



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Magistrale in  
Scienze Infermieristiche E Ostetriche

**Valutazione della complessità  
assistenziale in setting medico:  
Studio Osservazionale.**

Relatore:

Dott.ssa Lucia Dignani

Studentessa:

Elisa Capomagi

A.A. 2022/2023

## INDICE

ABSTRACT	4
INTRODUZIONE	6
OBIETTIVO	10
Obiettivo primario	10
Obiettivo secondario	10
MATERIALI E METODI	10
Disegno di studio	10
Obiettivo primario	10
Campione e campionamento	10
Strumento	11
Variabili	11
Periodo di analisi	11
Obiettivo secondario	11
Campione e campionamento	11
Strumento	11
Variabili	12
Periodo di analisi	12
Analisi dei dati	12
Aspetti etici	13
Approvazione aziendale	13
RISULTATI	14
Ricoveri da pronto soccorso	14
Anno 2019 e anno 2023 a confronto	16
Andamento della complessità assistenziale nella SOD Medicina settore Ordinario Marzo-Aprile 2023	19

DISCUSSIONE	25
LIMITI	27
CONCLUSIONI	27
IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICO-ASSISTENZIALE	28
BIBLIOGRAFIA	29
ALLEGATI	30
RINGRAZIAMENTI	35

## ABSTRACT

**Introduzione:** Il personale nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un elemento primario di valore e produzione di benessere e salute, è indispensabile riferirsi alle evidenze scientifiche disponibili in letteratura che mettono in luce, in modo univoco, che l'aumentato carico di lavoro infermieristico, la disponibilità quali quantitativa di risorse e le caratteristiche dell'ambiente di lavoro hanno ricadute dirette sulla sicurezza dei pazienti e sulla qualità dell'assistenza in termini di esiti negativi per i pazienti e per gli operatori sanitari stessi. Tenendo conto del minutaggio assistenziale minimo all'interno delle strutture ospedaliere fissato dalla Regione Marche per le specialità di base, e del rapporto Infermiere : pazienti in vigore all'interno di un setting medico, risulta interessante effettuare uno studio osservazionale per rendere misurabile il fenomeno della complessità assistenziale dei pazienti e il rapporto con l'organico assistenziale assegnato con il cambiamento dello scenario dei bisogni della popolazione in epoca post-pandemica.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

**Obiettivo:** Confrontare la complessità assistenziale dei pazienti ricoverati da Pronto Soccorso nell'Unità Operativa di Medicina nella SOD Medicina Interna, d'Urgenza e Subintensiva – settore Ordinario tra la fase pre-pandemica e post-pandemica. Valutare l'andamento giornaliero della complessità assistenziale dei pazienti ricoverati nella SOD Medicina settore Ordinario dell'AOU della Regione Marche.

**Materiali e metodi:** Per il conseguimento dell'obiettivo primario sono stati arruolati tutti i pazienti ricoverati presso la SOD Medicina settore Ordinario provenienti da Pronto Soccorso tra Gennaio-Maggio 2019 e Gennaio-Maggio 2023 e valutati secondo la scala TriCo. Per il conseguimento del secondo obiettivo sono stati arruolati tutti i pazienti degenti presso la SOD in oggetto tra Marzo e Aprile 2023 e anch'essi valutati secondo la Scala TriCo. I dati sono stati raccolti da un ricercatore esperto nell'arco temporale Marzo-Maggio 2023 e sono stati riportati in file Excel per proseguire con l'analisi descrittiva del fenomeno osservato.<sup>8,9</sup>

**Risultati:** In epoca pre-pandemica, in termini percentuali, si osserva una sovrapposizione di ricoveri provenienti da pronto soccorso nella SOD in oggetto a bassa e media complessità assistenziale mentre in epoca post-pandemica si osserva come, sempre in termini percentuali, abbiamo un aumento di ricoveri a media complessità assistenziale a discapito di una diminuzione di ricoveri a bassa complessità assistenziale. Tale fenomeno

è confermato dall'osservazione avvenuta all'interno della SOD nell'arco temporale Marzo-Aprile 2023.

**Discussione:** Di fronte ad un nuovo scenario quello post-pandemico risulta necessaria una rimodulazione dell'assetto organizzativo in risposta alla domanda della popolazione.<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup> È opportuno considerare trasversalmente diversi aspetti su cui poter agire: la ricollocazione dei pazienti all'interno di setting più appropriati, l'inserimento di alcune SOD in una fascia di minutaggio maggiore rispetto a quella prevista dalla normativa della Regione Marche, l'aumento della dotazione organica per far fronte ai bisogni o la gestione differente dei posti letto occupati giornalmente.

**Conclusioni:** Il fenomeno della complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in ambito ospedaliero rappresenta un argomento di spessore in quanto la “stratificazione” della dipendenza, con l'indice IDA, e dell'instabilità clinica, con l'indice MEWS, risulta essere predittivo di un'assistenza alle cure efficiente, efficace e sicura mirata alla risposta della domanda di salute come sostenuto dalla letteratura.<sup>8,9</sup> Unendo i risultati ottenuti e la normativa in vigore ad un'analisi di contesto, avviare un progetto di miglioramento può essere spunto per ulteriori approfondimenti del tema in prospettiva futura.

**KEY WORDS:** “complessità assistenziale”, “strumento”, “valutazione”, “epoca post-pandemica”, “setting”, “medico”.

## INTRODUZIONE

Il personale nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un elemento primario di valore e produzione di benessere e salute, è indispensabile riferirsi alle evidenze scientifiche disponibili in letteratura che mettono in luce, in modo univoco, che l'aumentato carico di lavoro infermieristico, la disponibilità quali quantitativa di risorse e le caratteristiche dell'ambiente di lavoro hanno ricadute dirette sulla sicurezza dei pazienti e sulla qualità dell'assistenza in termini di esiti negativi per i pazienti e per gli operatori sanitari stessi. Come citato in una recente revisione sistematica del 2022, le “cadute” dei pazienti sono la variabile maggiormente correlata all'aumento del carico di lavoro degli Infermieri.<sup>1</sup>

Lo studio RN4CAST (Registered Nurse foreCASTing in Europe) oltre a Cina, Sud Africa e Stati Uniti, ha coinvolto 12 paesi Europei tra cui l'Italia, è stato condotto dall'Università di Genova con la finalità di evidenziare collegamenti e relazioni negli ambiti della competenza, della prestazione e della sicurezza dei pazienti attraverso la misura di specifici indicatori di esito dell'assistenza erogata.<sup>2</sup>

Tra le evidenze scientifiche rientra lo studio E.S.A.Med (Esiti Sensibili dell'Assistenza in Medicina) condotto da un gruppo di ricerca che ha coinvolto tre Università italiane (Udine, Bologna, Verona) e 10 importanti aziende sanitarie ed ha definito gli esiti assistenziali in base alla quantità di assistenza infermieristica erogata (minuti/persona/die) e allo skill mix assistenziale presente. Nello studio sono stati coinvolti 1464 pazienti sui 2082 eleggibili. La quantità di cure Infermieristiche e lo skill mix assistenziale sono risultati essere in grado di migliorare gli esiti sui pazienti mentre una più elevata frequenza di “missed nursing care” può avere conseguenze negative.<sup>3</sup>

In letteratura ritroviamo anche lo studio NSO (Nursing Sensitive Outcomes) condotto dall'Osservatorio regionale dell'Emilia-Romagna su alcuni esiti connessi all'assistenza infermieristica, come lesioni da compressione, cadute accidentali, contenzione.<sup>4</sup>

Tra gli effetti negativi correlati all'aumentato carico di lavoro è inevitabile far riferimento anche agli effetti sugli operatori sanitari. Infatti, durante la pandemia da Coronavirus sono numerose le evidenze scientifiche che evidenziano come il fenomeno del burnout degli operatori sanitari sia fortemente correlato all'aumentato carico di lavoro infermieristico.<sup>5</sup> Insieme al burnout anche lo stress, la depressione, l'ansia e i disturbi del sonno rientrano tra gli effetti negativi dell'aumentato carico di lavoro.<sup>6</sup>

A livello nazionale, il numero di infermieri ospedalieri evidenziato da numerosi studi rispetto al livello europeo non risulta sufficiente a garantire un'assistenza sicura. In Italia, all'interno dei reparti di medicina e chirurgia generale il rapporto medio pazienti/Infermiere è 9,5:1. La media europea è di 8:1, che comunque oltrepassa il rapporto ottimale di 6:1, definito quale rapporto consono per garantire un'assistenza infermieristica sicura.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

A livello regionale si sono susseguite normative che hanno guidato e guidano tutt'ora le organizzazioni sanitarie in materia, i manuali di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

La Regione Marche, per perseguire le finalità di cui all'art. 1 LR 21/2016, disciplina l'autorizzazione alla realizzazione, l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Per autorizzazione si intendono i distinti provvedimenti che consentono la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte dei soggetti pubblici e privati, nel rispetto dei requisiti previsti. Per accreditamento istituzionale si intende il provvedimento con il quale viene riconosciuto alle strutture pubbliche e private già autorizzate lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del servizio sanitario nazionale, nel rispetto della garanzia dei livelli di qualità.

Autorizzazione ed accreditamento sono due processi di valutazione sistematica e periodica il cui obiettivo è quello di verificare il possesso, da parte dei servizi sanitari, di determinati requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici, organizzativi e di funzionamento che influiscano sulla qualità dell'assistenza.

Il sistema regionale di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie è disciplinato dalla legge regionale n.21 del 30 settembre 2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati", modificata dalla legge regionale n. 7 del 14 marzo 2017.

È stato successivamente emanato il regolamento regionale del 1 febbraio 2018, n. 1 "Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi

sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”, che ha definito e codificato le varie tipologie di strutture.

Con la legge regionale n. 1669 del 2019 vengono deliberati i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni delle strutture sanitarie ospedaliere ai sensi dell'art. 3 comma 1 letto b) della LR n. 21/2016, così come definito nel Manuale di Autorizzazione Strutture Ospedaliere di cui all' allegato A, parte integrante e sostanziale della deliberazione. Vengono stabilite le unità di personale, di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitazione e OSS diretta ai pazienti, addette alle articolazioni organizzative di degenza, determinate in funzione dei minuti di assistenza pro-die per posto letto calcolato sul tasso di occupazione del 90%. I minuti di assistenza riportati vanno considerati quali tempi minimi sotto i quali non sono autorizzabili le strutture del pubblico e privato.

Una considerazione è imprescindibile: le risorse umane rappresentano sia un valore sia un patrimonio per il sistema sanitario. È basilare svolgere una riflessione in termini di professionalità e specificità attraverso un indispensabile adeguamento alla richiesta. Quest'ultima si è modificata nel corso del tempo facendo emergere nuove necessità legate alla salute della popolazione sempre più anziana, fragile e pluripatologica.<sup>7</sup>

La gestione delle risorse umane è senz'altro il compito più arduo ai vertici delle organizzazioni perché ciò deve garantire una pronta risposta alla popolazione in termini di soddisfacimento di bisogni in maniera efficiente ed efficace.

In letteratura esistono scale di valutazione, applicabili in ambito ospedaliero, in grado di misurare la complessità assistenziale dei pazienti e l'effetto di questa sul carico di lavoro infermieristico.

Nel setting medico, tra le scale disponibili risulta idonea l'applicazione della scala di valutazione della complessità assistenziale dei pazienti ricoverati denominata Tri-Co, Triage di corridoio. Il TriCo è uno strumento che integra uno score clinico (MEWS) con uno score assistenziale che indaga il livello di dipendenza dei pazienti dall'assistenza infermieristica (IDA). La finalità è quella di individuare fin dal momento del triage in pronto soccorso i pazienti a rischio di rapido deterioramento clinico e che presentano un elevato grado di dipendenza dall'assistenza infermieristica.

Nel 2005 l'Unità Operativa di II Medicina Interna dell'Ospedale di Livorno ha deciso di realizzare un'area nel contesto della corsia -detta speciale- destinata ad accogliere i



pazienti ad elevato rischio di peggioramento clinico. Sono stati allestiti 4 letti dotati di monitor multiparametrici e l'allocazione dei pazienti è stata definita sulla base del punteggio MEWS (Modified Early Warning Score) rilevato all'arrivo del paziente in corsia. In aggiunta a questo score clinico la definizione del caso è stata integrata con la valutazione della dipendenza assistenziale (IDA-Indice di Dipendenza Assistenziale) da parte del personale infermieristico. A questa duplice procedura di triage, che gli autori descrivono come semplice e veloce in quanto sovrapponibile alle normali attività di routine, è stato dato il nome di "Triage di Corridoio" (Tri-Co).<sup>8</sup> L'anno successivo lo stesso gruppo di lavoro ha coordinato uno studio multicentrico avente come obiettivo la sperimentazione di questa nuova metodica di triage in 21 ospedali della Toscana, lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio).<sup>8</sup>

Alla luce di quanto dichiarato nel Piano Socio Sanitario 2010-2014 della Regione Lombardia sull'assistenza ospedaliera per intensità di cura, la fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia ha istituito un gruppo di lavoro coinvolgendo la Direzione Medica di presidio ed il Servizio Infermieristico e Tecnico. Questo gruppo di lavoro ha affrontato la riorganizzazione dell'ospedale partendo dalla condivisione dei principi su cui si basa il nuovo modello organizzativo; sono stati vagliati più di 20 strumenti presenti in letteratura per la rilevazione della complessità assistenziale valutando le esperienze fatte sia a livello nazionale che internazionale. Attraverso l'applicazione della SWOT analysis agli strumenti identificati in letteratura il gruppo di lavoro del Policlinico S. Matteo di Pavia è giunto alla scelta del Tri-Co. Nel Novembre 2010 è perciò iniziato uno studio di coorte, monocentrico e prospettico con l'obiettivo di validare il Tri-Co per implementare il progetto di riorganizzazione dell'assistenza alla persona basato sull'intensità di cura.<sup>9</sup>

Tenendo conto del minutaggio assistenziale minimo all'interno delle strutture ospedaliere fissato dalla Regione Marche per le specialità di base, e del rapporto Infermiere : pazienti in vigore all'interno di un setting medico, risulta interessante effettuare uno studio osservazionale per rendere misurabile il fenomeno della complessità assistenziale dei pazienti e il rapporto con l'organico assistenziale assegnato con il cambiamento dello scenario dei bisogni della popolazione in epoca post-pandemica.

## OBIETTIVO

### Obiettivo primario

Confrontare la complessità assistenziale dei pazienti ricoverati da Pronto Soccorso nell'Unità Operativa di Medicina nella SOD Medicina Interna, d'Urgenza e Subintensiva – settore Ordinario tra la fase pre-pandemica e post-pandemica.

### Obiettivo secondario

Valutare la complessità assistenziale giornaliera dei pazienti ricoverati nell'Unità Operativa di Medicina nella SOD Medicina Interna, d'Urgenza e Subintensiva – settore Ordinario in rapporto all'organico assegnato.

## MATERIALI E METODI

### Disegno di studio

Lo studio sperimentale condotto è di tipo quantitativo e rientra nella categoria degli studi osservazionali descrittivi.

### Obiettivo primario

### Campione e campionamento

Per il conseguimento del primo obiettivo di studio, attraverso un campionamento di convenienza, sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati da Pronto Soccorso nell'UO di Medicina nell'intervallo temporale Gennaio-Maggio 2019 e nell'intervallo Gennaio-Maggio 2023. Sono stati esclusi dalla rilevazione tutti i pazienti ricoverati nell'UO di Medicina non provenienti da Pronto Soccorso nell'arco temporale in oggetto.

## Strumento

Lo strumento selezionato è il Tri-Co che comprende due scale di valutazione: La scala MEWS e l'Indice IDA.<sup>8</sup> (Allegato 1)

Gli items indagati nella scala MEWS sono: alimentazione, igiene e comfort, eliminazione, mobilitazione, procedure diagnostiche e terapeutiche, percezione sensoriale. Tra gli items dell'Indice IDA ritroviamo: Pressione arteriosa massima, Frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea e stato di coscienza.

## Variabili

Tra le variabili dipendenti dello strumento rientrano: alimentazione, igiene e comfort, eliminazione, mobilitazione, procedure, percezione e parametri vitali. Tra le variabili indipendenti rientrano invece i fattori fisiologici del paziente.

## Periodo di analisi

La rilevazione dei dati è avvenuta nel periodo tra Marzo-Maggio 2023 attraverso la consultazione dell'applicativo Galileo Emergency (verbali pronto soccorso) ad opera di un unico ricercatore opportunamente addestrato.

## Obiettivo Secondario

## Campione e campionamento

Per valutare la complessità assistenziale giornaliera dei pazienti ricoverati sono stati oggetto di rilevazione tutti i pazienti degenti nella SOD Medicina Interna, d'Urgenza e Subintensiva – settore Ordinario, nell'intervallo di tempo tra Marzo e Aprile 2023.

## Strumento

Lo strumento Tri-Co è stato utilizzato anche in questo caso. (Allegato 2)

In associazione allo strumento Tri-Co è stata ideata una scheda di rilevazione SOD giornaliera al fine di raccogliere ulteriori informazioni circa il numero dei pazienti ricoverati (ricoveri e dimissioni) e alcune caratteristiche circa la tipologia dei pazienti, quali: precauzioni, lesioni da pressione, ossigenoterapia, Ventilazione non invasiva, pazienti tracheostomizzati e monitorizzati. (Allegato 3)

## Variabili

Tra le variabili dipendenti ritroviamo: alimentazione, igiene e comfort, eliminazione, mobilitazione, procedure, percezione, parametri vitali, ricoveri, dimissioni e caratteristiche dei pazienti contenute nella scheda di rilevazione SOD giornaliera.

Tra le variabili indipendenti rientrano oltre che i fattori fisiologici del paziente anche il numero dei posti letto della SOD in oggetto.

## Periodo di analisi

Nell'intervallo tra Marzo-Aprile 2023 la rilevazione è avvenuta giornalmente riferita ai dati dei pazienti ricoverati presso la SOD alla mattina (h 08:00) del giorno precedente ed eventuali ricoveri nell'arco delle 24 ore su documentazione clinico-assistenziale. La rilevazione è stata effettuata da un ricercatore opportunamente addestrato.

## Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati attraverso un'analisi statistica descrittiva, sono stati inseriti ed elaborati su file Excel.

Agli items non rilevabili sulla documentazione clinico-assistenziale è stato assegnato un punteggio di "normalità", per quanto riguarda l'indice IDA è stato considerato il paziente come autonomo mentre per quanto riguarda l'indice MEWS è stato attribuito un punteggio di "0".

## Aspetti Etici

Il trattamento dei dati è avvenuto nel rispetto della confidenzialità dell'identità dei soggetti del campione. I risultati sono stati presentati in forma aggregata.

## Approvazione aziendale

Il protocollo di studio è stato sottoposto a valutazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche nonché trasmesso al Dirigente delle Professioni Sanitarie Area Infermieristica-Ostetrica e al Direttore della Direzione Medica ospedaliera che ne hanno approvato l'implementazione a partire dal giorno 24 Febbraio 2023.

## RISULTATI

### Ricoveri da pronto soccorso

L'indagine ha portato all'arruolamento nel setting di Medicina Interna d'Urgenza e Subintensiva - Settore Ordinario dell'Azienda Ospedaliero Universitaria della Marche di 282 pazienti, ricoverati da Pronto Soccorso nel periodo pre-pandemico (Gennaio-Maggio 2019) e di 292 nel periodo post-pandemico (Gennaio-Maggio 2023).

La tabella 1 riporta il numero di ricoveri mensili e totali nel periodo pre-pandemico con l'individuazione dei livelli di complessità rilevata con la scala TriCo.(Allegato 1)

MESE	BASSA COMPLESSITÀ		MEDIA COMPLESSITÀ		ALTA COMPLESSITÀ		RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO
	N°	%	N°	%	N°	%	
gen-19	29	55,77	19	36,54	4	7,69	52
feb-19	23	46,00	27	54,00	0	0,00	50
mar-19	37	58,73	24	38,10	2	3,17	63
apr-19	23	41,07	32	57,14	1	1,79	56
mag-19	27	44,26	33	54,10	1	1,64	61

TABELLA 1. Complessità assistenziale dei ricoveri nell'anno 2019 da Pronto Soccorso nella SOD di Medicina Settore Ordinario dell'Azienda Ospedaliero Universitaria della Marche. (PERIODO PRE-PANDEMICO)

Sul totale dei ricoveri mensili provenienti da Pronto Soccorso nella SOD, i pazienti a bassa e media complessità assistenziale rappresentano la porzione maggiore mentre i pazienti ad alta complessità seppur presenti sono comunque in percentuale minore. (Tabella 1, Grafico 1)

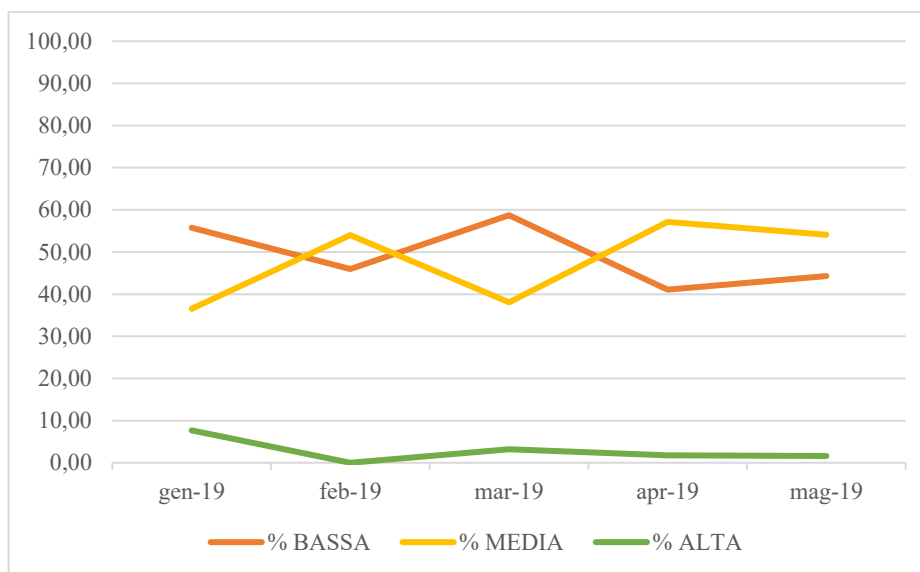


GRAFICO 1. Percentuale sul totale mensile dei ricoveri della complessità assistenziale dei pazienti provenienti da Pronto Soccorso nella SOD Medicina Settore Ordinario Gennaio – Maggio 2019. (PERIODO PRE-PANDEMICO)

La tabella 2 riporta il numero di ricoveri mensili e totali nel periodo post-pandemico con l'individuazione dei livelli di complessità rilevata con la scala TriCo.(Allegato 1)

MESE	BASSA COMPLESSITÀ		MEDIA COMPLESSITÀ		ALTA COMPLESSITÀ		RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO
	N°	%	N°	%	N°	%	
gen-23	12	21,43	42	75,00	2	3,57	56
feb-23	8	14,55	46	83,64	1	1,82	55
mar-23	17	26,98	42	66,67	4	6,35	63
apr-23	12	20,34	43	72,88	4	<b>6,78</b>	59
mag-23	6	<b>10,17</b>	52	<b>88,14</b>	1	1,69	59

TABELLA 2. Complessità assistenziale dei ricoveri nell'anno 2023 da Pronto Soccorso nella SOD di Medicina Settore Ordinario dell'Azienda Ospedaliero Universitaria della Marche. (PERIODO POST-PANDEMICO)

In termini percentuali, sul totale dei ricoveri mensili provenienti da pronto soccorso nella SOD, i pazienti a media complessità rappresentano la porzione maggiore mentre i pazienti a bassa ed elevata complessità rappresentativi comunque del campione sono in percentuale minore. (Tabella 2, Grafico 2)

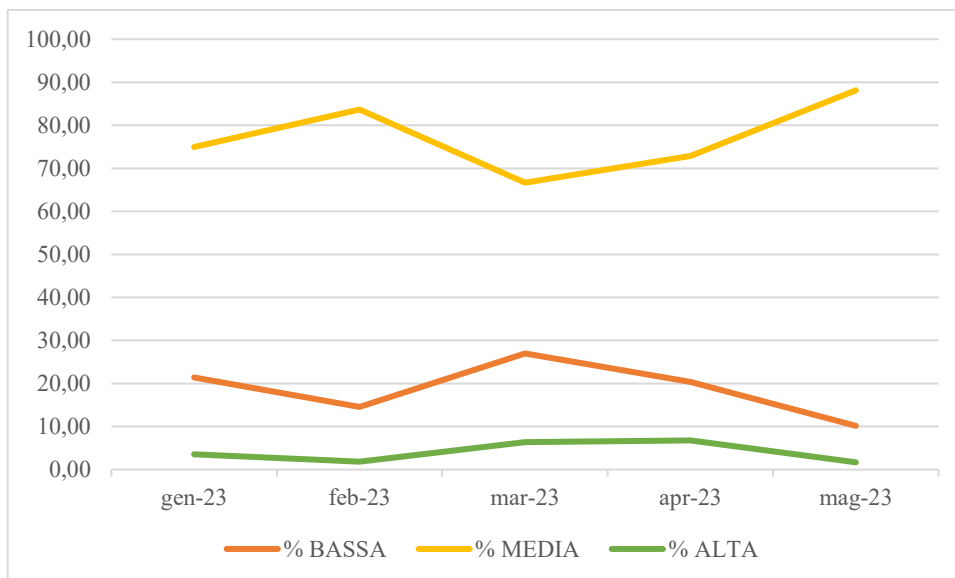


GRAFICO 2. Percentuale sul totale mensile dei ricoveri della complessità assistenziale dei pazienti provenienti da Pronto Soccorso nella SOD Medicina Settore Ordinario Gennaio – Maggio 2023. (PERIODO POST-PANDEMICO)

### Anno 2019 e anno 2023 a confronto

Nel Gennaio 2019 sono stati ricoverati complessivamente 52 pazienti di cui il 55,7% a bassa complessità, il 36,54% a media complessità mentre il 7,69% ad elevata complessità. nel Gennaio 2023 sono stati ricoverati da Pronto Soccorso nella SOD 56 pazienti di cui il 21,43% a bassa complessità, il 75% a media complessità e il 3,57% ad elevata complessità. (Grafico 3)

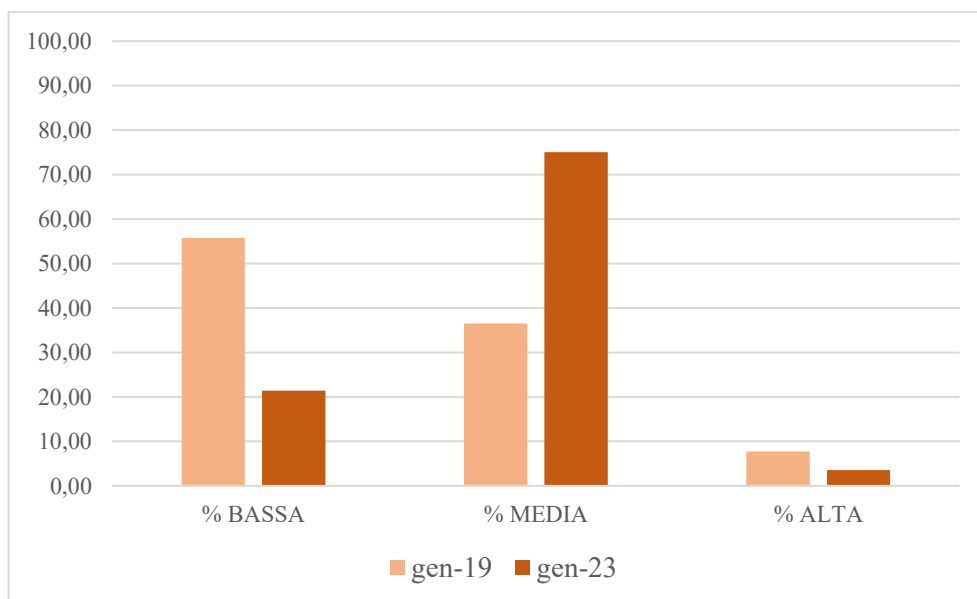


GRAFICO 3. Percentuale sul totale dei ricoveri da Pronto Soccorso nella SOD Medicina Settore Ordinario della complessità assistenziale Gennaio 2019 e Gennaio 2023 a confronto.



A Febbraio 2019 e a Febbraio 2023 sono state effettuate 105 rilevazioni, rispettivamente 50 nel 2019 e 55 nel 2023. Nel Febbraio 2023 ritroviamo in percentuale maggiore i pazienti a media complessità rispetto a febbraio 2019 mentre in percentuale minore pazienti a bassa complessità. I ricoveri ad alta complessità non subiscono delle variazioni significative. (Grafico 4)

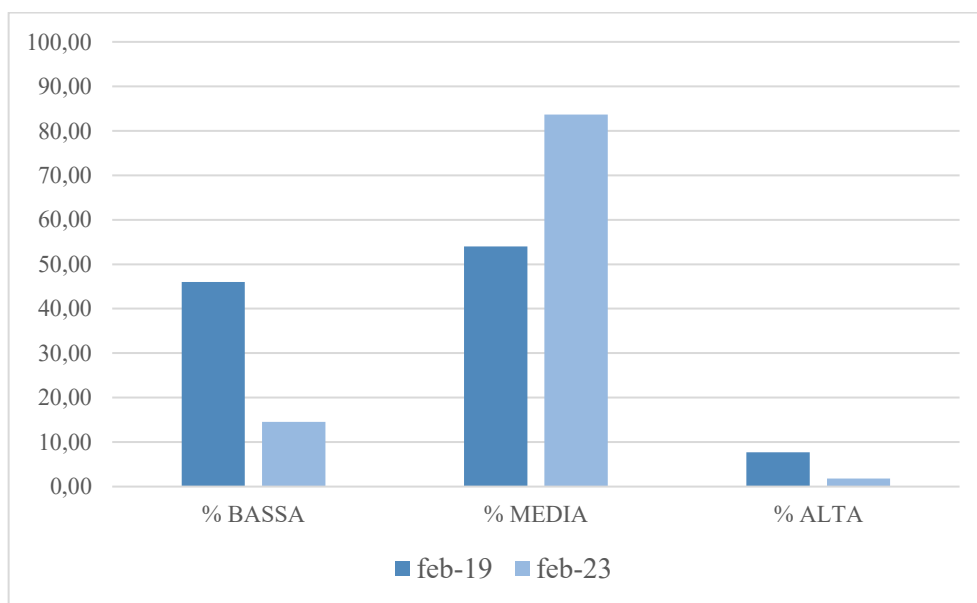


GRAFICO 4. Percentuale sul totale dei ricoveri da Pronto Soccorso nella SOD Medicina Settore Ordinario della complessità assistenziale Febbraio 2019 e Febbraio 2023 a confronto.

Anche a Marzo ed Aprile 2023 osserviamo un aumento in termini percentuali dei ricoveri a media complessità e una diminuzione sempre in termini percentuali di pazienti a bassa complessità. Ritroviamo comunque una percentuale minore di ricoveri ad elevata complessità. (Grafico 5, Grafico 6)

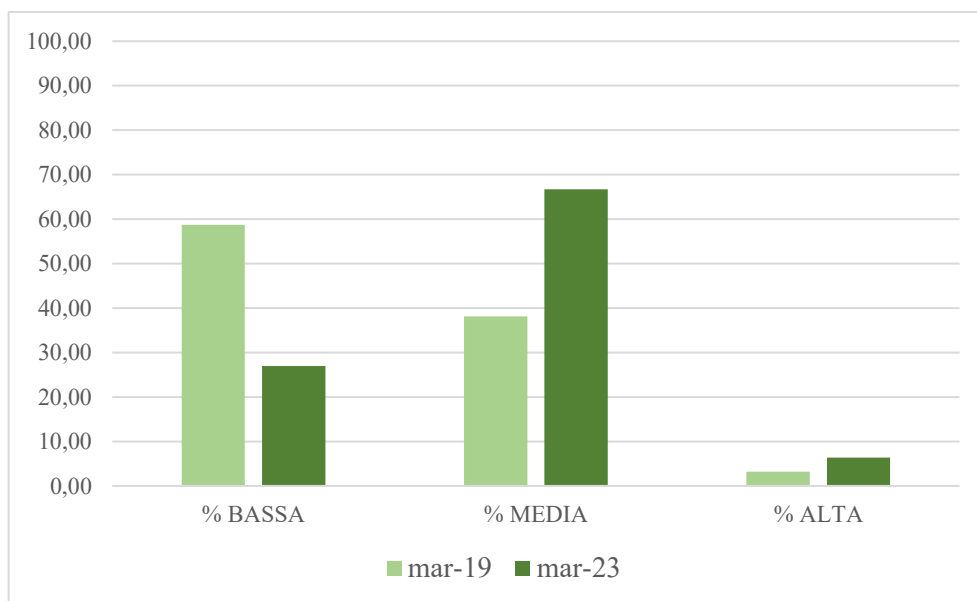


GRAFICO 5. Percentuale sul totale dei ricoveri da Pronto Soccorso nella SOD Medicina Settore Ordinario della complessità assistenziale Marzo 2019 e Marzo 2023 a confronto.

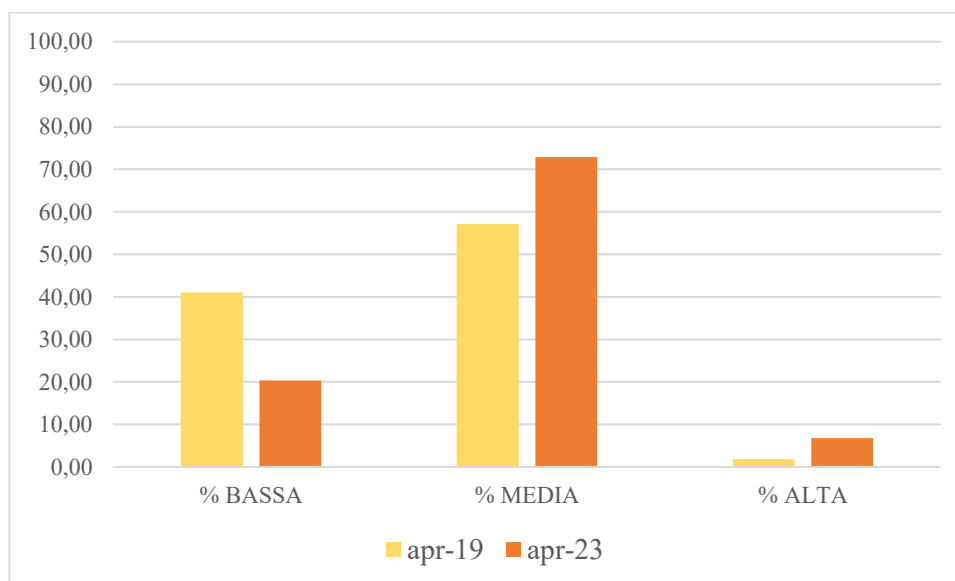


GRAFICO 6. Percentuale sul totale dei ricoveri da Pronto Soccorso nella SOD Medicina Settore Ordinario della complessità assistenziale Aprile 2019 e Aprile 2023 a confronto.

I dati di Maggio 2019 e di Maggio 2023 evidenziano la situazione analoga in cui abbiamo un aumento di ricoveri a media complessità assistenziale nel 2023 rispetto al 2019 a discapito di una diminuzione di ricoveri a bassa complessità. La variazione per quanto riguarda i ricoveri ad alta complessità tra la fase pre pandemica e post pandemica rimane costante. (Grafico 7)

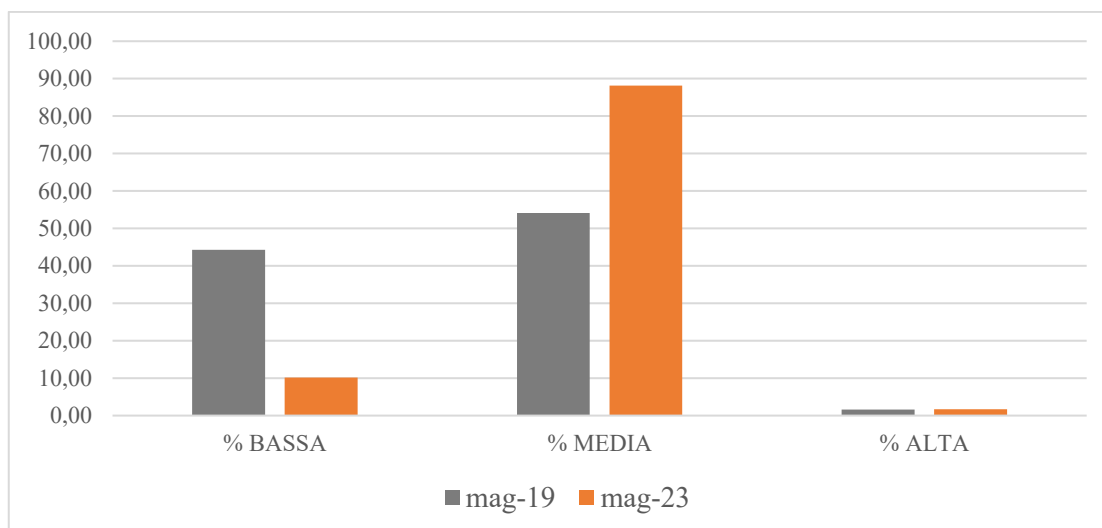


GRAFICO 7. Percentuale sul totale dei ricoveri da Pronto Soccorso nella SOD Medicina Settore Ordinario della complessità assistenziale Maggio 2019 e Maggio 2023 a confronto.

#### Andamento della complessità assistenziale nella SOD Medicina settore Ordinario Marzo-Aprile 2023

Sono stati valutati complessivamente 229 pazienti degenti nella SOD di Medicina Settore Ordinario nell'arco temporale tra Marzo (Tabella 3, Grafico 8) e Aprile 2023 (Tabella 4, Grafico 9) per un totale di 1766 rilevazioni sempre adottando lo strumento TriCo. (Allegato 2)

Tra i pazienti degenti campione della rilevazione 122 sono stati ricoverati da pronto soccorso, il 53,28%.

Nel mese di Marzo 2023 sono stati arruolati 122 pazienti e rispettivamente 902 rilevazioni. Ritroviamo in media giornalmente il 71,05% di degenti a media complessità assistenziale, successivamente un 20,92% a bassa complessità e in percentuale minore, l'8,03%, di pazienti ad elevata complessità. (Tabella 3, Grafico 8)

mar-23	BASSA COMPLESSITÀ		MEDIA COMPLESSITÀ		ALTA COMPLESSITÀ		TOTALE PAZIENTI NELLE 24 ORE
	N°	%	N°	%	N°	%	
01-mar	7	23,33	20	66,67	3	10,00	30
02-mar	7	24,14	19	65,52	3	10,34	29

03-mar	7	25,00	17	60,71	4	14,29	28
04-mar	7	21,21	21	63,64	5	15,15	33
05-mar	8	25,81	20	64,52	3	9,68	31
06-mar	7	24,14	18	62,07	4	13,79	29
07-mar	8	28,57	17	60,71	3	10,71	28
08-mar	7	22,58	21	67,74	3	9,68	31
09-mar	4	13,79	22	75,86	3	10,34	29
10-mar	3	10,34	23	79,31	3	10,34	29
11-mar	6	20,00	21	70,00	3	10,00	30
12-mar	5	18,52	19	70,37	3	11,11	27
13-mar	6	20,69	21	72,41	2	6,90	29
14-mar	6	21,43	20	71,43	2	7,14	28
15-mar	6	20,69	21	72,41	2	6,90	29
16-mar	5	16,13	25	80,65	1	3,23	31
17-mar	5	15,63	26	81,25	1	3,13	32
18-mar	6	20,00	23	76,67	1	3,33	30
19-mar	5	17,24	23	79,31	1	3,45	29
20-mar	4	14,29	23	82,14	1	3,57	28
21-mar	6	23,08	19	73,08	1	3,85	26
22-mar	5	19,23	19	73,08	2	7,69	26
23-mar	5	18,52	20	74,07	2	7,41	27
24-mar	5	18,52	20	74,07	2	7,41	27
25-mar	6	22,22	19	70,37	2	7,41	27
26-mar	5	18,52	20	74,07	2	7,41	27
27-mar	6	20,69	21	72,41	2	6,90	29
28-mar	6	21,43	20	71,43	2	7,14	28
29-mar	7	24,14	20	68,97	2	6,90	29
30-mar	9	31,03	18	62,07	2	6,90	29
31-mar	8	27,59	19	65,52	2	6,90	29
<b>MEDIA</b>	<b>6,03</b>	<b>20,92</b>	<b>20,48</b>	<b>71,05</b>	<b>2,32</b>	<b>8,03</b>	<b>28,83</b>

TABELLA 3. Andamento della complessità assistenziale dei pazienti degenti presso la SOD di Medicina settore Ordinario mese di Marzo 2023.

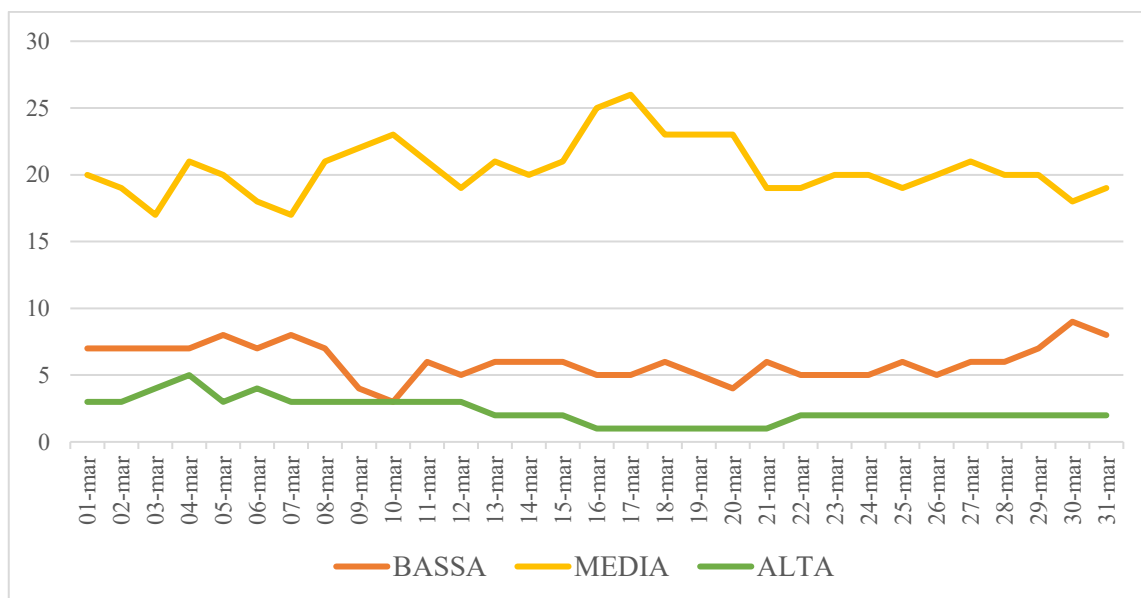


GRAFICO 8. Andamento della complessità assistenziale dei pazienti degenti presso la SOD di Medicina settore Ordinario mese di Marzo 2023.

Nel mese di Aprile 2023 sono stati campionati 107 pazienti e rispettivamente 864 rilevazioni. Possiamo osservare nella tabella 4 la situazione analoga al Marzo 2023 dove in media giornalmente ritroviamo in percentuale maggiore ricoverati a media complessità, il 23,44% a bassa complessità e soltanto il 6,73% ad elevata complessità. (Tabella 4, Grafico 9)

Apr-23	BASSA COMPLESSITÀ		MEDIA COMPLESSITÀ		ALTA COMPLESSITÀ		TOTALE PAZIENTI NELLE 24 ORE
	N°	%	N°	%	N°	%	
01-apr	8	27,59	19	65,52	2	6,90	29
02-apr	8	28,57	18	64,29	2	7,14	28
03-apr	7	24,14	19	65,52	3	10,34	29
04-apr	5	17,86	20	71,43	3	10,71	28
05-apr	4	14,81	21	77,78	2	7,41	27
06-apr	4	14,29	21	75,00	3	10,71	28
07-apr	7	24,14	19	65,52	3	10,34	29
08-apr	6	21,43	19	67,86	3	10,71	28

09-apr	8	27,59	18	62,07	3	10,34	29
10-apr	9	31,03	18	62,07	2	6,90	29
11-apr	7	24,14	20	68,97	2	6,90	29
12-apr	7	23,33	21	70,00	2	6,67	30
13-apr	8	27,59	19	65,52	2	6,90	29
14-apr	8	26,67	20	66,67	2	6,67	30
15-apr	7	25,93	18	66,67	2	7,41	27
16-apr	6	24,00	18	72,00	1	4,00	25
17-apr	7	25,00	20	71,43	1	3,57	28
18-apr	8	28,57	19	67,86	1	3,57	28
19-apr	9	30,00	20	66,67	1	3,33	30
20-apr	8	29,63	18	66,67	1	3,70	27
21-apr	9	30,00	20	66,67	1	3,33	30
22-apr	10	33,33	19	63,33	1	3,33	30
23-apr	8	27,59	19	65,52	2	6,90	29
24-apr	6	18,75	23	71,88	3	9,38	32
25-apr	6	20,00	22	73,33	2	6,67	30
26-apr	5	15,63	25	78,13	2	6,25	32
27-apr	4	14,81	21	77,78	2	7,41	27
28-apr	5	17,24	22	75,86	2	6,90	29
29-apr	4	14,81	22	81,48	1	3,70	27
30-apr	4	14,81	22	81,48	1	3,70	27
<b>MEDIA</b>	<b>6,73</b>	<b>23,44</b>	<b>20,00</b>	<b>69,83</b>	<b>1,93</b>	<b>6,73</b>	<b>28,67</b>

TABELLA 4. Andamento della complessità assistenziale dei pazienti degenti presso la SOD di Medicina settore Ordinario mese di Aprile 2023.

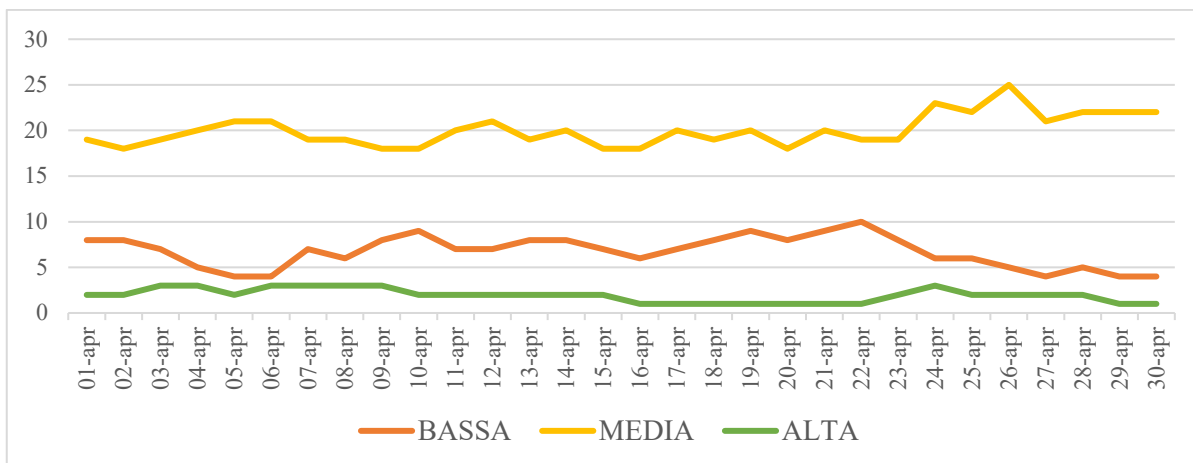


GRAFICO 9. Andamento della complessità assistenziale dei pazienti degenti presso la SOD di Medicina settore Ordinario mese di Aprile 2023.

Tra i degenti valutati sono state raccolte ulteriori informazioni reperibili da documentazione clinico-assistenziale oltre le necessarie per la rilevazione. (Allegato 3) Dai dati relativi alla scheda di rilevazione della SOD giornalmente che comprendeva caratteristiche ulteriori meritevoli di attenzione per la valutazione del carico di lavoro assistenziale, è emerso che in media ci sono circa 26 posti letto occupati/die alle h8 sia nel mese di Marzo che nel mese di Aprile 2023. Sono stati raccolti dati circa: pazienti in isolamento da contatto, airborne e droplets/die, pazienti monitorizzati/die, pazienti con lesioni da pressione/die, pazienti con ossigenoterapia/die, pazienti ventilati/die. Data la presenza di un paziente nell'arco temporale della rilevazione portatore di tracheostomia è stato incluso l'item pazienti tracheostomizzati/die. (Tabella 5)

VARIABILI OSSERVATE	MEDIA PAZIENTI/DIE MARZO 2023 (28,83 media pazienti h24)		MEDIA PAZIENTI/DIE APRILE 2023 (28,67 media pazienti h24)	
	N°	%	N°	%
Pazienti presenti h 08:00	26,00	90,18	26,10	91,04
Ricoveri	3,10	10,75	2,70	9,42
Dimessi/trasferiti (compresi decessi)	3,10	10,75	2,77	9,66
Pazienti in precauzioni da contatto, droplets e airborne	5,32	18,45	4,83	16,85
Pazienti in ossigenoterapia	11,58	40,17	9,97	34,78
Pazienti in ventilazione non invasiva	1,39	4,82	0,83	2,90
Pazienti monitorizzati	16,71	57,96	14,23	49,63
Pazienti tracheostomizzati	1,00	3,47	0,50	1,74
Pazienti con lesioni da pressione	5,97	20,71	4,93	17,20

TABELLA 5. Media giornaliera Marzo 2023 e Aprile 2023 delle caratteristiche dei pazienti ricoverati presso la SOD di Medicina settore Ordinario.



## DISCUSSIONE

Ricoverare i pazienti medici in setting omogenei senza una preliminare stratificazione del rischio può comportare un trattamento subottimale, e un aumento di mortalità. I nuovi modelli di assistenza per intensità di cure sono stati sviluppati allo scopo di evitare di erogare ancora a tutti i pazienti un livello di cure “medio”, abbassando di fatto il livello assistenziale dei pazienti più gravi ed elevando inutilmente quello dei pazienti più stabili (i cosiddetti “effetto tetto” ed “effetto pavimento”). Per tale motivo è desiderabile identificare una metodologia di lavoro che permetta fin da subito la collocazione dei pazienti in degenze ad assistenza appropriata; in tal modo, fra l’altro, decade la necessità di spostare più volte i pazienti, con evidente dispendio di energie e risorse economiche.<sup>8</sup>

Tra le evidenze scientifiche a livello nazionale ed internazionale ritroviamo come cure Infermieristiche e skill mix assistenziale sono risultati essere in grado di migliorare gli esiti sui pazienti mentre una più elevata frequenza di “missed nursing care” può avere conseguenze negative. Risulta inoltre utile monitorare gli esiti connessi all’assistenza infermieristica attraverso appositi indicatori in grado di evidenziare collegamenti e relazioni negli ambiti della competenza, della prestazione e della sicurezza dei pazienti come avvenuto in uno studio che ha coinvolto 12 paesi europei tra cui l’Italia.<sup>2,3,4</sup>

I dati provenienti dalla rilevazione dai verbali di Pronto Soccorso in epoca pre-pandemica, 2019, e in epoca post-pandemica, 2023, evidenziano come lo scenario dei bisogni della popolazione sia variata nel tempo come anche confermato dalla letteratura.<sup>7</sup> Seppur il campione comprenda una vasta casistica di pazienti ma in un periodo temporale limitato si nota come la complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in setting medico oggetto di studio, sia un fenomeno epidemiologico meritevole di approfondimento.

Il confronto tra l’epoca pre-pandemica e post-pandemica ha evidenziato una riduzione di pazienti a bassa complessità a discapito di un aumento di pazienti a media complessità assistenziale. I pazienti ad elevata complessità sono rimasti invariati.

Il fenomeno è sostenuto da quanto emerso dalla valutazione giornaliera Marzo-Aprile 2023 all’interno della SOD di Medicina settore Ordinario in cui è stato analizzato l’andamento giornaliero della complessità assistenziale dei degenti. Infatti, si osserva la prevalenza di pazienti a media complessità e la presenza in numero minore di pazienti a bassa ed elevata complessità.

Oltre agli items indagati con la scala TriCo<sup>8,9</sup> sono state introdotte altre variabili meritevoli di attenzione perché seppur non incidenti sul punteggio totale del singolo paziente sono in grado di far comprendere come la complessità assistenziale del singolo paziente sia in grado di incidere sul carico di lavoro del personale impiegato nel setting. Un paziente a media complessità con ossigenoterapia, monitorizzato o addirittura sottoposto a ventilazione non invasiva è in grado di aumentare di gran lunga il carico di lavoro infermieristico, “fragile” ed “evolutivo” in quanto critico, che cioè necessita di supporto delle funzioni vitali primarie come ad esempio l’ossigenazione corporea.

Di fronte al fenomeno epidemiologico osservato risulta importante la considerazione circa i percorsi assistenziali, quali ricoveri e dimissioni giornaliere e la gestione delle risorse disponibili all’interno del setting.

La regione Marche nel 2019 con la deliberazione della giunta regionale n°1669 sancisce gli standard di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie di tutto il territorio regionale al fine di un’erogazione sicura, efficace, efficiente e di qualità delle cure.<sup>10</sup>

Tra le specialità di base rientra la Medicina generale in cui tra i requisiti minimi per l’erogazione del servizio è necessario garantire un’assistenza per paziente/die di almeno 180 minuti, di cui almeno il 60% a carico infermieristico ed il restante 40% a carico del personale di supporto. In tale normativa si fa riferimento quindi al minutaggio assistenziale come standard. Declinando i numeri della normativa in dotazione organica necessaria all’interno del setting giornalmente si deve tener conto senz’altro delle assenze del personale e quindi dei minuti di lavoro netti del singolo dipendente.<sup>10</sup>

In conclusione, sulla base del minutaggio assistenziale la normativa vigente a livello regionale pone degli standard minimi di dotazione organica entro cui viene autorizzato l’esercizio del servizio considerando un tasso di occupazione dei posti letto giornaliero del 90%. Sicuramente di fronte ad un nuovo scenario quello post-pandemico risulta necessaria una rimodulazione dell’assetto organizzativo in risposta alla domanda della popolazione. È opportuno considerare trasversalmente diversi aspetti su cui poter agire: la ricollocazione dei pazienti all’interno di setting più appropriati, l’inserimento di alcune SOD in una fascia di minutaggio maggiore rispetto a quella prevista dalla normativa nel 2019, l’aumento della dotazione organica per far fronte ai bisogni o la gestione differente dei posti letto occupati giornalmente. Inutile confermare l’importanza della rete

territoriale a sostegno delle fragilità in quanto la casa rappresenta il miglior luogo di cura per il paziente laddove sia possibile.

Nella letteratura internazionale sono presenti ancora pochi studi che approfondiscono questa tematica recente circa il confronto della complessità assistenziale in setting medico tra l'epoca pre-pandemica e l'epoca post-pandemica. Questo rende difficile effettuare un confronto con altre esperienze.

## LIMITI

Lo studio osservazionale condotto è avvenuto in un setting medico di un contesto ospedaliero che rientra tra i DEA di II livello. Sarebbe opportuno ampliare l'osservazione per un arco temporale maggiore e anche in altri setting a livello regionale o extra regionale così da permettere la generalizzazione dei risultati di un fenomeno che interessa uno scenario molto ampio, quello appunto dei bisogni della popolazione sempre più fragile e pluripatologica.

## CONCLUSIONE

Il fenomeno della complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in ambito ospedaliero rappresenta un argomento di spessore in quanto la "stratificazione" della dipendenza, con l'indice IDA, e dell'instabilità clinica, con l'indice MEWS, risulta essere predittivo di un'assistenza alle cure efficiente, efficace e sicura mirata alla risposta della domanda di salute come sostenuto dalla letteratura.

I ricoverati in setting medico in epoca post-pandemica risultano per lo più essere a media complessità assistenziale a discapito di uno scenario pre-pandemico dove in tale setting avevamo una sovrapposizione in termini percentuali di ricoverati a bassa e media complessità.

In relazione a ciò l'assetto organizzativo deve poter garantire la sicurezza delle cure sia in termini di dotazione organica sia in termini di logistica, inteso come percorsi assistenziali e gestione dei posti letto occupati. Dato che in letteratura non ci sono evidenze che abbiano rilevato la complessità assistenziale in setting medico in epoca pre-pandemica ed in epoca post-pandemica con lo strumento TriCo, l'elaborato può essere un punto di partenza per focalizzare l'attenzione circa l'effetto che la pandemia ha avuto sullo stato attuale della popolazione. Unendo i risultati ottenuti e la normativa in vigore

ad un'analisi di contesto, avviare un progetto di miglioramento può essere spunto per ulteriori approfondimenti del tema in prospettiva futura.

## IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICO-ASSISTENZIALE

L'osservazione condotta all'interno del setting medico dell'AOU della Regione Marche in riferimento all'epoca pre-pandemica e post-pandemica ha evidenziato un chiaro cambiamento dello scenario dei bisogni della popolazione, sempre più fragile e pluripatologica. L'andamento della complessità assistenziale giornaliera all'interno del setting medico oggetto di studio ha confermato l'elevata percentuale di pazienti ricoverati giornalmente a media complessità assistenziale. Attraverso quest'analisi descrittiva del fenomeno si vuole fornire spunto per ulteriori approfondimenti del caso con l'obiettivo di migliorare la sicurezza e la qualità delle cure quale mission del nostro sistema sanitario nazionale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC Patient Safety Incidents and Nursing Workload. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2017; 25.
2. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 2011; 10:6.
3. Palese A, Ambrosi E, Guarnier A et al. Esiti dell'assistenza infermieristica in medicina: risultati di uno studio longitudinale multicentrico (studio ESAMED). *Assistenza Infermieristica e ricerca* 2020; 39(1):35-46.
4. Mongardi M, Di Ruscio E Osservatorio Regionale sui Nursing Sensitive Outcomes. *Nursing Sensitive Outcomes* 2014.
5. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Leading global Nursing Research*, 2021; 77(8):3286-3302.
6. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 2021; 141:110343.
7. Pieroni G, Franchino G, Golinelli D. Assistenza Ospedaliera. Rapporto Osservasalute 2020; 407.
8. Bartolomei C, Cei M. L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). *Italian Journal of Medicine*, 2007; 2(1):31-39.
9. Baratto S. Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica. *Abstract Book: Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica - XVI Congresso Federazione nazionale Collegi IPASVI*, 2012; 33-34.
10. DGR Regione Marche n°1669/2019 "LR n. 21/2016 art. 3 comma llett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere (parte A)."

## ALLEGATI

### Allegato 1

#### SCHEMA RILEVAZIONE RICOVERO DA PRONTO SOCCORSO

DATA RICOVERO DA PRONTO SOCCORSO	
NUMERO RILEVAZIONE	
N° VERBALE PRONTO SOCCORSO	

#### IDA: INDICE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE

ALIMENTAZIONE- IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT O NET	1	Incontinenza urinaria o alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria o alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali in continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso/coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori ad 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali per periodi superiori ad 1 h			3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte

PUNTEGGIO IDA:

---

**MEWS**

<b>Categoria</b>	3	2	1	0	1	2	3
<b>PA max</b>	<= 70	71-80	81-100	100-199		>200	
<b>FC, bpm</b>		<= 40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
<b>FR, apm</b>		<= 9		9-14	15-20	21-29	>30
<b>TC, C°</b>		<=35		35-38,4		>38,5	
<b>Coscienza</b>				Sveglio	Vigile	Reagisce al dolore	Non reagisce agli stimoli

PUNTEGGIO MEWS:

---

**TriCo**

	<b>IDA 20-28 0</b>	<b>IDA 12-19 1</b>	<b>IDA 7-11 2</b>
<b>MEWS 0-2 0</b>	Bassa	Media	Alta
<b>MEWS 3-4 1</b>	Media	Media	Alta
<b>MEWS&gt;5 2</b>	Alta	Alta	Alta

PUNTEGGIO TriCo:

---

Allegato 2

SCHEDA RILEVAZIONE PAZIENTE RICOVERATO NELLA SOD

DATA	
NUMERO RILEVAZIONE	
N° CARTELLA CLINICA	

**IDA: INDICE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE**

ALIMENTAZIONE- IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT O NET	1	Incontinenza urinaria o alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria o alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali in continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso/coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori ad 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospatiale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali per periodi superiori ad 1 h			3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporospatiale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte

PUNTEGGIO IDA:

---



### MEWS

Categoria	3	2	1	0	1	2	3
PA max	<= 70	71-80	81-100	100-199		>200	
FC, bpm		<= 40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
FR, apm		<= 9		9-14	15-20	21-29	>30
TC, C°		<=35		35-38,4		>38,5	
Coscienza				Sveglio	Vigile	Reagisce al dolore	Non reagisce agli stimoli

PUNTEGGIO MEWS:

---

### TriCo

	IDA 20-28 0	IDA 12-19 1	IDA 7-11 2
MEWS 0-2 0	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4 1	Media	Media	Alta
MEWS>5 2	Alta	Alta	Alta

PUNTEGGIO TriCo:

---

Allegato 3

SCHEDA RILEVAZIONE SOD GIORNALIERA

<b>REPARTO</b>	
DATA	
N° PAZIENTI PRESENTI H 08:00	
N° RICOVERI	
N° DIMESSI/TRASFERITI (COMPRESI DECESSI)	
TOTALE PAZIENTI NELL'ARCO DELLE 24H	
<b>PAZIENTI</b>	
N° PAZIENTI IN PRECAUZIONI DA CONTATTO, DROPLETS E AIRBORNE	
N° PAZIENTI IN VENTILAZIONE NON INVASIVA	
N° PAZIENTI CON OSSIGENO TERAPIA	
N° PAZIENTI CON TRACHEOSTOMIA	
N° PAZIENTI MONITORIZZATI	
N° PAZIENTI CON LESIONI DA PRESSIONE	

## RINGRAZIAMENTI

Giunta alla fine del mio percorso ringrazio mia sorella, i miei genitori, i miei nonni e i miei zii per avermi accompagnato in questo percorso supportandomi in ogni momento di gioia e di difficoltà, siete il mio punto di riferimento, la mia certezza nonostante a volte non sia stata presente come avrei voluto, ora smetto di non esserci più come vorrei e volevo dirvi che vi voglio un bene immenso che a mio modo spero di dimostrarvi ogni giorno.

Ringrazio la mia relatrice, la Dottoressa Lucia Dignani, nonché Dirigente del Dipartimento di Area Critica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche. Nei due anni lei è stata in grado di fornirmi gli strumenti necessari per conseguire il mio obiettivo e soprattutto mi ha supportato motivandomi anche nei momenti più difficili. Nutro in lei una grande stima dal punto di vista professionale ed umano e "rimango a disposizione" come spesso ho scritto sulle e-mail che ci siamo scambiate perché ogni obiettivo raggiunto è comunque un nuovo punto di partenza per conseguire altri. Ringrazio la coordinatrice della SOD oggetto di tesi Giulia Talevi e l'infermiera Francesca Fontana per la loro collaborazione e puntualità nel fornirmi le informazioni necessarie per lo svolgimento del mio lavoro.

Ringrazio i miei amici che hanno saputo regalarmi sorrisi di spensieratezza e soprattutto mi hanno accompagnato in ogni mia fase dei due anni appena trascorsi, ora come allora siete la mia seconda famiglia, vi voglio bene e di ciò ve ne sarò sempre grata, ad un certo punto della vita si sceglie chi avere al proprio fianco e voi siete stati e sarete la mia scelta e vorrei regalarvi ogni giorno il mio amore incondizionato nella stessa misura in cui voi lo avete regalato e me.

Ringrazio i miei colleghi del Pronto Soccorso di Riccione che ci sono sempre stati quando avevo bisogno di un abbraccio, non uno normale, uno di quegli abbracci che ti fanno sentir fortunata ad aver incontrato quelle persone, non mi avete mai fatto sentir sola. Tra mille cambi e 150 ore ringrazio la mia coordinatrice Elisa che ha portato tanta pazienza e ha nutrito in me sempre tanta fiducia, mi auguro di essere l'infermiera che ami coordinare e soprattutto una persona di cui avere stima dal punto di vista professionale ed umano.

Ora è tempo di sorridere e non pensare alle difficoltà appena trascorse, i momenti più difficili finiscono e lasciano spazio alla luce, agli obiettivi raggiunti e alla voglia di

migliorarmi che da sempre mi ha contraddistinto. Oggi, finalmente, Infermiera “Livello Avanzato”!