



LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE DALLA FASE ACUTA ALLE DEGENZA ORDINARIA

Antonella Manieri CPSI UTIC

Patrizia Zumbo CPSE SC Cardiologia 2

AOU MAGGIORE CARITA' - NOVARA

Caso clinico



- Sig Massimo di a 60 anni
- ritirato dal lavoro
- Fattori di rischio cardiologici :
 - Ipertensione, dislipidemia e familiarità
- Anamnesi patologica remota:
 - tonsillectomia



17/03/2018.... a domicilio

H 11:00

- Dolore toracico durato tra i 5-10 minuti circa
- Affaticamento generale

H 12.20

- Recidiva di dolore toracico
- Chiamata al 118  ECG: STEMI ANT

Trasporto Centro Hub

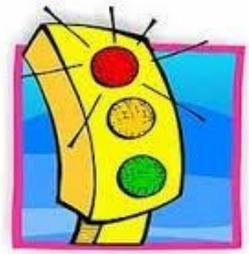
- Persiste dolore interscapolare
- Dispnea
- PV: 112/80 mmHg, SpO₂ 85% MV
- Al monitor BEV



MORFINA
UHF
ASA

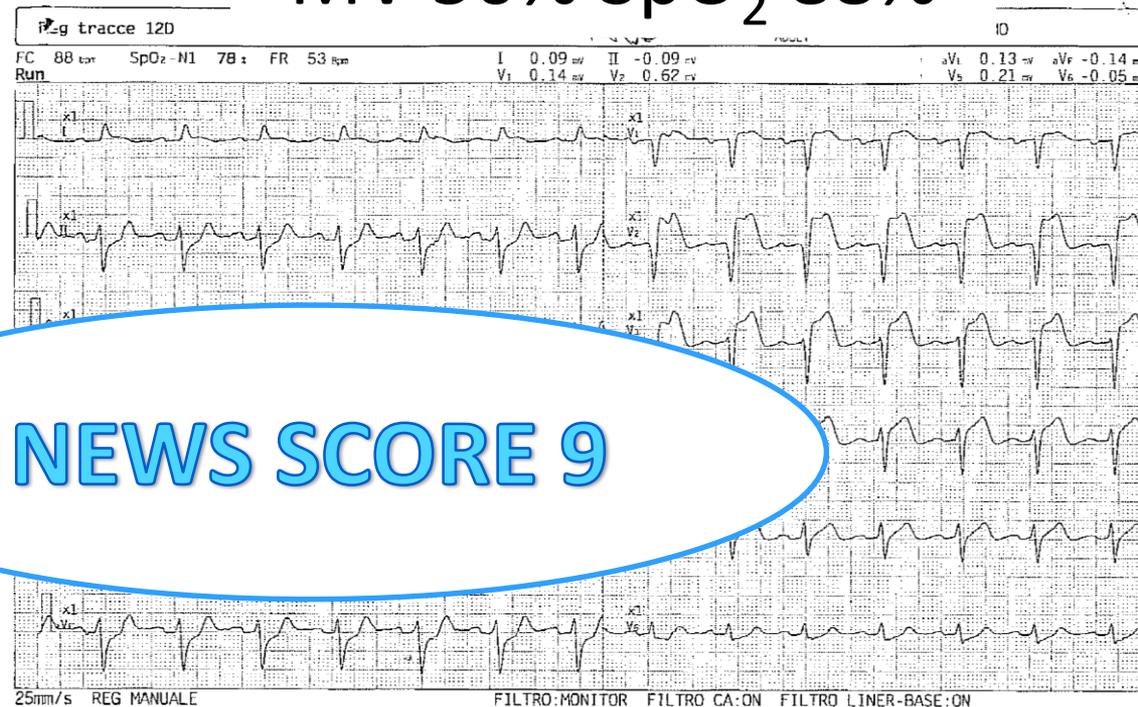
Accesso in UTIC

17/03/2018 h 13:55



- FC 76 b/m
- PA circa 112/82 mmHg
- FR 24 a/m
- SpO₂ 78% FiO₂ 21%
- TC 35 ° C
- GCS 15

MV 50% SpO₂ 88%



h 14:30 ingresso in sala interventistica

- Vigile, cosciente e collaborante
- Sintomatico per dolore toracico
- Cute pallida, vasocostrizione periferica
- PAS 100/70 mmHg
- Tachi-dispnoico
- Sat O₂ 90% con MV 12 l/m



- IVA: stenosi critica
- Dx: dominante
- RPL: critico che fornisce collaterali alla Csx



DES su IVA
IABP

- TVS ben tollerata dal paziente



Amlodarone

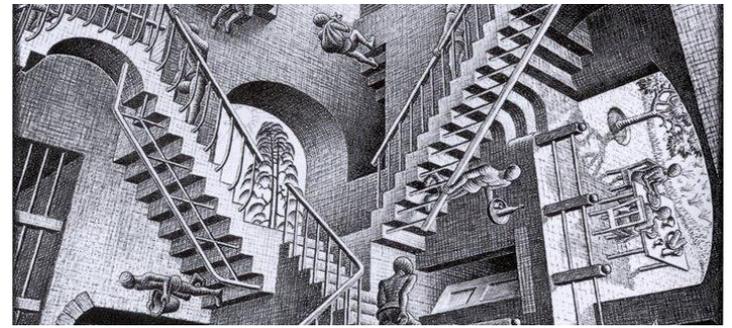


h 16:41 rientro in UTIC

- GCS 15
- Sintomatico per dolore toracico
- Persiste dispnea
- Sat O₂ 90% con MV 50 %
- PAS 97/60 mmHg, FC 75 b/m, FR 25 a/m
- Cute pallida, fredda, diaforesi
- IABP 1:1 in arteria femorale dx
- EGA  CPAP



Strumenti di valutazione



	<i>premorbo</i>	<i>UTIC</i>
■ Barthel Index	100/100	10/100
■ Braden	28	12
■ ADL	6/6	2/6
■ Brass	1/37	20/37
■ VAS	0/10	4-6/10
■ Stato cognitivo	Riferito integro	integro
■ RASS	0	0

Technology assessment

- IABP 1:1
- CPAP
- MOST Care
- CVC
- ACCESSO ARTERIOSO



Degenza in UTIC

- 27/03 CTO su Cx e D1 (posizionamento DES)
 - 28/03
 - Sospende Amine
 - rimozione IABP
 - Epistassi
 - Persiste dolore epicondrio sx VAS 7
 - 31/03
 - Eco addome sup/inf
 - TAC Addome con MDC  INFARTO SPLENICO e TROMBOSI ARTERIA RENALE SX
 - 01/04
 - Tentativo fallito di trombo-aspirazione arteria renale sx
-

02/04 Degenza in Cardiologia

- Ripresa graduale delle autonomie
- Counseling a pz e caregiver
 - Prevenzione secondaria dei fattori di rischio
 - Promuovere uno stile di vita più sano
 - Promuovere un'alimentazione più sana
 - Promuovere l'aderenza alla terapia
 - Ridurre drasticamente i livelli di stress

03/04

- Controllo eco addome  infarto splenico in evoluzione
- Programma riabilitazione cardiologica
- Follow up ambulatorio SCA
- Programmata ECD arterie renali

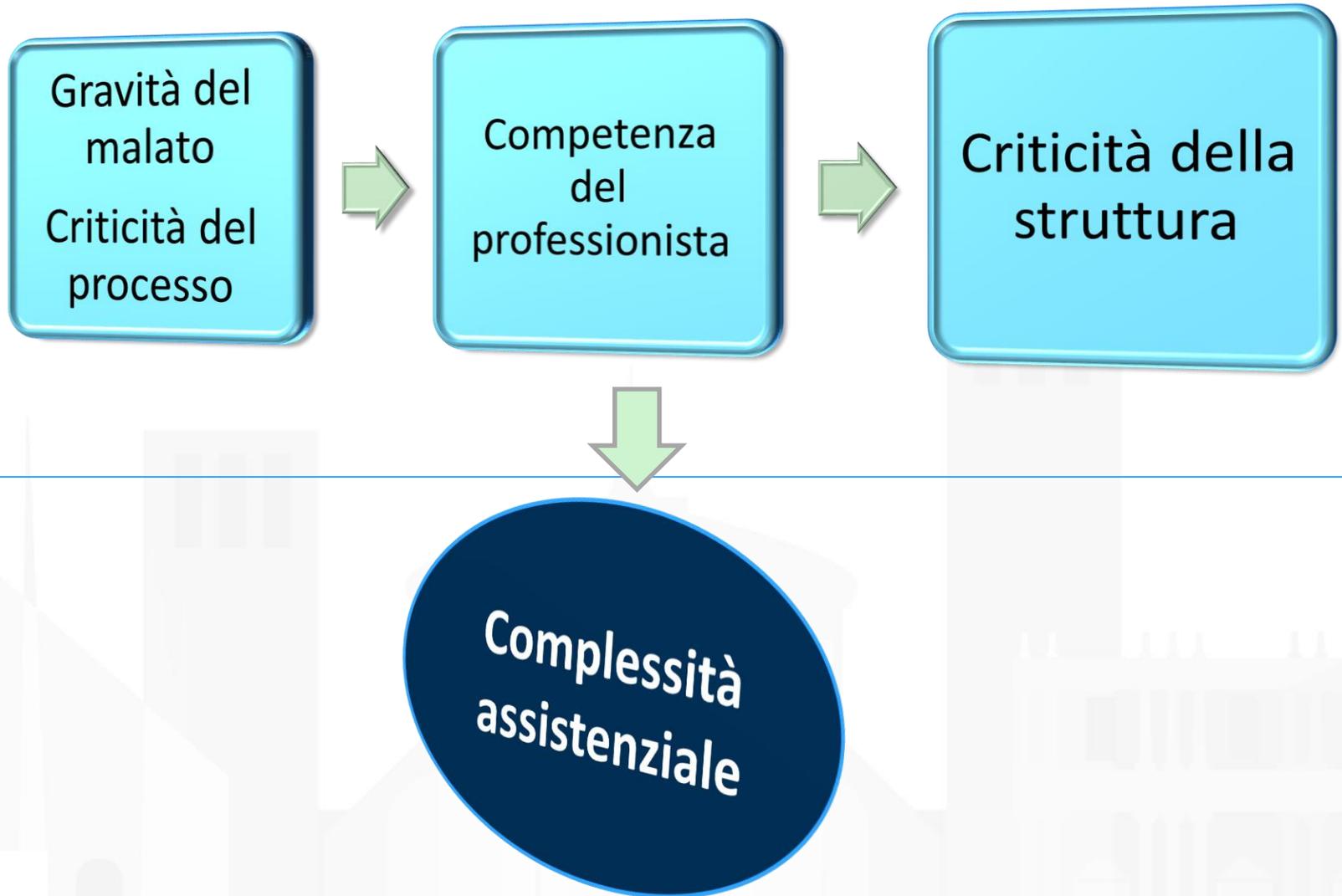
06/04

- Trasferimento Centro Riabilitativo

UTIC degenza

■ Barthel Index	10/100	70/100
■ ADL	2/6	5/6
■ Braden	12	28
■ Brass	20/37	5/37
■ PNRS	4-6/10	2/10
■ RASS	0	0

Elementi connessioni e interazioni non lineari



Complessità Assistenziale





Il modello organizzativo e clinico dell'intensità delle cure caratterizzato da una ***attenzione integrata alla valutazione***



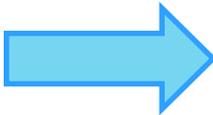
Analisi della letteratura

Emerge una convergenza internazionale verso il paradigma dell'ospedale cosiddetto *care-focused* o *patient-focused*

Esso si caratterizza per quattro linee di intervento/cambiamento organizzativo

- Integrazione clinica *(clinical integration)*
- Integrazione delle risorse *(resource integration)*
- Centralità del paziente *(focus on patient)*
- Coinvolgimento dei clinici *(engagement of clinicians)*

CRITERI PER MISURARE LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

- Documentazione delle attività  Elenco delle attività svolte dai professionisti e ne definisce la durata
- Profilo del paziente  Definizione di categorie di pazienti con caratteristiche specifiche e costanti dal punto di vista delle necessità assistenziali
- Indicatore di assistenza  Definiscono i bisogni specifici sulla base delle necessità assistenziali e delle condizioni cliniche

Sistemi di misurazione

Nel nostro Paese si sono affermate e hanno ottenuto una relativa divulgazione poche metodologie, nate fondamentalmente dalla necessità di adottare strumenti scientifici e specifici di misura delle attività assistenziali e di identificare un linguaggio comune e condiviso

MAP¹

- Dimensione della stabilità clinica (19)
- Dimensione della responsività (7)
- Dimensione dell'indipendenza (7)
- Dimensione del contesto in cui vive (27)

SIPI²

Elaborazione di griglie di rilevazione basate sulle performance infermieristiche
Fornisce un quadro sintetico ed esaustivo dei profili di complessità assistenziale

Scheda SIPI - inserimento dati scheda				Rikoverato	22/06/2012	Unico
Cod Cartella	2012010853	Data ricovero	21/05/2012	M	Nome cognome	
Struttura medicina	Settore 1	Colore Sett.	verde	n. Letto	10	Isolamento
				Data Rilasciazione	17/03/2012	Ora
				Med. Paz.	0.13	
				Tot. Scheda	91,0	ACA 70,7
				17/03/2012 Settore 1	Verde	31,0
				20/05/2012 SOAP	BLP	31,0
				21/05/2012 Settore 1	Verde	31,0
				25/05/2012 Settore 1	Verde	31,0
				29/05/2012 Settore 1	Verde	31,0
				09/06/2012 Settore 1	Verde	31,0
				13/06/2012 Settore 1	Verde	31,0
				17/06/2012 Settore 1	Verde	31,0
				Val. Min	51,5	
				Val. Max	91	
				Var. CAIOP		
				ICA-ACA		
				ACA-ICA		
				ICA-ACA		
				ACA-ICA		
				Val. Max	91	
				Marzo		
				2012		

1 A. Silvestro et all 2009
2 Moiset, Vanzetta 2009

Sistemi di misurazione

Compilazione di un gruppo di schede
Linee guida per la compilazione

ICA³

15

PESO INTERVENTO (PI)/ ALGORITMO SU SCALA LIKERT A 5 LIVELLI

Dall'aggi Intervento

1) MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE

Descrizione intervento

Nome azione: Precauzioni nei Confronti dell'Aspirazione.

Descrizione azione: Prevenzione o riduzione al minimo dei fattori di rischio della persona a rischio di aspirazione.

Codice: 3200 Progressivo

Estruzioni Operative: Carica file (max 20MB)

Disabilitate: (data disabilitazione)

Affidabile all'equipe di supporto: Pianosi

Costo (€), Esc: 1-50

Punteggio	Peso intervento
0 - 7	1
8 - 15	2
16 - 23	3
24 - 31	4
32 - 40	5

Complessità intervento

Competenza (Livello di conoscenza): Livello medio (nota alla maggioranza dei p)

Tempo (in minuti): 10

Priorità: 4 - importante urgente invisibile entro le

Tecnica operativa: Livello base (gesto con alcune criticità e)

Peso Intervento Calcolato:

Organizzazione/Logistica: Livello minimo (organizzazione interna e n)

Rischie Cliniche: Minimo rischio

Tecnologie / Apparecchiature: Livello base (impiego di tecnologie o pres)

Tecnica relazionale: Livello base (di tipo ricettivo con semplici)

Assente: Livello minimo (di tipo ricettivo)

Livello base (di tipo ricettivo con semplici risposte)

Livello medio (di tipo ricettivo con risposte specifiche)

Livello avanzato (di tipo empatico)

Livello esperto (di tipo empatico complessa)

30

IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI ED OUTCOME ATTESI

Ricovero del 06/08/11

Problemi e obiettivi

Problema: lesioni da decubito

Obiettivo: mantenere int...

Problema: alterazione nutrizionale c

Obiettivo: riduzione degli episod

RisultatoAtteso: ridurre di al

Gestione della Nausea.

RisultatoAtteso: ridurre di a

Gestione del Vomito.

Problema: dolore malessere gener

Obiettivo: diminuire il dolore

RisultatoAtteso: ridurre di

Gestione del Dolore.

Problema: difficoltà nella gestio

Obiettivo: rendere autonom

RisultatoAtteso: autonom

Cura della Stomia.

Problema: paura e adattamento

Obiettivo: riduzione dello st

RisultatoAtteso: riduzione

Riduzione dell'Ansia.

Problema: rischio alterazione stati glicemici

Obiettivo: mantenere stabile la glicemia

Problema: deficit cura di se

Obiettivo: garantire confort e igie

Obiettivo: esprimere una sensazione di benessere e soddisfazione per la presa del proprio corpo

Problema: rischio di emergenza di lesioni cutanee dell'alimentario

Obiettivo: mantenere asciutta e protetta la cute

Problema: rischio alterazione parametri vitali

Obiettivo: prevenire una ventilazione di bronchi e stabilizzare per la presa del proprio corpo

Problema: rischio di emergenza di lesioni cutanee dell'alimentario

Obiettivo: prevenire una ventilazione di bronchi e stabilizzare per la presa del proprio corpo

Problema: difficoltà nella gestione

Obiettivo: rendere autonom

RisultatoAtteso: autonom

Cura della Stomia.

Problema: paura e adattamento

Obiettivo: riduzione dello st

RisultatoAtteso: riduzione

Riduzione dell'Ansia.

Problema: rischio alterazione parametri vitali

Obiettivo: registrare COMPLETEMENTE PARAMETRI DURANTE IL RICOVERO

Problema: alterazione dell'alimentazione via enterica

Obiettivo: garantire corretta alimentazione

Problema: rischio malnutrizione

Obiettivo: assicurare una alimentazione corretta

Problema: rischio malnutrizione

Obiettivo: garantire corretta alimentazione tempo

Problema: rischio malnutrizione

Obiettivo: garantire corretta alimentazione tempo

Problemi e obiettivi	ICIA: 26	Indice Gravità: 3	Prescrizione/attività	Orari	Priorità	Peso	Attività
Problema: rischio alterazione stati glicemici			Gestione dell'ipoglicemia.	08.00, 12.00, 17.00	5	4	No
Problema: deficit cura di se			Assistenza nella Cura e Sfr. Significativa Personale	07.00	3	1	No
Problema: rischio di emergenza di lesioni cutanee dell'alimentario			Prevenzione della Ulcera da Pressione	05.00	4	3	No
Problema: difficoltà nella gestione			Monitoraggio dei Parametri Vitali (con ausili automatici)	08.00, 09.00, 10.00, 12.00, 14.00, 16.00, 18.00, 20.00, 22.00	4	2	No
Problema: paura e adattamento			Gestione della Nutrizione	11.00	3	3	No
Problema: rischio malnutrizione			Somministrazione di Farmaci via Orale	08.00, 12.00, 17.00, 20.00	4	3	No

Esperienze internazionali e nazionali

New Karolinska Solna University Hospital (Stoccolma, Svezia)

Erasmus Medical Centre (Rotterdam, Olanda)

Oxford Radcliffe (Oxford, Uk),

Johns Hopkins (Baltimora, USA),

Mount Sinai New York (New York – USA)

Azienda Usl di Bologna

Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì

Aziende Sanitarie toscane (Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale")

Azienda S. Anna di Como, Ospedale Niguarda Ca'Granda, A.O. Ospedale Legnano, A.O.

Ospedali riuniti di Bergamo, Azienda Ospedaliera della provincia di Lecco, San Matteo Pavia

Ospedale Mauriziano

Conclusioni 1

L'analisi della letteratura recente impone l'individuazione di uno strumento che permetta di analizzare la complessità clinica sia dal punto di vista medico, che assistenziale

i pochi studi sinora condotti a livello nazionale confermano la non congruità fra valutazione infermieristica dell'intensità assistenziale e valutazione medica della complessità clinica

Conclusioni 2

I principali strumenti presenti nella nostra letteratura per valutare la complessità assistenziale

ICA

NEMS

ASGO

MAP

CLIO

TOS

AMBRA

SIPI

PERSICETO'S
SCORE

NAS

TRI-CO

