

L'organizzazione del lavoro

La complessità assistenziale e il modello di valutazione della complessità

Gestione del tempo

Gestione delle priorità

La supervisione e l'attribuzione delle attività

Classificazione dei pazienti e complessità delle cure infermieristiche

- Approccio basato sul grado di acuità dei pazienti
- Approccio basato sulla complessità assistenziale

Il modello dell'acuità

Variabili:

- Severità dei pazienti
- Intensità delle cure

- Paziente acuto
- Reparto per acuti

Acuity dei pazienti: severità

- **Tempo di inizio o di insorgenza della malattia** (es. riacutizzazione dell'asma)
- **Durata**, utilizzata per differenziare i pazienti e le strutture in acuti, post acuti o cronici
- **Severità** per indicare la gravità fisica e/o psicologica delle condizioni del paziente

Intensità del bisogno di cure: operatori

- **intensità di cura** inteso come impegno richiesto a medici e infermieri in termini di tempo, abilità, concentrazione mentale e vigilanza.

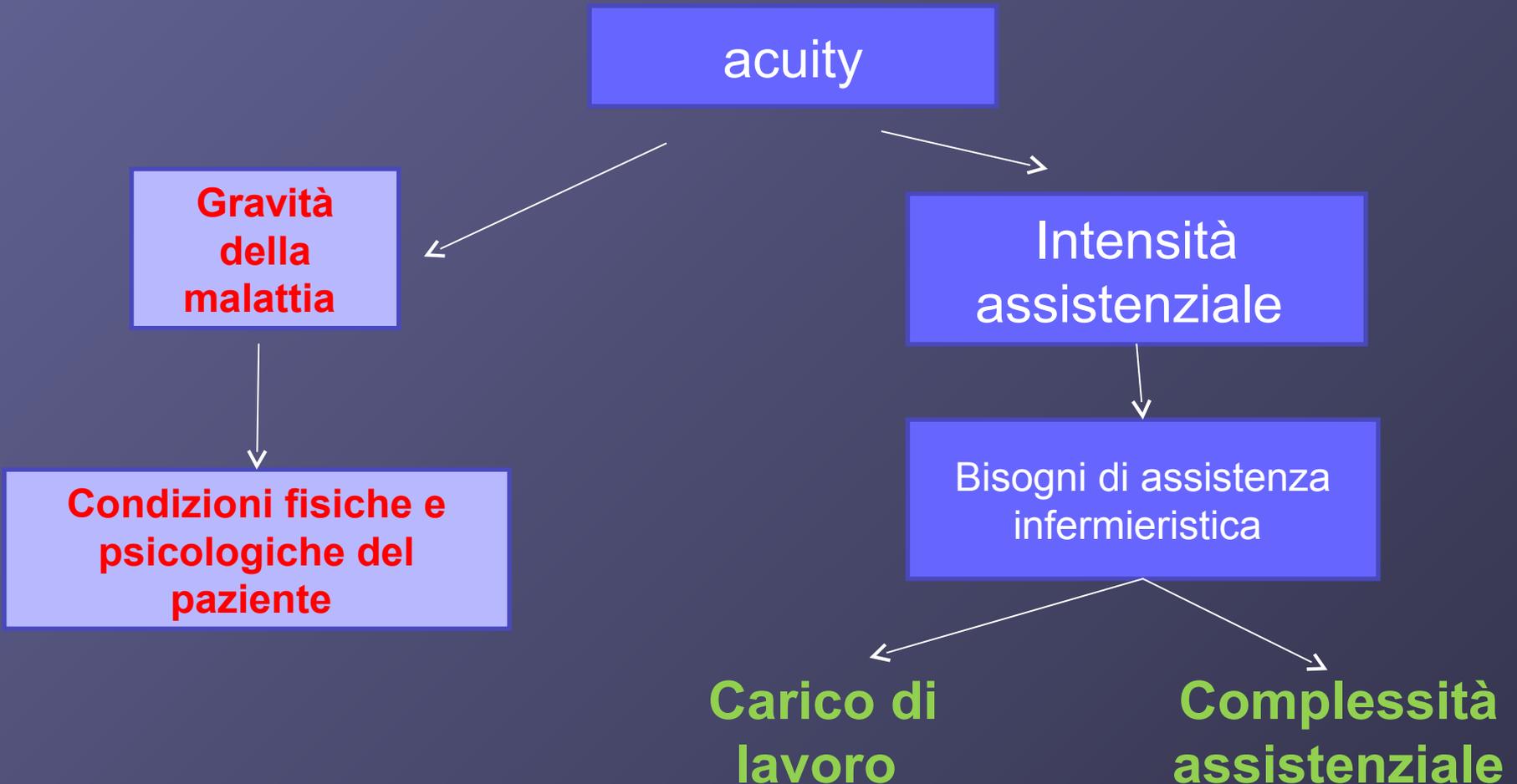
Intensità delle cure (1)

- **quantità di assistenza infermieristica** richiesta da quel gruppo di pazienti entro un certo tempo;

Intensità delle cure (2)

- **carico di lavoro** determinato dai problemi e dal grado di autonomia/dipendenza dei pazienti ma anche da fattori organizzativi quali la dislocazione dei materiali e i percorsi
- **complessità dell'assistenza** richiesta che dipende dalle abilità, dalla concentrazione, dalla frequenza della sorveglianza e del monitoraggio

L'acuity



Relazione tra severità e intensità

Lineare

All'aumentare della gravità della malattia aumenta l'intensità assistenziale

Non lineare

L'intensità assistenziale aumenta in pazienti con condizioni cliniche stabili

La relazione dipende dagli obiettivi del trattamento

Il modello della complessità assistenziale

Variabili della complessità organizzativa

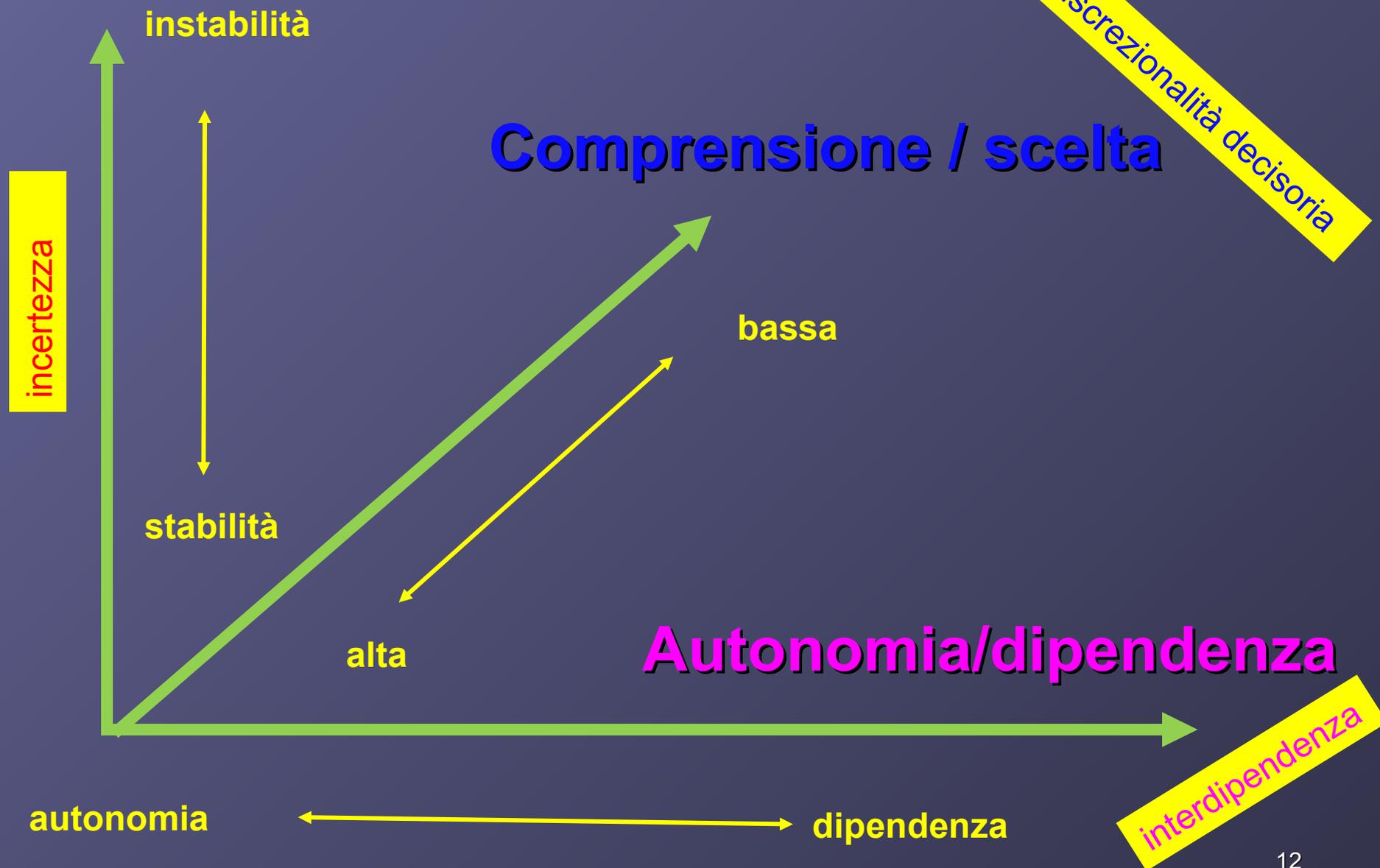
- incertezza
- interdipendenza
- discrezionalità decisoria decentrata
- dimensione

(Vaccani R, La sanità incompiuta, proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità, La Nuova Italia Scientifica, Firenze, 1991)

Salute ↔ **malattia**

Contesto

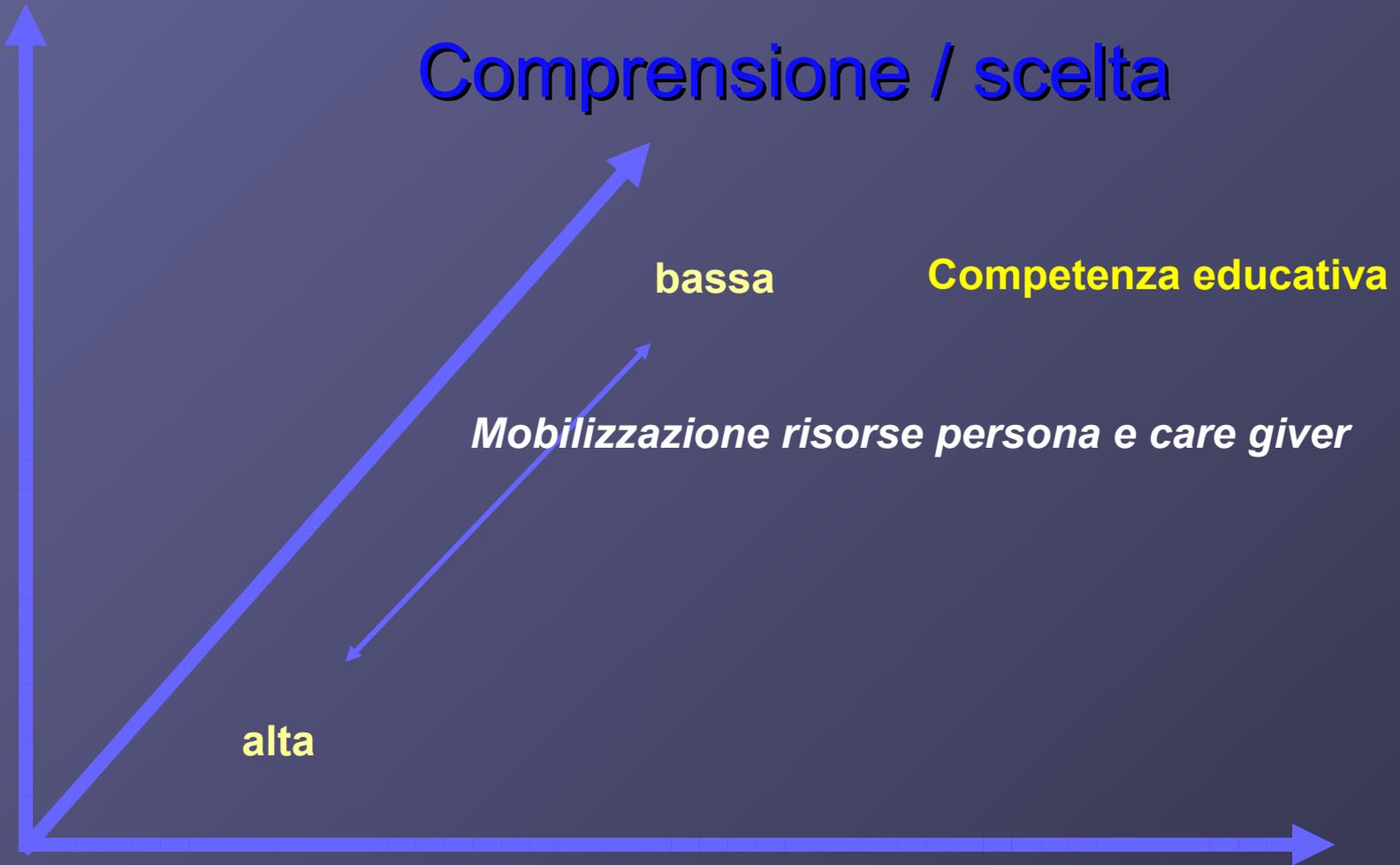
Discrezionalità decisoria



Salute ↔ malattia



Comprensione / scelta





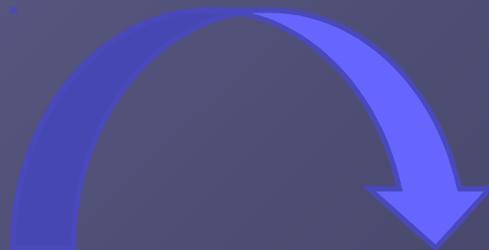
UNA PROPOSTA METODOLOGICA

Formare alla complessità vuol dire aiutare lo studente ad apprendere un modo di vedere le cose, perché la complessità non è un fenomeno oggettivabile ma una

WELTANSCHAUUNG

(Concezione del mondo propria di un individuo, di un popolo o di un'epoca storica)

DAL MODELLO DI ANALISI DELLA
COMPLESSITA' ASSISTENZIALE



AL METODO ASSISTENZIALE
PROFESSIONALIZZANTE
(MAP)

(Silvestro A., Maricchio R., Montanaro A., Molinar Min M., Rossetto P., La complessità assistenziale, concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa , McGraw-Hill, Milano 2009)

Riferimenti ispiratori del MAP

1. teoria della complessità
2. modello di analisi della complessità assistenziale
3. classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF)

(Organizzazione Mondiale della Sanità, ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute, versione 2.1.A., Erickson, Trento, 2003)

1 – DEFINIZIONE ELEMENTI COSTITUTIVI DEL MAP

DIMENSIONI: stabilità clinica – responsività – indipendenza

ELEMENTO: contesto

2 – VARIABILI VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE E MAP

DIMENSIONI modalità variabili

STABILITÀ CLINICA	19	77
RESPONSIVITÀ	7	30
INDIPENDENZA	7	27
CONTESTO	27	90

ICF scala entità/gravità del problema
(score da 0 a 4)

- BASSA: paziente stabile sia dal punto di vista clinico che cognitivo. Prescrizioni mediche di competenza infermieristica molto contenute.
- MEDIA: paziente stabile sia dal punto di vista clinico che cognitivo. Necessità di interventi inerenti il processo diagnostico e terapeutico di competenza infermieristica ripetuti più volte nella giornata.

● ALTA – SEMI INTENSIVA: paziente instabile dal punto di vista clinico e/o cognitivo.

Necessità di:

- ridefinizione del piano assistenziale in rapporto all'evoluzione del quadro clinico;
- di frequenti controlli ed informazioni/istruzioni (anche dei caregiver);
- di monitoraggio continuo sia per attuare interventi assistenziali di competenza infermieristica sia per la ridefinizione del piano assistenziale e del programma diagnostico/terapeutico.

● INTENSIVA: paziente in condizioni cliniche molto gravi o suscettibili di aggravamento, necessità di supporto vitale e di monitoraggio continuo di specifica competenza infermieristica.

DIMENSIONE STABILITA' CLINICA

1. FREQUENZA CARDIACA
2. RITMO CARDIACO
3. PRESSIONE SANGUIGNA
4. RITMO RESPIRATORIO
5. SATURAZIONE OSSIGENO
6. TERMOREGOLAZIONE
7. GLICEMIA
8. STATO DELLA CUTE
9. DIURESIS
10. DEFECAZIONE
11. EMESI

12. 12. SANGUINAMENTI: APP. G.E. INFERIORE
13. 13. SANGUINAMENTI: APP. RESP. SUP.
14. 14. SANGUINAMENTI: APP. RESP. INF.
15. 15. SANGUINAMENTI: APPARATO URINARIO
16. 16. SANGUINAMENTI: APPARATO GENITALE
17. 17. RIPOSO
18. 18. SENSAZIONE DI DOLORE

DIMENSIONE RESPONSABILITÀ

1. COSCIENZA

- Vigile
- Soporosa
- Non responsiva

2. ORIENTAMENTO

- Orientata
- Disorientata
- Confusa
- Non valutabile in quanto persona assistita non responsiva

3. EMOZIONI

- Assenza di ansia
- Ansia moderata/preoccupazione
- Ansia marcata/agitazione
- Ansia severa/paura/depressione
- Non valutabile in quanto persona assistita non responsiva

4. COMPNDERE E POSSEDERE LE INFORMAZIONI RELATIVE AL PERCORSO

DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE

- In grado di comprendere: non necessita di informazioni
- In grado di comprendere: necessita di informazioni
- Non in grado di comprendere: non necessita di informazioni
- Non in grado di comprendere: necessita che il caregiver o in sua assenza chi preposto si sostituisca a lei nell'acquire informazioni

5. COMUNICARE

- In grado di comunicare i propri bisogni apertamente
- In grado di comunicare i propri bisogni con molta difficoltà o solo se stimolata
- Non in grado di comunicare i propri bisogni in quanto straniera
- Non in grado di comunicare i propri bisogni a causa della propria disabilità (per esempio: persona assistita autistica, afasica)
- Non valutabile in quanto persona assistita non responsiva

6. PRENDERE DECISIONI RELATIVE AL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE

- In grado di autodeterminarsi: non necessita di prendere decisioni
- In grado di autodeterminarsi: necessita di prendere decisioni
- Non in grado di autodeterminarsi: non necessita di prendere decisioni
- Non in grado di autodeterminarsi: necessita di supporto per prendere decisioni
- Non in grado di autodeterminarsi: necessita che il caregiver o in sua assenza chi preposto si sostituisca a lei per prendere decisioni

7. PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SALUTE

- In grado di gestire in autonomia il proprio progetto di salute: non necessita di interventi informativi e/o educativi
- In grado di gestire in autonomia il proprio progetto di salute: necessita di interventi informativi e/o educativi
- Non in grado di gestire in autonomia il proprio progetto di salute: non necessita di interventi informativi e/o educativi
- Non in grado di gestire in autonomia il proprio progetto di salute: necessita che il caregiver o in sua assenza chi preposto si sostituisca a lei nell'acquisire interventi informativi e/o educativi

DIMENSIONE INDIPENDENZA

1. CAMBIARE LA POSIZIONE NEL LETTO
2. TRASFERIMENTO DAL - AL LETTO
3. CAMMINARE E SPOSTARSI
4. LAVARSI
5. MANGIARE
6. CONTINENZA URINARIA
7. CONTINENZA FECALE

CONTESTO

utilizzo di prodotti e tecnologie sanitarie

- CAREGIVER CHE FORNISCONO AIUTO DURANTE IL RICOVERO
- FARMACI: TERAPIA ORALE - INALATORIA - RETTALE - VAGINALE - TOPICA
- FARMACI: TERAPIA S.C. - I.M.
- FARMACI: TERAPIA E.V. - INFUSIONALE
- FARMACI: TERAPIA PER VIA PERIDURALE
- FARMACI: TERAPIA PER VIA ENTERALE
- FARMACI: OSSIGENO TERAPIA
- TRASFUSIONE
- MEDICAZIONI FERITE
- MEDICAZIONI LESIONI DA PRESSIONE
- VENTILAZIONE ASSISTITA
- CANNULA VASCOLARE
- DIMISSIONE
- SNG
- PEG/PEJ
- CATETERE VESCICALE
- STOMIE (ENTERO-URO-TRACHEOSTOMIA)
- CATETERE VENOSO CENTRALE
- CATETERE PERIDURALE
- INTERVENTO CHIRURGICO
- PROCEDURE DIAGNOSTICHE: BIOPTICHE – PUNTURE ESPLORATIVE/EVACUATIVE
- PROCEDURE DIAGNOSTICHE: STRUMENTALI - RADIOLOGICHE -ENDOSCOPICHE
- PREPARAZIONE: PROCEDURE DIAGNOSTICHE
- PREPARAZIONE: INTERVENTO CHIRURGICO

Comprendere la complessità
non è difficile
quanto spiegarla con parole
semplici

Le priorità

- Le priorità rivestono un aspetto importante nell' assistenza infermieristica;
- Richiedono abilità e capacità di analizzare i problemi, di decidere cosa è meglio fare, quando farlo e come farlo;
- Se le scelte non sono adeguatamente ponderate possono avere delle importanti implicazioni cliniche.

Le priorità

- Il termine 'priorità' fa riferimento alla nozione di avere la precedenza in ordine di importanza o di tempo, o qualcosa che richiede e merita l'attenzione prima di un'altra alternativa (o altre cose alternative)
- Ciò vuol dire che esiste una gerarchia (reale o percepita) tra i compiti da considerare

(Gove 1971, Allen 1990)

Le ragioni dell'assegnazione delle priorità

1. i ritardi possono condurre a conseguenze severe per i pazienti;
2. permette agli infermieri di identificare le relazioni tra problemi e lo sviluppo di un piano sicuro, efficace e fattibile;
3. se viene data un'eguale attenzione ai problemi maggiori e minori, gli infermieri rischiano di non dedicare il tempo necessario per risolvere i problemi più rilevanti.

Criteri

1. Priorità d'importanza

1. Preoccupazione per la salute del paziente

2. Importanza di tempo

1. Tempi di attuazione interventi

3. Urgenza/Emergenza

4. “Problemi ad effetto cascata”

1. Priorità d'importanza

Preoccupazione per la salute del paziente

- Alta priorità
 - Situazioni che minacciano la vita (interventi a supporto delle vie aeree, del respiro, della circolazione)
- Priorità intermedia
 - Non incidono su funzioni vitali (padelle, cambiare biancheria in caso di febbre, istruzione/educazione profilassi antitrombotica..)
- Bassa priorità
 - Situazioni non direttamente collegate alla malattia (acquisto presidi a domicilio)

2. Importanza di tempo

- Preparazione procedura diagnostica
- **ATTENZIONE:** situazioni in cui coesistono entrambe, ad es. terapie somministrate prima di intervento chirurgico (tempo) che possono avere effetti sullo stato di salute (importanza).

Le priorità - competenze di giudizio su:

- la stabilità/instabilità clinica dei pazienti (criticità più o meno “vitali”) e relative cure infermieristiche (monitoraggio, aspirazione, somm.ne farmaco antiprtensivo o antidolorifico...)
- i problemi e le necessità del singolo paziente
- la gerarchia delle attività assistenziali (tempistica attività: terapie, cura della persona...)

Gestione del tempo

- Risorsa scarsa
- Va gestita correttamente:
 - per migliorare la qualità dell'assistenza
 - ridurre lo stress del personale

Gestione del tempo

1. preparare una lista delle cose da fare mettendo in sequenza le attività da svolgere in ordine di priorità.

All'inizio del turno, durante la consegna, l'infermiere può raccogliere molti elementi per iniziare a compilare questa lista

Gestione del tempo

1. annotare via via le attività che devono essere fatte in determinati orari (es.: quali farmaci devono essere somministrati ad orari prestabiliti)
2. annotare via via le richieste dei pazienti che possono essere soddisfatte in un secondo momento se non urgenti
3. stimare la quantità di tempo necessaria per le diverse attività

Gestione del tempo

1. ridurre i percorsi e le interruzioni organizzando i presidi e i materiali necessari prima di iniziare un'attività;
2. predisporre dei kit pronti e completi del materiale necessario per alcune attività assistenziali
3. completare un'attività prima di cominciarne un'altra evitando troppe frammentazioni e sospensioni che possono aumentare gli errori

Gestione del tempo

Realizzare un “giro” dei pazienti programmato ogni 2 ore riduce il numero di chiamate, le interruzioni e aumenta la soddisfazione dei pazienti

(Trbvich, 2010)