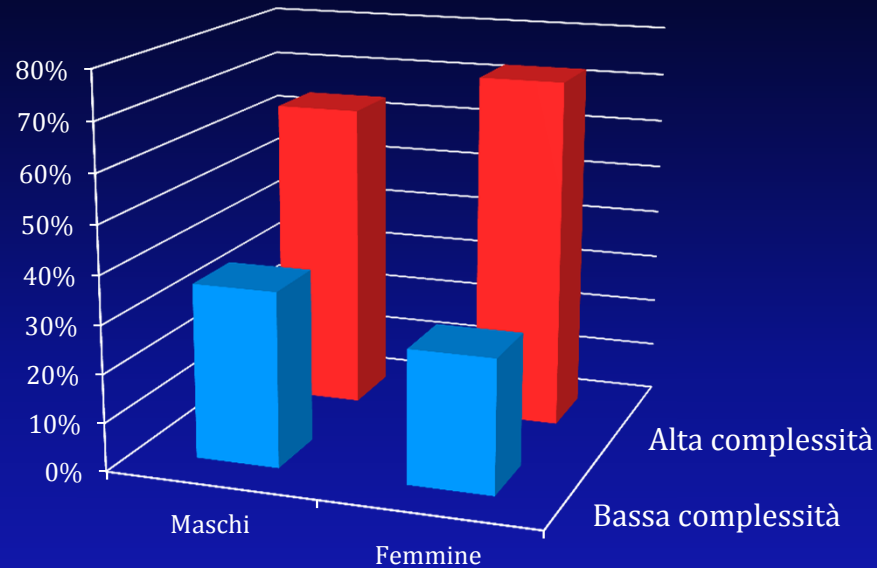


- Le attività infermieristiche che ricadono nell'area collaborativa risultano essere quelle a maggior prevalenza.
- Il monitoraggio della funzionalità cardiocircolatoria viene effettuato su tutti gli assistiti, la somministrazione della terapia il 96,3% delle giornate/assistito, segue l'introduzione e/o mantenimento della funzionalità di sonde, cateteri e drenaggi (88,6%) e la raccolta di materiale biologico (84,3%).

Bisogni e classi d'età

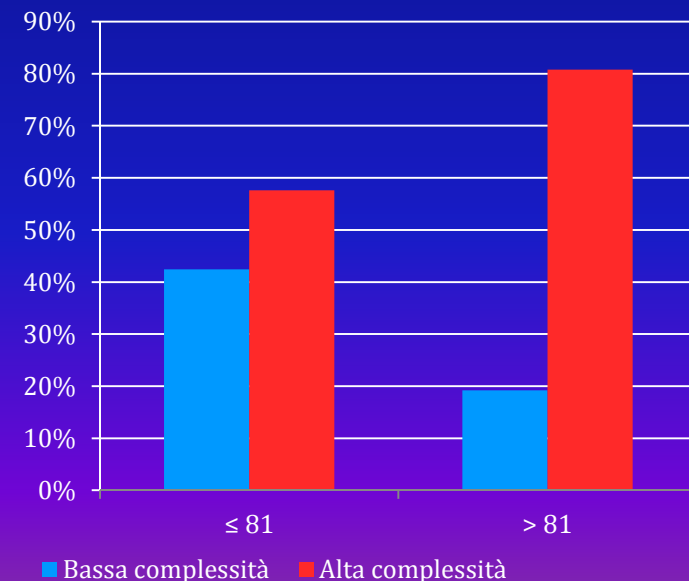
- I bisogni e le prestazioni assistenziali sono stati stratificati per classe d'età.
- Il monitoraggio cardiocircolatorio, la somministrazione della terapia, la gestione di sonde cateteri e drenaggi ed i prelievi biologici rappresentano le prestazioni collaborative che sono effettuate in modo omogeneo tra le diverse classi d'età (rispettivamente $p=1$, $p=0,579$, $p=0,149$, $p=0,768$).
- Il monitoraggio della funzione cardiocircolatoria è una prestazione che ha interessato il 100% degli assistiti in tutte le classi d'età.
- Il monitoraggio dello stato di coscienza incide prevalentemente nelle classi d'età più basse ($\leq 40 - 51/60$, $p=0,000$).
- Tutte le altre prestazioni presentano differenze significative di frequenza tra le diverse classi d'età.

La complessità assistenziale

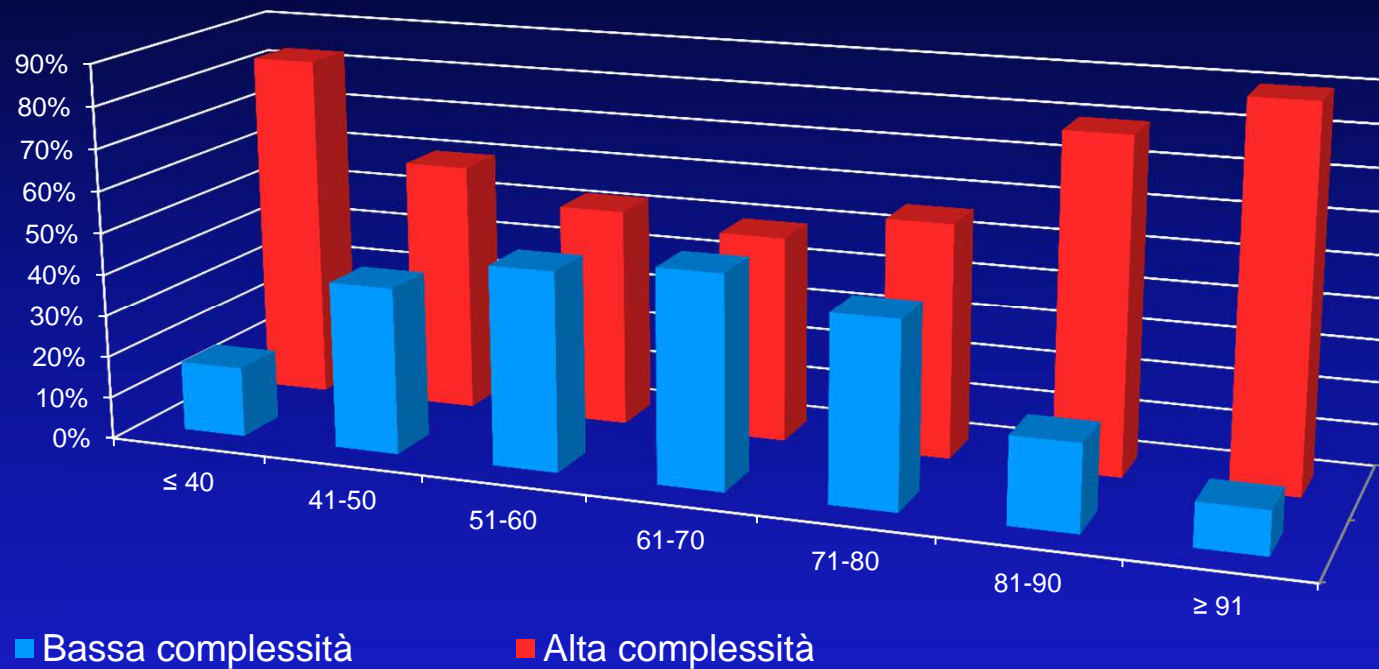


Il genere femminile presenta una maggiore probabilità di passare giornate ad alta complessità assistenziale (OR F/M 0.670).

Avere un'età > 81 anni espone ad un rischio maggiore di presentare giornate/assistito ad alta complessità (OR età 3.094).

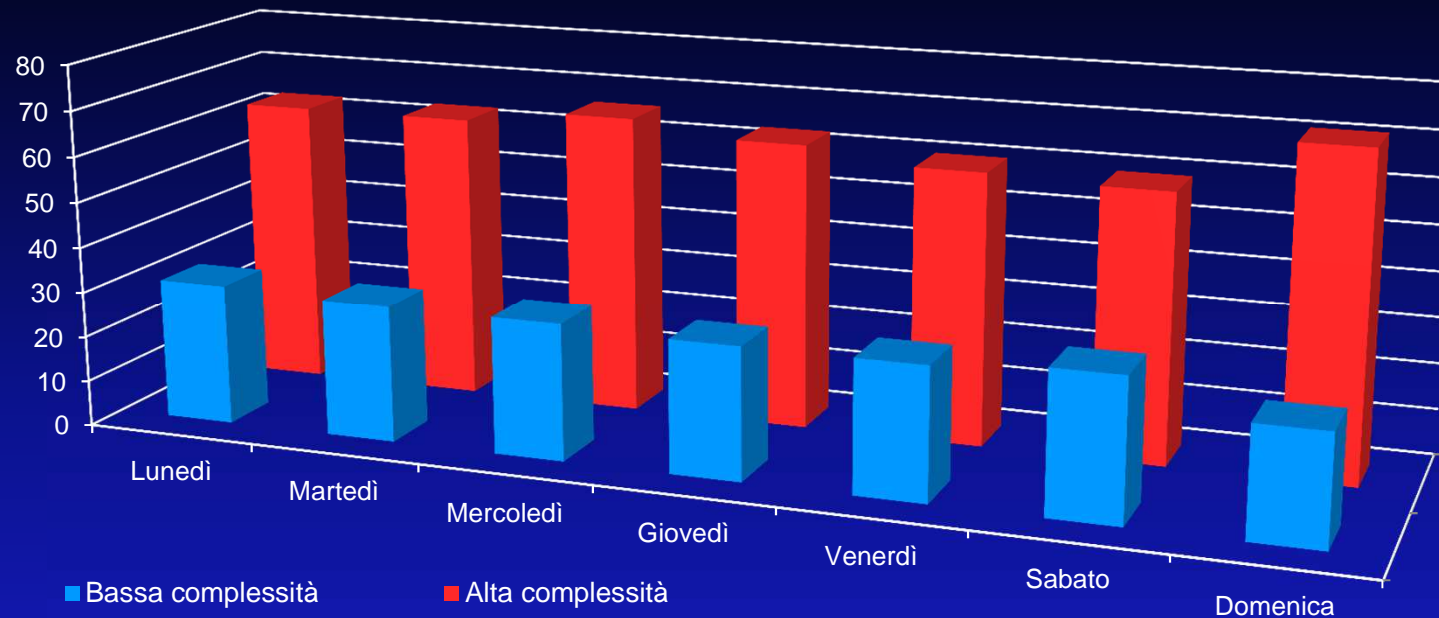


La complessità assistenziale



Le classi d'età che hanno la maggiore probabilità di presentare giornate/assistito ad elevata complessità sono le classi ≤ 40 e >90 .

Giorni della settimana, skill mix e complessità



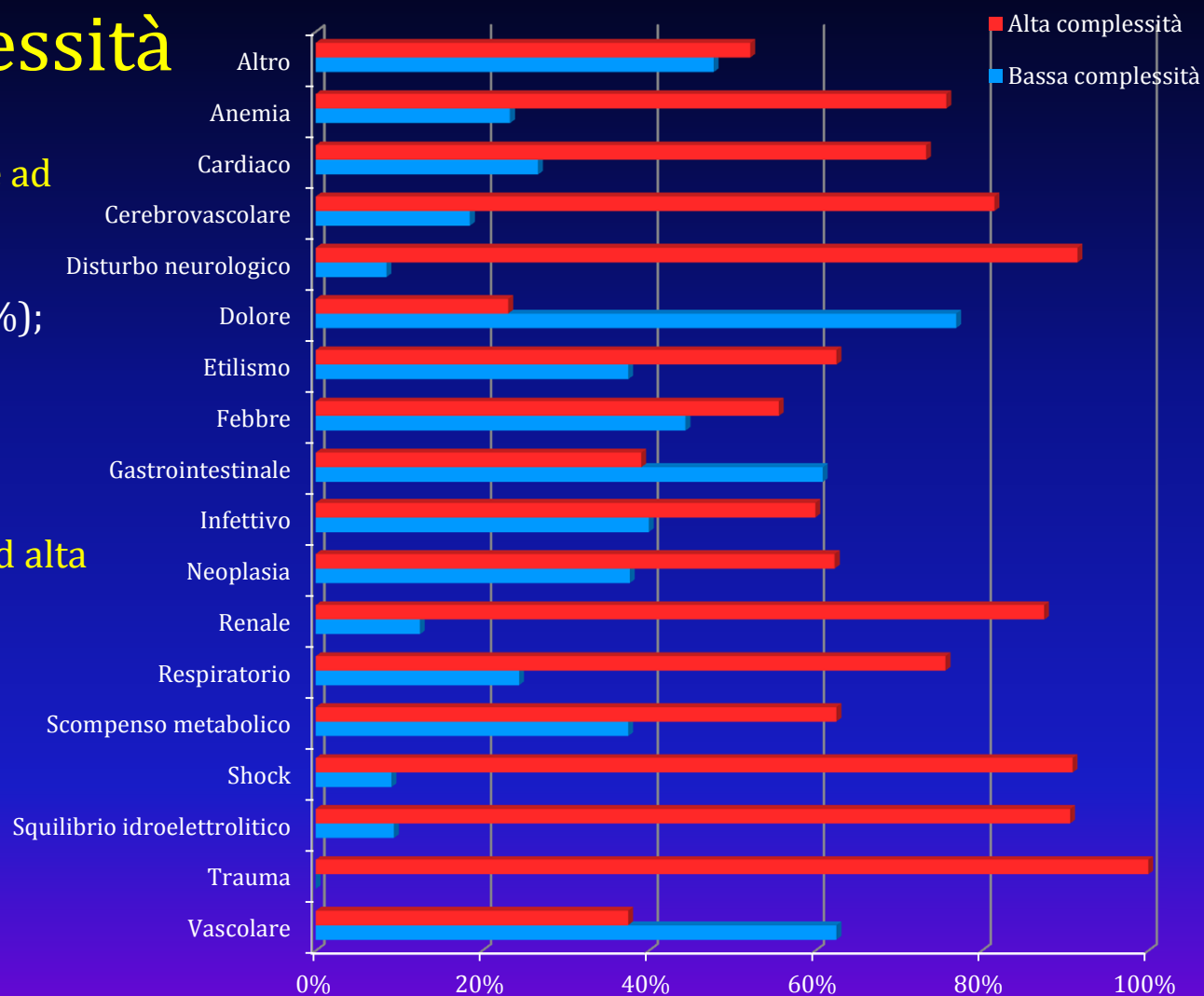
Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative tra le prevalenze di giornate ad alta e bassa complessità nei diversi giorni della settimana.

Lo skill mix (rapporto infermieri/personale di supporto) nelle specifiche giornate di rilevazione è stato correlato ai valori di complessità. Ne è emerso un indice di correlazione totale pari a $-0,056$ che sta a significare che, all'aumentare della complessità, non si accompagna l'aumento dello skill mix.

Raggruppamenti diagnostici e complessità

- **Maggior numero di giornate ad alta complessità:**
 - trauma (100%);
 - disturbi neurologici (91,5%);
 - shock (90,9%);
 - squilibrio idroelettrolitico (90,6%).

- **Minor numero di giornate ad alta complessità sono:**
 - dolore (23,1%);
 - vascolare (37,5%);
 - gastrointestinale (39,1%).

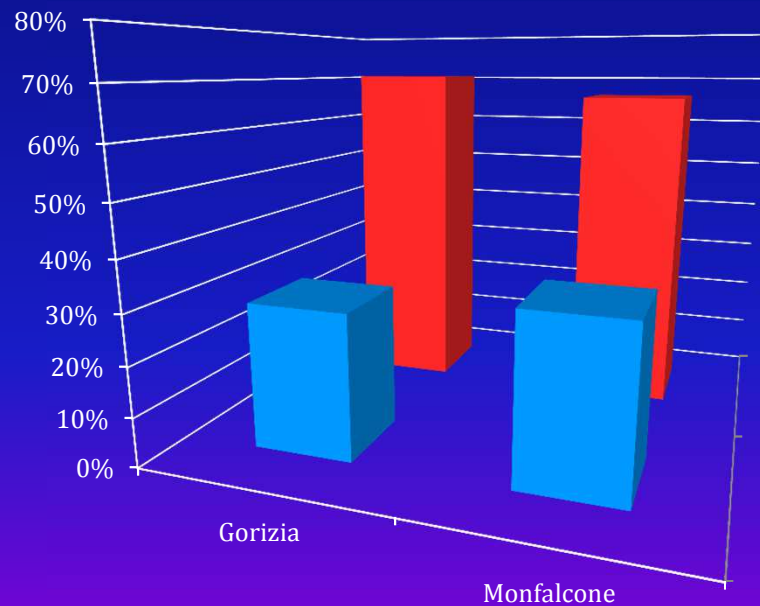


Le differenze tra i raggruppamenti sono statisticamente significative ($p=0.000$).

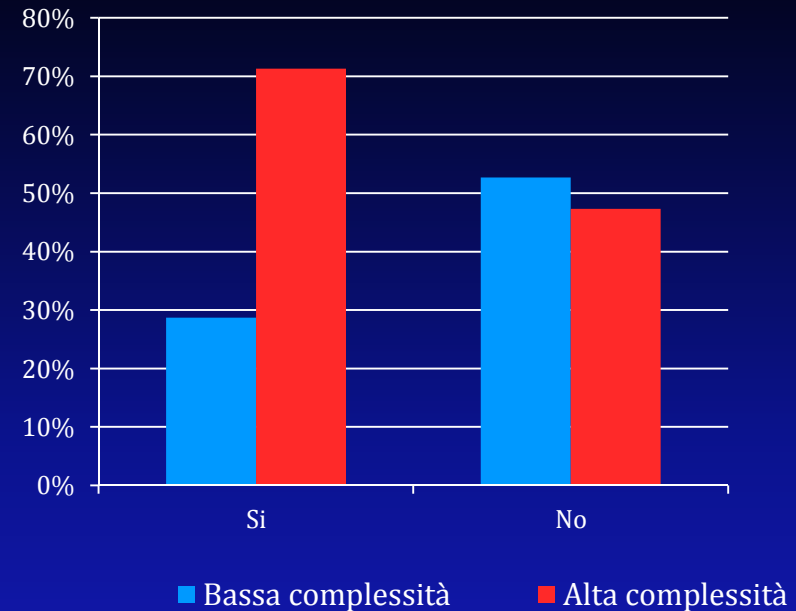
n = 649 giornate/assistito

La complessità assistenziale

Il raggruppamento «pluripatologia si», considerato in funzione della variabile giornata/assistito, ha una maggiore probabilità di presentare giornate ad elevata complessità (OR pluripatologia no/si 2.796)

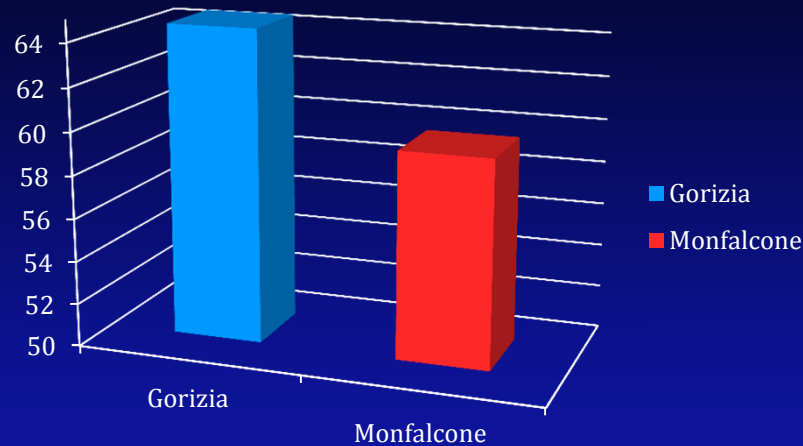


■ Bassa complessità ■ Alta complessità



Gli assistiti nel P.O. di Gorizia hanno maggiori probabilità di presentare giornate ad alta complessità (Rapporto odd per sede Gorizia/Monfalcone 0.825)

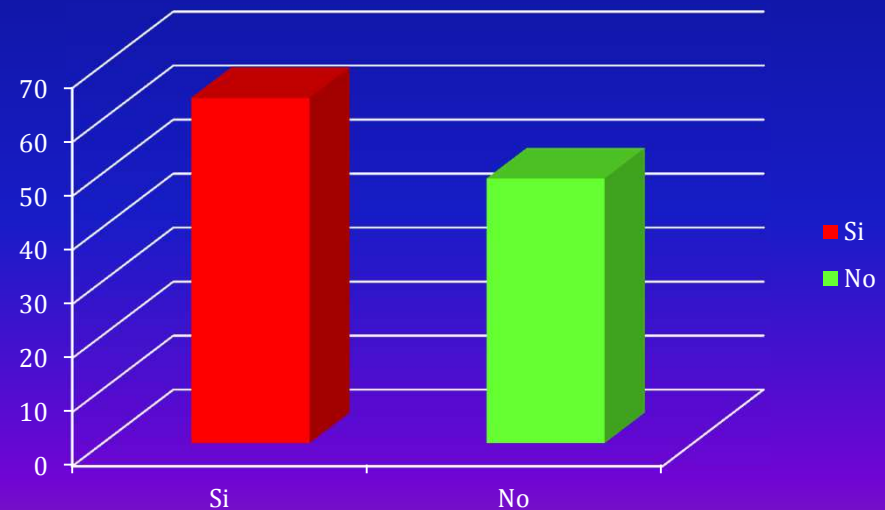
Complessità media



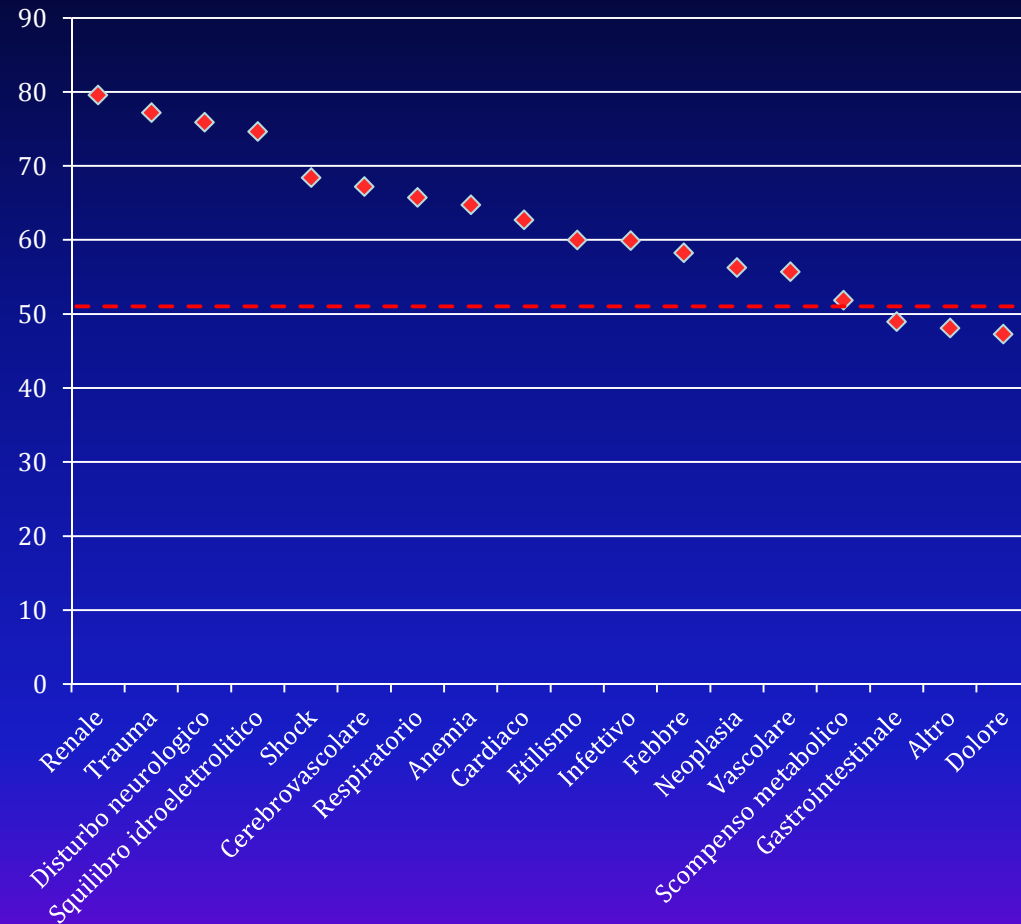
La complessità media per giornata/assistito non è diversa nei due sessi ($p=0,126$).

Pur rimanendo nell'ambito dell'alta complessità, la complessità media per giornata/assistito è diversa in modo statisticamente significativo tra i due P.O. ($p=0,008$), con un punteggio medio a Gorizia di 64,6 e a Monfalcone 59,60.

Presentare una pluripatologia si associa in modo statisticamente significativo a valori medi che ricadono nell'alta complessità, evento che si accompagna specularmente ai valori medi di bassa complessità in caso di monopatologia 63,7 vs 49,02 ($p=0.000$).

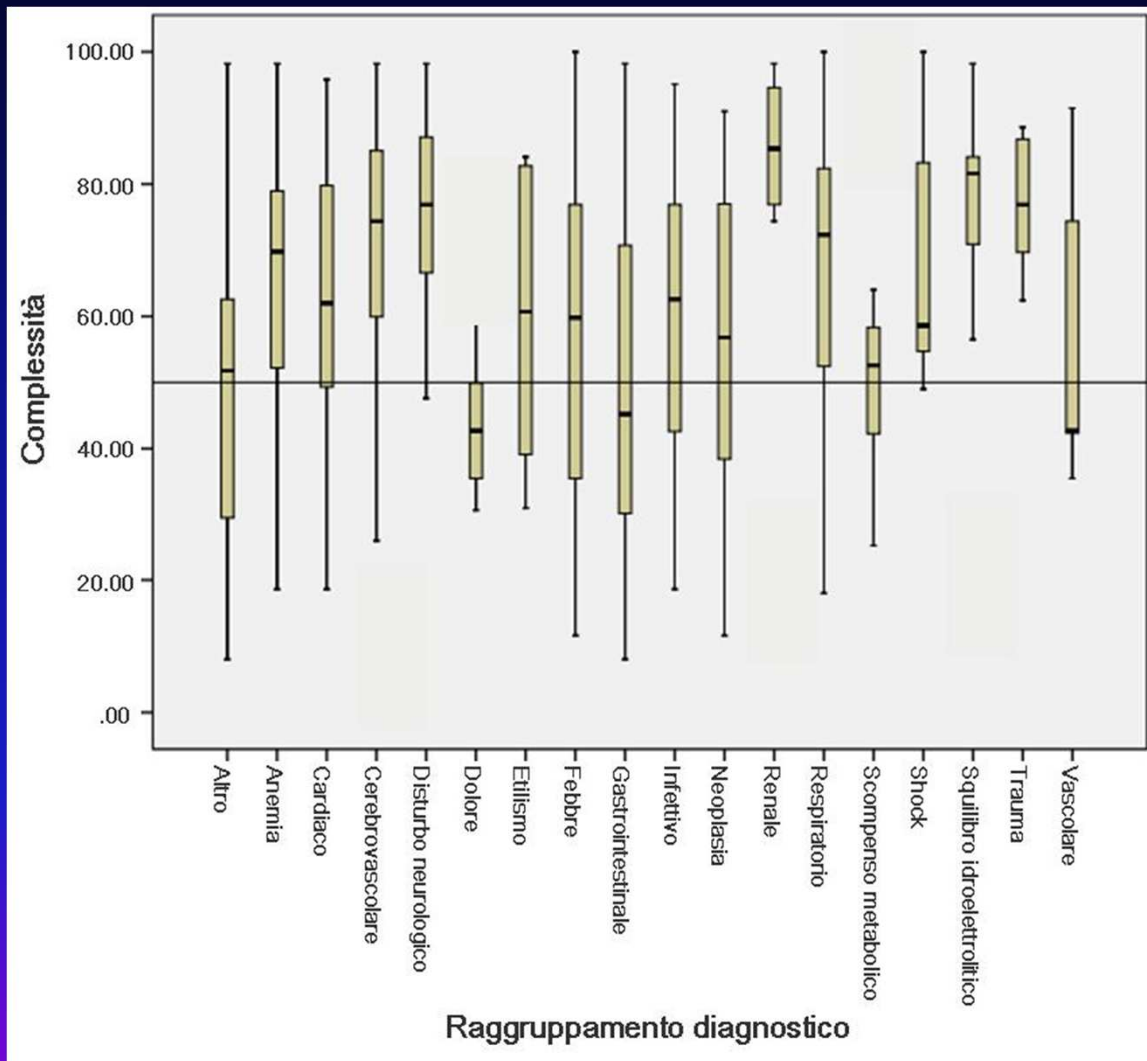


Raggruppamenti diagnostici e complessità media



- La maggior parte dei raggruppamenti diagnostici presenta una complessità media che ricade nell'ambito dell'alta complessità.
- I raggruppamenti diagnostici con complessità media più alta sono:
 - renale (79,58);
 - trauma (77,22)
 - disturbo neurologico (5,92).
- I raggruppamenti diagnostici con complessità media più bassa sono:
 - dolore (47,3);
 - altro (48,1);
 - gastrointestinale (48,9).

Raggruppamenti diagnostici e range di complessità



- Le diagnosi mediche e gli algoritmi di calcolo dei DRG sono stati il pilastro delle odierne metodologie di valutazione e rimborso dei sistemi sanitari, mentre il contributo degli infermieri sugli outcomes ospedalieri è stato in gran parte ignorato. Erroneamente si cerca di quantificare l'assistenza in base ai DRG cioè in base alla diagnosi medica.

(Welton JM et Al. 2005)

- I raggruppamenti diagnostici presentano complessivamente ampi range di complessità per giornata/assistito, a dimostrazione che sfera clinica ed assistenziale sono complementari e che la diagnosi medica da sola non può determinare il livello di complessità.

La soddisfazione al lavoro

Sede	Non soddisfatti		Soddisfatti		Totale		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Gorizia	8	30.8	18	69.2	26	100.0	0.032	0.858
Monfalcone	6	33.3	12	66.7	18	100.0		
Totale	14	31.8	30	68.2	44	100.0		

- Posto che organici infermieristici ridotti si associano ad elevati carichi di lavoro, è stato dimostrato che la carenza di infermieri minaccia il benessere sia degli assistiti che degli infermieri stessi.

(Lake ET. 2002)

- Miglioramenti nell'ambiente della pratica infermieristica sono essenziali per trattenere gli infermieri e mantenere la sicurezza degli assistiti.

(Lake ET. 2007)

Nelle U.O. esaminate, gli infermieri hanno espresso soddisfazione al lavoro con differenza tra sede non significativa ($p=0,858$) e pertanto non si è proceduto con la correlazione di questa variabile con la complessità.

Limiti dello studio

- La rilevazione potrebbe avere ancora delle componenti di soggettività.
- Il punteggio SIPI, valutando non solo bisogni, ma anche prestazioni, potrebbe essere influenzato da politiche e strategie clinico – assistenziali specifiche delle varie U.O.
- Il SIPI permette di valutare solo l'attività assistenziale diretta, mentre l'attività infermieristica è dedicata anche ad attività indirette e attività non correlate all'assistenza.
- Il SIPI non è stato designato per misurare direttamente il carico di lavoro per la determinazione dello staff in termini numerici (Skill mix ottimale da adottare).
- Nonostante la potenza del campione (219 soggetti) l'estrema frammentazione delle diagnosi di ingresso ci ha spinti al raggruppamento diagnostico, fatto che non consente il confronto con i dati di letteratura basati sui DRG.

Significanza clinica

- La prevalenza di prestazioni collaborative, dimostra la compressione del ruolo infermieristico in ambiente ospedaliero.
- Il campione esaminato è caratterizzato da elevati punteggi di complessità assistenziale, associati all'età avanzata e alla pluripatologia, in linea con la tendenza attuale di degenze brevi, ad elevata complessità/instabilità e dimissioni precoci.
- La complessità non varia al variare dei giorni della settimana e questo rende discutibili le strategie di allocamento delle risorse assistenziali che variano tra giorni feriali e giorni festivi.
- Gli skill mix non si correlano in modo direttamente proporzionale alla complessità, a testimonianza della fissità delle dinamiche di gestione delle risorse assistenziali.
- Ampi range di complessità nei raggruppamenti diagnostici sostengono l'inappropriatezza della quantificazione delle risorse assistenziali in base alla diagnosi medica.