

Rilevazione della complessità assistenziale in terapia intensiva

Inf. Angelo Urso, Inf. Sabrina Colombo, Inf. AFD Rosi Votta, Terapia Intensiva Ospedale "Sacra Famiglia" ERBA

26

In molte realtà sanitarie il calcolo del fabbisogno infermieristico, vista la mancanza a livello nazionale di un quadro normativo di riferimento, è basato su parametri che poco hanno a che fare con la professione infermieristica.

La rilevazione della complessità assistenziale nella nostra Terapia Intensiva istituita nel Gennaio 1999 dopo riconoscimento regionale DEA, nasce quindi dall'esigenza di ottimizzare le risorse umane e verificare il fabbisogno numerico infermieristico. Dopo l'istituzione del gruppo di lavoro, si è avviata una ricerca infermieristica che ha evidenziato sostanzialmente una carenza di documenti in merito.

Lo strumento di rilevazione della Complessità Assistenziale basato sul "Modello delle prestazioni infermieristiche" è stato modificato e adattato alle nostre necessità.

È stata successivamente elaborata una griglia di rilevazione e linee guida che hanno permesso di identificare le varie prestazioni assistenziali.

Sono stati, quindi, definiti i range di complessità.

La rilevazione è stata eseguita per 2 mesi, periodo considerato sufficiente per degenza media, tasso di occupazione e tipologia di pazienti ricoverati.

L'Indice di Complessità Assistenziale (ICA) rilevata nella nostra Unità Operativa richiede un rapporto infermiere/paziente di 1:2, standard attualmente esistente nella nostra realtà.

Questo strumento, inoltre, ha permesso di individuare con maggiore efficacia le attività assistenziali nel nostro contesto operativo quotidiano.

INTRODUZIONE

La Terapia Intensiva dell'ospedale "Sacra Famiglia" di Erba è stata istituita nel Gennaio 1999 in seguito al riconoscimento regionale DEA.

Attualmente sono attivi complessivamente sei posti letto, tre di Rianimazione e tre di Unità Coronarica, con un organico complessivo di 18 Infermieri e un pool unico di personale OTA (Terapia Intensiva - Cardiologia) che nella nostra Unità Operativa garantisce il supporto alle attività non assistenziali.

Le principali patologie afferenti sono: Insufficienze Respiratorie, Post Chirurgiche, Sindromi Coronariche Acute e Scompeni Cardiocircolatori refrattari.

Sin dal 1999, al fine di ottimizzare le risorse umane in organico e verificare la reale necessità numerica del personale stesso, il gruppo infermieristico si è impegnato nella ricerca di uno strumento operativo per il raggiungimento di tale scopo.

A supporto dell'iniziativa vi è la considerazione che in molte realtà sanitarie l'organizzazione, il funzionamento dei servizi e le attività assistenziali sono ancora oggi centrate più sui bisogni dell'or-

ganizzazione stessa che sui reali bisogni dei pazienti.

La mancanza di un quadro normativo di riferimento nazionale, porta come conseguenza una definizione a livello aziendale del calcolo del fabbisogno infermieristico basato esclusivamente su parametri condizionati principalmente da attività mediche quali il tasso medio di occupazione, l'indice di rotazione, la degenza media, numero di ricoveri ecc.

La "quantità" d'assistenza da fornire ai pazienti non corrisponde affatto al loro numero, quindi l'adozione di un mero parametro numerico per la misurazione del fabbisogno di personale è destituita di ogni fondamento ed è del tutto inaffidabile.

Tutto questo si traduce in una scarsa considerazione dell'operato degli infermieri, la mancanza di un riconoscimento professionale, la riduzione a "numeri" dei pazienti, e quindi una progressiva demotivazione professionale infermieristica legata alla mancata corrispondenza tra sviluppo professionale e realtà sanitaria.

Ci è sembrato quindi indispensabile ricercare un sistema che ci permettesse di misurare più che i carichi di lavoro con tempificazione delle varie atti-



Figura 1 - Griglia di rilevazione

BISOGNI	A	B	C	D	E
ALIMENTAZIONE / IDRATAZIONE					
ELIMINAZIONE URINARIA / INTESTINALE					
IGIENE					
MOBILIZZAZIONE					
RESPIRAZIONE					
FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA					
PROCEDURE TERAPEUTICHE					
PROCEDURE DIAGNOSTICHE					
RAPPORTI INTERPERSONALI					
RIPOSO E SONNO					

vità, lo specifico livello di **complessità assistenziale** intesa come " *un insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità, di impegno e quantità di lavoro dell'infermiere*" (1).

La complessità assistenziale è determinata dalla:

- Salute-malattia
- Stabilità/instabilità clinica che determina l'area collaborativa con il personale medico
- Capacità dell'assistito di definire le proprie necessità e di scegliere i comportamenti a lui più idonei e possibilità dell'assistito di agire su se stesso autonomamente ed efficacemente
- Ambiente in cui si opera
- Dipendenza

Obiettivi:

- Garantire un numero sufficiente di infermieri per turno di servizio tale da erogare un'assistenza infermieristica personale di elevata qualità in condizioni di sicurezza sia per i pazienti ricoverati sia per gli operatori.
- Valorizzare le competenze infermieristiche

METODOLOGIA

- Istituzione del gruppo di lavoro
- Ricerca bibliografica:
 - Consultazione libera su motori di ricerca. Parola chiave "Complessità Assistenziale".
 - Consultazione di bibliografia nazionale sull'argomento oggetto della ricerca.
- Applicazione di uno strumento derivato dal "Modello delle prestazioni infermieristiche"(2) e adattato alla definizione di indicatori di complessità validi, affidabili e applicabili nel conte-

sto intensivo. Lo strumento definito permette di valutare l'attività svolta o da svolgere e stabilire un "Indice di Complessità Assistenziale", ossia un metro di misura definito in termini numerici.

La revisione critica ha previsto:

- Maggiore rilevanza alla complessità delle prestazioni piuttosto che alla classica definizione dei 5 livelli di complessità assistenziale (INDIRIZZARE-GUIDARE-SOSTENERE-COMPENSARE-SOSTIUIRE)(3)
- Ulteriore suddivisione di alcune prestazioni ad alta complessità per meglio identificare il livello di complessità intrinseca alla prestazione stessa.
- Rivalutazione dei punteggi in base al riconoscimento delle competenze necessarie all'espletamento della prestazione stessa, in rapporto alla difficoltà riscontrata nella sua applicazione e quindi ad una maggiore complessità dell'atto stesso.

Alcune caselle annerite indicano l'impossibilità di procedere all'intervento per la mancanza dei necessari presupposti clinico-infermieristici.

Si sono definiti i range di riferimento dei livelli di complessità assistenziale, prendendo in considerazione punteggi numerici, da 1 a 12.

1-2-3 BASSA COMPLESSITÀ

4-5 MEDIA COMPLESSITÀ

>5 ALTA COMPLESSITÀ

Successivamente si sono identificati i range di complessità:



- La bassa complessità non è stata considerata in quanto realmente mai riscontrata. Non tutti i campi di valutazione contengono punteggi pari ad 1-2-3, alcuni partono da valenza pari a 4 (già espressione di media complessità).
- Si è considerata dunque la valutazione di media complessità, suddividendola in complessità medio-bassa, medio, medio-alta per ottimizzare al massimo la globale percentuale di media complessità ottenuta.

Range di riferimento 21-77

- COMPLESSITÀ MEDIO BASSA: 21-29
- COMPLESSITÀ MEDIA: 30-36
- COMPLESSITÀ MEDIO-ALTA: 37-45
- COMPLESSITÀ ALTA: 46-77

Elaborazione delle griglie di rilevazione e delle linee guida per la compilazione.

La compilazione delle schede di rilevazione rappresenta un momento di lettura ed interpretazione della realtà assistenziale e permette di associare ad ogni prestazione un valore di riferimento che dipende dalla complessità dell'atto assistenziale.

Da sottolineare che nella rilevazione si è considerato un bimestre (61 giorni) in quanto il periodo è stato esaustivo per media degenza, tasso di occupazione e tipologia dei pazienti ricoverati (vedi fig. 1).

L'elaborazione delle linee guida ha permesso di identificare le varie prestazioni assistenziali fornite nella nostra Terapia Intensiva. Queste rappresentano un mezzo per orientarsi nella compilazione delle griglie di rilevazione e hanno lo scopo di rendere il più oggettivo possibile il riconoscimento dei bisogni dei pazienti.

LINEE GUIDA

PUNTEGGI	ALIMENTAZIONE / IDRATAZIONE
A.	
B. (2)	Si alimenta da solo, ma è necessario posizionarlo. Fornire gli ausili necessari
C. (3)	Totale dipendenza, è necessario posizionarlo e imboccarlo (Pz. Non Tracheotomizzato)
D. (4)	Totale dipendenza, è necessario posizionarlo e imboccarlo (Pz Tracheotomizzato/Intubato)

E. (6)	Idratare ed alimentare il paziente per via Parenterale (NPT) o con Nutrizione Enterale per SNG.
--------	---

PUNTEGGI	ELIMINAZIONE URINARIA / INTESTINALE
A.	
B. (2)	Il paziente può essere accompagnato in bagno in comoda o aiutato ad assumere posizioni idonee per l'evacuazione di feci e urine. Necessita di ausili per la raccolta.
C.	
D.	
E. (5)	Catetere vescicale permanente. Cateterismi estemporanei. Incontinenza fecale. Enteroclistmi.

PUNTEGGI	IGIENE
A. (1)	Il paziente può essere accompagnato in bagno con la comoda
B. (2)	Il paziente è autonomo ma comunque allettato. Fornire gli ausili necessari. Informarlo dei limiti imposti dai presidi presenti.
C. (3)	Igiene parziale al letto. Fornire ausili per mani e viso. Igiene perineale
D.	
E. (5)	Igiene totale al letto

PUNTEGGI	MOBILIZZAZIONE
A. (1)	Mobilizzazione a letto. Si muove autonomamente
B. (2)	Mobilizzazione passiva a letto con minima assistenza
C. (3)	Mobilizzazione assistita su sedia, comoda, poltrona
D.	
E. (5)	Totalmente dipendente. Eventualmente affetto da lesioni da decubito

PUNTEGGI	RESPIRAZIONE
A. (1)	Monitoraggio della corretta funzione
B. (2)	Far assumere posizioni idonee per la respirazione
C. (4)	Somministrazione di ossigenoterapia con ausili
D. (6)	N.I.V (Ventilazione Non Invasiva)
E. (8)	Intubazione oro-nasotracheale. VAM, gestione tracheotomia con aspirazioni frequenti



PUNTEGGI	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA
A. (4)	Paziente stabile: monitoraggio della corretta funzione
B. (5)	Paziente stabile: monitoraggio di aritmie minori. Mantenimento della temperatura corporea adeguata (ghiaccio, coperta termica etc).
C.	
D. (6)	Paziente instabile: aritmie maggiori di breve durata (TPSV, Flutter, TVNS ecc.). Sostegno farmacologico della funzione cardiocircolatoria. Monitoraggio del tratto "ST-T". Rilevazione PVC, Pressione arteriosa invasiva.
E. (12)	Paziente altamente instabile: frequenti aritmie maggiori, sostegno farmacologico della funzione cardiocircolatoria. Monitoraggio del tratto "ST-T". BLS

PUNTEGGI	PROCEDURE TERAPEUTICHE
A.	
B. (4)	Terapia endovenosa (boli), orale, s.c., i.m.
C. (5)	Gestione catetere venoso periferico con infusioni continua.
D. (8)	Gestione catetere venoso periferico e/o C.V.C. con infusioni continue di farmaci particolari.
E. (12)	Gestione C.V.C. e catetere arterioso. Fibrinolisi. Gestione medicazioni di competenza infermieristica. Gestione drenaggi vari, PRISMA. Angioplastica (preparazione e controllo post procedura).

PUNTEGGI	PROCEDURE DIAGNOSTICHE
A. (2)	Routine (rilevazione dei parametri vitali di base, prelievi ematici non urgenti ecc.)
B. (3)	Routine e urgenze ematomichimiche. Urinocoltura Broncoaspirato. Rx torace al letto. E.C.G.
C. (4)	Monitorizzazione continua. Parametri vitali tra le 2 e le 4 ore

D. (8)	Monitorizzazione continua. Parametri vitali inferiori alle 2 ore
E. (12)	Monitorizzazione continua. Parametri vitali a tempo indeterminato. Gestione "Swan-Ganz". Trasporto in radiologia per TAC o altra diagnostica. Coronarografia-Angioplastica

PUNTEGGI	RAPPORTI INTERPERSONALI
A. (2)	Paziente in coma
B. (2)	Intraprendere e/o mantenere l'interazione con il paziente e/o familiari.
C. (3)	Il paziente deve essere rassicurato e sostenuto, rispondendo alle domande utilizzando un linguaggio semplice.
D. (4)	Paziente estremamente ansioso e depresso. Necessità di un rapporto interpersonale fortemente motivato e personalizzato.
E. (6)	Sorveglianza paziente psicotico, etilista etc. Interventi mirati al conseguimento e mantenimento dell'integrità fisica, psichica e sociale nei pazienti fortemente disadattati e ostili all'ambiente. Paziente intubato. Utilizzo di vari mezzi di comunicazione in sostituzione della comunicazione verbale

PUNTEGGI	RIPOSO E SONNO
A.	
B. (2)	Il paziente riposa adeguatamente (o paziente in coma)
C. (3)	Il paziente riposa a tratti. Necessità di creare situazioni (psicologiche e ambientali) favorenti il sonno.
D. (4)	Il paziente necessita di blandi sedativi per favorire l'inizio e il mantenimento del sonno.
E. (6)	Interventi mirati al conseguimento e mantenimento dell'integrità fisica, psichica e sociale nei pazienti fortemente disadattati e ostili all'ambiente, con riequilibrio del ritmo sonno-veglia. Sedazione continua



Al termine della stesura del documento, il gruppo infermieristico è stato coinvolto nel progetto con la presentazione e ovviamente la condivisione delle griglie e relative Linee Guida. In seguito, giornalmente sono state rilevate per due mesi le complessità assistenziali dei pazienti ricoverati e quindi raccolti e interpretati i dati ottenuti.

RISULTATI

	2 MESI DI RIFERIMENTO					
	N° pazienti ricoverati	Presenza media giornaliera	Tasso Occupazione	Rilevazioni (A)	Somma dei punteggi delle rilevazioni (B)	I.C.A. (B/A)
Rianimazione	21	4,2		253	14160	56
Unità Coronarica	31	1,4		88	2791	32
TERAPIA INTENSIVA	52	5,6	93 %	341	16951	50

Grafico n° 1 - I.C.A. e Complessità assistenziale espressa in percentuale sulle rilevazione dei pazienti ricoverati in Rianimazione

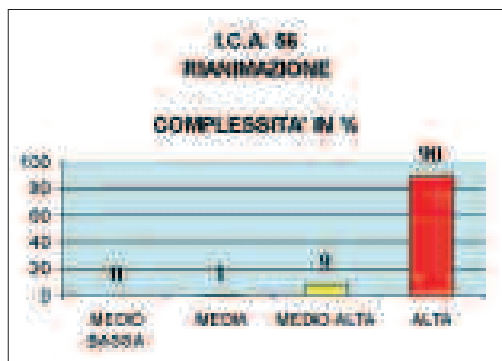


Grafico n° 2 - I.C.A. e Complessità assistenziale espressa in percentuale sulle rilevazione dei pazienti ricoverati in Unità Coronarica.

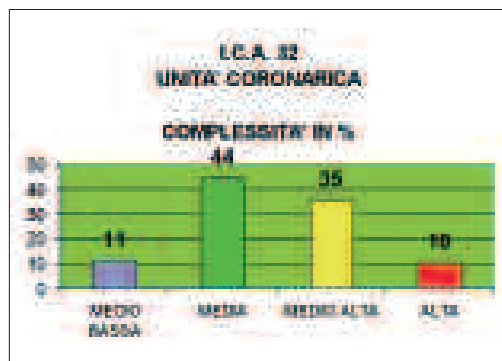


Grafico 3 - I.C.A. e Complessità assistenziale espressa in percentuale sul totale delle rilevazione dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva.



CONCLUSIONI

La ricerca bibliografica, ha dimostrato che solo l'assistenza fornita da infermieri può ridurre in maniera significativa l'incidenza di mortalità e morbilità e inoltre può ridurre in maniera significativa la durata del ricovero e le riammissioni (CACCN, The Canadian Association of critical care nurses 1999) (6).

A seguito di questa valutazione il CACCN ha raccomandato che solo l'infermiere deve fornire assistenza diretta al paziente e che in area critica il rapporto infermiere-paziente, non deve mai scendere al di sotto di 1:2

L'I.C.A. rilevata nella nostra Unità Operativa esprime un'alta complessità. Sono quindi richiesti livelli assistenziali di elevata qualità e un rapporto numerico

minimo di un infermiere/due pazienti. Tale standard, attualmente esistente nella nostra unità operativa, è stato quindi mantenuto.

L'utilizzo di questo strumento ci ha inoltre fornito dati importanti sulla nostra specifica realtà assistenziale permettendoci di individuare l'operato degli infermieri in modo più competente e consapevole aumentando di fatto la qualità dell'assistenza e rendendo soprattutto visibile quello che giornalmente siamo chiamati a svolgere.

Sicuramente la costruzione di uno strumento proprio della professione ha motivato l'operato di chi ha partecipato (ma anche di tutto il personale infermieristico) alla stesura di questo documento, nella logica della evoluzione e crescita che ormai da tempo gli Infermieri rivendicano.

Note

1. M.Cristina Rossi, Silvia Viarengo, Giulia Sacco, "Analisi della Complessità Assistenziale in un caso di un S.M.A." Atti Congresso Nazionale Aniarti 2003, Bologna
2. Cantarelli M., "Il modello delle prestazioni infermieristiche", Milano, Masson, 1996
3. Cavaliere B. et Al., "Metodologia per la rilevazione della Complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale", Management infermieristico, 1 (NS), 1999, pp 323-36
4. "La definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica". Supplemento ordinario n° 2 al <Bollettino Ufficiale> - Serie generale n° 7 del 16 febbraio 2005 Regione Umbria, Gruppo regionale infermieri
5. AAVV, "I Quaderni", Supplemento de "L'Infermiere", n° 8-9/03, pp 20-31
6. C.DIVO "Rapporto infermiere-paziente in area critica rivista", SCENARIO N. 1-2004

Informiamo che la Segreteria
del Collegio IPASVI rimarrà chiusa
per le festività pasquali da venerdì **6 aprile** a
martedì **10 aprile** compreso.

